

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: 00000026532-5

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 N° 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

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:

Sexo: M Cor: PARDASAÍDA

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: _____

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 20/03/19
MAT. N° 1320823

PROTÓCOLO RECEBIDO
29 ABR 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGUROS

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A

B

C

D

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Órgão Hospitalar de Epidemiologia
29/01/19

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL CID

Ruit Renato

RAIOS-X

Realizado em: 27/01/19 Hotel

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:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

SAÍDA:

Decisão Médica COMUNICAR ORIGEM
NATAL 20/03/19
DATA: / / HORA: / : /MAT. N°: 192885
SAINTE DATA: / / HORA: / : /À Revella Transferido para:

ÓBITO:

Entregue à família

DATA: / /

HORA: / : /

com Atestado

ASSINATURA

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 Revella Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA: / : /



**CLÍNICA
OLÁVIA ROSADO**

Bruno Felicio



#Nome: Diego Oliva Felicio

Idade: 29 anos / Data Admit.:

27/01/19

#Travos rotacionais no pulso esquerdo que evitam sua cirurgia.

#Alvo direito refere sequelas M80 com perda de flexão de pulso esquerdo (perde 30%)

#192

Dr(a):



Data:

04/06/19

#Olávia Rosado

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

SERRA:
Av. Joaquim Góes, 2164
Vila Brasil
Fone: (84) 3.8720-6592

ASSÚ:
Av. Senador José Câmara, 1304
Centro
Fone: (84) 9.9839-0438

PARNAMIRIM:
Av. Bela Parnamirim, 880
Vila Nova
Fone: (84) 9.9624-2021

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

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

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 5247 /2019

Admissão: 27/01/2019 15:31:24

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

BOLETIM COMPLETO DE

SAIDA

EM: 27/01/19

POLÍGONO 2

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

Nascimento: 17/03/1995 Natural: NATAL BRASIL

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: _____

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 20/03/19
MAT. N° 1520823

PROTÓCOLO RECEBIDO
03/01/19
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGUROS

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

ASSINATURA

A

B

C

D

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Protocolo Hospitalar de Traumatologia
29/01/19
03 JUL 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGUROS

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL CID

Frust

RAIOS-X

Realizado em: 27/01/19 Horas

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTACÕES DE ENFERMAGEM

CONSULTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

卷之三十一

卷之三

Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 33, No. 3, June 2008
DOI 10.1215/03616878-33-3-333 © 2008 by The University of Chicago

Assinatura e Carimbo do Responsável

SPHERES DA ESCALA DE COAMA GLASGOW

Abertura Ocular (AO)	4
Oftôco se abre de espontâneo a moderado.	3
Oftôco se abre de moderado a forte, ainda confundir com o despedir de uma pessoa desinformada, ou apertar os olhos (é o tipo 2).	2
Oftôco se abre por estímulo doloroso	1
Oftôco não se abre.	0
 Melhor Resposta Verbal (MRV)	
Abrevoado (fazendo respondeu e apagou automaticamente, sem perceber que fez isso); ou "não respondeu, ou só respondeu a parte de mim".	3
Confusa (respondeu de forma desorientada, com falhas de organização e confusão).	2
Parcialmente compreendida (pode responder, mas com muitas desorganizações).	1
Não entendível. (desconhece seu ambiente familiar).	0
 Ansiedad	
 Melhor resposta choices (MRCM)	
Obediente à ordens verbais. (Faz o que lhe é pedido quando lhe é ordenado.)	5
Ansiedad	4

**ESCALA DE TRIAGEM DO
TRAUMA REVISADA - RTB**

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
15-160	= 4
9-120	= 3
3-80	= 2
1-50	= 1
0	= 0
16-200	= 1
>200	= 0
6-95	= 2
1-50	= 1
0	= 0 ^a
>500	= 4
75-500	= 3
50-250	= 2
1-500	= 1
0	= 0 ^b

**CLASSIFICAÇÃO DO YCE -
- (ATLIS 2006)**

ENTRADA TEÓRICA



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 DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA

3515168

5- PACIENTE
DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO
184163

7- CARTÃO NACIONAL SUS
703 2006 6453 9197

8- DATA DE NASCIMENTO
17/03/1995

9- SEXO
MASCULINO

10- RACIAÇÃO
PARDA

11- NOME DA MÃE
MARIA ZULEIDE FRAUSINO DE OLIVEIRA

12- FONE DE CONTATO
9888986093

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- FONE DE CONTATO

15- O MESMO

16- ENDEREÇO (RUA, N°)
RUA SAO JOAO 378

17- MUNICÍPIO
SAO GONÇALO DO AMARANTE

18- BAIRRO
Pq JOAO MARIA

19- UF
RN

20- CEP
59590000

Justificativa de Internação

21- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

A dor no peito é grave

22- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Foram feitas exames

23- DIAGNÓSTICO INICIAL
Infarto agudo de miocárdio

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Foi encaminhado para o hospital

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO
37- () AC. TRABALHO TÍPICO
38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- ODO. ORGÃO EMISOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

*CONFIRMO CONFORME
DATA: 29/03/2011
Assinatura*



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

REGULAÇÃO
WALFREDO GURGEL

OBS

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
		164163
DATA	HORA	CATEGORIA
27/01/2019	19:55	GH
PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO	
DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO	17/03/1985	
ESTADO CIVIL	PROFISSAO	
SOLTEIRO	FUNC PÚBLICO	
ENDERECO (RUA, N°)		
RUA SAO JOAO 878		
MUNICIPIO	BAIRRO	UF
SAO GONÇALO DO AMARANTE	Pe JOAO MARIA	RN
LOCAL DE TRABALHO	TELEFONE	
FILIAÇÃO		
MARIA ZULEIDE FRAUSINO DE OLIVEIRA	CLAUDIO SERGIO FRAUSINO	
RESPONSÁVEL	TELEFONE	
O MESMO	988986093	
ENDERECO		
O MESMO		

DIAGNÓSTICO PROVISORIO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

OBITO

HISTORIA CLÍNICA

CONFERENCE NATIONAL

DATA

1970

SUS: 44089006621639194 - CPF: 10366478-58-98886-6093



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 211

HWWG

NOME:

IDADE:

NATURALIDADE:

ENDEREÇO:

CIDADE:

COR:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO:

PROCEDÊNCIA:

Bairro:

DATA:

HORA:

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM

NÃO

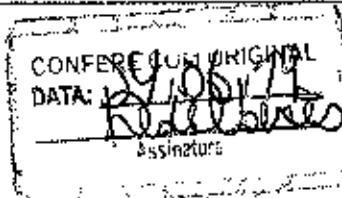
PUPILAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL
---------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------

ESCORE 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

Fratura no fêmur

Marcos Vítor G. Freire
Ortopedia / Traumatologia
CRM/RN 5792
TELEFONE 14910

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 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

Pat:

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: _____

Don 00

Pato 68

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A

B

C

D

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

CONFERE
DATA: *27/01/19*

*Saída: _____

DIAGNÓSTICO INICIAL CID

Pato Pato

RAIOS-X

Realizado em: *27/01/19* Horas:

Técnico: *Pato*

Nome do paciente		Nº prontuário
Dra. Dr. I. Feliciana		
Data operação	20/11/2014	Ent. Leito
Operador	D. E. S. O. V. / Dr. D. M. R.	1º auxiliar
2º auxiliar	D. C. T. G. P. / Dr. D. M. R.	3º auxiliar
Anestesista	D. C. T. G. P. / Dr. D. M. R.	Instrumentador
Diagnóstico pré-operatório	Fratura de fêmur e tibia	
Tipo de operação	Intervenção	
Diagnóstico pós-operatório		
Relatório imediato do patologista		
Arte radiológico no ato		
Acidente durante a operação		

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

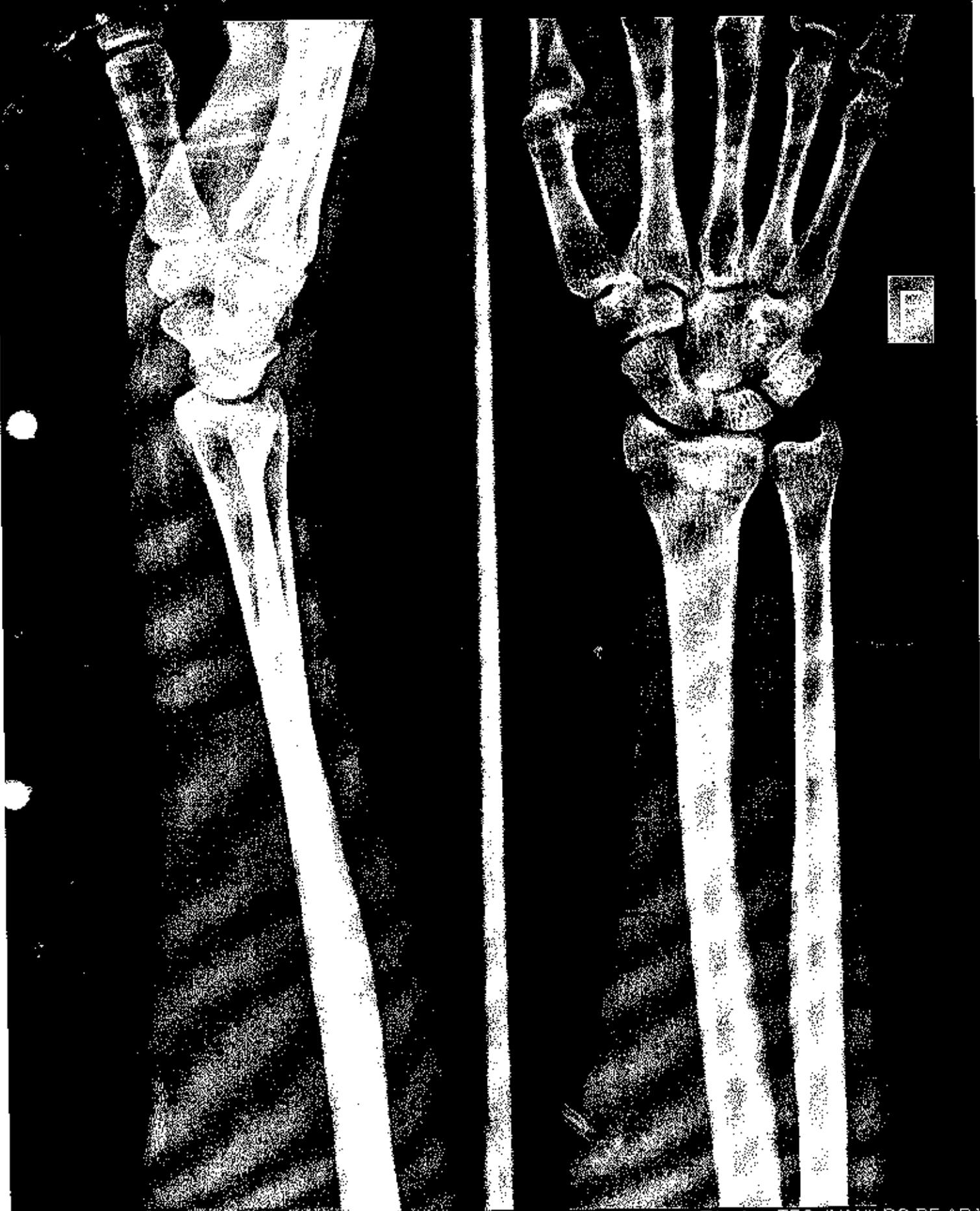
Abordagem: abordagem plântar
Fixação: fixação ORTHO
Fissuras: contusão
Fratura:

Dr. S. G.
CRM-Dentista

CRM-942
Ortopedia e Traumatologia

CONFIRME CÓPIA ORIGINAL
DATA: 20/11/2014
Assinatura: *Kidathkita*

<input type="checkbox"/> FRACASAS MÚLTIPLES
<input type="checkbox"/> POLIFRAUTATIZADO
<input type="checkbox"/> PROC. CLÍNICO
<input type="checkbox"/> PROC. CIRURGICO
040500040
ICBO: 225225
ICBU: 225270
2 IDAS
ICID: 52-6



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 ARAUJO

Idade: 23 ano(s)

PUNHO AP
78,9 %

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

Rx de Abdomen

LABORATÓRIO

OUTROS

Rx de Ronf

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Coxa Direita

Rx de

Braço

e Webra

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

11/01/2019 XIN

DO LIMA
HOSPITAL Deo

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

SAÍDA:

Decisão Médica À Revelia

Transferido para:

ÓBITO:

Entregue à família

DATA:

HORA:

com Atestado

ASSINATURA

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

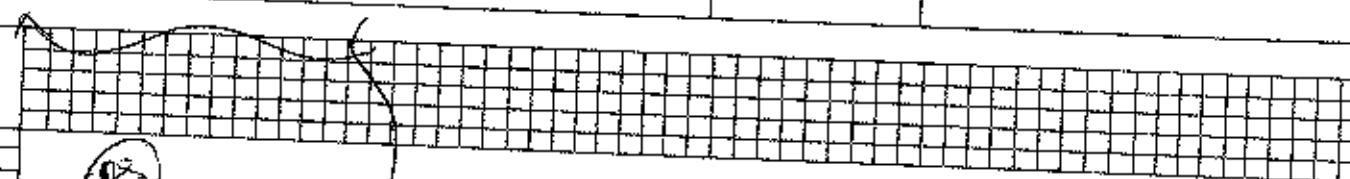
Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA: / /

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria	Leito	Nº prontuário		
Nome Dilso de C. Filiciano		Idade	Sexo	Cor		
Data 30.01.01	Pressão arterial	P脉搏	Respiração	Temperatura	Peso	Outros
Tipo sanguíneo	Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia	
	Urina					
Ap. respiratório						
Ap. circulatório			Ama Bronquito			
Ap. digestivo						
Estado mental		Dentes	Pescoço	Ap. urinário		
Diagnóstico pré-operatório		Ataracicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores	
Anestesias anteriores				Estado físico	Risco	
Medicação pré-anestésica			Aplicada às	Efeito		
						
Agentes Anestésicos	Ó					
	Líquidos					
<input checked="" type="checkbox"/> Oper.	Atest.					
<input type="radio"/> Resp.	<input type="radio"/> P Pulso					
SÍMBOLOS	100/100/100/100					
E						
ANOTAÇÕES						
POSIÇÃO	Cirurgia na 2g; Dípiorrxa 3g; Válvula 10ml; Ondas de Cetamina 200mg; Propofol 100mg.					
Agentes	Fentanil 100ug; Midazolam 2mg; Cetamina 100mg; Propofol 100mg.					
Técnica	Endotracheal					
Operação	4 th cirurgia frt. lumbosq.					
Cirurgião	Dr. Edimilson					
Anestesiólogo	Dra. Heloisa Rodrigues					
Observações	Aumento da pressão arterial					
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias						
Perda sanguínea						

ANAF NESE

PIQUE ATENTO A SITUAÇÃO DE ABUSO E MAU TRATO, EM ESPECIAL A CRIANÇAS, IDOZINAS, IDOZINAS E IDOSAS. DEMUNIQUE O SERVIÇO SOCIAL E MIGRE.

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: / /

I.T.E.P.

Entregue à família

com Atestado

S.V.O.

*Assinatura e Carimbo
do Responsável
e do Médico*

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: / /

I.T.E.P.

Entregue à família

com Atestado

S.V.O.

DESTACAR

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

(Hemoconcentrado _____ Unid.
 (Albumina _____ Unid.

(Plasma _____ Unid.
 (Expansor plasmático _____ Unid.

(Plaquetas _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

SORVETE 2L h: 16:10
TRAMADOL h: 16:10
ZOFENAP 50mg h: 16:10

SORVETE 2L h: 16:10
TRAMADOL h: 16:10
ZOFENAP 50mg h: 16:10

h: _____
 h: _____
 h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

(Soro Fisiológico: _____ ml
 (Soro Glicosado: _____ ml

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

Quantidade total de volume administrado: _____

ANÁTOMO PATOLÓGICO

Não () Sim Peça:
 Swab para cultura:

Peça para sepultamento: Não () Sim
 Líquido:

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: () Limpo () c/ exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Taisas () Outros:

INTERCORRÊNCIAS: *Procedimento curativo sem intercorrências*

Ass: *Sergio* Coren: *50.067*

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: ()Consciente ()Inconsciente ()Narcolese ()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: *Saída*

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

Hora: _____ Data: *30/03 /19* Nível de consciência: ()Acordado ()Sonolento ()Narcolese ()Orientado
 ()Desorientado ()Agitado ()Choroso 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: *H. 1 D* Sondas: ()Gástrica ()Enteral ()Vesical
 Drenos: ()Sucção ()Torácico ()Penrose ()Kher Ostomias: ()Sim ()Não Especifique: _____
 Irrigação vesical contínua: ()Retorno satisfatório ()Retorno Insuficiente ()Coágulos
 Curativo: ()Oclusivo ()Descoberto ()Limpo ()Sujo Monitorização: ()ECG ()Oxímetro ()PA

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

Relate: _____

SINAIS VITIAIS

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	36.0	120x80	—	50	—	—
30'	38	120x80	—	50	—	—
60'						
Alta	36	120x80	—	50	—	—

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: _____ ml

Soro Fisiológico: _____ ml

Ringer Lactato: _____ ml

Irrigação vesical contínua: _____ ml

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: *Paciente evoluiu bem com ECG normal e urina clara. Foi removido o cateter vesical e o enema foi desfeito.*

Ass: *Renata* Coren: *321954*

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

8

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)

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNACÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

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

OBITO: DATA / / **HORA**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (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 N° 45/2012

Nome completo:

DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO

CPF:

123.665.789-58

Número:

578

Complemento:

Profissão:

26050

Endereço:

RUA SÃO JOSÉ, N° 378, R.P. J MARIA 27C/1

Bairro:

SANTA ACREZA

Cidade:

SAO CONCALO DO ANDRADE

Estado:

RN

CEP/UF:

DDD:

(84) 98898-6093

96

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA) (84) 98849-3246

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (ASSINAR UMA OPCÃO DE CONTA)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Caixa**

AGÊNCIA:

3470

CONTA: **000265325**

Autorizo a Seguradora Lider 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 (assinalar uma das opções):

- Não, não IML que atende 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 assinalado, 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 Lider 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: Parentesco 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

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

Local e Data:	Guarapari - ES - 25/03/19
Nome:	Diego de Oliveira Feliciano
CPF:	123.665.789-58

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Diego de Oliveira Feliciano

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Edilson Oliveira Souza Dr. Silveira

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

TESTEMUNHAS

1º | Nome: **PROTÓCOLO RECEBIDO**
CPF: _____

75 ABR 2013

2º | Nome: **TERRA DO SOL S.A. CORRETORA DE SEGS.**
CPF: _____

(*) Avô/mãe/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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
PÓLICIA 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 de 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)

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

Bairro: PADRE JOÃO

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

Nº: 378

Bairro: PADRE JOÃO MARIA

Telefone: (84) 98898-6093 (Celular)



Nome Civil: FLÁVIA DO NASCIMENTO SOUZA (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:RN - Arês Sexo: Feminino Nasc: 24/01/1998

Nome da Mãe: Dalvirene 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

Nº: 3

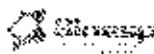
Bairro: Golandim

CEP: 59.295-841



Nome Civil: FLÁVIA FLAUSINO DE OLIVEIRA (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:RN - Natal Sexo: Feminino Nasc: 10/08/1996



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

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

Nome da Mãe: Maria Zuleide Flausino de Oliveira

Enderéco

Município: São Gonçalo do Amarante - RN

Logradouro: RUA SÃO LUCAS

Nº: 366

Bairro: PADRE JOÃO MARIA

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Placa: NNR2647

Veículo Adulterado? Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Diego de Oliveira Feliciano

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE VEIO ATÉ A ESTA DELEGACIA INFORMAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL, SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO ONDE O MESMO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, VENDO A CAIR EM UMA VALA; QUE A MOTOCICLETA ENVOLVIDA NO ACIDENTE ESTÁ DESCRIMINADA NESTE BOLETIM; QUE, O COMUNICANTE FOI SOCORRIDO PELO SEU PADRINHO O SR. JOSÉ SILVA DOS SANTOS, QUE LHE LEVOU PARA O HOSPITAL WAI FREDÔ GURGEL, ONDE FOI FEITO O BOLETIM DE ATENDIMENTO DE Nº 521/2019; QUE, O COMUNICANTE FOI ATENDIDO PELO DR. MARCONI M. BRANDÃO CRM 3642, ONDE FOI FEITO UM RAIO X DO SEU PUNHO ESQUERDO; QUE, O COMUNICANTE FICOU INTERNADO QUATRO DIAS; QUE, FOI FEITO UMA CIRURGIA NO BRAÇO ESQUERDO E COLOCADO DOIS FIOS; QUE, O COMUNICANTE RECEBEU ALTA NO DIA 30/01/2019, PARA AS PROVIDÊNCIAS LEGAIS FORMALIZADA A PRESENTE OCORRÊNCIA.

ASSINATURAS

Alexandre Wagner de Carvalho Pereira

Responsável pelo Atendimento

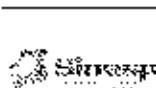
MAT. 220.132-1

"Declaro para os efeitos legais que o boletim foi elaborado e impresso pelo informante e/ou assinante, o qual é o autor do relatório e/ou da ocorrência, sob pena de perda dos direitos previstos nos Artigos 328-Demissão Civil, 328-Estatuto da Cidadania e 323-Comunicação Falsa de Crime ou de Constituição do Codigar Penal Brasileiro."

Agente da Polícia Civil

Diego de Oliveira Feliciano

(Comunicante / Vitimado)



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

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 5247 /2019
Admissão: 27/01/2019 15:31:24

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

BOLETIM COMPLETO DE

SAIDA

EM: 27/01/19

PELÔS

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

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

CNS: 703200664539197

CPF:

Prof:

Mãe: MARIA ZULEIDE FLAUSINO DE OLIVEIRA

Pai:

Leradouro: SAO JOAO, 378

CEP: 59015380

Bairro: CENTRO

Cidade: SAO GONCALO DO
AMARANTE

Telefone: 84 .988986093

Compl:

Sexo: M Cor: PARDAS

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: _____

Doutor *PC*

CONFERE COM ORIGINAL NATAL, 20/03/19 MAT. N° 182823		PROTÓCOLO RECEBIDO 7.9 ABR 2019 TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.
EXAME FÍSICO PRIMÁRIO)		
A		
B		
C		
D		
E		

Assinatura

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Órgão Hospitalar de Epidemiologia

29/01/19

*Saída: -

DIAGNOSTICO INICIAL CID

Pront

Perito

RAIOS-X

Realizado em: 27/01/19 Horas: