

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: 02/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03470

CONTA: 000000026532-5

Nr. da Autenticação 1A202C8E733C1116

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190410381 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO **Data do acidente:** 27/01/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 04 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 08 // DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO POR DR. TIAGO ANDRADE RODRIGUES, CRM 5224, EM 24/06/2019, ACOSTADO NA PÁGINA 01.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 6,25 % | R\$ 843,75 |



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 5247 /2019

Admissão: 27/01/2019 15:31:24



BOLETIM COM HISTÓRICO DE

SAÍDA

Em: 27/01/19

Por: RUIRSE

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 112240 - DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO (23 a 10 m 10 d)

Nascimento: 17/03/1995 Natural: NATAL BRASIL

CNS: 703200664539197

CPF:

Prof:

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: MARIA ZULEIDE FLAUSINO DE OLIVEIRA

Pai:

Logradouro: SAO JOAO, 378

CEP: 59015380

Bairro: CENTRO

Cidade: SAO GONCALO DO
AMARANTE

Telefone: 84 988986093

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: FAMILIA

Tipo: NÃO REFERENCIADO

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 27/01/2019 15:29:14

| HORA | P.A. | HGT | SatO2 | FIO2 | F.R. | F.C. | TEMP. | Glasgow | RTS |
|------|------|-----|-------|------|------|------|-------|---------|-----|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HOJE PELA MANHA, APRESENTA EDEMA E REFERE DOR NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Hora: _____

Det 10

PCHO 15

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 20/03/19
MAT Nº 1520823
EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

ASSINATURA

PROTOCOLO
RECEBIDO

25 ABR 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

29/01/19

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL CID

Fruat

PCHO

RAIOS - X

Realizado em: 27/01/19 Hora: 12

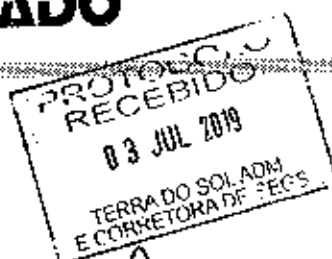
DESTACAR



CLÍNICA

OCTAVA ROSADO

Laudo Médico



#Nome: Diego Oliveira Feliciano
Idade: 29 anos / Sexo: Adulto:

27/01/19

#Trauma rotacional no punho esquerdo que resultou em cirurgia.

#Atualmente refere sequelas em M80 com perda de flexão de punho esquerdo (perda de 30%)

#792

Dr(a):

27/01/19

#Ata de Consulta

MOSSORÓ:
Rua Juvenal Lamartine, 119
Centro
Fone: (84) 3315-6900 / 3313-6901

SERRA DO MAR:
Rua Colares, 100 - Centro
Vila Brasil
Fone: (84) 9.8728-4392

ASSU:
Av. Senador José Câmara, 1394
Centro
Fone: (84) 9.9038-0438

PARNAMIRIM:
Av. Bello Parnamirim, 860
Vila Nova
Fone: (84) 9.9624-2021

NATAL:
Av. Presidente Médice, 256
Igapo - Zona Norte
Fone: (84) 9.9839-0260



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 5247 /2019

Admissão: 27/01/2019 15:31:24



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

BOLETIM COM REGISTRO DE

SAÍDA

EM: 27/01/19

por: *[assinatura]*

Paciente: 112240 - DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO (23 a 10 m 10 d)

Nascimento: 17/03/1995 Natural: NATAL.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 703200664539197

CPF:

Prof:

Mãe: MARIA ZULEIDE FLAUSINO DE OLIVEIRA

Pai:

Logradouro: SAO JOAO, 378

CEP: 59015380

Bairro: CENTRO

Cidade: SAO GONCALO DO
AMARANTE

Telefone: 84 988986093

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 27/01/2019 15:29:14

| HORA | P.A. | HGT | SatO2 | FiO2 | F.R. | F.C. | TEMP. | Glasgow | RTS |
|------|------|-----|-------|------|------|------|-------|---------|-----|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HOJE PELA MANHA, APRESENTA EDEMA E REFERE DOR NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Hora: _____

Doi 10

P. L. H. K.

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 20/03/19
MAT. Nº 1520823
EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)
[assinatura]
ASSINATURA

PROTÓCOLO
RECEBIDO
[assinatura]
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

PROTÓCOLO
RECEBIDO
03 JUL 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

Médico Hospitalar de Especialidade
29/01/19
[assinatura]

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL CID

Fruat

P. L. H. K.

RAIOS-X

Realizado em: 27/01/19 Hora: _____

ANAPHNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

GUTROS

CONDUITA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

| ELEMENTOS DA ESCALA DE DOR DE GLASGOW | |
|--|---|
| Abertura ocular (AO) | 4 |
| Chorar ao ser atingido por estímulo nocivo | 3 |
| Ordem ao ser um estímulo tátil, não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, e assimilar a ordem e o gesto 1. | 2 |
| Chorar ao ser atingido por estímulo doloroso | 1 |
| Ordem não se abram | 0 |
| Melhor resposta verbal (MRV) | |
| Respostas às perguntas de localização e apreensão de objetos de propósito, como "onde dói", "onde está o dorçao", "dóe a cabeça" | 5 |
| Compreensão das perguntas orientadoras, mas há alguma desorientação e confusão | 4 |
| Respostas às perguntas (palavras isoladas, duas ou três palavras isoladas) | 3 |
| Somente sílabas | 2 |
| Resposta sem qualquer palavra | 1 |
| Asseta | 0 |
| Melhor resposta motora (MRM) | |
| Obedece a ordens verbais (Faz movimentos quando lhe é ordenado) | 5 |

| **ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA- RTS | | |
|---|---------|-----------|
| DISCRIMINADOR | NOTAÇÃO | PONTUAÇÃO |
| ESCALA DE COMA RE GLASSOW | 13-15 | = 3 |
| | 9-12 | = 2 |
| | 6-8 | = 1 |
| | 4-5 | = 0 |
| | 3 | = 0 |
| FREQÜÊNCIA RESPIRATORIA | 10-20 | = 4 |
| | >20 | = 3 |
| | 6-9 | = 2 |
| | 1-5 | = 1 |
| PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA | 90 | = 3 |
| | >90 | = 4 |
| | 70-89 | = 2 |
| | 50-69 | = 1 |
| | 40 | = 0 |

CLASSIFICAÇÃO DO YCE
(ATLAS 2008)

03 - 08 graus (concordância de
intuição intuitiva)
09 - 50 moderado;
11-16 forte

2. Electronic THASDALE G. JENNETT,
An expert of some undisciplined
conduct. A partial grade. Lycop
1974-2-11-54

La classe est composée de 25 élèves, 13 garçons et 12 filles, âgés de 11 à 13 ans. La classe est dirigée par une enseignante expérimentée, titulaire d'un diplôme de l'enseignement secondaire.

| SEVERITY | LEVEL | Moderate | Intense | Flare |
|----------|-------|----------|---------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

OK

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO

6- NUMERO DO PRONTUARIO

184163

7- CARTAO NACIONAL SUS

703 2006 6453 9197

8- DATA DE NASCIMENTO

17/03/1995

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MAE

MARIA ZULEIDE FRAUSINO DE OLIVEIRA

12- TELEFONE DE CONTATO

988886093

13- NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA SAO JOAO 378

16- MUNICIPIO

SAO GONCALO DO AMARANTE

17- BAIRRO

Po JOAO MARIA

18- UF

RN

19- CEP

59590000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fratura punho che

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fratura punho che

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

EF + RAZÃO A

23- DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fratura punho che

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

osteossintese punho

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRANSITO

38- () AC. TRABALHO TIPO

39- () AC. TRABALHO TRAJETO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNIE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGAO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

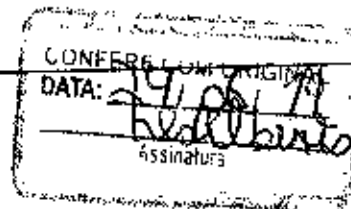
48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA
ORTOPEDIAREGULAÇÃO
WALFREDO GURGEL

OBS

| | | | |
|--|-------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| ENFERMARIA Nº | LEITO | PRONTUÁRIO 164153 | |
| DATA 27/01/2019 | HORA 19:55 | CATEGORIA | GM |
| PACIENTE DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO | | DATA DE NASCIMENTO 17/03/1995 | |
| ESTADO CIVIL SOLTEIRO | | PROFISSÃO FUNC PUBLICO | |
| ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA SAO JOAO 378 | | | |
| MUNICIPIO SAO GONÇALO DO AMARANTE | BAIRRO Pa JOAO MARIA | UF RN | CEP 59590000 |
| LOCAL DE TRABALHO | | | TELEFONE |
| FILIAÇÃO MARIA ZULEIDE FRAUSINO DE OLIVEIRA | | CLAUDIO SERGIO FRAUSINO | |
| RESPONSÁVEL O MESMO | | | TELEFONE 988966093 |
| ENDEREÇO O MESMO | | | |
| DIAGNOSTICO PROVISÓRIO | | | |
| DIAGNOSTICO DEFINITIVO | | | |

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

31-01-2019

ÓBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

CONFERE E ASSINA ORIGINAL

DATA:

27/01/19

Assinatura

SUS: 1403200662539/94 - CPF: 12366348-58 - 98898-6093



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

241

HMW/G

NOME: Diego de Oliveira Feliciano
IDADE: 14/03/95 COR: Parda SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro
NATURALIDADE: Natal PROFISSÃO: Func. Publica PROCEDÊNCIA: Outro Estado
ENDEREÇO: Rua São João 348 BAIRRO: Ribeirão
CIDADE: S.G.H DATA: 24/10/19 HORA: 14:05

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

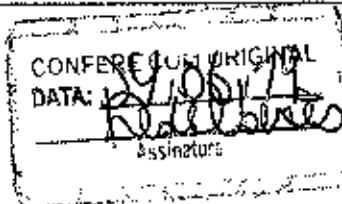
PUPILAS A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA C) PRESSÃO ARTERIAL

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

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

EXAME FÍSICO



SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

| HORA | PRESSÃO ARTERIAL | RESPIRAÇÃO | GLASGOW | SCORE FINAL | TEMP. | PULSO |
|------|------------------|------------|---------|-------------|-------|-------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

DIAGNÓSTICO INICIAL

Problema no fêmur

Marcos Vinícius S. Freire
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5781
TED 14910



SESA/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO G. GEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SÁRINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 5247 /2019

Admissão: 27/01/2019 15:31:24

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 112240 - DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO (23 a 10 m 10 d)

Nascimento: 17/03/1995 Natural: NATAL.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 703200664539197

CPF:

Prof:

Mãe: MARIA ZULEIDE FLAUSINO DE OLIVEIRA

Pai:

Logradouro: SAO JOAO, 378

CEP: 59015380

Bairro: CENTRO

Cidade: SAO GONCALO DO
AMARANTE

Telefone: 84 988986093

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: FAMILIA

Tipo: NÃO REFERENCIADO

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 27/01/2019 15:29:14

| HORA | P.A. | HGT | SatO2 | FIO2 | F.R. | F.C. | TEMP. | Glasgow | RTS |
|------|------|-----|-------|------|------|------|-------|---------|-----|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

HISTORIA - CAUSA EFICIENTE DA LESAO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HOJE PELA MANHA, APRESENTA EDEMA E REFERE DOR NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Hora: _____

Doi no *PCHO KS*

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A

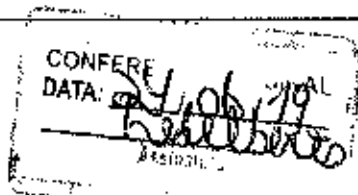
B

C

D

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:



*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL CID

Fract. Peritro

RAIOS-X

Realizado em: 27/01/19 Hora: _____

Técnico: _____

Nome do paciente

Nº prontuário

Data operação

Enf.

Leito

Operador

1º auxiliar

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de operação

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Imagem radiológica no ato

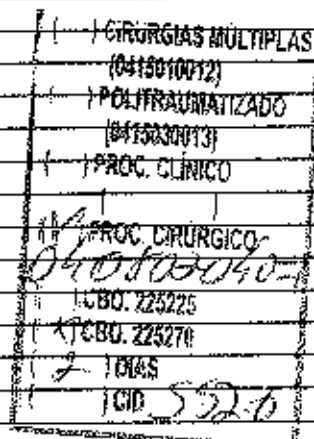
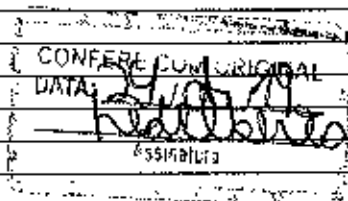
Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Abertura de ferida
 com bisturi nº 15
 e extração de conteúdo
 de conteúdo líquido e
 fuso

Dr. Edmar Dentas
 CRM - 942
 Ortopedia - Traumatologia



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO Idade: 23 D/N: 17/03/1995
 Pront: 164163 Município: SÃO GONÇALO DO AMARAL Procedência: () Interno () Externo
 Data da cirurgia: 30/04/17 Hora Admissão: Bloco: 17:30 Sala: 01 Hora Saída: 20:25 Peso: 70
 Alergias: () Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras
 Uso de medicações: () Não () Sim Jejum: () Não () Sim
 SSW Admissão: PA: 140/94 mmHg Pulso: 77 bpm FL: 93 rpm FC: 93 bpm SpO2: 99 % T: 36,5 °C

Enfermeiro(a): RAYANE Instrumentador (a): GUIMARÃES JUNIOR Circulante: SANCHAGA

Cirurgia: TTT CIRURGIA DE FRATURA DE FÊMUR ESQ Especialidade: ORTOPEDIA Sala: 01
 Hora Início: 20:10 Hora Término: 20:25 Tipo de cirurgia: (X) Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
 1º Cirurgião: DR. GONÇALVES Aux: DR. GONÇALVES Residente: DR. GONÇALVES

Anestesia: () Local (X) Sedação () Geral TOT: () Bloqueio () Raquidiana Ag. nº () Peridural () Cateter () s/cateter
 Ag. nº 01 Cateter nº 01 Início: 20:10 Garrote: () Smark () Pneumático Início: 20:10 Término: 20:25
 Anestesiologista: DR. GONÇALVES

| NEUROMUSCULAR | PELE/HIGIENE | CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO | DISPOSITIVOS | MONITORIZAÇÃO |
|--|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Consciente | <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada | <input type="checkbox"/> Normotenso | <input checked="" type="checkbox"/> Jelco <u>150</u> | <input checked="" type="checkbox"/> ECG |
| <input type="checkbox"/> Letárgico | <input type="checkbox"/> Hipocorada | <input type="checkbox"/> Hipotensão | <input type="checkbox"/> Acesso V. Central | <input checked="" type="checkbox"/> Oximetria |
| <input type="checkbox"/> Coma | <input type="checkbox"/> Cianótica | <input type="checkbox"/> Hipertensão | <input type="checkbox"/> Cat. Diálise | <input type="checkbox"/> Capnógrafo |
| <input checked="" type="checkbox"/> Orientado | <input type="checkbox"/> Ictérica | <input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão | <input type="checkbox"/> Fístula | <input checked="" type="checkbox"/> PA |
| <input type="checkbox"/> Desorientado | <input type="checkbox"/> Desidratada | <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico | <input type="checkbox"/> Arteriovenosa | <input type="checkbox"/> Estimul. Nervo |
| <input type="checkbox"/> Sedado | <input checked="" type="checkbox"/> Integra | <input type="checkbox"/> Bradicardia | <input type="checkbox"/> SNG | <input type="checkbox"/> Diprífusor |
| <input type="checkbox"/> Ansioso | <input type="checkbox"/> C/lesões | <input type="checkbox"/> Taquicardia | <input type="checkbox"/> SVD | <input type="checkbox"/> BIC |
| <input checked="" type="checkbox"/> Deambula | <input type="checkbox"/> Sudorese | <input type="checkbox"/> Choque | <input type="checkbox"/> Colostomia | <input type="checkbox"/> Desfibrilador |
| <input type="checkbox"/> t/ dificuldade | <input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica | <input type="checkbox"/> Normoesfígnico | <input type="checkbox"/> Cistostomia | |
| <input type="checkbox"/> Acamado | <input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória | <input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia | <input type="checkbox"/> Dreno: | |
| <input type="checkbox"/> Paraplégico | <input type="checkbox"/> Higiene deficiente | <input type="checkbox"/> Dispneia | <input type="checkbox"/> Aparelho gessado | |
| <input type="checkbox"/> Tetraplégico | <input type="checkbox"/> Manchas | <input type="checkbox"/> Dispositivo O2 | <input type="checkbox"/> Tração | |
| <input type="checkbox"/> Amputações | <input type="checkbox"/> S/Tricotomia | | <input checked="" type="checkbox"/> Talas <u>150</u> | |

| SINAIS VITAIS | Início | Meio | Fim | Unid. |
|---------------|---------------|---------------|---------------|-------|
| FC | <u>67</u> | <u>77</u> | <u>93</u> | Bpm |
| Pulso | <u>65</u> | <u>78</u> | <u>93</u> | Bpm |
| Oximetria | <u>98</u> | <u>99</u> | <u>99</u> | % |
| Capnografia | | | | % |
| PA | <u>140/94</u> | <u>135/87</u> | <u>137/86</u> | mmHg |

| POSICÃO | COXIM | MMSS |
|--|----------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Dorsal | <input type="checkbox"/> Cabeça | <input type="checkbox"/> Anatômicos |
| <input type="checkbox"/> Ventral | <input type="checkbox"/> Pescoço | <input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos |
| <input type="checkbox"/> Lateral | <input type="checkbox"/> Tórax | <input type="checkbox"/> Fletidos |
| <input type="checkbox"/> Litotômica | <input type="checkbox"/> Lombar | <input type="checkbox"/> MMH |
| <input type="checkbox"/> Trendlemburg | | <input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos |
| <input type="checkbox"/> Canivete | | <input type="checkbox"/> Abduzidos |
| <input type="checkbox"/> Proclive | | <input type="checkbox"/> Fletidos |

ACESSO VENOSO

Punção Arterial: CONFIRMADA
 Punção Venosa Periférica: 24/04/17
 Punção Venosa Central: CONFIRMADA
 Dissecção venosa: ASSIMILADA

Local: 01
 Cateter: 01

SONDAGEM GÁSTRICA

SNG nº 01
 Retorno: 01

CATETERISMO VESICAL

SVF nº 01 SVA nº 01
 Diurese: 01
 Profissional responsável: RAYANE

EXAMES SOLICITADOS

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

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

() Sim (X) Não () Metal () Descartável
 Local: 01

DEGERMAÇÃO **TRICOTOMIA**
 (X) Sim () Não () Sim: NÃO
 Local: 01 Solução: PAPE Local: 01

IMPLANTE CIRÚRGICO

Drenos: 01
 Tela: 01
 Cateter: 01
 Ostomia: 01
 Fio de KC: 2 FIOS Nº 20 Parafuso - tipo: 01
 Placa - Tipo: 01
 Outros: 01

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

Caixa cirúrgica: PSA + PPS Quant. Material: 01
 Val: 05.02.17 Contagem de gaze e compressa: (X) Não () Sim



Id. Paciente: 5247/2019 Data Exame: 27/01/2019 15:40:44
Paciente: DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: TEC. IVANILDO DE ARA
Idade: 23 ano(s) PUNHO AP
78,9 %

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

SAÍDA:

Decisão Médica ☐À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐S.V.O. ☐I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

DESTACAR

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------------|-------|---------------|-----|
| Hospital | | | | | Enfermaria | Leito | Nº prontuário | |
| Nome <u>Diego A. C. Feliciano</u> | | | | | Idade | | Sexo | Cor |
| Data <u>30.01.09</u> | Pressão arterial | Pulso | Respiração | Temperatura | Peso | | Outros | |
| Tipo sanguíneo | Hematias | Hemoglobina | Hematócrito | Glicemia | Uréia | | | |
| | Urina | | | | | | | |
| Ap. respiratório | | | | | | | | |
| Ap. circulatório | | | | | Aama | | Bronquite | |
| Ap. digestivo | | | | | Eletrocardiograma | | | |
| Estado mental | | | Dentes | Pescoço | Ap. urinário | | | |
| Diagnóstico pré-operatório | | | Atarácicos | Corticóides | Alergia | | Hipotensores | |
| Anestésias anteriores | | | | | Estado físico | | Risco | |
| Medicação pré-anestésica | | | | | Aplicada às | | Efeito | |

| | |
|---------------------|--|
| Agentes Anestésicos | |
| Líquidos | |

SÍMBOLOS
 E
 ANOTAÇÕES

POSICÃO Oxalotina 2g; Diprione 3g; Tioalf 100; Oxidation 100

Agentes Intubação orotr; Ruda 200mg 2mg; Celam na 200mg; Propofol 100mg

Técnica Relaxar

Operação 4º cirurgia part. Punho Esq.

Cirurgiões Dr. Edmar

Anestesiologista Dr. Fátima Rodrigues

Observações

Perda sanguínea

ANAM NESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

OUTROS
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐S.V.O. ☐I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua li

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐S.V.O. ☐I.T.E.P. ☐

DESTACAR

SIGUE ATENTO A SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL A CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS. DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

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

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

INSULINA 2U h: 18:40 CARFENOTINA 2g h: 18:40
FLAVO 10mg h: 18:40 _____ h: _____
ZOFENIV 8mg h: 18:40 _____ h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: _____ ml () Soro Ringer Simples: _____ ml Quantidade total de volume
() Soro Glicosado: _____ ml () Soro Ringer Lactato: _____ ml administrado: _____

ANATOMO PATOLÓGICO

☒ Não () Sim Peça: _____ Peça para sepultamento: ☒ Não () Sim
Swab para cultura: _____ Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: ☒ Limpo () ☒ exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens ☒ Talas () Outros: _____

INTERCORRÊNCIAS: PROCEDIMENTO CONCLUÍDO SEM INTERCORRÊNCIAS

Ass: Sygeriana Coren: 52102

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente ☒ Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel ☒ O₂ ambiente Curativo: ☒ Oclusivo () Compressivo () Bolsa de
colostomia () Outro: _____
Diurese: ☒ Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: Safa

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

Hora: _____ Data: 30/03/19 Nível de consciência: ☒ Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ ☒ O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal ☒ Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não ☒ Sim Tipo: PVP Local: MSD Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim ☒ Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno insuficiente () Coágulos
Curativo: ☒ Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC

Relate:

SINAIS VITAIS

Líquidos administrados na URPA:

| Hora | T°C | P | PA | FR | Sat.% | Dor | Soro glicosado: _____ ml |
|----------|-----|-----------|---------------|----|-----------|-----|--------------------------------------|
| Admissão | — | <u>88</u> | <u>120x80</u> | — | <u>90</u> | — | Soro Fisiológico: _____ ml |
| 30' | — | <u>88</u> | <u>120x80</u> | — | <u>90</u> | — | Ringer: <u>1000</u> ml |
| 60' | — | — | — | — | — | — | Irrigação vesical contínua: _____ ml |
| Alta | — | <u>70</u> | <u>130x80</u> | — | <u>93</u> | — | |

Medicações administradas URPA:

Eliminações:

| Hora | Medicação | Dose | Via | Assinatura | Diurese | Retorno Gást. | Drenagem | Retorno da Irrigação |
|------|-----------|------|-----|------------|---------|---------------|----------|----------------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Paciente acordado - ECG na H univ
MSC. Encaminhada ao Ex e depois diurese em p/ótio c2

Ass: Simone Coren: 521954

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMARIA@MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES 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:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

/

/

HORA

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

ÓBITO: DATA / / HORA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
123.665.789-58 **DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO** CPF: **123.665.789-58**
Profissão: **LOCUSO** Endereço: **RUA SÃO JOÃO, Nº 378, R.P. MARIA B. ZACU** Número: **378** Complemento:
Bairro: **SANTA IGREJA** Cidade: **SÃO GONÇALO DO ANUNCIANTE** Estado: **RN** CEP: **59.291-036**
E-mail: Tel. (DDD): **(84) 98898-60**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA) (84) 98849.32

DADOS CADASTRAIS
RECEITA MENSAL:
☒ RECEBEMOS INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: **CAIXA**

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: **3470** CONTA: **00026532** **5**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Gravidez: ☐ Presente com a vítima: ☐ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Vivos: ☐ Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **São Gonçalo do Anunciação 25/07/19**
Nome: **Diego de Oliveira Feliciano**
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Diego de Oliveira Feliciano
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

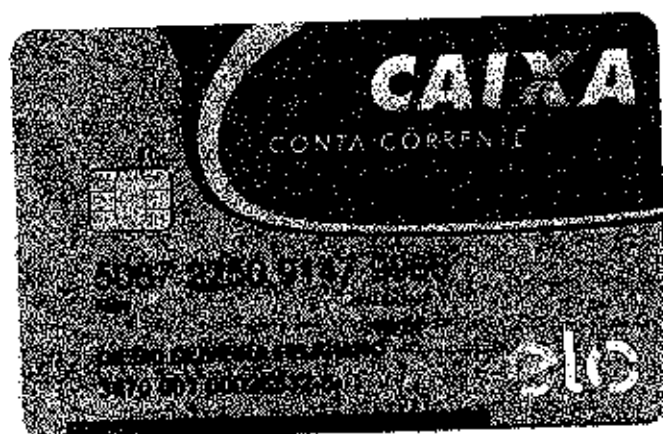
Robson Oliveira Soares Da Silva
Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

TESTEMUNHAS

1ª Nome: **PROTÓCOLO RECEBIDO**
CPF: **25 ABR 2019**
2ª Nome: **TERRA DO SEGURO**
CPF: **CORRETORA DE SEGS.**

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE - SÃO GONÇALO DO
AMARANTE - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007816/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/03/2019 16:55 Data/Hora Fim: 20/03/2019 17:29
Delegado da Polícia: Luciano Augusto Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de São Gonçalo do Amarante

Data/Hora do Fato: 27/01/2019 10:00

Local do Fato

Município: São Gonçalo do Amarante (RN)

Bairro: PADRE JOÃO

Logradouro: RUA PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE DO PADRE JOÃO MARIA

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza | Meio(s) Empregado(s) |
|--|----------------------|
| 1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros | Veículo |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Natal

Sexo: Masculino

Nasc: 17/03/1995

Profissão: Auxiliar de Serviços

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Zuleide Flausino de Oliveira

Nome do Pai: Claudio Sérgio Feliciano

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 123.665.784-68

Endereço

Município: São Gonçalo do Amarante - RN

Logradouro: RUA SÃO JOÃO

Bairro: PADRE JOÃO MARIA

Telefone: (84) 98898-6093 (Celular)

Nº: 378



Nome Civil: FLÁVIA DO NASCIMENTO SOUZA (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Arês

Sexo: Feminino

Nasc: 24/01/1998

Nome da Mãe: Dalvira Lima do Nascimento

Nome do Pai: Fabio de Oliveira Souza

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 103.037.984-08

Endereço

Município: São Gonçalo do Amarante - RN

Logradouro: R S João

Bairro: Golandim

Nº: 3

CEP: 59.295-841



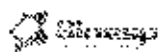
Nome Civil: FLÁVIA FLAUSINO DE OLIVEIRA (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Natal

Sexo: Feminino

Nasc: 10/06/1965



Delegado da Polícia Civil: Luciano Augusto Pereira
Impresso por: Alexandre Wagner do Carvalho Pereira
Data de Impressão: 20/03/2019 17:30
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPo - Procedimentos Policiais Eletrônicos



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **5247 /2019**

Admissão: **27/01/2019 15:31:24**



BOLETIM COM ATENDIMENTO DE

SAÍDA

EM: **27/01/19**

PC

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: **112240 - DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO** (23 a 10 m 10 d)

Nascimento: 17/03/1995 Natural: NATAL BRASIL

CNS: 703200664539197

CPF:

Prof:

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: MARIA ZULEIDE FLAUSINO DE OLIVEIRA

Pai:

Logradouro: SAO JOAO, 378

CEP: 59015380

Bairro: CENTRO

Cidade: SAO GONCALO DO
AMARANTE

Telefone: 84 .988986093

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: FAMILIA

Tipo: NÃO REFERENCIADO

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 27/01/2019 15:29:14

| HORA | P.A. | HGT | SatO2 | FiO2 | F.R. | F.C. | TEMP. | Glasgow | RTS |
|------|------|-----|-------|------|------|------|-------|---------|-----|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HOJE PELA MANHA , APRESENTA EDEMA E REFERE DOR NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Hora: _____

Doar

PC

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, **20/03/19**
MAT Nº **1820823**
EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)
01
ASSINATURA

PROTOCOLO
RECEBIDO
7 9 ABR 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Sistema Hospitalar de Epidemiologia

29/01/19

*Saída: -

DIAGNOSTICO INICIAL CID

Fruat *PC*

RAIOS-X

Realizado em: **27/01/19** Hora: _____