

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS - 30%

Guilherme Daniel Santos Gonçalves, representado por sua genitora.

CONTRATANTE: Damiana Ferreira dos Santos

brasileiro, estado civil solteira, profissão do lar, inscrita(a) no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda (CPF/MF) sob o n.º 080.253.654-92, portador(a) do RG n.º 2.771.792 HEP/RN, residente e domiciliado(a) R. Pedra Portuguesa, 8, Pedrinhas, Areia Branca/RN, Telefones: _____

CONTRATADO: Nome: Leonardo Mike Silva Pereira, brasileiro(a), estado civil: solteiro, Profissão: advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 10.615, com endereço profissional à rua Desembargador Dionísio Filgueira n.º 419, bairro Centro, município: MOSSORÓ, RN

AS PARTES ACIMA IDENTIFICADAS TÊM, ENTRE SI, COMO JUSTO E CONTRATADO O PRESENTE CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS, QUE SE REGERÁ PELAS CLÁUSULAS SEGUINTE E PELAS CONDIÇÕES DESCRITAS NO PRESENTE.

I - DO OBJETO DO CONTRATO E DA RESPONSABILIDADE

Cláusula 1ª. O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços advocatícios, para a propositura de AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT.

a) A RESPONSABILIDADE SOBRE A VERACIDADE DOS DOCUMENTOS FORNECIDOS AO CONTRATADO PARA QUE ESTE REALIZE TODOS OS ATOS ATINENTES A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS, É INTEIRA E EXCLUSIVAMENTE DO(A) CONTRATANTE.

II - DAS ATIVIDADES

Cláusula 2ª. As atividades incluídas na prestação de serviço objeto deste instrumento, são todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam:

- b) Praticar quaisquer atos e medidas necessárias e inerentes à causa, em todas as repartições públicas da União, dos Estados ou dos Municípios, bem como órgãos a estes ligados direta ou indiretamente, seja por delegação, concessão ou outros meios, bem como de estabelecimentos particulares;
- c) Praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os especificados no Instrumento Procuratório.

III - DAS DESPESAS

Cláusula 3ª. As custas processuais e extrajudiciais que se fizerem necessárias ao ajuizamento da ação e ao recebimento do crédito, tais como custas do processo junto à Justiça Federal (1% - um por cento - do valor requerido) e/ou junto à Justiça Estadual (valor apurado conforme Tabela de Custas Judiciais); custas de reconhecimento de firma nos documentos necessários e autenticações quando estas se fizerem necessárias; custas de perícia contábil necessária ao cálculo do crédito; custas de oficial de justiça, etc., serão suportadas exclusivamente pelo(a) CONTRATANTE.

IV - DOS HONORÁRIOS

Cláusula 5ª. O(A) CONTRATANTE, em caso de êxito na ação, obriga-se a pagar, a título de prestação do serviço, o valor correspondente ao percentual de 30% (trinta por cento) sobre o efetivo proveito econômico proveniente da Ação.

Cláusula 6ª. Havendo acordo entre o(a) CONTRATANTE e a parte CONTRÁRIA, não prejudicará o recebimento dos honorários contratuados e da sucumbência, devendo ser contabilizado em face do efetivo proveito econômico ou êxito final da ação CONTRATANTE, conforme exemplado supra.



Cláusula 7ª. Os honorários de sucumbência pertencem ao **CONTRATADO**.

Cláusula 8ª. As partes estabelecem que havendo atraso no pagamento dos honorários, serão cobrados juros de mora na proporção de 1% (um por cento) ao mês.

V - DA COBRANÇA

Cláusula 9ª. As partes acordam que facultará ao **CONTRATADO**, o direito de realizar a cobrança dos honorários por todos os meios admitidos em direito.

VI - DA RESCISÃO

Cláusula 10ª. Agindo o(a) **CONTRATANTE** de forma dolosa ou culposa em face do **CONTRATADO**, restará facultado a este, rescindir o contrato, substatuendo sem reserva de iguais e se exonerando de todas as obrigações.

Cláusula 11ª. Fica estabelecido que em caso de **REVOGAÇÃO** infundada de instrumento procuratório, por parte do(a) **CONTRATANTE**, será devido ao **CONTRATADO** o título de honorários, por assessoria e consultoria jurídica, o mesmo percentual estipulado na cláusula 5ª do presente contrato.

Cláusula 12ª. Em caso de **DESISTÊNCIA** da ação, por parte do(a) **CONTRATANTE**, será devido ao **CONTRATADO** o título de honorários, por assessoria e consultoria jurídica, o percentual de 20% (dez por cento) do valor da ação.

Parágrafo Primeiro. O(A) **CONTRATANTE** deverá ainda, em caso de **DESISTÊNCIA**, ressarcir todas as despesas que o **CONTRATADO** obteve tais como: custas processuais e despesas com análise financeira.

VII - DO FORO

Cláusula 13ª. Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do **CONTRATO**, as partes elegem o foro da comarca de Mossoró/RN:

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor, juntamente com 2 (duas) testemunhas.

Mossoró/RN, _____ de _____ de 20____

Domiciana Ferreira dos Santos
CONTRATANTE

CONTRATADO

TESTEMUNHAS:

1) _____
RG: _____
CPF: _____
2) _____
RG: _____
CPF: _____



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu Guilherme Daniel Santos Gonçalves, representado por sua
genitora Damiana Ferreira dos Santos, brasileiro(a),
estado civil: solteira Profissão: do lar, portador(a) do RG
2.771.792, órgão expedidor MEP/RN e do CPF: 080.253.654-92, residente
no(a) R. Pedra Portuguesa, nº 8,
bairro: Pedrinhas, município: Areia Branca, RN,
declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o
pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família,
por isso requero os benefícios da assistência judiciária gratuita, nos termos do art. 5º, LXXIV, da
Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

Mossoró/RN, 19/02/2020
Local e Data

Damiana Ferreira dos Santos
Assinatura do Outorgante



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Guilherme Daniel Santos Gonçalves, representado
Nome: por sua genitora Damiana Ferreira dos Santos, brasileiro(a),
estado civil: solteira Profissão: do lar portador(a) do RG
2.771.792 órgão expedidor ITF/RN e do CPF: 080.253.654-92, residente
no(a) R. Pedra Portuguesa nº 8
bairro: Pedrinhas município: Areia Branca / RN

OUTORGADO:

Nome: Leonardo Mike Silva Pereira, brasileiro(a)
estado civil: solteiro Profissão: advogado, inscrito na OAB/RN sob o
número 10.615 com endereço profissional à rua
Desembargador Dionísio Filgueira nº 419
bairro Centro município: Mossoró / RN

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado, para o fim especial de agir judicialmente e administrativamente, promovendo quaisquer medidas judiciais e administrativas necessárias a garantia dos direitos e interesses do(a) outorgante, propondo as ações que julgar convenientes, defende-lo(a) nas que porventura por ele lhe sejam propostas, para o que lhe confere os mais amplos e ilimitados poderes da cláusula "ad judicia et extra" para o fórum em geral, podendo ainda seu dito advogado transigir, confessar, desistir, fazer acordos, endossar cheques, retirar alvarás e oferecer todos os recursos em direito admitidos, em qualquer instância ou foro, receber e dar quitação, firmar compromisso bem como substabelecer com ou sem reserva e ainda, requerer os benefícios da assistência judiciária gratuita nos termos da Lei 1.060/50 e 7.115/93. Deixando estipulado neste documento, contrato de risco com o Outorgante que, em caso de êxito, serão pagos a título de honorários advocatícios 30 % (trinta por cento) do valor recuperado. Em caso de pagamento de custas pelo Outorgado os valores serão descontados do êxito e reembolsados pelo Outorgante.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Mossoró/RN, 19/02/2020

Local e Data

Damiana Ferreira dos Santos
Assinatura do Outorgante



TERMO DE RESPONSABILIDADE SOBRE O FORNECIMENTO DE DOCUMENTOS

Eu Guilherme Daniel Santos Gonçalves, representado por sua
genitora Damiana Ferreira dos Santos, brasileiro(a),
estado civil: solteira, profissão: do lar, portador(a) do RG
2.771.792, órgão expedidor ITEP/RN e do CPF: 080.253.654-92 residente
no(a) R. Pedra Portuguesa, município: Areia Branca, RN
bairro: Pedrinhas, CEP: _____, telefone: _____

declaro, sob as penas da Lei, que todos os documentos fornecidos ao advogado por mim
constituído para me representar na Ação de Cobrança do Seguro DPVAT, tais como, documentos
pessoais, declarações, Boletim de Ocorrência, documentos médicos, etc., são verdadeiros, e
me comprometo a responder por todos e quaisquer fatos atinentes aos mesmos na forma da
Lei.

Mossoró /RN, 19 de Fevereiro de 20 20

Damiana Ferreira dos Santos
Assinatura



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO - CIENTÍFICO DE PERÍCIA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - II

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 003.994.387

DATA DE EXPEDIÇÃO 11/09/2018

NOME GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES

FILIAÇÃO GERALDO GONCALVES FILHO
DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS

NATURALIDADE AREIA BRANCA RN

DATA DE NASCIMENTO 08/05/2005

DOC. ORIGEM CERT. DE NASCIMENTO L-65 A F-15 RG-17284
AREIA BRANCA RN-CARTORIO UNICO CARTORIO

CPF 135.748.534-40

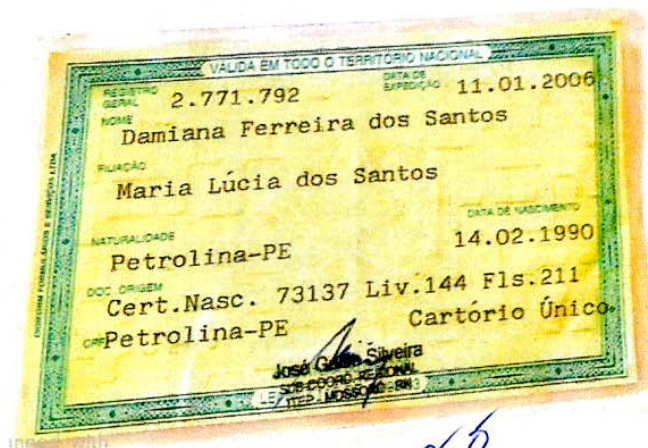
1a. VIA

Josebas Ferraz do N. Junio

Dir. de Identificação

VITIMAS





*REPRESENTANDO
LEGAL*

COSERN
DADOS DO CLIENTE
DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS
CPF 080 253 654-92 NIS 16082963826

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA PEDRA PORTUGUESA 8
PEDRINHAS/AREA SALINEIRA
AREIA BRANCA RN
59655-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXARENDA.COM NIS

CONTAS CONTRATADAS
7009687615 10/2019
DATA DE VENCIMENTO 18/10/2019
DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA 12/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 87,92

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,22782670	6,83
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,39058006	27,33
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	58,0000000	0,58584009	33,97
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,75
Acrescimo Bandeira VERMELHA			3,57
Contrib. Irm. Publica Municipal			8,03
ICMS-Par. eia Subvencionada			7,44

TOTAL DA FATURA 87,92

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
DI	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (KW)
00000	CAT	11-09-2019	5 507,00	5 665,00	30	1,00000	158,0





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPO
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE AREIA BRANCA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 627/2019

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito.

Data e horário do fato: 16/07/2018, Por volta das 11h30min.

Local da Ocorrência: BR 110-KM-06, Areia Branca/RN

COMUNICANTE: JOSIVAN MARQUES DE OLIVEIRA, RG 003.756.355, inscrito sob o CPF 125.189.584-01 SSP/RN, brasileiro (a), Solteiro, natural de Mossoró/RN, nascido (a) em 04/07/2001, filho (a) Jose Josenildo Alves de Oliveira e de Cicera Maria Ferreira Marques, residente e domiciliado na Rua Pedra Portuguesa, Nº 08, Povoado de Pedrinhas, Areia Branca/RN, telefone 84-9 8637-7187.

VÍTIMA(S): O COMUNICANTE. E GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES, RG 003.994.387, inscrito sob o CPF 135.748.534-40 SSP/RN, brasileiro (a), Solteiro, natural de Areia Branca/RN, nascido (a) em 08/05/2005, filho (a) Geraldo Gonçalves Filho e de Damiana Ferreira dos Santos, residente e domiciliado na Rua Pedra Portuguesa, Nº 08, Povoado de Pedrinhas, Areia Branca/RN

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA: Aduz o declarante, vítima, que na data supramencionada, estava trafegando pela via de rolamento pilotando uma motocicleta, de Marca/Modelo HONDA CG 150 TITAN KS, RENAVAM 00900126477, CHASSI *****013143, de cor PRETA, ANO DE FABRICAÇÃO 2006/2007, PLACA MZL 9747-AREIA BRANCA/RN, licenciada em nome de JANILSON DE OLIVEIRA MARTILIANO, quando um carro fez uma ultrapassagem indevida, fazendo com que o declarante/vítima perdesse o controle do veículo fazendo com que as vítimas fossem jogadas ao solo de forma violenta, tendo que ser atendidas no Sara Kubistchek, de lá encaminhado ao HTRM em Mossoró/RN.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: Foi registrado o Boletim de Ocorrência e encaminhado ao setor de investigação.

OBS. A comunicante se responsabiliza pelas informações contidas, no presente Boletim de Ocorrência.

Areia Branca-RN, 24 de outubro de 2019.

Josivan Marques de Oliveira
Comunicante

[Assinatura] 194303-0
Policial Registrante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 014528985485
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 00900126477 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
JANILSON DE OLIVEIRA MARTILIANO

CPF / CNPJ
097.595.504-74

PLACA
MZL9747

PLACA ANT. / UF
MZL9747 / RN

CHASSI
9C2KC08107R013143

ESPÉCIE TIPO
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB. 2006 ANO MOD. 2007

CAP / POT / CIL
OCV/149 CILINDRADAS

CATEGORIA
PARTICULAR

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA
R\$ 0.00

VENC. COTA ÚNICA
14/05/2019

VENC. / COTAS
1º ISENTO

FAIXA I.P.V.A.
002807 3X

PARCELAMENTO / COTAS
R\$ *****

2º ISENTO
3º ISENTO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
*** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: KC08E17013143

AREIA BRANCA

DATA
16/07/2019

Carlos Silvestre da Silva
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN-RN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014528985485 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 16/07/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 097.595.504-74 PLACA MZL9747

RENAVAM 00900126477 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB. 2006 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2KC08107R013143

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

JAN / 2019



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 12/05/2020 14:31:28

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051214312781700000053620110

Número do documento: 20051214312781700000053620110



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 18791 /2018
Admissão: 16/07/2018 12:23:36

OK

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: 16734 - GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES (13 a 2 m 8 d)
Nascimento: 08/05/2005 Natural: AREIA BRANCA, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 707003818553930 CPF: 13574853440 Prof.:
Mãe: DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS Pai: GERALDO GONCALVES FILHO
Logradouro: SÍTIO PEDRINHAS, 8 Cidade: AREIA BRANCA
CEP: 59655000 Bairro: POVOADO
Telefone: 84.87856069 84 87856069 Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO
Origem: SAMU RN

Tipo: REGULADO
*Empresa:

OBS: AREIA BRANCA, DR ADAIL					Classificação: 16/07/2018 12:15:48			PESO:	
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: FRATURA EXPOSTA EM COXA E, QUEDA DE MOT(SIC), 13 ANOS
Hora: 12:45

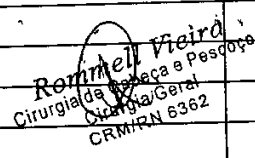
anamnese: Paciente vítima de colisão moto-carro na 12h30min. Não usava capacete, nega perda da consciência ou amnésia retrograda. Ignora vacinação anti-tetânica ou Difteria e nega alergias.

Asome:

A
B
C
D > Sem alteração

E - Escorregão de varal em HFD
Encurtamento + Rotação externa + Deformidade em HFE

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
1 - Difenidramina 0,5mg + ADI EU			
2 - Solicito placas de ortopedia			
3 - SF 0,9% 500ml EU			
4 - AGUIA 100% 100ml 6ml 11 10:04			
 HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORO 13/07/2018 SAME ARQUIVO			

*Saída: - () Decisão médica; () Enc. outro Serviço; () Evasão; (4) Interna: CID 702.3 Proc. 308010019

Data: / /18. Hr: : Ass. Médico:

*Gerado via SX por ANTONIO HELIO DA SILVA. Impresso em 16 de Julho de 2018.

Dr. Ronaldo Pinheiro de A. Neto
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 1361-RN



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 12/05/2020 14:31:28

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051214312781700000053620110

Número do documento: 20051214312781700000053620110

FICHA DE ATENDIMENTO DE USUÁRIOS / SUS

R.G. / NÚMERO DO CARTÃO SUS: 707 0038 1855 2830		NÚMERO DO ATENDIMENTO: 4L	
NOME: Guilherme Daniel Santos Botelho		IDADE: 13a	
DATA DE NASCIMENTO: 05/05/05	SEXO: M	NOME DA MÃE: Damaia F. Santos	
ENDEREÇO (RUA/AV): Rua Portuquiza	NÚMERO:	PROFISSÃO:	
BAIRRO: Z. R.	CIDADE: Gramma	NATURALIDADE:	ESTADO: RN
TELEFONE: 55617819	ACOMPANHANTE: A mãe	DATA: 10/07/18	HORA: 10:58
MOTIVO DA PROCURA: Atm. acidente de moto		RUBRICA DO SERVIDOR: [assinatura]	

ACOLHIMENTO / TRIAGEM / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ENFERMAGEM)

QUEIXAS:	INÍCIO (DIAS/HORAS):
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: HAS () DM () OUTROS:	
ANTECEDENTES ALÉRGICOS:	
SINAIS VITAIS/DADOS INICIAIS: Peso: ____ Kg Temp.: ____ °C P.A.: ____ x ____ mmHg F.C.: ____ BPM	
F.R.: ____ RPM SpO2: ____ % H.G.T.: ____ Mg/Dl Escala de Glasgow: ____ PTS.	
TIPO DE ATENDIMENTO: () Emergência () Urgência () Urgência leve () Não urgência	CLASSIFICAÇÃO:

ANAMNESE (MÉDICO)

Queixa principal: dor de cabeça	ou outro(s): [assinatura]

EXAME FÍSICO (MÉDICO)

Inspeção: [assinatura]	ou [assinatura]
Exame físico: [assinatura]	ou [assinatura]

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS (MÉDICO)

LABORATÓRIO: () HC () EAS OUTROS:	
() ECG	OUTROS:

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S):

CID:

(COMUNICAR/NOTIFICAR, SE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA)

CONDUTA: () Medicação + Alta () Medicação + Observação () Procedimento + Alta
() Internação no próprio hospital () Orientações

ENCAMINHAMENTO PARA: () Hospital

tendimento especializado () PSF/UBS () CAPS

MÉDICO: (Carimbo e Assinatura)

[assinatura]



Prontuário: 202377



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES** (Fia: 2547/2018), CPF:13574853440.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.
DATA 15/08/18
Assinatura

Mossoró/RN, 16 de Julho de 2018.

* Damiana Ferreira dos Santos
Paciente ou responsável

CCIH - HRTM
DATA 17/08/18
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 22.11.2018
SAME/ARQUIVO



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
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

2 - CNES
2503689

4 - CNES
2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES (8 - 2547/2018)

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
202377

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
707003818553930

8 - DATA DE NASCIMENTO
08/05/2005

9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR
PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
DDD 84 87856069

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
DDD 84 87856069

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
SITIO PEDRINHAS, 8 / - POVOADO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
AREIA BRANCA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
240110

18 - UF
RN

19 - CEP
59655000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente de trânsito
marcadas com trauma
na região da cabeça.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Capacidade reduzida

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

Exames realizados

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPLAS DE UM MEMBRO INFERIOR

24 - CID 10
PRINCIPAL
M22.2

25 - CID 10
SECUNDÁRIO
S

26 - CID 10
CAUSAS ASSOC.
V84.9

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPI

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
6405050233

29 - CLÍNICA

CIR

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
2

31 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
13186183472

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

ANTONIO PINHEIRO DE ALMEIDA NETO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
16/07/2018

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

FERNANDO ALBUERNE BEZERRA

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR
207281399060005

HOSPITAL REGIONAL DE
ESTÁ CONFORME O OR.GINA
SAME MOSSORÓ 23.11.2018
B46

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 12/05/2020 14:31:28

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051214312781700000053620110>

Número do documento: 20051214312781700000053620110



MINISTÉRIO
DA
SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

FOLHA
1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASC ☒ 1 FEM ☒ 2

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

PRIMEIRA PRIMA OPERAÇÃO

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO - PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

ESTA CONFORME O ORIGINAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

SAMEIROUTIO

39 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTD.

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

1. FIO STOMODIN Nº 3, 5

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ANDRÉ PINHO DO AMORAL NETO

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16/02/20

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

(CNS)

(CPF)

113186183424

Dr. André Pinho do Amor al Neto

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - Cód. ORGÃO EMISOR DE LAUDO/AUTORIZAÇÃO

49 - DOCUMENTO

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

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

(CNS)

(CPF)





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

NOME _____ IDADE _____ Nº REG: _____
SERVIÇO: _____ ENFª: _____ LEITO: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente ussima de 50 anos, com queixa de
cólica abdominal, náuseas, vômitos, febre, diarreia
e dor no abdômen.

HOSPITAL REGIONAL
ESTÁ CONFORME
SAME MOSSORÓ 3.3.11.908
SAME/ARQUIVO 31/11





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome: GUILHERME DANIEL SALES GOUVERNS Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: ARTROSCÓPIA DE JOELHO ESQUERDO

Indicação terapêutica: ARTROSCÓPIA DE JOELHO ESQUERDO + 3 KPF

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador: DR. GUILHERME

1ª Auxiliar: RODRIGO

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: _____

INTERVENÇÃO

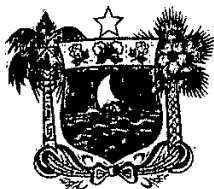
Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

(☒) Limpa (☐) Pot. Contaminada (☐) Contaminada (☐) Infectada

(1) ARTROSCÓPIA DE JOELHO ESQUERDO
(2) ARTROSCÓPIA DE JOELHO ESQUERDO
(3) ARTROSCÓPIA DE JOELHO ESQUERDO
+ 3 KPF

HOSPITAL REGIONAL
ESTÁ CONFORME O ORIENTADO
SAME MOSSORÓ 03/11/2018
Bica





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: GUILHERME DANIEL SANTOS Gonçalves 13 anos
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 216-1
DATA DA ADMISSÃO: 16/07/18 Areia Branca -RN Código: 16734

DATA	EVOLUÇÃO
10/08/18	25 DIH: Fratura do fêmur proximal E Em uso de TTE Sem queixas. Diurese fisiológica. BEG, eupneico, normocorado, hidratado, afebril. CD: VPM Inserido no SISREG Pré-op OK Baixo risco cirurgico Aguarda cirurgia definitiva

CRM-6439/RN - TEOT 13540
Eduardo C. L. R. Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA livre	
2	Dipirona 30 gts VO 6/6h SN	
3	Clexane 40 mg SC 1x/dia	
4	SSVV+CCGG	

CRM-6439/RN - TEOT 13540
Eduardo C. L. R. Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril

Em tempo:

- Retornado ao CC.
Ulcerado protênico consolidado
cd.: alta hospitalar com orientações
para acompanhamento ambulatorial.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 23/11/2018
SAME/ARQUIVO

CRM-6439/RN - TEOT 13540
Eduardo C. L. R. Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 30/03/2019 08:09

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES**

Registro: **134387**

Num. RG: **003994387** CPF: **135.748.534-40** Nascimento: **08/05/2005** 14 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **PEDRA PORTUGUESA**

N.: **8**

Bairro: **PEDRINHAS**

Cidade: **AREIA BRANCA**

UF: **RN**

CEP: **59655000**

Fone: **84987856069**

Profissão: **ESTUDANTE**

Mãe: **DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1**

Entrada: **30/03/2019 8:05** Previsão saída: **31/03/2019 11:00** Atendente: **VANUZANB**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matrícula/CNS: **707003818553930**

Médico: **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA**

CRM: **7036**

LEITO RESERVA 01

Dados do Responsável

Responsável: **DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS**

CPF: **080.253.654-92**

RG: **2771792**

Parentesco: **MAE**

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 esta autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Autorizo a liberação da documentação do meu caso médico, através de fotografia, ou de exames gráficos ou de imagens, bem como o seu arquivamento por meio digital, papéis, fotografias ou quaisquer meios para os seguintes fins:

- a. Diagnóstico;
- b. Planejamento e Terapêutico;
- c. Ensino e Pesquisa.

Assinatura: [] Paciente [☒] Responsável

Damiana Ferreira dos Santos, Beatriz

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, 05/11/19

Observações

SISREG, AIH, AUT MUN, DOCUMENTOS, EX LAB, 04 PELICULAS DE RX, LAUDO ESCANOMETRIA . MEDICO CIENTE.





Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 30/03/2019 08:09

Dados do Paciente

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES** Registro: **134387**
Num. RG: **003994387** CPF: **135.748.534-40** Nascimento: **08/05/2005** 14 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **PEDRA PORTUGUESA** N.: **8** Bairro: **PEDRINHAS**
Cidade : **AREIA BRANCA** UF: **RN** CEP: **59655000** Fone: **84987856069**
Profissão: **ESTUDANTE** Mãe: **DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **30/03/2019 8:05** Previsão saída: **31/03/2019 11:00** Atendente: **VANUZANB**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **707003818553930**
Médico : **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA** CRM: **7036**

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: _____

Interrogatorio sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratorios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinario e Ginecologico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

Data: 30/03/2019 08:09

Dados do Paciente

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES**

Registro: **134387**

Num. RG: **003994387** CPF: **135.748.534-40** Nascimento: **08/05/2005** 14 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **PEDRA PORTUGUESA**

N.: **8**

Bairro: **PEDRINHAS**

Cidade: **AREIA BRANCA**

UF: **RN**

CEP: **59655000**

Fone: **8498785606**

Profissão: **ESTUDANTE**

Mãe: **DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1**

Entrada: **30/03/2019 8:05** Previsão saída: **31/03/2019 11:00** Atendente: **VANUZANB**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matrícula/CNS: **707003818553930**

Médico: **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA**

CRM: **7036**

LEITO RESERVA 01

Dados do Responsável

Responsável: **DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS**

CPF: **080.253.654-92**

RG: **2771792**

Parentesco: **MAE**

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA**, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: **S8558 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR**
2. - O(A) **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA**, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista 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: [] Paciente [x] Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, 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.

Tiago Perceira de Almeida
Ortopedia e Traumatologia
Cred: 8748 REOT:15362

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA - CRM 7036

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____





Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 30/03/2019 08:09

Dados do Paciente

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES** Registro: **134387**
Num. RG: **003994387** CPF: **135.748.534-40** Nascimento: **08/05/2005** 14 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **PEDRA PORTUGUESA** N.º **8** Bairro: **PEDRINHAS**
Cidade: **AREIA BRANCA** UF: **RN** CEP: **59655000** Fone: **84987856069**
Profissão: **ESTUDANTE** Mãe: **DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **30/03/2019 8:05** Previsão saída: **31/03/2019 11:00** Atendente: **VANUZANB**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **707003818553930**
Médico: **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA** CRM: **7036**

LEITO RESERVA 01

Dados do Responsável

Responsável: **DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS** CPF: **080.253.654-92** RG: **2771792**
Parentesco: **MAE**

TERMO DE RESPONSABILIDADE PATRIMONIAL

Declaro que estou ciente da minha responsabilidade, à título de usufruto, para meu uso exclusivo, sobre os equipamentos/ materiais especificados neste termo de responsabilidade, comprometendo-me a mantê-los em perfeito estado de conservação, ficando ciente que:

- 1- Se o equipamento for danificado ou inutilizado por emprego inadequado, mau uso, negligência ou extravio, o Hospital Memorial cobrará um equipamento da mesma marca ou o ressarcimento do valor equivalente.
- 2- Em caso de dano, inutilização ou extravio do equipamento deverei comunicar imediatamente ao setor competente.
- 3- Terminando os serviços, devolvarei o equipamento completo e em perfeito estado de conservação, considerando-se o tempo de uso do mesmo, ao setor competente.
- 4- Estarei sujeito a inspeções sem prévio aviso.
- 5- Segue a lista de itens inclusos no apartamento: Conjunto de armários de sete portas, Lavatório, Torneira do lavatório, Dispensadores de álcool, de sabonete, de papel toalha, Ar-condicionado, Cama, Colchão, Enxoval hospitalar, Criado-mudo, Cadeira/Poltrona, Televisão LCD, Painele para televisão LCD, Suporte de soro, Lixeira, Painele de gases, Frigobar, Cortinas, Campainha. E os itens inclusos no banheiro do apartamento: Armário de duas portas, Lavatório, Torneira do lavatório, Dispensadores de sabonete, de papel toalha, de papel higiênico, Lixeira, Espelho, Vaso sanitário, Assento de vaso sanitário, Acionador de descarga, ducha higiênica, Chuveiro, ducha de banho, Registro, Suporte de toalha, Barras de apoio, Assento para banho, Balde de roupa e Campainha de emergência.

Assinatura: [] Paciente [X] Responsável

Damiana Ferreira dos Santos

[Assinatura]

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep. 59022-920 - Natal/RN

Devolução: Atestamos que o bem foi devolvido em ____/____/____, nas seguintes condições:

- [] Em perfeito estado
[] Apresentando defeito
[] Faltando Equipamentos/Acessórios

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____

Assinatura do responsável



03/04/2019

SISREG III - Servidor de Produção

Código Solicitação: 276763453

Número AIH: 241910015498-8

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:

HOSPITAL MEMORIAL

Unidade Executante:

HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL

Central Reguladora

NATAL

Data de Solicitação

21.02.2019 - 07:35:46

Data de Autorização

21/02/2019 - 13:32:23

Data de Reserva

23.02.2019

Data de Internação

21.02.2019

Data Prevista de Alta

07.07.2046

Data de Alta

22/02/2019 - 07:15:12

Motivo da Alta

1.1 ALTA CURADO

CNES:

2408252

CNES:

2408252

Município Executante

NATAL

Operador

LUCIMAR

Operador

63723034420MARJORIE

Operador

18129862204LUCIMAR

Operador

18129862204LUCIMAR

DADOS DO PACIENTE

CNS:

707003818553930

Nome do Paciente

GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES

Nome da Mãe

DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

08/05/2005 (13 anos)

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

08

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(84) 98750-4877 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

AREIA BRANCA - RN

Raça:

PARDA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

PEDRA PORTUGUESA

Bairro:

POVOADO DE PEDRINHAS

Município de Residência:

AREIA BRANCA

Complemento:

CEP:

59655-000

UF:

RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

07443427409

CPF do Médico Executante:

14084295434

Diagnóstico Inicial - CID:

MB41 - AUSÊNCIA DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA [PSEUDO-ARTROSE]

Caráter

10 - Eletivo

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

Nome do Médico Solicitante:

FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA

Nome do Médico Executante:

IVAN LUCENA DE ALMEIDA

Status da Solicitação:

APROVADA

Classificação de Risco

Prioridade 3 - Atendimento eletivo

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0415020034

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

PACIENTE COM FRATURA DE FEMUR ESQUERDO HÁ + DE MESES APRESENTANDO FRATURA CONSOLIDADA

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

R X + E F

Condições que Justificam a Internação:

TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA CONSOLIDADA + OSTEOTOMIA + ENXERTO ÓSSEO

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

21.02.2019 - 07:35:46

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____

Data da Extração dos Dados: 03/04/2019 16:05:27



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 12/05/2020 14:31:28

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051214312781700000053620110

Número do documento: 20051214312781700000053620110

Num. 55737533 - Pág. 23



GOVERNO DO ESTADO RN
SEC. SAÚDE PÚBLICA
HOSP. MONS. WILFREDO GURGEL

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Guilherme Rangel Santa Carolina</i>	6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL/SUS <i>107 00321855 3930</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO MASCULINO ☒ FEMININO ☐		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) <i>RUA PEDRA PORTUGUESA, 8 - PEDRINHAS</i>	13 - MUNICÍPIO <i>AREIA BRANCA</i>	14 - BAIRRO <i>PEDRINHAS</i>	15 - UF <i>RN</i>	16 - CEP <i>59655-000</i>

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Lesão CI fechada de fêmur esquerdo há um mês, com consolidação razoável</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>TTC Longa</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Ampliação e fratura fêmur + Rax X</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>fratura de fêmur exp</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL <i>S 72</i>	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>- Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur</i>	25 - CÓD. DO PROCEDIMENTO <i>- 040805051-30 - 040806013-10 - 040804015-1</i>	26 - LEITO/CLÍNICA <i>de fêmur</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Dr. Fábio Roberto A. de Lima</i>
29 - DT. SOLICITAÇÃO <i>26/11/18</i>			30 - CNS / CPF <i>00000000000000000000000000000000</i>	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO) <i>Dr. Fábio Roberto A. de Lima - Ortopedia/Traumatologia - CRM: 14816</i>

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 -
38 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
40 - () CID. 10 PRINCIPAL		43 - () GRAVE	44 - () GRAVISSIMA
42 - () CID. 10 SECUNDÁRIO			

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIR)
47 - DT. AUT. / /	51 - DT. AUT. / /	EM, / /
48 - CNS / CPF		
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lima, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN





Hospital Memorial
São Francisco

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES

Data do Procedimento: 30/03/2019

Registro: 134387

IH: _____

Diagnóstico pré operatório: S723 FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR -

Código do procedimento

Cirurgia realizada

0408050519

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

0408060190

OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE

0408040157

OSTEOTOMIA DA PELVE

0403020077

NEUROLISE NAO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFERICOS

Equipe cirúrgica:

CRM

Cirurgião: TIAGO FERREIRA DE ALMEIDA

6748

1° FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA

7036

Anestesiologista: MARILIA DE CASTRO E SILVA

5609

Instrumentador: RONALDO + EDUARDO

Grau de Contaminação: Limpo

Profilaxia Antimicrobiana: Cefazolina

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

placa dcp convencional 14 furos
8 parafusos corticais.

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

paciente em ddh sob sedação + raqui anestesia. realizada dose de cefazolina na indução. realizada assepsia + antissepsia + colocação de campos estéreis. incisão lateral na coxa esquerda. realizada dissecação por planos com neurolise de nervo periférico (cutâneo femoral lateral). realizada OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS (FEMUR ESQUERDO) RESSECCÃO DE CUNHA DE ABERTURA LATERAL PARA CORREÇÃO DE VARO DO FEMUR ESQUERDO. REALIZADA OSTEOTOMIA DA PELVE PARA CORREÇÃO DE ROTACÃO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR COM PLACA 14 FUROS DCP + FIXAÇÃO DA PLACA COM 8 PARAFUSOS CORTICAIS. FECHAMENTO POR PLANOS COM REVISÃO DA HEMOSTASIA. CURATIVOS ESTEREIS. FIM DO PROCEDIMENTO CIRURGICO. AOS CUIDADOS DA RPA.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERIR COM ORIGINAL

Dr. Fabio Roberto A. de Lima

Ortopedia/Traumatologia

Cirurgia de Joelho

CRM: 7036 TEUT: 14816

CRM: 7036 - FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA

30/03/2019 15:29:00



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 12/05/2020 14:31:28

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051214312781700000053620110>

Número do documento: 20051214312781700000053620110

Num. 55737533 - Pág. 25

BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

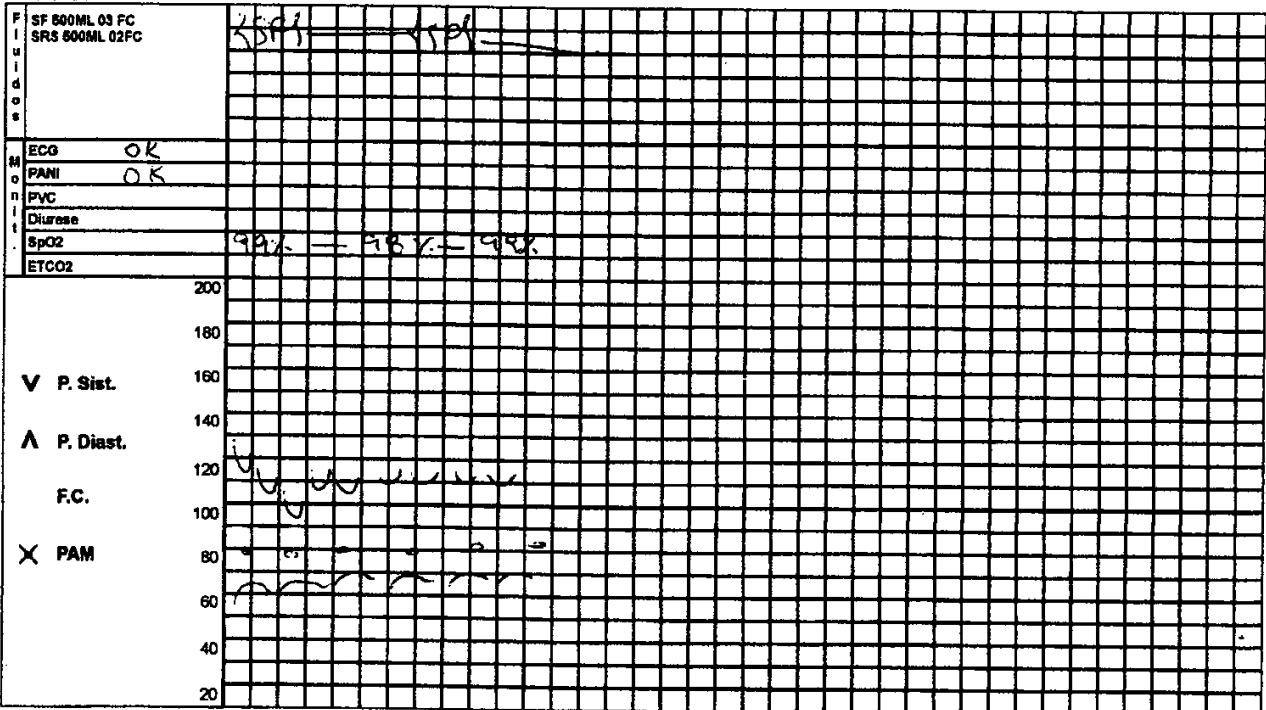
Dados do Paciente

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES**

GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES 1

Cirurgia Realizada FRATURAFEMUR + OSTEOTOMIA + ENXERTO + NEUROLISE			Data 30/03/2019
Cirurgião DR. THIAGO FERREIRA	1º Auxiliar DR. FABIO ROBERTO	2º Auxiliar	Anestesiologistas DRA. MARILIA CASTRO

HORA



Exames Laboratoriais

pH		
PaCO2		
PaO2		
CO		
EB2		
PaO2		
SpO2		
Hb		
Hc		
Na		
K		
Ca		
Glicose		

FENTANIL	1MG	01
MIDAZOLAM	15MG	01
NEOCAINA	0,8%	01
DIMORF	0,2MG	01
SUFENTANIL	10MG	01
ROCURONIO	50MG	01
ATRACURIO	25MG	01
PROPOFAN	1%	01
EPEDRINA	50MG	01
ARAMIN	10MG	01
CEFAZOLINA	1G	02
DIPIRONA	1G	01
DRAMIN	3MG	01
DEXAMETASONA	10MG	01
RANTIDINA	50MG	01
ONCABETRONA	8MG	01

TÉCNICA ANESTÉSICA: RAQUI

BLOQUEIO:

LOCAL DA PUNÇÃO: L3/L4

NÍVEL ANESTESIA: T10

BLOQUEIO MOTOR: 0

POSICÃO: Antas:

APARELHO:

TÉCNICA: ABERTO

OXIGENAÇÃO/INTUBAÇÃO: CATETER NASAL

TRAUMÁTICA: NAO

SONDA:

CUFF:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDIÇÃO FINAL: BOA

AGULHA: 27

TIPO:

LATÊNCIA: 3MIN

LIQUOR: CLARO

Depois:

V.T.:

F.R.:

V.M.:

P.L.T.:

REFLEXOS: RECUPERANDO

CONSCIÊNCIA: VIGIL

BALANÇO

ASA 1 GOLDMAN 1 DEG.
RISCO CARDIOLOGICO ANEXO
SAI DA SRPA COM ALDREY DE S

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____

Dra. Marília de Castro e Silva
Anestesiologista
Membro da SBA 15818
CRM 5609 - TEA
CPF: 696.430.073-87

de Castro e Silva
Anestesiologista
SBA 15818
CRM 5609 - TEA
CPF: 696.430.073-87

D. Marília de Castro e Silva
Anestesiologista
Membro da SBA 15818
CRM 5609 - TEA
CPF: 696.430.073-87

DURAÇÃO: 60MIN

INÍCIO: 10:50

FINAL: 11:50



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital Memorial de Natal

Registro-Internamento: **134387 -1**

Leito Nº: **ENFERMARIA 312A**

Médico: **CRM - 7036 - FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA**

LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|---|---|
| ☒ Mudança de Procedimento | ☐ Uso de Prótese, Ortese |
| ☐ Diária de U.T.I. | ☐ Uso de Fatores de Coagulação |
| ☐ Diária de Acompanhante | ☐ Uso de Oxigenadores |
| ☐ Vacina Anti RH | ☐ Nutrição Parenteral |
| ☐ Parecer CCIH | |
| ☐ | ☐ |

HOSPITAL

10.867.687/0001-10 Hospital Memorial de Natal

PACIENTE

134387 -1 - GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES

PROCEDIMENTO ANTERIOR

PROCEDIMENTO SOLICITADO

MÉDICO SOLICITANTE

CRM

CPF

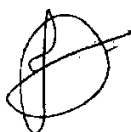
FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA 7036 074.434.274-09

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FÊMUR ESQUERDO APOS FRATURA HA APROXIMADAMENTE 10 MESES SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO + OSTEOTOMIA DE FÊMUR ESQUERDO PARA ALINHAMENTO/ALONGAMENTO + NEUROLISE PERIFÉRICA APOS DIVULSÃO PROFUNDA + ENXERTIA ÓSSEA PARA FACILITAR CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA SEM INTERCORRÊNCIAS

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**
Av. Juvênal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE



CRM

DATA

7036

30/03/2019 16:03:37

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR

CRM

DATA





Hospital Memorial
São Francisco

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

Data: 30/03/2019 15:56

Dados do Paciente

Registro: **134387** IH: **1** Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES**
Nascimento: **08/05/2005** **14 anos** Internação: **30/03/2019 08:05:20** Leito: **LEITO RESERVA 01**

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: **RAQUI + SEDACÃO**

Anestesiologista: **DR MARILIA**

Tipo: **FRATURA DE FEMUR MIE**

Cirurgião: **DR FABIO**

Instrumentador: **RONALDO**

Circulante: **WAGNER + MOISES**

Tipo curativo: **OLUSIVO**

Tem material para biópsia/cultura: **NÃO**

Inf.sanguínea: **NÃO**

Monitoração correta: **SIM**

Placa de bisturi: **SIM**

Antibiótico profilático?: **NÃO**

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

PACIENTE ADMITIDO EM SALA PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR MIE. PUNCIONADO EM SALA PELA DR MARILIA COM JELCO N 18 EM MSE. NEGA HAS. DM E AM. PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIA. ENCAMINHADO AO SRPA SOB EFEITO DE ANESTESIA. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: **Limpa**

MOISES GUTEMBERG DA SILVA
Técnico(a) COREN - 940754

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____





Hospital Memorial
São Francisco

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: **134387** IH: **1** Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES**
Nascimento: **08/05/2005** **14 anos** Internação: **30/03/2019 08:05:20** Leito: **LEITO RESERVA 01**

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

30/03/2019 11:59:40 - COREN - 662098 - MARIA ELIZABETE B PEREIRA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR, ACOMPANHADO DO MAQUEIRO, CONSCIENTE, ORIENTADO (A), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, FOI PUNÇIONADO(A) EM SALA E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Doença pré-existente: NÃO - SIC DA GENITORA

Há reserva sanguínea: SIM Prótese: NÃO Jóias: NÃO Membro e lado da cirurgia: MIE

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

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO
SIC DA GENITORA

Outros Exames:

Assinatura Responsável

Maria Elizabete B Pereira

SRPA

COREN - 981845 - ANDRE LUIZ MIGUEL PEREIRA

Nível consciência: CONSCIENTE ORIENTADO

Oxigenoterapia: 02 AMBIENTE

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

Hipotensão: NÃO Raio X de Controle: NÃO

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE ENCAMINHADO AO RX SEM INTERCORRENCIA PÓS REALIZAR RX SERA ENCAMINHADO AO LEITO DE POI DE FEMUR NA HVP. EM MSD DIURESE PRESENTE. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

PA:131X84

SATU:98

BPM:69

Assinatura Responsável

Andre Luiz Miguel Pereira

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____

0/03/2019 15:57 (U202/ASSIST.6 0)



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 12/05/2020 14:31:28

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051214312781700000053620110

Número do documento: 20051214312781700000053620110

Num. 55737533 - Pág. 29



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



EVOLUÇÃO ASSISTENTE SOCIAL

Dados do Paciente

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES**

Registro: **134387** Num. Internação: **1**

Nascimento: **08/05/2005 14 anos**

Data Internação: **30/03/2019 08:05:20**

Acompanhante:

Parentesco:

Endereço para Correspondência:

Endereço:

Cidade : **Areia Branca**

Bairro :

Ocorrência:

Durante o acolhimento a mãe informou que trauma foi ocasionado por queda de moto.

Evolução do Prontuário:

X - Criança com acompanhante. Paciente amparado pelo ECA. Art. 12.

X - Paciente/Acompanhante recebeu(ram) orientações a respeito das Normas Hospitalares.

Observações:

Acompanhado pela mãe - Damiana Ferreira dos Santos.
reserva 01

CONDUTA HOSPITALAR

- Não sentar ou deitar na cama do paciente (risco de infecção hospitalar);
- O acompanhante/ou visitante não deve usar roupas impróprias (transparentes, justas, decotes e shorts). Procurar usar roupas confortáveis e adequadas ao espaço público;
- Não trazer ou deixar objetos de valores nas dependências das enfermarias, pois o hospital não se responsabiliza pela perda ou roubo destes;
- Não fumar nas dependências do hospital, haja visto o risco à saúde, medida esta amparada pela Lei Federal 9294/96;
- Não colocar objetos em cima do leito do paciente;
- Não é permitida a entrada de alimentos de fora nas enfermarias para impedir a proliferação de insetos e evitar a infecção hospitalar, a equipe de nutrição planeja uma alimentação adequada ao estado de saúde do paciente;
- Faça silêncio nas enfermarias. A tranquilidade no ambiente hospitalar é importante para a recuperação dos pacientes;
- É necessário lavar as mãos antes de entrar no quarto, antes e após prestar cuidados ao paciente e após o uso do sanitário;
- No caso de dúvidas em relação aos cuidados com o paciente (administração de medicamentos, troca de soro, curativos, etc) procurar a equipe de enfermagem;
- Para evitar riscos à saúde do paciente pedimos aos acompanhantes que permaneçam nas respectivas enfermarias. Portanto, evite circular nas enfermarias bem como saídas do hospital;

JESSICA ALEXANDRE DE ARAUJO
CRESS - 4624

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____

- 03/04/2019 15:57 (U287/ASSIST.6.0)



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 12/05/2020 14:31:28

<https://pje1g.trjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051214312781700000053620110>

Número do documento: 20051214312781700000053620110

Num. 55737533 - Pág. 30



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES** Idade: **13 anos**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **134387** Prontuário:
Unidade: **UNIDADE III**
Leito: **LEITO RESERVA 01**
Admissão: **30/03/19 08:05** **0 dia(s) de internação**
Diag.: **S72 - Fratura do fêmur** | Nota: As seguintes subdivisões são fornecidas,

30/03/2019 15:45

6963

- 1) DIPIRONA 500mg/mL ampola
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.
Diluir em 8mL de ABD
- 2) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola
Uso: 05 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas.
Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%
- 3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas
Diluido.
Reconstituir em 10mL ABD,
- 4) CETOPROFENO 100MG/2ML - ampola I.V
Uso: 0,5 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.
Diluir Soro Fisiológico 0,9%

Dr. Filippi Ranieri Alves
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 6963

Dr. FILIPPI RANIERI ALVES
CRM - 6963

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES**
Convênio: **SUS ESTADUAL**
Unidade: **UNIDADE III**
Leito: **ENFERMARIA 312A**
Admissão: **30/03/19 08:05**
Diag.: **S72 - Fratura do fêmur** | Nota: As seguintes subdivisões são fornecidas, |

Reg.: **134387**

N.º 45802
M. 45.803
T. 45.805
Idade: **13 anos**
Prontuário:

0 dia(s) de internação

30/03/2019 19:00

- 1) **DIPIRONA 500mg/mL ampola**
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.
Diluir em 8mL de ABD
- 2) **DIETA LIVRE**, Uma vez ao dia
- 3) **TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola**
Uso: 05 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas.
Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%
- 4) **CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola**
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas
Diluido.
Reconstituir em 10mL ABD,
- 5) **CETOPROFENO 100MG/2ML - ampola I.V**
Uso: 0,5 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.
Diluir Soro Fisiológico 0,9%
- 6) **SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG)**, 06 em 06 horas
- 7) **CURATIVO**, Pela manhã

Hospital Memorial São Francisco

08:00, 12:00, 18:00, 20:00, 22:00, 24:00, 26:00, 28:00, 30:00, 32:00, 34:00, 36:00, 38:00, 40:00, 42:00, 44:00, 46:00, 48:00, 50:00, 52:00, 54:00, 56:00, 58:00, 60:00, 62:00, 64:00, 66:00, 68:00, 70:00, 72:00, 74:00, 76:00, 78:00, 80:00, 82:00, 84:00, 86:00, 88:00, 90:00, 92:00, 94:00, 96:00, 98:00, 100:00, 102:00, 104:00, 106:00, 108:00, 110:00, 112:00, 114:00, 116:00, 118:00, 120:00, 122:00, 124:00, 126:00, 128:00, 130:00, 132:00, 134:00, 136:00, 138:00, 140:00, 142:00, 144:00, 146:00, 148:00, 150:00, 152:00, 154:00, 156:00, 158:00, 160:00, 162:00, 164:00, 166:00, 168:00, 170:00, 172:00, 174:00, 176:00, 178:00, 180:00, 182:00, 184:00, 186:00, 188:00, 190:00, 192:00, 194:00, 196:00, 198:00, 200:00, 202:00, 204:00, 206:00, 208:00, 210:00, 212:00, 214:00, 216:00, 218:00, 220:00, 222:00, 224:00, 226:00, 228:00, 230:00, 232:00, 234:00, 236:00, 238:00, 240:00, 242:00, 244:00, 246:00, 248:00, 250:00, 252:00, 254:00, 256:00, 258:00, 260:00, 262:00, 264:00, 266:00, 268:00, 270:00, 272:00, 274:00, 276:00, 278:00, 280:00, 282:00, 284:00, 286:00, 288:00, 290:00, 292:00, 294:00, 296:00, 298:00, 300:00, 302:00, 304:00, 306:00, 308:00, 310:00, 312:00, 314:00, 316:00, 318:00, 320:00, 322:00, 324:00, 326:00, 328:00, 330:00, 332:00, 334:00, 336:00, 338:00, 340:00, 342:00, 344:00, 346:00, 348:00, 350:00, 352:00, 354:00, 356:00, 358:00, 360:00, 362:00, 364:00, 366:00, 368:00, 370:00, 372:00, 374:00, 376:00, 378:00, 380:00, 382:00, 384:00, 386:00, 388:00, 390:00, 392:00, 394:00, 396:00, 398:00, 400:00, 402:00, 404:00, 406:00, 408:00, 410:00, 412:00, 414:00, 416:00, 418:00, 420:00, 422:00, 424:00, 426:00, 428:00, 430:00, 432:00, 434:00, 436:00, 438:00, 440:00, 442:00, 444:00, 446:00, 448:00, 450:00, 452:00, 454:00, 456:00, 458:00, 460:00, 462:00, 464:00, 466:00, 468:00, 470:00, 472:00, 474:00, 476:00, 478:00, 480:00, 482:00, 484:00, 486:00, 488:00, 490:00, 492:00, 494:00, 496:00, 498:00, 500:00, 502:00, 504:00, 506:00, 508:00, 510:00, 512:00, 514:00, 516:00, 518:00, 520:00, 522:00, 524:00, 526:00, 528:00, 530:00, 532:00, 534:00, 536:00, 538:00, 540:00, 542:00, 544:00, 546:00, 548:00, 550:00, 552:00, 554:00, 556:00, 558:00, 560:00, 562:00, 564:00, 566:00, 568:00, 570:00, 572:00, 574:00, 576:00, 578:00, 580:00, 582:00, 584:00, 586:00, 588:00, 590:00, 592:00, 594:00, 596:00, 598:00, 600:00, 602:00, 604:00, 606:00, 608:00, 610:00, 612:00, 614:00, 616:00, 618:00, 620:00, 622:00, 624:00, 626:00, 628:00, 630:00, 632:00, 634:00, 636:00, 638:00, 640:00, 642:00, 644:00, 646:00, 648:00, 650:00, 652:00, 654:00, 656:00, 658:00, 660:00, 662:00, 664:00, 666:00, 668:00, 670:00, 672:00, 674:00, 676:00, 678:00, 680:00, 682:00, 684:00, 686:00, 688:00, 690:00, 692:00, 694:00, 696:00, 698:00, 700:00, 702:00, 704:00, 706:00, 708:00, 710:00, 712:00, 714:00, 716:00, 718:00, 720:00, 722:00, 724:00, 726:00, 728:00, 730:00, 732:00, 734:00, 736:00, 738:00, 740:00, 742:00, 744:00, 746:00, 748:00, 750:00, 752:00, 754:00, 756:00, 758:00, 760:00, 762:00, 764:00, 766:00, 768:00, 770:00, 772:00, 774:00, 776:00, 778:00, 780:00, 782:00, 784:00, 786:00, 788:00, 790:00, 792:00, 794:00, 796:00, 798:00, 800:00, 802:00, 804:00, 806:00, 808:00, 810:00, 812:00, 814:00, 816:00, 818:00, 820:00, 822:00, 824:00, 826:00, 828:00, 830:00, 832:00, 834:00, 836:00, 838:00, 840:00, 842:00, 844:00, 846:00, 848:00, 850:00, 852:00, 854:00, 856:00, 858:00, 860:00, 862:00, 864:00, 866:00, 868:00, 870:00, 872:00, 874:00, 876:00, 878:00, 880:00, 882:00, 884:00, 886:00, 888:00, 890:00, 892:00, 894:00, 896:00, 898:00, 900:00, 902:00, 904:00, 906:00, 908:00, 910:00, 912:00, 914:00, 916:00, 918:00, 920:00, 922:00, 924:00, 926:00, 928:00, 930:00, 932:00, 934:00, 936:00, 938:00, 940:00, 942:00, 944:00, 946:00, 948:00, 950:00, 952:00, 954:00, 956:00, 958:00, 960:00, 962:00, 964:00, 966:00, 968:00, 970:00, 972:00, 974:00, 976:00, 978:00, 980:00, 982:00, 984:00, 986:00, 988:00, 990:00, 992:00, 994:00, 996:00, 998:00, 1000:00, 1002:00, 1004:00, 1006:00, 1008:00, 1010:00, 1012:00, 1014:00, 1016:00, 1018:00, 1020:00, 1022:00, 1024:00, 1026:00, 1028:00, 1030:00, 1032:00, 1034:00, 1036:00, 1038:00, 1040:00, 1042:00, 1044:00, 1046:00, 1048:00, 1050:00, 1052:00, 1054:00, 1056:00, 1058:00, 1060:00, 1062:00, 1064:00, 1066:00, 1068:00, 1070:00, 1072:00, 1074:00, 1076:00, 1078:00, 1080:00, 1082:00, 1084:00, 1086:00, 1088:00, 1090:00, 1092:00, 1094:00, 1096:00, 1098:00, 1100:00, 1102:00, 1104:00, 1106:00, 1108:00, 1110:00, 1112:00, 1114:00, 1116:00, 1118:00, 1120:00, 1122:00, 1124:00, 1126:00, 1128:00, 1130:00, 1132:00, 1134:00, 1136:00, 1138:00, 1140:00, 1142:00, 1144:00, 1146:00, 1148:00, 1150:00, 1152:00, 1154:00, 1156:00, 1158:00, 1160:00, 1162:00, 1164:00, 1166:00, 1168:00, 1170:00, 1172:00, 1174:00, 1176:00, 1178:00, 1180:00, 1182:00, 1184:00, 1186:00, 1188:00, 1190:00, 1192:00, 1194:00, 1196:00, 1198:00, 1200:00, 1202:00, 1204:00, 1206:00, 1208:00, 1210:00, 1212:00, 1214:00, 1216:00, 1218:00, 1220:00, 1222:00, 1224:00, 1226:00, 1228:00, 1230:00, 1232:00, 1234:00, 1236:00, 1238:00, 1240:00, 1242:00, 1244:00, 1246:00, 1248:00, 1250:00, 1252:00, 1254:00, 1256:00, 1258:00, 1260:00, 1262:00, 1264:00, 1266:00, 1268:00, 1270:00, 1272:00, 1274:00, 1276:00, 1278:00, 1280:00, 1282:00, 1284:00, 1286:00, 1288:00, 1290:00, 1292:00, 1294:00, 1296:00, 1298:00, 1300:00, 1302:00, 1304:00, 1306:00, 1308:00, 1310:00, 1312:00, 1314:00, 1316:00, 1318:00, 1320:00, 1322:00, 1324:00, 1326:00, 1328:00, 1330:00, 1332:00, 1334:00, 1336:00, 1338:00, 1340:00, 1342:00, 1344:00, 1346:00, 1348:00, 1350:00, 1352:00, 1354:00, 1356:00, 1358:00, 1360:00, 1362:00, 1364:00, 1366:00, 1368:00, 1370:00, 1372:00, 1374:00, 1376:00, 1378:00, 1380:00, 1382:00, 1384:00, 1386:00, 1388:00, 1390:00, 1392:00, 1394:00, 1396:00, 1398:00, 1400:00, 1402:00, 1404:00, 1406:00, 1408:00, 1410:00, 1412:00, 1414:00, 1416:00, 1418:00, 1420:00, 1422:00, 1424:00, 1426:00, 1428:00, 1430:00, 1432:00, 1434:00, 1436:00, 1438:00, 1440:00, 1442:00, 1444:00, 1446:00, 1448:00, 1450:00, 1452:00, 1454:00, 1456:00, 1458:00, 1460:00, 1462:00, 1464:00, 1466:00, 1468:00, 1470:00, 1472:00, 1474:00, 1476:00, 1478:00, 1480:00, 1482:00, 1484:00, 1486:00, 1488:00, 1490:00, 1492:00, 1494:00, 1496:00, 1498:00, 1500:00, 1502:00, 1504:00, 1506:00, 1508:00, 1510:00, 1512:00, 1514:00, 1516:00, 1518:00, 1520:00, 1522:00, 1524:00, 1526:00, 1528:00, 1530:00, 1532:00, 1534:00, 1536:00, 1538:00, 1540:00, 1542:00, 1544:00, 1546:00, 1548:00, 1550:00, 1552:00, 1554:00, 1556:00, 1558:00, 1560:00, 1562:00, 1564:00, 1566:00, 1568:00, 1570:00, 1572:00, 1574:00, 1576:00, 1578:00, 1580:00, 1582:00, 1584:00, 1586:00, 1588:00, 1590:00, 1592:00, 1594:00, 1596:00, 1598:00, 1600:00, 1602:00, 1604:00, 1606:00, 1608:00, 1610:00, 1612:00, 1614:00, 1616:00, 1618:00, 1620:00, 1622:00, 1624:00, 1626:00, 1628:00, 1630:00, 1632:00, 1634:00, 1636:00, 1638:00, 1640:00, 1642:00, 1644:00, 1646:00, 1648:00, 1650:00, 1652:00, 1654:00, 1656:00, 1658:00, 1660:00, 1662:00, 1664:00, 1666:00, 1668:00, 1670:00, 1672:00, 1674:00, 1676:00, 1678:00, 1680:00, 1682:00, 1684:00, 1686:00, 1688:00, 1690:00, 1692:00, 1694:00, 1696:00, 1698:00, 1700:00, 1702:00, 1704:00, 1706:00, 1708:00, 1710:00, 1712:00, 1714:00, 1716:00, 1718:00, 1720:00, 1722:00, 1724:00, 1726:00, 1728:00, 1730:00, 1732:00, 1734:00, 1736:00, 1738:00, 1740:00, 1742:00, 1744:00, 1746:00, 1748:00, 1750:00, 1752:00, 1754:00, 1756:00, 1758:00, 1760:00, 1762:00, 1764:00, 1766:00, 1768:00, 1770:00, 1772:00, 1774:00, 1776:00, 1778:00, 1780:00, 1782:00, 1784:00, 1786:00, 1788:00, 1790:00, 1792:00, 1794:00, 1796:00, 1798:00, 1800:00, 1802:00, 1804:00, 1806:00, 1808:00, 1810:00, 1812:00, 1814:00, 1816:00, 1818:00, 1820:00, 1822:00, 1824:00, 1826:00, 1828:00, 1830:00, 1832:00, 1834:00, 1836:00, 1838:00, 1840:00, 1842:00, 1844:00, 1846:00, 1848:00, 1850:00, 1852:00, 1854:00, 1856:00, 1858:00, 1860:00, 1862:00, 1864:00, 1866:00, 1868:00, 1870:00, 1872:00, 1874:00, 1876:00, 1878:00, 1880:00, 1882:00, 1884:00, 1886:00, 1888:00, 1890:00, 1892:00, 1894:00, 1896:00, 1898:00, 1900:00, 1902:00, 1904:00, 1906:00, 1908:00, 1910:00, 1912:00, 1914:00, 1916:00, 1918:00, 1920:00, 1922:00, 1924:00, 1926:00, 1928:00, 1930:00, 1932:00, 1934:00, 1936:00, 1938:00, 1940:00, 1942:00, 1944:00, 1946:00, 1948:00, 1950:00, 1952:00, 1954:00, 1956:00, 1958:00, 1960:00, 1962:00, 1964:00, 1966:00, 1968:00, 1970:00, 1972:00, 1974:00, 1976:00, 1978:00, 1980:00, 1982:00, 1984:00, 1986:00, 1988:00, 1990:00, 1992:00, 1994:00, 1996:00, 1998:00, 2000:00, 2002:00, 2004:00, 2006:00, 2008:00, 2010:00, 2012:00, 2014:00, 2016:00, 2018:00, 2020:00, 2022:00, 2024:00, 2026:00, 2028:00, 2030:00, 2032:00, 2034:00, 2036:00, 2038:00, 2040:00, 2042:00, 2044:00, 2046:00, 2048:00, 2050:00, 2052:00, 2054:00, 2056:00, 2058:00, 2060:00, 2062:00, 2064:00, 2066:00, 2068:00, 2070:00, 2072:00, 2074:00, 2076:00, 2078:00, 2080:00, 2082:00, 2084:00, 2086:00, 2088:00, 2090:00, 2092:00, 2094:00, 2096:00, 2098:00, 2100:00, 2102:00, 2104:00, 2106:00, 2108:00, 2110:00, 2112:00, 2114:00, 2116:00, 2118:00, 2120:00, 2122:00, 2124:00, 2126:00, 2128:00, 2130:00, 2132:00, 2134:00, 2136:00, 2138:00, 2140:00, 2142:00, 2144:00, 2146:00, 2148:00, 2150:00, 2152:00, 2154:00, 2156:00, 2158:00, 2160:00, 2162:00, 2164:00, 2166:00, 2168:00, 2170:00, 2172:00, 2174:00, 2176:00, 2178:00, 2180:00, 2182:00, 2184:00, 2186:00, 2188:00, 2190:00, 2192:00, 2194:00, 2196:00, 2198:00, 2200:00, 2202:00, 2204:00, 2206:00, 2208:00, 2210:00, 2212:00, 2214:00, 2216:00, 2218:00, 2220:00, 2222:00, 2224:00, 2226:00, 2228:00, 2230:00, 2232:00, 2234:00, 2236:00, 2238:00, 2240:00, 2242:00, 2244:00, 2246:00, 2248:00, 2250:00, 2252:00, 2254:00, 2256:00, 2258:00, 2260:00, 2262:00, 2264:00, 2266:00, 2268:00, 2270:00, 2272:00, 2274:00, 2276:00, 2278:00, 2280:00, 2282:00, 2284:00, 2286:00, 2288:00, 2290:00, 2292:00, 2294:00, 2296:00, 2298:00, 2300:00, 2302:00, 2304:00, 2306:00, 2308:00, 2310:00, 2312:00, 2314:00, 2316:00, 2318:00, 2320:00, 2322:00, 2324:00, 2326:00, 2328:00, 2330:00, 2332:00, 2334:00, 2336:00, 2338:00, 2340:00, 2342:00, 2344:00, 2346:00, 2348:00, 2350:00, 2352:00, 2354:00, 2356:00, 2358:00, 2360:00, 2362:00, 2364:00, 2366:00, 2368:00, 2370:00, 2372:00, 2374:00, 2376:00, 2378:00, 2380:00, 2382:00, 2384:00, 2386:00, 2388:00, 2390:00, 2392:00, 2394:00, 2396:00, 2398:00, 2400:00, 2402:00, 2404:00, 2406:00, 2408:00, 2410:00, 2412:00, 2414:00, 2416:00, 2418:00, 2420:00, 2422:00, 2424:00, 2426:00, 2428:00, 2430:00, 2432:00, 2434:00, 2436:00, 2438:00, 2440:00, 2442:00, 2444:00, 2446:00, 2448:00, 2450:00, 2452:00, 2454:00, 2456:00, 2458:00, 2460:00, 2462:00, 2464:00, 2466:00, 2468:00, 2470:00, 2472:00, 2474:00, 2476:00, 2478:00, 2480:00, 2482:00, 2484:00, 2486:00, 2488:00, 2490:00, 2492:00, 2494:00, 2496:00, 2498:00, 2500:00, 2502:00, 2504:00, 2506:00, 2508:00, 2510:00, 2512:00, 2514:00, 2516:00, 2518:00, 2520:00, 2522:00, 2524:00, 2526:00, 2528:00, 2530:00, 2532:00, 2534:00, 2536:00, 2538:00, 2540:00, 2542:00, 2544:00, 2546:00, 2548:00, 2550:00, 2552:00, 2554:00, 2556:00, 2558:00, 2560:00, 2562:00, 2564:00, 2566:00, 2568:00, 2570:00, 2572:00, 2574:00, 2576:00, 2578:00, 2580:00, 2582:00, 2584:00, 2586:00, 2588:00, 2590:00, 2592:00, 2594:00, 2596:00, 2598:00, 2600:00, 2602:00, 2604:00, 2606:00, 2608:00, 2610:00, 2612:00, 2614:00, 2616:00, 2618:00, 2620:00, 2622:00, 2624:00, 2626:00, 2628:00, 2630:00, 2632:00, 2634:00, 2636:00, 2638:00, 2640:00, 2642:00, 2644:00, 2646:00, 2648:00, 2650:00, 2652:00, 2654:00, 2656:00, 2658:00, 2660:00, 2662:00, 2664:00, 2666:00, 2668:00, 2670:00, 2672:00, 2674:00, 2676:00, 2678:00, 2680:

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES Idade: 13 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 134387 Prontuário:
Unidade: UNIDADE III
Leito: ENFERMARIA 312A
Admissão: 30/03/19 08:05 1 dia(s) de internação
Diag.: S72 - Fratura do fêmur | Nota: As seguintes subdivisões são fornecidas para

31/03/2019 19:00	Solic. (Estoque): 119.46189	Horários de Aplicação
1) DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. Diluir em 8mL de ABD		00:00 06:00 12:00 18:00
2) DIETA LIVRE, Uma vez ao dia	(SND)	
3) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 01 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9% FAZER MEIA AMPOLA	20:00	
4) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas Diluido. Reconstituir em 10mL ABD,	22:00 06:00 14:00	
5) CETOPROFENO 100MG/2ML - ampola I.V Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas. Diluir Soro Fisiológico 0,9% FAZER MEIA AMPOLA	22:00 10:00	
6) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas	00:00 06:00 12:00 18:00	
7) CURATIVO, Pela manhã		

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
CRM - 7036

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES** Idade: **13 anos**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **134387** Prontuário:
Unidade: **UNIDADE III**
Leito: **LEITO RESERVA 01** *312.1A*
Admissão: **30/03/19 08:05** **0 dia(s) de internação**
Diag.: **S72 - Fratura do fêmur** | Nota: As seguintes subdivisões são fornecidas, p

30/03/2019 15:45	Horários de Aplicação	6963
1) DAPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. Diluir em 8mL de ABD	00:00, 06:00, 12:00, 18:00	
2) DIETA LIVRE, Uma vez ao dia	(SND)	
3) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 05 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%	20:00	
4) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas Diluido. Reconstituir em 10mL ABD,	22:00; 06:00, 14:00	
5) CETOPROFENO 100MG/2ML - ampola I.V Uso: 0,5 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas. Diluir Soro Fisiológico 0,9%	22:00; 10:00	
6) SINAIAS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas	00:00, 06:00, 12:00, 18:00	

*7- Anal. de 86 AL - O'ADAP 100 mg S. 48, 0, 8/8/2019
St. náuseas ou vômitos*

Dr. FILIPPI RANIERI ALVES
CRM - 6963

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES** Idade: **13 anos**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **134387** Prontuário:
Unidade: **UNIDADE III**
Leito: **ENFERMARIA 312A**
Admissão: **30/03/19 08:05** **2 dia(s) de internação**
Diag.: **S72 - Fratura do fêmur** | Nota: As seguintes subdivisões são fornecidas, p

01/04/2019 08:21

Horários de Aplicação

7036

1: ALTA HOSPITALAR, Pela manhã

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
CRM - 7036

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____





Hospital Memorial de Natal

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

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES**

Registro: **134387** IH: **1**

Nascimento: **08/05/2005** 14 anos Data Internação: **30/03/2019 08:05:20**

Leito: **ENFERMARIA 312A**

Turno: **Tarde**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **POI DE #FÊMUR.**

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais

Oxigenioterapia

Temperatura: **36 °C**

Saturação O2: **98%**

Respiração: **20 RPM**

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: **110x70**

Frequência Cardíaca: **98**

Acesso Venoso

Dieta

Eliminações Fisiológicas

Periférico

VQ

Diurese: **ESPONTÂNEA**

MSE

Obs.:

HGT

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

18H-APRESENTA SANGRAMENTO IMPORTANTE NO CURATIVO, REALIZADO CURATIVO COMPRESSIVO.

Medicações:

Intercorrência:

PACIENTE APRESENTA VÔMITOS, MEDICADO.

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____

COREN: 738286 - WEDILLANIA MARIA DA SILVA
30/03/2019 18:00:40



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 12/05/2020 14:31:28

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051214312781700000053620110>

Número do documento: 20051214312781700000053620110

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES**

Registro: **134387**

IH: **1**

Nascimento: **08/05/2005** **14 anos** Data Internação: **30/03/2019 08:05:20**

Leito: **ENFERMARIA 312A**

Turno: **Diurno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **POS DE FÊMUR E**

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais

Temperatura: **35,5 °C**

Saturação O2: **98%**

Respiração: **20 RPM**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: **110x70**

Frequência Cardíaca: **98**

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

**REALIZADO CURATIVO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM,
COM GAZE+CLORETO + MICROPORE + ATADURAS.**

Medicações:

Intercomência:

**PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, O2 AMBIENTE, POS DE FÊMUR E H.V EM MSE, MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA,
COM BANHO NO LEITO, TROCA DE LENSOIS DE CAMA, MASSAGEM DE CONFORTO, VERIFICADO SSVV, FICA AOS CUIDADOS DA
ENFERMAGEM.**

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____



COREN: 166956 - ALEXANDRE CESAR RIBEIRO FERREIRA

31/03/2019 12:45:43





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228

hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES

Registro: 134387

II-I

Nascimento: 08/05/2005 14 anos Data Internação: 30/03/2019 08:05:20

Leito: ENFERMARIA 312A

Turno: Noturno

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica POS DE FÊMUR E

Isolamento de contato:

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais

Oxigenioterapia

Temperatura: 35,5 °C

Saturação O2: 98%

Respiração: 20 RPM

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: 110x70

Frequência Cardíaca: 98

EUPNEICO

Acesso Venoso

Dieta

Eliminações Fisiológicas

Periférico

VO

Diurese: ESPONTÂNEA

MSE P/ GRAVIDADE

ACEITA

Obs.: PRESENTE

Intestinais: AUSENTE

HGT

Aspectos:

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

LIMPO E SECO

Medicações:

ADM MEDICAÇÕES CPM:

Intercorrência:

PACIENTE APRESENTA VÔMITOS, MEDICADO.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____

REN: 1153651 - LUANA PATRÍCIA RODRIGUES L DE OLIVEIRA

31/03/2019 01:49:11

Página:



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 12/05/2020 14:31:28

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051214312781700000053620110>

Número do documento: 20051214312781700000053620110

Num. 55737533 - Pág. 38



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228

hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES

Registro: 134387 IH:

Nascimento: 08/05/2005 14 anos Data Internação: 30/03/2019 08:05:20

Leito: ENFERMARIA 312A

Turno: Noturno

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica POS DE FRATURA FEMUR

Isolamento de contato:

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais

Oxigenioterapia

Temperatura: 35.5 °C Saturação O2: 98% Respiração: 18 RPM

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: 110x70 Frequência Cardíaca: 80

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

EM MSE

Obs.: PRESENTE

HGT

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

LIMPO E SECO.

Medicações:

ADM. MEDICAÇÃO DE HORARIO PRESCRITO.

Intercorrência:

SEGUE BEM NO LEITO E AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____

Liliane

COREN: 636563 - LILIANE BEZERRA DA SILVA

31/03/2019 20:47:0



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 12/05/2020 14:31:28

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051214312781700000053620110>

Número do documento: 20051214312781700000053620110



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 -

Dados do Paciente

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES**
Nascimento: **08/05/2005 14 anos**

Registro: **134387** Num. Internação: **1**
Data Internação: **30/03/2019 08:05:20**

Evolução: **30/03/2019 15:43:56**

OPERADO REALIZADO:

- 1- TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR ESQUERDO
- 2- OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS, FEMUR, EXCETO DA MÃO E DO PE
- 3- OSTEOTOMIA DA PELVE
- 4- NEUROLISE NÃOFUNCIONAL DO NERVO FEMORAL PERIFERICO.

Diogo Ferreira de Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 67461/2019

FILIPPI RANIERI ALVES
CRM - 6963

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____





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

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES

Registro: 134387 IH: 1

Nascimento: 08/05/2005 14 anos Data Internação: 30/03/2019 08:05:20

Leito: ENFERMARIA 312A

Turno: Manhã

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: PÓS DE FRATURA DE FÊMUR.

Isolamento de contato:

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais:

Temperatura: 36,0 °C Saturação O2: 98% Respiração: 18 RPM

Oxigenioterapia:

Pressão Arterial: 120x80 Frequência Cardíaca: 80

Em O2 Ambiente

Acesso Venoso:

Dieta:

Periférico

VO

MSE

Eliminações Fisiológicas:

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.: PRESENTE

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos:

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

RENOVADO CURATIVO DA FERIDA OPERATÓRIA PELA EQUIPE DA CCIH.

Medicações:

Intercorrência:

PACIENTE CRIANÇA DE 13 ANOS EM PÓS OPERATÓRIO DE FRATURA DE FÊMUR. CONSCIENTE E ORIENTADO. EM O2 AMBIENTE. DIETA VO. DIURESE PRESENTE. AFF SSVVS SEM ANORMALIDADES. NA HVP MSE POR GRAVIDADE. REALIZADO BANHO NO LEITO+HIGIENE ORAL+TROCA DE FRALDA+TROCA DE LENÇÓIS DE CAMA+VESTE+MASSAGEM DE CONFORTO. SEGUE EM REPOUSO NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. PCT SEGUE DE ALTA HOSPITALAR AGUARDANDO TRANSPORTE. 13:30 HRS PACIENTE SAIU DE ALTA HOSPITALAR ACOMPANHADO DO MAQUIERO EM MACA+FAMÍLIA LEVANDO CONSIGO TDS OS SES PERTENCENTES.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____

COREN: 1144984 - JACILENE PINHEIRO DA SILVA

01/04/2019 10:40:36

Página 11



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 12/05/2020 14:31:28

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051214312781700000053620110

Número do documento: 20051214312781700000053620110

11/02/2020

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



(/)



Buscar no site



A
COMPANHIA

SEGURO
DPVAT

PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)

CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICAS

SALA DE
IMPrensa

TRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190655195 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS

BENEFICIÁRIO GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES

CPF/CNPJ: 13574853440

Posição em 11-02-2020 12:53:02

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
17/12/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
24/12/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/02VqFtjxrV0dqvcmgCIYCw==api_key=SnIdRDgzJqyMV51fN9HzoyMBGwxFIHXcjW3mm29xjs=)



04/12/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/iUVO3WVQzbvOYEo9FLBKavapi_key=SnIdRDgzJqyMV51IfN9HzoyMBGwxFIHXcjW3mm29xjs=)
27/11/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/IBtLgi59x483Hoys0__H__4g==api_key=SnIdRDgzJqyMV51IfN9HzoyMBGwxFIHXcjW3mm29xjs=)



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(</Pages/Acessibilidade.aspx>)



(</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>)



A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documentos Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx>)

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)



(<https://www.seguradoralider.com.br>)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
2ª Vara da Comarca de Areia Branca
BR-110, Km 01, AREIA BRANCA - RN - CEP: 59655-000

Processo: 0800601-30.2020.8.20.5113

Ação: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS

RÉU: SEGURADORA DPVAT



DESPACHO

Em juízo de cognição sumária, entendo presentes os requisitos da petição inicial.

Defiro a gratuidade judiciária (art. 98 do CPC).

Tendo em vista a necessidade de prova pericial e as peculiaridades das ações indenizatórias sobre seguro obrigatório, deixo de designar, inicialmente, a audiência que alude o artigo 334, do CPC, observando-se a regra contida no § 4º do mesmo dispositivo, uma vez que é costume das demandadas (seguradoras) somente realizarem acordo após a realização da perícia médica no caso de indenização por invalidez.

Havendo necessidade de perícia médica, motivo pelo qual nomeio o Sr. **MANOEL FERNANDES DA SILVEIRA**, Médico Ortopedista, com endereço na Rua Pedro Velho, 320, Orthos – Santo Antônio– Mossoró/RN, para exercer a função de perito nos autos do presente feito, fixando desde logo os honorários no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), nos termos do convênio firmado pelo TJ/RN e a Seguradora Líder dos Consórcios de DPVAT S/A, mediante termo de compromisso, cumprindo ao profissional cumprir escrupulosamente o encargo que fora cometido, nos termos do disposto no art. 422, do Código de Processo Civil.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação.

Cite-se a parte requerida para, no prazo de 15 (quinze) dias, contestar a presente ação, sob pena de presumirem-se verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor.

Providencie a Secretaria Judiciária:

I – Cite-se a parte requerida para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar contestação;

II – Caso haja apresentação de contestação, havendo matéria(s) preliminar(es) do art. 337 arguida(s), ou oposição de fatos impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do(a)(s) autor(a)(es), intime-se o Advogado da parte autora para manifestar-se, em 15 (quinze) dias, inclusive sobre os documentos anexados com a contestação, se houver. (CPC, art. 350 e 351);

III – Sendo a contestação apenas acompanhada de documentos, sem as matérias do item II, intime-se o Advogado da parte autora para manifestar-se sobre a prova documental em 15 (quinze) dias (CPC, art. 437, §1º);

IV – Havendo reconvenção, dentro do prazo de resposta, intime-se o Advogado da parte autora-reconvinda para, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, contestar a reconvenção ofertada (NCPC, art. 343, §1º);



V – Após, intemem-se as partes, por seus causídicos, para, no prazo de 05 (cinco) dias, a contar da intimação da presente deliberação, querendo, ratificarem ou apresentarem seus quesitos, bem como indicarem perito assistente.

Em seguida, após a intimação das partes para a quesitação e indicação de assistente, proceda-se com a realização de perícia.

O recolhimento dos honorários periciais, conforme convênio supracitado, ocorrerá logo após a realização da perícia, devendo a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ser intimada para tal ato, no prazo de 15 (quinze) dias, caso não junte o devido comprovante de pagamento.

Após apresentado o laudo, intemem-se as partes, por seus causídicos, para, no prazo comum de 10 (dez) dias, se pronunciarem sobre o mesmo, bem como informarem se têm interesse em audiência de conciliação.

Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze-se a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença.

Publique-se. Intemem-se. Cumpra-se.

Areia Branca/RN, conforme data do sistema eletrônico.

(Documento assinado digitalmente, nos termos da Lei 11.419/ 2006)

Thiago Lins Coelho Fonteles

Juiz de Direito





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

2ª Vara da Comarca de Areia Branca

BR-110, Km 01, AREIA BRANCA - RN - CEP: 59655-000

Processo nº: 0800601-30.2020.8.20.5113

C E R T I D ã O

CERTIFICO, em razão de meu ofício, que, nesta data, em atendimento ao despacho de

ID 55775647, procedi com o envio de carta citação via Correios, sob nº de AR JU 36608384 8 BR.

Dou fé.

AREIA BRANCA/RN, 9 de junho de 2020

MEIRIANI FERREIRA DE SOUSA

Auxiliar de Secretaria

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
2ª Vara da Comarca de Areia Branca
BR-110, Km 01, AREIA BRANCA - RN - CEP: 59655-000

CARTA DE CITAÇÃO

Ao(À)

SEGURADORA DPVAT

Rua Senador Dantas, 74, - de 58 ao fim - lado par - 5 andar, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

De ordem do Exmo(a). Sr(a). Dr(a).

THIAGO LINS COELHO FONTELES, MM Juiz(a) de Direito da 2ª Vara da Comarca de Areia Branca, na forma da lei.

Manda, pela presente, extraída dos autos do processo infra-identificado, na conformidade do despacho no final transcrito e da petição inicial, cuja cópia segue em anexo, CITAR essa seguradora, por seu representante legal, para, querendo, contestar a ação no prazo de quinze (15) dias.

ADVERTÊNCIA: Caso não seja contestada a ação, serão tidos como verdadeiros os fatos alegados pelo autor (art. 285 do CPC).

OBSERVAÇÃO: A visualização das peças processuais, bem como as especificações da petição inicial, dos documentos que a acompanham e do despacho judicial que determinou a citação (artigo 225, incisos II e V, do Código de Processo Civil), poderá ocorrer mediante acesso ao sítio do Tribunal de Justiça na internet, no endereço <https://pje.tjrn.jus.br/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>, sendo considerada vista pessoal (artigo 9º, § 1º, da Lei Federal n. 11.419/2006) que desobriga sua anexação.

Ressalte-se que este processo tramita em meio eletrônico através do sistema PJe, sendo vedada a junta de quaisquer documentos por meio físico quando houver o patrocínio de advogado.

É imprescindível que o tamanho de cada arquivo a ser inserido tenha, no máximo, 1,5 Mb (megabytes). O único formato de arquivo compatível com o sistema PJe é o ".pdf".

Processo: 0800601-30.2020,8.20.5113

Ação: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Autor: AUTOR: DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS

Réu: RÉU: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO/DECISÃO: "[Complemento da Movimentação Selecionada]."

AREIA BRANCA/RN, 13 de maio de 2020.

AR: JU 36608384 8 00

Gledson Florêncio da Silva
Chefe de Secretaria
(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº 11.419/06)



2ª Vara da Comarca de Areia Branca BR-110, Km 01, AREIA BRANCA - RN - CEP: 59655-000 Processo: 0800601-30.2020.8.20.5113	2ª Vara da Comarca de Areia Branca BR-110, Km 01, AREIA BRANCA - RN - CEP: 59655-000 Processo: 0800601-30.2020.8.20.5113
Destinatário: SEGURADORA DPVAT Rua Senador Dantas, 74, - de 58 ao fim - lado par - 5 andar, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205	Destinatário: SEGURADORA DPVAT Rua Senador Dantas, 74, - de 58 ao fim - lado par - 5 andar, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

Assinado eletronicamente por: **PAULA DENISE DE SOUZA DANTAS**

13/05/2020 21:56:35

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

ID do documento: 55794482



20051321563479900000053672001

