



Número: **0812201-98.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **26/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA (AUTOR)		GUSTAVO RODRIGO MACIEL CONCEICAO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (RÉU)		ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)	
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45175365	26/06/2019 16:04	Petição	Petição
45175374	26/06/2019 16:04	2603209 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01	Outros documentos
45175391	26/06/2019 16:04	2603209 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01	Outros documentos

Juntada de petição.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 24ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08122019820178205001

BRADESCO SEGUROS S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 24 de junho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

Rio de Janeiro, 17 de Março de 2016

Carta nº: 8887065

A/C: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160150404 ASL-0109500/16
Vitima: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA
Data Acidente: 30/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃÔ, COM MEMÃ³RIA DE CÃlculo DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenizaçãõ do seguro obrigatãrio DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000001366-8

Conta: 000088300193-4

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduaçãõ: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenizaçãõ por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

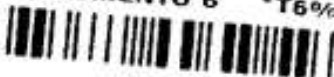
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00277/00278 - carta_15R



DOCUMENTO 6 "T6%"



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº **9643493534**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 829983816 EXERCÍCIO 2012

SOCORRO, ELIZABETH DE OLIVEIRA

336.464.574-49 PLACA MYI9176

MYI9176/RN 9C2JC30294R035622

PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVEL GASOLINA

HONDA/CG 125 TITAN ES 2004 2004

8CV/124 CILINDRADAS PARTICULAR VERMELHA

R\$ 0 18/05/2012 1º PAGO

2004 3X R\$ 2004 2º PAGO

3º PAGO

MOTOR: JC30E24035622

DATA 20/09/2012

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU PISTA DE CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT

RN Nº 9643493534 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

EXERCÍCIO 2012

336.464.574-49 PLACA MYI9176

BILHETE DE SEGURO DPVAT

RN Nº 9643493534 EXERCÍCIO 2012 DATA EMISSÃO 20/09/2012

VIA 1 336.464.574-49 PLACA MYI9176

829983816 HONDA/CG 125 TITAN ES

2004 9 9C2JC30294R035622

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO SEGURO (R\$)

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT-S/A

CNPJ: 09.248.603/0001-04

OUT-2011

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB 29 FEV 2016

30

NOTA



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Suzanne Elizabeth de Oliveira
 PORTADOR(A) DO RG Nº 610 103 EXPEDIDO POR SSP/ RN EM 02/10/81 E
 CPF 336464549-99 /CNPI 00000000-0000-00, PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA na mesma, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 500,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta bancária com o comprobante dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanada, colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso da carteira de identidade com a informação de código de segurança.



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 003 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1366-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 8300193-2

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Suvinho-RN 02 de fevereiro de 2016

LOCAL E DATA

Suzanne Elizabeth de Oliveira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que s. na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

DOCUMENTO 1 "T11111111"



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/12/2015 AUTO-ATENDIMENTO 12.11.09
136670462 0000

SALDO DE CONTA CORRENTE
PARA SIMPLES CONFERENCIA

CLIENTE: SOCORRO E OLIVEIRA
AGENCIA: 1366-8 88.300.193-4

SALDO 100,000

LIM 100 DISPONIVEL 0.000
JURDS 5.52 IOF 0.30
TX.CH: ESPECIAL % VENCIMENTO 31.05.2016
OTDE DIAS CHQ ESP 14

BOMPRATIDOS

Reducao nas taxas de Juros e aumento no credito.
Banco do Brasil. BOMPRATIDOS

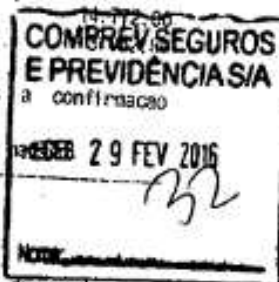
CREDITO BOMPRATIDOS= 16.236,000

Linhas de Credito Credito BOMPRATIDOS=
Renove seu Credito
BB Renovacao Consignacao= 14.521,23
BB Credito Renovacao 9.265,77

Credito Novo
BB Crd Consig en-folha= 16.236,00
BB Credito Salario 5.667,00

Financiamentos de Bens/Servicos
BB Crd Veiculo/Leasing
BB Creditorio/Construcao

*VALORES DE REFERENCIA. Sujeitos
ao aumento da contratacao.
**Disponivel apos confirmacao da



Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE SANTO ANTÔNIO/RN
Rua Ana de Pontes, - (saída para Brejinho) SANTO ANTÔNIO/RN - 3282-4927

BOLETIM DE OCORRÊNCIA n.º 1.800/2015

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Local: AV. QUARENTA - SERRINHA/RN

Data e Horário: 30 de NOVEMBRO de 2015 - às 14:30 h

Nome do(a) Comunicante:

Nome: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

Filiação: DOMINGOS PEREIRA DE OLIVEIRA E ELINA PEREIRA A. SILVA

Nacionalidade: SERRINHA/RN

Est. Civil: CASADA

Profissão: PUNC. PÚBLICA

Data Nasc.: 02/09/1965 Escolaridade: 7ª SÉRIE (contato): (84) 9899-4763

Doc. Ident. RG.: 610.105-RN CPF:

Endereço: R. MARIA ADÉLIA TAVARES, 52, CENTRO - SERRINHA/RN

NOME DO(A) VITÍMA:

Nome: A COMUNICANTE

Filiação:

Nacionalidade: / Naturalidade:

Est. Civil: / Profissão:

Data Nasc.: / / Escolaridade: / (contato): ()

Doc. Ident. RG.: / CPF:

Endereço:

ACUSADO (A):

Nome: PREJUDICADO

apêlido:

Filiação:

Endereço:

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECIBO 29 FEV 2016

Nome:

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

A COMUNICANTE/VITÍMA INFORMA QUE VIAJAVAM DE CARONA, EM UMA MOTOCICLETA TIPO HONDA CB 125 TITAN ES, ANO/MODELO 2004/2004, DE COR VERMELHA, DE PLACA MYZ-9176, RENAVAM 829903810, CHASSI N.º 9C2JC30204R035622, DE PROPRIEDADE DE SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA; QUANDO, INESPERADAMENTE, O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, E, A VITÍMA CAIU PARA TRÁS, NO AOSTAMENTO, QUE DEVIDO AO ACIDENTE DE TRÂNSITO A VITÍMA SOFREU LESÕES NO CORPO, E, FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL WALTERDO GUAGEL, EM NATAL/RN. NADA MAIS DISSE.

OBS: TODAS AS INFORMAÇÕES SÃO DE RESPONSABILIDADE DA COMUNICANTE

TESTEMUNHAS

Nome: RAY DE OLIVEIRA COSTA End.: /

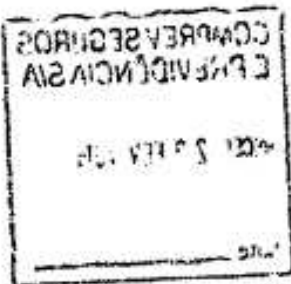
Nome: MARIA DAS GRACAS End.: SERRINHA/RN

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Assinatura do(a) Comunicante/Vítima: Socorro Elizabeth de Oliveira Data: 22/12/2015 às 15:30h
Assinatura do servidor: Edgar Fabrício Neto

X USOU A MÃO ESQUERDA

Edgar Fabrício Neto
Agente de Polícia Civil
Matrícula: 157.320-9



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Isacaro Elizabeth de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 630.105 e inscrito no CPF/MF sob o nº 336.964.544-49 residente e domiciliado na R: Inim Rodriguez Soares, 30 Cidade Serrinha Estado BA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

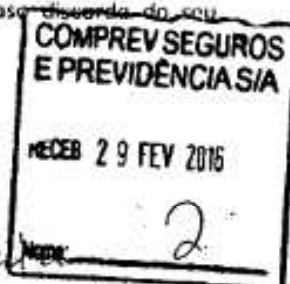
- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discordo do seu conteúdo.

Isacaro Elizabeth de Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Serrinha - BA, 05 de fevereiro de 2016

Local e data





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
ORTOPEDIA

PACIENTE SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA *Coto*
DATA DE ENTRADA 30/11/2015 **HORA** 18:31 **Nº BAA** 140538
IDADE 50 **SEXO** F **ETNIA** Pardo
CARTÃO SUS 201395988090018 **ESTADO CIVIL** Casado(a)
CPF - RG - - -
NOME DA MÃE ELINA PEREIRA DA SILVA
NOME DO PAI DOMINGOS PEREIRA DE OLIVEIRA
NASCIMENTO 02/09/1965 **NATURALIDADE** Serrinha-RN
TELEFONE (84) 8710-6796 **PROFISSÃO** ASG
RUA/AV. MARIA ADELIA TAVARES DA CRUZ **Nº** 52
COMPLEMENTO - **BAIRRO** Centro
CEP 59258-000 **CIDADE** Serrinha-RN
ORIGEM Família **MOTIVO** Acidente de Trânsito / Queda de moto
ACID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Dajda

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

*Refer. queda de motocicleta (moto parva) com
por não controlar em pulso (D). Nega
trauma.*

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

REC 29 FEV 2016

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES

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

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID

0012





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Suzanne Elizabeth de OliveiraRG nº 630.305, data de expedição 02/10/81 Órgão SSP/RN

CPF nº 336.464.574-49 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Ineme Rodrigues Soares</u>
Número	<u>20</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Pimbu</u>
Cidade	<u>Serrinha</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59.258-000</u>
Telefone de Contato	<u>Contato:</u> <u>(84)</u> <u>(84)</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Serrinha-RN, 05 de fevereiro de 2016Assinatura do Declarante: Suzanne Elizabeth de OliveiraCOMPREV.SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS S/A

RECIBO 29 FEV 2016

33



DADOS DO CLIENTE
SOLANGE LACERDA OLIVEIRA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DIZE ROLIM ALVES SOARES 10 SN

CPF: 320.654.514-49

CENTRO DE ATENDIMENTO
SERVIÇOS
59.254-000

CLASSIFICAÇÃO
NA PESSOA
RESIDENCIAL
MORADIA

CONTAS CONSULTA	0190385019	08/2015
DATA DE VENCIMENTO	03/07/2015	08/07/2015
VALOR A PAGAR	65,79	

CPF DA PESSOA	CPF	CPF
02.011.082/0001-43	02.011.082/0001-43	02.011.082/0001-43

DESCRIÇÃO DA DESPESA	QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR (R\$)
Consumo Residencial	107/100000	0-0324041	5,70
Adicional de Transmissão			1,70
Imposto de Renda			4,01
Imposto de Renda			0,72
Imposto de Renda			0,09
TOTAL DA FATURA			65,79

PERÍODO	Tipo de Serviço	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	CONSUMO	VALOR
01/01/15	041	01/01/15	100000	01/01/15	100000	0	0,00
02/01/15	041	02/01/15	100000	02/01/15	100000	0	0,00
03/01/15	041	03/01/15	100000	03/01/15	100000	0	0,00
04/01/15	041	04/01/15	100000	04/01/15	100000	0	0,00
05/01/15	041	05/01/15	100000	05/01/15	100000	0	0,00
06/01/15	041	06/01/15	100000	06/01/15	100000	0	0,00
07/01/15	041	07/01/15	100000	07/01/15	100000	0	0,00
08/01/15	041	08/01/15	100000	08/01/15	100000	0	0,00
09/01/15	041	09/01/15	100000	09/01/15	100000	0	0,00
10/01/15	041	10/01/15	100000	10/01/15	100000	0	0,00
11/01/15	041	11/01/15	100000	11/01/15	100000	0	0,00
12/01/15	041	12/01/15	100000	12/01/15	100000	0	0,00

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
RECIBO 29 FEV 2015

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

1. A Fatura é emitida em nome do titular da conta e não pode ser transferida para terceiros.

2. A Fatura é emitida em nome do titular da conta e não pode ser transferida para terceiros.

3. A Fatura é emitida em nome do titular da conta e não pode ser transferida para terceiros.

4. A Fatura é emitida em nome do titular da conta e não pode ser transferida para terceiros.

5. A Fatura é emitida em nome do titular da conta e não pode ser transferida para terceiros.

6. A Fatura é emitida em nome do titular da conta e não pode ser transferida para terceiros.

7. A Fatura é emitida em nome do titular da conta e não pode ser transferida para terceiros.

8. A Fatura é emitida em nome do titular da conta e não pode ser transferida para terceiros.

9. A Fatura é emitida em nome do titular da conta e não pode ser transferida para terceiros.

10. A Fatura é emitida em nome do titular da conta e não pode ser transferida para terceiros.



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
ORTOPEDIA



DOCUMENTO 4 - 1º Vº

PACIENTE SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA
DATA DE ENTRADA 30/11/2015 **HORA** 18:31 **Nº BAA** 140538
IDADE 50 **SEXO** F **ETNIA** Pardo
CARTÃO SUS 201395988090018 **ESTADO CIVIL** Casado(a)
CPF - **RG** -
NOME DA MÃE ELINA PEREIRA DA SILVA
NOME DO PAI DOMINGOS PEREIRA DE OLIVEIRA
NASCIMENTO 02/09/1965 **NATURALIDADE** Serrinha-RN
TELEFONE (84) 8710-6796 **PROFISSÃO** ASG
RUA/AV. MARIA ADELIA TAVARES DA CRUZ **Nº** 52
COMPLEMENTO **BAIRRO** Centro
CEP 59258-000 **CIDADE** Serrinha-RN
ORIGEM Família **MOTIVO** Acidente de Trânsito / Queda de moto
ACID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Daida

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Refer. queda de motocicleta (moto parva) com
por não controlar a moto (D. Neg.
transm.

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A

RECIBO 23 FEV 2016

NOTE

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A

B

C

D

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES

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

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID

logia

O EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO E A AVALIAÇÃO DETALHADA CRITÉRIOS DO PACIENTE (DA CABEÇA ÀS PÉSSIMAS, NÃO APENAS OLHE, OUÇA, NÃO APENAS ESCUTE, SINTA NÃO APENAS TOQUE

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

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):

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS:

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

MÉDICO (CARIMBO)

O preenchimento do boletim de encaminhamento produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e protege o profissional de saúde, contribuindo para a melhoria da assistência no HMMG.

CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL. REQUISITE AO DE TRANSFERÊNCIA E ANEXE AO BOLETIM



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRINHA
ADM: FABIANO HENRIQUE DE SOUZA TEIXEIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE JOSÉ TEIXEIRA DE SOUZA
RUA JOSÉ CORREIA DE ANDRADE, S/N SERRINHA-RN

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR - AIH

Sr. Diretor Geral,

Encaminhamos AO HOSPITAL MEMORIAL, NATAL/RN o (a) **Paciente**, SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA, nascido (a) em 02/09/1965, RG 610.105, CPF 336.464.574-49, CNS 201 3959 8809 0018, residente e domiciliado na Rua Maria Adélia Tavares da Cruz, Nº 52, Serrinha/RN, que necessita de fazer um procedimento **CIRÚRGICO**, conforme Pactuação, no Hospital o qual V. Sª é diretor, uma vez que o nosso município não dispõe de recursos para realizá-lo.

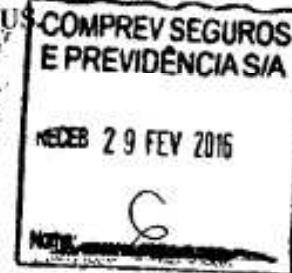
Assim sendo, solicito que seja transferido em favor do HOSPITAL MEMORIAL, NATAL/RN, a autorização de atendimento Hospitalar-AIH, para viabilizar o atendimento para que seja realizado o procedimento Médico/Hospitalar deste usuário do SUS.

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE SERRINHA/RN

AUTORIZADOR
Nome: Thiana Cristine Xavier Pontes

Cargo: Coord. Adm. Saúde

Mat.: 123456789



SERRINHA/RN, 03/12/2015.

Thiana Cristine Xavier Pontes
Secretária Municipal de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

ofício nº 001/2016
de 02 de maio de 2016

MINISTÉRIO DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
PREFEITURA MUNICIPAL DE NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIT

LEITO Nº 001
MÉDICO MEDICINA INTERNA

UNIDADE HOSPITALAR CNPJ 08.241.754/0102-99

HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL - PRONTO SOCORRO DR. CLÓVIS SARINHO

NOME DO PACIENTE

Socorro Elizabeth de Oliveira

ENDEREÇO (RUA, Nº + BAIRRO)

MUNICÍPIO

UF

CEP

DATA DO NASCIMENTO

MASC. FEM.

NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE

ASSINATURA DO DIRETOR CLÍNICO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CID INTERN

DATA EMISSÃO

ASSINATURA DO AUDITOR

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE

1 - ACIDENTE DE TRABALHO

4 - AGRESSÃO

2 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

5 - TENTATIVA DE SUICÍDIO

3 - TENTATIVA DE HOMICÍDIO

6 - OUTROS ACIDENTES

EM CASO DE ACIDENTE DE TRABALHO

Nº DA CARTEIRA DO TRABALHO

CNPJ DO EMPREGADOR

EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

CNPJ DA SEGURADORA

Nº DO BILHETE DE PASSAGEM

CAUSA EXTERNA

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fp não distal

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECIBO 29 FEV 2016

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO INICIAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO (POR EXTENSO)

CIRÚRGICA

CLÍNICA

OBSTÉTRICA

MÉDICA

FISIOPNEUMOL

PSIQUIATRIA

PEDIATRIA

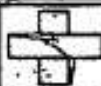
OUTRA

ASSINATURA DO MÉDICO

CRM

DATA

Dr. Rodrigo Costa
Ouro Preto
CRM 15611/SP 11/2015



Sistema Ministério
SUS Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

2 - CNES

2653923

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Socorro Gabriela de Oliveira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ Fem. ☒

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

000

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

000

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Adulta intubado com traqueostomia em MSD.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICO INTERNAÇÃO

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

Rx - descontinuação em radio distal

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura Radio distal D

24 - CID 10
PRINCIPAL

25 - CID 10
SECUNDÁRIO

26 - CID 10
CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteossíntese radio distal

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSIN E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOE

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VEÍCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF


51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSIN E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Assinatura e Carimbo do Responsável

DISCRIMINADOR	POSSIBILIDADE	
ESCALA DE CONJUNTO DE GLAUCOMA	13-17	0-1
	5-12	0-2
	6-10	0-3
FISIOLÓGICA RESPIRATORIA	4-15	0-1
	18-20	0-2
	21-23	0-3
	8-10	0-2
	1-3	0-1
PRESSÃO ARTERIAL ESTÁTICA	20-25	0-1
	26-32	0-2
	33-40	0-3
	41-50	0-1

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intenso	Pior Passível
0	1	2	3	4

ATENDIMENTO ESPECIALIZ.	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) ****	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
	
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável
DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <i>Ortopedia</i>	DATA: 30/11/15 HORA: 19h
SAÍDA:	DATA: / / HORA:
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:	
ÓBITO:	DATA: / / HORA:
Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTACAR

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

Hospital Memorial de Natal

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

Data: 07/12/2015 10:33

FICHA DE INTERNAMENTO

Dados do Paciente

Paciente: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

RG: 610105

CPF: 336.464.574-49

Nascimento: 02/09/1965

50

anos

Sexo: Masculino

Est. Civil: Casado(a)

Endereço: RUA IRENE RODRIGUES SOARES

Nº: 10

Bairro: CENTRO

Cidade: SERRINHA

UF: RN

CEP: 59258000

Fone: 84987106755

Ocupação: FUNCIONARIO PUBLICO ESTADUAL E

Mãe: ELIANA PEREIRA DA SILVA

Dados do Internamento

Admissão: 07/12/2015 10:34

Entrada:

Previsão saída: 09/12/2015 11:00

Atendente: MRECEPCAO

Plano: SUS ESTADUAL

Matricula/CNS: 201395988090018

Médico: DR. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM: 5500

LEITO RESERVA 07

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo, seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

[Assinatura]



Observações:
COM UMA PELICULA DE RX, LAUDO DO SUS, EXAMES LAB.



Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 07/12/2015

Dados do Paciente

Paciente: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

Registro: 110522

Num. RG: 610105

CPF: 336.464.574-49

Nascimento: 02/09/1965 50 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Casado

Endereço: RUA IRENE RODRIGUES SOARES

N. 10

Bairro: CENTRO

Cidade: SERRINHA

UF: RN

CEP: 59258000

Fone: 84987101

Profissão: FUNCIONARIO PUBLICO ESTADUAL E

Mãe: ELIANA PEREIRA DA SILVA

Dados do Internamento

Num. Internamento: 1

Entrada: 07/12/2015 10:34 Previsão saída: 09/12/2015 11:00 Atendente: MRECEPCAO

Convênio: SUS ESTADUAL

Matricula/CNS: 201395988090018

Médico: Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM: 5500

LEITO RESERVA 01

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

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

Doc. Apresentado: _____ Diagnostico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratórios: _____

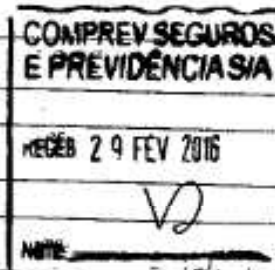
Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____



Hospital Memorial de Natal

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

Data: 07/12/2015 10:34

Dados do Paciente

Paciente: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA
Num. RG: 610105 CPF: 336.464.574-49 Nascimento: 02/09/1965 50 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Casado
Endereço: RUA IRENE RODRIGUES SOARES N.: 10 Bairro: CENTRO
Cidade: SERRINHA UF: RN CEP: 59258000 Fone: 849871067
Profissão: FUNCIONARIO PUBLICO ESTADUAL E Mãe: ELIANA PEREIRA DA SILVA

Dados do Internamento

Num. Internamento: 1 Entrada: 07/12/2015 10:34 Previsão saída: 09/12/2015 11:00 Atendente: MRECEPCAC
Convênio: SUS ESTADUAL Matrícula/CNS: 201395988090018
Médico: Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA CRM: 5500

Dados do Responsável

Responsável: CPF:
Parentesco:

LEITO RESERVA 03

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECIBO 29 FEV 2016

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

- Autorizo o(a) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA a realizar o seguinte procedimento: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METAFISE P
ou cirurgia: S6085
- O(A) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
- Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

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

Assinatura: [8] Paciente [] Responsável []

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

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

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA - CRM 5500

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
ECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
8 - Nº DO PROTOCOLO	
10 - NOME DO PACIENTE	11 - SEXO
12 - DATA DE NASCIMENTO	13 - MASCULINO
14 - DA MÃE OU RESPONSÁVEL	15 - FEMININO
16 - ENDEREÇO (RUA, Nº)	17 - TELEFONE DE CONTATO
18 - CID	19 - CEP
20 - BAIRRO	21 - UF
22 - CID	23 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DOENÇAS E SINTOMAS CLÍNICOS

DIAGNÓSTICO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO

EXAMES E RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - CID INICIAL

25 - CID SECUNDÁRIO

26 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

27 - LEITO / CLÍNICA

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - DT SOLICITAÇÃO

31 - CNES / CPF

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - CID DO ACIDENTE

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - Nº DO BILHETE

36 - CID DO ACIDENTE

37 - CNPJ

38 -

39 - CID DO ACIDENTE

40 - CID DO ACIDENTE

41 - CID DO ACIDENTE

42 -

43 - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL

44 - GRAVE

45 - GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO

47 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (NH)

49 - DT AUTORIZ.

50 -

51 - CNES / CPF

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECIBO 29 FEV 2015

CONSULTA HOSP>SOLICITAÇÕES

Código 152718210

N. AIH 241510082668-8

Identificação da Unidade

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MEMORIAL
Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL

Município Regulador NATAL
Data de Solicitação 04.12.2015 - 10:37:40
Data de Autorização 04/12/2015 - 10:43:29
Data de Reserva 05.12.2015
Data de Internação 06.12.2015
Data Previsão de Alta 08.12.2015
Data de Alta 06/12/2015 - 01:47:17
Motivo da Alta 1.1 ALTA CURADO

Dados do Paciente

CNS
201395988090018
Nome do Paciente
SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA COSTA
Sexo:
FEMININO
Data de Nascimento:
02/09/1965 (50 anos)
Nome da Mãe:
ELINA PEREIRA DA SILVA
Tipo Logradouro:
RUA
Número:
52
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):

CNES:
2408252
CNES:
2408252
Município
NATAL

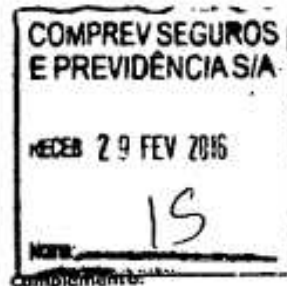
Operador 03282959494PPC
Operador 42315379415MONIQUE
Operador 33391521449FRANCISCA
Operador 33391521449FRANCISCA

Nome Social/Apellido:

Raça:
AMARELA
Tipo Sanguíneo:

Naturalidade:
SERRINHA - RN

Logradouro:
ADÉLIA TAVARES DA CRUZ
Bairro:
ZONA URBANA
Município de Residência:
SERRINHA



Telefone do Responsável

Dados da Solicitação

CPF do Médico Solicitante:
19561917807
CPF do Médico Executante:
19561917807
Diagnóstico Inicial - CID:
FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO - S521
Classificação de Risco
AMARELO - urgência, atendimento o mais rápido possível.
Caráter:
11 - Urgência
Clínica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METAFISE
PROXIMAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

Laudo Técnico e Justificativa da Internação

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Nome do Médico Solicitante:
HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
Nome do Médico Executante:
HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

Status da Solicitação:
APROVADO

Clínica Complementar:
Nenhuma
Código:
0408020415

Código 152718210

Identificação da Unidade

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MEMORIAL
Município Regulador:
NATAL
Data Desejada:

CNES:
2408252
Unidade Desejada: CNES:
HOSPITAL MEMORIAL 2408252

Dados do Paciente

CNS:
201395988090018
Nome do Paciente:
SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA COSTA
Sexo:
FEMININO
Data de Nascimento:
02/09/1965 (50 anos)
Nome da Mãe:
ELINA PEREIRA DA SILVA
Tipo Logradouro:
RUA
Número:
52
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):

Nome Social/Apelido:

Raça:
AMARELA
Tipo Sanguíneo:

Naturalidade:
SERRINHA - RN

Logradouro:
ADÉLIA TAVARES DA
CRUZ

Complemento:

Bairro:
ZONA URBANA
Município de Residência:
SERRINHA
CEP:
59258000
UF:
RN

Telefone do Responsável:
Não Informado

Dados da Solicitação

CPF do Médico Solicitante:

19561917807

Diagnóstico Inicial - CID:
FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO - S52.1

Classificação de Risco:
AMARELO - urgência, atendimento o mais rápido possível.

Caráter:
11 - Urgência
Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METAFISE PROXIMAL
DOS OSSOS DO ANTEBRACO

Laudo Técnico e Justificativa da Internação

Principais Análises e Sintomas Clínicos:

FRATURA DE PUNHO

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FISICO E RX

Condições que Justificam a Internação:

TTT CIRURGICO.

Natureza da lesão

Grave

Parâmetro

Situação:

PENDENTE

Motivo de Impedimento do Regulador

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

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

NECESS 29 FEV 2015

Cópia Complementar:

Nº da Cópia
Código

04080201

Com. Em.

MEMORIAL
Coordenador de
Atendimento

Operador Solicitante:
03282959494PPC



BLOCO CIRÚRGICO BOLETIM DE SALA

Reg 11.05.22 NOME: Socorro Elizabeth de Oliveira APTO: _____

Cirurgia Realizada: cirúrgico da fratura do antebraço

DATA: 27/02/15 INÍCIO: _____ HS: _____ MIN: _____ TÉRMINO: _____ HS: _____ MIN: _____

EQUIPE	NOME	CIC/MF	CRM	CIRURGIA
Cirurgião	Dr Hélio Garcia		5500	Pequena
1 Auxiliar				Média
2 Auxiliar				Grande
Anestesiologista	<u>E. J. J. J.</u>			Múltipla
Instrumentador 1				
Ato:				

1. Paciente em DDH sob bloqueio M Sup D 2: Assepsia e antisepsia de acesso dorsal 4. Divulsão romba por planos 5. Tratamento cirúrgico dos osses do antebraço D com síntese 6. RX intra-op 8. Limpeza curativo + tala gessada

CÓPIA DE
COMPROVANTE DE
PREVIDÊNCIA SIA

RECIBO 29 FEV 2015

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
MEDICAMENTOS				FIOS				DESCARTÁVEL			
000000	Água Espalhada 100ml	AMP		000020	Vicryl 4-0 (Nylon)	ENV		000104	Malha Tubular 12cm	UND	
000020	Água Espalhada 10ml	AMP		000037	Vicryl 5-0 (Nylon)	ENV		000108	Malha Tubular 15cm	UND	
000037	Água Espalhada 20ml	AMP		000075	Vicryl 6-0	ENV		000203	Máscara Descartável	UND	014
000057	Clorfeniramina 1g	AMP		000113	Vicryl 7-0	ENV		000220	Palito 2 vias	UND	01
000095	Dexametona 4mg. inj.	AMP						000704	Podofina Desagregante / ml.	ML	
000113	Glicose 25% 10ml inj.	AMP						000707	Povidona Iodada / ml.	ML	
000123	Glicose 50% 10ml inj.	AMP						000607	Sabão Líquido	ML	1000
000400	Hipoclorito 50%	FRS						000733	Sopelina Descartável	UND	015
000509	Insulina Potassada 1U	1/4						000220	Seringa Desc. 01cc de Agulha	UND	
010111	Ketofol Neutro 1g	CCM	012					000403	Seringa Desc. 03cc de Agulha	UND	
000007	Nervagine 2ml inj.	AMP						000476	Seringa Desc. 05cc de Agulha	UND	012
000490	Profenid 100mg. inj.	AMP						000200	Seringa Desc. 10cc de Agulha	UND	015
000029	Solução Rhizar de Lidocaine	FRS						000215	Seringa Desc. 20cc de Agulha	UND	
000049	Solução Rhizar de Lidocaine	FRS						000120	Sonda Urinária 10	UND	
000123	Soro Fisiológico 100ml	FRS	012					000144	Sonda Urinária 12	UND	
000123	Soro Fisiológico 500ml	FRS						000151	Sonda Urinária 14	UND	
000123	Soro Fisiológico 5% 500ml	FRS						000169	Sonda Urinária 16	UND	
000740	Soro Cloruro 5% 500	TR						000183	Sonda Urinária 18	UND	
000095	Xiloxone 2% 20	AMP						000200	Sonda Urinária 20	UND	
000095	Xiloxone 2% 20	AMP									
FIOS				DESCARTÁVEIS				TAXAS			
000037	Algodão 3 (M Agulha)	ENV		000000	Algodão 3 (M Agulha)	ENV		000738	Ar Completo	UND	
000037	Algodão 3-0 (M Agulha)	ENV		000150	Bandeja Pericard	UND		000207	Aspirador Vácuo	UND	
000044	Algodão 3-0 (M Agulha)	ENV		000043	Butterfly 19g	UND		000204	Bomba de Infusão	UND	
000162	Correção 1-0	ENV		000055	Butterfly 21g	UND		000331	Cephalogin	UND	
000130	Correção 2-0	ENV		000135	Butterfly 23g	UND		000363	Cranetom	UND	
000123	Correção 4-0	ENV		000142	Butterfly 25g	UND		000095	Desinfetante	UND	
000037	Correção 5-0	ENV		0001205	Camiseta Descartável	UND		000487	Infusor de Imagem	UND	
000599	Monomylon 0.9 PRETO	ENV		0001244	Camiseta Cirúrgica	UND		000499	Microscópio	UND	
000614	Monomylon 2.0 PRETO	ENV		0001995	Elemento Descartável	UND		000711	Oxigênio Sob Pressão 114	UND	
000621	Monomylon 3.0 PRETO	ENV		000248	Extensor 500ml	UND		000553	Quimeto	UND	
000633	Monomylon 4.0 PRETO	ENV		0002001	Esferodraco 10 x 45	CM		000935	Quilo Nitro	UND	
000645	Monomylon 5.0 PRETO	ENV		0002031	For. Sulfato / ml.	ML		000708	Respirador e Pressão	UND	
000653	Monomylon 6.0 PRETO	ENV		0002285	Gase 91 x 91	UND		000578	Respirador e Volume	UND	
000692	Monomylon 8.0 PRETO	ENV		0002330	Gase Funcionada	UND		000506	Tela de Monitor	UND	
000642	Monomylon 10.0 PRETO	ENV		0002354	Gomo Descartável	UND			Tela de Sala Nº 01	UND	
000702	Protene 2-0	ENV		0002100	Imatex Air II 2,4 M	UND		000128	Tela de Sala Nº 02	UND	
000483	Protene 4-0	ENV		0001078	Imatex Padão	UND			Tela de Sala Nº 03	UND	
000448	Protene 5-0	ENV		000253	Lamina Bisturi Nº 11	UND			Vigilância de Sala	UND	
000421	Protene 6-0	ENV		000260	Lamina Bisturi Nº 15	UND					
000510	Sálica 2-0	ENV		000143	Lamina Bisturi Nº 20	UND					
000550	Sálica 3-0	ENV		000232	Luna Descartável Nº 7,0	PAR					
000560	Sálica 5-0	ENV		000240	Luna Descartável Nº 7,5	PAR					
000194	Sálica 2-0 (M Agulha)	ENV		000240	Luna Descartável Nº 8,0	PAR					
000390	Vicryl 4-0 (Nylon)	ENV		000411	Malha Tubular 10cm	ROL					

CIRURGIÃO: Dr Hélio R.P. Garcia
Cirurgião de Mão-Ortopedia
CRM AMO - RN

CIRCULANTE: [Assinatura]

RELATÓRIO ANESTESIA

I.S.O.A.

PRÉ-ANESTÉSICO:

DROGAS:

TÉCNICA ANESTÉSICA:

DROGAS USADAS NA ANESTESIA

CROQUIS CUBAS NA ANESTESIA											
COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
									MEDICAMENTOS		
000190	Adrenalina	AMP		005815	Nasom	AMP					
026955	Agua Bistacide	AMP		007527	Placid 10mg	AMP					
060042	Altopina 25	AMP		007538	Proclonina	AMP					
050380	Cicleta de Póssolo	AMP		005940	Katara	AMP					
051450	Citroco de Sódio	AMP		003333	Quelcin 100mg	AMP					
014820	Clorel 2mg	AMP		000040	Quelcin 50mg	AMP					
002115	Clorfen	- AMP -		003543	Rapilum	AMP					
002953	Bulbina	- AMP -		000974	Sereno	ML					
003050	Domipol 15mg	AMP		004449	Sol. Ringer Simplex	FRB					
012076	Domipol 5mg	- AMP -		008175	Sol. Ringer Lactato	FRB					
003071	Eferol	- AMP -		008740	Sol. Glucose	FRB					
003311	Farinell 2ml	AMP		004539	Sol. Ringer Lactato	FRB					
003750	Farinell	ML		001002	Thrombocycl	FRB					
017076	Helicid	ML		003013	Thromin	AMP					
004626	Hyalomolado	AMP		008727	Vellum	AMP					
072457	Insol	AMP		001475	Xilocaina 1%	AMP					
010350	Lidocain	AMP		004995	Xilocaina 2% a/a	AMP					
010337	Marcaina 0.5 a/a	AMP		010028	Xilocaina 2% a/a	AMP					
005034	Marcaina 0.5 a/a	AMP		010033	Xilocaina Pasteis	AMP					
010595	Marcaina Pasteis	AMP									

ANOTAÇÕES

20

18

16

14

12

10

8

6

4

2

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A

1578-29 HV 2006

18

Intercorrências

Journal, - 200
In reference to 500
Feb 27 - 21
2nd of 20
Franklin of

DESCRIÇÃO		
Oxímetro		
Cardioscópio		
Capnógrafo		
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	
Oxigênio Líquido		
Protóxido Líquido		

27/12/15

INICIO ANESTESIA

INÍCIO CIRURGIA:

DATA:

'FINAL' CIRURGIA?

FINAL ANESTHESIA

ANESTHESIOLOGIST

CRM:

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

Registro-Internamento: 110522 -1

Leito Nº: LEITO RESERVA 03

Médico CRM - 5500 - HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

☐ Mudança de Procedimento

☐ Diária de U.T.I.

☐ Diária de Acompanhante

☐ Vacina Anti RH

☐

☒ Uso de Prótese, Ortese

☐ Uso de Fatores de Coagulação

☐ Uso de Oxigenadores

☐ Nutrição Parenteral

☐

HOSPITAL

10.867.687/0001-10 Hospital Memorial de Natal

PACIENTE

110522 -1 - SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

PROCEDIMENTO ANTERIOR

PROCEDIMENTO SOLICITADO

MÉDICO SOLICITANTE

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM

5500

CPF

195.619.178-07

JUSTIFICATIVA

2 FIOS STEINMANN

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS S/A

RECIBO 29 FEV 2016

HOSP

MEMORIAL
partine, 975
tel/RN
110522

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

CRM

5500

DATA

07/12/2015 16:01

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR

CRM

DATA



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fono: (84)3133-4260 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@vivo.com.br

Data: 08/12/2015 10:08

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 110522 IH: 1 Paciente: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA
Nascimento: 02/09/1965 50 anos Internação: 07/12/2015 10:34:25 Leito: LEITO RESERVA 03

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

procedimento: BOQUEIO E SEDACAO

Anestesiologista: DR ESAU

procedimento: FRATURA DE PUNHO

Cirurgião: DR HELIO

instrumentador: ANTONIA

Circulante: ELIENE E DEYSIANE

tipo curativo: OCLUSIVO

em material para biópsia/cultura: NAO

transfusão sanguínea: NAO

Monitoração correta: SIM

Placa de bisturi: NAO

antibiótico profilático?: CEALOTINA 2G

medicação administrada:

intercorrências / Observações:

CIRURGIA REALIZADA COM EXITO PACIENTE ENCAMINHADA AO SRPA NA HVP CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO SOB EFEITO DE ANESTESIA EM O2 AMBIENTE SEGUE AOS CUIDADOS DE TODA EQUIPE DE ENFERMAGEM ANEXO AO PRONTUARIO RX E EXAMES COMPLEMENTARES.

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A

RECIBO 29 FEV 2016

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

-CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: Limpa

ELIENE MARTINS DA SILVA
COREN - 58524



Hospital Memorial de Natal

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

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

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: **110522** IH: **1** Paciente: **SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA**
Nascimento: **02/09/1965** : **50** anos Internação: **07/12/2015 10:34:25** Leito: **LEITO RESERVA 03**

ANTES DO ATO CIRÚRGICO 07/12/2015 16:51:52 - COREN - 981845 - ANDRE LUIZ MIGUEL PEREIRA

Observações:

PACIENTE ADMITIDO NO CENTRO CIRURGICO DE PRÉ OPERATÓRIO DE FRATURA DE PUNHO O MESMO
REGAAM+DM+HAS PUNÇIONADO EM MSE COM JELCO N°20 VIAB: SF0.9%, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM.

Doença pré-existente:

Reserva sanguínea: NÃO Prótese: NÃO Jóias: NÃO Membro e lado da cirurgia: MSD

Exame Laboratorial: NÃO Risco Cirúrgico: NÃO Raio X: PRÉ: SIM-QTD: 01

Alergias (medicamentos, fôdo, esparadrapo): NÃO

Assinatura Responsável

Outros Exames:

SRPA 07/12/2015 16:51:52 - COREN - 981845 - ANDRE LUIZ MIGUEL PEREIRA

Nível consciência: CONSCIENTE

Oxigenoterapia: 02 AMBIENTE

Acesso venoso: SIM Diurese: SIM Acianótico: NÃO Pálido: NÃO Sudorese: NÃO Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO Raio X de Controle: NÃO

ADMINISTRADO UMA DIPIRONA+10ML DE ABD AS 16:50 MIN

Medicação administradas:

Encaminhamento:

PACIENTE ENCAMINHADO AO LEITO DE PÓS OPERATÓRIO DE FRATURA DE PUNHO NA
AVP, CONSCIENTE ORIENTADO EM 02 AMBIENTE, COM CURATIVO LIMPO, DIURESE
PRESENTE, REALIZAR RX DE CONTROLE, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM.

Assinatura Responsável



Hospital Memorial de Natal

Paciente: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

Prontuário: 110522

Registro: 110522

Endereço: RUA IRENE RODRIGUES SOARES - CENTRO - SERRINHA - RN

Admissão: 07/12/15 10:34

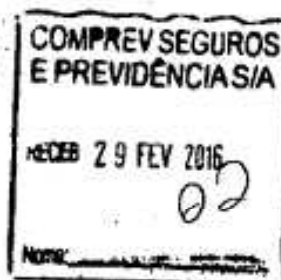
Unid: CENTRO CIRURGICO

Convênio: SUS ESTADUAL

Telefone: 84987106798

		Qtd	Controle
07/12/2015 16:01	Periódica		
1)	DIETA LIVRE, Ao dia		Mat 11067
2)	DIPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.		
3)	OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia		
		Qtd	Controle
08/12/2015 07:00	Periódica		
4)	DIETA LIVRE, Ao dia		Mat 11067
5)	DIPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.		
6)	OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia		
7)	ALTA HOSPITALAR, 02 em 02 horas		

Dr. - HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500



HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juazeiro
Tiro 15
Co. 1
Em. 1
Natal, 979

07/12/2015 16:01



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

EVOLUÇÃO MÉDICA -

Identificação do Paciente

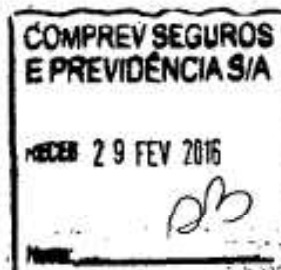
Paciente: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA
Nascimento: 02/09/1965 (50 anos)

Registro: 110522 Num.Internação: 1

Data Internação: 07/12/2015 10:34:25

Realização: 07/12/2015 16:01:04

Di sem intercorrências



HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol - Natal/RN
CEP: 59079-000

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500



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

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA**

Registro: **110522** Nº Internação: **1**

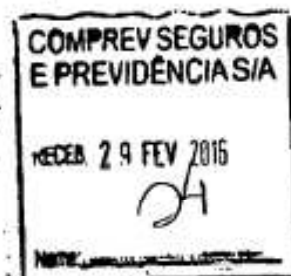
Nascimento: **02/09/1965** 50 anos Data Internação: **07/12/2015 10:34:25** Leito: **LEITO RESERVA 03**

OBSERVAÇÕES GERAIS

PACIENTE SAIU DE ALTA HOSPITALAR

Nadjany

08/12/2015
COREN - 883870
NADJANY PRISCILLA LIMA TORRES



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - RUA NACIONAL	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO <input checked="" type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)			
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
17 - HISTÓRICO INICIAL	20 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - ESCRITAÇÃO DO PROCEDIMENTO	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
29 - DT SOLICITAÇÃO	30 - CNES / CPF	31 - ASSINATURA E CARIMBO	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - ACID. TRABALHO TRAJETO	41 - DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
42 - CID SECUNDÁRIO	43 - ()	44 - () GRAVE	45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	48 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE	49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (A#)
50 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
52 - CNES / CPF	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

RECIBO 29 FEV 2019



Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

Dr. Hélio Rubens Polido Garcia - CRM 5500
CIRURGIA DA MÃO - MICROCIRURGIA - ARTROSCOPIA

RELATÓRIO MÉDICO

Nome: Socorro E Oliveira

Diagnóstico: Pop fratura punho D

Evolução/ Tratamento: Ambulatório + Reabilitação

Prognóstico: Moderado. Ainda com dor e limitação. Segue em Reabilitação.

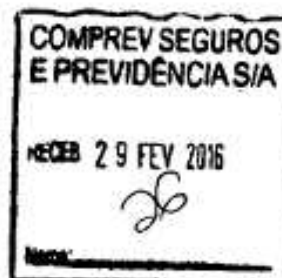
Recomendação: Deve afastar-se de suas atividades de carga por 4 (quatro) meses, à critério do perito

CID: S52 /Z98

17.12.15

Dr Hélio R P Garcia
CRM 5500

Dr Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 5500



Hospital Memorial - Av. Gov Juvenal Lamartine, 979 - Tirol - Natal - RN - F: 31334200



Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

DR. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA – CRM 5500
CIRURGIA DA MÃO - MICROCIRURGIA - ARTROSCOPIA

Socorro E Oliveira

Solicitito

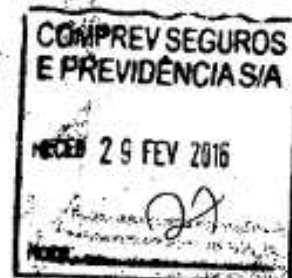
Fisioterapia

HD: POp fratura punho D

- ADM total **sem restrição**
- **analgesia** – tens, calor
- massagem
- controle do edema

Dr Hélio R.P Garcia
CRM 5500

Dr Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 5500



Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

DR. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA – CRM 5500
CIRURGIA DA MÃO • MICROCIRURGIA • ARTROSCOPIA

SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

USO ORAL

1. Nisulid _____ 1 cx

Tomar 1 comprimido via oral de 12/12h por 5 dias.

2. Novalgina 1g _____ 2cx

Tomar 1 comprimido via oral de 6/6h se dor

Dr. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA
ORTOPEDIA • CIRURGIA DA MÃO
CRM 5500 - CPF: 195.619.170-07

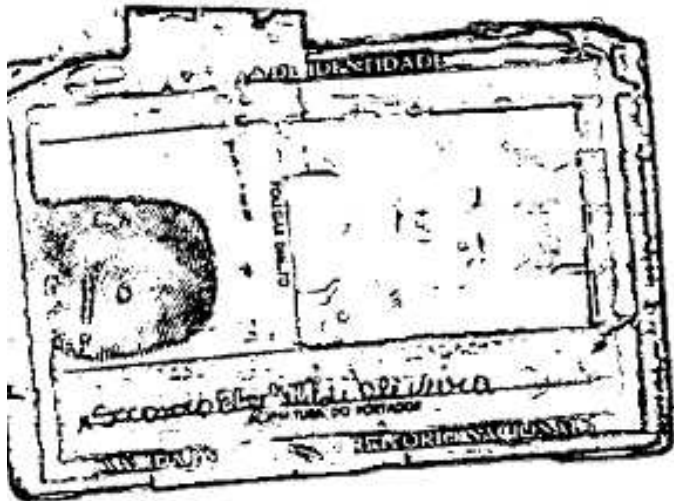
07.12.15

Dr. Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia
Cirurgia da Mão/Microcirurgia
CRM 5500

**COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A**

RECIBO 29 FEV 2016

Nome _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160150404 **Cidade:** Serrinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 30/11/2015 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/03/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PUNHO 75%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	11/03/2016
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.531,25
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01366-8

CONTA: 000088300193-4

Nr. da Autenticação 5ABFEE64B74CB8EC