



Número: **0813398-88.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO SUMÁRIO**

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

Última distribuição : **26/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 0,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RUTHINEA ALVES DA SILVA (AUTOR)	ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA (ADVOGADO)
PORTO SEGURO S/A (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
99375 68	04/04/2017 09:56	bo	Documento de Comprovação
99376 85	04/04/2017 09:56	boletim de urgencia 2	Documento de Comprovação
99377 94	04/04/2017 09:56	boletim de urgencia 1	Documento de Comprovação
99378 29	04/04/2017 09:56	comprovante	Documento de Comprovação
99378 68	04/04/2017 09:56	doc pessoais	Documento de Identificação
99379 66	04/04/2017 09:56	prontuario cirurgico 2.1	Documento de Comprovação
99380 54	04/04/2017 09:56	prontuario cirurgico 2.3	Documento de Comprovação
99381 21	04/04/2017 09:56	samu	Documento de Comprovação
99383 85	04/04/2017 09:56	prontuario cirurgico 1	Documento de Comprovação
99382 67	04/04/2017 09:56	prontuario cirurgico 2.2	Documento de Comprovação
99382 91	04/04/2017 09:56	prontuario cirurgico 2	Documento de Comprovação
10085 284	17/04/2017 09:46	Petição	Petição
10085 336	17/04/2017 09:46	procuração	Procuração



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 92018

1 - LOCALE DATA

Local RN 263 Bairro Próx a Praia
Cidade/UF PURETA P. Ref.
Data 29/05/2016 Hora do acidente 14:40 Hora do registro 17:40 Dia da semana Domingo

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi LVE 3336 Cidade S. GONÇALO DO AMARANTE UF RN
Marca/Mod. FIAT FUNDO MILLE FIRE Cor BRANCA Ano 2002 / 2002
Proprietário LUCAS GABRIEL CORDEIRO Nº de Ocupantes _____
Condutor ABIMARL MORAES DA SILVA Data de Nasc. 21/10/1975
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade / / Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

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 _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade / / Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ 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 _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade / / Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ 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 _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade / / Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

Autenticação: Número do Boletim: 92018 Número da Ocorrência: 983341 Data Registro: 02/06/2016 Hora Registro: 18:50:10 Número/Controle: D98785656W

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V1 _____

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V2 _____

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3 _____

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4 _____

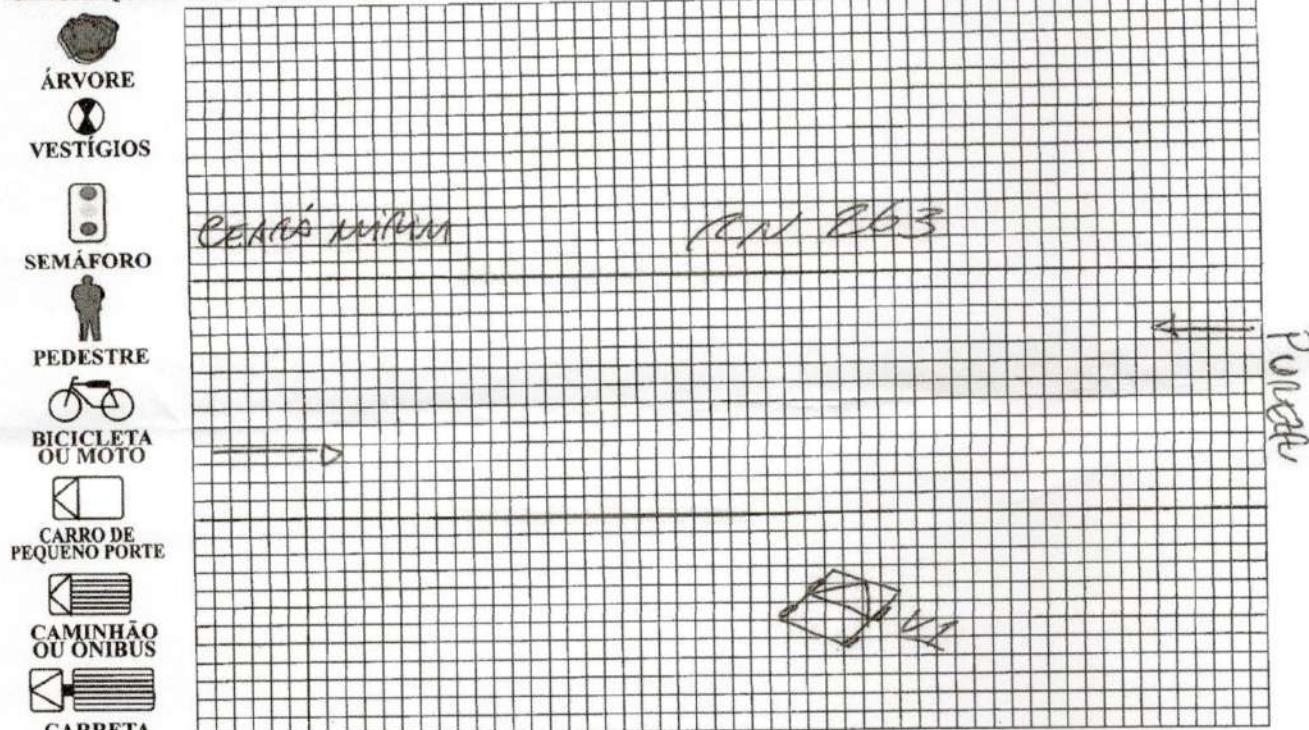
Autenticação: Número do Boletim: 92018 Número da Ocorrência: 983341 Data Registro: 02/06/2016 Hora Registro: 18:50:10 Número/Controle: D98785656W

92018

8 - CONDIÇÕES DA VIA

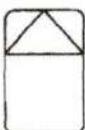
Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecedo	<input type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Pleno Dia	<input checked="" type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input checked="" 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 type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulina	<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"/> _____
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/> _____	
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

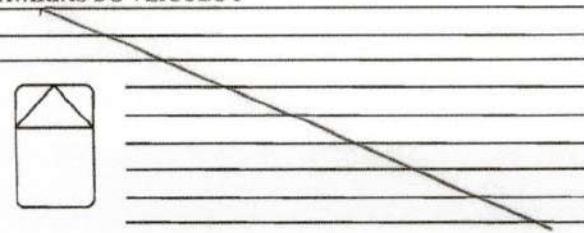


10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

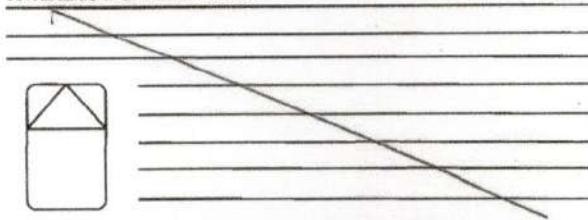
AVARIAS DO VEÍCULO 1

~~Fenômeno Total~~

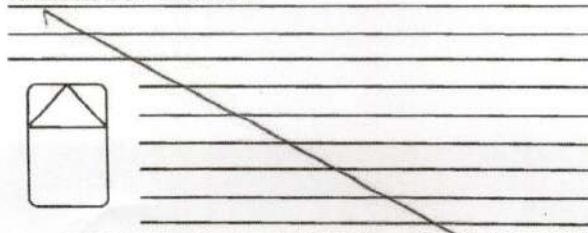
AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 2



AVARIAS DO VEÍCULO 4



Autenticação: Número do Boletim: 92018 Número da Ocorrência: 983341 Data Registro: 02/06/2016 Hora Registro: 18:50:10 Número/Controle: D98785656W

II - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: Elviris Serrinha
Presenciou: Testemunha Fato Registro

Nome SAMUEL NEVES DA SILVA RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 27/10/1975
Endereço _____ Cidade _____ Nº _____ Fone _____ UF _____
Bairro _____ Versão _____

Assintura _____ Hora _____

12 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: Elviris Serrinha
Presenciou: Testemunha Fato Registro

Nome INTINHA ALVES DA SILVA RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 06/10/1979
Endereço _____ Cidade _____ Nº _____ Fone _____ UF _____

Bairro _____ Versão _____

Assintura _____ Hora _____

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

Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / /
Endereço _____ Cidade _____ Nº _____ Fone _____ UF _____
Bairro _____ Versão _____

Assintura _____ Hora _____

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

Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / /
Endereço _____ Cidade _____ Nº _____ Fone _____ UF _____
Bairro _____ Versão _____

Assintura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa WW 7567 Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo Fiat Durango
Nome RAIMUNDO OLIVEIRA RG Nº _____ Órgão Exp. _____ Nº _____

Endereço _____ Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS / FOTOS SIM NÃO AUTUAÇÃO SIM NÃO AIT Nº 518034284 CÓD/DESD 5110-0

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

CONDUTOR DE V1 E PASSAGEIRO DE V1, AMBOS SEM PROTEÇÃO A CABO. MOTIVO DA ABSÉNCIA DE DODOS NO CORPO. 03 DD BOAT, BEM COMO DD ESQUIPO. 11 E 12 DD DD RESPECTIVOS. NAO FOI POSSIVEL A VER SAD DD CONDUTOR, E NEM DA PASSAGEIRA DE V1. POR MOTIVO DO ATENORIMENTO DO SAMU, E POSTERIOR. NO CIMA DO SARCINHO DIANTE DA COMPLEXIDADE DD SINTOMAS E DAS DIFERENÇAS FÍSICAS DOS ENVOLVIDOS, AUSÊNCIA DD VESTIMENTAS. VEÍCULO DD SOCORRIMENTO. PÔS O CONTRIBUI
WW 7692 (Fiat) USB 30 | PSICO MARTINS
WW 7692 (Fiat) USB 30 | PSICO MARTINS
ENTREVERMOS O CAPOTADO FIAST UND MILLE LVE 3336 ENTREVERMOS
GIVE A Gilson Ferreira FDT 110 1003 Gilson Ferreira
FOUE - 99158 6582. RUSTON MAGNO FERREIRA SANTOS
Nome Completo do Agente _____

POSTO/GRAD.: SD PM Nº 2000 0092 Viatura DRE 104 Subunid.: 1º DPRE

Local e Data NATAL - RN , 29 de MAIO de 2016. Assinatura do Agente de Trânsito Ruston Magno F. Santos

98815 1090

Autenticação: Número do Boletim: 92018 Número da Ocorrência: 983341 Data Registro: 02/06/2016 Hora Registro: 18:50:10 Número/Controle: D9878566W



RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLICIAMENTO RODOVIÁRIO ESTADUAL
1º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
SETOR DE TRÁFEGO

Av. Capitão-Mor Gouveia, 924, Cidade da Esperança - Natal - Rio Grande do Norte
Fone:(84) 3232-1514 - E-mail: cpresetordetrafego@hotmail.com

Natal/RN, 03 de Junho de 2016.

BOAT nº: 92018

Data: 29/05/2016

Local: RN 263 - Zona Rural - Pureza/RN

Veículos envolvidos:

(V-1) FIAT/ UNO MILLE FIRE - LVZ 3336

Deixo de emitir parecer por falta de informações (versão e qualificação de V-1) sobre o referido acidente.

José Delfino Filho 1º Ten QOAPM
Mat. 052.923-0

CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO

Verificação de autenticidade na internet: <http://www.pm.m.gov.br> na tela de consulta de boletim.

Autenticação: Número do Boletim: 92018 Número da Ocorrência: 983341 Data Registro: 02/06/2016 Hora Registro: 18:50:10 Número/Controle:
D98785656W

*Somente possuem valor legal os pareceres que estejam assinados pelo chefe do setor ou auxiliar.

anac

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)		
A		
B		
C	BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	
D		
E		
A (ALERGIAS):		
M (MEDICAÇÃO EM USO):		
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):		
L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS):		
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):		
V (PASSADO VACINAL):		
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) ***		
RX tórax AP	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS 	
RX antebraço, punhos e mãos (AP/P)		
RX mãos (AP/P)		
RX joelhos e perna (AP/P)		
RX joelhos (AP/P)		
RX盆腔 (AP)		
OUTROS		
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)		
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM		
<p>SFO 9% 1000ml ev</p> <p>Aguardando exames</p> <p>Le de tórax e uso de estabilizadores simultaneamente relacionados ao ferimento</p> <p>Ilizarov CB</p> <p>Avant BMF e NRC e Ortopedia</p>		
Assinatura e Carimbo do Responsável		Assinatura e Carimbo do Responsável

PARECERES

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1:	NCR	HORA: _____ DATA: _____
ESPECIALISTA 2:	Ortopedia	HORA: _____ DATA: _____
ESPECIALISTA 3:	BMF	HORA: _____ DATA: _____

*Daniel C. A. de Medeiros
MÉDICO CRM 5208*

MÉDICO (Carimbo)

O preenchimento correto do boletim de atendimento produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidêis e protege o profissional de saúde. Contribua para a melhoria da assistência no HMVIG

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:		01 hora	
ANAMNESE			
Pente v. traum ar acidente articular Aferir dia no ano (0) + 34 m e Pone (0).			
EXAME FÍSICO			
Alteras de pele nos dedos e Eruras - pele no pulso (0) + dor nos dedos			
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA			
Pode existir as nesse (0) e fatores RADIOLÓGICA SO CIRURGIA			
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADILOGIA E IMAGEM)***		LABORATÓRIO	
Rx RADIOLÓGICA SO CIRURGIA		ADTBOMBAQ DASSEB 55001003	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
CONTIN ① Colapto em 10-20s e 230 ar ② Informar cura ③ AO conto cura (após ligar os frascos)		(após ligar os frascos)	
④ Encerrado (tilt down) Assinatura e Carimbo do Responsável		Brito Maniz L Borges Ortopedia / Traumatologia CRM 5975 - SBOT 116-13 Assinatura e Carimbo do Responsável	
DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:		DATA: 29/05/2016 HORA: 00:00	
SAÍDA:		DATA: / / HORA:	
Decisão Médica <input type="checkbox"/>		Á 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"/>	
Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação			
DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:		DATA: / / HORA:	
SAÍDA:		DATA: / / HORA:	
Decisão Médica <input type="checkbox"/>		Á 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"/>	

2/6 - Melha da hemiparesia

ECG = 15

Pelito 207 na mão d

Cd: Novo 70 controle p/ 3/6

DR. ANGELO R. S. FERREIRA
NASC 02/01/1961
CRM/RN 1419
RESIDÊNCIA 1984

03/06/16

DS TCE

= paciente estável
sem crises convulsivas
evolu com períodos de agressividade

R cabos: contínua foto-loraz em dorso.

Tens fijar esterno em antebraço (E)

Cd: Alter da x - frango rosto + encantante

Centro com Dr. Gentil (algolite) - amarra a faceta

Antônio Lima Gazzola
Neurocirurgião
CRM/RN 4119

09/06/16

TCE

DG TCE

SEGUE ESTÁVEL
AFEBRIL
GLASGOW: 15PTS
SEM DEFICITS FOCAL

a) ESTÁ DE ALTA DA REHABILITAÇÃO ORTOPÉDICA
ASSUMIN

Assinatura do Médico - CRM

Dr. Thiago Alvarado F. Bezerra
Neurocirurgião
CRM/RN 5233

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



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

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Jurônio Alves de Souza* Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório: *Embarço exposto do guto coz*

Indicação terapêutica: *TB curva a fundo exp* Urgência () Eletiva ()
de guto e

INTERVENÇÃO

Data: Início: Término: Duração:

Operador: *Gentil* CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador: CRM/CRO:

Anestesista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

*(1) Fase da dura dura exp maz
(2) fases tipo erros, fundo
(3) soleno maz maz, curva
(4) fases em fundo exp
(5) fundo curva*

Gentil Fernando de A. Filho

0408020407 (2)

5526

(253,80)

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

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.

DEPARTAMENTO DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MUNICIPAL WALTER RODRIGUES
PRONTO-SOCORRO DR. CLÓVIS AARHUS

(apenas o(a) (e)

DN: Q1671166

Cód. Processo: 36935

Data: Sexta-feira - 03/08/2018 - 09:49

TO DO CRIMINOSO

TECNICO:

Exame lesional ou abscesso da Tumorologia Ocupacional Multidisciplinar.

RELATÓRIO:

* INTRATENTORIAL:

Pseduodivisões delimitam a porção cerebelar com densidade tecidual.

Ocasionalmente observa-se cistos e hidrocefalia ventricular.

Sugere-se lesões desprendidas leves.

Observa-se perda de massa.

* SURRENTORIAL:

Outras janelas juntamente com a lesão frontal evidenciam

caquexia avançada abrangendo cintila torcular.

Não se observa desvio da linha média.

Sugere-se lesões desprendidas leves.

Repete-se a limitação endovenosa.

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA
<https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=1704040956012420000009392954>
Número do documento: 1704040956012420000009392954

ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA
Assinante: 1704040956012420000009392954
Data: 03/08/2018 09:49:49

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



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE	RUTINEA ALVES DA SILVA	
DATA DE ENTRADA	29/05/2016 HORA 18:42 Nº BAA 182051	
IDADE	37	SEXO - ETNIA -
CARTÃO SUS	-	ESTADO CIVIL -
CPF	- RG ---	
NOME DA MÃE	-	
NOME DO PAI	-	
NASCIMENTO	01/01/1979	NATURALIDADE -
TELEFONE	-	PROFISSÃO -
RUA/AV.	- Nº -	
COMPLEMENTO	Pureza Via Publica	BAIRRO -
CEP	-	CIDADE Pureza-RN
ORIGEM	Ambulância - SAMU	MOTIVO Consulta de urgência / Ouvido
ACID. DE TRABALHO	Não	USUÁRIO Lima

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente vítima de capotamento a parentemente "arre messache" do veículo, deu entrada com rebatimento do nível de consciência e lesões em face e membros.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vias púricas, cl. color carvalho
- B Espiritos, respirações espontâneas, AP: mult, simétrico
- C FC = 100bpm // TA = 110x70
- D ECG = AO: 4 // RV: 2 // RM: 5 = 11. Pupilas isocônicas
- E Traumatismo craniosacial, escoriação extensa em

OUTRAS OBSERVAÇÕES HTX5, immobilização em MSE, mão D, MIE e joelhos

CONFERE COM ORIGINAL

NATALRN, 12104116

SESAP, MAT. N° 1520873

REGISTRA 19:26
29/05/16
Jana e Marta
te de cromo
ja Ricardo.

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

DIAGNÓSTICO INICIAL

Polifranquialismo

CID

Copyright © 2016 | Sistema Amazing | (84) 9613-4442

ULTRASSONOGRAFIA
Realizado no dia 29/05/16 às 19:30hs
Téc. Enf.: [Signature]

29/05/2016 18:44

ALGORITMO PI SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1- AVALE A RESPONSIVIDADE DA VITIMA 2- PEÇA A AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAL) 3- ABARA VIA AÉREA, 4- AVALE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 5- SE APNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, MÁSCARA 15 - AVALE PULSO CAROTÍDEO, OU FENÚRIO (BRANGUAR EM LACTANTE), 7- SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRIMIDOS TORACAS, 100MMIN PRICOPORAO 30:2 ATÉ CHEGADA DO DEA 8- DEA DESPONTE: ANÁLISE O RITMO, 9- RITMO CHOCÁVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 300J PI IDEA BIFASICAL E REINICIAR RCP 10- RITMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIAR RCP 30:2, 11- AVALE O RITMO 12- PARAR RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADO ASSUMIR, OU CASO A VITIMA SE MELHORAR.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:	
ANAMNESE NC: 19: 201 29/10/2016 paciente f fedeles de gredes a vez p/ deficit visual negativo pt. dego classe c & 5/10	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)*** C de crânio + coluna cervical	
CONDUITA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) Dr. Fernando L. St. J. Gonçalves Neurocirurgião CRM 2.240	
30/10/16 Nen 10:30 h TC col cervical: mt. clinico e ST profundo. TC col: intracranianas frontobasal e ST esquerdo de massa; MSAF + hemorragia; hml tipico; esturcos braquianos normais. Ptx de pordel lateral de orbita esquerda + reto nubecular erg CS: Obscurado Liberação dico, sobretas pupilas curto corpo lo	
Assinatura e Carimbo do Responsável	
CONFERÊNCIA DE ENFERMAGEM NATAL/RN, 12/10/16 SESAP. MAT. N° 15702	
Dr. Cláudio V. Perinck NEUROCIRURGIA CRM - 5199 Assinatura e Carimbo do Responsável	

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Aberço Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde correntemente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, onde está, etc., o porquê, a data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala eletricista, mas sem troca conversacional.)	3
Sons intelectáveis. (Gomendo sem articular palavras.)	2
Ausência.	1
Melhor resposta motora (MMR)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retrata inespecífica à dor.	4
Padrão flexo à dor (Decorticacão).	3
Padrão extensor à dor (Desdescerebracão).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-150 = 4 9-120 = 3 6-80 = 2 4-50 = 1 30 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-290 = 4 >290 = 3 6-90 = 2 1-50 = 1 00 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTOLICA	>900 = 4 76-890 = 3 50-570 = 2 1-490 = 1 00 = 00

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

03 - 08=grave (necessidade de intubação imediata);
09-3=moderado;
14-15=leve

* Referência: TEASDALE G, JENNET B. Assessment of coma and impaired consciousness: A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

** A escala original aplica-se a pacientes conscientes e que comunicam com idade acima de 3 anos. Na Escala Qualitativa solicita-se ao deente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4



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

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Nome: *Rafaela Alice de Souza* Nº Registro:
Serviço: *Idade:* _____ Leito: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente volta de hospitalizado (depois de este hospital) / / Tumores espalhados

exatamente:

região sacra/FT devo permanece / / aspecto BPI

CT de abdômen: coluna lombopélvica

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL/RN, 12/01/16

07

SESAP. MAT. N° 152081

Repetir CT abdominal

*Dr. Fernando L. M. Chaves
Neurocirurgião
CRM-RN 2240*

TOCOGRAFIA

30/05/16 9:26

Abelba

exame

Gabriela

30/05/16 ECG = 15, MS e MS é normalizado.

01:30h paciente com profundo exsente de punho (E).

lheve para intensivista de Crimpele.

Seguirá intubado pelo ven + estomacado

NCP

30/05/16 Mantendo sedação.

*01:00 ECG AD: 3 RV: 4 RM: 6 = 13
sem LIP- feto*

*Ricardo Fernandes Arrocha
Neurocirurgião
CRM-RN 12235*

CTC de controle

M

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

FICHA DE ACOMPANHAMENTO SOCIAL

CPF 07824305465

Enfermaria: NC Leito: 203

UTI: Leito:

Data de admissão: 29/05/16

Alt: 11

Identificação

Nome: Rutineia Alves de Silveira Naturalidade: Natal

Idade: 37 Sexo: Masculino Feminino Data de Nascimento: 06/02/1979

RG: 2.755.094 Estado Civil: Solteira Nível de Instrução:

ILIAÇÃO: PAI: Silverio Cordeiro da Silva

MÃE: M^c Ifigênia Alves MartinsEndereço: Trav. Dom Rafael - 2A - Nossa S^a Apresentação Cidade: Natal - RNTelefone: () 984784-7393 Residencial Trabalho Recado

Contato: 1.º Marconi Outros telefones: 98636-8250-Guilherme

Responsável pelo paciente: (EX-maçado) Parentesco: filha,

Endereço do Responsável: Guilherme

Nº SUS = 702 3021 1236 3616

Situação Ocupacional do Paciente e Vinculação Previdenciária

Atividade que desenvolve: Comerciante

Trabalha com vínculo empregatício Sim NãoAposentado Sim Não Benefício da LOAS Sim Não Renda:

Composição familiar: Mae de 03 filhos. Reende atualmente 01 filho e um

acompanhando e 01 filho.

Forma de Acesso ao Serviço:

) Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares

) Socorrido em via pública

) ENCAMINHADO: Hospital de origem:

Médico:

4. Paciente encontra-se nos requisitos para ter acompanhamento? Sim Não Trazido pelo SAMU
CONFERE COM ORIGINAL
NATAL/RN, 12/07/16
GJ
SESAP. MAT. N° 152

. Evolução (Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Vítima de acidente automobilístico. Filha que acompanha
não estava os documentos da paciente no momento do
acidente.

Gratidão qd. notário hospitalar p/ documentos.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO Dr. CLÓVIS SARINHO

Nome do Paciente: RUTINEA ALVES DA SILVA (NC04)

Cód. Paciente: 25832

DN: 01/01/1979

Idade: 37 ano (s);

Data Exame: 30/05/2016 - 09:25

TC DO CRÂNIO

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de Tomografia Computadorizada Multislice.

RELATÓRIO:

* INFRATENTORIAL:

Parênquima cerebelar e tronco cerebral com densidade preservada.

Quarto ventrículo apresenta calibre e topografia normais.

Sulcos e fissuras cerebelares normais.

Cisternas basais normais.

* SUPRATENTORIAL:

Contusão hemorrágica na região frontal esquerda

Cavidades ventriculares apresentam calibre normal, apresentando sangue em seu interior.

Não se observa desvio da linha média.

Sulcos e fissuras cerebrais preservados.

Fraturas na hemiface esquerda.

Laudo gerado no dia: 30/05/2016 09:42. Uma cópia digital encontra-se disponível acessando o link <http://validar.wbsrad.com.br> e utilize a data/hora e chave: OGZmefku para acesso.



Grau

Leyado Por:

Dra. Gabriela Martins de Carvalho

CRM-RN 6071 / RADIOLOGISTA

Pag. 1 de 1

SINISTRO 3160691125 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RUTHINEA ALVES DA SILVA

COBERTURA invalidez

SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

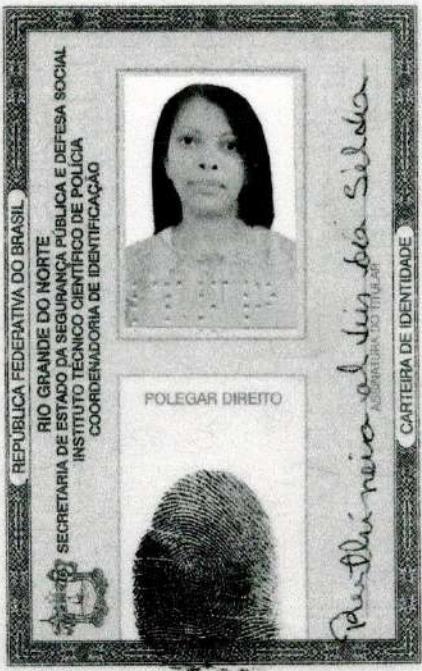
BENEFICIÁRIO RUTHINEA ALVES DA SILVA

CPF/CNPJ: 07824305465

Posição em 08-03-2017 11:15:17

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

Data do Pagamento	Valor da Indenizacão	Juros e Correção	Valor Total
04/01/2017	R\$ 3.881,25	R\$ 0,00	R\$ 3.881,25



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

1/1

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Ligações Gráteis:
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
-Ouvintoria 0800 084 0404
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167
Ligações Gráteis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ABIMAELO MOAB DA SILVA

CPF: 791.474.534-00

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SANTO AGOSTINHO 383 A

IGAPO/AREA URBANA
59104-240 NATAL RN

Não existem débitos de 2015 e não anteriores. Esta declaração voluntária, para compensação dos débitos do consumidor, as regras dos faturamentos mensais (Art.4º, Lei 12.007/2009). Esta declaração não afasta débitos de concorrentes e credores de dívidas nem fáturas em discussão judicial que podem ser cobradas após o fim do processo judicial.

DATA DE VENCIMENTO
11/07/2016TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00DATA DA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
04/07/2016DATA DA APRESENTAÇÃO
04/07/2016NÚMERO DA NOTA FISCAL
000128857

Série: U

CONTA CONTRATO
0852921773Nº DO CLIENTE
3000690093Nº DA INSTALAÇÃO
742523CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

F3BD.5837 EAD5 DF55.8635 F996.C48B.537B

DESCRÍPCAO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO(R\$)	VALOR(R\$)
Consumo Ativo(kWh)	192.000000	0,03276383	102,29
Contribuição Iluminação Pública			11,67
Multa por atraso-NF 000131948 - 02/06/16			2,64
Juros por atraso-NF 000131948 - 02/06/16			0,17

Tarifas Aplicadas	Consumo Ativo(kWh)	0,40536000



COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	38,82
Transmissão	2,03
Distribuição (Cosern)	24,58
Encargos Setoriais	12,41
Tributos	24,45
Total	102,29
	100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AVERAGE	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÁXIMO
DIC-Nº de horas sem Energia	(IGAPO)	mai/2016 1,0786	5,43	10,86
FIC-Nº de vezes sem Energia		1,0000	3,36	6,72
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		1,0786	3,11	13,45
DICR-Duração da interrupção em dia crítico			0,00	0,00
EUSD-Valor do Encargo de uso do sistema de distribuição = R\$ 35,84			Limite DICR: 12,22	

Todo Consumidor pode solicitar a apuração das indicações DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.

TOTAL DA FATURA 116,77

INFORMAÇOES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS
BASE DE CALCULO % VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CALCULO % VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CALCULO % VALOR DO IMPOSTO
102,29 18,00	18,41	192,29 1,84 1,06

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL DATA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
2150289435	CAT	02/06/2016	1.772,00	04/07/2016	1.964,00	32	1.00000

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LEITURA: 03/08/2016

INFORMAÇOES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito sempre em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Pagamento em atraso gera: Multa 2% (Res. 414/ANEEL-09/09/13) e 1% a.m. (Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

TIPO NOME	CONJUNTO	VALOR AVERAGE	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÁXIMO
DIC-Nº de horas sem Energia	(IGAPO)	mai/2016 1,0786	5,43	10,86
FIC-Nº de vezes sem Energia		1,0000	3,36	6,72
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		1,0786	3,11	13,45

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI
CONTA CONTRATO
0852921773

MÊS/ANO
07/2016

TOTAL A PAGAR(R\$)
0,00

VENCIMENTO
11/07/2016

FATURA PAGA

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado
em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DE OCLEO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

RUTHINEIA ALVES DA SILVA

144326

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RACA/COR

702302111363616

06/02/1979

FEMININO

PARDA

11- NOME DA MAE

12- TELEFONE DE CONTATO

MARIA LUZIMAR ALVES MATIAS

999324745

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

VILMA MARCELINO DA SILVA MATIAS - (TIA)

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

TV. DOM RAFAEL, 02-A

16- MUNICÍPIO

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

NATAL

NSA. APRESENTAÇÃO

RN

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente reflete cordonamento de cinto com feridas de ponto

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Internado em casa

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Ex + Rádio -

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

Dr. JOSÉ VASCONCELOS F. Nunes
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RN 5763

35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- N° DO BILHETE

41- SERIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NAO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO	
		144326	
DATA	HORA	CATEGORIA	GIH
05/06/2016	16:55		
PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO		
RUTHINEIA ALVES DA SILVA	06/02/1979		
ESTADO CIVIL	PROFISSAO		
SOLTEIRA	DO LAR		
ENDERECO (RUA, Nº)			
TV. DOM RAFAEL, 02-A			
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF	CEP
NATAL	NSA. APRESENTAÇÃO	RN	
LOCAL DE TRABALHO	TELEFONE		
FILIAÇÃO			
MARIA LUZIMAR ALVES MATIAS	SILVERIO CARDOSO DA SILVA		
RESPONSÁVEL	TELEFONE		
VILMA MARCELINO DA SILVA MATIAS - (TIA)	999324745		
ENDEREÇO			
O MESMO			

DIAGNOSTICO PROVISORIO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO

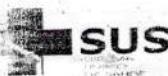
5/6/2016

ALTA

9/6/2016

OBITO

HISTÓRIA CLÍNICA



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

nº 175

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168
PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 18 RET

SEGURO RESPONSÁVEL (PSA)

KATIA

MATRÍCULA

DATA

HORA

05/06/2016

11:14

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE:
RUTHINEA ALVES DA SILVA

NACIONALIDADE: BRASILEIRO
ESCOLARIDADE: SOLTEIRA

NOOME DA MÃE:
MARIA LUZIMAR ALVES MATIAS

CPF: 078 243 054 65
ENDERECO:

TV DQM RAFAEL 02 A

BAIRRO: SRA APRESENTAÇÃO:

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE:
ADRIANA DE LIMA

DATA DE NASCIMENTO: 06/02/1979
ESTADO CIVIL:

IDADE: 37
PROFISSÃO: DO LAR

NOME DO PAI: SILVERIO CARDOSO DA SILVA

RG: 002 755 094
ORG. EXP.: Itep
UF: RN
CARTÃO DO SUS: 702 3021 1136 3616
COMPLEMENTO:

MUNICÍPIO: NATAL

UF: RN
CEP: 59 000
PARENTESCO: AMIGA

MASCULINO
FEMININO

RAÇA/COR:
PARDA

TELEFONE: 98636 8210

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ORMA DE ENCAMINHAMENTO:
() Regulado () SAMU () Demanda Espontânea

MOTIVO:

QUEIXA PRINCIPAL:

FLUXOGRAMA

DESCRIMINADOR

DOENÇAS PREEXISTENTES

ALERGIAS

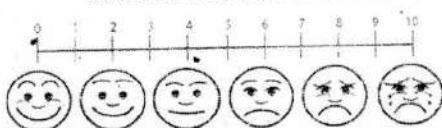
PESO: _____ ALTURA: _____ SSV: _____ FC: _____ FR: _____ T: _____ SO2: _____ PA: _____ GLICEMIA: _____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:

COREN:

Abertura Ocular	Esportânea	4	
	A voz	3	
	A dor	2	
	Nenhuma	1	
Resposta Verbal	Orientada	5	
	Confusa	4	
	Palavras inapropriadas	3	
	Palavras incompreensivas	2	
	Nenhuma	1	
Resposta Motoria	Pedece comandos	6	
	Localiza dor	5	
	Movimento de retirada	4	
	Flexão anormal	3	
	Extensão anormal	2	
	Nenhuma	1	

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR:



PRIORIDADE:

() AZUL () VERDE () AMARELO () LARANJA () VERMELHO

HISTÓRIA CLÍNICA

EXAME FÍSICO

Original
05/06/2016
Gabinete de Atendimentos de Emergência
Auditório Gabinete de Atendimentos de Emergência
CPF 008.497.744-16

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA



HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LIRA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome: Ruthmínia Alves da Silveira Idade: 36 D/N: 06/02/79
 Pront.: 1414326 Município: Natal Procedência: () Interno () Externo
 Data da cirurgia: 10/02/16 Hora Admissão: Bloco 8 DS Salas: 01/10 Hora Saída: 19:45 Peso:
 Alergias: () Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras
 Uso de medicações: () Não () Sim Jejum: () Não () Sim
 SSVV Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm Fl: rpm FC: bpm SpO₂: % T: °C

Enfermeiro(a): LUCIANA Instrumentado (a): Lourenço Circulante: ANGUS

Cirurgia: IMA FISTULA OF PERTONEAL Especialidade: Coloproctologia Sala:
 Hora Início: 09:20 Hora Término: 19:45 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
 1º Cirurgião: DR PEDRO MFL Aux: GOMAR Residente:

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: () Bloqueio () Raquidiana Ag.nº () Peridural () c/cateter () s/cateter
 Ag.nº Cateter nº: Início: 09:15 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: _____ Término: _____
 Anestesiologista: DR MAURO

NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
Consciente		Normocorada	Normotensão	Jelco 1450	ECG
Letárgico		Hipocorada	Hipotensão	Acesso V. Central	Oximetria
Coma		Cianótica	Hipertensão	Cat. Diálise	Capnógrafo
Orientado		Ictérica		Fistula	PA
Desorientado		Desidratada	Normocárdico	Arteriovenosa	Estimul. Nervo
Sedado		Integra	Bradicardia	SNG	Diprifusor
Ansioso		C/lesões	Taquicardia	SVD	BIC
Deambula		Sudorese	Choque	Colostomia	Desfibrilador
t/dificuldade		Cicatriz cirúrgica	Normoesfígico	Cistostomia	
Acamado		Higiene Satisfatória	Eupnéia	Dreno:	
Paraplégico		Higiene deficiente	Dispnéia	Aparelho gessado	
Tetraplégico		Manchas	Dispositivo O ₂	Tração	
Amputações		S/Tricotomia		Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	86	88	89	Bpm
Pulso	86	80	80	Bpm
Oximetria	99	99	97	%
Capnografia	7	7	7	%
PA	121/80	107/80	107/80	mmHg

ACESSO VENOSO			
Punção Arterial			
Punção Venosa Periférica			
Punção Venosa Central			
Dissecção venosa			
Local:			
Cateter:			

SONDAGEM GÁSTRICA			
SNG n°			
Retorno:			
CATETERISMO VESICAL			
SVF n°		SVA n°	
Diurese:			
Profissional responsável:			

EXAMES SOLICITADOS:	
() Hemograma	() Gasometria
() Coagulograma	() Outros
() Tipagem Sanguínea	() Glicosimetria
() Radioscopia (Raio X)	

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
Dorsal	Cabeça	Anatômicos
Ventral	PESCOÇO	Abduzidos
Lateral	TÓRAX	Fletidos
Litotómica	Lombar	MMII
Trendlemburg		Anatômicos
Canivete		Abduzidos
Proclive		Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
() Sim	() Não	() Metal
Local:		() Descartável
DEGERMAÇÃO		TRICOTOMIA
X Sim () Não		() Sim () Não
Local:		Local:

IMPLANTE CIRÚRGICO		
Drenos:		
Tela:		
Cateter:		
Ostomia:		
Fio de KC: N° 02 UND 20	Perfurado - tipo:	
Placa - Tipo:		
Outros:		

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO		
Caixa cirúrgica:	PCP	Quant. Material:
Val.: 14/06/16		Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim



Hospital

Nome do paciente	Aline Ferreira Alves da Silva		Nº prontuário
Data operação	06/06/2016	En.	Lado
Operador	Pedro Ferreira		1º auxiliar
2º auxiliar	Mauro	3º auxiliar	Instrumentador
Anestesiata	Anestesia		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura de punho		
Tipo de operação	Alinhamento de fixador externo + drenagem		
Diagnóstico pós-operatório	Fratura de punho		
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

- ① Afixação de fixador externo do punho
 - ② Clivagem
 - ③ Manejo de pedicelos + fixação
de fio vicinal 2.0
 - ④ Curativo + teta (lata)
- Pedro Ferreira de Melo Filho

Ortopedista - CRM 1308
TEOT 1327

<input type="checkbox"/> CIRURGIAS MÚLTIPLAS (0415010001-2)
<input type="checkbox"/> POLITRAUMATIZADO (041503001-3)
<input type="checkbox"/> PROC. CLÍNICO
<input checked="" type="checkbox"/> PROC. CIRÚRGICO 0408020404
<input type="checkbox"/> CBO. 225225
<input checked="" type="checkbox"/> CBO. 225270
<input type="checkbox"/> 2 DIAS
<input type="checkbox"/> CID 552.5



Sistema
Único de
Saúde

Ministé
rio da
Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIÓ MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168
PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA N° 62 ORT RET

SERVIDOR RESPONSÁVEL (PSA)

MATRÍCULA 161.323-5 DATA 26/09/2016 HORA 14:58

PACIENTE

RUTHINEA ALVES DA SILVA

NACIONALIDADE

BRASILEIRO

ESCOLARIDADE

ENSINO MÉDIO

NOME DA MÃE

MARIA LUZIMAR ALVES MATIAS

CPF

078 243 054 65

ENDEREÇO

TV DOM RAFAEL, 02 A

BAIRRO

SRA APRESENTAÇÃO

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

ABIMAEL MOAB DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO

06/02/1979

ESTADO CIVIL

SOLTEIRA

IDADE

38

PROFISSÃO

DO LAR

NOME DO PAI

SILVERIO CARDOSO DA SILVA

UF

RN

CARTÃO DO SUS

702 3021 1136 3616

COMPLEMENTO

MASCULINO

FEMININO

RACIAL

PARDA

TELEFONE

89636 8210

Núcleo de Epidemiologia

NHUE / HRDV

INVESTIGADOR

RG

002 755 094

ORG. EXP.

ITEP

UF

RN

CARTÃO DO SUS

702 3021 1136 3616

COMPLEMENTO

UF

RN

CEP

59.500-001

PARENTESCO

COMPANHEIRO

TELEFONE

988067195

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO

FORMA DE ENCAMINHAMENTO

() Regulado () SAMU () Demanda Espontânea

QUEIXA PRINCIPAL

FLUXOGRAMA

DESCRIMINADOR

DOENÇAS PREEXISTENTES

ALERGIAS

PESO:

ALTURA:

SSV:

FC:

FR:

T:

SO2:

PA:

GLICEMIA:

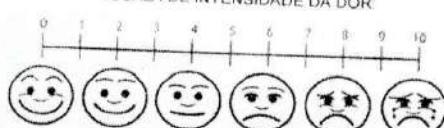
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

COREN

DATA

HORA

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR



PRIORIDADE

() AZUL () VERDE () AMARELO () LARANJA () VERMELHO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- SALA VERMELHA
- URGÊNCIA
- ORTOPEDIA
- CONSULTA MÉDICA
- BUCOMAXILO
- PEQUENA CIRURGIA
- ACIDENTE DE TRABALHO
- VIOLENCIA DOMÉSTICA
- QUEDA
- OUTROS

	Esportiva	
Abertura Ocular	A voz	4
	A dor	3
	Nenhuma	2
	Orientada	1
Resposta Verbal	Confusa	0
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Pedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Estensão anormal	2
	Nenhuma	1

HISTÓRIA CLÍNICA

EXAME FÍSICO

CONFERE COM ORIGINA

Assinatura

Servidor

161521

Autenticação

Assinatura

Autenticação



Sistema
Único de
Saúde Ministério
da
Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DE OCÉLIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168
PARAMIRIM - RN

608

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 25/ORT/RET

SERVIDOR RESPONSÁVEL (PSA)

GÉZIA

MATRÍCULA

DATA

HORA

23/09/2016

7:46

PACIENTE

RUTHINEA ALVES DA SILVA

NACIONALIDADE

BRASILEIRO

ESCOLARIDADE

ENSINO MÉDIO

NOME DA MÃE

MARIA LUZIMAR ALVES MATIAS

GPF

078 243 054 65

DIRESCO

TV DOM RAFAEL, 02 A

BAIRRO

SRA APRESENTAÇÃO

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

ABIMAEL MOAB DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO

06/02/1979

ESTADO CIVIL

SOLTEIRA

IDADE

38

PROFISSÃO

DO LAR

NOME DO PAI

SILVERIO CARDOSO DA SILVA

UF

RN

CARTÃO DO SUS

702 3021 1136 3616

COMPLEMENTO

MASCULINO

FEMININO

RACA/COR

PARDA

TELEFONE

98636 8210

RG

002 755 094

ITEP

ORG EXP.

UF

RN

CARTÃO DO SUS

702 3021 1136 3616

COMPLEMENTO

UF

RN

CEP

59.500-001

PARENTESCO

COMPANHEIRO

TELEFONE

988067195

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO

DE RISCO

FORMA DE ENCAMINHAMENTO

() Regulado () SAMU () Demanda Espontânea

QUEIXA PRINCIPAL

FLUXOGRAMA

DISCRIMINADOR

DISENCAS PREEXISTENTES

ALERGIAS

PESO

ALTURA

SSW

FC

FR

T

SO2

PA

GLICEMA

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

COREN

DATA

HORA



PRIORIDADE

() AZUL () VERDE () AMARELO () LARANJA () VERMELHO

- ACOLHIMENTO
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
- SALA VERMELHA
 - URGÊNCIA
 - ORTOPEDIA
 - CONSULTA MÉDICA
 - BUCOMAXILO
 - PEQUENA CIRURGIA
 - ACIDENTE DE TRABALHO
 - VIOLENCIA DOMÉSTICA
 - QUEDA
 - OUTROS

Abertura Ocular	Esportiva	4
	À voz	3
Resposta Verbal	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Motoria	Orientada	0
	Confusa	4
Resposta Fisiológica	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
Resposta Sensorial	Nenhuma	1
	Pedece comandos	6
Resposta Receptiva	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
Resposta Expressiva	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
Resposta Defensiva	Nenhuma	1

HISTÓRIA CLÍNICA

*Faz fura no peito e
nas + fases*

EXAME FÍSICO

faz... murchas

*CONFERE COM ORIGINAL
Assinatura
Data 16/10/2016
Assinador: Técnico em enfermagem*

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

3



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUARIO		
		144326		
DATA	HORA	CATEGORIA	GIH	
26/09/2016	15:15			
PACIENTE				DATA DE NASCIMENTO
RUTHINEA ALVES DA SILVA				06/02/1979
ESTADO CIVIL	PROFISSAO			
SOLTEIRA	DO LAR			
ENDERECO (RUA, N°)				
TV DOM RAFAEL, 02 A				
MUNICIPIO	BAIRRO	UF	CEP	
NATAL	SRA APRESENTAÇÃO	RN	59500001	
LOCAL DE TRABALHO	TELEFONE			
FILIAÇÃO				
MARIA LUZIMAR ALVES MATIAS	SILVERIO CARDOSO DA SILVA			
RESPONSÁVEL				
ABIMAEL MOAB DA SILVA	TELEFONE 986368210			
ENDERECO				
O MESMO				

DIAGNOSTICO PROVISORIO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSAO

ALTA

09/10/16

OBITO

HISTORIA CLINICA

CONFIRME COM ORIGEM
mao
Salvo 161552-1

2



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA

2- CNES

4- CNES

3515168

5- PACIENTE

RUTHINEA ALVES DA SILVA

Identificação do Paciente

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

144326

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

702302111363616

8- DATA DE NASCIMENTO

06/02/1979

9- SEXO

FEMININO

10- RACA/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

MARIA LUZIMAR ALVES MATIAS

12- TELEFONE DE CONTATO

986368210

13- NOME DO RESPONSÁVEL

ABIMAILO MOAB DA SILVA

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

TV DOM RAFAEL, 02 A

16- MUNICÍPIO

NATAL

17- BAIRRO

SRA APRESENTAÇÃO

18- UF

RN

19- CEP

59500001

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Justificativa de Internação

Dor + febre sem resposta

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

H. buser

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

S. R.

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Manoel Corrêa Neto

CRM - 849

35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- N° DO BILHETE

41- SÉRIE

36- () AC. TRÂNSITO

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NAO SEGURO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CONFIRMAÇÃO

Assinatura 16/5/21



PRESCRIÇÃO MÉDICA - TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: RUTHINEA ALVES DA SILVA

1	DIETA LIVRE
2	DIPIRONA-400GTS VO DE 6/6HS SN
3	SSVIV E CCGG
4	<i>Desconforto grave na região tgf vo</i>
5	
6	
8	
9	
10	
11	
12	

CONFERE COM ORIGEM:
ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA
ServidorEVOLUÇÃO MÉDICA:
DIAGNÓSTICO:

QUEIXAS
16/5/2016

NEUROVASCULAR EM MEMBRO AFFECTADO: () SEM ANORMALIDADES OBS:

PRESENÇA DE FERIDA () NAO () SIM ASPECTO:

MOBILIZAÇÃO: QUAL?

TROCAR? SIM () NÃO ()

SOLICITO RADIOGRAFIA:
SOLICITO OUTROS EXAMES:

Mto doloroso
Elson Santos Miraante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MG 602 TEOF 12807
TEOT 1327

*AS-
angulo
de
m5.*

*Elson Santos Miraante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MG 602 TEOF 12807
TEOT 1327*

Rx do pulmão e Abd

EALAIRES COMPLEMENTARES

RADIOLOGICO

ECG

TOCOGRAFIA

JOSÉ JERÔNIMO BARRETO
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGIA
COM 3 ANOS TESTE 6437

CÓDIGO DE CONDUITA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO

() CLÍNICA MÉDICA () CLÍNICA PSICIATRICA () CLÍNICA ORTOPÉDICA

() CLÍNICA GESTA RICA () CLÍNICA GERAL () URGÊNCIA

DIAGNÓSTICO

CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

ABERTURA DE FOLHA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA: 01/01/2024
PACIENTE: ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA
DIAGNOSTICO: SINTOMAS GÉNERICOS
TRATAMENTO: MEDICAMENTOS
EXAMES: ECG, TOCOGRAFIA
SOLICITACAO: CONSULTA ESPECIALIZADA



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 RN



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que em busca no sistema informatizado do SAMU 192 RN que foi encontrado a ocorrência Nº S219362 referente ao paciente **RUTHINEIA ALVES DA SILVA** 38 anos, atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 29/05/2016 em Ceará Mirim/RN conforme ficha anexa.

Natal, 28 de junho de 2016

SABRINA CAVALCANTE DE MACEDO
Coordenadora Regulação Médica do SAMU 192 RN
MAT.195846-6

SAMU 192 RN
END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 – BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545
FONE: 84 3209-5316



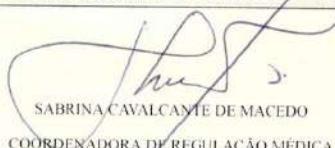
**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGENCIA**

FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA

FICHA DE ATENDIMENTO :	S219362
DATA DA OCORRÊNCIA:	29/05/2016 16:18:26
CIDADE:	CEARA-MIRIM
BAIRRO:	
LOGRADOURO:	NA ESTRADA QUE LIGA CEARA MIRIM A PUREZA,
INTERESSADO:	DOUGLAS
TELEFONE:	99117-0555
TIPO:	TRA
NATUREZA:	TRAUMA
SUB-TIPO:	TRA14
NATUREZA:	CAPOTAGEM
IMPRESSO POR:	IVAN JOSE DE ARAUJO CARDOSO
DATA DA IMPRESSÃO:	28/06/2016 15:43:55

DATA	HORA	TERMINAL	OPERADOR	EVENTOS
29/05/2016	16:18:26	tam1	90140494	ACD DE CARRO
29/05/2016	16:18:26	tam1	90140494	E DEPOIA EOLICA
29/05/2016	16:18:48	tam1	90140494	PROX A SUBSTÂCÃO
29/05/2016	16:18:51	tam1	90140494	*****
29/05/2016	16:20:06	regsmu02	13237234	CAPOTAMENTO. NÃO PRESENCIADO, 03 VITIMAS. SENDO UMA ARREMESSADA, COM FRATURAS
29/05/2016	16:20:06	regsmu02	13237234	EXPOSTAS, SANGRAMENTOS IMPORTANTES. ESTA DESACORDADA
29/05/2016	16:21:04	regsmu02	13237234	O SOLICITANTE NÃO ESTA NO LOCAL PQ NÃO PEGA CELULAR
29/05/2016	16:21:21	despsam1	19385794	VIATURA USA II DESPACHADA - Comandante da VTR - (CIODS CIODS)
29/05/2016	16:22:04	despsam2	67875484	VIATURA USB30 DESPACHADA
29/05/2016	16:22:18	regsmu02	13237234	LEBEREI USA DESDE O INICIO DA REGULAÇÃO E USB COD 3
29/05/2016	16:22:37	regsmu02	13237234	** Event Priority changed from 4 to 0 at: 05/29/16 16:22:37
29/05/2016	16:22:37	regsmu02	13237234	** Tipo do evento alterado de M01 para TRA(TRAI4) às 29/05/16 16:22:37
29/05/2016	16:22:37	regsmu02	13237234	** >>> by: ANDRESSA CHRYSTINE SILVA REBOUÇAS on terminal: regsmu02
29/05/2016	16:22:37	regsmu02	13237234	** >>> by: ANDRESSA CHRYSTINE SILVA REBOUÇAS on terminal: regsmu02
29/05/2016	16:23:27	despsam1	19385794	VIATURA USB30 EM ROTA
29/05/2016	16:25:24	despsam1	19385794	=====
29/05/2016	16:25:36	despsam1	19385794	USB30 C MIRIM SAINDO DE C MIRIM NO QTI
29/05/2016	16:25:42	despsam1	19385794	USAII SAIU DA BASE MACAIBA
29/05/2016	16:29:43	despsam2	67875484	VIATURA USA II EM ROTA
29/05/2016	16:31:00	despsam1	19385794	SOLICITANTE INFORMA QUE SAINDO DE C MIRIM UNS 10 MIN NA ENTRADA DE PUREZA
29/05/2016	16:33:57	despsam1	19385794	PERTO DO NOVO PRESÍDIO
29/05/2016	16:34:03	despsam1	19385794	EM CONSTRUÇÃO
29/05/2016	16:36:38	despsam1	19385794	EQUIPE DE JCAM NOS PASSA QUE É UMS 50KM PRA CHEGAR NO LOCAL DE MACAIBA UMS 40MIN
29/05/2016	16:37:28	despsam1	19385794	MENOS TEMPO DA USA JCAM SAINDO DE LA PRA ENTRADA DE PUREZA VINDO DE C MIRIM
29/05/2016	16:37:35	despsam1	19385794	=====
29/05/2016	16:41:46	despsam1	19385794	VIATURA USA06 DESPACHADA
29/05/2016	16:42:38	despsam1	19385794	ENVIADA USA06 JCAM
29/05/2016	16:42:44	despsam1	19385794	SAINDO DO PA JCAM
29/05/2016	16:43:22	despsam2	67875484	VIATURA USA II INFORMOU O CÓDIGO UC
29/05/2016	16:43:30	despsam2	67875484	VIATURA USB30 CHEGOU AO LOCAL
29/05/2016	16:45:09	despsam1	19385794	VIATURA USA06 EM ROTA
29/05/2016	16:47:01	despsam1	19385794	USAII SE SAÍSSSE DA BASE MACAIBA SERIA + OU - IH20MIN
29/05/2016	16:50:10	despsam1	19385794	=====
29/05/2016	17:06:14	despsam1	19385794	USA06 JCAM INFORMA QUE TEM QUE IR PRA C MIRIM UMS 30 MINUTOS E DEPOIS SOBE PRA

29/05/2016	17:06:14	despsamu1	19385794	PUREZA UNAS 40 MINUTOS (IH20) MESMO TEMPO RESPOSTA
29/05/2016	17:06:20	despsamu1	19385794	
29/05/2016	17:07:39	despsamu1	19385794	COMO SO TINHAMOS UMA USA NA BASE ENVIAMOS A DE JCAM MESMO
29/05/2016	17:07:45	despsamu1	19385794	
29/05/2016	17:41:30	despsamu1	19385794	VIATURA USA06 CHEGOU AO LOCAL
29/05/2016	17:57:39	regsamu02	13237234	OTC DA USA 06
29/05/2016	17:57:54	regsamu02	13237234	1º VITIMA
29/05/2016	17:58:21	regsamu02	13237234	RUTINEIA ALVES DA SILVA, 37 ANOS
29/05/2016	17:59:23	regsamu02	13237234	VITIMA DE CAPOTAMENTO, ENCONTREDA NA USB, SONOLENTA, TEVE AGITAÇÃO INICIAL E
29/05/2016	17:59:23	regsamu02	13237234	DESSATURAÇÃO
29/05/2016	18:00:32	regsamu02	13237234	FRATURA FECHADA EM MIE, MSE, EDEMA E EQUIMOSE PERIORBITAL A ESQ, PUPILAS
29/05/2016	18:00:32	regsamu02	13237234	ISOCORICAS E FOTORREAGENTES
29/05/2016	18:00:39	regsamu02	13237234	GLASGOW 12
29/05/2016	18:00:45	regsamu02	13237234	NÃO VOMITOU
29/05/2016	18:01:15	regsamu02	13237234	SANGRAMENTO EM CORTE DE SUPERCILIO ESQ, SEM SINAIS DE AFUNDAMENTO DE CRANIO
29/05/2016	18:01:34	regsamu02	13237234	TORAX E ABDOME PRESERVADOS
29/05/2016	18:01:57	regsamu02	13237234	TA: 110X70, FC: 95, FR: 23, SAT: 99% EM MV: 50A5
29/05/2016	18:02:22	regsamu02	13237234	IMOBILIZADA CONFORME PROTOCOLO AVP COM RINGR SIMPLES, FEITO 500ML
29/05/2016	18:02:37	regsamu02	13237234	SEM OTORRAGIA
29/05/2016	18:03:00	regsamu02	13237234	CONDUTA: MANTER SUPORTE, QT: CLOVIS
29/05/2016	18:03:23	regsamu02	13237234	
29/05/2016	18:07:28	coordsamu	55377254	ENTRO EM CONTATO COM DR. PAULO NO PSCS, PASSO QUADRO E O MESMO ME CONFIRMA O
29/05/2016	18:07:28	coordsamu	55377254	ATENDIMENTO DA PACIENTE, ENFA VIVIANNE.
29/05/2016	18:12:36	regsamu04	61424284	USB 30
29/05/2016	18:13:44	regsamu04	61424284	ABIMAEI MOAB DA SILVA, 40A
29/05/2016	18:13:55	regsamu04	61424284	VITIMA DE CAPOTAMENTO, CONDUZIA O VEICULO
29/05/2016	18:14:03	regsamu04	61424284	USAVA CINTO DE SEGURANÇA
29/05/2016	18:14:07	regsamu04	61424284	SE ENCONTRAVA AO SOLO
29/05/2016	18:14:13	regsamu04	61424284	CONSCIENTE E ORIENTADO
29/05/2016	18:14:21	regsamu04	61424284	NEGA DESMAJO, NAUSEA OU VOMITO
29/05/2016	18:14:28	regsamu04	61424284	INFORMA HAVER INGERIDO BEBIDA ALCOOLICA
29/05/2016	18:14:40	regsamu04	61424284	REFERE DOR A PALPAÇÃO EM ABDOMEN
29/05/2016	18:14:57	regsamu04	61424284	ESCORIAÇÃO EM MIE COM FRATURA EXPOSTA EM MAO ESQUERDA
29/05/2016	18:15:19	regsamu04	61424284	PA: 140X90, FC: 101, FR: 22, SPO2 99%AA
29/05/2016	18:15:28	regsamu04	61424284	SOB PROTOCOLO
29/05/2016	18:16:05	regsamu04	61424284	ACESSO VENOSO COM SRL + DIPIRONA 1G + SEGUIR AO CLOVIS
29/05/2016	18:20:09	despsamu2	67875484	VIATURA USA06 INFORMOU O CÓDIGO UG
29/05/2016	18:20:09	despsamu2	67875484	VIATURA USA06 INFORMOU O CÓDIGO CL
29/05/2016	18:20:23	despsamu2	67875484	VIATURA USB30 INFORMOU O CÓDIGO UG
29/05/2016	18:20:23	despsamu2	67875484	VIATURA USB30 INFORMOU O CÓDIGO CL
29/05/2016	18:33:35	coordsamu	55377254	
29/05/2016	18:34:18	coordsamu	55377254	ENTRO EM CONTATO COM DR. DANIEL NO PSCS, PASSO O QUADRO, MAS ELE ME PEDE PARA
29/05/2016	18:34:18	coordsamu	55377254	TENTAR MANDAR A PACIENTE PARA O SANTA CATARINA, ENFA VIVIANNE.
29/05/2016	18:34:51	coordsamu	55377254	ENTRO EM CONTATO COM DRA. ELANE NO SANTA CATARINA, PASSO O QUADRO DO PACIENTE E
29/05/2016	18:34:51	coordsamu	55377254	A MESMA ME CONFIRMA O ATENDIMENTO DESTE ENFA VIVIANNE.
29/05/2016	18:37:59	despsamu2	67875484	VIATURA USB30 INFORMOU O CÓDIGO UG
29/05/2016	18:37:59	despsamu2	67875484	VIATURA USB30 INFORMOU O CÓDIGO CL
29/05/2016	18:57:46	despsamu2	67875484	VIATURA USA06 FINALIZOU A OCORRÊNCIA COMO (HSP) [ENCAMINHADO HOSPITAL] COMENTÁRIO ADICIONAL: DR DANIEL
29/05/2016	19:09:51	despsamu2	67875484	VIATURA USB30 INFORMOU O CÓDIGO CL
29/05/2016	19:09:51	despsamu2	67875484	VIATURA USB30 INFORMOU O CÓDIGO UG
29/05/2016	20:06:15	despsamu2	52412064	VIATURA USB30 INFORMOU O CÓDIGO CL
29/05/2016	20:06:15	despsamu2	52412064	VIATURA USB30 INFORMOU O CÓDIGO UG
29/05/2016	21:01:02	despsamu1	56330184	VIATURA USB30 FINALIZOU A OCORRÊNCIA COMO (HSP) [ENCAMINHADO HOSPITAL] COMENTÁRIO ADICIONAL: SEM COMENTARIO


 SABRINA CAVALCANTE DE MACEDO
 COORDENADORA DE REGULAÇÃO MÉDICA



Sistema
Único
de

Ministério
da
Saúde

PL 377

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIOS MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168
PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 25/ORT/RET

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL (PSA)

SOCORRO CUNHA

MATRÍCULA DATA HORA
13/10/2016 7:35

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE

RUTHINEA ALVES DA SILVA

ESCOLARIDADE

BRASILEIRO

ESCOLARIDADE

ENSINO MÉDIO

NOME DA MÃE

MARIA LUZIMAR ALVES MATIAS

TELEFONE

078 243 054 65

ENDERECO

TV DÓM RAFAEL, 02 A

CEP

SRA APRESENTAÇÃO

PROFISSIONAL OU ACOMPANHANTE

ABIMAEL MOAB DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO

06/02/1979

ESTADO CIVIL

SOLTEIRA

IDADE

38

PROFISSÃO

DO LAR

NOME DO PAI

SILVERIO CARDOSO DA SILVA

UF

RN

CARTÃO DO SUS

702 3021 1136 3616

COMPLEMENTO

UF

RN

CEP

59.500-001

PARENTESCO

COMPANHEIRO

MASCULINO

FEMININO

RAÇA/COR

PARDA

TELEFONE

98636 8210

Núcleo de Epidemiologia

NHUE / HRDM

INVESTIGADO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO

AVALENAMENTO

Regulado SAMU Demanda Espontânea

CLASSIFICAÇÃO

DESCRIMINADOR

ENFERMEIRAS PREEXISTENTES

ALERGIAS

PESO _____ ALTURA _____ SSV _____ FC _____ FR: _____ T: _____ SO2: _____ PA: _____ GLICEMIA: _____

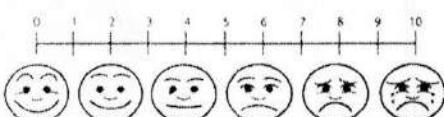
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

CGREN

DATA

HORA

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR:



PRIORIDADE
 AZUL VERDE AMARELO LARANJA VERMELHO

- ACOLHIMENTO
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
- SALA VERMELHA
 - URGÊNCIA
 - ORTOPEDIA
 - CONSULTA MÉDICA
 - BUCOMAXILO
 - PEQUENA CIRURGIA
 - ACIDENTE DE TRABALHO
 - VIOLENCIA DOMÉSTICA
 - QUEDA
 - OUTROS

	Esperança
Abertura Ocular	A vez
	A dor
	Nenhuma
	Orientada
	Confusa
Resposta Verbal	Palavras inapropriadas
	Palavras incompreensíveis
	Nenhuma
	Pedece comandos
	Localiza dor
Resposta Motoria	Movimento de retirada
	Flexão anormal
	Extensão anormal
	Nenhuma

HISTÓRIA CLÍNICA

pulso arq ha 5 meses, Esteve internado agor. no HRDN e fez alta domigo.

EXAME FÍSICO

16/10/2016

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA

DATA 13/10/2016	HORA 9:00	CATEGORIA	144326 GIH
PACIENTE RUTHINEA ALVES DA SILVA	DATA DE NASCIMENTO 06/02/1979		
ESTADO CIVIL SOLTEIRA	PROFISSAO DO LAR		
ENDERECO (RUA, N°) TRAVESSA DOM RAFAEL 02 A			
MUNICIPIO NATAL	BAIRRO Nsa da Apresentação	UF RN	CEP 59500-000
LOCAL DE TRABALHO	TELEFONE		
FILIAÇÃO MARIA LUZIMAR ALVES MATIAS	SILVERIO CARDOSO DA SILVA		
RESPONSÁVEL ABIMAEI MOAB DA SILVA	TELEFONE 99638-8210		
ENDERECO O MESMO			

DIAGNOSTICO PROVISORIO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSAO

ALTA

16.10.2016

OBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente com reafte vivamente
complido no ato de nascimento
prante de feto viável.

Dr. Uraldo Oliveira
CRM/RN 4315
13 out. 2016

Pronto 618561



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES
SEINFAR

HOSPITAL REGIONAL DA SERRA DA MATA

5- PACIENTE

RUTHINEA ALVES DA SILVA

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO
144326

7- CARTÃO NACIONAL SUS

702 3021 1136 3618

Identificação do Paciente

8- DATA DE NASCIMENTO
06/02/1979

9- SEXO
FEMININO

10- RACA/COR
PARDA

11- NOME DA MÃE

MARIA LUZIMAR ALVES MATIAS

12- FONE DE CONTATO
99638-8210

13- NOME DO RESPONSÁVEL

ABIMAILO MOAB DA SILVA

14- FONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

TRAVESSA DOM RAFAEL 02 A

16- MUNICÍPIO

NATAL

17- BAIRRO

Nsa da Apresentação

18- UF

RN

19- CEP

59500-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura viciosa e com lidez ao
nível de antebraço esq. Permita a fratura

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Anamnese e exame físico + Rx

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

As auscias

Fratura de antebraço esq

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fratura

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Uraldo
CRM/RN 4318
12005-2018

29- NÚMERO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- N° DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- () AC. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

Autorização

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NAO SEGURO

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ÓRGÃO EMISSOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

mais
16/11/2018



Hospital

Nome do paciente

Ruthinys Alves dos Santos

Nº protocolo

Data operação

17/06/16

Ent.

Operador

Dr. Pedro Paulo

Técnico

Th. Revolut

2º auxiliar

3º auxiliar

1º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Condiloma maior do rádio distal (E)

Tipo de operação

Osteotomia + osteointer

Diagnóstico pos-operatório

Urestis

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - sedação - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - visão

Permite um desenho aberto, balaística, operação de

2 artérias. Operação de campo interno, não há risco de

permeabilidade, fixação, fixação, operação, procedente, suspeita

conforme, base perigosa distal.

17/06/16

DR. MICHEL FREIRE DE ARAÚJO
Ortopedista e Traumatologista
CRM 4423 TECOT 10751

CIRURGIAS MULTIPLAS

(0415010012)

CIRURGIAS TRAUMATIZADO

(0416030013)

PROC. CLINICO

1) FERRO CIRURGICO
050080205007

CBO 225225

X CBO 225270

2) DIAS

CID 552.5

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria	Leito	Nº prontuário 124326			
Nome Reinhilde Alves da Silveira			Idade 36	Sexo F.			
Data 10/06/16		Pressão arterial 130/80	P脉 72	Respiração 16cp	Temperatura 36	Peso 65	Outros
Tipo sanguíneo		Hematílias	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia	
		Urina					
Ap. respiratório Normal						Aasma	Bronquite
Ap. circulatório Normal						Eletrocardiograma	
Ap. digestivo Normal		Dentes	Pescoço		Ap. urinário		
Estado mental Cicatrizada		Ataracicos	Corticoides		Alergia	Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório Vertebral seccese mao esq						Estado físico	Risco
Anestesias anteriores							
Medicação pré-anestésica						Aplicada às	Efeito
Agentes Anestésicos O							
Líquidos ISF							
Oper. 260 250 240 230 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100						Medicament Depurativo Cloropromo Acetato , GUO 100g Seroton	
Anest. X						1 - Propofol 2 - Etomidato 3 - Diazepam	
P Pulso X							
SIMBOLOS X O							
ANOTAÇÕES							
POSIÇÃO							
Agentes							
Técnica Jewel Almeida - Volp							
Operação De segredo deitado estender mao							
Cirurgiões Dra. Paula - auxiliar							
Anestesistas Dr. Codura							
Observações							
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias							
Perda sanguínea							



HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE JUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

(Hemoconcentrado _____ Unid.
() Albumina _____ Unid.

(Plasma _____ Unid. () Plaquetas _____ Unid.
() Expansor plasmático _____ Unid.

Dexanest 2g h:
Dextrose 5% h:
Ringer 5% h:

Dexanest 2g h:
Dextrose 5% h:
Ringer 5% h:

() Soro Fisiológico: 1000 ml
() Soro Glicosado: _____ ml

() Soro Ringer Simples: _____ ml
() Soro Ringer Lactato: _____ ml

Quantidade total de volume administrado: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

Não () Sim Peça:
Swab para cultura:

Peça para sepultamento: Não () Sim

Líquido:

ANÁTOMO PATOLÓGICO

Não () Sim Peça:

Peça para sepultamento: Não () Sim

Swab para cultura:

Líquido:

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: () limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros:

INTERCORRÊNCIAS:

Ritmo regular. Tensão arterial sistólica 120 mmHg. Peso suspenso. Respiração regular. Aparelhos fixos e funcionando. Cinturão de segurança fechado. Coletor urinário preso. Coletor de sangue preso.

Ass: J. B. S. Coren: 294201

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado

Respiratório: () Intubado () Extubado () Câmla de Guedel () O₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: _____

Diurese: () Espontânea () Normal () Hematuria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: Clo

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: 09:50 Data: 10/06/16 Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado () Desorientado () Agitado () Choroso Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Câmla de Guedel () Cateter O₂ () O₂ Ambiente Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Venóclise: () Não () Sim Tipo: VCO Local: MSD Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical Drenos: () Sução () Torácico () Penrose () Kher Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____ Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexiga () Alteração PA () Alteração FC Relate: _____

SINAIS VITais

Líquidos administrados na URPA:

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	/	87	/	/	100	/
30'	/	85	/	/	100	/
60'						
Alta						

Soro glicosado: _____ ml

Soro Fisiológico: _____ ml

Ringer: _____ ml

Irrigação vesical contínua: _____ ml

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gás.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado				
URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: *Paciente recebeu bala do crô após luxação de ombro direito. Dor órfica ortopedica.*

Ass: Priscila

Coren: 15356478

LABORATORIAL

EXAMES COMPLEMENTARES
 RADIOLÓGICO ECO TOMOGRAFIA

USG OUTROS

CLÍNICA MÉDICA
 CLÍNICA OBSTÉTRICA

CLÍNICA PSQUIÁTRICA
 CLÍNICA GERAL

CLÍNICA ORTÓPÉDICA

UTI

PEDIATRIA / NEO
 OUTROS

DIAGNÓSTICO

CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

ABERTURA DE HORÁRIO / CHECAGEM

*Rx joelho Ø Al/Painel
Rx joelho Ø Al/Painel*

CRM 1308 - TEC 1327
Dr. Fabio Ferreira de Melo Filho
Ortopedista e Neuromaqologista

*Pedro Ferreira de Melo Filho
Ortopedista CRM 1308
TEC 1327*

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ALTA

DESTINO DO PACIENTE

ÓRTO

EVASÃO

SVC ITCP DECLARAÇÃO

SOLICITADO INTRAAMENTO

NO SERVICO DE

Ortopedia

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia							
Hospital:	A.H.P.J.M.L.	Enfermagem	Leste	Nº protocolo			
Nome:							
Data:	14/10/96	Idade:		Sexo:			
Tipo sanguíneo:							
Pressão arterial	P脉搏	Respiração	Temperatura	Peso	Altura		
Hematídeo	Hemoglobina	Hematoctito	Glicose	Uréia			
MAIORIA	PRATICAMENTE	MAIORIA	PRATICAMENTE	PRATICAMENTE			
Urina	VIVA PRATICAMENTE						
Ap. respiratório						Asma	
Ap. circulatório						Eletrocardiograma	
Ap. digestivo							
Estado mental	Dentes	Pescoco	Ap. urinário				
Diagnóstico pré-operatório	Ataracicos	Corticoides	Alergia	Hipotensão			
Anestesias anteriores	N/A					Estádio fisiológico	
Medicação pré-anestésica						Risco	
						Aplicada às	Efeito
Ajudos Auxiliares						② 15:10 M AS 30-10-96	
Líquidos	0						
T.P.	100						
Oxigenio	(S)						
Auxili.	(S)						
P Pulso	260						
O Respi.	250						
Ajust.	240						
	230						
	220						
	210						
	200						
	190						
	180						
	170						
	160						
	150						
	140						
	130						
	120						
	110						
	100						
	90						
	80						
	70						
	60						
	50						
	40						
	30						
	20						
	10						
SÍMBOLOS	N/A						
E	N/A						
ANOTAÇÕES	N/A						
POSIÇÃO	N/A						
Agentes	N/A						
Técnica	N/A						
Operação	N/A						
Cirurgiões	DR. P. N. S. & DR. M. J. F. P.						
Anestesistas	DR. J. J. A. G.						
Observações	N/A						

Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias

Perda sanguínea

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital:	H.P.J.M.			Enfermeira:	Lito:	Nº protocolo:
Name:	ANTONINA ALVES DA SILVA					
Data:	14/10/16	Pressão arterial:	P脉搏	Respiração:	Temperatura:	Peso:
Tipos sanguíneos:		Hematíes VIDA MAGNIVARIA	Hemoglobina VIDA MAGNIVARIA	Hematocrito VIDA MAGNIVARIA	Glicemia VIDA MAGNIVARIA	Ureia VIDA MAGNIVARIA
		Urina VIDA FRATURADA				
Ap. respiratório:				Asma		
Ap. circulatório:				Bronquite		
Ap. digestivo:				Eletrocardiograma		
Estado mental:	ESTADARDES			Dentes: A.M.	Pescoco: A.M.	Ap. urinário: NORMA
Diagnóstico pré-operatório:	NA VESPA			Ataracicos	Corticoides	Alergia: NORMA
Anestesias anteriores:	INTERFERENCIAS					Hipotensão: N
Medicação pré-anestésica:						Risco: R
				Aplicada às:	Efeito:	
Agentes anestésicos:	SUFOTAN			15:10 M AS 10.13 H.		
Líquidos:	AGL	(SR)	(RS)	④ D = 60;		
	PERIT			⑤ SE = 500 ML;		
	260			⑥ ES = 500 ML		
	250					
	240					
	230					
	220					
	210					
	200					
	190					
	180					
	170					
	160					
	150					
	140					
	130					
	120					
	110					
	100					
	90					
	80					
	70					
	60					
	50					
	40					
	30					
	20					
	10					
SÍMBOLOS:	SÍMBOLOS					
E:	ROUBADO DE PESA FRONTAL (VIDA ANAVIASO) PESO PRÉ-OP. SAB MÉTODOS					
ANOTAÇÕES:	ROUBADO DE PESA FRONTAL (VIDA ANAVIASO) PESO PRÉ-OP. SAB MÉTODOS					
POSIÇÃO:	ROUBADO DE PESA FRONTAL (VIDA ANAVIASO) PESO PRÉ-OP. SAB MÉTODOS					
Agentes:	ROUBADO DE PESA FRONTAL (VIDA ANAVIASO) PESO PRÉ-OP. SAB MÉTODOS					
Técnica:	ROUBADO DE PESA FRONTAL (VIDA ANAVIASO) PESO PRÉ-OP. SAB MÉTODOS					
Operação:	ROUBADO DE PESA FRONTAL (VIDA ANAVIASO) PESO PRÉ-OP. SAB MÉTODOS					
Cirurgiões:	ROUBADO DE PESA FRONTAL (VIDA ANAVIASO) PESO PRÉ-OP. SAB MÉTODOS					
Anestesistas:	ROUBADO DE PESA FRONTAL (VIDA ANAVIASO) PESO PRÉ-OP. SAB MÉTODOS					
Observações:	ROUBADO DE PESA FRONTAL (VIDA ANAVIASO) PESO PRÉ-OP. SAB MÉTODOS					
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias						Perda sanguínea

EXAMES COMPLEMENTARES

LABORATORIAL RADIOLÓGICO ECG TOMOGRAFIA USG OUTROS

CONSULTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NIR

<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CLÍNICA PSQUIÁTRICA	<input type="checkbox"/> CLÍNICA ORTOPÉDICA	<input type="checkbox"/> PEDIATRIA / NEONATO
<input type="checkbox"/> CLÍNICA OBSTÉTRICA	<input type="checkbox"/> CLÍNICA GERAL	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> OUTROS

DIAGNÓSTICO

CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

ABERTURA DE HORÁRIO / CHECAGEM

Solicito internamento pr. profissional e pulmão
Rx de pulmão E+g (ANIP)

Dr. Ural de Oliveira
CRM/RN 4315

13 OUT. 2016

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Núcleo Internoso Residência
NIR / HRJML
AUTORIZADO

DESTINATÁRIO DA DOCUMENTAÇÃO

ALTA

CERTO

EVASÃO

SOLICITADO PELA
NO SERVIÇO

SVA ITIEP DECLARAÇÃO

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA 5^a VARA CÍVEL
DA COMARCA DE NATAL, ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE.**

Processo: 0813398-88.2017.8.20.5001

Autor: RUTHINEA ALVES DA SILVA

Ré: PORTO SEGURO CIA. DE SEGUROS GERAIS

RUTHINEA ALVES DA SILVA, já devidamente qualificado nos autos, neste ato devidamente representada por seu procurador advogado, legalmente habilitado, vêm, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência emendar a inicial juntando procuração

Nestes Termos,

Pede e espera deferimento.

Natal/RN, 17 de abril de 2017

ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA

OAB/RN nº 11.925

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORANTE: Ruthimia Alves da Silva

NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira

PROFISSÃO: Advogada

IDENTIDADE: 002755094 CPF: 078.243.054-65

ENDEREÇO: R. Santo Agostinho, 383-A

BAIRRO: Sape Cidade: Natal / RN

TELEFONE:

OUTORADOS: ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.925, NÚSIA LEILA FERNANDES DE OLIVEIRA, brasileira, casada, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.561, LARISSA DE OLIVEIRA MAIA, brasileira, solteira, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.421 com escritório profissional na Rua Edgar Dantas, nº 454, "C", Santos Reis, Parnamirim/RN. Email: Oliveiramaiaadvogados@outlook.com; bcitamaia@hotmail.com

PODERES: A quem concedo (ermos) amplos, limpos e ilimitados poderes, para em conjunto ou separadamente, no foro em geral, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, propor em quaisquer medidas preliminares preventivas ou asseguratórias dos nossos direitos e interesses, ingressar judicialmente com ação de cobrança do Seguro DPVAT, requerer e receber junto ao CPRE, complemento do BOLETIM ACIDENTE DE TRANSITO, usando, para tantos os poderes da cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA" e mais os especiais para transpor (em) compromissos, fazer acordo, receber (em), dar (em) quitação, representarmos juntos as repartições públicas, Estaduais, Municipais, Federa e autárquicas e sociedades de Economia Mista, praticando todos ao atos de representação e defesa extrajudiciais, perante quaisquer pessoas físicas em geral, e, finalmente, praticar (em) todos ao atos que se tornem mister para o fiel e completo desempenho deste mandato, inclusive interpor (em) total ou parcialmente, com ou sem reservas de poderes, o que tudo darei (ermos) por bom firme e valioso.

CONTRATO: Fica CONTRATADO, desde já, que os devidos honorários advocatícios serão na base de 20% (vinte por cento) sobre o valor bruto a receber (no caso de indenização e outros recebimentos congêneres), os quais, quando for o caso, serão descontados em favor do constituído (art. 22 §4 da Lei 8.906/94), com expedição do respectivo Alvará pelo juiz da ação, constando a soma dos honorários sucumbenciais e os contratuais, tudo em favor do outorgado que o requerer e conforme pacto através do presente instrumento, sendo que, quando houver prestações continuadas (benefícios mensais previdenciários, pensão alimentícia e congêneres), serão pagos, além os honorários sobre atrasados, também sobre os valores recebidos durante os 12 (doze) meses seguintes. Nas ações que não visem qualquer recebimento em espécie, os honorários serão os constantes da tabela da OAB do Estado onde for ajuizada a Ação. Assim, fica configurado CONTRATO DE ADESÃO, formalizado, para qualquer eventualidade futura.

Parnamirim, 50/04/17

Ruthimia Alves da Silva

OUTORANTE