



Número: **0858591-92.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **25ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **09/01/2019**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA (AUTOR)		ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
EUCIMAR PEREIRA GUIMARAES (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34351719	31/10/2018 16:00	1 atendimento	Documento de Comprovação
34351743	31/10/2018 16:00	bo	Documento de Comprovação
34351758	31/10/2018 16:00	DAMS1	Documento de Comprovação
34351777	31/10/2018 16:00	DAMS2	Documento de Comprovação
34351798	31/10/2018 16:00	id	Documento de Identificação
34351814	31/10/2018 16:00	procuração	Procuração
34351836	31/10/2018 16:00	promater	Documento de Comprovação
34351852	31/10/2018 16:00	promater2	Documento de Comprovação
34351865	31/10/2018 16:00	promater3	Documento de Comprovação
34352368	31/10/2018 16:10	Petição	Petição
34352393	31/10/2018 16:10	adm	Documento de Comprovação



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARANAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME: ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA
IDADE: 11/11/81 COR: PARDOS SEXO: MAS ESTADO CIVIL: CASADO
NATURALIDADE: RN = CANDIDO MONTE PROFISSÃO: ALMOXARIFE DE PARANAMIRIM
ENDEREÇO: RUA CANDIDO MONTE BAIRRO: ROSA VIOLETA
CIDADE: PARANAMIRIM DATA: 17/05/17 HORA: 17:35

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐
PUPILAS A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA C) PRESSÃO ARTERIAL

SCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C
TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)
Tratado pelo SAMU, vítima de colisão com cerca, no dia 11:30 min. Nega tce. Nega perda de consciência ou vômitos.
Relato dor em membros inferiores esquerdo

EXAME FÍSICO

- ① VA peúgos / Nega aritmologia
- ② MV ③ klotend 0/2s
- ④ ECR em 25 CIBNF
- ⑤ ECE = 15, pupilas iso/20s
- ⑥ edema + inchaço ⑦

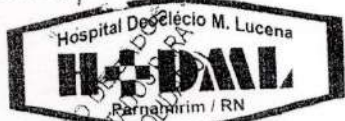
ABD = Globoso, indolente, flexível
Pelve = Estável

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP	PULSO
17:35h	140 x 80	21			37,7	68

DIAGNÓSTICO INICIAL

MARIA BERNARDE DE OLIVEIRA MIRANDA



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA

PARANAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

NOME: ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA

IDADE: 11/11/81 COR: PARDOS SEXO: MASCULINO ESTADO CIVIL: CASADO

NATURALIDADE: PARNAMIRIM / RN PROFISSÃO: APOSENTADO PROCEDÊNCIA: PARNAMIRIM / RN

ENDEREÇO: RUA CAVALDO MONTE BAIRRO: ROSA VOUFEI

CIDADE: PARNAMIRIM DATA: 17/05/17 HORA: 17:35

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ALEGADA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

PUPILAS A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA): Trauma pelo GNV, vítima de colisão carro-carro, no dia 11:30 min. Nega TCE. Nega perda de consciência ou vômitos.

Relato dor em membros superiores esquerdo

EXAME FÍSICO
① VA peúgos / Nega dor no abdômen
② MV ③ klatend ④ 12s
⑤ RCR em 25 CLBNP
⑥ ECG = 15, pupilas iso / foto
⑦ edema no tornozelo ⑧

ABD = Globoso, involuto, flexível
Pelve = Estável

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

10/20/2017

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP	PULSO
17:35h	140 x 80	21		97		68



PEDIDO DE PARECER

Unidade Solicitante: _____ Município: _____
Paciente: Anderson Marcos O. Menezes Prontuário: _____

Motivo da Consulta:

Tratamento com coxa - como com
do e edema em perna (E).
sol. endoscopia e conduta.

Dr. Antônio A. Costa
MEDICO
CRM _____
Data 17.05.17

Encaminhado à especialidade: _____

ORTOPEDIA

Consulta marcada para a Unidade: _____

Município: _____

Para o (a) Dr. (a): _____

às _____

horas do dia _____

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: _____

Município: _____

Paciente: _____

Prontuário: _____

(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)

Tratamento com fratura na perna (E) hoje.

UV normal

Fratura de fêmur e fíbula (E)

Tubo coxa - protótipo

Diagnóstico: _____

Fratura de fêmur e fíbula com fragmentos deslocados e deslocados.

Dr. Michael Freire de Araújo
MEDICO
CRM _____
Data _____

Retornar à clínica solicitante: _____

Unidade: _____

Para o (a) Dr. (a): _____

às _____

horas do dia _____

JAMES COMPLEMENTARES

- li lonet + pelise + pelise (F)

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input checked="" type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

CONDUTA

~~1~~ 100 Hauer 75mg - 01amp. Jm (modifico)

2 Biflu, 5' - 500ml. EU

3 Dymone - 01amp + 8ml AR30. EU

4 Tenoxicam 40mg - 01amp + AR30. EU

21.41. Zweifel an der Einigkeit

Por este instrumento de coligação, cancelamos e eliminamos totalmente a existência
de ações e/ou prestações, obrigando, assim, a exparte, qualquer que for, a não
utilizar a presente quitação em relação a qualquer (s) obrigação (s) em favor de
qual pessoa ou entidade.

Ass. do Responsável

*Ass. do Responsável

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <u>ORTOPEDIA</u>	<input checked="" type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____
HORA ____/____/____ HS		HORA ____ BARA ____
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
DATA ____/____/____	HORA ____	
ÓBITO ____/____/____	HORA ____	
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
MÉDICO (Carimbo)		



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: cpresetordetrafege@hotmail.com

Natal/RN, 24 de Maio de 2017.

BOAT nº: 94842

Data: 17/05/2017


Local: RN 315 - Cobé - Vera Cruz/RN

Veículos envolvidos:

(V-1) VW/ GOL 1.0 - NOG 3989

(V-2) FIAT/ STRADA WORKING - OWC 2931

De acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, o Condutor de V-1 deixou de observar o que preceitua o artigo 28.


Alam Bruno Braz Santos Cap. QOPM
Mat. 194.148-8
CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO

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

Autenticação V67775447X	Número do Boletim: 94842	Número da Ocorrência: 909771	Data Registro: 24/05/2017	Hora Registro: 08:30:57	Número/Controle:
----------------------------	--------------------------	------------------------------	---------------------------	-------------------------	------------------

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

germe

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? RN 335

Em que sentido? AREVÉ / VOLTAR CRUZ

Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor A FICHA DE VINHO QUANDO DECEPENTE DEU UM RÁPIDO COCKEIO
E QUANDO DEU FE DA SITUAÇÃO JÁ ESTAVA COLIDIDO COM V2

Assinatura do Condutor do V1 Antônio Olímpio de Vasconcelos

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? RN 335

Em que sentido? VOLTAR CRUZ / AREVÉ

Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor A FICHA DE ESTAVA ÍNDO A CIDADE DE PARANINHA QUANDO
DECEPENTE V1 DE VINHO NO SENTIDO CONTRÁRIO VEIO A INVADIR A
SUA FAIXA DANDO DE PREENTE E V2 NAQUELE MOMENTO TENTOU DE TODAS
AS FORMAS DESVIAR P/ TENTAR EVITAR A COLISÃO MAS NÃO CONSEGUIU

Assinatura do Condutor do V2 ANTÔNIO ALVES CAMPOS

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: 94842 Número da Ocorrência: 909771 Data Registro: 24/05/2017 Hora Registro: 08:30:57 Número/Controle: V67775447X



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 94842

1 - LOCAL E DATA

Local RN 315 Bairro COBÉ
Cidade/UF VERA CRUZ / RN P. Ref. RESIDÊNCIA 118
Data 17/05/17 Hora do acidente 16:00 Hora do registro 18:00 Dia da semana 4ª FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi NOG 3589 Cidade VERA CRUZ UF RN
Marca/Mod. VW/ GOL Cor PRATA Ano 2012 / 2012
Proprietário ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA Nº de Ocupantes 3
Condutor ANDERSON MARCIO OLIVEIRA MIRANDA Data de Nasc. 11/11/81
Endereço AV. MONSENHOR PAIVA Nº 480 Fone 98816-3018/988332034
Bairro CENTRO Cidade VERA CRUZ UF RN
CPF Nº 032 145 854 77 CNH Nº 03592734627 Validade 13/04/2020 Categoria AB
Local de Trabalho AUTÔNOMO Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi OWC 2931 Cidade VERA CRUZ UF RN
Marca/Mod. FIAT / STRADA WORKING Cor VERMELHA Ano 2013 / 2013
Proprietário JOVANE TE MARCELINO DA SILVA PAIVA Nº de Ocupantes 1
Condutor ANTONIO A. CAMPOS Data de Nasc. 20/09/64
Endereço SITIO FONTE DE VERDE Nº _____ Fone _____
Bairro ZONA RURAL Cidade VERA CRUZ UF RN
CPF Nº 414 032 824 04 CNH Nº 02104540058 Validade 19/02/2017 Categoria C
Local de Trabalho PREFETURA DE VERA CRUZ 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 Nº _____ CNH Nº _____ 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 Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

Autenticação Número do Boletim: 94842 Número da Ocorrência: 909771 Data Registro: 24/05/2017 Hora Registro: 08:30:57 Número/Controle: V67775447X



For: Frank Mars B. O. du

Red 1

BE-pro-Ferro

Drop the

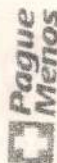
22-24

Dr. Riccardo Arca
Ortopedia e Riabilitazione
CRM 5041 EQ 1145

Data:

Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto

Rua: São José, 1979 - Bairro Lagoa Nova - Natal/RN - CEP: 59054-030



EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
 IN:0000000000000000
 CNPJ: 0662625028242 I.E: 200993810
 Av Brigadeiro Eivaldo Breves, 88 - C
 entro, PARNAMIRIM - RN

DANFE NFC - e Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

PROD	DESC	QTD	UN	VL UNIT	RS	TOT ITEM	RS
58696	61 PROFENID 150MG CPD/10	1			CKX53.38		53.38
e: 53,38 Por:					40,55	desconto	

 TD. TOTAL DE ITENS |

VALOR TOTAL R\$

OP CLIENTE SEMPRE: NAO INFORMADO

artao: R\$ 40,55 (FORTBRAST)

Operador: 40959
Vendedor: 14843
Lib aprox R\$ 5.45 Fed a 05.00

ente: IRPT ca7gi3

Número 000020219 Série 011 Emissão

Via Consumidor - Consulte pela

px

417 0806 6262 5302 8242 6501 1000

CONSUMIDOR

CONSULADOR NÃO IDENTIFICADO

Consultar via Leitor



Protocolo de Autorização: 324170096155875
26/08/2017 11:44:19

Dr. Jaime César Mello

CRM 1211
ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

Para Anderson M. de Oliveira

Rx

sup

1- Doxylon 1.000 mg — 1x
Tomar 1 comprimido de
12/12 horas.

sup

11- Kevorol. — 1x
Tomar 1 comprimido de
12/12 horas.

7.6.17.

Jaime César Mello
Angiologia - Cirurgia Vascular
CRM 1211

RUA SÉRGIO SEVERO, 2002 - LAGOA NOVA - NATAL/RN
FONE: (84) 3234-3000
(UNINEURO)

g. von. lolo



EMPREENDEIMENTOS PAGUE MENOS S.A.

IM: 000000000000000000
CNPJ: 06626253051147 I.E.: 202601030
Rua São José, 2150 - Lagoa Nova, RN
RN - RN

Zenbuza 511

DAFNE NFC - e Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

COD DESC QTD UN VU UNIT R\$ | TOT ITEM R\$
1 323446 UENAL 01 06/20 1 UNX49.31 49.31
De: 49.31 Por: 37.05

COD DESC QTD UN VU UNIT R\$ | TOT ITEM R\$
1 475947 OAFLO 1000MG CPD/30 1 UNX184.50 184.50
De: 184.50 Por: 184.50

COD DESC QTD UN VU UNIT R\$ | TOT ITEM R\$
3 335300 AMFETO 10MG CPD/10 1 UNX94.53 94.53
De: 94.53 Por: 71.00

QTD TOTAL DE ITENS 3
VALOR TOTAL R\$ 292.55
Cartão de Crédito 292.55
CPF CLIENTE SENPRE: 221.***-**-15
VOLT ECONOMIZOU: R\$ 146.24
Cartão: R\$ 292.55 Vendedor: 39740
Operador: 59414 Vendedor: 39740
Trib aprox R\$ 39.35 Fed e R\$ 0.00 Est e R\$ 0.00 Muni
Fonte: IBPT ca7913
Obrigado e Volte Sempre.

Número 000002903 Série 005 Emissão 02/06/2017 09:20:49
Via Consumidor - Consulte pela Chave de Acesso em
http://nfce.set.rn.gov.br/portaldfe/NFce/ConsultaNFce.as

CHAVE DE ACESSO
2417 0606 6262 5305 1147 6500 5000 0029 6310 0024 7703

CONSUNIDOR
CPF: 22137289415
Consulta via Leitor QR Code

Protocolo de Autorização: 3241
02/06/2017 09:20:49

94621

94621

94621

94621

94621

94621

94621

94621

94621

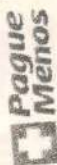
94621

94621

94621

EMPREENDEIMENTOS PAGUE MENOS S.A.

IM: 0000000001795953
CNPJ: 06626253037667 I.E.: 202327495
Av Engenheiro Roberto Freire, 3091
- Ponta Negra, NATAL - RN



DAFNE NFC - e Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

COD DESC QTD UN VU UNIT R\$ | TOT ITEM R\$
1 426598 OAFLO 1000MG CPD/30 1 UNX84.75 84.75
De: 84.75 Por: 84.75

COD DESC QTD UN VU UNIT R\$ | TOT ITEM R\$
2 490035 DES BOZZANO INVISIBL AER 908 1 UNX9.55 9.55
De: 9.55 Por: 8.05

QTD TOTAL DE ITENS 2
VALOR TOTAL R\$ 92.80
Cartão de Crédito 92.80
CPF CLIENTE SENPRE: NAO INFORMADO
PROCON-R: SER1003559ETROPOLIS8432329050 1
Operador: 41629 Vendedor: 34246
Trib aprox R\$ 13.01 Fed e R\$ 2.01 Est e R\$ 0.00 Muni
Fonte: IBPT ca7913
Obrigado e Volte Sempre.

Número 000015113 Série 014 Emissão 21/07/2017 08:46:10
Via Consumidor - Consulte pela Chave de Acesso em
http://nfce.set.rn.gov.br/portaldfe/NFce/ConsultaNFce.as

CHAVE DE ACESSO
2417 0706 6262 5303 7667 6501 4000 0151 1310 0011 6352

CONSUNIDOR
Consulta via Leitor QR Code

Protocolo de Autorização: 3241
21/07/2017 08:46:07

94621

94621

94621

94621

94621

94621

94621

94621

94621

94621

94621

94621

94621

94621

94621



Responsável Técnico:
Jean Valber Varela
CRM: 3357

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: Anderson Araujo de O. Minna

Prescrição: Use Onal —
MAXILAR 400mg Ode

12-124

OZADOL

Prescrição: rejeita

Data: 24/5/17

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001 TEOT 11295

Nome legível, CRM e visto do carimbo com CRM e visto

Rua: São José, 1979 - Bairro Lagoa Nova - Natal/RN - CEP: 59054-030

Versão 001/2016 - 192122



Responsável Técnico:
Jean Valber Varela
CRM: 3357

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: Anderson Araujo de O. Minna

Prescrição: Use Onal —
MAXILAR 400mg Ode

Tome 124

OZADOL

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001 TEOT 11295

Nome legível, CRM e visto do carimbo com CRM e visto

Rua: São José, 1979 - Bairro Lagoa Nova - Natal/RN - CEP: 59054-030



Responsável Técnico:
Jean Valber Varela CRM 3357 *

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HOSPITAL MATERNIDADE PROMATER LTDA
Rua: São José, 1979 - Bairro Lagoa Nova - Natal/RN
CEP: 59054-030

1ª VIA: FARMÁCIA
2ª VIA: PACIENTE

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Data:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident:

End:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data:

EMPRESA PRODUTORA: PHARMA MENOS S.A.

IN: 000000000000000000

CNPJ: 065626253051147 I.E.: 202601030

Rua São José, 2150 - Lagoa Nova, NA

TAL - RN



DAIFFE NFC - e Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de Icms

#ICOD	DESC	QTD	UN	UNIT	RS	I TOT	ITEM	RS
1	484113	FORTIUS 500MG	CPD/14+	1	UNX37.23			37.23
De:		37.23	Por:	30.90				-6.33
2	276332	MAXSILIO 400MG	CPD/10	1	UNX31.92			31.92
De:		31.92	Por:	24.25				-7.67
3	335300	XARELTO 10MG	CPD/10	1	UNX94.63			94.63
De:		94.63	Por:	75.70				-18.93
Desconto								

QTD	TOTAL	DE	ITEMS
3	130.85		
VALOR	TOTAL	RS	
130.85			

Cartão de Crédito

TRACENTRE AUT: 0 TRM: 673417501

CPF CLIENTE SEMPRE: 057 ***-**-00

VOCE ECONOMIZOU: R\$ 32.93

Cartão: R\$ 130.85 (VISA)

Operador: 58253 Vendedor: 68944

Trib aprox RS: 17.60 Fed e RS: 0.00 Est e RS: 0.00 Muni

Fonte: IBPT ca7913

Obrigado e Volte Sempre.

Número 000001230 Série 006 Emissão 24/05/2017 20:17:58

Via Consumidor - Consulte pela Chave de Acesso em

http://nfce.set.rn.gov.br/portal/DFe/NFce/consultaNfce.as

2417 0506 6262 5305 1147 6500 6000 0012 3010 0022 0200

CHAVE DE ACESSO

CONSULTAR NÃO IDENTIFICADO

CONSULTA VIA LEITOR QR CODE



Protocolo de Autorização: 324170039069832
24/05/2017 20:17:55

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO
 CADEIA NACIONAL DE HABITACAO

NOME: ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA
 DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF: 1930345 ITEP RN
 CPF: 012.145.854-77 DATA NASCIMENTO: 11/11/1981
 FILIAÇÃO: JOSE MIRANDA DA SILVA
 MARIA BERNADETE DE OLIVEIRA MIRANDA
 PERMISSÃO: ACC CAT. HAB: A/B
 VALIDADE: 13/04/2020 1ª HABITACAO: 26/04/2005
 Nº REGISTRO: 03572714627

OBSERVAÇÕES:
 X

Assessor Marcio de O Miranda
 ASSINATURA DO PORTADOR: DATA EMISSÃO: 15/04/2015
 LOCAL: PARNAMIRIM, RN
 80454488135
 RN702179257
 ASSINATURA DO TITULAR:

VALIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1031797425
 PROIBIDO FALSIFICAR
 1031797425

LICENCIAMENTO E IPVA 2017

Carta

9513237431/2014-ORRN
DETRAN



Pagando em dia o licenciamento e IPVA (imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores), você faz a sua parte e contribui com a cidadania.

É com o seu recolhimento que o Governo do Estado pode investir na melhoria da qualidade de vida da população, de uma maneira geral, o que inclui a pavimentação e conservação das rodovias.

A base de cálculo do imposto, em se tratando do veículo usado, é o valor corrente do veículo automotor, considerando-se os preços praticados no mercado e os divulgados em publicações especializadas.

TRÂNSITO SEGURO
está em nossas mãos.

ANDERSON MARCIO DE O MIRANDA
AV. MONSENHOR PAIVA, 00480 CASA
CENTRO
CEP: 59.184-000 VERA CRUZ
PLACA: NUG3989 VW/GOL 1.0

R01

M&O

Maia | Oliveira

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: *Anderson Marcio de Oliveira Miranda*
NACIONALIDADE: *brasileiro* ESTADO CIVIL: *solteiro*
PROFISSÃO: *balconista*
IDENTIDADE: *1930345* CPF: *012.145.854-77*
ENDEREÇO: *Av. Monsenhor Paiva 480*
BAIRRO: *centro* CIDADE: *Vera Cruz RN*
TELEFONE: *98838-1171*

OUTORGADOS: 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 assecuratórias dos nossos direitos e interesses, ingressar com o pedido de indenização de seguro DPVAT na via administrativa e/ou judicialmente com ação de cobrança do Seguro DPVAT, pedir desistência em caso de não comparecimento em audiência, requerer e receber junto ao Hospital PROMATER prontuário, 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 os atos de representação e defesa extrajudiciais, perante quaisquer pessoas físicas em geral, e, finalmente, praticar (em) todos os 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 juízo 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. Em caso de recebimento da indenização do seguro DPVAT pela via administrativa, o outorgante também pagará o valor de 20% (vinte por cento) sobre o valor bruto a receber aos outorgados. Assim, fica configurado CONTRATO DE ADESÃO, formalizado, para qualquer eventualidade futura.

Parnamirim, RN 14 de Setembro de 2017

Anderson Marcio de Oliveira Miranda

OUTORGANTE

Rua Edgar Dantas, nº 454, "C", Santos Reis, Parnamirim/RN, CEP – 59.076-000.
Email: bcitamaia@hotmail.com

DADOS PESSOAIS

Nome: ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA
Telefone: 998668525 Sexo: MASCULINO
Mãe: MARIA BERNARDETE DE OLIVEIRA MIRANDA
Endereço: MONSENHOR PAIVA N.º 414
Cidade: VERA CRUZ UF: RN
Convênio: AMIL INTEI Matrícula: 845724380
Médico: RICARDO ARAUJO
Atendente: VANUZABARBOSA
Atendimento: 1216397

Nascimento: 11/11/1981
Impresso em: 17/05/2017
Valid. Carteira: 31/12/2017
Bairro: COBE DE CIMA
RG: 1930345 Idade: 35a 6m 5d
CRM-RN-5001
Setor: URG ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Data/Hora Atend: 17/05/2017 22:22

FICHA DE ATENDIMENTO

IDA e Exame Físico PA X Temp Pulso Peso
ACIDENTE DE TRÂNSITO, com
fraturas no pé direito (E)

Exames Complementares
Feio de gesso (E)
Pe de gesso (E)

Hipótese Diagnóstica
No Trauma (E)
Fraturas simples de
1º e 2º metatarsos do pé direito (E)
CID 182
CID

Prescrição Médica
1º Analgésico: DORADO 500mg (E)
2º Antibiótico: Ceftriaxona 1g (E)
3º Analgésico: Ibuprofeno 400mg (E)

Evolução da Enfermagem
1º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
2º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
3º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
4º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
5º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
6º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
7º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
8º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
9º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
10º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
11º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
12º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
13º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
14º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
15º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
16º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
17º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
18º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
19º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
20º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
21º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
22º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
23º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
24º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
25º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
26º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
27º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
28º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
29º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
30º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
31º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
32º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
33º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
34º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
35º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
36º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
37º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
38º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
39º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
40º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
41º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
42º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
43º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
44º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
45º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
46º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
47º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
48º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
49º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
50º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
51º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
52º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
53º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
54º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
55º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
56º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
57º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
58º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
59º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
60º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
61º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
62º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
63º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
64º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
65º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
66º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
67º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
68º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
69º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
70º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
71º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
72º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
73º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
74º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
75º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
76º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
77º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
78º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
79º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
80º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
81º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
82º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
83º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
84º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
85º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
86º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
87º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
88º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
89º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
90º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
91º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
92º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
93º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
94º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
95º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
96º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
97º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
98º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
99º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)
100º Curativo de 1º e 2º metatarsos com
gesso de 10x12cm (E)

Alta Data / / Hora :
Taxas
Condições
Observação [] []
Nebulização [] []
Curativo [] []
Aplicação [] []

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001 TEOT 11295

Assinatura Paciente/Responsável

Assinatura Médico - Carimbo

BOLETIM DE ANESTESIA

PACIENTE:	Nº DE REG.:
CIRURGIA REALIZADA:	
DATA DA CIRURGIA: / / INÍCIO:	TÉRMINO:
CIRURGIÃO:	
ANESTESIA:	

ANESTESIA: TIPO

A blank graph paper with a grid. The vertical axis (y-axis) is labeled from 02 to 20 in increments of 2. The horizontal axis (x-axis) is labeled from 01 to 20 in increments of 1. The grid consists of 20 columns and 19 rows of squares.

ANOTAÇÕES

ANOTAÇÕES

TÉCNICA

01-	02-	03-	04-	05-	06-	07-	08-	09-	10-	11-	12-	13-	14-	UNID.	QUANT.
<div style="position: relative; height: 100px;"> X over time </div>															

-SANGUE		
-OXIGÊNIO		
-ÓXIDO NITROSO		

INÍCIO DA ANESTESIA: _____	INÍCIO DA OPERAÇÃO _____
FIM DA OPERAÇÃO: _____	FIM DA OPERAÇÃO _____
DATA: _____ DE _____ DE 20 _____	
ASS.: _____	CRM: _____
ITEM: 06 _____ TIPO: 07 _____	CPF: _____

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

ITEM: 06 TIPO: 07 CPF: _____

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO: *Doença sob a tórax (D. Angina)*
Assim como Cópia 3. Futuro + Medo +
Verde + 10/6 x 3 x 10/6

JUSTIFICATIVA DE PERMANÊNCIA EXCESSIVA: _____

JUSTIFICATIVA DE PERMANÊNCIA EXCESSIVA:

OUTRAS OCORRÊNCIAS:

DATA DA ALTA

ITEM

TIPO

ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE

CPE

Radiologia

Nome do Paciente: ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA

N. Pac.: 290586 N.Atend.: 243917

Idade: 35 ano(s) - 11/11/1981

Data Exame: 17/05/2017 - 22:49

XPERN - RX DIGITAL DA PERNA

– Fratura diafisária da tíbia e da fibula imobilizadas por tala gessada.

Laudo gerado no dia: 18/05/2017 07:41. Uma cópia digital encontra-se disponível acessando o link <https://validar.wbsrad.com.br> e utilize a data/hora e chave: **psMUQFRV** para acesso.



Laudado Por:

Dr. Paulo Roberto N. Sobral

CRM-RN 1971 / RADIOLOGISTA
Rua São José, 1979 - Lagoa Seca - Natal-RN - CEP: 59.054-630
(84) 3204-0800 - direcao@promater.com

Pag. 1 de 1

Relatório Médico

Paciente: Sr.
Anderson Maria de Oliveira
Médico: Médico do Trabalho
Causa: Causa, com grave
Futuro de os ossos da
perna esquerda, na
condição importante,
que é comum, com tudo
de futuro de ser de
dificuldade de vida, com
paralisia com complicações
e hemorragias volumosas.

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001 TBO 11295

Assinatura: SBC

17/05/17

Rua São José, 1879 | Lagoa Nova - Natal/RN - CEP: 59.054.630 - Fone (84) 3204-0800

TRIAGEM E AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome

Nome

Data d

Data d

Nome

Hospital e Maternidade Promater Ltda
Atendimento: 1216419 Leito: ENF DUPLA 225 A

Nome completo: ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA
Dt. de Nasc.: 11/11/1981 Idade: 35a 6m 6d Sexo: M

Convênio: AMIL INTERNACIONAL/ BLUE LIFE

Data e hora da Admissão: 18/05/2017 00:39:35

Dir. méd.: Drº JEAN VALBER VARELA RODRIGUES CRM: 3357

NUTR

Anamnese alimentar:

Diagnóstico: Fratura de tíbia

Antecedentes pessoais:

Sinais e sintomas: ☐ Vômito ☐ Diarreia ☐ Disfagia ☐ Outros:

Hábitos/ Intolerâncias:

Alergia alimentar: ☒ Não ☐ Sim Descreva:

Prótese: ☒ Não ☐ Sim Mastigação: ☒ Adequada ☐ Inadequada

Hábito Intestinal: ☒ Regular ☐ Irregular

Dados Antropométricos:

Peso atual: 80 Kg ☐ Não se aplica Peso habitual: 80 Kg ☐ Não se aplica Altura: 1,78 ☐ Não se aplica

IMC: 25,9 Kg/m² ☐ Não se aplica

Classificação: ☐ Não se aplica ☐ Peso normal ☐ Abaixo do peso normal ☐ Baixo peso

☐ Obesidade grau I ☐ Obesidade grau II (severa) ☐ Obesidade grau III (mórbida) ☐ Obesidade

Tabela IMC

Pacientes com idade até 65 anos

Índice IMC	Classificação
< 18,5	Abaixo do peso normal
18,5 a 24,9	Peso normal
25,0 a 29,9	<u>Sobrepeso</u>
30,0 a 34,9	Obesidade grau I
35,0 a 39,0	Obesidade grau II (severa)
> ou = 40,0	Obesidade grau III (mórbida)

Fonte: OMS, 1997

Pacientes com idade = ou superior a 65 anos

Índice IMC	Classificação
< ou = 23,0	Baixo peso
23,0 a 28,0	Peso normal
28,0 a 30,0	Sobrepeso
> ou = 30,0	Obesidade

Fonte: OPAS, 2002

Triagem inicial:

1 - Está o IMC < 20,5 Kg/m² ou > 28,0 Kg/m²? ☐ Não ☐ Não se aplica ☒ Sim

2 - O paciente apresentou perda de peso nos últimos 3 meses? ☒ Não ☐ Sim

3 - O paciente reduziu a ingestão dietética na última semana? ☐ Não ☒ Sim

4 - Está o paciente severamente doente? ☒ Não ☐ Sim

**** SIM - SE A RESPOSTA FOR "SIM" PARA ALGUMA QUESTÃO, REALIZAR A TRIAGEM FINAL.**

Triagem Final:

Estado Nutricional	Severidade da Doença (aumento das necessidades)
Estado nutricional normal <input type="checkbox"/>	Ausente / Score 0 <input checked="" type="checkbox"/> Necessidades nutricionais normais
Perda de peso >5% em 3 meses ou ingestão dietética entre 50-75% <input checked="" type="checkbox"/>	Leve / Score 1 <input type="checkbox"/> Fratura de quadril. Paciente crônico em particular com complicações agudas: cirrose, DPOC, IRC, DM, HAS, anemia, má absorção, oncologia
Perda de peso >5% em 2 meses ou ingestão dietética entre 25-60% <input type="checkbox"/>	Moderado / Score 2 <input type="checkbox"/> Cirurgia abdominal importante, grandes cirurgias. AVC, pneumonia severa, malignidade hematológica (leucemia ou linfomas)
Perda de peso >5% em 1 mes (>15% em 3 meses) ou ingestão dietética entre 0-25% <input type="checkbox"/>	Severo / Score 3 <input type="checkbox"/> Trauma craniano, transplante de medula óssea, pacientes em cuidados intensivos (APACHE > 10 ou SAPS 3>45)

Score: 1 ☐ Não se aplica

Total: 1 ☐ Não se aplica

Score: > ou = 3: o paciente apresenta um risco nutricional

Obs: para idosos > 70 anos, adicionar mais 1 ao total

Obs: será considerado com risco nutricional, todo paciente (Adulto) cuja classificação do IMC < 18,5 Kg/m² e > 30 Kg/m² (OMS, 1997)

Obs: será considerado com risco nutricional, todo paciente (Idoso) cuja classificação do IMC < ou = 23 Kg/m² e > ou = 30 Kg/m² (OPAS, 2002)

Score: < 3: o paciente não apresenta um risco nutricional

Score: 0 ☐ Não se aplica

☐ Risco nutricional ☒ Não tem risco nutricional

continua no verso ➔

Observações: _____

ETA: ACEITAÇÃO
() Ruim 0% a 40% () Bom 41% a 70% (X) Ótimo 71% a 100%
() dieta zero
Oferecendo os alimentos de sua preferência: (X) Sim () Não
FUNÇÕES ELIMINATÓRIAS:
Diurese: (X) presente () ausente
Evacuação: (X) presente () ausente há _____ dias
Suplemento: () aceitando () não aceitando (X) Não faz uso

Nível de assistência:

A doença exige cuidado nutricional específico: ☒ Não ☐ Sim

Nível: ☒ Primário ☐ Secundário ☐ Terciário

Dieta prescrita: livre

Plano Nutricional: Mantido

Que tipo de orientação recebeu: ☒ Não se aplica ☐ Orientação impressa ☐ Orientação verbal ☐ Orientação impressa e verbal

Indicação de suplementação: ☒ Não ☐ Sim Descreva: _____

Metas: Quitar dieta livre conforme prescrição, induzindo aceitação.

Alana Monteiro
Nutricionista
CRN 6395

Data: 18/05/17

Hora: 18:56

Carimbo
Nome legível, CRN e visto ou carimbo com CRN e visto

AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPIA

Hospital e Maternidade Promater Ltda
Atendimento: 1216419 Lei. ENF DUPLA 225 A
Nome completo: ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA
Dt. de Nasc.: 11/11/1981 **Idade:** 35a 6m 10d **Sexo:** M
Convênio: AMIL INTERNACIONAL/ BLUE LIFE
Data e hora da Admissão: 18/05/2017 00:39:35
Dir. méd.: Drº JEAN VALBER VARELA RODRIGUES CRM: 3357

FISIOTERAPIA

Diagnóstico: <u>3º DPO de correção de fratura de fíbula e tíbia E</u>	
História da doença atual: <u>Peti relatada que sofreu acidente de carro há 5 dias</u>	
Antecedentes: <u>doença angiorascular(?)</u>	
Sinais Vitais: FC: <u>83</u> bpm FC: _____ rpm PAS: <u>130</u> X PAD: <u>90</u> mmHg SpO2: <u>98</u> % Altura: _____ Sexo: <u>M</u>	
Paciente refere dor? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Escora: <u>(não sabe referir)</u> Descreva local: <u>MIE</u> Sedação: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Escora SAS: _____ Escora Glasgow: <u>15</u>	
Avaliação respiratória:	
Ausculta pulmonar: <u>MV (+), S/R</u>	
Padrão respiratório: <input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Misto <input type="checkbox"/> Paradoxal <input checked="" type="checkbox"/> Torácico Necessidade de avaliar tosse: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Especifique: <input type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Ineficaz <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Improdutiva Sinais de esforço respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Batimento da asa do nariz <input type="checkbox"/> Tiragem <input type="checkbox"/> Fúrcula <input type="checkbox"/> Uso de musculatura acessória Dispneia: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Escala utilizada: Borg - Escora: <input checked="" type="checkbox"/> 0,0 = nenhuma <input type="checkbox"/> 0,5 = muito, muito leve <input type="checkbox"/> 1 = muito leve <input type="checkbox"/> 2 = leve <input type="checkbox"/> 3 = moderada <input type="checkbox"/> 4 = Um pouco forte <input type="checkbox"/> 5 = Forte <input type="checkbox"/> 6 = Forte <input type="checkbox"/> 7 = Muito forte <input type="checkbox"/> 8 = Muito forte <input type="checkbox"/> 9 = Muito, muito forte <input type="checkbox"/> 10 = Máxima Uso domiciliar de oxigênio: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Uso de ventilação não invasiva domiciliar: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Admitido nesta instituição em uso de ventilação mecânica invasiva: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Equipamento: _____	
Traqueostomia: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Número da cânula: _____ Especifique - Pressão de cuff: _____ Tubo orotraqueal: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Número da cânula: _____ Data intubação: <u>/ /</u> Data extubação: <u>/ /</u> Oxigenoterapia: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Fluxo ou FIO2: _____ Forma de administração de oxigênio: <input type="checkbox"/> Cateter nasal <input type="checkbox"/> Macro nebulização <input type="checkbox"/> Máscara com reservatório <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica não invasiva <input type="checkbox"/> Venturi Peso ideal: _____ kg Especifique - Pressão de cuff: _____ Modalidade ventilatória: _____	
Parâmetros ventilatórios:	
Pressão inspiratória: _____ cmH2O PEEP: _____ cmH2O FIO2: _____ % VC: _____ ml	
Outros: _____	
Avaliação motora:	
Alteração de força muscular: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sem condições de avaliar <input type="checkbox"/> Sim Se sim especifique: Local: <u>MIE</u> Grau: _____ Local: _____ Grau: _____ Local: _____ Grau: _____ Déficit neurológico: <input type="checkbox"/> Hemiparesia D <input type="checkbox"/> Hemiparesia E <input type="checkbox"/> Hemiplegia D <input type="checkbox"/> Hemiplegia E Se outros especifique: _____ Tônus muscular: <input type="checkbox"/> Hipertônico <input type="checkbox"/> Hipotônico <input checked="" type="checkbox"/> Normal Alteração de sensibilidade: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem condições de avaliar <input type="checkbox"/> Sim Descreva: _____ Deformidades: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Descreva: _____ Funcionalidade antes da admissão hospitalar: <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Independente <input checked="" type="checkbox"/> Necessita assistência	

Versão III - 2014 - GPEP - 173731

continua no verso ➔

1 de 2

Objetivos do tratamento:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Realizar higiene brônquica | <input type="checkbox"/> Realizar reexpansão pulmonar | <input type="checkbox"/> Prevenir complicações respiratórias |
| <input type="checkbox"/> Reduzir desconforto respiratório | <input type="checkbox"/> Realizar desmame ventilatório | <input type="checkbox"/> Promover sincronia paciente/ventilador |
| <input checked="" type="checkbox"/> Prevenir complicações do imobilismo | <input checked="" type="checkbox"/> Manter força muscular | <input type="checkbox"/> Aumentar força muscular |
| <input checked="" type="checkbox"/> Manter ou aumentar amplitude do movimento articular | | <input type="checkbox"/> Prevenir TEV |
| <input checked="" type="checkbox"/> Reduzir dor | <input type="checkbox"/> Treinar propriocepção | <input checked="" type="checkbox"/> Orientar paciente/ familiar |
| <input type="checkbox"/> Outros: Descrever | | |

Condutas:*Fisioterapia motora*

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Manobras higiene brônquica | <input type="checkbox"/> Manobras de reexpansão pulmonar | <input type="checkbox"/> Exercícios respiratórios |
| <input type="checkbox"/> Inspirômetro de incentivo | <input type="checkbox"/> Orientação/ estímulo de tosse | <input type="checkbox"/> Aspiração de vias aéreas |
| <input type="checkbox"/> Ventilação não invasiva | <input type="checkbox"/> Ajuste de parâmetros ventilatórios | <input type="checkbox"/> Cálculo de complacência pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Cálculo de resistência pulmonar | <input type="checkbox"/> Manobra de recrutamento alveolar | <input type="checkbox"/> Extubação |
| <input type="checkbox"/> Exercício com pressão positiva para pacientes traqueostomizados | | <input type="checkbox"/> Estimulação sensório motora global |
| <input type="checkbox"/> Reeducação tóraco abdominal | <input checked="" type="checkbox"/> Posicionamento | <input type="checkbox"/> Mobilização passiva global |
| <input checked="" type="checkbox"/> Exercícios ativos assistidos | <input type="checkbox"/> Exercícios ativos | <input type="checkbox"/> Exercícios resistidos |
| <input type="checkbox"/> Treino de marcha | <input type="checkbox"/> Estimulo a deambulação | <input type="checkbox"/> Cicloergômetro para membros inferiores |
| <input type="checkbox"/> Neuroestimulação elétrica transcutânea (TENS) | | <input type="checkbox"/> Eletroestimulação funcional (FES) |
| <input type="checkbox"/> Ultrason (US) | <input type="checkbox"/> Movimentação passiva contínua (CPM) | <input checked="" type="checkbox"/> Orientações ao paciente/ familiar |
| <input type="checkbox"/> Outros: Descrever: | | |

Complemento da avaliação:

*Paciente relatando dor em todo o MTE, mais em regiões abaixo do joelho e medial do tornozelo. Segundo ele, a restrição do movimento se dá, principalmente, pelo edema.

* Realizo conduta educ, dou orientações com relação à fisioterapia, posicionamento do membro e exercícios mioinformáticos.

Metas:

Evitar complicações do imobilismo, analgesia, melhora/ prevenir perda de ADM

Reavaliar em: 23/05/17Data: 22/05/17Hora: 17:00

Ana Carolina de Oliveira
Fisioterapeuta
CRF 0425-F

Nome legível, CREFITO e visto ou carimbo com CREFITO e visto

EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA

Hospital e Maternidade Proter Ltda
Atendimento: 1216419 **Leito:** 600 DUPLA 225 A
Nome completo: ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA
Dt. de Nasc.: 11/11/1981 **Idade:** 35a 6m 11d **Sexo:** M
Convênio: AMIL INTERNACIONAL/ BLUE LIFE
Data e hora da Admissão: 18/05/2017 00:39:35
Dir. méd.: Drº JEAN VALBER VARELA RODRIGUES CRM:3357

Leito: _____

FISIOTERAPIA

Diagnóstico: <u>1º e 2º graus de insuficiência cardíaca + hipertensão</u>			
Sinais Vitais:			
FC: <u>92</u> bpm	FR: <u>20</u> rpm	PAS: <u>130</u> X PAD: <u>80</u> mmHg	SpO2: <u>92</u> %
Paciente refere dor? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim	Escore: <u>5</u>	Descreva local: <u>na região do tórax</u>	
Sedação: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Escore SAS: _____	Escore Glasgow: <u>15</u>	
Avaliação respiratória:			
Realizou a avaliação respiratória: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Ausculta pulmonar: _____	
Padrão respiratório: <input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Misto <input type="checkbox"/> Paradoxal <input type="checkbox"/> Torácico			
Necessidade de avaliar tosse: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Especifique: <input type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Ineficaz <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Improdutiva	
Sinais de esforço respiratório: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Batimento da asa do nariz <input type="checkbox"/> Tiragem <input type="checkbox"/> Fúrcula	
<input type="checkbox"/> Uso de musculatura acessória		Dispneia: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Escala utilizada: Borg - Escore: <input type="checkbox"/> 0,0 = nenhuma <input type="checkbox"/> 0,5 = muito, muito leve <input type="checkbox"/> 1 = muito leve <input type="checkbox"/> 2 = leve			
<input type="checkbox"/> 3 = moderada <input type="checkbox"/> 4 = Um pouco forte <input type="checkbox"/> 5 = Forte <input type="checkbox"/> 6 = Forte <input type="checkbox"/> 7 = Muito forte			
<input type="checkbox"/> 8 = Muito forte <input type="checkbox"/> 9 = Muito, muito forte <input type="checkbox"/> 10 = Máxima			
Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Fluxo ou FiO2: _____	
Forma de administração de oxigênio: <input type="checkbox"/> Catéter nasal <input type="checkbox"/> Macro nebulização <input type="checkbox"/> Máscara com reservatório			
<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica não invasiva <input type="checkbox"/> Venturi <input type="checkbox"/> Outros _____			
Traqueostomia: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Número da cânula: _____ Pressão de Cuff: _____	
Tubo orotraqueal: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Número da cânula: _____ Data intubação: <u>/ /</u> Data extubação: <u>/ /</u>	
Ventilação mecânica: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Invasiva <input type="checkbox"/> Não invasiva			
Equipamentos:			
<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica invasiva		Peso ideal: _____ Kg Especifique - Pressão de cuff: _____	
Modalidade ventilatória: _____			
Parâmetros ventilatórios:			
Pressão inspiratória: _____ cmH2O		PEEP: _____ cmH2O	
FiO2: _____ %		VC: _____ ml	
Outros: _____			
Indicação para realizar teste de respiração espontânea: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
Resultado: _____			
Indicação para realizar ventilação não invasiva: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
Parâmetro: _____			
Avaliação motora:			
Realizou a avaliação motora: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim			
Alteração de força muscular: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem condições de avaliar <input checked="" type="checkbox"/> Sim		Se sim especifique:	
Local: <u>na região do tórax</u>	Grau: <u>2 e 3 - devido a dor e edema</u>		
Local: _____	Grau: _____		
Local: _____	Grau: _____		
Indicação para mobilização fora do leito: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Realizado procedimento: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Justifique: <u>a pedido médico de realização de fisioterapia</u>			
Conduta:			
<input type="checkbox"/> Manobras de higiene brônquica: Descreva: _____			
<input type="checkbox"/> Manobras de reexpansão pulmonar: Descreva: _____			
<input type="checkbox"/> Treino de marcha: Descreva: _____			
<input type="checkbox"/> Exercícios respiratórios: Descreva: _____			
<input type="checkbox"/> Aspiração de vias aéreas: Descreva: _____			
<input type="checkbox"/> Ventilação não invasiva: Descreva: _____			
<input type="checkbox"/> Mobilização fora do leito: Descreva: _____			
<input type="checkbox"/> Analgesia: Descreva: _____			
<input type="checkbox"/> Orientações: Descreva: _____			
<input type="checkbox"/> Outros: Descreva: _____			

Complemento das condutas: alongamento e exercícios orientados
17 min (live) + crioterapia e fisioterapia

Planejamento terapêutico - Descrever metas do tratamento: evitar entumecimento
muscular; melhorar força muscular; (ganhar) e
promover a circulação e reduzir o edema

Reavaliar em 28/05/12

Data: 23/05/12

Hora: 7

Nome legível, CRÉDITO e visto ou carimbo com CREFITO e visto

EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA

Hospital e Maternidade Promater Ltda
Atendimento: 1216419 **Leit.** INF DUPLA 225 A
Nome completo: ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA
Dt. de Nasc.: 11/11/1981 **Idade:** 35a 6m 11d **Sexo:** M
Convênio: AMIL INTERNACIONAL/ BLUE LIFE
Data e hora da Admissão: 18/05/2017 00:39:35
Dir. méd.: Drº JEAN VALBER VARELA RODRIGUES CRM: 3357

FISIOTERAPIA

Diagnóstico: S^o DPO de correção de fratura de tíbia e fíbula (E)

Sinais Vitais:
 FC: 88 bpm FR: 18 rpm PAS: 120 X PAD: 80 mmHg SpO2: 98 %
 Paciente refere dor? ☐ Não ☒ Sim Escore: leve Descreva local: tornozelo (E)
 Sedação: ☒ Não ☐ Sim Escore SAS: Escore Glasgow: 15

Avaliação respiratória:

Realizou a avaliação respiratória: ☒ Não ☐ Sim Ausculta pulmonar: _____

Padrão respiratório: ☐ Abdominal ☐ Misto ☐ Paradoxal ☐ Torácico

Necessidade de avaliar tosse: ☐ Não ☐ Sim Especifique: ☐ Eficaz ☐ Ineficaz ☐ Produtiva ☐ Improdutiva

Sinais de esforço respiratório: ☐ Não ☐ Sim ☐ Batimento da asa do nariz ☐ Tiragem ☐ Fúrcula

☐ Uso de musculatura acessória Dispneia: ☐ Não ☐ Sim

Escala utilizada: Borg - Escore: ☐ 0,0 = nenhuma ☐ 0,5 = muito, muito leve ☐ 1 = muito leve ☐ 2 = leve
☐ 3 = moderada ☐ 4 = Um pouco forte ☐ 5 = Forte ☐ 6 = Forte ☐ 7 = Muito forte
☐ 8 = Muito forte ☐ 9 = Muito, muito forte ☐ 10 = Máxima

Oxigenoterapia: ☐ Não ☐ Sim Fluxo ou FiO2: _____

Forma de administração de oxigênio: ☐ Catéter nasal ☐ Macro nebulização ☐ Máscara com reservatório
☐ Ventilação mecânica não invasiva ☐ Venturi ☐ Outros _____

Traqueostomia: ☐ Não ☐ Sim Número da cânula: _____ Pressão de Cuff: _____

Tubo orotraqueal: ☐ Não ☐ Sim Número da cânula: _____ Data intubação: / / Data extubação: / /

Ventilação mecânica: ☐ Não ☐ Invasiva ☐ Não invasiva

Equipamentos: _____

☐ Ventilação mecânica invasiva Peso ideal: _____ Kg Especifique - Pressão de cuff: _____

Modalidade ventilatória: _____

Parâmetros ventilatórios:
 Pressão inspiratória: _____ cmH2O PEEP: _____ cmH2O FiO2: _____ % VC: _____ ml
 Outros: _____

Indicação para realizar teste de respiração espontânea: ☐ Não ☐ Sim

Resultado: _____

Indicação para realizar ventilação não invasiva: ☐ Não ☐ Sim

Parâmetro: _____

Avaliação motora:

Realizou a avaliação motora: ☐ Não ☒ Sim

Alteração de força muscular: ☐ Não ☐ Sem condições de avaliar ☒ Sim Se sim especifique:

Local: MLE Grau: 2
 Local: _____ Grau: _____
 Local: _____ Grau: _____

Indicação para mobilização fora do leito: ☒ Não ☐ Sim Realizado procedimento: ☐ Não ☐ Sim

Justifique: _____

Conduta: Fisioterapia Motora

☐ Manobras de higiene brônquica: Descreva: _____
☐ Manobras de reexpansão pulmonar: Descreva: _____
☐ Treino de marcha: Descreva: _____
☐ Exercícios respiratórios: Descreva: _____
☐ Aspiração de vias aéreas: Descreva: _____
☐ Ventilação não invasiva: Descreva: _____
☐ Mobilização fora do leito: Descreva: _____
☐ Analgesia: Descreva: _____
☐ Orientações: Descreva: _____
☒ Outros: Descreva: reeducação na leito e mmbc pendentes + EMLC +

Complemento das condutas: exercício ativo-passivo de MIE + MPA patelar
e tornozelo (E) + Alongamentos.

Planejamento terapêutico - Descrever metas do tratamento: melhorar ADM e força muscular.

Reavaliar em: 25/05/12

Data: 24/05/12

Hora: 18:40

Carine Fernandes de Souza
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 188074

Nome legível, CREFITO e visto ou carimbo com CREFITO e visto

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

(Preencher quando não houver etiqueta)

No **Hospital e Maternidade Prowater Ltda**
Atendimento: 1216419 Leito: ENF DUPLA 225 A
No **Nome completo:** ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA
Dt. de Nasc.: 11/11/1981 Idade: 35a 6m 6d Sexo: M
Dal **Convênio:** AMIL INTERNACIONAL/ BLUE LIFE
Dal **Data e hora da Admissão:** 18/05/2017 00:39:35
No **Dir. méd.:** Drº JEAN VALBER VARELA RODRIGUES CRM: 3357

MÉDICOS

Diagnóstico pré operatório: <u>fratura de punho esquerdo</u>			
Diagnóstico pós operatório: <u>fratura de punho esquerdo</u>			
Cirurgia proposta: _____			
Cirurgia realizada: _____			
Cobrança: (Preenchimento obrigatório para faturamento)			
Código AMB/TUSS	Cirurgia realizada	Via de acesso	
		<input type="checkbox"/> Mesma via	<input type="checkbox"/> Via diferente
		<input type="checkbox"/> Mesma via	<input type="checkbox"/> Via diferente
		<input type="checkbox"/> Mesma via	<input type="checkbox"/> Via diferente
		<input type="checkbox"/> Mesma via	<input type="checkbox"/> Via diferente
<p>Equipe cirúrgica:</p> <p>Cirurgião: <u>Dr. Ricardo Araújo</u> CRM <u>5201</u></p> <p>1º auxiliar: <u>Marcelo Araújo</u></p> <p>2º auxiliar: _____</p> <p>3º auxiliar: _____</p> <p>4º auxiliar: _____</p> <p>Anestesiologista: <u>IGOR PIGNATTARO</u></p> <p>Perfusionista: _____</p> <p>Instrumentador: _____</p>			
<p>Cobrança honorários médicos</p> <p><input type="checkbox"/> Via Hospital <input type="checkbox"/> Via Convênio/ Clínica</p> <p><input type="checkbox"/> Via Hospital <input type="checkbox"/> Via Convênio/ Clínica</p> <p><input type="checkbox"/> Via Hospital <input type="checkbox"/> Via Convênio/ Clínica</p> <p><input type="checkbox"/> Via Hospital <input type="checkbox"/> Via Convênio/ Clínica</p> <p><input type="checkbox"/> Via Hospital <input type="checkbox"/> Via Convênio/ Clínica</p> <p><input type="checkbox"/> Via Hospital <input type="checkbox"/> Via Convênio/ Clínica</p> <p><input type="checkbox"/> Via Hospital <input type="checkbox"/> Via Convênio/ Clínica</p>			
<p>Grau de contaminação:</p> <p><input type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> Potencialmente contaminado <input type="checkbox"/> Contaminado <input type="checkbox"/> Infectado</p>			
<p>Profilaxia Antimicrobiana:</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Antibiótico: <input type="checkbox"/> Cefazolina <input type="checkbox"/> Cefuroxima <input type="checkbox"/> Outros: _____</p>			
<p>Duração da Profilaxia: <input type="checkbox"/> Dose Única <input type="checkbox"/> 24 horas <input type="checkbox"/> 48 horas <input type="checkbox"/> Outros: _____</p>			
<p>Exames solicitados:</p> <p>Anatomopatológico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Congelação <input type="checkbox"/> Peça cirúrgica</p> <p>Local: _____ Tecido: _____ Nº de peças: _____</p> <p>Descrição da peça: _____</p> <p>Cultura: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Descrição: _____</p>			
<p>Intercorrências/ Complicações: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (descrever na descrição da cirurgia)</p> <p>Houve perda sanguínea maior que o esperado para o procedimento: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>			

Num. 34351865 - Pág. 2

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

(Preencher quando não houver etiqueta)

N **Hospital e Maternidade Promater Ltda**
 Atendimento: 1216419 Leito: ENF DUPLA 225 A
 N **Nome completo:** ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA
 D **Dt. de Nasc.:** 11/11/1981 **Idade:** 35a 6m 6d **Sexo:** M
 D **Convênio:** AMIL INTERNACIONAL/ BLUE LIFE
 D **Data e hora da Admissão:** 18/05/2017 00:39:35
 N **Dir. méd.:** Drº JEAN VALBER VARELA RODRIGUES CRM: 3357

ENFERMAGEM

Importante: Inicie cada novo registro com a data e hora.
 Ao término de cada registro é obrigatório: assinatura e carimbo com COREN.

18/05/17 às 00:40h - Paciente admitido neste serviço, proveniente do interior do estado, atores de ambulância, em maca, após ser vítima de acidente automobilístico com natureza em MIE sendo solicitado internamento para tratamento cirúrgico aos cuidados da ortopedia. EGE, consciente, orientado, em 02 ambiente, AIP em N.S.D. Rastilimado IV, soro estaseis, dieta oral, nega alergia medicamentosa e comorbidades. Segue em observação da equipe. Juliane 301857

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Motivo da Transferência: Trt cirúrgico ortopédico
 Origem: Unidade Ortopédica Destino: Clinica cardiologia
 Diagnóstico principal: fratura em tibia + fíbula (E)
 Precaução: ☐ NA ☒ Padrão ☐ Contato ☐ Aerossóis ☐ Gotículas
 Risco: ☐ NA ☐ Queda ☐ UPP ☒ Flebite ☐ Extubação
☐ Perda de SNGE ☐ Outros: _____
 Protocolo de Dor: ☐ Sim ☐ Não
 Pendências: NA ☐ Avaliação médica ☐ Exame ☐ Banho ☐ Preparo para cirurgia
☐ Equipe multidisciplinar: _____
☒ Medicamento: Ver prescrição
 Intercorrência: _____

Recomendação: Aguardar autorização OPME

ORIGEM DO PACIENTE

Juliane Maria
 Nome legível, Coren e visto ou carimbo com Coren e visto
 Data: 18/05/17 Hora: 00:40
 Versão 002/2014 - 178688

DESTINO DO PACIENTE

Nome legível, Coren e visto ou carimbo com Coren e visto
 Data: 1/1 Hora: :
 1 de 1

18/05/17 - 01:20 Paciente admitido neste setor cardiologia, proveniente do PS adulto, em maca, acompanhado de 01 acompanhante do masculino e familiar, com natureza em tibia + fíbula "E", solicitado internamento para Trt cirúrgico

Versão 003/2014 - 178551

1 de 2 continua no verso →

Importante: Inicie cada novo registro com a data e hora.
Ao término de cada registro é obrigatório: assinatura e carimbo com COREN.

gias, consciente e orientado, acordado, em O2 ambiente. Segue em observação da equipe de enfermagem.

18.05.17 - 02:00hs - Adm. tramal 5mg + FA + ABD 10ml EV, 30ml ABD.

18.05.17 - 06h - Paciente acordado predominantemente na posição supina, com pulso regular, sem murmúrios, segue com cuidados de enfermagem: administração de tramal 5mg + FA + ABD 10ml EV, 30ml ABD.

18.05.17 - 07:00hs Recebo paciente em TTT pré-cirurgia em ortopedico + fratura de tíbia e fíbula em MNTT e HVP a 14gts/hr.

18.05.17 - 08:00hs - Adm decacon 1amp + ABD 10ml EV + dipirona 1amp + ABD 20ml EV.

18.05.17 - 10:00hs - Adm cefazolina 1g + FA + ABD 10ml EV + tramal 1amp + SFO 5% 100ml EV.

18.05.17 - 10:15hs - Realizado banho no leito de paciente, higiene facial + cabelo + corpo + membros + higiene do eletrodo com alcool 70% + troca de roupa pessoal + roupa de cama.

18.05.17 - 12:00hs - Adm tiletil 1g + FA + ABD 10ml EV.

18.05.17 - 13:00hs Realizado coleta de exames laboratoriais.

18.05.17 - 16:00hs - Adm dipirona 2ml + 16ml de ABD EV + decacon 1amp + ABD 8ml EV seg.undo prescrição médica.

18.05.17 - 18:00hs - Adm tramal 1amp + SFO 5% 100ml EV + cefazolina 1g + FA + 10ml de ABD EV.

18.05.17 - 18:15hs paciente segue aos cuidados da equipe de plantão.

18.05.17 - 20h - Paciente em Pré. de cirurgia de fratura de tíbia + fíbula exp. na HVP 35m, consciente, orientado, em O2 ambiente, em repouso no leito, aguardando a anestesia opórea, de 100% O2 na ventilação e SSV, segue aos cuidados da equipe de enfermagem.

18.05.17 - 22h - nada mais (Sf e xito).

19.05.17 - 24h - administrado decacon 4mg - 2,5ml + 30amp (iv) + dipirona 2ml + 8amp (iv).

Agosto Martins Pinheiro Junior
Técnico de Enfermagem
COREN-RN 1109500

Agosto Martins Pinheiro Junior
Técnico de Enfermagem
COREN-RN 1109500

Agosto Martins Pinheiro Junior
Técnico de Enfermagem
COREN-RN 1109500

Elizenilma Maria da S.
Téc. em Enfermagem
COREN-RN 998.922

Elizenilma Maria da S.
Téc. em Enfermagem
COREN/RN 998.922

Elizenilma Maria da S.
Téc. em Enfermagem
COREN/RN 998.922

Elizenilma Maria da S.
Téc. em Enfermagem
COREN/RN 998.9

Elizenilma Maria da S.
Téc. em Enfermagem
COREN/RN 998.922

Alexandra Vieira Maciel
Téc. em Enfermagem
COREN/RN 383.707

Elizenilma Maria da S.
Téc. em Enfermagem
COREN/RN 998.922

Elizenilma Maria da S.
Téc. em Enfermagem
COREN/RN 998.922

Elizenilma Maria da S.
Téc. em Enfermagem
COREN/RN 998.922

Elizenilma Maria da S.
Téc. em Enfermagem
COREN/RN 998.922

Elizenilma Maria da S.
Téc. em Enfermagem
COREN/RN 998.922

Adriana Alcantara do Nascimento
Técnica de Enfermagem
COREN-RN 998.922

Adriana Alcantara do Nascimento
Técnica de Enfermagem
COREN-RN 998.922

SINISTRO 3170522363 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TERRA DO

SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA

CPF/CNPJ: 01214585477

Posição em 31-10-2018 16:07:55

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
19/10/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50