



Número: **0807179-54.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **28/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JAILSON FERREIRA DA SILVA (AUTOR)		Rocco Meliande Neto (ADVOGADO)	
MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A. (RÉU)			
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62485 221	06/11/2020 11:24	<a href="#">2763927_CONTESTACAO_Anexo_04</a>	Outros documentos

**EXAMES COMPLEMENTARES**

*Nx (L) (R) AP/P  
Boca (AP)*

Ass. do Responsável

**ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE**

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

**CONDUTA**

*Interna*

Hospital Decécio M. Lucena  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Painel nº 09/05/19  
*Antonia Aldezia Soares*  
Aux. em Saúde  
Mat: 155.455-7

Ass. do Responsável

**DESTINO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>ENTORRINO</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
--	---	---

RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
DATA ____/____/____	HORA _____	
ÓBITO ____/____/____	HORA _____	
ENTREGUE	A FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>
		I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



SUS

Lauda de Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

Nº 7118 / 2019

712 RX NO PROTOUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou:

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 120321 JAILSON FERREIRA DA SILVA

Prontuário:

CNS: 898005907840805

Nascimento: 10/12/1976 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: ANTONIA FRANCISCA DE PAIVA

Pai:

Endereço: SÍTIO LAGOA DO SÍTIO, 79 - MACAIBA - MACAIBA

Fone: 88161987 /

Município: MACAIBA

Código Municipal IBGE: 240710

UF: RN

CEP: 59280-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM TRAUMA NA COXA DIREITA HOJE  
NV NORMAL

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S77.3 - FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR\*408050519. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Professional Solicitante / Assistente:

MICHEL FREIRE DE ARAUJO

CRM: 4423 / RN

Data da Solicitação 23/03/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

- Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_ Nº do bilhete: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_
- Acidente de Trabalho Típico \_\_\_\_\_ CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_ CBOR: \_\_\_\_\_
- Acidente de Trabalho Trajeto CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_

Vínculo com previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Nº Autorização da AIH:

Professional Autorizador: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Documento: ( ) CNS ( ) CPF nº \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_

HOSPITAL DEODÉCIO M. LUCENA  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
 Particular nº 09/03/19  
 Antônia Aldezia Soares  
 Aux. em Saúde  
 Mat: 155.455-7





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
 Secretária de Estado da Saúde Pública  
 Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
 Pronto Socorro Clóvis Sarinho

4355

LAUDO PARA  
 SOLICITAÇÃO DE AIH

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 FERNANDA FERNANDA DOS SANTOS			6 - Nº DO PROTOCOLO			
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	1	FEMININO	2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)						
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Febre de 3 dias				Hospital Decência M. Lorenz CONFERE COM O ORIGINAL 09/05/19 Farmácia Antonia Antezita Soares Aux. em Saúde Mat. 155.455-7	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Fracasso de 1º tempo					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) AC + 122					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Febre de 3 dias	21 - CID INICIAL S72.1	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Febre de 3 dias	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
25 - CASO DO PROCEDIMENTO			29 - DT SOLICITAÇÃO		
				30 - CNS / CPF	
				31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTRÔLE AVALIAÇÃO	64 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
48 - CNS / CPF	52 -	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, graves de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a luz dos valores éticos e humanitários.

010.019.106-0





GOVERNO DO ESTADO DO RN - SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA  
 HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
 UNIDADE DE GERENCIAMENTO DE VAGAS - UG

433  
*[Handwritten Signature]*

**ENCAMINHAMENTO**

PACIENTE: <i>Paulson Ferreira da Silva</i>		SENHA:
DIAGNÓSTICO	<i>Femur</i>	
SETOR DE ORIGEM	<i>HMA</i>	
AUDITOR AUTORIZADOR		
DESTINO	<i>HDM</i>	
DATA	<i>09/04/19</i>	

RECEPÇÃO PELO HOSPITAL:

ACEITA       RECUSADA

*[Handwritten Signature]*  
 Assinatura Responsável  
 UG de Gerenciamento de Vagas

MOTIVO

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Hospital Docência M. Lucena  
 CONFERE COMO ORIGINAL  
 Paranaíba - 09/04/19  
*Antonia Adelaide Soares*  
 Aux. em Saúde  
 Mat: 155.455-7





Hospital

Nome do paciente		GILSON FERREIRA DA SILVA		Nº prontuário	
Data operação	11.04.19	Ent.		Leito	
Operador	RODRIGO MENEZES	1º auxiliar	CARLOS MAGNO		
2º auxiliar		3º auxiliar		Instrumentador	AUGUSTO
Anestesiologista	SERGIO	Tipo de anestesia			
Diagnóstico pré-operatório: FRATURA DE FÊMUR DIREITO					
Tipo de operação: TTD CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO INTERNA					
Diagnóstico pós-operatório					
Relatório imediato do patologista					
Exame radiológico no ato					
Acidente durante a operação					

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

PACIENTE SOB ANESTESIA ASSÉPTICA CAMPOS, INCISÃO LATERAL, DISSECAÇÃO LIM-PESA DOS FRAGMENTOS, REAUSO PLACA DCP COM 10 FUROS, OS PARALUSOS CURTICAS LAUBER COM 5.F 0,9, SUTURADO POR FLA-MOS, CURATIVO

Dr. Carlos Magno A. do Carmo  
Ortopedista - Traumatologia  
Pneum. em Traumatologia  
CRM 2108 - TEOT 5981  
CPF: 189.304.80444

UNIV. MULTIPLAS  
#415010012  
POLITRAUMATIZADO  
#415030913  
PROC. CLINICO  
PROC. CIRURGICO  
#410105059  
CBO. 225225  
CBO. 225270  
DIAS 57.3  
CID. S7.3

Hospital Deoclécio M. Lucena  
Pernambuco (PE)  
Antônia Alcântara Soares  
Aux. em Saúde  
Mat. 155.455-7



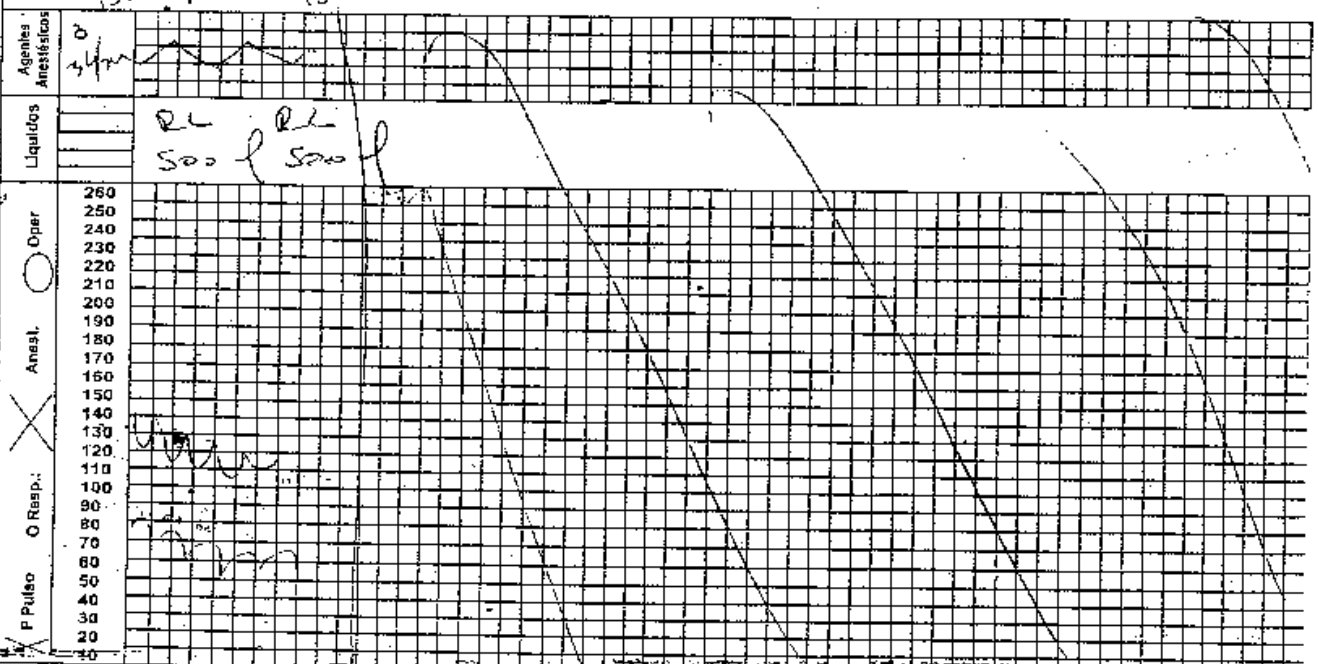
Alérgico à dipirona

Hospital Decólio M. Lucena  
 CONFERE COM O ORIGINAL  
 Paranam 09/05/19  
 Antonia Aldeida Soares  
 Aux. em Saúde  
 Mat: 155.455-7

**Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia**

obs. Paciente sem antecedentes de mais de 24h. Cirurgicamente normal

Hospital MOML		Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome Wilson Ferreira de Silva			Idade 43	Sexo M	Cor
Data 11/04/19	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso 70 kg
Tipo sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uria
	Urina				
Ap. respiratório OK				Asma Nega	Bronquite Nega
Ap. circulatório OK				Eletrocardiograma	
Ap. digestivo jogo OK			Dentes	Pescoço	Ap. urinário
Estado mental			Atarácicos	Corticóides	Alergia Nega
Diagnóstico pré-operatório Fatura de fatura aberta				Estado físico	Risco
Anestesias anteriores					
Medicação pré-anestésica			Aplicada às	Efeito	



**SÍMBOLOS** (E) (3)

**ANOTAÇÕES**  
 Monifoxima + fenta de Venalind MSO (D) Proquimedesic  
 Paciente bem tolera a, assepsia + an. lissas, perna de espica  
 suboculares e f. 13-14, espina de Quicke 266. palat  
 de dipirona, injeção de 10% de dipirona tipo  
 + 300 mg de morfina

**POSICÃO**  
 Paciente em decúbito supino, cabeça elevada 10°

**Agentes**  
 Propofol 100 mg / 20 mg/ml - 50 ml  
 Fenta 100 mg / 10 mg/ml - 10 ml

**Técnica**  
 Indução com fenta + propofol

**Operação**  
 Hx gengiva com fenta externa

**Cirurgiões**  
 Dr. Paulo Melo / Dr. Carlos Magno

**Anestesiistas**  
 Dr. Sérgio Bezerra  
 CRM/RN 2209





HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCE  
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO  
Antônia Mozarta Soares  
Aux. em Saúde  
Mat. 155.455-7

ALBERGO A D. PIPRONA  
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Fulsaia Benvenor da Silva Idade: 43 DN:       
Pront: 765273 Município: Mocimbu Procedência: ( ) Interno ( ) Externo  
Data da cirurgia: 11/04/19 Hora Admissão: Bloco: 13-14 Sala:      Hora Saída:      Peso:       
Alergias: ( ) Não ( ) Sim Dipirona Comorbidades: ( ) HAS ( ) DM ( ) Outras neg  
Uso de medicações: ( ) Não ( ) Sim      Jejum: ( ) Não ( ) Sim  
SSW Admissão: PA:      mmHg Pulso:      bpm FL:      rpm FC:      bpm SpO<sub>2</sub>:      % T:      °C

Enfermeiro(a): Tatiana Instrumentador (a): Augusto Circulante: Fabian

Cirurgia: TTT cir de H de Farol (D) Especialidade: Otorrinolaringologia Sala: 03  
Hora Início: 14:00 Hora Término:      Tipo de cirurgia: ( ) Eletiva ( ) Urgência ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada  
1º Cirurgião: Dr. Pedro Hebe Aux: Dr. Carlos Augusto Residente:     

Anestesia: ( ) Local ( ) Sedação ( ) Geral TOT:      ( ) Bloqueio ( ) Raquidiana Ag. nº 26 ( ) Peridural ( ) /cateter ( ) /scateter  
Ag. nº      Cateter nº:      Início: 13:40 Garrote: ( ) Smarch ( ) Pneumático Início:      Término:       
Anestesiologista: D. Sergio

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Íntegra	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Diprifusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/> U dificuldade	<input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input type="checkbox"/> Cistostomia	
<input checked="" type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input type="checkbox"/> Dreno: <u>    </u>	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input type="checkbox"/> Manchas	<input type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input type="checkbox"/> Tales	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	91	70	65	Bpm
Pulso	90	63	64	Bpm
Oximetria	94	98	98	%
Capnografia				%
PA	103x85	90x64	80x70	mmHg

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input type="checkbox"/> Cabeça	<input type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Fletidos
<input type="checkbox"/> Litômica	<input type="checkbox"/> Lombar	<b>MMII</b>
<input type="checkbox"/> Trendleburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Canivete		<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive		<input type="checkbox"/> Fletidos

ACESSO VENOSO	
<input type="checkbox"/>	Punção Arterial
<input type="checkbox"/>	Punção Venosa Periférica
<input type="checkbox"/>	Punção Venosa Central
<input type="checkbox"/>	Dissecção venosa
Local:	<u>    </u>
Cateter:	<u>    </u>

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
( ) Sim ( ) Não ( ) Metal ( ) Descartável	
Local:	<u>OMF PLATA (D)</u>
DEGERMAÇÃO	
( ) Sim ( ) Não	
TRICOTOMIA	
( ) Sim ( ) Não	
Local:	<u>MET</u> Solução: <u>clorox</u> Local: <u>    </u>

SONDAGEM GÁSTRICA	
<input type="checkbox"/>	SNG nº
Retorno:	<u>    </u>
CATETERISMO VESICAL	
<input type="checkbox"/>	SVF nº
<input type="checkbox"/>	SVA nº
Diurese:	<u>    </u>
Profissional responsável:	<u>    </u>

IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos:	<u>    </u>
Tela:	<u>    </u>
Cateter:	<u>    </u>
Ostomia:	<u>    </u>
Fio de KC:	Parafuso - tipo: <u>    </u>
Placa - Tipo:	<u>    </u>
Outros:	<u>    </u>

EXAMES SOLICITADOS	
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input type="checkbox"/> Glicosimetria:
<input type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	<u>    </u>

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
Caixa cirúrgica:	<u>BDS + DSA + 4,5</u> Quant. Material: <u>    </u>
Val:	<u>3310719</u> Contagem de gaze e compressa: ( ) Não ( ) Sim







HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE CENA  
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

**HEMOTRANSFUSÃO:**  
 Hemoconcentrada \_\_\_\_\_ Unid.     Plasma \_\_\_\_\_ Unid.     Plaquetas \_\_\_\_\_ Unid.  
 Albumina \_\_\_\_\_ Unid.     Expansor plasmático \_\_\_\_\_ Unid.

**MEDICAÇÕES UTILIZADAS**

VER BOLETIM	h: _____	_____	h: _____
ANESTESIOLOGIA	h: _____	_____	h: _____
_____	h: _____	_____	h: _____

**HIDRATAÇÃO VENOSA**

Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml     Soro Ringer Simples: \_\_\_\_\_ ml    Quantidade total de volume administrado: \_\_\_\_\_  
 Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml     Soro Ringer Lactato: \_\_\_\_\_ ml

**ANATOMO PATOLÓGICO**

Peça para sepultamento:  Não  Sim  
 Líquido: \_\_\_\_\_  
 Swab para cultura: \_\_\_\_\_

**CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES**

FO de aspecto:  Limpo  d' exsudato  Contaminada  Aparelho gessado  Bandagens  Talas  Outros:

**INTERCORRÊNCIAS:** Não houve intercorrências, porém seguiu a POI nos curativos de ferida na DRA

Ass: Felipe Eduardo Pinto Luis    Coren: 13338  
 COREN-RN 13338-TE

**CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO**

Nível de consciência:  Consciente  Inconsciente  Narcose  Coma  Vigil  Agitado  
 Respiratório:  Intubado  Extubado  Cânula de Guedel  O<sub>2</sub> ambiente    Curativo:  Oclusivo  Compressivo  Bolsa de colostomia  Outro:  
 Diurese:  Espontânea  Normal  Hematúria  Irrigação Vesical  Oligúrico    Destino após a cirurgia: SE PA

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

Hora: 15:37    Data: 11/04/19    Nível de consciência:  Acordado  Sonolento  Narcose  Orientado  
 Desorientado  Agitado  Choro Vias aéreas:  Intubado  Extubado  Cânula de Guedel  Cateter O<sub>2</sub>  O<sub>2</sub> Ambier  
 Mobilização MMII:  Normal  Diminuída  Sem mobilidade    Mobilização MMSS:  Normal  Diminuída  Sem mobilidade  
 Venoclise:  Não  Sim Tipo: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Sondas:  Gástrica  Enteral  Vesical  
 Drenos:  Sucção  Torácico  Penrose  Kherr Ostomias:  Sim  Não Especifique:  
 Irrigação vesical contínua:  Retorno satisfatório  Retorno insuficiente  Coágulos  
 Curativo:  Oclusivo  Descoberto  Limpo  Sujo Monitorização:  ECG  Oxímetro  IPA

**INTERCORRÊNCIAS NA URPA**  Náuseas  Vômitos  Sangramento  Dor  Bexigoma  Alteração PA  Alteração FC

Relate: \_\_\_\_\_    Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado:	_____ ml
Soro Fisiológico:	_____ ml
Ringer:	<u>1500</u> ml
Irrigação vesical contínua:	_____ ml

SINAIS VITAIS						
Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão		<u>68</u>		<u>68</u>	<u>98</u>	
30'		<u>83</u>			<u>98</u>	
60'		<u>81</u>			<u>98</u>	
Alta		<u>84</u>			<u>98</u>	

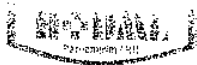
Medicações administradas URPA:				
Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:				
	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno de Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Paciente em PO de acordo de estado de saúde de James, curativo, orientado, seguiu a POI nos curativos após a cirurgia e atendimento a equipe de enfermagem

Ass: Felipe Eduardo Pinto Luis    Coren: RN





HOSPITAL DE DOCÊNCIA M. LUCENA

ALÉRGICO A DÍPIRONA

UNIDADE: MACA 1

MACA 1

PACIENTE: JAILSON FERREIRA DA SILVA

DATA: 13.04.19

1	DIETA LIVRE
2	SG 0,5% - 1000 ML, EV/24H
3	SF 0,9% - 500 ML, EV/24H
4	CEFALOTINA 1G - 01 FA + ABD, EV, 6/6H (DI 11/04/19)
5	TRAMAL 100 MG - 01 AMP + 100 ML SF 0,9%, EV, 8/8H
6	SSVV CCGG
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

EVOLUÇÃO=

1	<i>2º DPO</i>
2	<i>Pls. bom</i>
3	<i>Alta Hosp</i>
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

*12 ABR 2019*

HOSPITAL DE DOCÊNCIA M. LUCENA  
 CONFERE COM O ORDEMADO  
 Penamambuco 03/04/19  
*Ass*  
 Antonia Aldeizita Soares  
 Aux. em Saúde  
 Mat: 155.455-7



VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL, 22.04.96  
 Nº 11.684.741  
 JAILSON FERREIRA DA SILVA  
 Cicero Ferreira da Silva  
 Antonia Francisca de Paiva  
 Vera Cruz Rm.  
 Cert. Nasc. 10.02.1976  
 Cartorio Vera Cruz Rm.  
 José Roberto C. Machado

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 RIO DE JANEIRO  
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
 DEPARTAMENTO DE POLÍCIA  
 COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO  
 Não alfabetado  
 Fingerprint

CUMPRIR PUNDAÇA SINISTRO  
 3190694323



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

003.899.658

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

28/12/2017

NOME

ROCCO MELIANDE NETO

FILIAÇÃO

MARTINO CARMINE MELIANDE  
PASQUALINA PASQUALE MELIANDE

NATURALIDADE

RIO DE JANEIRO RJ

DATA DE NASCIMENTO

05/07/1965

DOC. ORIGEM

CERT. DE CASAMENTO L-BE5-A F-175 RG-1170  
SAO PEDRO DA ALDEIA RJ-CARTORIO UNICO-CARTORIO

CPF

912.337.807-78

Josebias Ferreira do N. J. <sup>1a.</sup> VIA  
Diretor de Identificação  
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - RN Nº 010348483381  
CERTIFICADO DE REGISTRO E QNCIENCIAMENTO DE VEICULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 10035800 INÍCIO: 2014 EXERCÍCIO: 2014

NOME: DANIELSON DE MORAIS SIMPLICIO

RENAVAM: 085.438.004-90 PLACA: OJX4853

PIACA ANT./URB: OJX4853

COMBUSTIVEL: GASOLINA

VEICULO: HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB: 2014 ANO MOD: 2014

CAP/MOT/CIL: 124 CILINDRADAS CATEGORIA: PARTICULAR COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: R\$ 16/05/2014 1º PAGO: R\$ 2844,32 2º PAGO: R\$ 2844,32 3º PAGO: R\$ 2844,32

PREMIO TAFIFANT (R\$): R\$ 16,00 DATA DE PAGAMENTO: 16/05/2014

\*\*\* TAXAS DETRAN - PAGO \*\*\* DPVAT - PAGO

ALIQEN. FID: EM FAVOR DE 59.205.341/0001-13  
BANCO PANAMERICANO S/A  
MOTOR: JCA 1E 1E 121381

NATAL/RN 25/04/2014

CCOAB - SUBSISTEMA DE DANOS E SINISTROS DO VEICULO

RN Nº 010348483381 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DANIELSON DE MORAIS SIMPLICIO

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

085.438.004-90 www.dpvatsegurodotransito.com.br OJX4853  
SAC DPVAT 0800 022 12041

RENAVAM: 085.438.004-90 PLACA: OJX4853

PREMIO TAFIFANT (R\$): R\$ 16,00 DATA DE PAGAMENTO: 16/05/2014

CUSTO DO BILHETE (R\$): R\$ 9,00 CUSTO DO SEGURO (R\$): R\$ 9,00

TOTAL A SER PAGO (R\$): R\$ 18,00

SEGURODPVAT - PAGO


**SEGURODPVAT - PAGO**

CNPJ 09.240.698/0001-04  
www.seguradoralider.com.br

0983189



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios de Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0447139/19

Vítima: JAILSON FERREIRA DA SILVA

CPF: 027.988.524-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/04/2019

Titular do CPF: JAILSON FERREIRA DA  
SILVA

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

JAILSON FERREIRA DA SILVA : 027.988.524-55

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

Outros



### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/12/2019  
Nome: JAILSON FERREIRA DA SILVA  
CPF: 027.988.524-55

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2019  
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo  
CPF: 131.414.327-16

JAILSON FERREIRA DA SILVA

Karen Rosa de Oliveira Azevedo



SEGURO A LÍDER DPVAT  
Rua da Assembleia, 100  
16º Andar  
Conc. RJ  
Cod.: 20.011-904



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TECNICO-CIENTIFICO DE PERICIA  
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO-II



*10.10.2011*



POLEGAR DIREITO

*Fernanda Christina Flor Linhares*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0447139/19

**Número do Sinistro:** 3190694323

**Vítima:** JAILSON FERREIRA DA SILVA

**CPF:** 027.988.524-55

**Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

**Data do acidente:** 09/04/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JAILSON FERREIRA DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Documentos de identificação

Outros

### ATENÇÃO

**O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.**

**A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

