

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO DE LIMA MOURA**

Nº Sinistro: **3180257075**

Vitima: **FABIO DE LIMA MOURA**

Data do Acidente: **01/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180257075**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12923104



Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2018

Carta nº: 13012891

A/C: FABIO DE LIMA MOURA

Nº Sinistro: 3180257075
Vítima: FABIO DE LIMA MOURA
Data do Acidente: 01/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARCOS BATISTA FABRICIO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **FABIO DE LIMA MOURA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000001953**

Conta: **0000010220-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: _____ CPF da Vítima: 080.936.154-07 Nome completo da vítima: FABIO DE LIMA MOURA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: FABIO DE LIMA MOURA CPF titular da conta: 080.936.154-07 Profissão: TEC. USU
Endereço: RUA SHALOM Número: 948 Complemento: CR30
Bairro: PAJUCARA Cidade: NATAL Estado: RN CEP: 59000-001
Email: _____ Telefone (DDD): (84) 98782-0218

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 1953 D/V 10220 CONTA NRO. 9 D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome: _____ RQ1: _____

AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

NATAL/RN 05 de JUNHO de 2018
Local e Data

PROTOCOLO RECEBIDO
05 JUN 2018
TERESA SOLADIM
CORRETORA DE SEGS

Fabio de Lima Moura
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

1953 - REIS MAGOS, RN

DATA: 05/06/2018

TERMINAL: 1003

NSU: 000419

HORA: 13:07:15

AUT.: 0017

COMPROVANTE DE DEPOSITO

NUM.DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 1953/013/00.010.220-9

NOME: FABIO DE LIMA MOURA

DEPOSITANTE:

O. M.

VALOR TOTAL:

~~100,00~~

VALOR DINHEIRO:

~~100,00~~

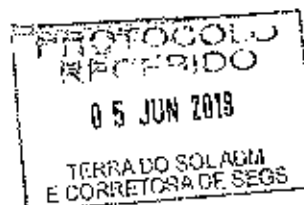
Informacoes, reclamacoes, sugestoes e elogios

SAC CAIXA 0800 726-0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 7257474

www.caixa.gov.br

1ª Via - Via Cliente



PROTÓCOLO
RECEBIDO

05 JUN 2018

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE EXTREMOZ

Endereço: RUA COMANDANTE DIDDIER VIANA, S/N, CONJUNTO ESTRELA DO MAR, EXTREMOZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018021000497

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 26/03/2018 15:02:33

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 01/02/2018 04:30:00

2.2 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: SN

2.10 Complemento: ESTRADA DA PRAIA DE GENIPABU

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIO E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: ESTRADA DA PRAIA DE GENIPABU

2.9 CEP: 59.575-000

2.11 Ponto de Referência: RIO DOCE

2.13 Cidade: EXTREMOZ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FÁBIO DE LIMA MOURA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Branca

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 08093815407

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: AUTÔNOMO

3.15 Telefone(s): 84 987602538

3.17 Número: 548

3.19 Bairro: PAJUSSARA

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: NATAL

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: JOÃO CAVALCANTE DE MOURA

3.6 Mãe: MARIA DO LIVRAMENTO DE LIMA MOURA

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 09/03/1988

3.14 RG: 002452720 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Nacionalidade: RIO DE JANEIRO RJ

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA SHALON

3.24 CEP: 59000001

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

6. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

8. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: 9C8KE122090005282

7.1.5 Placa: NIN02857

7.1.7 Marca: YAMAHA

7.1.9 Ano do Modelo: 2009

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: FÁBIO DE LIMA MOURA

7.1.17 Nome do condutor: FÁBIO DE LIMA MOURA

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam: 00986210638

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.8 Modelo: FACTOR YBR125 K

7.1.10 Ano de Fabricação: 2008

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DÓFATOS

9.1 Histórico

A VÍTIMA COMPARECEU A ESTA D.P. PARA INFORMAR QUE NA DATA DE 01/02/2018, POR VOLTA DAS 04:30 MINUTOS, PILOTAVA SUA MOTO DA PRAIA DE GENIPABU PARA NATAL, QUANDO NAS PROXIMIDADES DO RIO DOCE, UMA OUTRA MOTO ULTRAPASSOU O MESMO E FECHOU, QUE TENTOU DESVIAR, E COLIDIU COM UM VEÍCULO QUE VINHA NO SENTIDO OPOSTO, QUE FOI SOCORRIDO PELA SAMU ATÉ O HOSPITAL WALFREDO GURGEL EM NATAL E DEPOIS ENCAMINHADO AO HOSPITAL MEMORIAL. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 26/03/2018 15:02:33

Policial

Interessado

Polegar direito

Atendimento: 965006 - VICENTE DA SILVA CRUZ

Impresso por: 965006 - VICENTE DA SILVA CRUZ em 26/03/2018 15:02:40

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

FABIO DE LIMA MOURA

CPF da Vítima

080.936.131-07

Data do Acidente

01/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

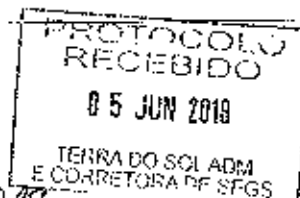
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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



NATAL/RN 05 de JUNHO de 2018

Local e Data

FABIO DE LIMA MOURA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

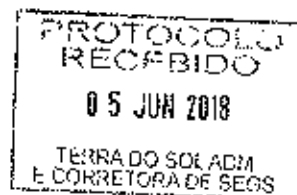
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 RN

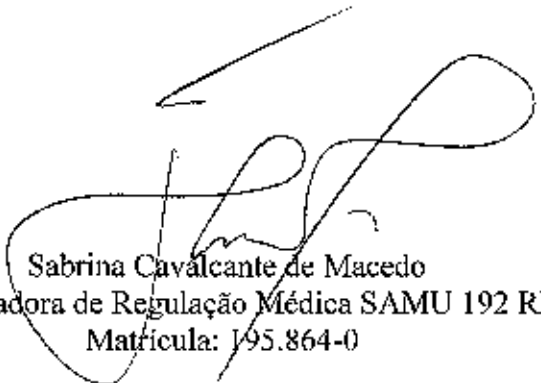


DECLARAÇÃO



Declaro para os devidos fins que se fazem necessário,
que foi encontrada a ocorrência de Nº 32961/1 referente a paciente **FABIO DE LIMA**
MOURA, 29 anos, atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192
RN, no dia 01/02/2018 em Estrada de Genipabu- Extremoz/RN. Vítima colisão moto/carro
Conforme ficha anexa.

Natal, 14 de março de 2018.


Sabrina Cavalcante de Macedo
Coordenadora de Regulação Médica SAMU 192 RN
Matrícula: 195.864-0

Nº: 32961/1

Data: 01/02/2018

CHAMADO

TARM: WIONADJA SAONARA DE MELO OLIVEIRA

Médico Regulação: UBIRATAN WAGNER DE SOUSA

Rádio Operador: HONDINELY FREITAS DE ARAÚJO

Médico Cena: IVAN AUGUSTO AGUIAR

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 27 (SÃO GONÇALO I)

Equipe VTR: FRANKLIN LOPES RODRIGUES - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
JOSÉ ERIVAN RAMALHO DOS S - TECNICO DE ENFERMAGEM☒ REGULAÇÃO
MÉDICA☐ TROTE☐ INFORMAÇÃO☐ ENGANO☐ QUEDA DA
LIGAÇÃO☐ CONTATO COM EQUIPE
SAMU☐ TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: EXTREMOZ

Nome do Solicitante: VALCLECIO

Telefone: (84) 98639-6220

Nome do Paciente:

FABIO DE LIMA MOURA

Idade: *

29 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

☐ Endereço não informado☐ Coordenadas Informadas

Latitude: Longitude:

Endereço: ESTRADA DE GENIPABU

Nº: VP

Bairro:

Outro Bairro: GENIPABU

Referência/Complemento: PX AO RIO DOCE -

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

Observações Rádio Operador: DR KARLA RECEBEU O PACNT HCS MACA PRESA

Queixa Primária: AUTO X MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

01/02/2018 04:50:14 - Dr(a). UBIRATAN WAGNER DE SOUSA

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: COLISAO MOTO X CARRRO. DUAS VITIMAS. ACORDADAS. POREM COM QUADRO DE AVULSAO TRAUMATICA DE JOELHO

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB, USA

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 01/02/2018 04:50:32 Usuário: (TARM) MARCELA NAYARA LETTE COSTA

Observação: DEPOIS DA AVENIDA MOEMA TINOCO // PX AO POSTO DE GASOLINA BR // PX A ROTATORIA

Data: 01/02/2018 04:52:39 Usuário: (RADIO OPERADOR) LUCIANO FERREIRA BARBALHO

Observação: USB 27 ACIONADA SAINDO DO PA SGA

Data: 01/02/2018 05:44:57 Usuário: (TARM) WIONADJA SAONARA DE MELO OLIVEIRA

Observação: VAGA REGULADA COM DR. MARCELO - SETOR DE POLITRAUMA DO HMWG.

Data: 01/02/2018 06:33:16 Usuário: (RADIO OPERADOR) HONDINELY FREITAS DE ARAÚJO

Observação: Controle de frota: DR KARLA RECEBEU O PACNT HCS MACA PRESA

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:	Regulação Médica:	Solicitação VTR:	Saída VTR:	Chegada Local:
01/02/2018 04:47:00	01/02/2018 04:50:14	01/02/2018 04:50:45	01/02/2018 04:52:08	01/02/2018 05:16:31
Saída Local:	Liberção VTR:			
01/02/2018 05:46:02	01/02/2018 06:33:13			

CONDUTA

 Remoção

Conduta Médico Regulador:

01/02/2018 05:40:26 - IVAN AUGUSTO AGUIAR

IMOBILIZAÇÃO, AVP, RINGER LACTATO, DAPIRONA IV, DICLOFENACO IM, QTI PSCS.

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL (NP) - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGE ▾

Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE - ▾

H. ligação ao serv. prop.:

: : 

F:

Recebido por:

Número do conselho:

Número da ficha de Remoção:

☐ Vaga Negada☐ Vaga Zero

Motivo da entrada:

▾

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

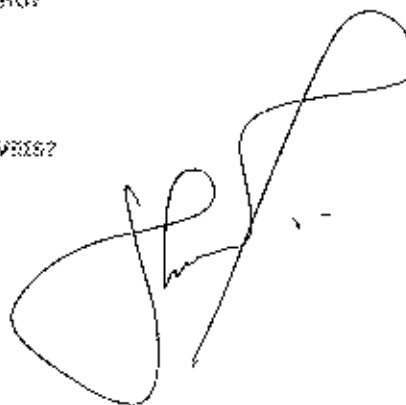
Data:

Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO

☐ Sim ☐ Não

VIOLENCIA A VULNERÁVEIS?

☐ Sim ☐ Não

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

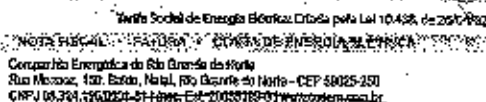
CLIENTE: FABIO DE LIMA MOURA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01953

CONTA: 000000010220-9

Nr. da Autenticação 5FD27ABAFF9C4ECE

**VALDOS DOBLENTE**

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

MARIA DO LIVRAMENTO DE CIMA NOZIRA

TV SHOW, ONE 545 CE-DEPARTA.TV

CPF: 878.827 444-34 NIS 12803113848

POTENGIARE L'URBANA
NATAL RN
5000-001

CLASSIFIED

61 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NPS
Santafé de Bogotá

CONTRA CONTRATO	MESURAM
0854583115	02/2016
DATA CANCELLAMENTO	DATA PREVENIÇÃO DA SUPRA
05/03/2018	27/02/2018

Nº DA NOTAFISCAL	SERIE	EMISSÃO
002737622	01804	24/02/2016
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
24/02/2016	3000597542	00015

DATA DE RECEBIMENTO: 05/03/2018 DATA DE EMISSÃO: 27/03/2018
VALOR DO EMPRÉSTIMO: 70000,00
COTAÇÃO: 1,0000
VALOR DO CANCELAMENTO: 4519,00

	CONTABILIZADO	PESQ (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Atividade 30 (kW/h)	20,7200000	0,16220746	5,46
Consumo Atividade 30 até 100 (kW/h)	70,5200000	0,21235594	24,68
Consumo Atividade superior a 100 até 220 (kW/h)	15,0000000	0,46553346	7,02
Contribuição Iluminação Pública			4,00
ICMS - Propriedade Imobiliária			4,82

<p> TOTAL DA FATURA </p>	45.19
--------------------------	-------

DENOMINATIVO DE CONSUMO DE BOMBA P162A									
Nº DO MOTOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO L	ALÍQUOTA	CONSUMO (WH)
20100005	CVT	26/05/98	12.564,38	26/05/98	12.564,38	26	1.000,00		115,00

Consumo de combustível

Motor 800

Velocidade (km/h)	Consumo (km/l)
1ª	14.5
2ª	13.5
3ª	12.5
4ª	11.5
5ª	11.0
6ª	10.8
7ª	10.6
8ª	10.5

Consumo de combustível

Motor 1000

Velocidade (km/h)	Consumo (km/l)
1ª	12.5
2ª	11.5
3ª	10.5
4ª	9.8
5ª	9.5
6ª	9.3
7ª	9.2
8ª	9.5

Consumo de combustível

Motor 1200

Velocidade (km/h)	Consumo (km/l)
1ª	11.5
2ª	10.5
3ª	9.5
4ª	8.8
5ª	8.5
6ª	8.3
7ª	8.2
8ª	8.5

Consumo de combustível

Motor 1500

Velocidade (km/h)	Consumo (km/l)
1ª	10.5
2ª	9.5
3ª	8.5
4ª	7.8
5ª	7.5
6ª	7.3
7ª	7.2
8ª	7.5

Consumo de combustível

Motor 1800

Velocidade (km/h)	Consumo (km/l)
1ª	9.5
2ª	8.5
3ª	7.5
4ª	6.8
5ª	6.5
6ª	6.3
7ª	6.2
8ª	6.5

Consumo de combustível

Motor 2000

Velocidade (km/h)	Consumo (km/l)
1ª	8.5
2ª	7.5
3ª	6.5
4ª	5.8
5ª	5.5
6ª	5.3
7ª	5.2
8ª	5.5

Consumo de combustível

Motor 2200

Velocidade (km/h)	Consumo (km/l)
1ª	7.5
2ª	6.5
3ª	5.5
4ª	4.8
5ª	4.5
6ª	4.3
7ª	4.2
8ª	4.5

Consumo de combustível

Motor 2400

Velocidade (km/h)	Consumo (km/l)
1ª	6.5
2ª	5.5
3ª	4.5
4ª	3.8
5ª	3.5
6ª	3.3
7ª	3.2
8ª	3.5

Consumo de combustível

Motor 2600

Velocidade (km/h)	Consumo (km/l)
1ª	5.5
2ª	4.5
3ª	3.5
4ª	2.8
5ª	2.5
6ª	2.3
7ª	2.2
8ª	2.5

Consumo de combustível

Motor 2800

Velocidade (km/h)	Consumo (km/l)
1ª	4.5
2ª	3.5
3ª	2.5
4ª	1.8
5ª	1.5
6ª	1.3
7ª	1.2
8ª	1.5

Consumo de combustível

Motor 3000

Velocidade (km/h)	Consumo (km/l)
1ª	3.5
2ª	2.5
3ª	1.5
4ª	1.0
5ª	0.8
6ª	0.7
7ª	0.6
8ª	1.0

Consumo de combustível

Motor 3200

Velocidade (km/h)	Consumo (km/l)
1ª	2.5
2ª	1.5

[illegible]

PROTOCOLO
RECEBIDO
05 JUN 2019
TERRA DO SOL AGM
E CORRENTINHA DE CEFOS

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MARCOS BATISTA FABRICIO inscrito (a) no CPF/CNPJ 8067831054-20,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FABIO DE LIMA MOENA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 080.936.159/07, do sinistro de DPVAT cobertura TRAFALIC da vítima
FABIO DE LIMA MOENA inscrito (a) no CPF sob o Nº 080.936.159/07, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>MARCOS BATISTA FABRICIO</u>		Número <u>110</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>TARDE DAS UNAS</u>	Cidade <u>NATAL</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59000-000</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular(DDD) <u>(84)98782-0211</u>

NATAL/RN 05 de JUNHO de 2018
Local e Data

MARCOS BATISTA FABRICIO
Assinatura do Declarante

PROTOCOLO
RECEBIDO
05 JUN 2018
TERMO DO SOLAM
E CORRETORIA DE SEGS



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 5033 /2018

Admissão: 01/02/2018 06:19:24

CIRURGIA GERAL - AMARELO

7.2

FATURADO

Paciente: 59623 - FABIO DE LIMA MOURA (29 a 10 m 23 d)

Nascimento: 09/03/1988 Natural: RIO DE JANEIRO, BRASIL

Sexo: M Cor: SEM
INFORMACAO

CNS: CPF:

Mãe: MARIA DO LIVRAMENTO DE LIMA MOURA

Pai:

Prof:

Logradouro: SHALOM, 548

CEP: 59125310

Bairro: PAJUÇARA

Cidade: NATAL

Telefone: 84.88888888

Compl:

PROTOCOLO
RECEBIDO

05 JUN 2018

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

Fluxograma:

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 26/02/18
MAT. Nº. 03
CLASSIFICACAO: 01/02/2018 06:12:48
ASSINATURA

OBS: Classificação: 01/02/2018 06:12:48

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	SAME	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	40/90/60		98%				100			

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISÃO MOTO/CARRO, FRATURA DE FEMUR EXPOSTA

Hora: 06:19

Paciente não chegou pelo SAMU com história de ter sofrido acidente moto-carro. Ele me se conduziu até o local em uma moto com uma fratura exposta no fêmur direito. Queixas de dor no local da fratura e no abdômen.

EGR, respiração e perf.

Estad: estável

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A - Visão: olhos claros

B - Boca: respiração

C - Pele: pele

D - Glasgow - 15

E - Exame físico: MESS, fratura exposta no fêmur direito, com presença de ferimento no abdômen.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Reinhado

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: Nervos cranianos	
ANAMNESE <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>6285600 15</p> <p>franco E</p> <p>SE ATENDENDO AO EXAME</p> <p>6285600</p> </div>	
EXAME FÍSICO <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>PELO CERRAEM</p> <p>SE - DE A EMPREGO DA</p> </div>	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>GLIMA. CENTEZIM</p> </div>	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	<div style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"> LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS </div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>ALTA DA NEURÓLOGIA</p> </div> <div style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"> OUTROS </div>
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>	<div style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"> ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>
<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin: 0 auto;"> <div style="text-align: center;"> <p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p> </div> </div>	

ELEMENTOS DA ESCALA DE DOR DE GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Oftalmos se abrem espontaneamente.	4
Oftalmos se abrem ao comando verbal (falso-entende com o desporto de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3)	3
Oftalmos se abrem por estímulo doloroso	2
Oftalmos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (WRV)	
Orientado (Responde corretamente e espontaneamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, hora, época, e data etc.)	4
Confuso/Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão	3
Palavras inapropriadas (fala incoerente, mas sem troca de palavras)	2
Sons ininteligíveis. (Demanda sem utilizar palavras)	1
Ausente.	
Melhor resposta motora (WRM)	
Obedece a ordem verbal. (Faz o que se diz quando não há ordenado)	4
Localiza estímulo doloroso.	3
Retirada inespecífica da dor.	2
Parcial flexão de (Deflexão)	1
Parcial relaxar a dor (Distensão)	0
Sem resposta motora.	1
Total	

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	12-15 = 3
	9-12 = 2
	6-9 = 1
	4-5 = 0
	3 = 0
FREQÜÊNCIA RESPIRATORIA	10-20 = 3
	20-30 = 2
	8-10 = 1
	1-5 = 0
	0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4
	75-90 = 3
	50-75 = 2
	1-40 = 1
	0 = 0

¹⁴ Escala de Trauma Revisada (RTS): São índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion HL, Sacco WL, Dopes, et al. A revision of the Trauma score. *J Trauma* 29(5): 624, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE
IAUS 2005

03 - 03:grave (necessidade de
intubação imediata):
09 - 09:monitorar:
14-15:leve

* Referência: TEASDALE G. JENNET, G. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

7. A escola propõe a prática de atividades esportivas e que comecem com idade superior a 8 anos. No caso de qualquer acidente ou doença que exija que a criança seja internada ou seja submetida a procedimentos médicos, a escola não se responsabiliza pelo tratamento, sendo necessário que os pais tenham conhecimento e autorização prévia para a participação da criança nas atividades esportivas.

SEMI DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Plor Passivo
0	1	2	3	4



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

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	PSCS / MMUV			2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE				4 - CNES
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
5 - NOME DO PACIENTE	FADCO DE LIMA LOUÇA			6 - Nº DO PROTOCOLO
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	1 FEMININO 2
	09/03/1988	1		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	Mª DO LIVRAMENTO DE LIMA LOUÇA			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	Paciente com história de acidente de moto e trauma em MCE.		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	Procedimento cirúrgico		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	RAX - PNEUM. FÍSICO.		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
Fract. de tórax (E)	T12		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
TRAUMA MOTO CIRÚRGICO	QUADRA		
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		29 - DT SOLICITAÇÃO	30 - CNS / CPF
044500012		01.02.18	
		31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	
		DR. DEAN GUARNEIRO DANTAS CRM 43417-1/2018 CON. 199.428.474-63	

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTES EXTERNOS, ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - 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, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde e luz dos valores éticos e humanitários.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

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	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	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRANSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	39 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
40 - CID PRINCIPAL			
41 - CID SECUNDÁRIO			
42 - CID SECUNDÁRIO			

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	44 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
46 - DT AUTORIZ.	47 - DT AUTORIZ.	
48 - CNS / CPF	49 -	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

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



Nome: FABIO DE LIMA LOPES

Idade:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 01.02.18 OMPONIA

Hora:

Paciente com história de acidente de moto e trauma em MIE que resultou em fraturas ósteoartros de Fêmur @.

DR. SEAN GUARNIERE R. DANTAS
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 47817 DEB 11044
CPF: 003.478.474-83

02/02/18 19:00

AC. MOTO CICLISTAS HA + 95h.
Frnt. OMPONIA FEMUR @ (T120 II)
Frnt. FEMUR M. PATELA @.
Frnt. Lumbosacral curvatura e mte
OT 25B + AGUSTO TIT 2016/18
VIA RIA.

Dr. Leonardo dos S. Correia
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10314 - CRM 4547

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 26/03/18
MAT. Nº.
SAME
ASSINATURA



GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis SarinhoFICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL

Identificação

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTE: _____ Leito: _____
Data de admissão: 01, 02, 2018 Alta: _____
Nome: Fabio de Biana Moura Naturalidade: Rio de Janeiro-RJ
Idade: 29 Sexo: (X) Masculino () Feminino Data de Nascimento: 09, 03, 1988
RG: 002.452.720 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: Fundamental
Filiação: Pai: João Cavalcante de Moura Mãe: Maria do Livramento de Biana Moura
Endereço: R. Pastor João Pedro, 258, Pajuçara Cidade: Natal - RN
Telefone: 988878432 - Maria Gorete - tia () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: _____ Outros telefones: 987415527 - Roberto
Composição familiar: Reside na casa da tia primo
Outras informações: Faz uso de (X) Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: moto boy Trabalho e vínculo empregatício (X) Não () Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () CAPS () SAO
Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa: NATAL 2610318

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares
(X) Socorrido em via pública () Outros meios
() Encaminhado: Hospital de origem: SAMU

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não (X) Sim Qual o motivo? Fratura de MIE
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Roberto de Biana Filho
Parentesco: primo Telefone: 987415527
Endereço do Responsável: o mesmo

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, ensinamentos, etc.)

Paciente vítima de colisão moto/carro
com fratura em membro inferior.
Solicitação de xerox de documentos e
orientação sobre exames hospitalar.

Saída

Óbito: Encaminhamento: IEP () SVO () DO () Obs. _____

Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____

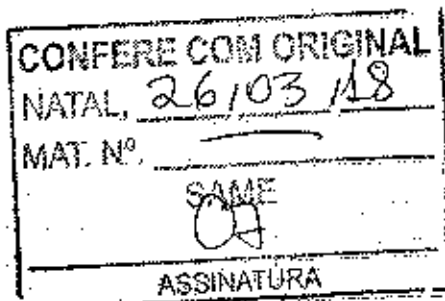
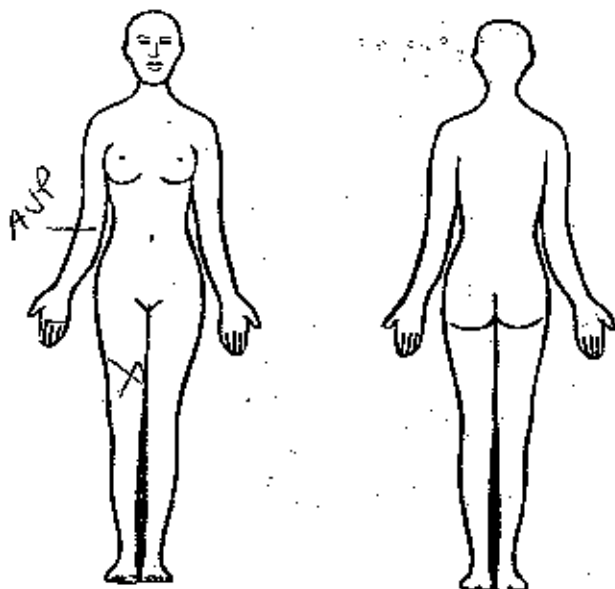
Orientações/Encaminhamentos: _____



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Fabio de Lima Moura
DATA DE NASCIMENTO: 09-03-1988 IDADE: 29 anos
REGISTRO: 104012018
DATA DE ADMISSÃO: 02-02-2018 HORA: 14:00
ADMISSÃO DO PACIENTE:
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Ortopedia
HIDRATAÇÃO: SIM (X) NÃO () VIA: PERIFÉRICO: (X) ACESSO CENTRAL: ()
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE (X) ORIENTADO (X) VIGIL () AGITADO ()
INCONSCIENTE: ()
ESTADO GERAL: BOM () REGULAR (X) GRAVE ()
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE (X) M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()
ALÉRGICO: SIM () NÃO (X)
DIABÉTICO: SIM () NÃO (X)
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO (X) OUTRAS PATOLOGIAS: X
MEDICAÇÕES EM USO: X
CIRURGIAS ANTERIORES: X
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM (X) NÃO ()
OBSERVAÇÃO: 2X
ÁREA DE TRICOTOMIA: X
ÁREA DE PUNÇÃO: X
HORA: X
HORA: X
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



INSTRUMENTADO: Emmanuel JALECON: _____ ACESSO CENTRAL: _____
CIRCULANTE: Renata
TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI (X) PERIDURAL () B.P.B. () LOCAL ()
OBS: _____
ANESTESISTA: Dr. Sara
INÍCIO DE ANESTESIA: 14:20
TÉRMINO DE ANESTESIA: 15:15
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: Cefazolina, 20g
HORA: 14:30hs

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Fabio Lima Moura

Reg. N°

Diagnóstico pré-operatório: Fus. 049073 fusione (C)

Indicação terapêutica:

Urgência (☒) Eletiva (☐)

INTERVENÇÃO

Data: 02/02/18 Início:

Término:

Duração:

Operador: Dr. Leonardo dos S. Curcio
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de Coluna
1º Auxiliar: TEOF 10344 - CRM 1547

CRM/CRO:

1º Auxiliar: T.E.C.F. 10344 - GRM 1527

CRM/CRO:

2° Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista:

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- ② Porcinto on 2014, SOB Anestesia
- ③ Lavagem + 95% Etanol fixo.
- ④ Imunizado na OROSIOL + POS PRIMA MORTUA +
Lavagem OROSIOL 20 FOCOS de FUSOES COM
SF 0,97.
- ⑤ Imunizar + SUTURA + CURTIDO.
- ⑥ PASSAR TELA FINESTRELA PROXIMO ④
- ⑦ SEM ATINGIR VASCULO 25% POI.

Dr. Leonardo S. Corrêa
Ortopedia e Traumatologia
Clínica da Coluna
TELE: 10344 - CRM 4547

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL 26103118

MAT. №

5. مناظر

ASSINATURA

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS): Não

M (MEDICAÇÃO EM USO):

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): Não

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS)

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL): Não

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

Raios x de tórax A.P. e L.

Raios x de coluna cerv. A.P. e L.

Raios x de coluna torácica A.P. e L.

Raios x de coluna lombar A.P. e L.

Raios x de bacia A.P. e L.

Dra. Karla Avelino
Urologista
CRM/RN 5319

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Raios x de joelhos A.P. e L.

OUTROS

Raios x de joelhos A.P. e L.

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Uretra 2.5m (P)

Voluntário 15g - Oligo SUI 20g

Dra. Karla Avelino
Urologista
CRM/RN 5319

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

0-45

U1 3mo - uretro - 20g

Forn 1000 200g

01 1000 200g

02 1000 200g

- 1000 200g

Sua 1000 200g

RM 1000 200g

Antonio Capistrano
Cir. Buco-Maxilo-Facial
CRM/RN 1918

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: BNF

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2: NCR

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3: Ortopedia

HORA:

DATA:

Dra. Karla Avelino
Urologista
CRM/RN 5319

MÉDICO (CARIMBO)

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

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

O EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO E A AVALIAÇÃO DETALHADA CRITÉRIOS DO PACIENTE (DA CABEÇA AOS PÉS), VEJA, NÃO APENAS OLHE; OUÇA, NÃO APENAS ESCUTE; SINTA, NÃO APENAS TOQUE.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ORTOPEDIA 08.186

ANAMNESE

Paciente com história de acidente de
carro e / Poliomielite que resultaram em
fratura baciais de forma (E).

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE: INTERNAÇÃO

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: ORTOPEDIA

DATA: 01 / 02 / 18

HORA: 08:21

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☒À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐S.V.O. ☐I.T.E.P. ☐DR. BRUNO MARINHO DE CARVALHO
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 47817601 / 1044
RPF: 788.425-474-03

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐S.V.O. ☐I.T.E.P. ☐

INÍCIO DE CIRURGIA: 14:40

CIRURGIÃO: Dr. Leonardo

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

TIPO DE CIRURGIA: Ulc. crônica de platina exposta de fêmur esquerdo.

TÉRMINO DE CIRURGIA: 15:10

SONDAGEM VESICAL: SIM (x) NÃO ()

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (x)

Nº DA SONDA:

EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (x)

Nº DA SONDA:

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (x)

RX: SIM () NÃO (x)

TIPO:

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (x)

TIPO:

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (x)

FEITO FICHA: SIM () NÃO (x)

MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (x)

ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM () NÃO (x)

FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO (x)

DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO (x)

COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM () NÃO (x)

QUANTIDADE:

GAZES CONFERIDAS: SIM () NÃO (x)

QUANTIDADE:

CAIXA CIRÚRGICA: Básica

COMPLETA: SIM (x) NÃO ()

OBS.:

ÓBITO: SIM () NÃO (x)

HORA:

REALIZADO RCP: SIM () NÃO (x)

NÃO (x)

RESPONSÁVEL PELA RCP:

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (x) UTI () ALTA ()

EM AR AMBIENTE: SIM (x) NÃO ()

TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO (x)

NÃO (x)

ENTUBADO: SIM () NÃO (x)

PREENCHIDO AIH: SIM (x) NÃO ()

FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (x) NÃO ()

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (x) NÃO ()

OBSERVAÇÕES: Paciente admitido no CC proveniente da UTIpedia. Foi monitorizado, submetido a anestesia, reali-zado limpeza do MIB e realizado cirurgia sem in-terferências. Realizado cateterismo de alívio pela en-fermeira. Maciça. Colocado fêrula com 6kg. PA:143x78 mmHg. FC: 79bpm e SPO2: 98%. 15:20 liberado pelaanestesia e encaminhado ao CC.

+ seu

Brenna Lucyely B. Marques

Téc. em Enfermagem

COREN 584170

Brenna Lucyely B. Marques

Téc. em Enfermagem

COREN 584170

Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Assinatura do Circulante

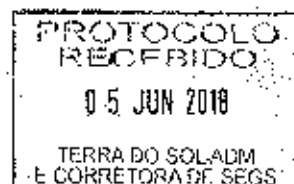
Emanuela

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

Hospital Memorial de Natal

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



FICHA DE INTERNAMENTO

Dados do Paciente

Paciente: **FABIO DE LIMA MOURA** Registro: **127354**
Idade: **30** anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
RG: **002452720** CPF: **080.936.154-07** Nascimento: **09/03/1988**
Endereço: **RUA SHALOM** N.: **PAJUÇARA**
Cidade: **NATAL** UF: **RN** CEP: **59125310** Fone: **84987038768**
Profissão: **VENDEDOR - NO COMERCIO DE MERC** Mãe: **MARIA DO LIVRAMENTO DE LIMA MOURA**

Dados do Internamento

Admissão: **12/02/2018 19:31** Entrada: **12/02/2018 19:31** Previsão saída: **14/02/2018 11:00** Atendente: **LUCIAS**
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Matrícula/CNS: **702602711275146**
Médico: **Dr. HERMANN COSTA GOMES** CRM: **4843**

ENFERMARIA 110-B

Dados do Responsável

Responsável: **MARIA DO LIVRAMENTO DE LIMA MOURA** CPF: **001060556 RN**
Parentesco: **MAE**

Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou responsável 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.

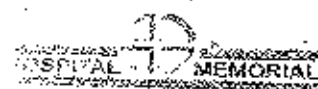
Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo a acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora esta autorizada a emitir as respectivas duplicatas em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

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

Maria do Livramento de Lima Moura
HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.932-920 Natal / RN
Confirmação original
Em 12/02/2018
F. J. J. J.

Observações

AC. COM GUIA DE AIG 02 FOLHAS DE RX



Hospital Memorial de Natal

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

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

hmemorial@juvalymail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 12/02/2018 19:32

Dados do Paciente

Paciente: **FABIO DE LIMA MOURA**

Registro: **127354**

Num. RG: **002452720**

CPF: **080.936.154-07**

Nascimento: **09/03/1988**

30

anos

Sexo: **Masculino**

Est. Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **RUA SHALOM**

N.º:

Bairro: **PAJUÇARA**

Cidade: **NATAL**

UF: **RN**

CEP: **59125310**

Fone: **84987038768**

Profissão: **VENDEDOR - NO COMERCIO DE MERC**

Mãe: **MARIA DO LIVRAMENTO DE LIMA MOURA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1**

Entrada: **12/02/2018 19:31**

Previsão saída: **14/02/2018 11:00**

Atendente: **LUCIAS**

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Matrícula/CNS: **702602711275146**

Médico: **Dr. HERMANN COSTA GOMES**

CRM: **4843**

ENFERMARIA 110-B

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____

Motivo: _____

Data da Baixa: _____

No. de dias de hospitalização: _____

No. de US: _____

Doc. Apresentado: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Procedência: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratórios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.922-920 Natal / RN
Confira sua original
Em _____

Dados do Paciente

Paciente: **FABIO DE LIMA MOURA**

Registro: **127354**

Num. RG: **002452720**

CPF: **080.936.154-07** Nascimento: **09/03/1988** 30 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **RUA SHALOM**

N.º

Bairro: **PAJUÇARA**

Cidade: **NATAL**

UF: **RN**

CEP: **59125310**

Fone: **84987038768**

Profissão: **VENDEDOR - NO COMERCIO DE MERC**

Mãe: **MARIA DO LIVRAMENTO DE LIMA MOURA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1**

Entrada: **12/02/2018 19:31** Previsão saída: **14/02/2018 11:00** Atendente: **LUCIAS**

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Matrícula/CNS: **702602711275146**

Médico: **Dr. HERMANN COSTA GOMES**

CRM: **4843**

ENFERMARIA 110-B

Dados do Responsável

Responsável: **MARIA DO LIVRAMENTO DE LIMA MOURA**

CPF:

RG: **001060556 RN**

Parentesco: **MAE**

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) **Dr. HERMANN COSTA GOMES**

ou cirurgia:

, a realizar o seguinte procedimento, tratamento

2. - O(A) **Dr. HERMANN COSTA GOMES**

, 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 [☒] Responsável

Maria do Livramento de Lima Moura

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.

Dr. HERMANN COSTA GOMES - CRM 4843

HOSPITAL MEMORIAL
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979
TIROL - NATAL - RN
Fone: 3133-4200 / 3102-1228
Carimbo com original
Em: ____/____/____

Reg: 1127354 NOME: FABIO DE LIMA MOURA ARTO:

Cirurgia Realizada: Cirurgia de fratura de fêmur + Osteotomia de fêmur + Tratamento cirúrgico de patela Es + Retirada de pino intraosseo

DATA: 30/07/2018 INICIO: 08h HS: MIN: TÉRMINO: 10h HS: MIN:

EQUIPE	NOME	CIC/MF	CRM	CIRURGIA
Cirurgião	FABIO ROBERTO A. DE LIMA	Dr. Fabio Roberto A. de Lima	Dr. Fabio Roberto A. de Lima	Pequena
1 Auxiliar				Média
2 Auxiliar				Grande
Anestesiologista	TIAGO CARVALHO			Múltipla
Instrumentador				
Ato:				

1. Assepsia e Antissepsia 2. Colocação de campos estereis. 3. Retirada de tração de pino intraosseo. 4. Debridamento de tecidos desvitalizados 5. Realização de incisão lateral em coxa E 6. Divulsão por planos 7. Osteotomia de fêmur esquerdo para redução direta da fratura 8. Colocação de placa DCP furos e fixação com 10 parafusos corticais 9. Incisão paramediana medial em joelho e fixação com 10 parafusos corticais 10. Sutura cirúrgica

COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
FIO				DESCARTÁVEL			
000356	Água Fisiológica 100ml	AMP	01	060320	Meia Tubular 12cm	ROL	
000326	Água Fisiológica 100ml	AMP	01	060321	Meia Tubular 15cm	ROL	
028988	Água Fisiológica 200ml	AMP	01	060322	Máscara Descartável	UND	06
000057	Clorfeniramina 1g	AMP	01	060330	Protex 2 vias	UND	01
000098	Decadron 4mg/1ml	AMP	01	064794	Podofina Oregemante 1ml	ML	180
000713	Glicose 25% 100ml 1ml	AMP	01	064787	Povidine Tópico 1ml	ML	180
004288	Glicose 50% 100ml 1ml	AMP	01	065567	Selso Líquido	ML	180
004703	Hipoclorito 50%	FRS	01	060733	Sepalina Descartável	UND	12
005048	Iodo Povidona 1%	FRS	01	063223	Seringa Desc. 01cc 21 Agulha	UND	
015111	Keflin Naftio 1g	COM	01	062443	Seringa Desc. 03cc 21 Agulha	UND	
006687	Novorajina 2ml 1ml	AMP	01	062476	Seringa Desc. 05cc 21 Agulha	UND	02
007488	Profenid 100mg 1ml	AMP	01	063209	Seringa Desc. 10cc 21 Agulha	UND	02
008829	Solução Ringier 0.5ml	FRS	01	063216	Seringa Desc. 20cc 21 Agulha	UND	01
008449	Solução Ringier 0.5ml	FRS	01	DESCARTÁVEIS			
028125	Soro Fisiológico 100ml	FRS	01	063120	Sonda Urteral 10	UND	
008718	Soro Fisiológico 5% 500ml	FRS	025	063144	Sonda Urteral 12	UND	
008740	Soro Glicoseado 5% off 500	FRS	01	063151	Sonda Urteral 14	UND	
008835	Xylocaina 2% 500ml	AMP	01	063169	Sonda Urteral 16	UND	
010028	Xylocaina Gel 2%	BSG	01	063103	Sonda Urteral 18	UND	
	Xylocaina 2%	BSG	01	060550	Sonda Urteral 20	UND	
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				
	Xylocaina 2%	BSG	01				

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 127354 IH: 1 Paciente: **FABIO DE LIMA MOURA**
Nascimento: 09/03/1988 30 anos Internação: 12/02/2018 19:31:00 Leito: **ENFERMARIA 110-B**

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

20/02/2018 08:25:39 COREN - 662098 - MARIA ELIZABETE B. PEREIRA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR+PATELA, ACOMPANHADO DE SEU FAMILIAR E MAQUEIRO. CONSCIENTE, ORIENTADO (A), EM O2 AMBIENTE, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, DM E HAS, FOI PUNCIONADO(A) COM CATETER VENOSO Nº 18 VIABILIZANDO SF0,9% E SEQUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Doença pré-existente:

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

Assinatura Responsável

Maria Elizabete Barbosa Pereira

Outros Exames:

SRPA

20/02/2018 08:25:39 COREN - 662098 - MARIA ELIZABETE B. PEREIRA

Nível consciência: CONSCIENTE

Oxigenoterapia: O2 AMBIENTE

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

Hipotensão: NÃO Raio X de Controle:

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE POL. CONSCIENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA HVP., COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, DIURESE ESPONTÂNEA, PRECISA REALIZAR RX DE CONTROLE, ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES, SEQUE ENCAMINHADO ATÉ O LEITO ACOMPANHADO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM.

Assinatura Responsável

Maria Elizabete Barbosa Pereira

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.622-774 Natal / RN
Contato: 3133-4200
E-mail: hmemorial@veloxmail.com.br

RELATORIO ANESTESIA

Paciente vítima de TRAUMA CONTUSO, com Fratura do Fêmur e PATELA ESQUERDA

PRÉ-ANESTÉSICO:

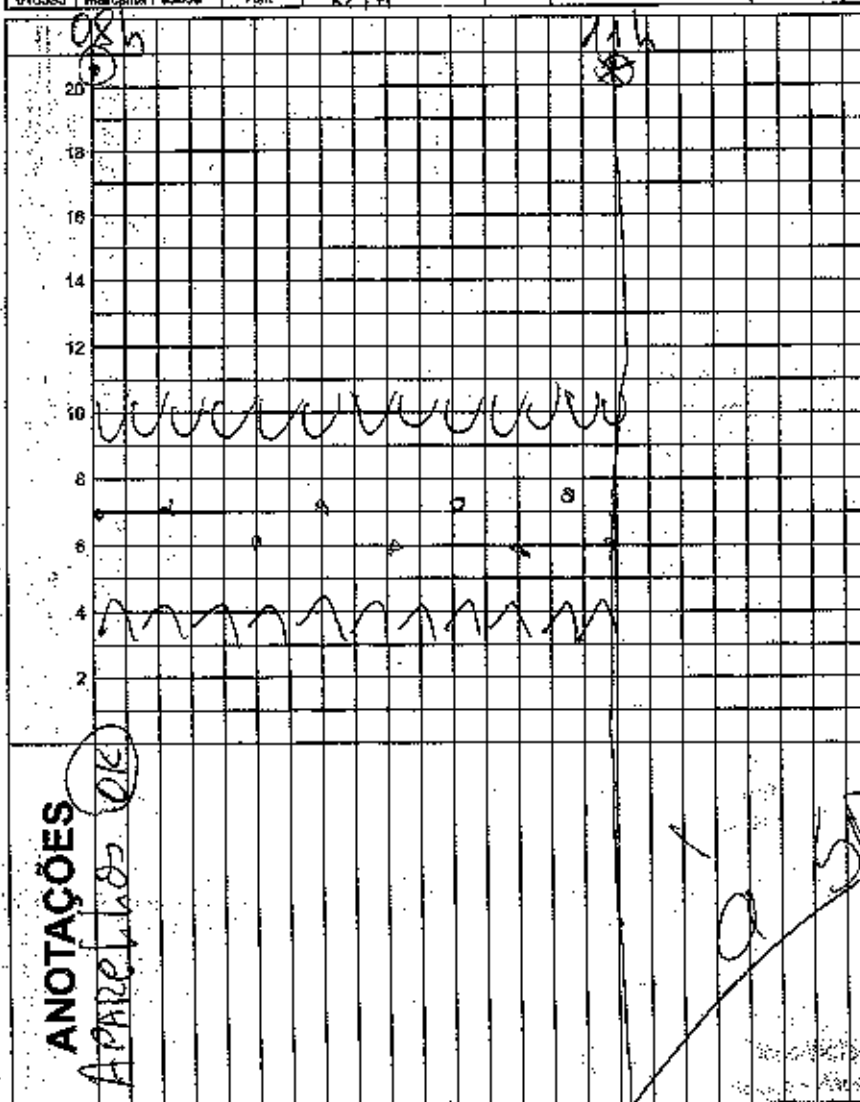
DROGAS:

TÉCNICA ANESTÉSICA:

RAQUI SIMPLEX + SEDACAL EU

DROGAS USADAS NA ANESTESIA

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
000150	Adrenalina	AMP		000818	Neram	AMP		MEDICAMENTOS			
028055	Água Bacteriada	AMP		007527	Plast 10mg	AMP		001301	CELEBREX	1g	02A
000942	Atropina 2%	AMP		007538	Prostigmina	AMP		001302	DOXA	10g	01A
002050	Cloreto de Potássio	AMP		008292	Ketalar	AMP		001303	DIPIRONE	1g	01A
001460	Cloreto de Sódio	AMP		003253	Quelidm 100mg	AMP		001304	DIPIRONE	2g	01A
018820	Demorol 20mg	AMP	01A	000040	Quelidm 500mg	AMP		001305	FRANSAMIN	250g	01A
002145	Digibaz	AMP		003543	Rapitem	AMP					
002353	Dolergina	AMP		000974	Sevorane	ML					
003060	Dormomid 16mg	AMP	01A	009449	Sol. Ringier Simples	FRS	03FR				
017075	Dormomid 6mg	AMP		028125	Sol. Fisiológica	FRS					
009071	Eptafi	AMP		008740	Sol. Glucoado	FRS					
003511	Fenamil 2ml	AMP	01A	008829	Sol. Ringier Laetado	FRS					
003730	Forane	ML		001002	Thiopentibutal	FRS					
017098	Halotano	ML		009013	Trigolium	AMP					
004695	Hypnomidate	AMP		009727	Vallium	AMP					
002467	Inocid	AMP		001475	Xilocaina 1%	AMP					
010588	Lancast	AMP		002665	Xilocaina 2% c/A	AMP					
005887	Marsalina 0,5 c/A	AMP		010028	Xilocaina 2% c/A	AMP					
005894	Marsalina 0,5 c/A	AMP		010033	Xilocaina Pesada	AMP					
010585	Marsalina Pesada	AMP	01A								



Interocorrências

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Oxímetro	SIM
Cardioscópio	SIM
Capnógrafo	
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Oxigênio Líquido	2L/min
Protóxido Líquido	

ANOTAÇÕES

Aparelhos OK

a SRPA

Dr. Tiago Victor A. Carvalho
Médico - Anestesiologista
CRM/RN 7134

INÍCIO ANESTESIA:

INÍCIO CIRURGIA:

DATA:

20/02/2018

FIM ANESTESIA:

FIM CIRURGIA:

ANESTESIOLOGISTA:

CRM:

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 20/02/2018 11:10

Dados do Paciente

Registro: 127354 JH: 1

Paciente: FABIO DE LIMA MOURA

Nascimento: 09/03/1988

30 anos

Internação: 12/02/2018 19:31:00

Leito: ENFERMARIA 110-B

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: RAQUIANESTESIA+SEDACÃO VENOSA

Anestesiologista: DRº TIAGO

Tipo: FRATURA DE FEMUR+PATELA

Cirurgião: DRº FABIO

Instrumentador: JOSE ROBERTO

Circulante: NEEMIAS

Tipo curativo: LIMPO E OCLUIDO

Tem material para biópsia/cultura: NÃO

Inf.sanguínea: NÃO

Monitoração correta: SIM

Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: CEFAZOLINA 2G

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

PCT ADMITIDO EM SALA PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO, CONSCIENTE E ORIENTADO EM Oº AMBIENTE. EM HVP SF 0,9% NO MSD COM JELCO DE Nº18 PELO TECNICO NEEMIAS. PCT NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, NEGA PATOLOGIAS. PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRENCIAS E ENCAMINHADO AO CRO SOB EFEITO ANESTESICO, ONDE FICA EM OBSERVAÇÃO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: 01

NEEMIAS GERMANO DA SILVA

NEEMIAS GERMANO DA SILVA
COREN - 1024886

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 54.522-020 Natal / RN
Confira este original
Em, ____/____/____



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: FABIO DE LIMA MOURA
Convênio: SUS MUNICIPAL
Unidade: POSTO I
Leito: ENFERMARIA 110-B
Admissão: 12/02/18 19:31
Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com:

Idade: 29 anos
Reg.: 127354
Prontuário:

0 dia(s) de internação

12/02/2018 19:48

1) DIETA LIVRE

Horários de Aplicação 6476

(SND)

2) TRAMADOL 50mg Comprimido

Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.

22:00

08:00

14:00

3) RANITIDINA 150mg comprimido

Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.

22:00

12:00

12:00

4) RIVAROXABANA 10mg comprimido

Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.

22:00

5) DIPIRONA 500mg/mL 40gotas FLT

Uso: 1 flaconete, via oral, A critério médico.

Uso: 40 gotas, via oral, se necessário a critério médico.

Indicações

Analgésico e antipirético.

(SND)

6) METOCLOPRAMIDA

Uso: 1 flaconete, via oral, 08 em 08 horas Se Necessário.

(SN)

7) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas

8) CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo

Dr. WENDEL FERREIRA COSTA
CRM - 6476

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvêncio Lins, 1791
Tiroi 55.021-710
Confira seu original
Em: ____/____/____

6

Prescrição Médica / Evolução Clínica



Paciente: FABIO DE LIMA MOURA
Convênio: SUS MUNICIPAL
Unidade: FOSTO I
Leito: ENFERMARIA 110-B
Admissão: 12/02/18 19:31
Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com re

Idade: 29 anos
Reg.: 127354
Prontuário:
1 dia(s) de internação

	Horários de Aplicação	4843
13/02/2018 19:02	(SND)	
1) DIETA LIVRE	22:00, 06:00, 14:00	
2) TRAMADOL 50mg Comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	22:00, 10:00	
3) RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	22:00	
4) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.	(SND)	
5) DAPIRONA 500mg/mL 40gotas FLT Uso: 1 flaconete, via oral, A critério médico. Uso: 40 gotas, via oral, se necessário a critério médico. Indicações Analgésico e antipirético.	(SN)	
6) METOCLOPRAMIDA Uso: 1 flaconete, via oral, 08 em 08 horas Se Necessário.	(N. 111) (ATENÇÃO)	
7) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas		
8) CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo		

Dr. HERMANN COSTA GOMES
CRM - 4843

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvana Lacerda, 979
Tijó 58.523-675 Natal / RN
Contato para original
Em: / /



Prescrição Médica / Evolução Clínica

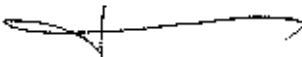
Paciente: FABIO DE LIMA MOURA
Convênio: SUS MUNICIPAL
Unidade: POSTO I
Leito: ENFERMARIA 110-B
Admissão: 12/02/18 19:31
Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com

Idade: 29 anos
Reg.: 127354
Prontuário:

2 dia(s) de internação

14/02/2018 19:00

	Horários de Aplicação	4843
1) DIETA LIVRE	(SND)	
2) TRAMADOL 50mg Comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	22:00 08:00 14:00	
3) RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	22:00 10:00	
4) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.	22:00	
5) DIPIRONA 500mg/mL 40gotas FLT Uso: 1 flaconete, via oral, A critério médico. Uso: 40 gotas, via oral, se necessário a critério médico. Indicações Analgésico e antipirético.	(SND)	
6) METOCLOPRAMIDA Uso: 1 flaconete, via oral, 08 em 08 horas Se Necessário.	(SN)	
7) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas	(M)	
8) CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo	(ATENÇÃO)	


Dr. HERMANN COSTA GOMES
CRM - 4843

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lacerda, 979
Tiro 59 922-420 Natal / RN
Confira data original
Em, ____/____/____

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: FABIO DE LIMA MOURA

Idade: 29 anos

Convênio: SIJS MUNICIPAL

Reg.: 127354

Prontuário:

Unidade: POSTO I

Leito: ENFERMARIA 110-B

Admissão: 12/02/18 19:31

3 dia(s) de internação

Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com ra

15/02/2018 19:00

Horários de Aplicação

4843

1) DIETA LIVRE

(SND)

2) TRAMADOL 50mg Comprimido

Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.

22:00, 08:00, 14:00

3) RANITIDINA 150mg comprimido

Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.

22:00, 10:00

4) RIVAROXABANA 10mg comprimido

Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.

22:00

5) DAPIRONA 500mg/mL 40gotas FLT

Uso: 1 flaconete, via oral, A critério médico.

Uso: 40 gotas, via oral, se necessário a critério médico.

Indicações

Analgésico e antipirético.

(SND)

6) METOCLOPRAMIDA

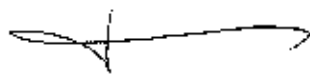
Uso: 1 flaconete, via oral, 08 em 08 horas Se Necessário.

(SN)

7) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas

8) CABECEIRA ELEVADA 45°. Contínuo

(ATENÇÃO)


 Dr. HERMANN COSTA GOMES
 CRM - 4843

 HOSPITAL MEMORIAL
 Av. Juvêncio Lins, 879
 Tirol 58.922-020 Indaiá / RN
 Confira com original
 Em, ____/____/____

Prescrição Médica / Evolução Clínica



Paciente: FABIO DE LIMA MOURA
 Convênio: SUS MUNICIPAL
 Unidade: POSTO I
 Leito: ENFERMARIA 110-B
 Admissão: 12/02/18 19:31
 Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais

Idade: 29 anos
 Reg.: 127354
 Prontuário:

4 dia(s) de internação

16/02/2018 19:00

	Horários de Aplicação	4843
1) DIETA LIVRE	D4 (SND)	
2) TRAMADOL 50mg Comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	D4 22:00 06:00 14:00	
3) RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	D4 22:00 10:00	
4) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.	D4 22:00	
5) DIPERONA 500mg/mL 40gotas FLT Uso: 1 flaconete, via oral, A critério médico. Uso: 40 gotas, via oral, se necessário a critério médico. Indicações Analgésico e antipirético.	D4 (SND)	
6) METOCLOPRAMIDA Uso: 1 flaconete, via oral, 08 em 08 horas Se Necessário.	D4 (SN)	
7) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas	D4 (N)	
8) CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo	D4 (ATENÇÃO)	

Dr. HERMANN COSTA GOMES
 CRM - 4843

HOSPITAL MEMORIAL
 Av. Juvencel Lins de Azevedo, 8791
 Tirol 39.222-021 Natal / RN
 Confira sua original
 Em, ___/___/___

Prescrição Médica / Evolução Clínica



Paciente: FABIO DE LIMA MOURA
 Convênio: SUS MUNICIPAL
 Unidade: POSTO I
 Leito: ENFERMARIA 110-B
 Admissão: 12/02/18 19:31
 Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com ra

Idade: 29 anos
 Reg.: 127354
 Prontuário:

5 dia(s) de internação

17/02/2018 19:00

Horários de Aplicação 7036

1) DIETA LIVRE

(SND)

2) TRAMADOL 50mg Comprimido
 Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.

22:00, 06:00, 14:00

3) RANITIDINA 150mg comprimido
 Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.

22:00, 06:00, 14:00

4) RIVAROXABANA 10mg comprimido
 Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.

22:00,

5) DAPIRONA 500mg/mL 40gotas FLT
 Uso: 1 flaconete, via oral, A critério médico.
 Uso: 40 gotas, via oral, se necessário a critério médico.
 Indicações
 Analgésico e antipirético.

(SND)

6) METOCLOPRAMIDA
 Uso: 1 flaconete, via oral, 08 em 08 horas Se Necessário.

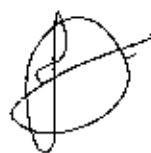
(SN)

7) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas

(AT)

8) CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo

(ATENÇÃO)



Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
 CRM - 7036

HOSPITAL MEMORIAL
 Av. Juvenal Lacerda, 879
 Tirol 55.522-927 Nível / RH
 Confira com original
 Em, / /



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **FABIO DE LIMA MOURA**
Convênio: **SUS MUNICIPAL**
Unidade: **POSTO I**
Leito: **ENFERMARIA 110-B**
Admissão: **12/02/18 19:31**
Diag.: **M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais**

Idade: **29 anos**
Reg.: **127354**
Prontuário:

6 dia(s) de internação

8/02/2018 18:00

	Hóraros de Aplicação	7036
DIETA LIVRE	D6 (SND)	
TRAMADOL 50mg Comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	D6 22:00 06:00 14:00	
RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	D6 22:00	
RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.	D6 22:00	
DIPIRONA 500mg/mL 40gotas FLT Uso: 1 flaconete, via oral, A critério médico. Uso: 40 gotas, via oral, se necessário a critério médico. Indicações Analgésico e antipirético.	D6 (SND)	
METOCLOPRAMIDA Uso: 1 flaconete, via oral, 08 em 08 horas Se Necessário.	D6 (SN)	
SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas	D6 (M) (M) (T)	
CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo	D6 (ATENÇÃO)	

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
CRM - 7036

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lacerda, 970
Tirol 59.923-076 Natal / RN
Compare com original
Em, 1/1



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: FABIO DE LIMA MOURA

Idade: 29 anos

Convênio: SUS MUNICIPAL

Reg.: 127354

Prontuário:

Unidade: POSTO I

Leito: ENFERMARIA 110-B

Admissão: 12/02/18 19:31

7 dia(s) de internação

Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com re

19/02/2018 19:00

Horários de Aplicação

7036

1) DIETA LIVRE

(SND)

2) TRAMADOL 50mg Comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.

22:00 08:00 14:00

3) RANITIDINA 150mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.

22:00 10:00

4) RIVAROXABANA 10mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.

22:00

5) DAPIRONA 500mg/mL 40gotas FLT
Uso: 1 flaconete, via oral, A critério médico.
Uso: 40 gotas, via oral, se necessário a critério médico.
Indicações
Analgésico e antipirético.

(SND)

6) METOCLOPRAMIDA
Uso: 1 flaconete, via oral, 08 em 08 horas Se Necessário.

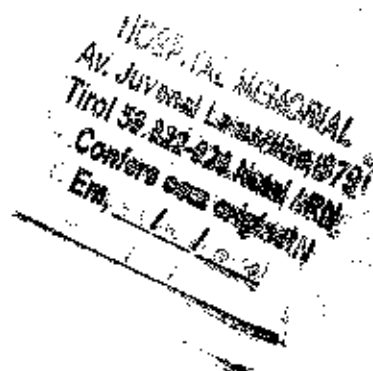
(SN)

7) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas

(M M T)

8) CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo

(ATENÇÃO)

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
CRM - 7036

Prescrição Médica / Evolução Clínica



Paciente: FABIO DE LIMA MOURA
 Convênio: SUS MUNICIPAL
 Unidade: POSTO I
 Leito: ENFERMARIA 110-B
 Admissão: 12/02/18 19:31
 Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com ra

Idade: 29 anos
 Reg.: 127354
 Prontuário:

8 dia(s) de internação

20/02/2018 10:59	Horários de Aplicação	7036
1) DIETA LIVRE	(SND)	
2) DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.	18:00 00:00, 06:00, 12:00 <i>Tauriana</i>	
3) DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	14:00 22:00, 06:00 <i>S</i>	
4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário. DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%	(SN)	
5) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD.	14:00 22:00, 06:00 <i>S</i>	
6) METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.	(SN)	
7) RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	18:00 06:00 <i>Tauriana</i>	
8) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000mL Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, Ao dia.	(500 500) <i>S</i>	
9) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única. 6h apos cirurgia	20:00	
10) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG)	(S N M) <i>S</i>	
11) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário	(SN)	

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
 CRM - 7036

HOSPITAL MEMORIAL
 Av. Juvareli Lameiro, 879
 Tirol 55.923-874 Natal / RN
 Confira com original
 Em, ___/___/___

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: FABIO DE LIMA MOURA
 Convênio: SUS MUNICIPAL
 Unidade: POSTO I
 Leito: ENFERMARIA 110-B
 Admissão: 12/02/18 19:31
 Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com re

Idade: 29 anos *AL*
 Reg.: 127354 Prontuário:
 8 dia(s) de internação



20/02/2018 19:00

1) DIETA LIVRE

2) DIPIRONA 500mg/mL ampola
 Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.

3) DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido
 Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.

4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola
 Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.
 DILUIR EM 100ML DE SFO 0.9%

5) CEFAZOLINA SODICA, 1g frasco ampola
 Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.
 DILUIR EM 10 ML DE ABD.

6) METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL
 Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.

7) RANITIDINA 150mg comprimido
 Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.

8) SORO FISIOLÓGICO 0.9% 1000mL
 Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, Ao dia.

9) RIVAROXABANA 10mg comprimido
 Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única.
 6h apos cirurgia

10) SINAIS VITAIS (SSV + CCGG)

11) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário

12) CURATIVO. Pela manhã

Horários de Aplicação 7036

(SND)

00:00 - 06:00 - 12:00 - 18:00

22:00 - 06:00 - 14:00

(SN)

22:00 - 06:00 - 14:00

(SN)

06:00 - 18:00

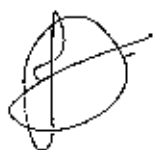
(500 - 500)

20:00

(N)

(SN)

(M)



Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
 CRM - 7036

HOSPITAL MEMORIAL
 Av. Juscelino Kubitschek, 879
 Tirol 51.332-020 Natal / RN
 Confira com original
 Em, ___/___/___



Prescrição Médica / Evolução Clínica

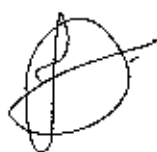
Paciente: FABIO DE LIMA MOURA
Convênio: SUS MUNICIPAL
Unidade: POSTO I
Leito: ENFERMARIA 110-B
Admissão: 12/02/18 19:31
Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com re

Idade: 29 anos
Reg.: 127354
Prontuário:

9 dia(s) de internação

21/02/2018 19:00

	Horários de Aplicação	7036
1) DIETA LIVRE	(SND)	
2) DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.	08:00 06:00 12:00 18:00	
3) DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	22:00 08:00 14:00	
4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário. DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%	(SN)	
5) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD.	22:00 08:00 14:00	
6) METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.	(SN)	
7) RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	06:00 18:00	
8) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000mL Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, Ao dia.	(500 500)	
9) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única. 6h apos cirurgia	20:00	
10) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG)	(M)	
11) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário	(SN)	
12) CURATIVO, Pela manhã	(M)	



Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
CRM - 7036

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamerline, 979
Tirol 59. 822-970 Natal / RN
Confere com original
Em, ____/____/____



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: FABIO DE LIMA MOURA
Convênio: SUS MUNICIPAL
Unidade: POSTO I
Leito: ENFERMARIA 110-B
Admissão: 12/02/18 19:31
Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com ra

Idade: 29 anos
Reg.: 127354
Prontuário:

10 dia(s) de internação

22/02/2018 19:00

Horários de Aplicação 7036

- | Item | Descrição | Medicamento | Horários de Aplicação |
|------|--|-------------|----------------------------|
| 1) | DIETA LIVRE | D2 (SND) | |
| 2) | DIPIRONA 500mg/mL ampola
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. | D2 | 00:00, 06:00, 12:00, 18:00 |
| 3) | DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas. | D2 | 22:00, 06:00, 14:00 |
| 4) | TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola
Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.
DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9% | D2 (SN) | |
| 5) | CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.
DILUIR EM 10 ML DE ABD. | D2 | 22:00, 06:00, 14:00 |
| 6) | METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL
Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário. | D2 (SN) | |
| 7) | RANITIDINA 150mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas. | D2 | 06:00, 18:00 |
| 8) | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000mL
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, Ao dia. | D2 | 15:00, 500, 0,9% |
| 9) | RIVAROXABANA 10mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única.
6h apos cirurgia | D2 | 20:00 |
| 10) | SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG) | D2 (N-M) | |
| 11) | SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário | D2 (SN) | |
| 12) | CURATIVO, Pela manhã | D2 (M) | Breves |

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
CRM - 7036

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvêncio Lins, 879
Tior 53.322-426 Natal / RN
Confere com original
Em, 1/1

Prescrição Médica / Evolução Clínica



Paciente: **FABIO DE LIMA MOURA**
 Convênio: **SUS MUNICIPAL**
 Unidade: **POSTO I**
 Leito: **ENFERMARIA 110-B**
 Admissão: **12/02/18 19:31**
 Diag.: **M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais**

Idade: **29 anos**
 Reg.: **127354**
 Prontuário:

10 dia(s) de internação

22/02/2018 10:00	Horários de Aplicação			7036
1) DIETA LIVRE	(SND)			
2) DAPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.	00:00, 18:00	06:00,	12:00,	
3) DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	22:00,	06:00,	14:00	
4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário. DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%	(5X)			
5) CEFALOXILINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD.	22:00,	06:00,	14:00	
6) METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.	(5X)			
7) RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	06:00,	18:00		
8) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000mL Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, Ao dia.	(500	500)		
9) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única. 6h após cirurgia	20:00			
10) SINAIS VITAIS (SSVV + CC&G)	(N	M	T)	
11) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário	(SN)			
12) CURATIVO, Pela manhã	(M)			
13) ALTA HOSPITALAR, À tarde				

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
 CRM - 7036

HOSPITAL MEMORIAL
 Av. Durval Leal, 1000, 079
 Tirad. 39.122-020 - Natal / RN
 Confira com original
 Em, 1 / 1

REGISTRO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO

Dados do Paciente

Paciente: **FABIO DE LIMA MOURA**

Nascimento: **09/03/1988** 30 anos

Acompanhante:

Registro: **127354**

Nº Internação: **1**

Data Internação: **12/02/2018 19:31:00**

Parentesco:

PROCEDÊNCIA
 PACIENTE ADMITIDO NESTA UNIDADE DE INTERNAÇÃO 1 PROVENIENTE DO HOSPITAL WILFREDO GURGEL PARA SUBMETER-SE A
 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR.

ESTADO GERAL

☒ - Consciente
 Inconsciente

☒ - Responsivo
 Sonolento

☒ - Corado
 Hipocorado

Cianótico
☒ - Acianótico

Respiração:

Observações:

☒ - O2 Ambiente

Máscara de Venturi

Higiene

Observações:

☒ - Com Auxílio
 Sem Auxílio

Deambulação

Observações:

☒ - Com Auxílio
 Sem Auxílio
 Restrito ao leito

SINAIS VITAIS

Pressão Arterial: **130X80**

Temperatura: **37**

Pulso: **94**

Respiração: **20**

ANAMNESE

Doenças Clínicas

NEGA DOENÇAS CLÍNICAS

Uso de Medicamentos

NEGA USO DE MEDICAÇÃO

Alergias Medicamentosas

NEGA ALERGIA A MEDICAÇÃO

Integridade da Pele
 PELE ÍNTEGRA

ACESSO VENOSO

Tipo:

Local:

Hiperemia

Dor

Edema Temperatura:

Tempo:

DIETA

Tipo: ☒ - Oral

Sonda Nasogástrica

Sonda Nadoenteral

☒ - Aceita

Aceita Parcial

Não Aceita

Observações:

DIURESE

Sonda:

Espontâneo: ESPONTANEA

Observações Gerais:

PACIENTE JOVEM COM EGR NO PRE-OPERATORIO DE FRATURA DE FEMUR AFEBRIL CONSCIENTE ORIENTADO EM Oº AMBIENTE DIETA ORAL DIURESE ESPONTANEA EM USO DE MEDICAÇÃO ORAL AGUARDA PROGRAMAR CIRURGIA SEGUE AOS CUIDADO DA ENFERMAGEM

Documentação de Exames
 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES
 IMAGENS DE RAIO X DE FEMUR

HOSPITAL MEMORIAL
 N.º 127354
 12/02/2018 19:31:00
 Em, 12/02/2018 19:31:00
 EDNALDO BERNARDO DA SILVA

12/02/2018 20:43:23
 COREN - 24988

EDNALDO BERNARDO DA SILVA

REGISTRO DIÁRIO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **FABIO DE LIMA MOURA**

Registro: **127354** Nº Internação: **1**

Nascimento: **09/03/1988** 30 anos Data Internação: **12/02/2018 19:31:00**

Leito: **ENFERMARIA 110-B**

ESTADO GERAL

Higiene
 Com auxílio
 Respiração
 O2 Ambiente
 Deambulação
 Restrito ao leito

Corado

Acianótico

Eliminac. Vesicais: **PRESENTE**

Eliminac. Intestinais: **AUSENTE**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **110 X 80**

Pulso: **82**

Temperatura: **36,2** °C

Respiração: **22**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE
 REFERIO DOR DE CABEÇA FOI MEDICADO
 CONFORME PRESCRIÇÃO

Observações Gerais:

PACIENTE EM PRE OPERATORIO DE FRATURA DE FEMUR, HIGIENIZADO, TROCADO ROUPA DE CAMA + MASSAGEM DE CONFORTO, ADM. MEDICAÇÕES DE HORARIO, ACEITANDO DIETA OFERECIDA, AFERIDO SSVV, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

14/02/2018 06:17:40

COREN - 570726

THAZIA JANIELE DOS SANTOS SILVA

THAZIA

ESTADO GERAL

Higiene
 Com auxílio
 Respiração
 O2 Ambiente
 Deambulação
 Restrito ao leito

Corado

Acianótico

Eliminac. Vesicais: **PRESENTE**

Eliminac. Intestinais: **AUSENTE**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120 X 70**

Pulso: **79**

Temperatura: **36,5** °C

Respiração: **19**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE
SEM QUEIXAS.

Observações Gerais:

PACIENTE EM PRE OPERATORIO DE FRATURA DE FEMUR, ADM. MEDICAÇÕES DE HORARIO, ACEITANDO DIETA OFERECIDA, AFERIDO SSVV, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

14/02/2018 13:13:10

COREN - 570726

THAZIA JANIELE DOS SANTOS SILVA

THAZIA

ESTADO GERAL

Higiene
 Com auxílio
 Respiração
 O2 Ambiente
 Deambulação
 Restrito ao leito

Corado

Acianótico

Eliminac. Vesicais: **PRESENTE**

Eliminac. Intestinais: **AUSENTE**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **X**

Pulso:

Temperatura:

°C Respiração:

Saturação O2:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

Obs:

AVP

Observações Gerais:

PACIENTE EM PRE OPERATORIO DE FRATURA DE FEMUR, CONCIENTE, ORIENTADO, O2 AMBIENTE, AFERIDOS SSVV, ACEITU A DIETA OFERECIDA, AGUARDA MARCAR CIRURGIA, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

14/02/2018 20:29:53

COREN - 573863

MARIA EDIVANIA DE OLIVEIRA LEITE

THAZIA

REGISTRO DIARIO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **FABIO DE LIMA MOURA**

Registro: **127354** Nº Internação: **1**

Nascimento: **09/03/1988 30 anos** Data Internação: **12/02/2018 19:31:00**

Leito: **ENFERMARIA 110-B**

ESTADO GERAL

Higiene

Com auxílio

Respiração

O2 Ambiente

Corado

Deambulação

Acianótico

Com auxílio

Eliminac. Vesicais: **PRESENTE**

Eliminac. Intestinais: **AGUARDA**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120 X 80**

Pulso: **90**

Temperatura: **35,6** °C

Respiração: **20**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE

SEM QUEIXA

Observações Gerais:

PACIENTE EM PRE DE FRATURA DE FEMUR E + TRACÃO TRANSQUELETICA CONCIENTE E

ORIENTADO, DEPENDENTE EM O2 AMBIENTE COM MED V.O E SN, HIGIENIZADO NO

LEITO, REALIZADO TROCA DE ROUPA DE CAMA, VERIFICADO SSVV SEM

ALTERAÇÕES ADMINIS. MEDICAMENTOS DE HORARIO, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA

ENFERMAGEM E A.M.C

18/02/2018 08:38:53 Dayana de Araujo Silva

COREN - 1157693

DAYANA DE ARAUJO SILVA

ESTADO GERAL

Higiene

Com auxílio

Respiração

O2 Ambiente

Corado

Deambulação

Acianótico

Com auxílio

Eliminac. Vesicais: **PRESENTE**

Eliminac. Intestinais: **AGUARDA**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **100 X 80**

Pulso: **81**

Temperatura: **35** °C

Respiração: **20**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE

SEM QUEIXA

Observações Gerais:

PACIENTE EM PRE DE FRATURA DE FEMUR E + TRACÃO TRANSQUELETICA CONCIENTE E

ORIENTADO, DEPENDENTE EM O2 AMBIENTE COM MED V.O, VERIFICADO SSVV SEM

ALTERAÇÕES ADMINIS. MEDICAMENTOS DE HORARIO, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA

ENFERMAGEM E A.M.C

16/02/2018 14:21:48 Dayana de Araujo Silva

COREN - 1157693

DAYANA DE ARAUJO SILVA

ESTADO GERAL

Alerta

Ativo no Leito

Corado

Acianótico

Higiene

Com auxílio

Respiração

O2 Ambiente

Deambulação

Restrito ao leito

Eliminac. Vesicais: **PRESENTE**

Eliminac. Intestinais: **AUSENTE**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120 X 80**

Pulso: **79**

Temperatura: **36** °C

Respiração: **21**

Saturação O2:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

Obs:

Observações Gerais:

PACIENTE 29 ANOS ANOS EM PRE DE FRATURA DE FEMUR E + TRACÃO

TRANSQUELETICA CONCIENTE E ORIENTADO EM O2 AMBIENTE COM MED V.O, AFERIDOS

SSVV, COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA O DIA 19.02.2018, SEGUE AOS CUIDADOS DA

ENFERMAGEM

HOSPITAL MEMORIAL
 Av. Juvenal Lamartine, 979 -
 Tirol - Natal/RN
 Fone: (84) 3133-4200
 E-mail: hmemorial@veloxmail.com.br

16/02/2018 19:44:25

COREN - 673883

MARIA EDIVANIA DE OLIVEIRA LEITE

REGISTRO DIÁRIO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **FABIO DE LIMA MOURA**

Registro: **127354** Nº Internação: **1**

Nascimento: **09/03/1988** 30 anos Data Internação: **12/02/2018 19:31:00**

Leito: **ENFERMARIA 110-B**

- ESTADO GERAL

Alerta

Decúbido Dorsal

Corado

Acianótico

Higiene

Com auxílio

Respiração

O2 Ambiente

Deambulação

Restrito ao leito

DA EQUIPE

BANHO NO LEITO

Eliminac. Vesicais: **PRESENTE**

Eliminac. Intestinais: **AUSENTE NO MOMENTO**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120** X **70**

Pulso: **78**

Temperatura: **36,3** °C Respiração: **19**

Saturação O2: **95**

Glicose no sangue

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Parcial

QUEIXAS DO PACIENTE

SEM QUEIXAS NO MOMENTO

MEDICAÇÃO ORAL

Obs:

Observações Gerais:

PACIENTE DE 29 ANOS CONSCIENTE E ORIENTADO RESPIRANDO SOB O2 AMBIENTE EM PRÉ OPERATÓRIO DE FRATURA DE FÊMUR(E) COM TRACÃO TRANS-ESQUELÉTICA, EM USO DE MEDICAÇÃO ORAL, ADMINISTRADO MEDICAÇÃO PRESCRITA, ACEITOU DIETA OFERECIDA, AFERIDO SINAIS VITAIS SEM ANORMALIDADES, HIGIENIZADO, TROCADOU ROUPA DE CAMA E PESSOAL, MANTEN-SE NO LEITO AGUARDANDO CIRURGIA PROGRAMADA PARA O DIA 19/02/2018.

8/02/2018 08:42:20

COREN - 1136751

AZENILDA SANTOS DO NASCIMENTO

Azenilda S. Azenilda

- ESTADO GERAL

Alerta

Decúbido Dorsal

Corado

Acianótico

Higiene

Com auxílio

Respiração

O2 Ambiente

Deambulação

Restrito ao leito

DA EQUIPE

Eliminac. Vesicais: **PRESENTE**

Eliminac. Intestinais: **AUSENTE NO MOMENTO**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120** X **80**

Pulso: **86**

Temperatura: **36,6** °C Respiração: **20**

Saturação O2: **97**

Glicose no sangue

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

QUEIXAS DO PACIENTE

SEM QUEIXAS NO MOMENTO

MEDICAÇÃO ORAL

Obs:

Observações Gerais:

PACIENTE DE 29 ANOS CONSCIENTE E ORIENTADO RESPIRANDO SOB O2 AMBIENTE EM PRÉ OPERATÓRIO DE FRATURA DE FÊMUR(E) COM TRACÃO TRANS-ESQUELÉTICA, EM USO DE MEDICAÇÃO ORAL, ADMINISTRADO MEDICAÇÃO PRESCRITA, ACEITOU DIETA OFERECIDA, AFERIDO SINAIS VITAIS SEM ANORMALIDADES, MANTEN-SE NO LEITO AGUARDANDO CIRURGIA PROGRAMADA PARA O DIA 19/02/2018.

18/02/2018 13:14:40

COREN - 1136751

AZENILDA SANTOS DO NASCIMENTO

Azenilda S. Azenilda

- ESTADO GERAL

Alerta

Decúbido Dorsal

Corado

Acianótico

Higiene

Com auxílio

Respiração

O2 Ambiente

Deambulação

Restrito ao leito

Eliminac. Vesicais: **PRESENTE**

Eliminac. Intestinais: **AUSENTE**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **140** X **100**

Pulso: **77**

Temperatura: **35,5** °C Respiração: **18**

Saturação O2:

Glicose no sangue

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

PACIENTE EM PRÉ OPERATÓRIO DE FRATURA DE FÊMUR, CONSCIENTE, ORIENTADO, O2 AMBIENTE, AFERIDOS SSVV, ELIMINAÇÕES ESPONTÂNEAS, COM MEDICAÇÃO DE HORÁRIO, COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA O DIA 19.02.2018, EM REPOUSO AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

18/02/2018 20:31:28

COREN - 673883

MARIA EDIVÂNIA DE OLIVEIRA LEITE

Maria Edivânia de Oliveira Leite

REGISTRO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO CENTRO CIRÚRGICO

Dados do Paciente

Paciente: **FABIO DE LIMA MOURA**

Registro: **127354** Nº Internação: **1**

Nascimento: **09/03/1988** 30 anos Data Internação: **12/02/2018 19:31:00**

Leito: **ENFERMARIA 110-B**

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: **Alerta**

ASPECTO GERAL

X - Ac. Venoso X - Acianótico
 Pálido Tremores
 Vômitos Sudorese

Observações:

AUSENTE NO MOMENTO.

Diurese: **Espontânea**

FÉRIDA OPERATÓRIA

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120** X **70**
 Pulso: **86**

Temperatura: **36,4** °C
 Respiração: **20**

Observações:

X - Ocluída Sangramento
 Drenos Fixadores
 Tala Tração
 Edema Hematomas

RAIO X

Observações/QTD:

Pré: **2 XEROX DE RX.**

Pos: **1 PELÍCULA.**

Queixas do Paciente:

SEM QUEIXAS NO MOMENTO.

Observações Gerais:

**PACIENTE RETORNOU DO CENTRO CIRÚRGICO EM
 PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO DE FRATURA DE
 FÊMUR(E) + PETELA NA HIDRATAÇÃO VENOSA
 PERIFÉRICA EM MSD, AFERIDO SINAIS VITAIS.
 COMUNICADO A NUTRIÇÃO. SEGUE NO LEITO AOS**

20/02/2018 13:10:04
 COREN - 1135751

AZENILDA SANTOS DO NASCIMENTO

Azenilda Santos

ESTADO GERAL

Higiene
 Com auxílio
 Respiração
 O2 Ambiente
 Deambulação
 Com auxílio

Corado

Acianótico

Eliminac. Intestinais:

Eliminac. Vesicais:

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120**

70X

Pulso: **88**

Temperatura: **36,8**

Respiração: **20**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA
 Oral
 Obs:

Aceita Total

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

**PACIENTE JOVEM COM EGR NO POI DE FRATURA DE FEMUR AFEBRIL
 CONSCIENTE ORIENTADO NA HV POR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO EM
 O2 AMBIENTE DIETA ORAL DIURESE ESPONTÂNEA EM USO DE ANT.
 CEFAZOLINA MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA SEGUE AOS
 CUIDADOS DA ENFERMAGEM**

20/02/2018 22:08:57

COREN - 249
 EDNALDO BERNARDO DA SILVA

Ednaldo

ESTADO GERAL

Alerta

Decúbito Dorsal

Corado

Acianótico

Higiene
 Com auxílio
 Respiração
 O2 Ambiente
 Deambulação
 Restrito ao leito

DA EQUIPE.

BANHO NO LEITO.

Eliminac. Vesicais: **PRESENTE.**

Eliminac. Intestinais: **AUSENTE NO MOMENTO**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **130** X **80**

Pulso: **86**

Temperatura: **36,5** °C

Respiração: **19**

Saturação O2:

ACESSO VENOSO

DIETA
 Oral
 Obs:

Aceita Total

QUEIXAS DO PACIENTE

SEM QUEIXAS NO MOMENTO.

Observações Gerais:

**PACIENTE DE 29 ANOS CONSCIENTE E ORIENTADO RESPIRANDO SOB O2 AMBIENTE EM 1º
 DIA PÓS OPERATÓRIO DE FRATURA DE FÊMUR(E) + PATELA(E) NA HIDRATAÇÃO VENOSA
 PERIFÉRICA EM MSD EM USO DE ANTIBIÓTICO (KEFAZOL) 1G. AFERIDO SINAIS VITAIS SEM
 ANORMALIDADES. ADMINISTRADO MEDICAÇÃO PRESCRITA. HIGIENIZADO TROCADO ROUPA
 DE CAMA E PESSOAL. RENOVAÇÃO CURATIVO COM ASPECTO LIMPO E SECO. SEGUE NO
 LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE.**

21/02/2018 19:13:44

COREN - 1135751
 AZENILDA SANTOS DO NASCIMENTO

Azenilda Santos

REGISTRO DIÁRIO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **FABIO DE LIMA MOURA**

Registro: **127354**

Nº Internação: **1**

Nascimento: **09/03/1988** 30 anos Data Internação: **12/02/2018 19:31:00**

Leito: **ENFERMARIA 110-B**

ESTADO GERAL

Alerta

Decúbito Dorsal

Corado

Acianótico

Higiene
Com auxílio

DA EQUIPE

Respiração
O2 Ambiente

Deambulação
Restrito ao leito

BANHO NO LEITO

Eliminação Intestinal: **AUSENTE NO MOMENTO**

Eliminação Vesical: **PRESENTE**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **110 X 80**

Pulso: **86**

Temperatura: **36,3** °C Respiração: **21**

Saturação O2: **98**

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA
Oral

Aceita Parcial

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE

SEM QUEIXAS NO MOMENTO

AVP/MSE

Observações Gerais:

PACIENTE DE 29 ANOS CONSCIENTE E ORIENTADO RESPIRANDO SOB O2 AMBIENTE EM 2º DIA PÓS OPERATÓRIO DE FRATURA DE FÊMUR(E) + PATELA(E) NA HIDRATAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA EM MSE EM USO DE ANTIBIÓTICO (KEFAZOL) 1G, AFERIDO SINAIS VITAIS SEM ANORMALIDADES, ADMINISTRADO MEDICAÇÃO PRESCRITA, HIGIENIZADO TROCA DO ROUPA DE CAMA E PESSOAL, PERDEU O AVP/MSE PULSIONADO NOVO ACESSO EM MSE COM JELCO Nº 20.

22/02/2018 10:00:36

COREN - 1135751

AZENILDA SANTOS DO NASCIMENTO

Azenilda Santos

Limpeza: **S.F. 9% GAZES, LUVA DE PROCEDIMENTO, LI**

Tipo de Ferida: **AMPA**

Localização: **FÊMUR + PATELA**

Condições do Leito:

EXSUDATO DA FERIDA

☐ Seroso

☐ Purulento

☐ Sanguinolento

☐ Serosanguinolento

☐ Piosanguinolento

☒ Sem Exudato

PELE - PERILESIONAL

☐ Integra

☐ Escoriada

☐ Sinal Flogísticos

☐ Descamada

☐ Alergica/Dermatite

☐ Macerada

Quantidade Seleção uma opç

Odor Seleção uma opç

BORDAS

☐ Distintas

☐ Regulares

☐ Irregulares

OBSERVAÇÕES GERAIS

22/02/2018 11:21:07

COREN - 115

DAYANA DE ARAUJO SILVA

Dayana de Araujo Silva

ESTADO GERAL

Alerta

Decúbito Dorsal

Corado

Acianótico

Higiene
Com auxílio

DA EQUIPE

Respiração
O2 Ambiente

Deambulação

Restrito ao leito

Eliminação Intestinal: **AUSENTE NO MOMENTO**

Eliminação Vesical: **PRESENTE**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120 X 80**

Pulso: **84**

Temperatura: **36,6** °C Respiração: **22**

Saturação O2: **97**

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA
Oral

Aceita Parcial

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE

SEM QUEIXAS NO MOMENTO

AVP/MSE

Observações Gerais:

PACIENTE DE 29 ANOS CONSCIENTE E ORIENTADO RESPIRANDO SOB O2 AMBIENTE EM 2º DIA PÓS OPERATÓRIO DE FRATURA DE FÊMUR(E) + PATELA(E) NA HIDRATAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA EM MSE EM USO DE ANTIBIÓTICO (KEFAZOL) 1G, AFERIDO SINAIS VITAIS SEM ANORMALIDADES, ADMINISTRADO MEDICAÇÃO PRESCRITA, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AGUARDANDO VISITA MÉDICA.

22/02/2018 13:12:49

COREN - 1135751

AZENILDA SANTOS DO NASCIMENTO

Azenilda Santos



Hospital Memorial de Natal

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

Fone: (84)3123-4200 / Fax: (84)3102-1228

hmemorial@veloxmail.com.br

EVOLUÇÃO MÉDICA - CLÍNICA MÉDICA

Dados do Paciente

Paciente: **FABIO DE LIMA MOURA**

Nascimento: **09/03/1988 30 anos**

Registro: **127354** Num.Internação: **1**

Data Internação: **12/02/2018 19:31:00**

Evolução: **12/02/2018 19:48:12**

ADMISSÃO

PACIENTE ADMITIDO PARA CORREÇÃO DE FRATURA. NO MOMENTO ASSINTOMÁTICO.

COMORBIDADES: NEGA
NEGA ALERGIAS

SSVV OK

EGB, EUPNÉICO, AFEBRIL, GLASGOW 15
ACV: RCR EM 2T, BNF SEM SÓPROS
AR: MV + EM AHT, SEM RA
ABD: PLANO, FLÁCIDO, INDÓLOR, SEM VCM
EXTREMIDADES BEM PERFUNDIDAS

CD:
SEGUE PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA
VPM
LAB

Dr. Wendel Ferreira Costa
CRM - 6476

WENDEL FERREIRA COSTA
CRM - 6476

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 50.923-4200 Natal / RN
Confere em 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 DIÁRIO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente:

Registro: 127354

Nº Internação: 1

Leito: ENFERMARIA 110-B

Paciente: FABIO DE LIMA MOURA

Nascimento: 09/03/1988 (30 anos Data Internação: 12/02/2018 19:31:00

ESTADO GERAL

Alerta

Decúbito Dorsal

Corado

Cianótico

Higiene

Com auxílio

Respiração

O2 Ambiente

Deambulação

Restrito ao leito

Eliminac. Vesical PRESENTE

Eliminac. Intestinais:

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial 120

80

Pulso 74

Temperatura 36

Respiração 20

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE

H.V EM MSE

Observações Gerais:

PACIENTE EM POS DE FRATURA DE FEMUR E H.V EM MSE COM ESQUERMA

DE ATBI CEFAZOLINA 01 G DE 8/8H VERIFICADO SSVV SEM

ALTERAÇÃO ADMINIS. MEDICAMENTOS DE HORARIO O MESMO RECEBEU

VISITA MEDICA E ENCONTRA SE DE ALTA HOSPITALAR A ESPERA DE

TRANSPORTE

23/02/2018 17

COREN - 195

VIVIANE NUNES DA SILVA

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-920 Natal / RN
Confere com original
Em, / /

REGISTRO DIÁRIO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **FABIO DE LIMA MOURA**

Registro: **127354**

Nº Internação: **1**

Nascimento: **09/03/1988 30 anos** Data Internação: **12/02/2018 19:31:00**

Leito: **ENFERMARIA 110-B**

ESTADO GERAL

Alerta

Higiene

Com auxílio

Decúbito Dorsal

Respiração

O2 Ambiente

Corado

Deambulação

Cianótico

Restrito ao leito

Eliminaç. Vesicais: **PRESENTE**

Eliminaç. Intestinais:

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120 X 80**

Pulso: **74**

Temperatura: **36**

°C Respiração: **20**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

H.V. EM MSE

DIETA

Oral

Aceita Total

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

PACIENTE EM POS. DE FRATURA DE FEMUR E H.V. EM MSE, COM ESQUERMA DE ATB/
CEFALOLINA 01 G DE 8/8H VERIFICADO SSVV SEM ALTERAÇÃO ADMINIS. MEDICAMENTOS
DE HORARIO. O MESMO RECEBEU VISITA MEDICA E ENCONTRA SE DE ALTA HOSPITALAR A
ESPERA DE TRANSPORTE

23/02/2018 17:30:55

PACIENTE EM POS. DE FRATURA DE FEMUR SAIU DE ALTA HOSPITALAR ACOMPANHADO COM
SEUS FAMILIARES, COM ORIENTAÇÃO E SINÉDIO SEM QUEIXAS, ANEXO NO PRONTUÁRIO

COREN - 199689

VIVIANE NUNES DA SILVA

HOSPITAL MEMORIAL
 Av. Juvenal Lamartine, 979
 Tirol 50.622-420 Natal / RN
 Confira essa original
 Em, ___/___/___

REGISTRO DIÁRIO DE ENFERMAGEM

Paciente: **FABIO DE LIMA MOURA**

Nascimento: 09/03/1988 (30 anos Data Internação: 12/02/2018 19:31:00

Dados do Paciente

Registro: 127354 Nº Internação: 1
Leito: **ENFERMARIA 110-B**

ESTADO GERAL

Alerta
Decúbito Dorsal
Corado
Acianótico

Higiene
Com auxílio
Respiração
O2 Ambiente
Deambulação
Restrito ao leito

Eliminação Vesical: **PRESENTE**

Eliminação Intestinal:

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **130**

80X

Pulso: **74**

Temperatura: **36**

Respiração: **19**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Obs:

Aceita Total

QUEIXAS DO PACIENTE

MED V.O E SN

Observações Gerais:

PACIENTE EM PRE DE FRATURA DE FEMUR E + TRACÃO
TRANSQUELETICA, CONCIENTE E ORIENTADO, DEPENDENTE EM O2
AMBIENTE, COM MED V.O E SN, HIGIENIZADO NO LEITO, REALIZADO TROCA
DE ROUPA DE CAMA VERIFICADO SSVV SEM ALTERAÇÕES ADMINIS.
MEDICAMENTOS DE HORARIO, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA
ENFERMAGEM E A.M.C

15/02/2018 11

COREN - 199
VIVIANE NUNES DA SILVA

ESTADO GERAL

Alerta
Decúbito Dorsal
Corado
Acianótico

Higiene
Com auxílio
Respiração
O2 Ambiente
Deambulação
Restrito ao leito

Eliminação Vesical: **PRESENTE**

Eliminação Intestinal:

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **100**

X 80

Pulso: **80**

Temperatura: **36.2**

*C Respiração: **20**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Obs:

Aceita Total

QUEIXAS DO PACIENTE

MED V.O E SN

Observações Gerais:

PACIENTE EM PRE DE FRATURA DE FEMUR E + TRACÃO TRANSQUELETICA, CONCIENTE E
ORIENTADO, DEPENDENTE EM O2 AMBIENTE, COM MED V.O E SN, VERIFICADO SSVV SEM
ALTERAÇÃO ADMINIS. MEDICAMENTO DE HORARIO, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA
ENFERMAGEM E A.M.C

15/02/2018 18:53:57

COREN - 199689
VIVIANE NUNES DA SILVA

ESTADO GERAL

Alerta
Decúbito Dorsal
Corado
Acianótico

Higiene
Com auxílio
Respiração
O2 Ambiente
Deambulação
Restrito ao leito

Eliminação Vesical: **PRESENTE**

Eliminação Intestinal:

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **100**

80X

Pulso: **82**

Temperatura: **36**

Respiração: **21**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Obs:

Aceita Total

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

PACIENTE EM PRE DE FRATURA FEMUR+TRACAO
TRANSQUELETICA AFERIDOS SSVV SEM ANORMALIDADES COM
MEDICAÇÃO ORAL PRESCRITA. SEGUE BEM NO LEITO AVM E AMC ATE O
MOMENTO SEM QUEIXAS.

15/02/2018 21:10:59

COREN - 636
LILIANE BEZERRA DA SILVA

REGISTRO DIÁRIO DE ENFERMAGEM

Paciente: **FABIO DE LIMA MOURA**

Registro: **127354** Nº Internação: **1**

Nascimento: **09/03/1988** 30 anos Data Internação: **12/02/2018 19:31:00** Leito: **ENFERMARIA 110-B**

ESTADO GERAL		Higiene	
Alerta		Com auxílio	
Decúbito Dorsal		Respiração	
Corado		O2 Ambiente	
Aclanótico		Deambulação	
		Com auxílio	

Eliminac. Vesicais: _____ Eliminac. Intestinais: _____

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120** X **80** Pulso: **78** Temperatura: **36,6** °C Respiração: **20** Saturação O2: **99** Glicose no sangue: _____

ACESSO VENOSO _____ **DIETA** **Oral** **Aceita Total**

Obs: _____

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:
PACIENTE COM EGR NO POS-OPERATORIO DE FRATURA DE FEMUR + POS DE PATELA
AFEBRIL CONSCIENTE ORIENTADO EM O2 AMBIENTE NA HV POR ACESSO VENOSO
PERIFERICO DIETA ORAL DIURESE ESPONTANEA EM USO DE ANT. CEFAZOLINA
MEDICADO CONFORME PRESCRICAO MEDICA SEGUE AOS CUIDADO DA ENFERMAGEM

22/02/2018 22:35:10

COREN - 24988
 EDNALDO BERNARDO DA SILVA

Limpeza: **S.F0,9% GAZES, LUVA DE PROCEDIMENTO, LUVA** Tipo de Ferida: **LIMPA**

Localização: **FEMUR + PATELA** Condições do Leito: **SEM PRESENÇA DE EXSUDATO**

EXSUDATO DA FERIDA

☐ Seroso ☐ Purulento ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguinolento ☐ Piosanguinolento ☒ Sem Exsudato

PELE - PERILESIONAL

☒ Inteira ☐ Escoriada ☐ Sinal Flogísticos ☐ Descarnada ☐ Alérgica/Dermatite ☐ Macerada

BORDAS

☐ Distintas ☒ Regulares ☐ Irregulares

Quantidade: **Selecione uma opc** Odor: **Selecione uma opc**

OBSERVAÇÕES GERAIS

23/02/2018 11:24:44
 COREN - 968653

BRENDA SANDRINELLE FIGUEIREDO DE LIMA

ESTADO GERAL		Higiene	
Alerta		Com auxílio	
Decúbito Dorsal		Respiração	
Corado		O2 Ambiente	
Clanótico		Deambulação	
		Restrito ao leito	

Eliminac. Vesicais: **PRESENTE** Eliminac. Intestinais: _____

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **130** X **80** Pulso: **80** Temperatura: **36,8** °C Respiração: **18** Saturação O2: _____ Glicose no sangue: _____

ACESSO VENOSO _____ **DIETA** **Aceita Total**

H.V. EM MSE _____ Obs: _____

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:
PACIENTE EM POS DE FRATURA DE FEMUR E CONSCIENTE E ORIENTADO DEPENDENTE EM O2
AMBIENTE HIGIENIZADO NO LEITO REALIZADO TROCA DE ROUPA DE CAMA VERIFICADO
SBV SEM ALTERAÇÕES ADMINIS. MEDICAMENTOS DE HORARIO SEGUE NO LEITO AOS
CUIDADOS DA ENFERMAGEM E A.V.M.

23/02/2018 13:05:08

COREN - 189689
 VIVIANE NUNES DA SILVA

TRABALHADOR

IDENTIFICACAO DO TRABALHADOR

CARTÃO DE IDENTIFICACAO DO TRABALHADOR

128.41306.64-1

3028347

001-0

RS

de A.D. de...



DECLARACAO CIVIL

F. 1810 DE LIMA MOURA

GRUPO 1846

RS

RIO DE JANEIRO

JOAO CAVALCANTE DE MOURA

MARIA DO LIVRAMENTO DE LIMA MOURA

RG 240727355-79

SOLTEIRO

245730

RUE C-10 CIDADAO ZONA NORTE

05/02/2003

ALTERACAO DE IDENTIDADE

12-08-2003

Em 05/06/2018 14:24:13

▼ Dados do Veículo de placa NNM2857

Dados do Veículo de placa NNM2857						
Placa NNM2857	Renavam 986210838	Placa Anterior NNM2857/RN	Tipo 4-MOTOCICLETA	Categoria 1-Particular	Espécie 1-Passageiro	Lugares 2
Marca/Modelo 009611-YAMAHA/FACTOR YBR125 K (Nacional)			Fabricação/Modelo 2008/2009	Potência 0	Combustível 2-Gasolina	Cor 11-PRETA
Nome do Proprietário FABIO DE LIMA MOURA						Carroceria 999-NAO APLICAVEL
Proprietário Anterior SANDRO EVANGELISTA DE OLIVEIRA						Recadastrado DETRAN DetranNet
Município de Emplicamento NATAL			Licenciado até 2017 em 25/08/2017 através do Registro de Veículo (CRV)(Via 1)		Situação Lacre REGULAR Portaria 272/2007 DENATRAN	
Restrição à Venda Sem gravame					Adquirido em 02/08/2017	Situação Em Circulação
Camê de Licenciamento 2018 Gerado em 22/05/2018 às 16:48 hs.						
Informações PENDENTES originadas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Gravame						
Nenhuma informação pendente até esta data						
Impedimentos						
Nenhum impedimento registrado até esta data						

Listagem de Débitos				
Classe (Clique abaixo para a emissão da GUIA)	Número da Guia	Vencimento	Valor Nominal(R\$)	Valor Atual(R\$)
Licenciamento Anual 2018	0716596.041.0-7	14/06/2018	90,00	90,00
Seguro DPVAT (Parcela Unica) 2018	9.00092223505	04/06/2018	185,50	185,50
IPVA (Cota Unica) 2018	0716596.043.0-1	04/06/2018	59,32	60,08
Total dos Débitos			R\$ 334,82	R\$ 335,58
Taxas Detran 90,00	Seguro DPVAT 185,50	IPVA 60,08	Multas 0,00	

Infrações em Autuação
Nenhuma Notificação de Autuação realizada para este veículo até o momento.

Listagem de Multas
Nenhuma multa em aberto cadastrada para este veículo até o momento.

Último Processo		
Processo 63005075/2017	Interessado 08093615407	Início em 25/08/2017 às 10h15min
Situação Encerrado		Fim em 25/08/2017 às 10h39min
Serviço		Execução em
Transferência de Propriedade		Em 25/08/2017 às 10h15min por 01290670404
Geração de guia de pagamento		Em 25/08/2017 às 10h15min por 01290670404
Auditoria		Em 25/08/2017 às 10h39min por 44378696487
Emissão CRV(1ª via)		Em 25/08/2017 às 10h49min por 20024673404

Recurso de Infração
Nenhuma Processo de Recurso de Infração cadastrado para este veículo até o momento.

Histórico de Impedimentos						
Impedimento	Outorgante	Motivo	Observação	Data Limite	Situação	Data Inclusão
Apreensão (LEILÃO DE VEICULOS 2015 - 1º SEMESTRE)					Baixado em 07/06/2016 por 02004260440	29/10/2012 05:59:19
						Par DDETRAN\05885384428

Não Possui valor como
NADA CONSTA!

PROTOCOLO
RECEBIDO

05 JUN 2018

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

◀ Voltar

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180257075 **Cidade:** Extremoz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO DE LIMA MOURA **Data do acidente:** 01/02/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR E PATELA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO,
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM CONSEQUÊNCIA AO SINISTRO EM QUESTÃO

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM do médico: 52.35988-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

JUSTIFICATIVA DA FALTA DE PRONTUÁRIO COMPLETO

Eu FABIO DE LIMA MOURIS, brasileiro (a), portador do
Rgnº 002.452.720 e CPF 080.936.154-07, residente e domiciliado (a) TRAVESSA SHALOM Bairro PAJUCARIL Município
NATAL/RN, venho perante a seguradora líder dos consórcios,
afirmar que não tenho nenhum desses documentos exigidos pela seguradora líder.

1. Relatório de tratamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, datas e locais de tratamento realizados (clínica, cirúrgica e fisioterápicos) e data de conclusão do tratamento.

Venho por essa declarar que não tenho documentos acima citados. Pois devido muitos problemas não fiz o tratamento por completo e nem tenho condições de fazer. Não tem como pagar médico para fazer laudo.

Espero que os senhores compreendam a minha situação e assim possa dar prosseguimento ao meu processo concluindo com a MARCAÇÃO DE PERÍCIA para confirmar minhas sequelas.

Local

NATAL/RN

Data

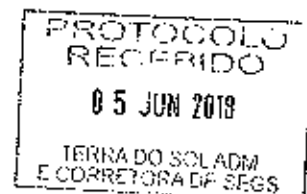
05/06/2018

Atenciosamente

Fabio de Lima Mouris



PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE:

Nome: FABIO DE LIMA MOURA, brasileiro(a),
estado civil: _____ Profissão: _____ portador(a) do RG
002452720, órgão expedidor _____ e do CPF: 080.936.154-07, residente
no(a) TRAVESSA SHALOM, nº 348,
bairro: PAJUEIRA, município: NATAL, RN.

OUTORGADO:

Nome: MARCOS BATISTA FABRICIO, brasileiro(a)
estado civil: CASADO Profissão: _____ portador(a) do RG
1375340, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 806785034-20, residente
no(a) RUA DO XAREU, 1, nº 140,
bairro: PARDUE DAS DUNAS, município: NATAL, RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

NATAL/RN 05/06/2018

Local e Data



Fabio de Lima Moura

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



Reconheço a(s) firma(s) por AUTENTICIDADE
Fabio de Lima Moura
Redinha 05 JUN 2018
Em Testemunho _____ da Verdade
Tabelião Público

Franklin Roberto Fernandes Rodrigues
Tabelião Público Substituto