



Número: **0828136-81.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **26/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EVERALDO FERREIRA SOARES (AUTOR)	FABIO MACHADO DA SILVA (ADVOGADO)
PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11175 968	01/07/2017 01:08	<u>Procuração - Doc. Pessoais - Atestado de Pobreza</u>	Procuração
11175 967	01/07/2017 01:08	<u>BO do Acidente</u>	Documento de Comprovação
11175 970	01/07/2017 01:08	<u>Doc. do Veículo e Pedido Administrativo</u>	Documento de Comprovação
11175 971	01/07/2017 01:08	<u>Boletim de Atendimento Médico. parte 01</u>	Documento de Comprovação
11175 972	01/07/2017 01:08	<u>Boletim de Atendimento Médico. parte 02</u>	Documento de Comprovação

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Everaldo Ferreira Souza, brasileiro (a),
Saltério, Pecém, portador do RG nº 3.384.664 e CPF nº
338.490.664-53, residente e domiciliado a
rua: Engenho - Itabumbá, nº 1274, Planalto, Ceará - Mirim
CE.

OUTORGADOS:

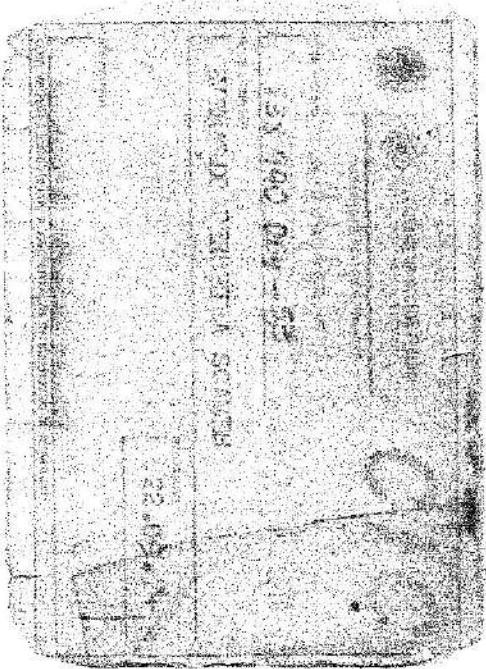
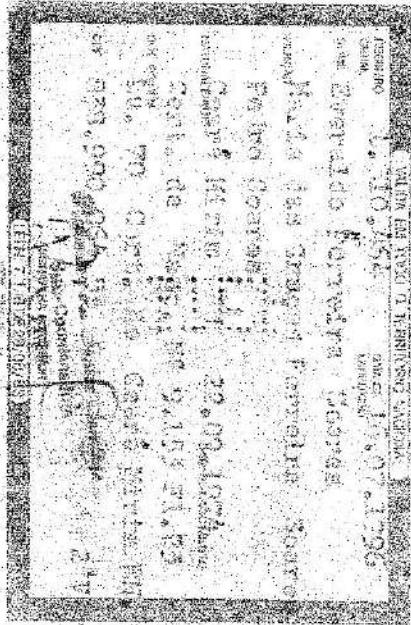
FÁBIO MACHADO DA SILVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 7594, **RANIERE MACIEL QUEIROZ EMÍDIO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-RN 9.089 e **ADRIANA MARIA FERREIRA DE SOUZA**, solteira, bacharel em direito, inscrita no RG Nº 001.487.572 SSP/RN, ambos com endereço profissional à Av. Raimundo Chaves, 1436, B. Candelária, Natal/RN.

PODERES:

Para o foro em geral, com as cláusulas **AD JUDICIA ET EXTRA**, para praticar todos os atos judiciais e administrativos, **IN SOLIDUM** ou cada um de **PER SI**, e independente de ordem de nomeação, agir em defesa dos interesses do Outorgante, podendo propor as ações judiciais competentes como Autor ou Réu, Assistente ou Oponente, Embargante ou Embargado, e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até o final da decisão, usando os recursos legais que se fizerem necessários e o acompanhado até o final do julgamento, que confere ainda os poderes amplos e gerais, irrevogáveis, bem como poderes expressos para acordar e assinar termos, conferindo-lhe ainda, para receber citação inicial, firmar compromissos e/ou acordos, discordar, concordar, confessar, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo e/ou fora dele, representando-os junto a qualquer Tribunal Judicial de primeira a última instância, como também, nos órgãos da Administração Direta, Indireta, Autárquica dos Governos Federal, Estadual e/ou Municipal, sendo o presente instrumento de mandato, oneroso e contratual, podendo ainda renunciar ou substabelecer esta, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Ceará - Mirim/RN, 26 Setembro de 2016.

Everaldo Ferreira Souza
OUTORGANTE



Declaração de pobreza para fins judiciais

Eu, Everaldo Ferreira Soares,
brasileiro (a), estado civil: Solteiro, profissão: Desbravador,
RG: 330.464, CPF: 333.440.064-53, residente e
domiciliado na Rua Engenho Alabemba, nº 1359
Pleasant, Ceará-Mirim - RN.

declaro para os fins de obtenção de assistência judiciária gratuita e sob as penas da lei, que não posso recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do meu sustento e o da minha família. -----

Pleasant, Ceará-Mirim, 06 de Setembro de 2016.

Local e Data

Everaldo Ferreira Soares

Declarante



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR
COMANDO DE PÓLICIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
B O A T 90472

1 - LOCAL E DATA

Local Rio Fluminho Bairro Fluminho
Cidade/UF CEMPO - RIO GRANDE DO NORTE P. Ref. TOQUE D'ÁGUA
Data 13/06/2016 Hora de acidente 16:50 Hora do registro 13:00 Dia da semana SEGUNDA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- Colisão Frontal - Colisão Lateral - Capotamento
 - Colisão Posterior - Colisão Transversal - Choque - Atropelamento
 - Outro(s)

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi WMP-8339 Cidade CEMPO - Macau Cor VERMELHO Ano 2007 UF RN
Marca/Mod. ONDA CB 150 Proprietário JOSE MIRANDA FERREIRA - 21003 Nº de Ocupantes 1
Condutor EDUARDO FERREIRA - 21003 Data de Nasc. 22/08/1971
Endereço RUA LIVREMO ALFONSE Nº 1339 Fone 992159356
Bairro FLUMINHO Cidade R. M. DA COSTA UF RN
CPF N° 838.990.064-53 CNH N° - Validade 1 - 1 Categoria -
Local de Trabalho DESEMPREGADO End. O MESMO Fone 0 9945100
End. O MESMO Nº 503 Bairro Fluminho Cidade Fluminho

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ Cor _____ Ano _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Proprietário _____ Cor _____ Ano _____ UF _____
Condutor _____ Nº de Ocupantes _____
Endereço _____ Data de Nasc. _____
Bairro _____ Nº _____ Fone _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ UF _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ Cor _____ Ano _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Proprietário _____ Cor _____ Ano _____ UF _____
Condutor _____ Nº de Ocupantes _____
Endereço _____ Data de Nasc. _____
Bairro _____ Nº _____ Fone _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ UF _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ Cor _____ Ano _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Proprietário _____ Cor _____ Ano _____ UF _____
Condutor _____ Nº de Ocupantes _____
Endereço _____ Data de Nasc. _____
Bairro _____ Nº _____ Fone _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ UF _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

11 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: Presenciar Testemunha
 Fato Registro

Nome: EDUARDO GREGORIO SOARES Hora: _____
 RG Nº: 110.567 Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: 22/07/1974
 Endereço: Rua Rondon Alvezinho nº 1359 N°: 1359 Fone: 9215-9382
 Bairro: PIAUAPITI Cidade: Caxias - PR CEP: 82120-000 UF: PR
 Versão: _____

CONCORDE CEPO

Assinatura: X EDUARDO GREGORIO SOARES Hora: _____
 12 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: Presenciar Testemunha
 Fato Registro

Nome: _____ Hora: _____
 RG Nº: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: 1/1/1
 Endereço: _____ N°: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____
 Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____
 13 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: Presenciar Testemunha
 Fato Registro

Nome: _____ Hora: _____
 RG Nº: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: 1/1/1
 Endereço: _____ N°: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____
 Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____
 14 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: Presenciar Testemunha
 Fato Registro

Nome: _____ Hora: _____
 RG Nº: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: 1/1/1
 Endereço: _____ N°: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____
 Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____
 15 - SOCORRISTAS E VEÍCULO UTILIZADO
 Placa: _____ Cidade: _____ UF: _____ Marca/Modelo: _____
 Nome: _____ RG Nº: _____ Órgão Esp.: _____ N°: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

16 - IMAGENS / FOTOS SIM NÃO AUTUAÇÃO SIM NÃO ATEN. CÓD/DESP.

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

Informo que ao chegar ao local da PR 02 fui
 se levado do local do acidente que foi concluído por
 subir no carro de que foi feita a transferência para o hospital municipal e que
 o festeiro de 02

Nome Completo do Agente:

Fábio Machado da Silva

POSTO/GRAD.: PMN 77073 VIGA

Local e Data: Brasilândia, 13 de Julho de 2013

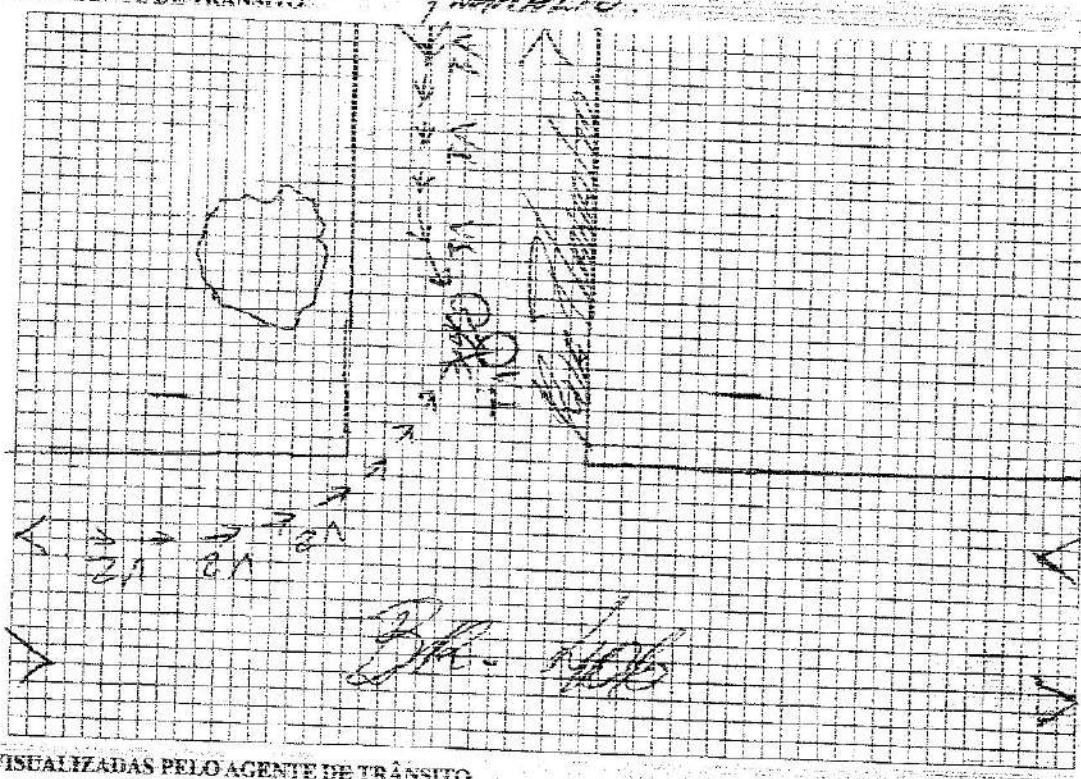
90472

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond. / Tempo	Tipo de Pista	Curva / Pista	Cond. / Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecer	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input checked="" type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecer	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Aclive Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input checked="" type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulosa	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclive Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Olcosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enxameada	<input type="checkbox"/> Placa(s) _____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	
			<input type="checkbox"/> Retorno		
			<input type="checkbox"/> Entroncamento		
			<input type="checkbox"/> Bifurcação		

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

- ÁRVORE
- VESTÍGIOS
- SEMÁFORO
- PEDESTRE
- BICICLETA OU MOTO
- CARRO DE PEQUENO PORTO
- CAMINHÃO OU ÔNIBUS
- CARRETA



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

*MOTOR CACHORRO
TROCA DE PEDAL DE FREIO
ESTRIPO DIREITICO FLEXIVEL
DO LARANJA D'ÁVILA
GOMAS CHAVETAS
TIRESP*



AVARIAS DO VEÍCULO 2



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 4



7.1 VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? Largo Fluminense Em que sentido? SENTEIRO BR 406 Em que faixa? DIREITA
Versão do condutor INFORMO QUE DESCREVI FAIXA DIREITA. SENSITEVE EPISÓDIO E SURPREENDIDO COM V2. VOU ESCRIBIR INFORMAÇÕES DE FORMA INDEPENDENTE PARA V1.

Assinatura do Condutor do V1 LEONARDO FERREIRA SOARES

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava? _____
Em que sentido? _____ Em que faixa? _____
Versão do condutor _____

7
2

Assinatura do Condutor do V2 _____

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava? _____
Em que sentido? _____ Em que faixa? _____
Versão do condutor _____

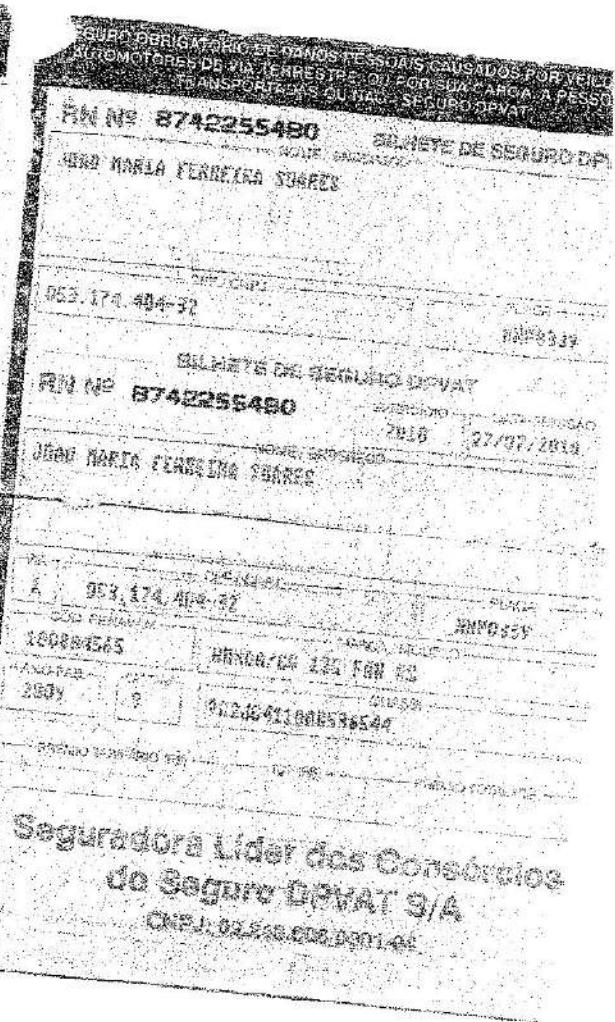
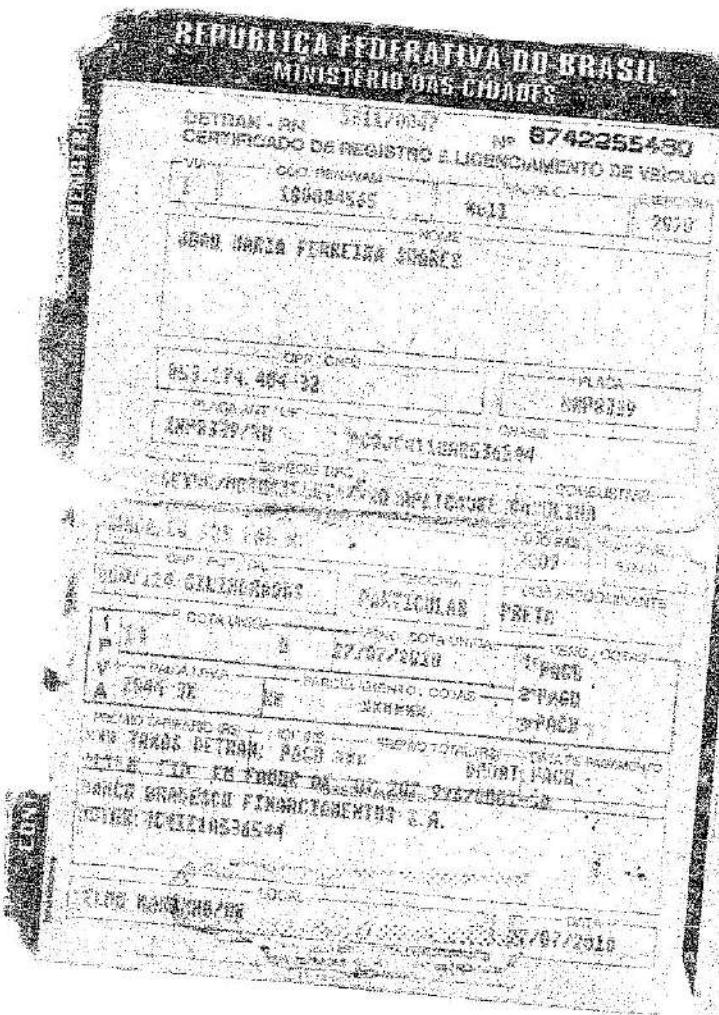
9
1

Assinatura do Condutor do V3 _____

SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava? _____
Em que sentido? _____ Em que faixa? _____
Versão do condutor _____

1
1

Assinatura do Condutor do V4 _____



Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A
0800 0255822 000141

Reportar documento Problema de impressão

Documentos de Pessoas Médicas
Documentos de Vida e Permanente
Documento Morte
Documentos Ingriditenciais

prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3160562637 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EVERALDO FERREIRA SOARES

COBERTURA INVALIDEZ

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO GENTE SEGUROADORA S/A

BENEFICIÁRIO EVERALDO FERREIRA SOARES

CPF/CNPJ: 83699006453

Posição em 14-02-2017 11:30:17

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

DATA	VALOR	VALOR	VALOR
28/09/2016	R\$ 1.012,50	R\$ 0,00	R\$ 1.012,50
06/12/2016	R\$ 2.363,00	R\$ 0,00	R\$ 2.363,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante

Nome Eugenio Ferreira Soares, brasileiro (a), estado civil Solteiro, profissão Recepcionista, identidade 3.310.464, CPF 538.940.064-53, endereço Rua: Engenho Alatombra
nº: 1359, Planalto, Pernambuco - RN

Outorgado

Nome Lucila dos Santos Vilela, brasileiro (a), estado civil Solteira, profissão De Lez, identidade 3.642.514, CPF 075.432.534-29, endereço Rua: Engenho Alatombra
nº: 1359, Planalto, Pernambuco - RN

Por este instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, a fim de receber a indenização referente ao seguro obrigatório – DPVAT, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr. (a) Eugenio Ferreira Soares ocorrido em 13/06/2016, conforme registrado pelo Boletim de Ocorrência Policial anexo ao processo. Podendo para tanto representar o (a) Outorgante, como se o próprio fosse, podendo substabelecer esta, requerer o que necessário for, assinar recibos, assinar declarações de endereço, assinar autorizações de pagamento/crédito de indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, assim como todos os papéis e documentos que forem precisos praticar e todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Reconheço a Firma de Eugenio Ferreira Soares
Por Autenticidade do que dou Fé
Ceará Mirim-RN 06 SET 2016
Em Teste Eugenio Ferreira Soares de Verdade

06 de Setembro do ano de 2016

Eugenio Ferreira Soares

Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Maria Ferreira Soares,
RG nº 002.484.339, data de expedição 02/12/13,
Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 053.174.404.32, com
domicílio na cidade de Ilhoas Marinho, no Estado de
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Centro de Ilheus, nº 03,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Eu, José Maria Ferreira Soares, cujo o condutor era
Eu, José Maria Ferreira Soares.

Veículo: Nicelle d'la

Modelo: Honda CG 125 FAN KS

Ano: 2008 - 2010

Placa: NUF 8334

Chassi: 3C3ZB111CME536544

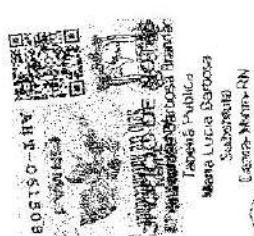
Data do Acidente: 23-06-2016

Local e Data: Ilhoas Marinho 06 setembro 2016



José Maria Ferreira Soares
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Reconhecimento a Firma de Fábio Machado da Silva
Por Autenticidade do que dou fé
Ceará Mirim-RN 06 SET 2016
Em Testimunha Fábio Machado da Silva
Assinado digitalmente



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
ORTOPEDIA

PACIENTE EVERALDO FERREIRA SOARES

DATA DE 13/06/2016 HORA 01:21 N° BAA 185217
ENTRADA
IDADE 41 SEXO M ETNIA Pardo
CARTÃO SUS 124046192430008 ESTADO CIVIL Solteiro(a)
CPF 838.990.064-53 RG 1.310.464 - SSPRN
NOME DA MÃE MARIA DAS GRAÇAS FERREIRA SOARES
NOME DO PAI PEDRO SOARES
NASCIMENTO 22/09/1974 NATURALIDADE Ceará-Mirim-RN
TELEFONE (84) 9215-9382 PROFISSÃO -
RUA/AV. RUA ENGENHO ALABAMBA Nº 1359
COMPLEMENTO - BAIRRO Planalto
CEP 59570-000 CIDADE Ceará-Mirim-RN
ORIGEM Família MOTIVO Acidente de Trânsito / Queda de moto
ACID. DE TRABALHO Não USUÁRIO Wellingtonomes

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Acidente de trânsito - Queda de moto

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDIACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:			
ANAMNESE			
EXAME FÍSICO			
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA <i>Pronto exame no dia 29/03/08.</i>			
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	LABORATÓRIO		
OUTROS			
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM		
<i>D. Capilar 1g - 2000 ml de ar</i> <i>Medicação t/2h - 1000 ml de soro fisiológico</i> <i>Colírio 4x3 - 0,5ml</i> <i>Derma - 0,50</i> <i>QD no CC.</i> <i>Assinatura e Carimbo do Responsável</i>	<i>Assinatura e Carimbo do Responsável</i>		
DESTINO DO PACIENTE: _____			
Nº do Boletim de Atendimento: _____			
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA: _____		
SAÍDA:	DATA: / / HORA: _____		
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/>	Transferido para: _____	
ÓBITO:	DATA: / / HORA: _____		
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTACAR

DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:		
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <i>Pronto</i>	DATA: / /	HORA: _____	
SAÍDA:	DATA: / /	HORA: _____	
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/>	Transferido para: _____	
ÓBITO:	DATA: / /	HORA: _____	
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho		<i>4/9 Encaminhado</i> LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH <i>4/9</i> 	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR <i>Excluindo 370819387</i>			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO 1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 2 - CNES 3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE 4 - CNES			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 5 - NOME DO PACIENTE <i>Eugenio Ferreira Soares</i> 6 - N° DO PROTOCOLO 7 - CARTÃO NACIONAL / SUS 8 - DATA DE NASCIMENTO 9 - SEXO <i>124.046.192.93.0008</i> <i>22-09-1974</i> <i>MASC</i> 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Maria das graças Ferreira Soares</i> 11 - FONE DE CONTATO <i>9 215.938 20</i> <i>9215 9382</i> 12 - ENDERECO (RUA, N°) <i>R. Bacharel Tomaz Lendim 1441 - 9162.9849</i> 13 - MUNICÍPIO 14 - BAIRRO 15 - UF 16 - CEP <i>Aracruz</i> <i>Vila Industrial</i> <i>RJ</i> <i>29114-645</i>			
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO <i>Ex Fabiano Ferreira de 30/5</i>			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Ex Fabiano Ferreira de 30/5</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Ex anêrgico</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Ex anêrgico</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL 21 - CID INICIAL 22 - CID SECUNDÁRIO 23 - LAUDOS ASSOCIADOS <i>Ex dedo</i> <i>Ex</i> <i>Ex</i> <i>Ex</i> <i>Dr. Rodrigo Cabral</i> <i>Ortopedista</i>			
PROCEDIMENTO SOLICITADO 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Ex osteossíntese</i> 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>Ex</i>			
26 - LEITO / CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 28 - NOME DO PRATICANTE / SOLICITANTE <i>Ex</i> <i>Ex</i> <i>Ex</i> 29 - DT SOLICITAÇÃO <i>16/06/16</i> 30 - CNS / CPF <i>Ex</i> 31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) <i>Ex</i>			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) 32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 33 - CNPJ DA SEGURADORA 34 - N° DO BILHETE 35 - BÔNUS <i>Ex</i> <i>Ex</i> <i>Ex</i> <i>Ex</i> 36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO 37 - CNPJ <i>Ex</i> 38 - <i>Ex</i> 39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO <i>Ex</i> 40 - CID PRINCIPAL <i>Ex</i> 41 - CID SECUNDÁRIO <i>Ex</i> 42 - CID SECUNDÁRIO <i>Ex</i> 43 - () GRAVE 44 - () GRAVÍSSIMA <i>Ex</i>			
AUTORIZAÇÃO 46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO 47 - DT AUTORIZ. <i>Ex</i> <i>Ex</i> 48 - CNS / CPF <i>Ex</i> 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)			
50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO 51 - DT AUTORIZ. <i>Ex</i> <i>Ex</i> 52 - <i>Ex</i> 53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)			
54 - N° DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a luz dos valores éticos e humanitários.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walferdo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH**

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE EVERGILIO FERREIRO SOARES		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE EVERGILIO FERREIRO SOARES		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS 124046192430008		8 - DATA DE NASCIMENTO 22-09-1974	9 - SEXO MASCULINO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARCIA DAS GRACIAS FERREIRO SOARES		11 - TELEFONE DE CONTATO 942159382	
12 - ENDERECO (RUA, Nº) R.		13 - PTO	
14 - BAIRRO		15 - UF PA	
		16 - CEP	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
<i>bruxismo</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
<i>torcicolo</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
<i>re</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDARIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
<i>problema ossicular</i>	<i>20 G: 000</i>		
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
			<i>Clínica / Hospital / Consultório</i>
			<i>Ortopedia / Ortopedista</i>
			<i>Bruno Mazzoni / Português</i>
			<i>CRM 5957 / 1999</i>
			<i>13 de 16</i>
			28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
			29 - DT SOLICITAÇÃO
			30 - CNS / CPF
			31 - ASSINATURA E CARMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
32 - () ACIDENTE DE TRANSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - N° DO BILHETE	35 - BONUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL		DESCRIÇÃO CLASSE/ICAO MEDICA LEGAL	
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ()	44 - () GRAVE
			45 - () GRAVISSIMA

AUTORIZACAO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - N° DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
48 - CNS / CRM	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas exóternas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a luz dos valores éticos e humanitários.

**Hospital Memorial de Natal**

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DE ENFERMAGEM**Dados do Paciente**

Paciente: EVERALDO FERREIRA SOARES

Registro: 115090 Nº Internação: 1

Nascimento: 22/09/1974 | 42 anos Data Internação: 01/07/2016 08:34:22

Leito: LEITO RESERVA 01

OBSERVAÇÕES GERAIS

PACIENTE SAIU DE ALTA HOSPITALAR

02/07/2016
OUT - 1199415

ALINE DAVILA FERREIRA DA SILVA

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
EM: _____

**Hospital Memorial de Natal**

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

EVOLUÇÃO MÉDICA -**Dados do Paciente**

Paciente: EVERALDO FERREIRA SOARES

Registro: 115090 Num.Internação: 1

Nascimento: 22/09/1974 (42 anos

Data Internação: 01/07/2016 08:34:22

Evolução: 01/07/2016 11:48:20

POI sem intercorrências


HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500

01/07/2016 11:48:20
Av. Juvenal Lamartine, 979 - TIROL
(84)3133-4200 / (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br
Confere com original
ETB



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: EVERALDO FERREIRA SOARES Idade: 41 anos
Convênio: SUS MUNICIPAL Reg.: 115090 Prontuário:
Unidade: CENTRO CIRURGICO
Leito: LEITO RESERVA 01
Admissão: 01/07/16 08:34 1 dia(s) de internação
Diag.: S626 - Fratura de outros dedos

01/07/2016 11:49	Horários de Aplicação	5500
1) DIETA LIVRE, Ao dia		
2) DIPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.		
3) OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia		
02/07/2016 07:00	Horários de Aplicação	5500
4) DIETA LIVRE, Ao dia		
5) DIPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.		
6) OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia		
7) ALTA HOSPITALAR, 02 em 02 horas		

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Central Lendário, 373
58160-020 Natal / RN
Comprovado original
Cm. 1

Dados do Paciente

Registro: 115090 IH: 1 Paciente: EVERALDO FERREIRA SOARES
Nascimento: 22/09/1974 42 anos Internação: 01/07/2016 08:34:22

Leito: LEITO RESERVA 01

01/07/2016 14:22: COREN - 706919 - NAYARA SOARES DE OLIVEIRA

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

Observações:

PACTE ADMITIDO NO CENTRO CIRÚRGICO PARA SUBMETER A PROCEDIMENTO DE LUXAÇÃO DE METACARPO
ORIENTADO EM O² AMBIENTE DEAMBULANDO O MESMO NEGA PATOLOGIA E ALERGIA MEDICAMENTOSA.
SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTAÇÃO.

Doença pré-existente:

Há reserva sanguínea NÃO Prótese: NÃO Jóias: NÃO Membro e lado da cirurgia:

Exame Laboratorial: NÃO Risco Cirúrgico: NÃO Raio X: PRÉSIM-OTD: 01

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo) NÃO

Assinatura Responsável

Nayara Soares

Outros Exames:

SRPA

01/07/2016 14:22:03 - COREN - 706919 - NAYARA SOARES DE OLIVEIRA

Nível consciência ORIENTADO

Oxigenoterapia O² AMBIENTE

Acesso venoso NÃO

Diurese: NÃO Acianótico: NÃO

Pálido: NÃO

Sudorese: NÃO

Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO

Raio X de Controle:

Medicação administradas:

Encaminhamento:

PACTE NO POI ENCAMINHADO AO RX EM SEGUITA AO LEITTO ACOMPANHDO DO
MAQUEIRO, ORIENTADO EM O² AMBIENTE FERIDA OPERATORIA LIMPA. SEGUE
AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTAÇÃO.

Assinatura Responsável

Nayara Soares

**Hospital Memorial de Natal**

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 02/07/2016 08:32

Dados do Paciente

Registro: 115090 IH: 1 Paciente: EVERALDO FERREIRA SOARES

Nascimento: 22/09/1974 42 anos Internação: 01/07/2016 08:34:22 Leito: LEITO RESERVA 01

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO**Tipo: BLOQUEIO Anestesiologista: DR. MELOTipo: FRAT. MÃO E Cirurgião: DR. HELIOInstrumentador: ANTONIA Circulante: JULIANA+DEISYANETipo curativo: LIMPO E OCLUIDO

Tem material para biópsia/cultura:

Inf. sanguínea: NÃO Monitoração correta: SIM Placa de bistur: NÃOAntibiótico profilático: Kefezol

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

PACIENTE ENACMINHADO AO CRO EM POI DE FRAT. MÃO E, O MESMO CONSCIENTE E ORIENTADO EM 02 AMBIENTE, NEGA PATOLOGIA E ALERGIA MEDICAMENTOSA. PUNCIONADO ACESSO PERIFERICO COM JELCO 22. CURATIVO LIMPO E OCLUIDO SEGUO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA**CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA**Pontencial de Contaminação: limpa

deixar, dentro da etapa
JULIANA CARDOSO DA SILVA
COREN - 566168

*HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Conferência original
Em: 1/1*



BLOCO CIRÚRGICO
BOLETIM DE SALA

APTO:

Reg 115090 NOME: *Edvaldo Ferreira Soares*

Cirurgia Realizada: Tio cirúrgico da fratura da falange

DATA:	INÍCIO:	HS:	MIN:	TÉRMINO:		HS:	MIN:
				CIC/IMF	CRM		
DATA: 11/07/10	INÍCIO: 08:00	HS: 08:00	MIN: 00:00	TÉRMINO: CRM 5500	CRM 5500	HS: 08:00	MIN: 00:00
EQUIPE	NOME:						
Cirurgião	Dr Hélio Garcia						
1 Auxiliar							
2 Auxiliar							
Anestesiologista	Dr. Francisco da Silva Melo						
Instrumentador	Anestesiologista SBA 15714						
Alo:	CRM 4537 - CPF: 565.148.401-34						

1. Paciente em DDH sob bloqueio M Sup E 2. Assepsia e antisepsia 3. Via de acesso dorsal 4. Tratamento cirúrgico da fratura da falange distal de 4º QDE com fixação 5. RX intra-op 6. Limpeza + sutura + curativo + tala gessada

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
MEDICAMENTOS											
02856	Água Bacteriada 100ml	AMP	060320	Vizir 4.0 (Violeta)	ENV	066184	Meia Tubular 12cm	ROL			
000226	Água Bacteriada 10ml	AMP	060377	Merz E.C (Acetato)	ENV	060188	Meia Tubular 15cm	ROL			
025588	Água Bacteriada 20ml	AMP	350725	Vizir 6.0	ENV	069783	Atmássica Descartável	UND			
000057	Clofazimol 1g	AMP	050313	Vizir 7.0	ENV	060390	Polix 2 vias	5500			
000096	Decadron 4mg. Inj	AMP				064794	Povidona Digerimente / ml	ML			
000713	Glicose 25% 10ml 10%	AMP				064787	Privedine Tópico / ml	ML			
004243	Glicose 50% 10ml 10%	AMP				065557	Sabão Urtical 100g	UND			
004703	Hemope 50%	FRS				060743	Seringa Desc. 10cc d'Aguinha	UND			
005049	Imury Pernada 1/4	FRS				060263	Seringa Desc. 30cc d'Aguinha	UND			
015111	Kalin Neutro 1g	COM				062443	Seringa Desc. 60cc d'Aguinha	UND			
006667	Novafix 2ml Inj	AMP				060473	Seringa Desc. 10cc d'Aguinha	UND			
007493	Permeva 10ml 10%	AMP				063209	Seringa Desc. 20cc d'Aguinha	UND			
008820	Solução Ringer Lactato	FRS				065216	Seringa Desc. 50cc d'Aguinha	UND			
008449	Solução Ringer Simples	FRS				060329	Sonda Urtical 10	UND			
028125	Soro Fisiológico 100ml	FRS	061952	Antibiot. T-Plus N° 12	UND	063744	Sonda Urtical 12	UND			
008718	Soro Fisiológico 5% 500ml	FRS	061918	Abborcath. I Plus N° 16	UND	063181	Sonda Urtical 14	UND			
008740	Soro Glicosado 5% off 500	TB	061923	Abborcath. I Plus N° 16	UND	063162	Sonda Urtical 16	UND			
013905	Xylocaina 2% 50ml	AMP	061932	Abborcath. I Plus N° 20	UND	063182	Sonda Urtical 18	UND			
310026	Xylocaina Gelca 2%	BSG				060551	Sonda Urtical 20	UND			
FIOS											
020037	Algodão 0 (s/Aguinha)	ENV	060392	Algulha Descartável 25 x 7	UND	060329	Algulha Descartável 25 x 7	UND			
050835	Algodão 2-0 (s/Aguinha)	ENV	060410	Algulha Descartável 40 x 12	UND	060348	Algulha Descartável 40 x 12	UND			
050144	Algodão 3-0 (s/Aguinha)	ENV	060578	Algodão Indodo	ROL	060351	Algulha Descartável 14	UND			
050164	Cromado 1-0	ENV	060582	Algodão Crepon 10cm	ROL	060351	Algulha Descartável 14	UND			
050130	Cromado 2-0	ENV	060585	Algodão Crepon 12cm	ROL	060351	Algulha Descartável 16	UND			
050125	Cromado 4-0	ENV	060586	Algodão Crepon 15cm	ROL	060351	Algulha Descartável 18	UND			
050259	Kit-Calarala	ENV	060598	Algodão Crepon 18cm	ROL	060351	Algulha Descartável 20	UND			
050200	Mononylon 0 PRETO	ENV	060608	Algodão Crepon 20cm	ROL	060351	Algulha Descartável 22	UND			
050614	Mononylon 2.0 PRETO	ENV	060609	Algulha Gessada 10cm	ROL	060351	Algulha Descartável 24	UND			
050521	Mononylon 3.0 PRETO	ENV	060609	Algulha Gessada 12cm	ROL	060351	Algulha Descartável 26	UND			
050533	Mononylon 4.0 PRETO	ENV	060609	Algulha Gessada 12cm	ROL	060351	Algulha Descartável 28	UND			
050548	Mononylon 5.0 PRETO	ENV	060609	Algulha Gessada 15cm	ROL	060351	Algulha Descartável 30	UND			
050550	Mononylon 6.0 PRETO	ENV	060609	Algulha Gessada 18cm	ROL	060351	Algulha Descartável 32	UND			
051592	Mononylon 8.0 PRETO	ENV	060609	Algulha Gessada 20cm	ROL	060351	Algulha Descartável 34	UND			
050542	Mononylon 10.0 PRETO	ENV	060609	Algulha Gessada 25cm	ROL	060351	Algulha Descartável 36	UND			
050202	Proline 2-0	ENV	061078	Endotr. Padão	UND	060351	Algulha Descartável 38	UND			
050423	Proline 3-0	ENV	062230	Lâmina Histol. N° 21	UND	060395	Algulha Descartável 40	UND			
050449	Proline 5-0	ENV	062260	Lâmina Histol. N° 16	UND	062708	Respirador à Pressão	UND			
050431	Proline 6-0	ENV	062300	Lâmina Histol. N° 20	UND	060578	Respirador à Volume	UND			
050610	Seda 2-0	ENV	062364	Globo Descartável	UND	061856	Taxa de Nitrox	UND			
050580	Seda 3-0	ENV	062193	Interv. Ar. 2,4 M	UND	060428	Taxa de Flora Olho	UND			
050600	Seda 4-0	ENV	062540	Lixa Descartável N° 7.5	PAR	060428	Vidro Lasermedica	UND			
050194	Simples 3-0 (s/Aguinha)	ENV	062428	Lixa Descartável N° 8.0	PAR	060428	preparação	UND			
050266	Vizir 4.0 (Inoker)	ENV	062411	Meia Tubular 10cm	ROL	060428	lata de 100ml	UND			
CIRURGIAO:											
Dr Hélio R P Garcia											
Cirurgia da Mão. Ortopedia											
CRM 4537 - CPF: 565.148.401-34											
TAXAS											
093726 Ar Comprimido											
092497 Aspirinas 1000											
093024 Blanxa do Busto											
060231 Câncer de Câncer											
060382 Cholelomic											
060395 Cidrato											
060457 Histeroscópico											
060494 Histeroscópico											
062708 Respirador à Pressão											
060578 Respirador à Volume											
061856 Taxa de Nitrox											
060428 Taxa de Flora Olho											
060428 Vídeo Lasermedica											
060428 preparação											
060428 lata de 100ml											
CIRCULANTE: <i>Dr Hélio R P Garcia + Juliana</i>											

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Memorial de Natal

Registro-Internamento: 115090 - 1

Leito N°: LEITO RESERVA 01

Médico CRM - 5500 - HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mudança de Procedimento | <input checked="" type="checkbox"/> Uso de Prótese, Ortese |
| <input type="checkbox"/> Diária de U.T.I. | <input type="checkbox"/> Uso de Fatores de Coagulação |
| <input type="checkbox"/> Diária de Acompanhante | <input type="checkbox"/> Uso de Oxigenadores |
| <input type="checkbox"/> Vacina Anti RH | <input type="checkbox"/> Nutrição Parenteral |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HOSPITAL
10.887.687/0001-10 Hospital Memorial de Natal

PACIENTE
115090 - 1 - EVERALDO FERREIRA SOARES

PROCEDIMENTO ANTERIOR	PROCEDIMENTO SOLICITADO	MÉDICO SOLICITANTE	CRM	CPF
		HELIO RUBENS POLIDO GARCIA	5500	195.619.178-07

JUSTIFICATIVA
2 FIOS STEINMANN

HOSPITAL MEMORIAL
Avaliação Licitatória
Protocolo 003-2016
Data 01/07/2016

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

CRM	DATA
5500	01/07/2016 11:48

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR

CRM

DATA

Código 170819387

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**Unidade Solicitante:**

HOSPITAL MEMORIAL

Município Regulador

NATAL

Data Desejada**CNES:**

2408252

Unidade Desejada:

HOSPITAL MEMORIAL

CNES:

2408252

DADOS DO PACIENTE**CNS:**

702008318658982

Nome do Paciente:

EVERALDO FERREIRA SOARES

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

22/09/1974 (41 anos)

Nome da Mãe:

MARIA DAS GRACAS FERREIRA SOARES

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

68

País da Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(84) 8717-2422

Nome do Responsável:

Não Informado

Nome Social/ Apelido:

Raça:

AMARELA

Tipo Sanguíneo:

Naturalidade:

CEARA-MIRIM - RN

Logradouro:

TRAVESSA VITAL CORREIA

Complemento:**Bairro:**

SAO SEBASTIAO

CEP:

59570000

Município de Residência:

CEARA-MIRIM

UF:

RN

Telefone do Responsável:

Não Informado

DADOS DA SOLICITAÇÃO**CPF do Médico Solicitante:**

19551917807

Nome do Médico Solicitante:

HELIO RUBENS POLIDO

Status da Solicitação:

PENDENTE

Diagnóstico Inicial - CTD:

FRATURA DE OUTROS DEDOS - S626

Classificação de Risco:

AMARELO - urgência, atendimento o mais rápido possível.

Caráter:

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DAS FALANGES DA MAO (COM FIXACAO)

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408020342

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTENSAO**Principais Sinais e Sintomas Clínicos:**

FRAT FALANGE PROXIMAL 4 QDE

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FISICO E RX

Condições que Justificam a Internação:

TIO CIRURGICO

Natureza da lesão:

Grave

DIÁRIO**Situação:**

PENDENTE

Motivo de Impedimento do Regulador

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante (examinador)**Operador Solicitante:**

03282959494PPC

CRM**Data**

30.06.2016

AV. JUIZ DE FORA, 1200 - CENTRO - 59010-000 - NATAL / RN
 CONS. 022-020 NATAI / RN
 Conf. com original
 Em: 11/06/2016

CONSULTA HOSP->SOLICITAÇÕES

Código 170819387

N. AIH 241610047391-9

Unidade Solicitante:

HOSPITAL MEMORIAL

Unidade Executante:

HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº , Complemento, Bairro

AV JUVENTAL LAMARTINE - 979 - TIROL

Município Regulador

NATAL

Data de Solicitação

30/05/2016 - 12:43:40

CNES:

2408252

Data de Autorização

30/05/2016 - 12:49:32

CNES:

2408252

Data de Reserva

30/05/2016

Município

NATAL

Data de Internação

30/05/2016

Operador

PATRIC

Data Prevista de Alta

01/07/2016

Data de Alta

30/06/2016 - 15:31:01

Operador

PATRIC

Motivo da Alta

1.2 ALTA MELHORADO

DETALHES DO PACIENTE

CMS

702008318658982

Nome do Paciente

EVERALDO FERREIRA SOARES

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

22/09/1974 (41 anos)

Nome da Mãe:

MARIA DAS GRACAS FERREIRA SOARES

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

68

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(84) 6717-2422

Nome do Responsável

Nome Social/Apelido:

Raça:

AMARELA

Tipo Sanguíneo:

Naturalidade:

CEARA-MIRIM - RN

Logradouro:

Complemento

TRAVESSA VITAL CORRETA

Bairro:

CEP:

SAO SEBASTIAO

Município de Residência:

CEARA-MIRIM

UF:

RN

Telefone do Responsável

DETALHES DO MÉDICO

CPF do Médico Solicitante:

19561917807

Nome do Médico Solicitante:

Status da So

APROVADO

CPF do Médico Executante:

19561917807

Nome do Médico Executante:

APROVADO

Nome do Médico Executante:

HELIOS RUBENS POLIDO GARCIA

Diagnóstico Inicial - CID:

FRATURA DE OUTROS DEDOS - S626

HELIOS RUBENS POLIDO GARCIA

APROVADO

Classificação de Risco:

AMARELO - urgência, atendimento o mais rápido possível.

Caráter:

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARTA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO)

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408020342

DETALHES TÉCNICOS E INSTRUÇÕES DA EXECUÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

FRAT FALANGE PROXIMAL 4 QDE



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 01/07/2016 08:35

Dados do Paciente

Paciente: EVERALDO FERREIRA SOARES

Registro: 115090

Num. RG: 1310464

CPF:

Nascimento: 22/09/1974

41

anos

Sexo: Masculino

Est Civil: Solteiro(a)

Endereço: BACHAREL TOMAZ LANDIM - DE 4222 A 9999 N.: 1441

Bairro: NOSSA SENHORA DA APRESENT

Cidade: NATAL

UF: RN

CEP: 59000000

Fone: 84992159382

Profissão: PEDREIRO

Mãe: MARIA DAS GRACAS FERREIRA SOARES

Dados do Internamento

Num. Internamento: 1

Entrada: 01/07/2016 8:34

Previsão saída: 03/07/2016 11:00 Atendente: MRECEPCAO

Convênio: SUS MUNICIPAL

Matrícula/CNS: 124046192430008

Medico: Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM: 5500

LEITO RESERVA 01

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

- 1 - Autorizo o(a) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: S7885 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DAS FALANGES
- 2 - O(A) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
- 3 - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização
Preenchido pelo responsável do paciente

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

EVERALDO FERREIRA SOARES

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA - CRM 5500

*Hospital Memorial de Natal / RN
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Contato com original
Enviado em: 01/07/2016 08:34*

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228

hmemorial@uol.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 01/07/2016 08:35

Dados do Paciente

Paciente: EVERALDO FERREIRA SOARES

Registro: 115090

Nº. RG: 1310464 - CPF:

Nascimento: 22/09/1974 41 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Solteiro(a)

Endereço: BACHAREL TOMAZ LANDIM - DE 4222 A 9999 - N. 1441

Bairro: NOSSA SENHORA DA APRESENT

Cidade: NATAL

UF: RN

CEP: 59000000 Fone: 84992159382

Profissão: PEDREIRO

Mãe: MARIA DAS GRACAS FERREIRA SOARES

Dados do Internamento

Nº. Internamento: 1

Entrada: 01/07/2016 8:34

Previsão saída: 03/07/2016 11:00 Atendente: MRECEPCAO

Convênio: SUS MUNICIPAL

Matrícula/CNS: 124046192430008

Médico: Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM: 5500

LEITO RESERVA 01

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

Data da Baixa: _____ No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____

Doc. Apresentado: _____ Diagnóstico Definitivo: _____

Procedência: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratório: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurologico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

MedicWare

Página 1 / 1

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tiroz 59.022-020 Natal/RN
Confere com original
Enviado por e-mail