



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
11175968	01/07/2017 01:08	Procuração - Doc. Pessoais - Atestado de Pobreza	Procuração
11175967	01/07/2017 01:08	BO do Acidente	Documento de Comprovação
11175970	01/07/2017 01:08	Doc. do Veículo e Pedido Administrativo	Documento de Comprovação
11175971	01/07/2017 01:08	Boletim de Atendimento Médico. parte 01	Documento de Comprovação
11175972	01/07/2017 01:08	Boletim de Atendimento Médico. parte 02	Documento de Comprovação

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Enivaldo Ferreira Soares, brasileiro (a),
Solteiro, Pedreiro, portador do RG nº 1.330.464 e CPF nº
338.490.664-53, residente e domiciliado a
Rua: Engenheiro Alabomba, nº 1394, Planalto, Bairro: Mirim
RN.

OUTORGADOS:

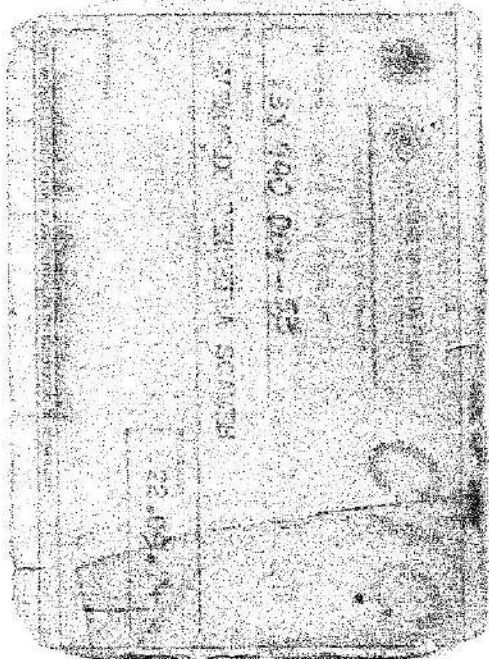
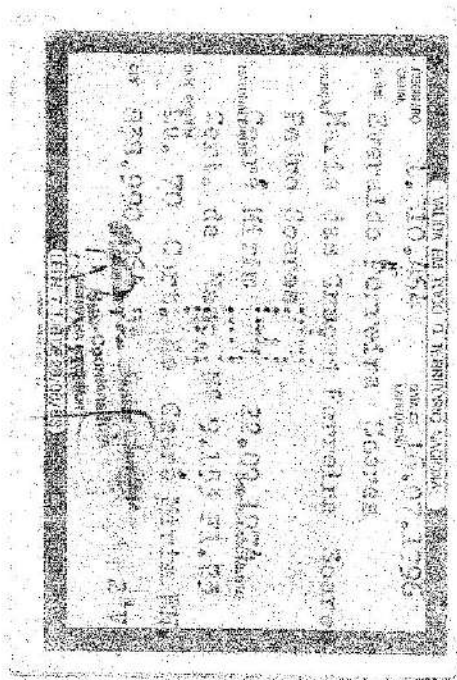
FÁBIO MACHADO DA SILVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 7594, **RANIERE MACIEL QUEIROZ EMIDIO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-RN 9.089 e **ADRIANA MARIA FERREIRA DE SOUZA**, solteira, bacharel em direito, inscrita no RG Nº 001.487.572 SSP/RN, ambos com endereço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

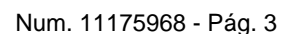
PODERES:

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, 06 Setembro de 2016.

ADRIANA MARIA FERREIRA DE SOUZA
OUTORGANTE





Declaração de pobreza para fins judiciais

Eu, Emmanoel Ferreira Soares,
brasileiro (a), estado civil: Solteiro, profissão: Declarante,
RG: 3.310.464, CPF: 833.990.064.53, residente e
domiciliado na Rua Engenheiro Alabomba, nº 1359
Planalto, Ceará - CE

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

Ceará - CE, 06 de Setembro de 20 16.

Local e Data

EMMANOEL FERREIRA SOARES

Declarante



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 90472

1 - LOCAL E DATA

Local Rua Flamarão Bairro Flamarão
Cidade/UF CAPOEIRA DE ANTAS - RN P. Det. RODRIGO DE OLIVEIRA PEREIRA
Data 13/06/2016 Hora do acidente 14:50 Hora do registro 13:00 Dia da semana segunda

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi WMP-8339 Cidade TEJUPÁ - MARANHÃO UF MA
Marca/Mod. BMW 125 Cor PRATA
Proprietário JOÃO MARIA FERREIRA SALES Ano 2007/2010
Condutor EDUARDO FERREIRA SALES Nº de Ocupantes 1
Endereço RUA EVERTINO ALMEIDA Data de Nasc. 22/04/1974
Bairro FLAMARÃO Nº 1309 Fone 992154382
CPF Nº 838.990.069-53 CNH Nº _____ Validade 1-1-1 UF MA
Local de Trabalho DESEMPREGADO Categoria _____
End. O MESMO Nº 1309 Bairro FLAMARÃO Fone O MESMO Cidade MIRAM

4 - VEÍCULO 02:

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

5 - VEÍCULO 03:

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

6 - VEÍCULO 04:

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

11 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Condução para: ☐ Testemunha
Nome: EDUARDO FERREIRA SOARES Presenciar: ☐ Fato ☐ Registro
RG N°: 1-319 464 Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: 22/09/1974
Endereço: Rua Manoel Albano N° 1359 Fone: 9215-9382
Bairro: PURURITÁ Cidade: Caracará UF: PR
Versão: _____
CONCORDA COM

Assinatura: EDUARDO FERREIRA SOARES Hora: _____
12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Condução para: ☐ Testemunha
Nome: _____ Presenciar: ☐ Fato ☐ Registro
RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
Endereço: _____ N° _____ Fone: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____
13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Condução para: ☐ Testemunha
Nome: _____ Presenciar: ☐ Fato ☐ Registro
RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
Endereço: _____ N° _____ Fone: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____
14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Condução para: ☐ Testemunha
Nome: _____ Presenciar: ☐ Fato ☐ Registro
RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
Endereço: _____ N° _____ Fone: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____
15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa: _____ Cidade: _____ UF: _____ Marca/Modelo: _____
Nome: _____ RG N°: _____ Órgão Exp.: _____
Endereço: _____ N° _____ Fone: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO ATN° _____ Cód/DESD. _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

Supremo que ao chegar ao local da "vi" v2 tinha
se separado
interferiu também que v3 foi conduzido por
polícia para hospital onde ficou até que
seu e ferimento de "ce"

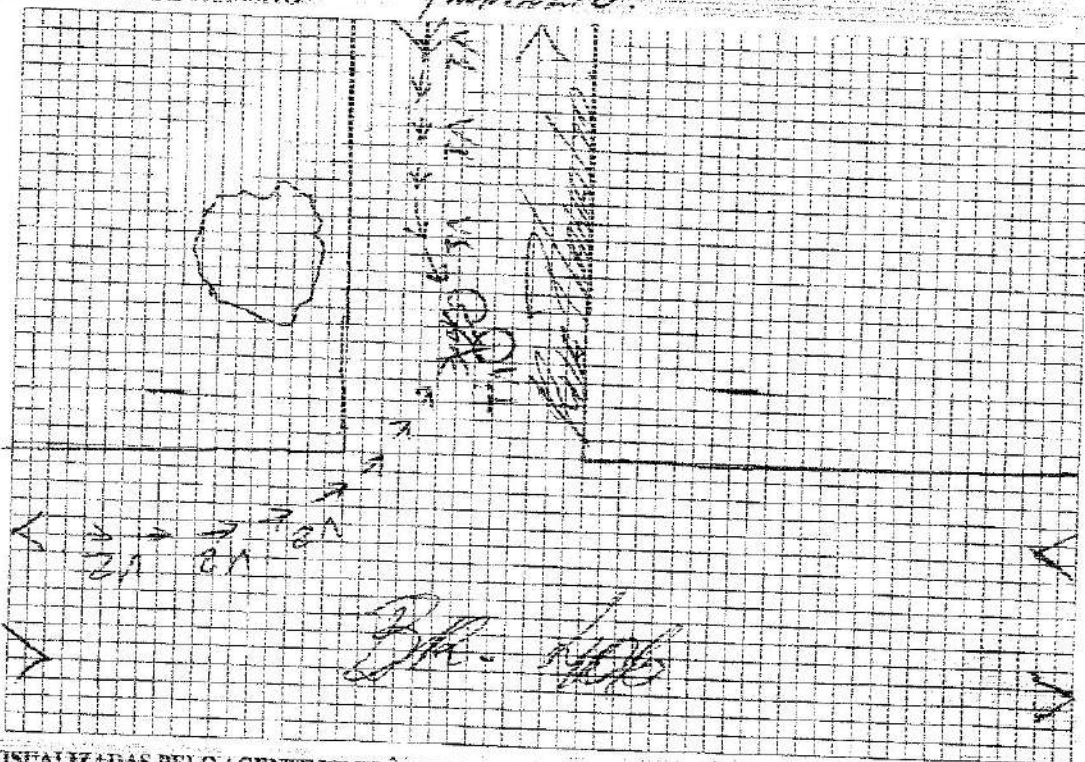
Nome Completo do Agente: Wanderley de S. Silva
POSTO/GRAD.: SA FPM N°: 87073 Vítima: 9215 Subunidade: 9215
Local e Data: Caracará, 13 de maio de 2015

90472

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Curva/ Pista	Cond. / Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" 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"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Aclive Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input checked="" type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebliana	<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 Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<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



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

MANEIRA CASUAL
 TANCQUE PEGAL DE DIRETOR
 ESTABO ALGUELO BOMER
 DO. FIANOL FIANOL
 GURDO CAVETAS
 MESP



AVARIAS DO VEÍCULO 2



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 4



7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Versão do condutor

Em que faixa?

Rua Flaminópolis
Flaminópolis PR 406
DIREITA
INFORMA QUE TRANSITAVA POR FLAMINÓPOLIS PR 406 E SUPERVEEDIDO COM V2
QUE CONDI TRANSVERSALMENTE COM V1

Assinatura do Condutor do V1

GERALDO FERREIRA SOARES

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Versão do condutor

Em que faixa?

7

Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Versão do condutor

Em que faixa?

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Versão do condutor

Em que faixa?

Assinatura do Condutor do V4

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

SINISTRO 3160562637 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EVERALDO FERREIRA SOARES
 COBERTURA Invalido(a)
 SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO GENTE SEGURADORA S/A
 BENEFICIÁRIO EVERALDO FERREIRA SOARES
 CPF/CNPJ: 8369006458

Posição em 14-02-2017 11:30:17
 Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

08/09/2016	R\$ 1.012,50	R\$ 0,00	R\$ 1.012,50
09/12/2016	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FABIO MACHADO DA SILVA
<https://pje.tjm.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=17070101061698000000010552513>
 Número do documento: 17070101061698000000010552513

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante

Nome Eugenildo Ferreira Soares, brasileiro (a), estado civil solteiro, profissão Recebeiro, identidade 1.310.464, CPF 838.940.064.53, endereço Rua: Engenheiro Alabomba, nº 1359, Planalto, Acari-Mirim-RN

Outorgado

Nome Marcela dos Santos Vêndolo, brasileiro (a), estado civil solteira, profissão Da Lei, identidade 2.642.544, CPF 075.432.534.24, endereço Rua: Engenheiro Alabomba, nº 1359, Planalto, Acari-Mirim-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) Eugenildo 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 EUGENILDO FERREIRA SOARES
RECEBEIRO
Por Autenticidade do que dou Fé
Ceará Mirim-RN 05 SET 2016
Em Teste [Assinatura] de Verdade
[Assinatura]
06 de Setembro do ano de 2016

RECONHEÇO
P. OFICÍO

DEPARTAMENTO DE NOTAS
FISCAL 1
ANT-061509

1º e 2º Juiz de Direito
Tribunal Público
Alcides Lucio Barbosa
Substituído
Ceará Mirim-RN

EUGENILDO FERREIRA SOARES

Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Declaração do Proprietário do Veículo

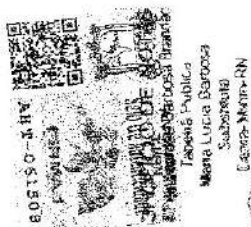
Eu, João Maria Ferreira Soares,
RG nº 002.489.339, data de expedição 02/12/13,
Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 053.174.404.32, com
domicílio na cidade de Salmo Martins, no Estado de
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Conte de Uzeu, nº 03,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Ricardo Ferreira Soares, cujo o condutor era
Ricardo Ferreira Soares.

Veículo: Relicada
Modelo: Honda CB 125 Fan KS
Ano: 2008 - 2009
Placa: WWP-8339
Chassi: 9C332411C MRS36544
Data do Acidente: 13-06-2016
Local e Data: Estado do Rio Grande do Sul - 2016



João Maria Ferreira Soares
Assinatura do Declarante

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



Reconheço a Firma de João Maria
Ferreira Soares
Por Autenticidade do que deu Fé
Ceará-Mirim - RN
Em Teste 06 SET 2016 da Verdade
Notário Público



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 ENTRADA	13/06/2016	HORA	01:21 Nº BAA 185217
IDADE	41	SEXO	M
CARTÃO SUS	124046192430008	ETNIA	Pardo
CPF	838.990.064-53	ESTADO CIVIL	Solteiro(a)
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	BAIRRO	Planalto
COMPLEMENTO	-	CIDADE	Ceará-Mirim-RN
CEP	59570-000	MOTIVO	Acidente de Trânsito / Queda de moto
ORIGEM	Família	USUÁRIO	Wellingtongomes
ACID. DE TRABALHO	Não		

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

*fratura no 9º costela
devido a queda e exposição a um*

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES

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

DIAGNÓSTICO INICIAL	CID
----------------------------	------------

FIQUE ATENTO À SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS EM ESPECIAL: ACRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS. DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE.


ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA <i>Diagnóstico de depressão</i>	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<i>1) Captação 1g. 2x por dia</i>	
<i>2) Volante 1g. 1x por dia</i>	
<i>3) 10 CC.</i>	
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável
DESTINO DO PACIENTE: <i>Alta</i> 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: <i>Alta</i> 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"/>	

 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo 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		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE <i>Everaldo Ferreira Soares</i>		6 - Nº DO PROTOCOLO <i>200-370819387</i>	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS <i>124046192930008</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>22-09-1974</i>	9 - SEXO <i>MASC</i>	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Maria das Graças Ferreira Soares</i>
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº) <i>R - Sanchael Tomaz Landim 1441</i>		12 - TELEFONE DE CONTATO <i>91215-93820</i>	
13 - MUNICÍPIO <i>Caetés</i>	14 - BAIRRO <i>Verde Amélia APARIM</i>	15 - UF <i>RN</i>	16 - CEP <i>59114-645</i>
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fx falange proximal de 2º</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>do amigado</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>fratura + SF + AP</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fx dedo</i>	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS <i>Dr. Rodrigo Cabral Ortopedista</i>
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>osteossintese de Fx</i>	25 - LEITO / CLÍNICA <i>ortopedia</i>	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>urgência</i>	27 - NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL <i>Dr. Rodrigo Cabral</i>
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		29 - DT SOLICITAÇÃO <i>16/06/16</i>	
		30 - CNS / CPF	
		31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
40 - CID PRINCIPAL			
41 - CID SECUNDÁRIO			
AUTORIZAÇÃO			
42 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	43 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	
45 - DT AUTORIZ.	46 - DT AUTORIZ.		
47 - CNS / CPF	48 -		
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	50 - 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 externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a partir dos valores éticos e humanitários.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo 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 EVERALDO FERREIRO SOARES			4 - CNES		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
5 - NOME DO PACIENTE EVALDO TOMAZ JACINTAS			6 - Nº DO PROTOCOLO		
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS 124046192430008	8 - DATA DE NASCIMENTO 20-09-1974	9 - SEXO M	MASCULINO	1	FEMININO 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA DAS GROSAS FERREIRO SOARES			11 - TELEFONE DE CONTATO 992159382		
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) R. ...					
13 - ...	14 - BAIRRO	15 - UF RN	16 - CEP		
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS dor na região do abdômen					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO trauma					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) ne					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL fratura da perna	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS		
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO emergencial / urgência	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	29 - DT SOLICITAÇÃO 13/06/16		30 - CNES / CPF		
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO			
33 - CNPJ DA SEGURADORA		34 - Nº DO BILHETE		35 - BÔNUS	
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO		37 - CNPJ		38 -	
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		40 -		41 - CID PRINCIPAL	
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ()		44 - () GRAVE	
45 - () GRAVISSIMA					
AUTORIZAÇÃO					
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO		47 - DT AUTORIZ.		48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	
49 - CNES / CPF		50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO		51 - DT AUTORIZ.	
52 -		53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		54 -	

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 à 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
Tírol - 52.022-920 Natal / RN
Compare 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

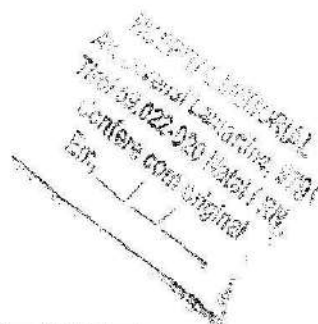
Nascimento: 22/09/1974 (42 anos

Data Internação: 01/07/2016 08:34:22

Evolução: 01/07/2016 11:48:20

POI sem intercorrências

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500





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) DAPIRONA 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) DAPIRONA 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 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

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

Observações:

PACIENTE ADMITIDO NO CENTRO CIRURGICO PARA SUBMETER A PROCEDIMENTO DE LUXACAO DE METACARPO
ORIENTADO EM O° AMBIENTE DEAMBULANDO O MESMO NEGA PATOLOGIA E ALERGIA MEDICAMENTOSA.
SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTAO.

Doença pré-existente:

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

Exame Laboratorial: NÃO Risco Cirúrgico: NÃO Raio X: PRÉ-IM-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: O° AMBIENTE

Acesso venoso: NÃO

Diurese: NÃO

Acianótico: NÃO

Pálido: NÃO

Sudorese: NÃO

Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO

Raio X de Controle:

Medicação administradas:

Encaminhamento:

PACIENTE NO POI ENCAMINHADO AO RX EM SEGUIDA AO LEITO ACOMPANHADO DO
MAQUEIRO. ORIENTADO EM O° AMBIENTE FERIDA OPERATORIA LIMPA. SEGUE
AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTAO.

Assinatura Responsável:

Nayara Soares

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

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

PROTOCOLLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: BLOQUEIO

AnestesiologistaDR.MELO

Tipo: FRAT. MAO E

Cirurgião DR. HELIO

Instrumentador: ANTONIA

Circulante: JULIANA+DEISYANE

Tipo curativoLIMPO E OCLUIDO

Tem material para biópsia/cultura:

Inf. sanguínea **NÃO**

Monitoração correta ☒ SIM

Placa de bisturNÃO

Antibiótico profilático Kefazol

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 SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação Limpa

Dezembro, Rio de Janeiro da Silva

JULIANA CARDOSO DA SILVA
COREN - 566188

HOSPITAL GENERAL
Av. Juvencio Llanusa, 270
Tfno: 59-022-026 Pacho / ECU
Confere con original
Em. _____



BLOCO CIRÚRGICO BOLETIM DE SALA

Reg: 115090 NOME: *Fabio Machado da Silva* APTO.:
Cirurgia Realizada: *1º cirúrgico da fratura da falange*
DATA: *24/07/16* INICIO: HS: MIN: TERMINO: HS: MIN:
EQUIPE NOME CRM CIRURGIA
Cirurgião *Dr. Hélio Garcia* 5500 Pequena
1 Auxiliar *Dr. Francisco da Silva Melo* Média
2 Auxiliar *Anestesiologista SBA 15714* Grande
Anestesiologista *CRM 4539 - CFE 565.148.404.34* Múltipla
Instrumentador *Dr. Hélio Garcia*

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				FIOS				DESCARTÁVEL			
028956	Água Biotilada 100ml	AMP	2	050320	Vicry 4-0 (Violeta)	ENV		066184	Malha Tubular 12cm	ROL	
000325	Água Biotilada 10ml	AMP		050377	Vicry 5-0 (Racolor)	ENV		060188	Malha Tubular 15cm	UND	24
025988	Água Biotilada 20ml	AMP		050725	Vicry 6-0	ENV		062789	Máscara Descartável	UND	2
000057	Cloxacilina 1g	AMP		050313	Vicry 7-0	ENV		060930	Polifix 2 vias	ML	
000098	Dexamet 4mg 1ml	AMP						064794	Polidoro Degermante / ml	ML	
000712	Glicose 25% 10ml inj.	AMP						064787	Prividine Tópico / ml	ML	180
004293	Glicose 50% 10ml inj.	AMP						065557	Sabão Líquido	UND	38
004703	Hidrocort 50%	FRS						060743	Soroclina Descartável	UND	
005059	Injeção Penicilina 144	CCM						060253	Seringa Desc. 0.5cc 21x7 Agulha	UND	
015111	Kaolin Neutro 1g	AMP						062443	Seringa Desc. 0.5cc 21x7 Agulha	UND	
005567	Novelgine 2ml inj.	AMP						063475	Seringa Desc. 0.5cc 21x7 Agulha	UND	
007193	Protina 100mg 1ml	FRS						063309	Seringa Desc. 1.0cc 21x7 Agulha	UND	
008820	Solução Ringer Lactato	FRS						063216	Seringa Desc. 2.0cc 21x7 Agulha	UND	
008449	Solução Ringer Simples	FRS						063129	Sonda Uretral 10	UND	
008125	Soro Fisológico 100ml	FRS						063144	Sonda Uretral 12	UND	
008718	Soro Fisológico 5% 500ml	TS						063151	Sonda Uretral 14	UND	
005740	Soro Gliconado 5% off 500	AMP						063168	Sonda Uretral 16	UND	
009905	Xilocaína 2% off	BSG						063183	Sonda Uretral 18	UND	
010026	Xilocaína Gel 2%	BSG						060551	Sonda Uretral 20	UND	
DESCARTÁVEIS											
				061920	Antecath-T Plus Nº 14	UND					
				061918	Antecath-T Plus Nº 16	UND					
				061923	Antecath-T Plus Nº 18	UND					
				061932	Antecath-T Plus Nº 20	UND					
				060962	Agulha Descartável 13 x 4,5	UND					
				060992	Agulha Descartável 25 x 7	UND					
				060418	Agulha Descartável 40 x 12	UND					
				060575	Alapril Indente	ML					
				060582	Aladura Crepon 10cm	ROL					
				060636	Aladura Crepon 12cm	ROL					
				060680	Aladura Crepon 15cm	ROL					
				060698	Aladura Crepon 20cm	ROL					
				060701	Aladura Gessada 10cm	ROL					
				060679	Aladura Gessada 12cm	ROL					
				060620	Aladura Ortopédica 10cm	ROL					
				060609	Aladura Ortopédica 15cm	ROL					
				061670	Aladura Ortopédica 15cm	ROL					
				060380	Aladura Ortopédica 20cm	ROL					
				066648	Bandeja Pendular	UND					
				061545	Bandeja Regal	UND					
				060948	Butterfly 19g	UND					
				060955	Butterfly 21g	UND					
				062185	Butterfly 23g	UND					
				062142	Butterfly 25g	UND					
				061305	Camisola Descartável	UND					
				061244	Compressa Cirúrgica	UND					
				061689	Eletrodo Descartável	UND					
				060949	Enfermagem 500ml	UND					
				062074	Esparadrago 10 x 4,5	CM					
				062031	Eter Sulfônico / ml	ML					
				062285	Gase 91 x 31	UND					
				062330	Gaze Vascularizada	UND					
				062364	Gorro Descartável	UND					
				062193	Imatex Air R 2.4 M	UND					
				061079	Imatex Padão	UND					
				062230	Lâmina Estéril Nº 21	UND					
				062269	Lâmina Estéril Nº 15	UND					
				060140	Lâmina Estéril Nº 20	UND					
				062232	Luva Descartável Nº 7,0	PAR					
				062640	Luva Descartável Nº 7,5	PAR					
				062428	Luva Descartável Nº 8,0	PAR					
				063411	Malha Tubular 10cm	ROL					
FIOS											
000037	Agulha 0 (1/2 Agulha)	ENV		061545	Bandeja Regal	UND					
000635	Agulha 2-0 (1/2 Agulha)	ENV		060948	Butterfly 19g	UND					
000044	Agulha 3-0 (1/2 Agulha)	ENV		060955	Butterfly 21g	UND					
000162	Cromado 1-0	ENV		062185	Butterfly 23g	UND					
000130	Cromado 2-0	ENV		062142	Butterfly 25g	UND					
000123	Cromado 3-0	ENV		061305	Camisola Descartável	UND					
000259	Kil-Catálise	ENV		061244	Compressa Cirúrgica	UND					
000299	Monoclonal 0 PRETO	ENV		061689	Eletrodo Descartável	UND					
000614	Monoclonal 2,0 PRETO	ENV		060949	Enfermagem 500ml	UND					
000621	Monoclonal 3,0 PRETO	ENV		062074	Esparadrago 10 x 4,5	CM					
000639	Monoclonal 4,0 PRETO	ENV		062031	Eter Sulfônico / ml	ML					
000948	Monoclonal 5,0 PRETO	ENV		062285	Gase 91 x 31	UND					
000953	Monoclonal 6,0 PRETO	ENV		062330	Gaze Vascularizada	UND					
001592	Monoclonal 8,0 PRETO	ENV		062364	Gorro Descartável	UND					
000542	Monoclonal 10,0 PRETO	ENV		062193	Imatex Air R 2.4 M	UND					
000202	Protene 2-0	ENV		061079	Imatex Padão	UND					
000463	Protene 3-0	ENV		062230	Lâmina Estéril Nº 21	UND					
000449	Protene 4-0	ENV		062269	Lâmina Estéril Nº 15	UND					
001131	Protene 5-0	ENV		060140	Lâmina Estéril Nº 20	UND					
000510	Seda 2-0	ENV		062232	Luva Descartável Nº 7,0	PAR					
000550	Seda 3-0	ENV		062640	Luva Descartável Nº 7,5	PAR					
000800	Seda 4-0	ENV		062428	Luva Descartável Nº 8,0	PAR					
000194	Sinvis 3-5 (1/2 Agulha)	ENV		063411	Malha Tubular 10cm	ROL					
000390	Vicry 4-0 (Incolor)	ENV									

CIRURGIÃO: *Dr. Hélio R. Garcia*
Cirurgia de Mão / Ortopedia

CIRCULANTE: *Fabio Machado da Silva*

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 Nº: 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

10.867.687/0001-10 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

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

CRM

5500

DATA

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: CNES:
HOSPITAL MEMORIAL 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 de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(84) 8717-2422
Nome do Responsável:
Não Informado

Nome Social/Apelido:

Raça:
AMARELA
Tipo Sanguíneo:

Naturalidade:
CEARA-MIRIM - RN
Logradouro: Compleme
TRAVESSA VITAL CORREIA
Bairro: CEP:
SAO SEBASTIAO 59570000
Município de Residência: UF:
CEARA-MIRIM RN

Telefone do Responsável:
Não Informado

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
19561917807
Diagnóstico Inicial - CTD:
FRATURA DE OUTROS DEDOS - S626
Classificação de Risco:
AMARELO - urgência, atendimento o mais rápido possível.
Caráter:
11 - Urgência
Clínica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DAS FALANGES DA MAO (COM FIXACAO)

Nome do Médico Solicitante: Status da Solicitação:
HELIO RUBENS POLIDO GARCIA PENDENTE

Clínica Complementar:
Nenhuma
Código:
0408020342

LANÇO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

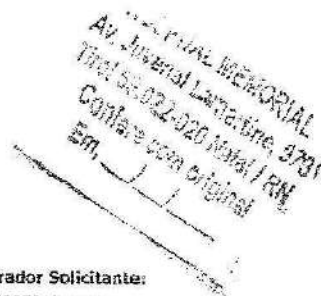
Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
FRAT FALANGE PROXIMAL 4 QDE
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
EXAME FISICO E RX
Condições que Justificam a Internação:
TTO CIRURGICO
Natureza da lesão:
Grave

DADOS

Situação:
PENDENTE
Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante (examinador)

Operador Solicitante:
03282959494PPC
CRM:
Data:
30.06.2016



CONSULTA HOSP->SOLICITAÇÕES

Código 170819387

N. AIH 241610047391-9

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MEMORIAL
Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL
Município Regulador
NATAL
Data de Solicitação
30.06.2016 - 12:43:40
Data de Autorização
30/06/2016 - 12:49:32
Data de Reserva
30.06.2016
Data de Internação
30.06.2016
Data Prevista de Alta
01.07.2016
Data de Alta
30/06/2016 - 15:31:01
Motivo da Alta
1.2 ALTA MELHORADO

CNES:
2408252
CNES:
2408252
Município
NATAL
Operador
03282959494
Operador
55999751420
Operador
PATRIC
Operador
PATRIC

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 de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(84) 6717-2422
Nome do Responsável

Nome Social/Apelido:

Raça:
AMARELA
Tipo Sanguíneo:

Naturalidade:
CEARA-MIRIM - RN
Logradouro:
TRAVESSA VITAL CORREIA
Bairro:
SAO SEBASTIAO
Município de Residência:
CEARA-MIRIM
Complemento
CEP:
59570000
UF:
RN
Telefone do Responsável

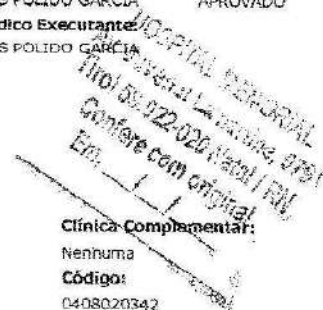
DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
19561917807
CPF do Médico Executante:
19561917807
Diagnóstico Inicial - CID:
FRATURA DE OUTROS DEDOS - S626
Classificação de Risco
AMARELO - urgência, atendimento o mais rápido possível.
Caráter
11 - Urgência
Clínica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DAS FALANGES DA MAO (COM FIXACAO)

Nome do Médico Solicitante:
HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
Nome do Médico Executante:
HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
Status da So
APROVADO
Clínica Complementar:
Nenhuma
Código:
0408020342

LABELA TÉCNICA E AUTENTICAÇÃO DA INFORMAÇÃO

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: **8499215938**
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**
Médico: **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
Av. Juvenal Lamartine, 979
59000-000 Natal / RN
Contato com original

Hospital Memorial de Natal

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

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

hmemorial@uaivivmail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

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

Matricula/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: _____ Diagnostico Definitivo: _____

Procedência: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratórios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

