



Número: **0862147-34.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **20ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **19/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
NILTON CESAR BENTO (AUTOR)		JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)	
Porto Seguro Cia. de Seguros Gerais (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64012410	18/12/2020 18:14	Petição	Petição
64012412	18/12/2020 18:14	2771331_JUNTADA_DE_DOCS_01-1	Petição
64013077	18/12/2020 18:14	2771331_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02_compres sed-1-60	Petição
64013496	18/12/2020 18:14	2771331_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02_compres sed-61-100	Outros documentos
64013499	18/12/2020 18:14	2771331_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02_compres sed-101-122	Outros documentos

Juntada de petição e documentos.





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 20ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08621473420208205001

PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **NILTON CESAR BENTO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 18 de dezembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 18/12/2020 18:14:24
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121818142482300000061340259>
Número do documento: 20121818142482300000061340259



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200335601

Vítima: NILTON CESAR BENTO

Data do Acidente: 27/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), NILTON CESAR BENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16142810





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200335601

Vítima: NILTON CESAR BENTO

Data do Acidente: 27/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), NILTON CESAR BENTO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **NILTON CESAR BENTO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000806**

Conta: **000000093086-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 838.185.024-04 4 - Nome completo da vítima: Milton Cesar Bento

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

5 - Nome completo: Milton Cesar Bento 6 - CPF: 838.185.024-04
7 - Profissão: Rec Informan 8 - Endereço: Rua Coronel GERALDO MENEZES 9 - Número: 342 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: TANGARÁ 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59240-000
15 - E-mail: centralseguros04@outlook.com 16 - Tel.(DDD): 84 99828.0300

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0806 CONTA: 000 93086 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, PARNAMIRIM, 18/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Milton Cesar Bento

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DOC 001 V002/2019







Govorno 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 TANGARÁ
Endereço: RUA MIGUEL BARBOSA, 184, CENTRO, TANGARÁ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020092000384

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.2 Data de Expedição: 17/09/2020 13.34.35

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 27/01/2019 18.20.00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Em Veículo

2.8 Número: S/N

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: CENTRO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: BR 226, PRÓXIMO A ENTRADA DO MUNICÍPIO DE TANGARÁ/RN

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: TANGARÁ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: NILTON CESAR BENTO

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Parda

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 83818502404

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: PESCADOR

3.15 Telefone(s): 84 991854031

3.17 Número: 347

3.19 Bairro: CENTRO

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: TANGARÁ

3.2 Estado civil: União Estável

3.4 Pai: MANOEL BENTO SILVEIRA

3.6 Mãe: RITA FELX DE PONTES

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 04/03/1972

3.14 RG: 001228189 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: TANGARÁ RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA CORONEL EZEQUIEL MERGELINO

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

4.2.1 Nome Completo: MARIA EDILVA DE PONTES

4.2.3 Nome Social:

4.2.5 Mãe: MARIA APARECIDA DE PONTES

4.2.7 Orientação Sexual:

4.2.9 Sexo: FEMININO

4.2.11 CPF: 05014504400

4.2.13 Nacionalidade:

4.2.15 Logradouro: RUA CORONEL EZEQUIEL MERGELINO

4.2.17 Número: 347

4.2.19 Bairro: CENTRO

4.2.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4.2.2 Estado civil:

4.2.4 Pai: EXPEDITO JORGE DE PONTES

4.2.6 Identidade de Gênero:

4.2.8 Etnia:

4.2.10 Data de Nascimento: 23/10/1981

4.2.12 RG: 002177458

4.2.14 Profissão: PESCADOR

4.2.16 Passaporte:

4.2.18 E-Mail:

4.2.20 CEP:

4.2.21 Cidade: TANGARÁ

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: 9C2JC4110CR492939

7.1.5 Placa: NOA8011

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2012

7.1.11 Cor do veículo: ROXA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: NILTON CESAR BENTO

7.1.17 Nome do condutor: NILTON CESAR BENTO

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam: 00451696662

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.8 Modelo: CG 125 FAN KS

7.1.10 Ano de Fabricação: 2012

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. DOS FATOS

9.1 Histórico

INFORMA O COMUNICANTE/VÍTIMA QUE NO DIA, HORA E LOCAL SUPRACITADO; QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA 'HONDA/CG 125 FAN KS, PLACA NOA8011, CHASSI 9C2JC4110CR492939, RENAVAM 00451696662, ANO/MOD.2012/2012, DE COR ROXA E LICENCIADA EM NOME DO COMUNICANTE', TRAZENDO NA GARUPA A OUTRA VÍTIMA; QUE UM ANIMAL "CAVALO" ATRAVESSOU REPENTINAMENTE NA FRENTE DA MOTOCICLETA; QUE O DECLARANTE NÃO TEVE TEMPO ABIO DE ACIONAR OS FREIOS E ACABOU COLIDINDO COM O ANIMAL; QUE O MESMO CAIU AO SOLO JUNTO COM A OUTRA VÍTIMA; QUE AMBOS SOFRERAM VÁRIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO E O DECLARANTE QUEBROU OS 02 (DOIS) BRAÇOS E FOI ENCAMINHADO PELO "SAMU" DIRETAMENTE PARA O HOSPITAL "REGIONAL WALFREDO GURGEL" E A OUTRA VÍTIMA FOI SOCORRIDOS PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE TANGARÁ/RN. E NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data 17/09/2020 13.34.35


Declarante


Interessado

J2020092000384 - Código de autenticação: b38699769a12d258b7445e1091fe7f88





Polegar direito

Atendimento: 1300245 - JOSÉ JAILTON FERREIRA DE MEDEIROS

Impresso por: 1300245 - JOSÉ JAILTON FERREIRA DE MEDEIROS em 17/09/2020 13:36:40

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

J2020092000384



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:	29/09/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NILTON CESAR BENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00806

CONTA: 000000093086-9

Nr. da Autenticação 4B989DD29C4D3AFD



Título Social de Energia 2020/2021: Criação pelo Lei 13436, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COSERN
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Marcon, 130, Baldo, Natal - RN, CEP 59025-250
CNPJ 06.234.200/0001-91 | Insc. Est. 00053160-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA EDILVA DE PONTES
CPF: 050.145.044-00 NIS: 12795829640

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA CORONEL EZEQUIEL MERGELINO 347
CENTRO/ÁREA URBANA
TANGARA RN
59240-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

CONSUMO FISCAL

CONSUMO FISCAL	PERÍODO	VALOR (R\$)
048533772	11/08/2020	26,82

CONTEÚDO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,11458039	2,43
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,19844065	7,46
Consumo-TE até 30 kWh	0,11244105	3,37
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,18275699	7,32
ICMS-Parcela Subvencionada		4,48
Multa por atraso-NF 045110802 - 10/07/20		0,46
Juros por atraso-NF 045110802 - 10/07/20		0,10
Atualização IGP-MF 045110802 - 10/07/20		0,17

TOTAL DA FATURA 26,82

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	TIPO DA FATURA	ANTERIOR	ATUAL	MPDE	CONSUMO	CONSUMO (kWh)
Mês/Ano		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	







DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu FRANCISCO OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHO inscrito

(a) no CPF/CNPJ 923.980.303 / 34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

NILTON CESAR BENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 838.185.024 / 04, do

sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima NILTON CESAR BENTO, inscrito (a)

no CPF sob o Nº 838.185.024 / 04, 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: RUA DR. SADI MENDES

Número: 1026-A

Complemento: _____

Bairro: SANTOS REIS

Cidade: PARNAMIRIM

Estado: RN

CEP: 59141-085

E-mail: CENTRALSEGUROS04@OUTLOOK.COM

Tel. (DDD): (084) 2226-5669

Local e Data: PARNAMIRIM, 18 de setembro de 2020

Francisco Oliveira do Nascimento Filho

Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017





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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 5307 /2019

Admissão: 27/01/2019 20:38:56



CIRURGIA GERAL - LARANJA

Paciente: 112285 - NILTON CESAR BENTO (46 a 10 m 23 d)

Nascimento: 04/03/1972

Natural: TANGARA, BRASIL

CNS: 898002375214252

CPF: 83818502404

Sexo: F Cor: PARDA

Mãe: RITA FELIX DE PONTES

Pai:

Prof:

Logradouro: GEARALDO ABDAŁA, 6

CEP: 59240000

Bairro: CENTRO

Cidade: TANGARA

Telefone: 84 .996287477

Compl:

Motivo: MOTO X ANIMAL

Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipo: REFERENCIADO

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 27/01/2019 20:35:43

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	140/60		96%		19	72			

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLKISAO MOTO/ANIMAL/FRAT EXPOSTA MSE/ESCORIAÇOES

Hora: 12:10
História de acidente moto - animal, moto
capote. Piloto de pinto preto e branco
e amarelo.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VAS um curativo
- B expulso
- C expulso
- D Glasgow 15
- E Le expulso um ponto e o volume um

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Sem defeitos.

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS. Impresso em 27 de Janeiro de 2019.



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)		
A		
B		
C		
D		
E		
A(ALERGIAS) _____		
M(MEDICAÇÃO EM USO) _____ <i>nupe</i>		
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) _____		
L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) _____		
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) _____		
V (PASSADO VACINAL) <i>atual (sic)</i>		
EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM) <i>Kc feio x Ar</i> <i>ambros x Ar/P</i> <i>punho e Ar/d.</i>	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS <i>Punho d Ar/d.</i>	
CONDUTA PRIMARIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS <i>de toco - Amigdalotomia</i> <i>de fono fonotom. e fatura</i> <i>Dr. Diogo Medeiros</i> <i>MR Cirurgião Geral</i> <i>CRM 7050</i> + <i>Dr. Maria</i>	OUTROS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM CONFERE COM ORIGINAL NATAL. 07/12/2020 MAT. Nº. 15218142502600000061340869 SAME ASSINATURA	
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1 <i>NCR.</i>	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2 <i>Ortopedi</i>	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3	HORA:	DATA:
DESTINO DO PACIENTE: INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA / / HORA		
SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:		
OBITO: DATA / / HORA		



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

Ne 21.50

Quede de resto

• 15 ml defekt vintor

π. αὐτὸν δὲν ἔστιν ἀντιπαραβολή.

EXAME FÍSICO

Alto NCR Diego R. G. J. 1988

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) ⁴⁰⁰⁰

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASSOW	
Abrertura dos olhos (AO)	
Olfhos se abrem espontaneamente.	4
Olfhos se abrem ao comando verbal. (Não confundi com o despertar de uma pessoa adormecida, ou sentada quando é acitada.)	3
Olfhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olfhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, mês, aniversário, estado, e cidade, e data e dia).	5
Confuso (Responde às perguntas incorretamente, mas há alguma diferenciação e confusão)	4
Falavel (Responde às perguntas verbais, mas não há tipo experimental)	3
Sons Intelligíveis. (Sonoros sem qualquer palavras.)	2
Anúria.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obediente a ordem verbal. (Pode executar simples quando lhe é ordenado.)	6
Resposta motora localizada.	5
Não responde.	4

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-150 = 3
	9-120 = 2
	6-80 = 1
	4-50 = 0
	30 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-200 = 4
	2000 = 3
	6-30 = 2
	1-50 = 1
	00 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	2.000 = 4
	70-90 = 3
	50-70 = 2
	1-30 = 1
	00 = 0

CLASSIFICAÇÃO
(ATLS 2005)*

43 - 44-grave (intensidade de
introdução moderada)
45 - 46 moderado
47-48 leve

HIVINSON, TRADALE G. JENNET, R.
Assessed of come and impaired
consciousness. A practical scale. *Lancet*
1974;2:51-54

• A secunda propoziție este de natura declarativă și prezintă colaborarea din ideile superioare a 3 ani. În Exercițiul 2 elevii pot să se dea seama că clasificarea și menținerea de sus din de exemplu sunt cu regulile activități.

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Por Reserva
------------	------	----------	---------	----------------



HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 1036 /2019

Prontuário: 1180368

Paciente: 112285 - NILTON CESAR BENTO

Cartão SUS: 898002375214252

Idade: 46 anos 10 meses 23 dias Sexo: F

Nome da mãe: RITA FELIX DE PONTES

Nome do pai:

Rua/Av: GEARALDO ABDALA

Complemento:

CEP: 59240000

Telefone: 84 996287477 84 996287477

Especialidade: ORTOPEDICA

Responsável: NILTON CESAR BENTO -

Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 83818502404

Etnia: PARDA

Dt Nasc: 04/03/1972

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nº: 6

Bairro: CENTRO

Cidade: TANGARA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1008

Admissão: 27/01/2019 22:33:37

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S52.5 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
408020407 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA



NATAL, 27 de Janeiro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



NILTON CESAR BENTO, : DX from 27/01/2019



NILTON CESAR BENTO, : DX from 27/01/2019



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4300 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 12/06/2019 11:24

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: 133952

Num. RG: 1228189

CPF: 838.185.024-04

Nascimento: 04/03/1972 47 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Solteiro(a)

Endereço: CORONEL EZEQUIEL MERGELINO

N.: 347

Bairro: CENTRO

Cidade: TANGARA

UF: RN

CEP: 59240000

Fone: 84998024893

Profissão: PESCADOR ARTESANAL DE AGUA DOC

Mãe: RITA FELIX DE PONTES

Dados do Internamento

Num. Internamento: 7

Entrada: 12/06/2019 11:24 Previsão saída: 14/06/2019 11:00 Atendente: THALYTARCS

Convênio: SUS ESTADUAL

Matrícula/CNS: 709607614280477

Médico: Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA

CRM: 2156

LEITO RESERVA 02

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

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 seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

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

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

Assinatura: [Nilton Cesar Bento] Paciente [] Responsável []

Observações:

COM AIH, AUT MUNC, SISREG, DOC, MEDICO CIENTE.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - TIROL - NATAL/RN
Cep: 59022-020

CONFERE COM ORIGINAL
EM, 10/09/20

MediWare



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

Data: 12/06/2019 11:24

FICHA DE INTERNAMENTO

Dados do Paciente

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Num. RG: **1228189**

CPF: **838.185.021-04**

Nascimento: **04/03/1972**

47

anos

Sexo: **Masculino**

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

Registro: **133952**

Endereço: **CORONEL EZEQUIEL MERGELINO**

N.: **347**

Bairro: **CENTRO**

Cidade: **TANGARA**

UF: **RN**

CEP: **59240000**

Fone: **84998024893**

Profissão: **PESCADOR ARTESANAL DE AGUA DOC**

Mãe: **RITA FELIX DE PONTES**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **7**

Entrada: **12/06/2019 11:24**

Previsão saída: **14/06/2019 11:00**

Atendente: **THALYTARCS**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matrícula: **CNS: 709607614280477**

CRM: **2150**

Dr. **EDUARDO LOPES DE SANTANA**

LEITO RESERVA 02

Término 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: _____

MedicWare

Página 1 / 1



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

Data: 12/06/2019 11:24

Dados do Paciente

Paciente: **NILTON CESAR BENTO** Registro: **133952**
Num. RG: **1228189** CPF: **838.185.024-04** Nascimento: **04/03/1972** 47 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **CORONEL EZEQUIEL MERGELINO** N.: **347** Bairro: **CENTRO**
Cidade: **TANGARA** UF: **RN** CEP: **59240000** Fone: **84998024893**
Profissão: **PESCADOR ARTESANAL DE AGUA DOC** Mãe: **RITA FELIX DE PONTES**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **7** Entrada: **12/06/2019 11:24** Previsão saída: **14/06/2019 11:00** Atendente: **THALYTARCS**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **709607614280477**
Médico: **Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA** CRM: **2156** **LEITO RESERVA 02**

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

- 1 - Autorizo o(a) Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: S7736 RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO
- 2 - O(A) Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA, 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

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, respondendo 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. EDUARDO LOPES DE SANTANA - CRM 2156



18/06/2019

SISREG III - Servidor de Produção

Código Solicitação: 293103488

Número AIH: 24191 - 2572-1

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:

HOSPITAL MEMORIAL

Unidade Executante:

HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL

Central Reguladora

NATAL

Data de Solicitação

14.06.2019 - 11:08:13

Data de Autorização

14/06/2019 - 21:19:08

Data de Reserva

18.06.2019

Data de Internação

15.06.2019

Data Prevista de Alta

29.10.2046

Data de Alta

15/06/2019 - 21:04:39

Motivo da Alta

1.1 ALTA CURADO

CNES:

2408252

CNES:

2408252

Município Executante

NATAL

Operador

LUCIMAR

Operador

01075386446PEDRO

Operador

18129862204LUCIMAR

Operador

18129862204LUCIMAR

DADOS DO PACIENTE

CNS:

709607614280477

Nome do Paciente

NILTON CESAR BENTO

Nome da Mãe

RITA FELIX DE PONTES

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

04/03/1972 (47 anos)

Tipo Logradouro:

SÍTIO

Número:

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

TANGARA - RN

Raça:

AMARELA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

SETOR VARZEA DO MILHO

Bairro:

RURAL

Município de Residência:

TANGARA

Complemento:

CEP:

59240-000

UF:

RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

19561917807

CPF do Médico Executante:

19561917807

Diagnóstico Inicial - CID:

M840 - DEFEITO DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA

Caráter

10 - Eletivo

Clinica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

Nome do Médico Solicitante:

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

Nome do Médico Executante:

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

Status da Solicitação:

APROVADA

Classificação de Risco

Prioridade 3 - Atendimento eletivo

Clinica Complementar:

Nenhuma

Código:

0415020034

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

PACIENTE COM DEFICIT FUNCIONALPOR CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO /td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

R X + E F

Condições que Justificam a Internação:

TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS + OSMOTOMIA + ENXERTO DO NATEBRAÇO

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

14.06.2019 - 11:08:13

Data da Extração dos Dados: 18/06/2019 15:50:20



Código Solicitação: **293103488**Número AIH: **241910052572-1****IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**

Unidade Solicitante:	CNES:		
HOSPITAL MEMORIAL	2408252		
Unidade Executante:	CNES:		
HOSPITAL MEMORIAL	2408252		
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro	Município Executante		
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 -- TIROL	NATAL		
Central Reguladora	Data de Solicitação	Operador	
NATAL	14.06.2019 - 11:08:13	LUCIMAR	
Data de Solicitação	Data de Autorização	Operador	
14.06.2019 - 11:08:13	14/06/2019 - 21:19:08	01075386446PEDRO	
Data de Reserva	Data de Internação	Operador	
18.06.2019	15.06.2019	18129862204LUCIMAR	
Data de Internação	Data Prevista de Alta	Operador	
15.06.2019	29.10.2046	18129862204LUCIMAR	
Data Prevista de Alta	Data de Alta		
29.10.2046	15/06/2019 - 21:04:39		
Data de Alta	Motivo da Alta		
15/06/2019 - 21:04:39	1.1 ALTA CURADO		

DADOS DO PACIENTE

CNS:	Nome Social/Apelido:	
709607614280477	---	
Nome do Paciente	Naturalidade:	
MILTON CESAR BENTO	TANGARA - RN	
Nome da Mãe	Raça:	
RITA FELIX DE PONTES	AMARELA	
Sexo:	Tipo Sanguíneo:	
MASCULINO	---	
Data de Nascimento:	Logradouro:	Complemento:
04/03/1972 (47 anos)	SETOR VARZEA DO MILHO	
Tipo Logradouro:	Bairro:	CEP:
SÍTIO	RURAL	59240-000
Número:	Município de Residência:	UF:
	TANGARA	RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:	Nome do Médico Solicitante:	Status da Solicitação:
19561917807	HELIO RUBENS POLIDO GARCIA	APROVADA
CPF do Médico Executante:	Nome do Médico Executante:	
19561917807	HELIO RUBENS POLIDO GARCIA	
Diagnóstico Inicial - CID:	Classificação de Risco	
M840 - DEFEITO DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA	Prioridade 3 - Atendimento eletivo	
Caráter	Clinica Complementar:	
10 - Eletivo	Nenhuma	
Clinica:	Código:	
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	0415020034	
Procedimento Solicitado:		
OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
 PACIENTE COM DEFICIT FUNCIONAL POR CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO /td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
 R X + E F

Condições que Justificam a Internação:
 TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS + OSTEOTOMIA + ENXERTO DO ANTEBRAÇO

PARECER**Motivo de Impedimento do Regulador:**

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)**CRM:****Data de Solicitação:**
14.06.2019 - 11:08:13

Data da Extração dos Dados: 18/06/2019 15:50:20

Exatidão: 99,99%





Hospital Memorial
São Francisco

PACIENTE: NILTON CÉSAR BENTO

MEDICO RESPONSÁVEL: Dr. MARCOS

ORIENTAÇÕES PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Documentos originais necessários para internação:

- **Identidade**
- **CPF**
- **Comprovante de residência**
- **Cartão do SUS**
- **AIH original do Médico**
- **Autorização da secretaria da sua cidade**

ORIENTAÇÕES PARA O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Data da Internação: 12 / 06 / 2019

Horário: 11:30

Alimentação até 6:00 hs da manhã
Depois não tomar nem água
Jejum de 8 hs

Alimentação até :00 hs da noite anterior ao procedimento
Depois não tomar nem água
Jejum de 8 hs

Telefone pra contato:

3133-4200 ou 3133-4212 Lucimar

lucimar.natal2007@hotmail.com

WhatsApp do hospital: 98191-4429 horário: 08h00min às 16h00min.

Obs: Não vir com as unhas pintadas
Trazendo em mãos todos os exames



ORIENTAÇÃO DE PRÉ INTERNAÇÃO

- **Usuário (a) do serviço de saúde: NILTON CÉSAR BENTO**
- **Município de origem: TANGARÁ**
- **Procedimento: FRATURA DE ANTE BRAÇO**
- **Período de internação: 12/05/19**
- **Faz uso de medicação controlada (antidepressivos, tranquilizantes, sedativos e anticonvulsivos): () Sim: (X) Não**

*em caso de uso de medicação controlada é necessário que no momento da internação apresente a medicação e a prescrição médica e o familiar permaneça ao aguardo do término do procedimento cirúrgico na recepção.

- **Pessoa com deficiência: NÃO**
- **Acompanhante:**

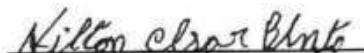
CIENTE DE INTERNAÇÃO NÃO NECESSITA DE ACOMPANHANTE.

Orientações gerais:

- * **Horário de visita das enfermarias: 15 h às 16 h, apenas dois visitantes por dia.**
- * **Horário de visita dos apartamentos: livre das 08 h às 21 h, nunca exceder dois visitantes por vez dentro do apartamento.**
- * **Horário de visita da UTI 1: às 11 h e 30 min e às 17 h e 30 min. 30 minutos de visita para cada turno. Apenas dois visitantes por turno.**
- * **Horário de visita da UTI 2: às 12 h e às 17 h e 30min. 30 minutos de visita para cada turno. Apenas dois visitantes por turno.**
- * **Só será permitido apenas 01 (um) acompanhante, devendo o mesmo respeitar as normas do Hospital Memorial, zelar pelas suas instalações, aceitar, respeitar e seguir as orientações repassadas**
- * **Só será permitida a entrada de crianças acima de 12 anos com documento de identidade e acompanhado do responsável para as visitas em apartamentos e enfermarias. Nas UTIs só será permitida a entrada de maiores de 18 anos.**

Natal, 29 de maio de 2019.


Jéssica Alexandre de Araújo
Assistente Social
CRESS/RN 4624
Assistente Social


Nilton Cesar Bento
Paciente

Av. Juvenal Lamartine, 979 – Tirol – Natal/RN CEP: 59022-020
Fone: (84) 3133-4200 -- Serviço Social: (84) 3133-4210





Rio Grande do Norte
Secretaria Municipal de Saúde - Tangará/RN
Avenida João Ataíde de Melo, sn - Centro - Tangará/RN - CEP: 59.240-000
CNPJ/MF N° 11.295.071/0001-85

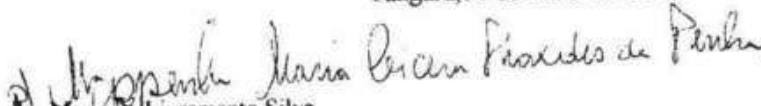


AUTORIZAÇÃO DE AIH

REGISTRO N°43/2019

Encaminho a essa Unidade Hospitalar, **HOSPITAL MEMORIAL**, o paciente **NILTON CÉSAR BENTO**, portador SUS: 898002375214252 e do CPF: 838.185.024-04 residente na **RUA CORONEL EZEQUIEL MERGELINO, 347 - TANGARÁ/RN**, para Intervenção Cirúrgica na especialidade: **FRATURA DE ANTE BRAÇO ESQUERDO** já que a nossa Unidade de Saúde, o **Hospital Maternidade Santa Terezinha**, ainda não dispõe dos devidos procedimentos. Assim sendo, autorizamos transferir em favor deste Hospital a AIH - Autorização de Internação Hospitalar do nosso município, ainda no banco de compensação da SESAP-RN, para que seja viabilizado o referido internamento.

Tangará, 30 de maio de 2019.


Maria do Livramento Silva
Secretária Municipal de Saúde



Código: 292552263

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MEMORIAL (2408252)
Central Reguladora:
NATAL

Op. Solicitante:
LUCIMAR
Unidade Desejada:
HOSPITAL MEMORIAL (2408252)

Data de Solicitação:
11.06.2019 - 11:28:12
Data Desejada:
12.06.2019

DADOS DO PACIENTE

CNS:
709607614280477
Nome do Paciente
NILTON CESAR BENTO
Nome da Mãe
KITA FELIX DE PONTES
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
04/03/1972 (47 anos)
Tipo Logradouro:
SÍTIO
Número:

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:
TANGARA - RN

Raça:
AMARELA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:
SETOR VARZEA DO MILHO

Bairro:

Município de Residência:
TANGARA

Complemento:

CEP:
59240-000

UF:
RN

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
12411337434
Diagnóstico Inicial - CID:
Z478 - OUTROS SEGUIMENTOS ORTOPÉDICOS ESPECIFICADOS
Caráter
10 - Eletivo
Clínica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:
RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO

Nome do Médico Solicitante:
EDUARDO LOPES DE SANTANA

Status da Solicitação:
PENDENTE

Classificação de Risco
Prioridade 3 - Atendimento eletivo
Clínica Complementar:
Nenhuma
Código:
0408060363

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
PACIENTE RETORNA PARA RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO /td>
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
R X
Condições que Justificam a Internação:
TRATAMENTO CIRURGICO RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:
11.06.2019 - 11:28:12

Data da Extração dos Dados: 11/06/2019 15:28:06





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

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE	RITA FELIX DE PONTES			6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL/SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	1 FEMININO	2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	RITA FELIX DE PONTES			11 - TELEFONE DE CONTATO	(84) 9802 4893
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)	R. General Prudente, 37			13 - MUNICÍPIO	Angicos RN
14 - BAIRRO	15 - UF	RN			
16 - CEP	53240-000				

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	Paciente relata para retenção de fixa externa de antebraço E.		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	TTO. cirúrgico		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	Rx de antebraço E AP/P		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS
fratura			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - LEITORCLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Retenção de fixa externa			Dr. Eduardo L. da Silva
28 - CÓD. DO PROCEDIMENTO	29 - DT. SOLICITAÇÃO	30 - CNS / CPF	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)
	19/12/2020		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
40 - () CID. 10 PRINCIPAL	DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
42 - () CID. 10 SECUNDÁRIO	43 - ()	44 - () GRAVE	45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

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





Hospital Memorial
São Francisco

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: NILTON CESAR BENTO

Data do Procedimento: 12062019

Registro: 133952

IH: 7

Diagnóstico pré operatório: S524 FRATURA DAS DIÁFISES DO RÂDIO E DO CÚBITO [ULNA] -

Código do procedimento

0408060360

Cirurgia realizada

RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: EDUARDO LOPES DE SANTANA

CRM

2156

Anestesiologista: GILVAN DE CARVALHO

1904

Grau de Contaminação: Infectado

Profilaxia Antimicrobiana: Cefazolina

Anatomopatológico: Sim - SECREÇÃO DO ANTEBRAÇO

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

Não utilizado

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL NA MESA CIRURGICA; ASSEPSSIA E ANTISSEPSSIA; CAMPOS OPERATORIOS; RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO; CURATIVO.

CRM: 2156 - EDUARDO LOPES DE SANTANA

13/06/2019 14:40:47



BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

Dados do Paciente

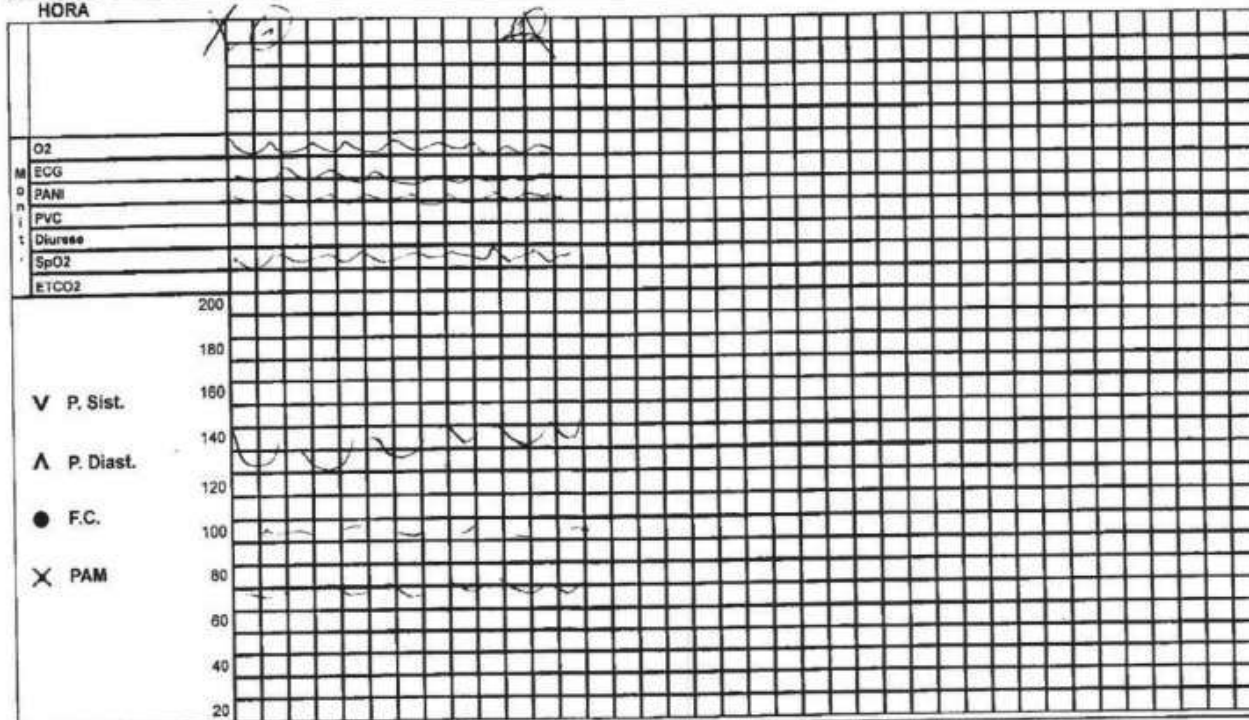
Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

NILTON CESAR BENTO ID: 133952

IH: 7

Cirurgia Realizada RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO			Data 12.06.2019
Cirurgião DR EDUARDO	1º Auxiliar	2º Auxiliar	Anestesiologistas GILVAN DE CARVALHO

HORA



Exames Laboratoriais

pH		
PaCO2		
HCO3		
CO		
EB2		
PaO2		
SHbO2		
Hb		
Hc		
Na		
K		
Ca		
Glicose		
NEUROTÓXICOS		
FENTANIL	500MG	1 FR
MIDAZOLAM	15MG	1
NEOCAINA	0,5%	
DIMORF	0,2MG	
SUFENTANIL	10MG	
ROCURONIO	50MG	
ATRACURIO	25MG	
PROPOVAN	1%	
EFEDRINA	50MG	
ARAMIN	10MG	
CEFALOTINA	1G	2
DIPIRONA	1G	2
DRAMIN	3MG	1
DEXAMETASONA	10MG	1
RANITIDINA	50MG	1
ONASSETRONA	8MG	
NEOCAINA	0,5%	
ISOBARICA	0,5X	
CETOPROFENO	100mg	
ROPIVACAÍNA	1,0	1 FR
XILOCAÍNA 2	2,0	1 FR

TÉCNICA ANESTÉSICA: BLOQUEIO DO PLEXO BRAQUIAL POR VIA INTERESCALÊNICA COM SEDACÃO

BLOQUEIO: PLEXO BRAQUIAL TIPO: INTERESCALÊNICO
 LOCAL DA PUNÇÃO: INTERESCALÊNICO LATÊNCIA: 20 MIN
 NÍVEL ANESTESIA: AGULHA: 25/7 LIQUOR:
 BLOQUEIO MOTOR: g
 POSIÇÃO: Antes: Depois:
 APARELHO:
 TÉCNICA: ABERTO
 INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: NASAL
 TRAUMÁTICA: N V.T.: F.R.:
 Sonda: N° V.M.: P.L.T.:
 CUFF:
 INDUÇÃO:
 MANUTENÇÃO:
 CONDIÇÃO FINAL: BOA REFLEXOS: SIM CONSCIÊNCIA: SIM

BALANÇO

OXIGÊNIO UM LITRO POR MIN / JELCO 20

OBSERVAÇÕES

MONITORIZAÇÃO: OXÍMETRO, CARDIOSCÓPIO, PNI E CATETER NASAL

Gilvan de Carvalho
Anestesiologista
CRM/RN 1904

DURAÇÃO: 00:30

INÍCIO: 12:30

FINAL: 13:00





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

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

hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 14/06/2019 07:41

BOLETIM DE SALA

Dados do paciente

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: **133952**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Nº: **119.148184**

Local : **SALA 002**

Início: **12/06/2019 12:30** Fim: **12/06/2019 13:00**

Cirurgia: **RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO**

Cirurgia Principal

Equipe:

Cirurgião: **EDUARDO LOPES DE SANTANA**
Anestesiologista: **GILVAN DE CARVALHO**
Instrumentador: **EDELMAR MARTINS DA SILVA**
Circulante: **ANDRE LUIZ MIGUEL PEREIRA**

CRM	Especialidade	GPF
2156	ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	12411337434
1904	ANESTESIOLOGIA	15707172491
980343	TECNICO ENFERMAGEM	05609276497
981845	TECNICO ENFERMAGEM	08056486479

MATERIAL

Código	Descrição	QTD	UND
60392	AGULHA DESCARTAVEL 25X7	2	UND
206953	AGULHA DESCARTAVEL 25X8	2	UND
60418	AGULHA DESCARTAVEL 40X12	1	UND
60020	ATADURA ALG ORTOP 10CMX1,8M	8	UND
64920	ATADURA DE CREPOM 10CMX1,8M	4	UND
64991	ATADURA GESSADA NEVE 10CMX3M	2	UND
65227	CAMPO OPERATORIO 25X28CM ESTÉRIL	1	UND
61473	CATETER P/OXIGENIO TIPO OCULOS	1	UND
61969	ELETRODO DESCARTAVEL	5	UND
60131	EQUIPO MACROGOTAS C/INJ FLEXIVEL	1	UND
65037	ESPARADRAPO 10CM X 4,5	30	CM
62276	GAZE EST 11 FIOS 7,5X7,5 ESTÉRIL	3	PCT
62364	GORRO DESCARTAVEL	2	UND
61540	JELCO 22 G COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	1	UND
62783	MASCARA DESC C/ ELASTICO	2	UND
65306	MASCARA DESC C/ TIRAS	2	UND
61133	MICROPORE 10 CM X 10 M	20	CM
62667	MICROPORE 2,5CM X 10 METROS	20	CM
61172	MICROPORE 5,0CM X 10 METROS	20	CM
63216	SERINGA DESCARTAVEL 20ML SEM AGULHA	1	UND
62475	SERINGA DESCARTAVEL 5ML SEM AGULHA	1	UND
65313	TOUCA CIRURGICA DESCARTAVEL	2	UND
207309	TRANSOFIX	1	UND

MEDICAMENTOS

Código	Descrição	QTD	UND
326	AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA	1	AMP
8146	CEFALOTINA SODICA 1G FRASCO AMPOLA	1	UND
12764	CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5%	25	MM
12599	CLOREXIDINA AQUOSA 0,2%	25	ML
11669	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5ML AMPOLA	1	AMP
2731	DIMENIDRINATO 86 COM (DRAMIN)	1	CPR
11067	DIPIRONA 500MG/ML AMPOLA	2	AMP
6294	FENTANILA CITRATO 10ML FRASCO AMPOLA	1	ML
1485	LIDOCAINA 2% SEM VASO 20ML	1	AMP
3060	MIDAZOLAM 15MG (5MG/ML) AMPOLA	1	AMP
11304	RANITIDINA 50MG (25MG/ML) AMPOLA	1	UND
7866	ROPIVACAINA 10MG/ML- 20ML (NAROPIN)	1	UND
8718	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	1	UND

TAXAS

Código	Descrição
90711	TAXA OXIGENIO SOB PRESSAO 1/4
90553	TAXA OXIMETRO
91856	TAXA MONITOR DE PRESSAO
91752	TAXA DE SALA CIRURGICA PORTE ANESTESICO 5
92326	TAXA RECUP POS-ANEST PORTE-00

Rayane Almeida de Melo Silva
COREN-RN 064863-ENF

ENFERMEIRO

14/06/2019 07:41 (LIMPAÇÃO DE BOMBA)



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 18/12/2020 18:14:25

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121818142502600000061340869

Número do documento: 20121818142502600000061340869

Num. 64013077 - Pág. 30



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 133952 IH: 7 Paciente: NILTON CESAR BENTO
Nascimento: 04/03/1972 47 anos Internação: 12/06/2019 11:24:18 Leito: LEITO RESERVA 02

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

12/06/2019 13:00:00 COREN - 819960 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE RETIRADA DE FIXADOR EM MSE, NEGA HAS+AM+DM ACOMPANHADO DO MAQUEIRO, CONSCIENTE, ORIENTADO (A), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, FOI PUNCIONADO(A) COM CATETER VENOSO EM MSD Nº 20 VIABILIZANDO SF0,9% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Doença pré-existente: NÃO

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

Exame Laboratorial: SIM Risco Cirúrgico: NÃO Raio X: PRÉ: SIM-QTD: 1

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Assinatura Responsável

Outros Exames:

Sara

SRPA

COREN - 819960 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

Nível consciência: ORIENTADO

Oxigenoterapia: O*AMBIENTE

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

Hipotensão: NÃO Raio X de Controle: SIM-QTD: 2

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE POI DE RETIRADA DE FIXADOR, CONSCIENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA HVP, VIABILIZANDO SF0,9%, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, DIURESE ESPONTÂNEA, COM RX DE CONTROLE, ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES, SEGUE ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM.

Assinatura Responsável

Sara





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 13/06/2019 07:34

Dados do Paciente

Registro: **133952** IH: **7** Paciente: **NILTON CESAR BENTO**
Nascimento: **04/03/1972** 47 anos Internação: **12/06/2019 11:24:18** Leito: **LEITO RESERVA 02**

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: BLOQUEIO E PLEXO

Anestesiologista: DRº gilvan

Tipo: retirada de fixador externo

Cirurgião: DR. EDUARDO

Instrumentador: edelmar

Circulante: andre

Tipo curativo: OCCLUSIVO

Tem material para biópsia/cultura: NAO

Inf.sanguínea: NÃO

Monitoração correta: SIM

Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: CEFAZOLINA G2

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

PACTE CONSCIENTE E ORIENTADO EM Oº AMBIENTE, DEAMBULANDO, EM JEJUM PARA SUBMETER A PROCEDIMENTO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO EM MSE ESQUERDO, O MESMO NEGA DOENÇAS E ALERGIA MEDICAMENTOSA, APRESENTA COM MSE IMOBILIZADO COM TALA GESSADA, EM MSD CIATRIZ DE PROCEDIMENTO DE OUTRAS DATAS, PUNCIONADO EM MSD COM JELCO Nº 22 VIAB SF 0,9%, COLETADO SWAB PARA CULTURA, PROCEDIMENTO REALIZADO COM EXITO FOI ENCAMINHADO AO SRPA ORIENTADO EM º AMBIENTE, FERIDA OPERATORIA COM FIXADOR EXTERNO, SEM MAS ALERACOES SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE LANTAO.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: Limpa

ANDRE LUIZ MIGUEL PEREIRA
Técnico(a) COREN - 981845





Hospital Memorial
São Francisco

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

O - UNIDADE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: **133952** N° Internação: **7**

Nascimento: **04/03/1972** 47 anos Data Internação: **12/06/2019 11:24:18** Leito: **LEITO RESERVA 02**

OBSERVAÇÕES GERAIS

19H PACIENTE SAIU DE ALTA ACOMPANHADO DO FAMILIAR E MAQUEIRO.

12/06/2019
OUT - 52581808
RAFAELA FILGUEIRA PAVA





ProntoNeuro
Imagens Médicas

- Tomografia computadorizada helicoidal
- Eletroencefalograma digital
- Ressonância magnética nuclear
 - Eletroneuromiografia
 - Mapeamento cerebral
 - Densitometria Óssea
 - Radiologia Geral
- Urografia excretora
- Mamografia digital

Paciente: 76499 - WANDICK GALVAO DE LIMA
Local de Entrega: PRONTO NEURO TIROL
Convênio: PARTICULAR TIROL
Médico Solicitante: Dr(a) CLEITON V. PEREIRA

Atendimento: 119-5315
Data de Nascimento: 13/08/1963
Sexo: Masculino
Data de Realização: 09/05/2019

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBAR

TÉCNICA:

- Exame realizado em aparelho de Ressonância Magnética de 1,5 Tesla com obtenção de imagens nas seguintes seqüências:

- TSE T1 no plano sagital.
- FSE T2 no plano sagital
- FSE T2 no plano axial.

LAUDO:

- Discopatia degenerativa no nível de L5/S1.
- Redução da altura do disco de L5/S1.
- Protusão discal de base larga mais acentuada a esquerda no nível de L5/S1, comprimindo a face ventral do saco dural e reduzindo a amplitude dos neuroforames.
- Alterações degenerativas na placa terminal dos corpos de L5-S1.
- Corpos vertebrais lombares alinhados e com formações osteofíticas.
- Estruturas dos arcos neurais posteriores normais.
- Canal raqueano de morfologia e dimensões normais.
- Tecidos moles paravertebrais com sinal habitual

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Ressonância Magnética da Coluna Lombo-sacra revelou:
- Discopatia degenerativa no nível de L5/S1.
- Redução da altura do disco de L5/S1.
- Protusão discal de base larga mais acentuada a esquerda no nível de L5/S1, comprimindo a face ventral do saco dural e reduzindo a amplitude dos neuroforames.
- Alterações degenerativas na placa terminal dos corpos de L5-S1.

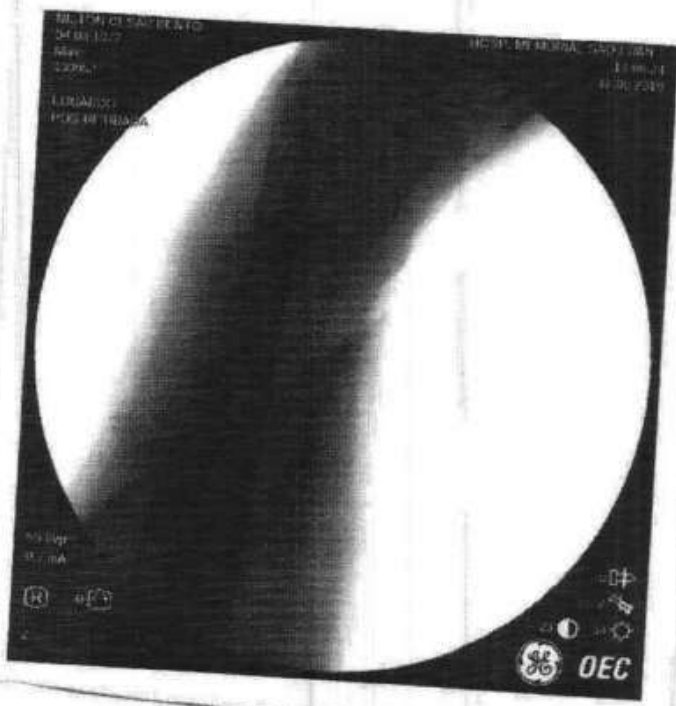
Dr. Luiz Rodrigues da Silva Filho, Neurocirurgião - CRM: RN / 1607

UNIDADES: TIROL: Rua Antônio Albuquerque, 968, Tirol // ZONA NOTE: Rua Porto da Folha, 2003, Igapó // PARNAMIRIM: Rua Otávio Gomes de Castro, 76, Centro

CONTATOS: Telefone: (84) 3342-7755 // Site: www.prontoneuro.com.br

OTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo. Já que as patologias são evolutivas e podem modificar-se de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.







Hospital Memorial de Natal

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

Data: 26/02/2019 10:41

FICHA DE INTERNAMENTO

Paciente: **NILTON CESAR BENTO** Registro: **133952**
Num. RG: **1228189** CPF: **838.185.024-04** Nascimento: **04/03/1972** 47 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **CORONEL EZEQUIEL MERGELINO** N.: **347** Bairro: **CENTRO**
Cidade: **TANGARA** UF: **RN** CEP: **59240000** Fone: **84996677994**
Profissão: **PESCADOR ARTESANAL DE AGUA DOC** Mãe: **RITA FELIX DE PONTES**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **26/02/2019 10:40** Previsão saída: **27/02/2019 11:00** Atendente: **VANUZANB**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **709607614280477**
Médico: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA** CRM: **5500**

SALA 001

Dados do Responsável

Responsável: CPF: RG:
Parentesco:

Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

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

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

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

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

Nilton Cesar Bento

Observações

SISREG, AIH, DOCUMENTOS, 01 COPIA DE RX, PROT WALF. MEDICO CIENTE.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

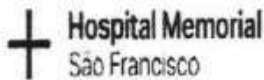
CONFERE COM ORIGINAL

EM, 10/09/20

Página 1 / 1

MedicWare





Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 26/02/2019 10:41

Dados do Paciente

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: **133952**

Num. RG: **1228189**

CPF: **838.185.024-04**

Nascimento: **04/03/1972**

47 anos

Sexo: **Masculino**

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

Endereço: **CORONEL EZEQUIEL MERGELINO**

N.: **347**

Bairro: **CENTRO**

Cidade: **TANGARA**

UF: **RN**

CEP: **59240000**

Fone: **84996677994**

Profissão: **PESCADOR ARTESANAL DE AGUA DOC**

Mãe: **RITA FELIX DE PONTES**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1**

Entrada: **26/02/2019 10:40**

Previsão saída: **27/02/2019 11:00**

Atendente: **VANUZANB**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matricula/CNS: **709607614280477**

Médico: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**

CRM: **5500**

SALA 001

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

Data da Baixa: _____ No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____

Doc. Apresentado: _____ Diagnostico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatorio sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratorios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinario e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

Data: 26/02/2019 10:41

Dados do Paciente

Paciente: **NILTON CESAR BENTO** Registro: **133952**
Num. RG: **1228189** CPF: **838.185.024-04** Nascimento: **04/03/1972** 47 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **CORONEL EZEQUIEL MERGELINO** N.: **347** Bairro: **CENTRO**
Cidade: **TANGARA** UF: **RN** CEP: **59240000** Fone: **8499667799**
Profissão: **PESCADOR ARTESANAL DE AGUA DOC** Mãe: **RITA FELIX DE PONTES**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **26/02/2019 10:40** Previsão saída: **27/02/2019 1:00** Atendente: **VANUZANB**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **709607614280477**
Médico: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA** CRM: **5500** **SALA 001**

Dados do Responsável

Responsável: CPF: RG:
Parentesco:

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: **S7918 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DI**
2. - O(A) **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**, 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

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. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA - CRM 5500



MS-DATASUS
VERSÃO: 15.90

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
CLINICA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA DA NATAL LTDA
ESPELHO DA AIH

PAG.: 1

DATA: 11/03/2019

O.E.: M240810001

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 03 / 2019

Num AIH: 241910016732-0

Situação: APURADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 03/2019

Data Autorização: 26 / 02 / 2019

Especialidade: 01 - CIRURGICO Orgão Emissor: M240810001 CRC:
Doc autorizador: 980018002592283 Doc med resp: 190057414250018 Doc diretor clínico: 108972384590018 Doc médico solic: 190057414250018
CNES: 2408252 - CLINICA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA DA NATAL LTDA CNS: 70960761428047-7
Prontuário: 133952
Paciente: NILTON CESAR BENTO
Data Nasc.: 04 / 03 / 1972 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc.: CPF Doc: 83818502404
Responsável pac.: NILTON CESAR BENTO Nome da Mãe: RITA FELIX DE PONTES
Endereço: RUA CORONEL EZEQUIEL MERGELINO 347 Bairro: CENTRO Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APLICA
Município: 241400 - TANGARA UF: RN CEP: 59240-000 Telefone: (84)9968-77994 Muda Proc.?: NÃO
Procedimento solicitado: 04.15.01.001-2 - TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS
Procedimento principal: 04.15.01.001-2 - TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS
Diag. principal: Z478-OUTROS SEGUIMENTOS ORTOPEDICOS ESPECIFICADOS
Complementar:
Carater atendimento: 01 - ELETIVO
Data internação: 26 / 02 / 2019 Data saída: 26 / 02 / 2019 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIH01: AIH Anterior: AIH Posterior:
[Causas Externas (Acidente ou Violência)]
CNPJ do Empregador: CNAER: -
Vinculo Previdência: CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtda	Cmp	Descrição
1	0408060360	980016000075923 225151(6)	3572196	3572196	1	02/2019 RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO
2	0408060360	980016000075923 225151(6)	3572196	3572196	1	02/2019 RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO
3	0408060352	980016000075923 225151(6)	3572196	3572196	1	02/2019 RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO
4	0408060352	980016000075923 225151(6)	3572196	3572196	1	02/2019 RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO
5	0408060352	980016000075923 225151(6)	3572196	3572196	1	02/2019 RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO

VALORES DA PRÉVIA

VALORES DA PRÉVIA	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
	Direto		Direto		Rateado		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
04/05/2016					33,56	78,36	279,40
Total Geral:	167,48			33,56		78,36	279,40

SERVIÇO CLASSIFICAÇÃO

Linha Serviço Classif. Descrição

CID SECUNDÁRIO

Cid Característica Descrição

W106 ADQUIRIDO QUEDA EM OU DE ESCADAS OU DEGRAUS - LOCAL NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos Número de Saídas Nº Pré-Natal:

Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

Dr. Fernando Christina Flor Linhares
Autenticado em 18/12/2020
+11-2019



Código Solicitação: 277248833

Número AIH: 24191001673 0

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MEMORIAL
Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL
Central Reguladora
Data de Solicitação
Data de Autorização
Data de Reserva
Data de Internação
Data Prevista de Alta
Data de Alta
Motivo da Alta

NATAL
25.02.2019 - 10:30:22
25/02/2019 - 11:02:53
25.02.2019
26.02.2019
27.02.2019
26/02/2019 - 17:15:56
1.2 ALTA MELHORADO

CNES:
2408252
CNES:
2408252
Município Executante
NATAL
Operador 03282959494PPC
Operador 63721392434CRISTIANA
Operador 33391521449FRANCISCA
Operador 33391521449FRANCISCA

DADOS DO PACIENTE

CNS:
709607614280477
Nome do Paciente
NILTON CESAR BENTO
Nome da Mãe
RITA FELIX DE PONTES
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
04/03/1972 (47 anos)
Tipo Logradouro:
SÍTIO
Número:

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:
TANGARA - RN
Raça:
AMARELA
Tipo Sanguíneo:

Logradouro: Complemento:
SETOR VARZEA DO MILHO
Bairro: CEP:
RURAL 59240-000
Município de Residência: UF:
TANGARA RN

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
19561917807
CPF do Médico Executante:
19561917807
Diagnóstico Inicial - CID:
S52B - FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRAÇO
Caráter
11 - Urgência
Clínica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Nome do Médico Solicitante: Status da Solicitação:
HELIO RUBENS POLIDO GARCIA APROVADA
Nome do Médico Executante:
HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

Classificação de Risco
Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível
Clínica Complementar:
Nenhuma
Código:
0408020407

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
COLISÃO MOTO X ANIMAL
FRATURA EXPOSTA GRAVE DE PUNHO ESQUERDO
FRATURA FECHADA DE PUNHO DIREITO
FRATURA DA ESCAPULA DIREITA /td>
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
EXAME FÍSICO E RX
Condições que Justificam a Internação:
TTO CIRURGICO

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:
25.02.2019 - 10:30:22

Código Solicitação: 277248833

Número AIH: 241910016732-0

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:

HOSPITAL MEMORIAL

Unidade Executante:

HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL

Central Reguladora

NATAL

Data de Solicitação

25.02.2019 - 10:30:22

Data de Autorização

25/02/2019 - 11:02:53

Data de Reserva

25.02.2019

Data de Internação

26.02.2019

Data Prevista de Alta

27.02.2019

Data de Alta

26/02/2019 - 17:15:56

Motivo da Alta

1.2 ALTA MELHORADO

CNES:

2408252

CNES:

2408252

Município Executante

NATAL

Operador

03282959494PPC

Operador

63721392434CRISTIANA

Operador

33391521449FRANCISCA

Operador

33391521449FRANCISCA

DADOS DO PACIENTE

CNS:

709607614280477

Nome do Paciente

NILTON CESAR BENTO

Nome da Mãe

RITA FELIX DE PONTES

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

04/03/1972 (47 anos)

Tipo Logradouro:

SITIO

Número:

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

TANGARA - RN

Raça:

AMARELA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

Complemento:

SETOR VARZEA DO MILHO

Bairro:

CEP:

RURAL

59240-000

Município de

UF:

Residência:

TANGARA

RN

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

19561917807

CPF do Médico Executante:

19561917807

Diagnóstico Inicial - CID:

S528 - FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRAÇO

Caráter:

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Nome do Médico Solicitante:

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

Status da Solicitação:

APROVADA

Nome do Médico Executante:

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

Classificação de Risco

Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408020407

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

COLISÃO MOTO X ANIMAL
FRATURA EXPOSTA GRAVE DE PUNHO ESQUERDO
FRATURA FECHADA DE PUNHO DIREITO
FRATURA DA ESCAPULA DIREITA /td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FÍSICO E RX

Condições que Justificam a Internação:

TTO CIRURGICO

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

25.02.2019 - 10:30:22



REG: 133952

321

DEIXOU DIA: 28/11

DATA CIRURGIA:

DEIXOU

DR. Licio

Fazê euz Tâmes OK!

HORA: 11:23

REMARcado PAR

ATB - 1 Qu

URA: 28/11/15

OBS:

Protocolo 1114



SUS

Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar
Nº 2758 / 2019

COOR: 277248833

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou:

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **112285 NILTON CESAR BENTO**

Prontuário:

CNS: 898002375214252

Nascimento: 04/03/1972 Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: RITA FELIX DE PONTES

Pai:

Endereço: RUA WOLFREDO EZEQUIEL NEBELINO, 347

Fone: 996287477 / N/A

Município: TANGARA

Código Municipal IBGE: 241400

UF: RN

CEP: 59240-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

COLISÃO MOTO X ANIMAL

FRATURA EXPOSTA GRAVE DE PUNHO ESQUERDO

FRATURA FECHADA DE PUNHO DIREITO

FRATURA DA ESCAPULA DIREITA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

NECESSIDADE DE CIRURGIA DE URGENCIA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S22.5 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO*408020407. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMID.

Dr. Judson W. Verissimo de Azevedo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 1892 - TEO 14818
RQE 2875

Profissional Solicitante / Assistente:

JUDSON WELBER VERISSIMO DE AZEVEDO

CRM: 6892 / RN

Data da Solicitação 27/01/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora:

Nº do bilhete:

Série:

() Acidente de Trabalho Típico

() Acidente de Trabalho Trajetado

CNPJ da Empresa:

CNAE da Emp.:

CBOR:

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

AUTORIZAÇÃO

Nº Autorização da AIH:

Profissional Autorizador: Orgão Emissor:

Documento: () CNS () CPF nº

Data da Autorização: / / Assinatura/Carimbo:





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

ENCAMINHAMENTO

PACIENTE:	Nilton Carlos Bento		SENHA:
DIAGNÓSTICO	Doença Sistêmica		
SETOR DE ORIGEM	H.M.W.G.		
AUDITOR AUTORIZADOR			
DESTINO	H.M.W.G. Planejamento		
DATA	28.01.2019		

RECEPÇÃO PELO HOSPITAL

☐

ACEITA

☐

RECUSADA

MOTIVO


Assinatura Responsável

Código Solicitação: 277248833

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MEMORIAL
Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV JUVENIL LAMARTINE - 979 - - TIROL
Central Reguladora
Data de Solicitação
Data de Autorização
Data de Reserva
Data Prevista de Alta

NATAL
25.02.2019 - 10:30:22
25/02/2019 - 11:02:53
25.02.2019
26.02.2019

CNES:
2408252
CNS:
2408252
Município Executante
NATAL

Operador: 03282959404PC
Operador: 63721393434025TANA

DADOS DO PACIENTE

CNS:
709607514280477
Nome do Paciente
WILTON CESAR BENTO
Nome da Mãe
RITA FELIX DE PONTES
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
04/03/1972 (46 anos)
Tipo Logradouro:
SÍTIO
Número:

Nome Social/Apêlido:

Naturalidade:

TANGARA - RN

Raça:

AFRASELA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

SETOR VARZEA DO

MILHO

Bairro:

RURAL

Município de

TANGARA

Complemento:

CEP:

59240-000

UF:

RN

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
19561917807
Diagnóstico Inicial - CID:
S52B - FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRAÇO
Caráter
12 - Urgência

Nome do Médico Solicitante: RILDO RUBENS POLDO GARCIA
Status da Solicitação: APROVADA

Classificação de Risco:

Intensidade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível

Clínica Computacional:

Nenhuma

Código:

0408020407

Clínica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METARSE DISTAL DOS

OSSOS DO ANTEBRAÇO

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

COLUSAO PROX Y ATERIAL

FRATURA EXPOSTA GRAVE DE PUNHO ESQUERDO

FRATURA FECHADA DE PUNHO DIREITO

FRATURA DA ESCAPULA DIREITA (NO)

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FÍSICO E RX

Condições que Justificam a Internação:

TTO CIRURGICO

PARECER

Motivo de Impedimento de Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:
25.02.2019 - 10:30:22

Data da Extração dos Dados: 26/02/2019 10:22:57

giii.saude gov.br/...



BLOCO CIRÚRGICO
BOLETIM DE SALA

Reg	1	3	3	9	5	2	NOME: <i>William Conner R. Jr.</i>
-----	---	---	---	---	---	---	------------------------------------

APTO:

Cirurgia Realizada Retirada de fixador externo + Retirada de fios intraósseos

DATA: 26-2-19	INICIO:	HS:	MIN:	TÉRMINO:	HS:	MIN:
---------------	---------	-----	------	----------	-----	------

EQUIPE	NOME	CIC/MF	CRM	CIRURGIA
Cirurgião	Dr. Hélio Garcia		5500	Pequena
1 Auxiliar				Média
2 Auxiliar				Grande
Anestesiologista				Múltipla
Instrumentador				

Alto: 1. Paciente em DDH sob bloqueio M Sup E 2. Assepsia e antissepsia 3. Via de acesso local 4. Retirada de fixador externo do antebraço E 5. Retirada de fios intraósseos E 6. Limpeza + sutura + curativo + tala gessada

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
MEDICAMENTOS				FIOS				DESCARTÁVEL			
028956	Água Biondestilada 100ml	AMP		060320	Vicryl 4-0 (Violeta)	ENV		066164	Malha Tubular 12cm.	ROL	
028956	Água Biondestilada 10ml	AMP	1 L	050377	Vicryl 5-0 (Incolor)	ENV		060188	Malha Tubular 15cm.	ROL	
028958	Água Biondestilada 20ml	AMP		056725	Vicryl 6-0	ENV		062783	Máscara Descartável	UND	
000057	Clorfeniramina 1g	AMP		050313	Vicryl 7-0	ENV		060930	Perfix 2 vias	UND	01
000096	Dexametron 4mg inj.	AMP						064794	Povidine Degermante / ml	ML	01
000713	Glicose 25% 10ml inj.	AMP						064787	Povidine Tópico / ml	ML	01
004283	Glicose 50% 10ml inj.	AMP						065567	Sabão Líquido	ML	01
004763	Hidocort 50%	FRS						060733	Sapatilha Descartável	UND	12
005048	Injeção Penicilina 1ml	FRS						063223	Seringa Desc. 0.1cc de Agulha	UND	
015111	Keflin Neutro 1g	COM						062443	Seringa Desc. 0.3cc de Agulha	UND	
006667	Novalgina 2ml inj.	AMP						062475	Seringa Desc. 0.5cc de Agulha	UND	
007453	Profenal 100mg inj.	AMP						063206	Seringa Desc. 1.0cc de Agulha	UND	01
008829	Solução Ringer 2% Lactato	FRS						063216	Seringa Desc. 2.0cc de Agulha	UND	01
008449	Solução Ringer Simples	FRS		DESCARTÁVEIS							
028128	Soro Fisiológico 100ml	FRS		061900	Abbotcatch-T Plus Nº 14	UND		063120	Sonda Uretral 10	UND	
006718	Soro Fisiológico 5% 500ml	FRS		061918	Abbotcatch-T Plus Nº 16	UND		063144	Sonda Uretral 12	UND	
008740	Soro Glicosado 5% 500ml	FRS		061925	Abbotcatch-T Plus Nº 18	UND		063151	Sonda Uretral 14	UND	
009995	Xilocaina 2% c/c	AMP		061932	Abbotcatch-T Plus Nº 20	UND		063169	Sonda Uretral 16	UND	
010026	Xilocaina Gelada 2%	BSG		060962	Agulha Descartável 13 x 4.5	UND		063183	Sonda Uretral 18	UND	
	Agulha 13 x 4.5	UND	01	060392	Agulha Descartável 25 x 7	UND	01	060550	Sonda Uretral 20	UND	
	Sonda 13 x 4.5	UND	03	060418	Agulha Descartável 40 x 12	UND	01				
	01 x 12	UND	01	060575	Alcool Iodado 70%	ML	01				
				060582	Atadura Crepon 10cm.	ROL	04				
				050630	Atadura Crepon 12cm.	ROL					
				060590	Atadura Crepon 15cm.	ROL					
				050608	Atadura Crepon 20cm.	ROL					
				000701	Atadura Gessada 10cm.	ROL					
				060679	Atadura Gessada 12cm.	ROL					
				060620	Atadura Ortopédica 10cm.	ROL					
				066639	Atadura Ortopédica 15cm.	ROL					
				061670	Atadura Ortopédica 16cm.	ROL					
				060380	Atadura Ortopédica 20cm.	ROL					
				068648	Bandeja Peridural	UND					
				061545	Bandeja Raqui	UND					
				060948	Butterfly 19g	UND		080736	Ar Comprimido		
				060055	Butterfly 21g	UND		082407	Aspirador Vácuo		
				062135	Butterfly 23g	UND		080304	Bomba de Infusão		
				062142	Butterfly 25g	UND		090331	Capinógrafo		
				061205	Camisola Descartável	UND		090383	Craniotomo		
				061244	Compressa Ortopédica	UND	06	090395	Desfibrilador		
				061989	Eletrodo Descartável	UND	05	090467	Intensificador de Imagem		
				066949	Enterofix 500ml	UND		090499	Microscópio		
				062024	Esparadrão 10 x 45	CM	30	090711	Oxigênio Sob Pressão 14		
				062031	Éter Sulfúrico 1 ml	ML		090553	Oxímetro		
				062265	Gase 91 x 91	UND	10	093886	Oxido Nitroso		2
				062830	Gase Furacina	UND		092708	Respirador a Pressão		
				052354	Gorro Descartável	UND	06	090578	Respirador a Volume		
				062103	Intrafix Air II 2.4 M	UND		091856	Taxa de Monitor		
				061079	Intrafix Padrão	UND	01		Taxa de Sala Nº		1
				062253	Lâmina Bisturi Nº 11	UND		080428	Taxa de Fibra Ótica		
				062260	Lâmina Bisturi Nº 15	UND			Vídeo Laparoscopia		
				090149	Lâmina Bisturi Nº 20	UND					
				062332	Luva Descartável Nº 7.0	PAR					
				062640	Luva Descartável Nº 7.5	PAR	01				
				082429	Luva Descartável Nº 8.0	PAR	01				
				062411	Malha Tubular 10cm.	ROL					

CIRURGIÃO: Dr. Hélio R P Garcia
Cirurgia da Mão-Ortopedia
CRM 5500 / RN

CIRCULANTE: Antônio Carlos + Solânea





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 133952 IH: 1 Paciente: NILTON CESAR BENTO
Nascimento: 04/03/1972 47 anos Internação: 26/02/2019 10:40:53 Leito: SALA 001

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

26/02/2019 16:45:00 COREN - 819960 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE RETIRADA DE FIXADO EM MSE, N° HAS+AM+DM ACOMPANHADO DO MAQUEIRO, CONSCIENTE, ORIENTADO (A), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, FOI PUNÇONADO(A) COM CATETER VENOSO EM MSD N° 20 VIABILIZANDO SF0,9% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE

Doença pré-existente: NÃO

Há reserva sanguínea: NÃO

Prótese: NÃO

Jóias: NÃO

Membro e lado da cirurgia: MSE

Exame Laboratorial: SIM

Risco Cirúrgico: NÃO

Raio X: PRÉ: SIM-QTD: 1

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Assinatura Responsável

Outros Exames:

SRPA

COREN - 819960 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

Nível consciência: ORIENTADO

Oxigenoterapia: O²AMBIENTE

Acesso venoso: NÃO

Diurese: NÃO

Acianótico: NÃO

Pálido: NÃO

Sudorese: NÃO

Tremores:

Hipotensão: NÃO

Raio X de Controle: NÃO

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE ALTA HOSPITALAR SEM INTERCORRENCIA DE POI OPERATORIO DE
ENCAMINHADO AO RAO X ACOMPANHADO PELO MAQUEIRO E POR SEU FAMILIAR.

Assinatura Responsável





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 26/02/2019

Dados do Paciente

Registro: 133952 IH: 1

Paciente: NILTON CESAR BENTO

Nascimento: 04/03/1972 47 anos Internação: 26/02/2019 10:40:53 Leito: SALA 001

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: LOCAL+SEDACAO

Anestesiologista: DR MELO

Tipo: RETIRADA DE FIXADOR

Cirurgião: DR HELIO

Instrumentador: ANTONIA

Circulante: ANTONIO CARLOS +ADELMAR

Tipo curativo: OCCLUSIVO

Tem material para biópsia/cultura: NAO

Inf.sanguínea: NÃO

Monitoração correta: SIM

Placa de bisturi: NÃO

Antibiótico profilático?: CEFAZOLINA

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

CLIENTE ADMITIDO NA SALA DE CIRURGIA PARA RETIRADA DE FIXADOR, CIRURGIA SEM INTERCORRENCIA, CLIENTE ENCAMINHADO CRO CONSCIENTE E ORIENTADO, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: Limpa

ANTONIO CARLOS DA SILVA
Técnico(a) COREN - 95686

6/02/2019 17:26 (U546/ASSIST.6.0)

Fa



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

Hospital Memorial de Natal

Registro-Internamento: 133952 -1

Leito Nº: SALA 001

Médico CRM - 5500 - HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

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

HOSPITAL

10.867.687/0001-10 Hospital Memorial de Natal

PACIENTE

133952 -1 - NILTON CESAR BENTO

PROCEDIMENTO ANTERIOR

PROCEDIMENTO SOLICITADO

MÉDICO SOLICITANTE

CRM

CPF

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA 5500 195.619.178-07

JUSTIFICATIVA

MODIFICO:

040806036-0 - RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO

0408060352 - RETIRADA DE FIO INTRAÓSSEO

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE



CRM

5500

DATA

26/02/2019 16:37:13

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR

CRM

DATA





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: NILTON CESAR BENTO
Convênio: SUS ESTADUAL
Unidade: CENTRO CIRURGICO
Leito: SALA 001
Admissão: 26/02/19 10:40
Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com

Idade: 46 anos
Reg.: 133952
Prontuário:
Peso: 78,0 kg Altura: 1,70 m

1 dia(s) de internação

27/02/2019 07:00

5500

- 1) DIETA LIVRE, Ao dia
- 2) DIPIRONA 500mg/mL ampola
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.
DILUIR EM 8 ML DE ABD
- 3) OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia
- 4) ALTA HOSPITALAR, 02 em 02 horas

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 20/08/2019 09:44

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Nº. RG: **1228189**

CPF: **838.185.024-04** Nascimento: **04/03/1972** 47 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **CORONEL EZEQUIEL MERGELINO**

N.: **347**

Bairro: **CENTRO**

Cidade: **TANGARA**

UF: **RN**

CEP: **59240000**

Fone: **84998024893**

Profissão: **PESCADOR DE ANZOL**

Mãe: **RITA FELIX DE PONTES**

Dados do Internamento

Nº. Internamento: **11**

Entrada: **20/08/2019 9:39**

Previsão saída: **21/08/2019 11:00** Atendente: **CLAUDIA F**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matrícula/CNS: **709607614280477**

Médico: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**

CRM: **5500**

LEITO RESERVA 09

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou fiduciário 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 acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora esta autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

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

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

Assinatura: *[assinatura]*] Paciente [] Responsável

X Nilton Cesar Bento

Observações

SEM LAUDO DO SUS UMA PELICULA DE RX EXAMES LAB MEDICO CIENTE

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, 10/09/2019

Página 1 / 1



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 20/08/2019 09:44

Dados do Paciente

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: **133952**

Num. RG: **1228189**

CPF: **838.185.024-04**

Nascimento: **04/03/1972**

47

anos

Sexo: **Masculino**

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

Endereço: **CORONEL EZEQUIEL MERGELINO**

N.: **347**

Bairro: **CENTRO**

Cidade: **TANGARA**

UF: **RN**

CEP: **59240000**

Fone: **84998024893**

Profissão: **PESCADOR DE ANZOL**

Mãe: **RITA MELIX DE PONTES**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **11**

Entrada: **20/08/2019 9:39**

Previsão saída: **21/08/2019 11:00**

Atendente: **CLAUDIA F**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matrícula/CNS: **709607614280477**

Médico: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**

CRM: **5500**

LEITO RESERVA 09

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

Data da Baixa: _____ No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____

Doc. Apresentado: _____ Diagnostico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatorio sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratorios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinario e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

MedicWare

Página 1 / 1





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

Data: 20/08/2019 09:44

Dados do Paciente

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: **133952**

Num. RG: **1228189**

CPF: **838.185.024-04**

Nascimento: **04/03/1972**

47

anos

Sexo: **Masculino**

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

Endereço: **CORONEL EZEQUIEL MERGELINO**

N.: **347**

Bairro: **CENTRO**

Cidade: **TANGARA**

UF: **RN**

CEP: **59240000**

Fone: **8499802489**

Profissão: **PESCADOR DE ANZOL**

Mãe: **RITA FELIX DE PONTES**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **11**

Entrada: **20/08/2019 9:39**

Previsão saída: **21/08/2019 11:00**

Atendente: **CLAUDIA F**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matrícula/CNS: **709607614280477**

Médico: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**

CRM: **5500**

LEITO RESERVA 09

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: S8276 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS
2. - O(A) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA 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: [assinatura] Paciente [] Responsável []

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA : CRM 5500

MedicWare

Página 1 / 1



Código Solicitação: 302142053

Número AIH: 241910073538-1

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:

HOSPITAL MEMORIAL

CNES:

2408252

Unidade Executante:

HOSPITAL MEMORIAL

CNES:

2408252

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL

Município Executante

NATAL

Central Reguladora

NATAL

Data de Solicitação

16.08.2019 - 13:53:48

Operador

LUCIMAR

Data de Autorização

16/08/2019 - 23:54:57

Operador

08978830714DUNLEY

Data de Reserva

20.08.2019

Data de Internação

17.08.2019

Operador

18129862204LUCIMAR

Data Prevista de Alta

31.12.2046

Data de Alta

17/08/2019 - 18:07:15

Operador

18129862204LUCIMAR

Motivo da Alta

1.1 ALTA CURADO

DADOS DO PACIENTE

CNS:

709607614280477

Nome do Paciente

NILTON CESAR BENTO

Nome Social/Apelido:

Nome da Mãe

RITA FELIX DE PONTES

Naturalidade:

TANGARA - RN

Sexo:

MASCULINO

Raça:

AMARELA

Data de Nascimento:

04/03/1972 (47 anos)

Tipo Sanguíneo:

Tipo Logradouro:

SITIO

Logradouro:

SETOR VARZEA DO MILHO

Complemento:

Número:

Bairro:

RURAL

CEP:

59240-000

País de Residência:

BRASIL

Município de Residência:

TANGARA

UF:

RN

Telefone(s):

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

19561917807

Nome do Médico Solicitante:

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

Status da Solicitação:

APROVADA

CPF do Médico Executante:

19561917807

Nome do Médico Executante:

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

Diagnóstico Inicial - CID:

M840 - DEFEITO DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA

Caráter

10 - Eletivo

Classificação de Risco

Prioridade 3 - Atendimento eletivo

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Clínica Complementar:

Nenhuma

Procedimento Solicitado:

OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

Código:

0415020034

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

PACIENTE COM DEFICIT FUNCIONAL POR CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO /td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

R X + E F

Condições que Justificam a Internação:

TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA VICIOSA CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO + OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS

PARTES

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

16.08.2019 - 13:53:48

Data da Extração dos Dados: 26/08/2019 08:38:29



CONSENTIMENTO INFORMADO

Por este instrumento particular o (a) paciente **Nilton Cesar Bento** ou seu responsável Sr.

(a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr. Hélio Rubens Polido Garcia, inscrito no CRM-5500 / RN para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "Tratamento cirúrgico de fratura viciosamente consolidada + Osteotomia de ossos longos + Enxerto ósseo", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido médico, atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO: a cirurgia tem o objetivo refazer o alinhamento dos ossos envolvidos nos planos sagital, coronal e rotacional, mantendo-os nesta posição através de fixação por hastes, placas, parafusos, fios ou pinos

COMPLICAÇÕES:

- 1- Infecção, edema (inchaço), hematoma, deiscências (soltura de pontos)
2. Rejeição do metal
- 3- Necrose de pele e músculos
- 4- Síndrome compartimental pode acontecer antes e depois de ser operado. Este problema deve ser resolvido nas primeiras 6 – 8 horas, e caracteriza-se por dor intensa, cianose (roxidão) dos dedos e amortecimento. O médico deve ser informado imediatamente se isso acontecer.
- 5- A não consolidação da fratura, pseudo artrose, pode acontecer em qualquer caso. Normalmente é resultado da soma de vários problemas principalmente das características da fratura, grau desnutrição do paciente, qualidade da vascularização do local afetado.
- 6- Necessidade de nova cirurgia.
- 7- Complicações da área doadora de enxerto ósseo, a depender da decisão médica intra-operatória para melhor local a ser retirado o enxerto, incluindo infecção, dor persistente, neuroma incisional (dor em choque)
- 8- Dormências e formigamentos (parestésias): na maioria das vezes é transitório e ocorre em aproximadamente metade dos casos.
- 9- A não recuperação total da função e perda total da função pós-cirúrgica
- 10- Necessidade de nova cirurgia ou cirurgias complementares para atingir objetivo final.
- 11- Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).
- 12- Ocorrência de lesões nervosas, como ruptura parcial, estiramento, ruptura total, devido ao acesso cirúrgico complexo e afastamento necessários para realizar a cirurgia.
- 13- Dor Complexa Regional (ocorre em 10% dos casos): quadro onde ocorre dores intensas, alterações tróficas de pele, osteopenia regional, sudorese profusa e atrofia muscular e de tecido celular subcutâneo. A grande maioria das vezes está relacionada com ansiedade, depressão ou alterações psicológicas do paciente.
14. Lesões nervosas e vasculares devido ao garroteamento do membro para operações com o membro exsanguinado. Estas lesões ocorrem eventualmente e são temporárias.
15. Lesões nervosas e vasculares, com perda funcional total de movimentos
16. O resultado final esperado para esta lesão varia de 6 a 12 meses, em média.
17. Necessidade de enxerto ósseo. Pode ocorrer reabsorção do enxerto

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente). Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Natal, 04 de junho de 2019

Nilton Cesar Bento

Ass. do(a) paciente

RG nº 1228189

Nome

Ass. do(a) resp. pelo(a) paciente

RG nº

Nome

Hélio R P Garcia

Ass. do(a) médico(a)

CRM: 5500

Nome: Hélio R P Garcia



ORIENTAÇÃO DE PRÉ INTERNAÇÃO

- Nome do paciente: **NILTON CÉSAR BENTO**
- Médico responsável: **Dr. HELIO**
- Documentação obrigatória no momento da internação:

*Identidade:

*CPF:

*Comprovante de residência (legível):

*Cartão do SUS:

*Todos os exames:

*Autorização da secretaria de saúde da sua cidade (lembrando que toda autorização só vale um mês, no dia da internação a autorização tem que estar dentro do prazo de validade).

- Data da internação:
- Alimentação até as:
- Respeitar o jejum de 08hrs. Durante o jejum não pode beber água.
- Faz uso de medicação controlada (antidepressivos, tranquilizantes, sedativos e anticonvulsivos): () Sim: (☒) Não

*em caso de uso de medicação controlada é necessário que no momento da internação apresente a medicação e a prescrição médica e o familiar permaneça ao aguardo do término do procedimento cirúrgico na recepção.

- Pessoa com deficiência: (☒) Sim () Não

*Toda pessoa com deficiência tem direito a acompanhante.

Orientações gerais:

- * Horário de visita das enfermarias: 15 h às 16 h, apenas dois visitantes por dia.
- * Horário de visita dos apartamentos: livre das 08 h às 21 h, nunca exceder dois visitantes por vez dentro do apartamento.
- * Horário de visita da UTI 1: às 11 h e 30 min e às 17 h e 30 min. 30 minutos de visita para cada turno. Apenas dois visitantes por turno.
- * Horário de visita da UTI 2: às 12 h e às 17 h e 30min. 30 minutos de visita para cada turno. Apenas dois visitantes por turno.
- * Trocas de acompanhante das enfermarias ocorre no horário das 06 h às 20 h não ultrapassando o limite de 03 trocas por dia.

Av. Juvenal Lamartine, 979 – Tirol – Natal/RN CEP.: 59022-020. Fone: (84) 3133-4200
Marcação de cirurgia: 3133-4210 Lucimar / WhatsApp: 98191-4429 (das 08h às 16h)
lucimar.natal2007@hotmail.com





Hospital Memorial
São Francisco

- * Só será permitido apenas 01 (um) acompanhante, devendo o mesmo respeitar as normas do Hospital Memorial, zelar pelas suas instalações, aceitar, respeitar e seguir as orientações repassadas
- * Menores de 18 anos tem direito a acompanhante, conforme prevê o estatuto da criança e do adolescente. Devem estar acompanhados de seu responsável durante todo o período de internação.
- * Maiores de 60 anos, tem direito a acompanhante, conforme prevê o estatuto do idoso. Devem estar acompanhados durante todo o período de internação.
- * É liberado acompanhante para pacientes que estejam: politraumatizados (mais de um membro fraturado), cirurgia de crânio, coluna, fêmur, quadril, prótese de joelho, enxerto ósseo, pacientes que fazem uso de medicação controlada (antidepressivos, tranquilizantes, sedativos e anticonvulsivos, desde que traga a medicação ou receita que comprove), deficiente físico, pacientes psiquiátricos.
- * Só será permitida a entrada de crianças acima de 12 anos com documento de identidade e acompanhado do responsável para as visitas em apartamentos e enfermarias. Nas UTIs só será permitida a entrada de maiores de 18 anos.

Natal, 02 de JULHO de 2019.

Núcleo Interno de Regulação
Hospital Memorial São Francisco.

Nilton César Brito
Paciente ou responsável

Av. Juvenal Lamartine, 979 – Tirol – Natal/RN CEP.: 59022-020. Fone: (84) 3133-4200
Marcação de cirurgia: 3133-4210 Lucimar / WhatsApp: 98191-4429 (das 08h às 16h)
lucimar.natal2007@hotmail.com



AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Chave de Confirmação:

93645**UNIDADE SOLICITANTE**

Nome:	Cod. CNES:	Op. Solicitante:	Op. Autorizador:	Op. Videofonista:
HOSPITAL MEMORIAL	2408252	01149328401VAL	01149328401VAL	

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:	Cod. CNES:			
HOSPITAL MEMORIAL	2408252			
Endereço:	Número:	Complemento:	Bairro:	
AV JUVENAL LAMARTINE	979	---	TIROL	
Telefone:	CEP:	Município:		
(84)3133 4209	59022-020	NATAL - RN		
Profissional Executante:		Data e Horário de Atendimento:		
HELIO RUBENS POLIDO GARCIA		QUI • 04/07/2019 • 07:25hrs		

DADOS DO PACIENTE

CNS:	Nome:	Nome Social / Apelido:
709607614280477	NILTON CESAR BENTO	---
Nome da Mãe:	Sexo:	Data Nascimento:
RITA FELIX DE PONTES	MASCULINO	04/03/1972
Tipo Sanguíneo:	Raça:	Idade:
---	AMARELA	47 anos
Nacionalidade:	Naturalidade:	
BRASILEIRA	TANGARA - RN	
Tipo de Logradouro:	Nome do Logradouro:	Número:
SÍTIO	SETOR VARZEA DO MILHO	---
Bairro:	Município de Residência:	Complemento:
RURAL	TANGARA - RN	---
Telefone(s):		CEP:
---		59240-000

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:	Data de Solicitação:	Data de Aprovação:	Vaga Solicitada:	Vaga Consumida:
295560875	03/07/2019	03/07/2019	1ª Vez	1ª Vez
CPF Profissional Solicitante:	Profissional Solicitante:			
195.619.178-07	HELIO RUBENS POLIDO GARCIA			
Diagnóstico Inicial:		CID:		Classificação de Risco:
SEGUIMENTO ORTOPÉDICO NÃO ESPECIFICADO		Z479		AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO
Procedimentos Autorizados:		Cod. Unificado:		Cod. Interno:
CONSULTA EM ORTOPEDIA - GERAL - AGENDA LOCAL		0301010072		0710254

AVISO DO MUNICÍPIO

29/07/2009

COMPAREÇA COM ANTECEDENCIA DE 30 MINUTOS NO ESTABELECIMENTO DE SAUDE EXECUTANTE

Data da Extração dos Dados: 03/07/2019 09:53:07





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

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDÔ 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 Nilton Cesar Bento		8 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS 55802375214232	9 - DATA DE NASCIMENTO 04.03.72	9 - SEXO M	MASCULINO ☒ FEMININO ☐
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Neila Fátima de Sousa		11 - TELEFONE DE CONTATO 99802-4893	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) Rua General Ernesto Mercurino 842			
13 - MUNICÍPIO Waxau	14 - BAIRRO Centro	15 - UF RN	16 - CEP 59240000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente com déficit funcional por consolidação viciosa do antebraço E. Necessita cirurgia			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade cirúrgica			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Exame físico + RX			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Consolidação viciosa	21 - CID 10 PRINCIPAL M84	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - Tratamento cirúrgico de fratura viciosa consolidada dos ossos longos - Osteotomia de ossos longos - Enxerto ósseo	25 - COD. DO PROCEDIMENTO 0415020026 - 0408060590 - 0408060174 - 0408040211	26 - LEITO/CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. Hélio Rubens Polido Garcia
29 - DT. SOLICITAÇÃO				30 - CNS / CPE Dr. Hélio Rubens Polido Garcia CRM 5500 - RN Cirurgião de Mão e Microcirurgia
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)				

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
38 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
40 - () CID. 10 PRINCIPAL		DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - () CID. 10 SECUNDÁRIO		43 - ()	44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

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



SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE Nilton Cesar Bento		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CÍTIPO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO 09.03.22	9 - SEXO	MASCULINO ☒ FEMININO ☐
10 - NOME DO USUÁRIO RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO		13 - CID	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente com déficit funcional por consolidação viciosa do antebraço E. Necessita cirurgia			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade cirúrgica			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Exame físico + RX			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Consolidação viciosa	21 - CID 10 PRINCIPAL M84	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - Tratamento cirúrgico de fratura viciosa - Amputação de dedo longo - Amputação de dedo anelar - Amputação de dedo médio	25 - COD. DO PROCEDIMENTO 0415020026 0408060590 0408060174 0408040211	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. Hélio Rubens Polido Garcia
28 - ENDEREÇO		29 - Nº SOLICITAÇÃO	30 - CNES / CPE Dr. Hélio Rubens Polido Garcia CRM 5559 - RN Cirurgião de Mão e Microcirurgia
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONS)			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
38 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
40 - () CID 10 PRINCIPAL		DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - () CID 10 SECUNDÁRIO		43 - ()	44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

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



DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Data do Procedimento 20.08.19

Registro 133952

11 11

Diagnostico pré operatorio: M84 TRANSTORNOS DA CONTINUIDADE DO OSSO

Código do procedimento

Cirurgia realizada

2408020423

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS

0408060174

OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ

7429415

OSTECTOMIA DA PELVE

Equipe cirúrgica:

GRM

Cirurgião: HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

5500

Anestesiologista FRANCISCO DA SILVA MELO

4539

instrumentador berenise

Instrumentador Empresa: antonia

Grau de Contaminação: Infectado

Profilaxia Antimicrobiana: Cefazolina

Anatomopatológico: Sim - SECREÇÃO DO ANTEBRAÇO

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

1. Paciente em DDH sob bloqueio M Sup E
2. Assepsia e antissepsia
3. Via de acesso dorsal do antebraço E + divisão roma
4. Tratamento cirúrgico da fratura do antebraço E
5. Osteotomia dos ossos longos
6. Exatno osseo
7. RX intra-op

CRM: 5500 - HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

20/08/2019 18:22:16

Parina 1 : 1



BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

Dados do Paciente

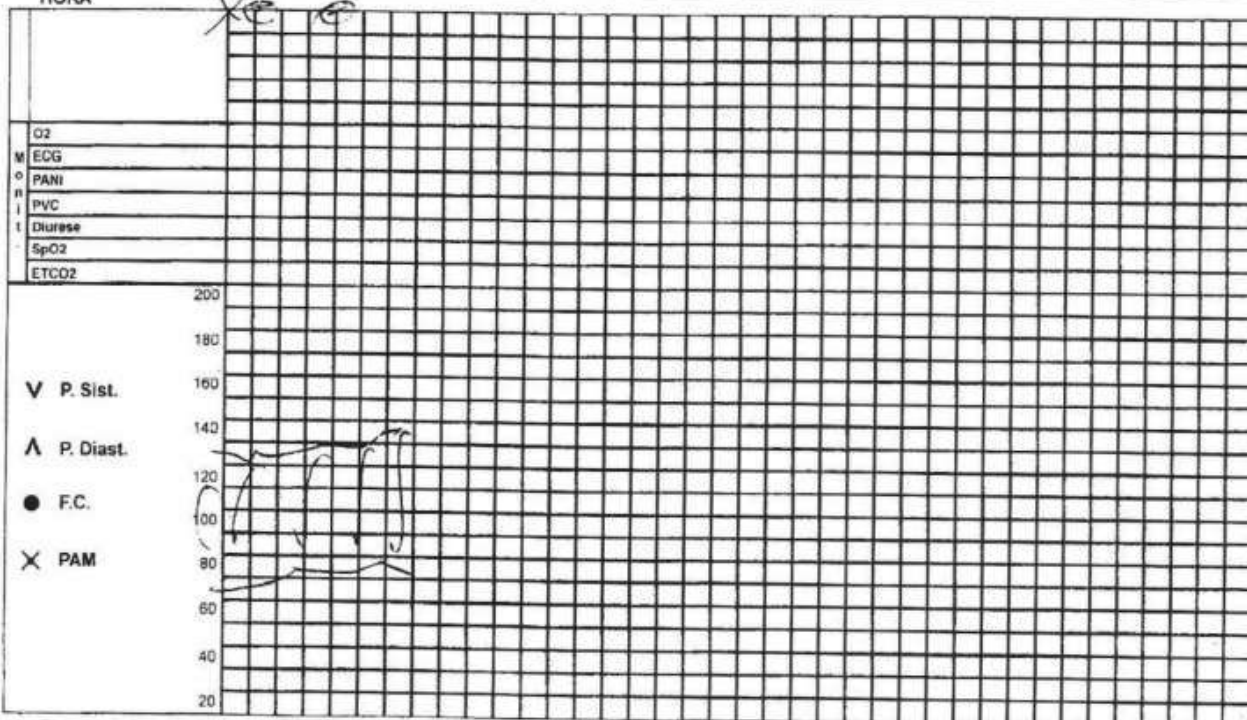
Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

NILTON CESAR BENTO No. 133952

IH: 11

Cirurgia Realizada OSTEOTOMIA DE ANTEBRAÇO+FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DE ATB-ENKERTO			Data 20/08/2019
Cirurgião DR HELIO RUBENS	1º Auxiliar	2º Auxiliar	Anestesiologistas DR FRANCISCO MELO

HORA



Exames Laboratoriais

pH		
PaCO2		
HCO3		
CO		
EB2		
PaO2		
SHbO2		
Hb		
Hc		
Na		
K		
Ca		
Glucose		
DROGAS		
FENTANIL	500MG	03ML
MIDAZOLAN	15MG	01ML
NEOCAINA	0,5%	
DIMORF	0,2MG	
SUFENTANIL	10MCG	
ROCURONIO	50MG	
ATRACURIO	25MG	
PROPOVAN	1%	
EFEDRINA	50MG	
ARAMIN	10MG	
CÉFAZOLINA	1G	2
DIPIRONA	1G	2
DIAMIN	3MG	1
DEXAMETASONA	10MG	1
RANITIDINA	50MG	1
ONDASETRONA	8MG	
NEOCAINA	0,5%	
ISOBARICA	0,5%	
CETOPROFENO	100mg	
ROPIVACAÍNA	1,0	1 FR
KILOCAINA 2	2,0	1 FR
SF0,5%	500	03FRS

TÉCNICA ANESTÉSICA: BLOQUEIO DO PLEXO BRAQUIAL POR VIA INTERESCALÊNICA COM SEDACÃO

BLOQUEIO: PLEXO BRAQUIAL

TIPO: INTERESCALÊNICO

LOCAL DA PUNÇÃO: INTERESCALÊNICO

LATÊNCIA: 20 MIN

NÍVEL ANESTESIA:

AGULHA: 25/7

LIQUOR:

BLOQUEIO MOTOR: 0

POSICÃO: Antes:

Depois:

APARELHO:

TÉCNICA: ABERTO

INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: NASAL

TRAUMÁTICA: NAO

SONDA:

N°

V.T.:

F.R.:

CUFF:

V.M.:

P.L.T.:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDIÇÃO FINAL: BOA

REFLEXOS: SIM

CONSCIÊNCIA: SIM

BALANÇO

OXIGÊNIO UM LITRO POR MIN / JELCO 20

OBSERVAÇÕES

MONITORIZAÇÃO: OXÍMETRO, CARDIOSCÓPIO, PNI E CATETER NASAL

Dr. Francisco da Silva Melo
Anestesiologista SBA 15714
CRM: 4539 - CPF: 365.145.404-34

DURAÇÃO: 30MIN

INÍCIO: 17:00

FINAL: 17:30



PLAC. MULT. FR AG.	4446	0215H14	02 UND	
PAR. CORT. 3,5N° 36	3091 3091	1276I16 1275I16	02 UND 01 UND	
PAR. CORT. 3,5N° 38	3092 3092	0873F14 R34732	02 UND 01 UND	
PAR. CORT. 3,N° 40	1670.40	19C001161	03 UND	
PAR. ESP. 4.0 N° 10	3180 3180	R 35013 P19765	02 UND 01 UND	
PAR. ESP. 4.0 N°12	3181 3181	R 32050 S 12114	02 UND 01 UND	
PAR. ESP. 4.0 N° 14	3182 3182	R33021 R33072 S 19614	01 UND 01 UND 01 UND	
PAR. ESP. 4.0 N°16	3183 3183	4004E16 0217C14	02 UND 01 UND	
PAR. ESP. 4.0 N°18	3184 3184	18E001504 18E001502	04 UND 02 UND	
PAR. ESP. 4.0 N° 20	3185 3185	3702A17 0234C14 S050K14	01 UND 03 UND 02 UND	
PAR. ESP. 4.0 N° 22	3186 3186 3186	S 30358 P 27008 S17281	04 UND 01 UND 01 UND	
PAR. ESP. 4.0 N°24	3187 3187	S 35186 4660C16	02 UND 04 UND	
PAR. ESP. 4.0 N° 26	3188 3188 3188	O 25203 R 21032 S 00473	01 UND 03 UND 02 UND	
PAR. ESP. 4.0 N° 28	3189 3189 3189	1318K14 031340 1318K14	01 UND 01 UND 01 UND	
PAR. ESP. 4.0 N°30	3190 3190	5481I15	03 UND	
PAR. ESP. 4.0 N°35	3191	4418816	03 UND	
PAR. ESP. 4.0 N°40	3192 1680.40	T05173 004317024	01 UND 02 UND	
PAR. ESP. 4.0 N°45	3193	5539G15	03 UND	
PAR. ESP. 4.0 N°50	3194	18K02056	03 UND	

HOSPITAL: *União*
 PACIENTE: *Milton de Jesus*
 N°PRONT.: 133552
 DATA DA CIRURGIA: 20.12.19
 CIRURGIÃO: *Dr. Paulo* CONVÊNIO:

Tatiana Faria - 20/12/19

CAIXA CONFERIDA POR:
 DATA:

HORA:



CAIXA DE PEQUENOS FRAG. AZUL

ITEM	QTD	QTD	QTD	QTD
PLACA DCP 04 FUROS	4420/03 4420/03	0320F14 0865D16	01 UND 01 UND	
PLACA DCP 05 FUROS	4420/04	2528F14	02 UND	
PLACA DCP 06 FUROS	1107-15-0000006 4420/05	38014 4516B18	01 UND 01 UND	
PLACA DCP 07 FUROS	4420/06	19D004938	02 UND	
PLACA DCP 08 FUROS	4420/07	19A003021	02 UND	
PLACA DCP 10 FUROS	4420/08 1107-15-0000010	3906L13 37893	01 UND 01 UND	
PLACA DCP 12 FUROS	1107-15-0000012	37861	02 UND	01
PLACA 1/3 04 FUROS	4430/03	512132 Q25314	01 UND 01 UND	
PLACA 1/3 05 FUROS	4430/04	4566B18	02 UND	
PLACA 1/3 06 FUROS	1107-16-0000006	36987 18E000059	01 UND 01 UND	
PLACA 1/3 07 FUROS	4430/06	18E001898	02 UND	
PLACA 1/3 08 FUROS	1107-16-0000008 4430/07	37877 4529417	01 UND 01 UND	
PLACA T 3X3 FUROS	4442	18L002655	02 UND	
PLACA T 3X4	1108-67-0300004 1108-67-0300004	37605 37625	01 UND 01 UND	
PLACA T 3X5 FUROS	4443	3069A15 2914J15	01 UND 01 UND	
PLACA T 4X4 FUROS	4438	19A002564 19D004932	01 UND 01 UND	
PLACA T 4X6 F	4439	2972J15	02 UND	

ITEM	QTD	QTD	QTD	QTD
PAR. CORT. 3,5 N° 10	3078 3078 3078 3078	R34902 T 11096 R26353 R19544	01 UND 01 UND 02 UND 02 UND	
PAR. CORT. 3,5 N° 12	3079 3079 3079 3079 1117-56-3500012	T01695 S 01696 3779F15 S16285 ONIX	01 UND 01 UND 01 UND 01 UND 02 UND	
PAR. CORT. 3,5 N° 14	1117-56-3500014	ONIX 18K001540	03 UND 03 UND	02
PAR. CORT. 3,5 N° 16	1117-56-3500016	9595 Y	06 UND	
PAR. CORT. 3,5 N° 18	1117-563500018 3082	ONIX 18F000646	04 UND 05 UND	03
PAR. CORT. 3,5 N° 20	3083 3083 3083 1117-56-3500018	5666H15 4309H16 3759F15 ONIX	01 UND 01 UND 01 UND 06 UND	02
PAR. CORT. 3,5 N° 22	3084 3084 3084 3084 3084	3765E16 4867H16 3767E16 3026A16 18F000715	01 UND 01 UND 01 UND 02 UND 04 UND	
PAR. CORT. 3,5 N° 24	3085 3085 3085 3085 1117-56-000024	0809F14 0806F14 0804F14 P 19468 ONIX	03 UND 01 UND 02 UND 01 UND 02 UND	04
PAR. CORT. 3,5 N° 26	3086 3086 3086 3086 3086 3086	Q33605 S35064 S 25616 S35064 0818F14	01 UND 02 UND 03 UND 02 UND 01 UND	
PAR. CORT. 3,5 N° 28	3087 3087 3087	P21376 T09240 3061H14 ONIX	03 UND 01 UND 03 UND 02 UND	
PAR. CORT. 3,5 N° 30	3088 3088 3088	P30859 S01461 O 20024 1173b16 018718	01 UND 01 UND 01 UND 02 UND 01 UND	
PAR. CORT. 3,5 N° 32	3089 3089 3089	S02279 R 20957 4087H16	01 UND 01 UND 04 UND	
PAR. CORT. 3,5 N° 34	3090	R17366 P08405	02 UND 01 UND	
ARRUELAS DE PEQ. FRAGMENTOS	1112-65-3500000		02 UND	





Hospital Memorial de Natal

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

Data: 22/08/2019 17:09

BOLETIM DE SALA Dados do paciente

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: **133952**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Nº: **119.224993**

Local : **SALA 003**

Início: 20/08/2019 17:00 Fim: 20/08/2019 17:30

Cirurgia: **OSTEOTOMIA DA PELVE**

Cirurgia Principal

OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSC

Equipe:

Cirurgião: **HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**
Anestesiologista: **FRANCISCO DA SILVA MELO**
Instrumentador: **NAYARA SOARES DE OLIVEIRA**
Circulante: **EDELMAR MARTINS DA SILVA**

CRM	Especialidade	CPF
5500	ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	19561917807
4539	ANESTESIOLOGIA	56514840434
706919	TECNICO ENFERMAGEM	08933625401
980343	TECNICO ENFERMAGEM	05609276497

MATERIAL

Código	Descrição	QTD	UND
60392	AGULHA DESCARTAVEL 25X7	1	UND
200953	AGULHA DESCARTAVEL 25X8	1	UND
60418	AGULHA DESCARTAVEL 40X12	1	UND
60020	ATADURA ALG ORTOP 10CMX1,8M	4	UND
61670	ATADURA ALG ORTOP 15CMX1,8M	3	UND
64920	ATADURA DE CREPOM 10CMX1,8M	4	UND
60590	ATADURA DE CREPOM 15CMX1,8M	4	UND
64991	ATADURA GESSADA NEVE 10CMX3M	2	UND
95227	CAMPO OPERATORIO 25X28CM ESTÉRIL	7	UND
61473	CATETER PIOXIGENIO TIPO OCULOS	1	UND
61989	ELETRODO DESCARTAVEL	5	UND
60131	EQUIPO MACROGOTAS C/INJ.FLEXIVEL	1	UND
65037	ESPARADRAPO 10CM X 4,5	80	CM
62276	GAZE EST 11 FIOS 7,5X7,5 ESTÉRIL	7	PCT
62364	GORRO DESCARTAVEL	2	UND
91932	JELCO 20 G	1	UND
62260	LAMINA DE BISTURI N.15	1	UND
62000	LUVA CIR DESC EST 6,5	1	PAR
62640	LUVA CIR DESC EST 7,5	1	PAR
62429	LUVA CIR DESC EST 8,0	1	PAR
62763	MASCARA DESC C/ ELASTICO	2	UND
65306	MASCARA DESC C/ TIRAS	2	UND
62887	MICROPORE 2,5CM X 10 METROS	50	CM
61172	MICROPORE 5,0CM X 10 METROS	50	CM
50614	MONONYLON PRETO 2-0 C/AG 3C	1	UND
50621	MONONYLON PRETO 3-0 C/AG 3CM	2	UND
102587	PARAFUSO CORTICAL 4,5MM	8	UND
37293	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5 MM (INC)	1	UND
60733	SAPATILHA DESCARTAVEL	12	UND
63206	SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA	1	UND
63216	SERINGA DESCARTAVEL 20ML SEM AGULHA	2	UND
62475	SERINGA DESCARTAVEL 5ML SEM AGULHA	1	UND
207308	TRANSOFIX	1	UND

MEDICAMENTOS

Código	Descrição	QTD	UND
326	AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA	5	AMP
8146	CEFAZOLINA SODICA 1G FRASCO AMPOLA	2	UND
12764	CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5%	220	MM
11689	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5ML AMPOLA	1	AMP
6943	DIMENIDRINATO B6 INJ 10ML (DRAMIN)	1	AMP
11067	DIPIRONA 500MG/ML AMPOLA	1	AMP
6294	FENTANILA CITRATO 10ML FRASCO AMPOLA	3	ML
9995	LIDOCAINA 2% C/V 20ML INJ (XYLOCAINA)	1	ML
11304	RANITIDINA 50MG (25MG/ML) AMPOLA	1	UND
7886	ROPIVACAINA 10MG/ML - 20ML (NAROPIN)	1	UND
8718	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	3	UND

TAXAS

Código	Descrição
90711	TAXA OXIGENIO SOB PRESSAO 1/4
90553	TAXA OXIMETRO
81856	TAXA MONITOR DE PRESSAO
91752	TAXA DE SALA CIRURGICA PORTE ANESTESICO 5
92328	TAXA RECUP POS-ANEST PORTE-00



PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Historia: 133952 IH: 11 Paciente: **NILTON CESAR BENTO**
Data de nascimento: 04/03/1972 47 anos Internação: 20/08/2019 09:39.52 Leito: LEITO RESERVA 09

ANTES DO ATO CIRURGICO

20/08/2019 17:00:00 COREN - 819960 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE ANTEBRAÇO EM MSL. NEGA HAS+AM+DM ACOMPANHADO DO MAQUEIRO, CONSCIENTE, ORIENTADO (A), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, FOI FUNCIONADO(A) COM CATETER VENOSO EM MSD Nº 20 VIABILIZANDO SF0,9% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE

Doença pré-existente: NÃO

Reserva sanguínea: NÃO

Prótese: NÃO

Jóias: NÃO

Membro e lado da cirurgia: MSE

Exame laboratorial: SIM

Risco Cirúrgico: NÃO

Raio X: PRÉ: SIM-QTD: 1

Medicamentos, iodo, esparadrapo: NÃO

Assinatura Responsável

Assinatura

Sara

SRPA

COREN - 819960 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

Nível consciência: ORIENTADO

Oxigenoterapia: O2AMBIENTE

Cateter venoso: SIM

Diurese: SIM

Acianótico: NÃO

Palido: NÃO

Sudorese: NÃO

Tremores: NÃO

Tensão: NÃO

Raio X de Controle: SIM-QTD: 2

Medicação administradas

Exame físico

CLIENTE DE POI DE FRATURA DE ANTEBRAÇO, CONSCIENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA HVP VIABILIZANDO SF0,9%, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, DIURESE CONTINUA, COM RX DE CONTROLE, ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES, SEGUE ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM.

Assinatura Responsável

Sara



PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro 133952 IH 11

Paciente NILTON CESAR BENTO

Nascimento 04/03/1972

47 anos

Internação 20/08/2019 09:39:52

Leito LEITO RESERVA 09

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

BLOQUEIO E PLEXO + SEDACAO

Anestesiologista DR. MELO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE

Cirurgião DR. HELIO

Enfermeiro ANTONIA E BERENISE

Circulante NAYARA E EDELMAR

Tip. curativo OCLUSIVO

Material para biopsia/cultura: NAO

Tranquilizante: NAO

Monitoração cardíaca: SIM

Placa de perf. : SIM

Antibiótico profilático: CEFAZOLINA G2

Medicação administradas:

Comentários / Observações

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO EM O² AMBIENTE, DEAMBULANDO, EM JEJUM PARA SUBMETER A PROCEDIMENTO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE ANTEBRACO E, O MESMO NEGA DOENÇAS E ALERGIA MEDICAMENTOSA, FUNCIONADO EM MSD COM JELCO N° 20 VIAB SF 0,9%. PROCEDIMENTO REALIZADO COM EXITO ENCAMINHADO AO SRPA ORIENTADO EM 1° AMBIENTE, FERIDA OPERATORIA E OCLUIDA, SEM MAS ALERACOES SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE E PLANTAO.
TEMPO DE CIRURGIA: 40MIN. DE INCISAO A SUTURA

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Intencional de Contaminação: Limpa

NAYARA SOARES DE OLIVEIRA
Técnica CORIN



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**
Convênio: **SUS ESTADUAL**
Unidade: **UNIDADE III**
Leito: **ENFERMARIA 304A**
Admissão: **20/08/19 09:39**
Diag.: **M84 - Transtornos da continuidade do osso**

Idade: **47 anos**
Reg.: **133952**
Prontuário:
Peso: **78,0 kg** Altura: **1,7**

1 dia(s) de internação

21/08/2019 07:00

	Horários de Aplicação	5500
1) DIETA LIVRE, Ao dia	D1	
2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	D1	
3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD.	D1	14:00
4) DAPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	D1	16:00
5) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	D1	08:00, 16:00
6) DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.	D1	22:00, 10:00
7) DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	D1	22:00, 08:00, 14:00
8) RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	D1	08:00, 18:00
9) OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia	D1	
10) ALTA HOSPITALAR, 02 em 02 horas	D0	

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500



CURATIVOS	M	T	N	SONDAS	M	T	N	MEDICAÇÕES	M	T	N
LUVA ESTÉRIL (PAR)				LUVA ESTÉRIL(par)				LUVA DE PROC(PAR)			☒
LUVA DE PROC(PAR)				LUVA PROC.(PAR)				SERINGA 1CC			
GAZE (PCT C/ 10)				GAZE (PCT C/10)				SERINGA 5cc			☒
MÁSCARA				SONDA ____ Nº ____				SERINGA 10cc			☒
COMPRESSA (UN)				SONDA ____ Nº ____				SERINGA 20cc			
ATAD. CREPOM				LIDOCAÍNA GEL				AGULHA 40X12			☒
SERINGA TAM. ____				SERINGA 20CC				AGULHA 25X7			
SF. 0,9% 100 ml				ABD(10ML)				ABD 10 ML			☒
SF. 0,9% 10 ml				COLETOR FECHADO				SF 0,9% <i>cc</i>			☒
CLOREX. AQUOSA(ML)				COLETOR ABERTO				SF 0,9%			
CLOREX. ALCOOLICA				AGULHA				SF 0,9% <i>cc</i>			☒
MICROPORE (CM)				CLOREX DEGERM.							
ESPARADRAPO(CM)				CLOREX AQUOSA				DISP. URINÁRIO	M	T	N
LÂMINA Nº ____				SF 0,9%. ____ ML				PRESERVATIVO MASC.			
DERSANI (10 ml)				MÁSCARA				COLETOR ABERTO			
SAF- GEL (5gr)								MICROPORE (CM)			
SOLOSITE (5gr)				PUNÇÃO	M	T	N	LUVA PROC.(PAR)			
PURILON (5gr)				LUVA PROC. (PAR)				LAVAGEM INTEST	M	T	N
DUODERM EF 10X10				JELCO Nº 18				EQUIPO MACRO			
DUODERM EF 15X15				JELCO Nº 20				LIDOCAINA GEL			
DUODERM CGF				JELCO Nº 22				MICROPORE (cm)			
KALTOSTAT				JELCO Nº 24				LUVA PROC.(PAR)			
CARBOFLEX				ATADURA CREPON							
AQUACEL TAM				EQUIPO MACRO				EQUIPOS	M	T	N
IV 3000				POLIFIX				EQUIPO BIC DIETA			
IRRIGAFIX				ALCOOL 70%(ML)				EQUIPO BIC MED			
				MICROPORE (cm)				EQUIPO DE TRANSF.			
				ESPARADRAPO (cm)							
ASS. RESPONSÁVEL:				SCALP							
ASPIRAÇÃO	M	T	N	SALIN./HIDRA./HEP./DO CATETER	M	T	N	RESUMO			
SONDA DE ASPIRAÇÃO				SF 0,9% 10ml				→ ____ UI			AMP.
GAZE (PCT C/ 10)				ABD (10ML)				→ ____ UI			AMP.
SF.0,9% 10 ml				HEPARINA (1ML)				→ ____ UI			AMP.
ABD				SERINGA TAM ____				→ ____ UI			AMP.
LUVA ESTÉRIL (par)				AGULHA Nº ____				→ ____ UI			AMP.
				LUVA ESTÉRIL (PAR)				→ ____ UI			AMP.
OUTROS	M	T	N	OUTROS	M	T	N	→ ____ UI			AMP.
								→ ____ UI			AMP.
								→ ____ UI			AMP.
ASS. TEC ATRIBUIDO M	ASS. TEC ATRIBUIDO T	ASS. TEC ATRIBUIDO N	VISTO ENFERMEIROS			DATA: / /					
			MANHÃ	TARDE	NOITE						



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: **133952** IH: **11**

Nascimento: **04/03/1972** 47 anos Data Internação: **20/08/2019 09:39:52**

Leito: **ENFERMARIA 304A**

Turno: **Noturno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **POI FRATURA DE ANTEBRAÇO**

Isolamento de contato: **Não**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **NEGA**

Sinais Vitais

Temperatura: **35,5 °C** Saturação O2: **98%** Respiração: **20 RPM**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: **130x80** Frequência Cardíaca: **89**

EUPNEICO

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

MSD

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

HGT

Aspectos:

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

CTV LIMPO

Medicações:

ADM MEDICAÇÕES CPM.

Intercorrência:

AS 20:30 RECEBO E ADMITO PACIENTE VINDO DO CC EM POI DE FRATURA DE ANTEBRAÇO "E". CONSCIENTE, ORIENTADO, EM O2 AMB. COM AVP EM MSE EM HV POR GRAVIDADE. AFERIDOS SSVV PARAMETROS NORMAIS, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS ESPONTÂNEAS, REALIZADOS CUIDADOS.

COREN: 998917 - CAMILA ALVES DO NASCIMENTO
20/08/2019 23:37:44





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

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: **133952** IH: **11**

Nascimento: **04/03/1972** 47 anos Data internação: **20/08/2019 09:39:52**

Leito: **ENFERMARIA 304A**

Turno: **Diurno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **1º DPO DE ANTEBRAÇO ESQUERDO**

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **DESCONHECE ALERGIAS**

Sinais Vitais

Oxigenioterapia

Temperatura: **36,3 °C** Saturação O2: **96%** Respiração: **20 RPM**

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: **130x80** Frequência Cardíaca: **79**

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VO

MSD 20/08/2019

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

HGT

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

Intercorrência:

RECEBO AS 07:00 HORAS, PACIENTE 47 ANOS, CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPIRANDO EM O2 AMBIENTE, SONO PRESERVADO, DIETA V.O DE BOA ACEITAÇÃO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, AFERIDO SSVV SEM ANORMALIDADES, REALIZADO BANHO POR ASPERÇÃO, TROCA DE ROUPA DE CAMA E PESSOAL, ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA, SAÍU DA UNIDADE 3 AS 11:00 HORAS, ACOMPANHADA POR MAQUEIRO EM CADEIRA, E SUA ACOMPANHANTE, LEVANDO CONSIGO SEUS PERTENCES E ORIENTAÇÕES MÉDICAS.

Suely Batista
COREN: 1168012 - SUELY BATISTA DE AGUIAR SILVA
21/08/2019 10:58:49





Nome: **NILTON CESAR BENTO**
Idade: **47**
Peso: **78,** Altura: **1,79**
Convênio: **SUS - TRAT FRATURA**
Solicitante: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**
Entrada: **28/06/2019**
Coleta: **28/06/2019 08:25**
Registro: **133952** IH:
Sexo: **Masculino**
Prontuário: **0**
OS n°.: **119-160787**
Página: **3**

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL

Material: Plasma Citratado Método: Nefelometria

Tempo do Paciente: **31,0 seg** Valor de Referência
Tempo padrão : **31,0** **31,0**
Rel. teste padrão: **1,0**

PROTEINA C REATIVA ULTRASENSÍVEL

Material: Soro Método: Imunoturbidimetria

Resultado: **1,00 mg/L** Valores de referência
<6,0 mg/L

VHS - Velocidade de hemossedimentação

Material: Sangue Método: Westergreen

Resultado: **10 mm/hora**

Valor de referência: Até 10 mm/hora

Mariana Maria Campos da Silva
Farmacêutica
CRF 3520

MARIANA MARIA CAMPOS DA SILVA
CRF 3520





Nome: **NILTON CESAR BENTO**

Idade: **47**

Peso: **78,** Altura: **1,79**

Convênio: **SUS - TRAT FRATURA**

Solicitante: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**

Entrada: **28/06/2019**

Coleta: **28/06/2019 08:25**

Registro: **133952** IH:

Sexo: **Masculino**

Prontuário: **0**

OS nº.: **119-160787**

Página: **2**

TEMPO DE ATIVIDADE PROTROMBINA (TAP)

Material: Plasma Citratado

Método: Quick (Ap. MaxCoag)

Atividade Enzimática : **100,0**

Tempo Paciente : **12,3 seg**

Valores de referência

Parâmetro

Atividade de Protrombina 70% a 100%

Plasma Padrão 12,3 segundos

INR 1,00 a 1,30

Tempo Padrão : **12,3**

INR : **1,00**

Mariana Maria Campos da Silva
Farmacêutica
CRF 3520

MARIANA MARIA CAMPOS DA SILVA
CRF 3520



Nome: **NILTON CESAR BENTO**

Idade: **47**

Peso: **78,** Altura: **1,79**

Convênio: **SUS - TRAT FRATURA**

Solicitante: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**

Entrada: **28/06/2019**

Coleta: **28/06/2019 08:25**

Registro: **133952 IH:**

Sexo: **Masculino**

Prontuário: **0**

OS nº.: **119-160787**

Página: **1**

HEMOGRAMA COMPLETO*

Material: **SANGUE TOTAL COM EDTA**
Método: **Automação-Diacron SDH-5**

LEUCOGRAMA

	Valores Encontrados	Valores Referenciais
Leucócitos por mm ³	7,09 10³/uL	4.000 - 11.000 /mm³
Neutrófilos.....	45,00 %	3,19 10³/uL
Linfócitos.....	50,00 %	3,55 10³/uL
Monócitos.....	3,00 %	0,21 10³/uL
Eosinófilos.....	1,00 %	0,07 10³/uL
Basófilos.....	1,00 %	0,07 10³/uL
Observação: Morfologia conservada		

ERITROGRAMA

	Valores Encontrados	Valores Referenciais Crianças
	Homem	Mulher
Hemácias.....	5,50 10⁶/uL	4,50 - 6,00
Hemoglobina.....	15,90 g/dl	4,00 - 5,60
Hematócrito.....	42,90 %	13,0 - 18,0
Vol. Glob. Média.....	78,00 fL	11,5 - 16,0
Hem. Glob. Média.....	28,91 pg	4,0 - 54,0
C.H.Glob. Média.....	37,06 g/dL	36,0 - 47,0
RDWcv.....	12,70 %	80,0 - 100,0
RDWsd.....	46,5 fL	80,0 - 100,0
Observação: Microcitose		

CONTAGEM DE PLAQUETAS.:

	Valores Encontrados	Valores Referenciais
MPV.....	7,80 /mm³	150.000 a 400.000/mm³
PCT.....	0,247 %	
PDWcv.....	%	
PDWsd.....	14,10 fL	
PLCR.....	14,90 %	
PLCC.....	10³/uL	
MORFOLOGIA: Aparentemente normal em número e aspecto		
NOTA: Exame automatizado, com confirmação das contagens e análise morfológica realizadas por microscopia, quando aplicável.		

Mariana Maria Campos da Silva
Farmacêutica
CRF 3520

MARIANA MARIA CAMPOS DA SILVA
CRF 3520





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

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

hmemorial@veloxmail.com.br

EVOLUÇÃO NUTRICIONISTA - ADMISSÃO

Dados do Paciente

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: **133952** Num. Internação: **11**

Nascimento: **04/03/1972 47 anos** Data Internação: **20/08/2019 09:39:52** Leito: **ENFERMARIA 304A**

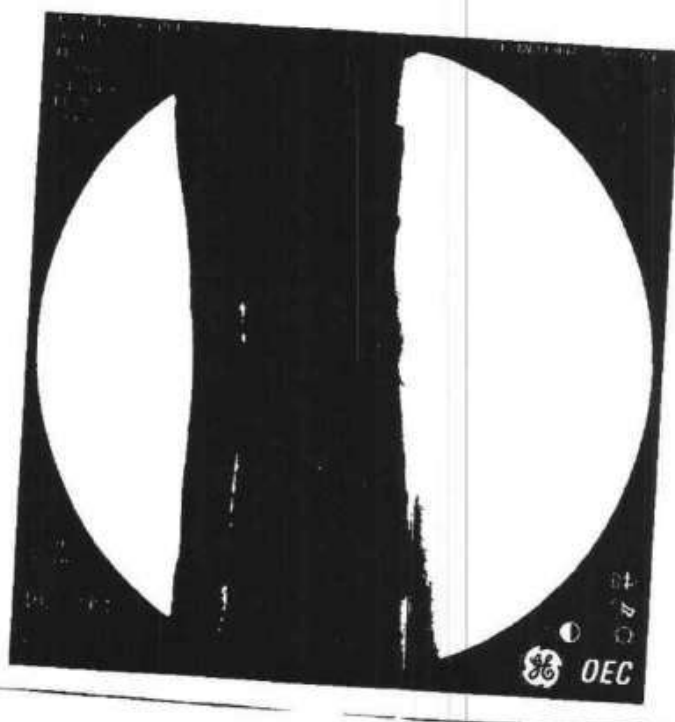
INDICAÇÕES NUTRICIONAIS

PACIENTE ADMITIDO NA UNIDADE 3 EM PÓS OPERATÓRIO DE FRATURA DO ANTEBRAÇO. EM TERAPIA NUTRICIONAL POR VIA ORAL. NEGA COMBORDIDADES. DIURESE NORMAL. EVACUAÇÃO PRESENTE. OFERTAR LÍQUIDOS.

21/08/2019 08:32:30
CRN - 2257

ADRIANA DE QUEIROZ XAVIER







Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 02/04/2019 08:23

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: **133952**

Num. RG: **1228189** CPF: **838.185.024-04** Nascimento: **04/03/1972** 47 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **CORONEL EZEQUIEL MERGELINO**

N.: **347**

Bairro: **CENTRO**

Cidade: **TANGARA**

UF: **RN**

CEP: **59240000**

Fone: **84998024893**

Profissão: **PESCADOR ARTESANAL DE AGUA DOC**

Mãe: **RITA FELIX DE PONTES**

Dados do Internamento

Num Internamento: **3**

Entrada: **02/04/2019 8:22** Previsão saída: **03/04/2019 11:00** Atendente: **VANUZANB**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matrícula/CNS: **709607614280477**

Médico: **Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA**

CRM: **2156**

LEITO RESERVA 01

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

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

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

- Diagnóstico;
- Planejamento e Terapêutico;
- Ensino e Pesquisa.

Assinatura: [☒] Paciente [☐] Responsável

Nilton Cesar Bento

Observações

SISREG, AIH, AUT MUN, DOCUMENTOS, EX LAB, AUT MUN 01 PELICULA DE RX, TERMO CONS. MEDICO CIENTE.

MedicWare

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, 10 / 09 / 20

Página 1 / 1





Hospital Memorial de Natal

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

Data: 02/04/2019 08:23

Dados do Paciente

Paciente: **NILTON CESAR BENTO** Registro: **133952**
Num. RG: **1228189** CPF: **838.185.024-04** Nascimento: **04/03/1972** 47 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **CORONEL EZEQUIEL MERGELINO** N.: **347** Bairro: **CENTRO**
Cidade: **TANGARA** UF: **RN** CEP: **59240000** Fone: **84998024893**
Profissão: **PESCADOR ARTESANAL DE AGUA DOC** Mãe: **RITA FELIX DE PONTES**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **3** Entrada: **02/04/2019 8:22** Previsão saída: **03/04/2019 11:00** Atendente: **VANUZANB**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **709607614280477**
Médico: **Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA** CRM: **2156**

LEITO RESERVA 01'

Dados do Responsável

Responsável: _____ CPF: _____ RG: _____
Parentesco: _____

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: S7918 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DI
2. - O(A) Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA, 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: [Nilton Cesar Bento] Paciente [] Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MEDICO

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. EDUARDO LOPES DE SANTANA - CRM 2156





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

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

hmemorial@qualnetmail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 02/04/2019 08:23

Dados do Paciente

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: **133952**

Num. RG: **1228189**

CPF: **838.185.024-04** Nascimento: **04/03/1972** 47 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **CORONEL EZEQUIEL MERGELINO**

N.: **347**

Bairro: **CENTRO**

Cidade : **TANGARA**

UF: **RN**

CEP: **59240000**

Fone: **84998024893**

Profissão: **PESCADOR ARTESANAL DE AGUA DOC**

Mãe: **RITA FELIX DE PONTES**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **3**

Entrada: **02/04/2019 8:22** Previsão saída: **03/04/2019 11:00** Atendente: **VANUZANB**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matrícula/CNS: **709607614280477**

Médico : **Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA**

CRM: **2156**

LEITO RESERVA 01

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

Data da Baixa: _____ No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____

Doc. Apresentado: _____ Diagnostico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatorio sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratorios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____



Código Solicitação: 279854885

Número AIH: 241910023413-3

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:

HOSPITAL MEMORIAL

Unidade Executante:

HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL

Central Reguladora

NATAL

Data de Solicitação 18.03.2019 - 10:45:09

Data de Autorização 18/03/2019 - 10:54:18

Data de Reserva 19.03.2019

Data de Internação 19.03.2019

Data Prevista de Alta 02.08.2046

Data de Alta 19/03/2019 - 06:56:33

Motivo da Alta 1.1 ALTA CURADO

CNES:

2408252

CNES:

2408252

Município Executante

NATAL

Operador

LUCIMAR

Operador

6372139243CRISTIANA

Operador

18129862204LUCIMAR

Operador

18129862204LUCIMAR

DADOS DO PACIENTE

CNS:

709607614280477

Nome do Paciente

NILTON CESAR BENTO

Nome da Mãe

RITA FELIX DE PONTES

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

04/03/1972 (47 anos)

Tipo Logradouro:

SÍTIO

Número:

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

TANGARA - RN

Raça:

AMARELA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

SETOR VARZEA DO MILHO

Bairro:

RURAL

Município de Residência:

TANGARA

Complemento:

CEP:

59240-000

UF:

RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

19561917807

CPF do Médico Executante:

19561917807

Diagnóstico Inicial - CID:

M840 - DEFEITO DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA

Caráter

10 - Eletivo

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

Nome do Médico Solicitante:

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

Nome do Médico Executante:

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

Status da Solicitação:

APROVADA

Classificação de Risco

Prioridade 3 - Atendimento eletivo

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0415020034

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

PACIENTE COM DEFCIT FUNCIOANL POR CONSOLIDACAO VICIOSA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO ,APOS RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO /td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

R X + E F

Condições que Justificam a Internação:

TRATAMENTO CIRURGICO PARTURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS + OSTECTOMIA + ENXERTO

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

18.03.2019 - 10:45:09

Data da Extração dos Dados: 02/04/2019 08:03:33



Código Solicitação: 279854885

Número AIH: 241910023413-3

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:

HOSPITAL MEMORIAL

Unidade Executante:

HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL

Central Reguladora

NATAL

Data de Solicitação

18.03.2019 - 10:45:09

Data de Autorização

18/03/2019 - 10:54:18

Data de Reserva

19.03.2019

Data de Internação

19.03.2019

Data Prevista de Alta

02.08.2046

Data de Alta

19/03/2019 - 06:56:33

Motivo da Alta

1.1 ALTA CURADO

CNES:

2408252

CNES:

2408252

Município Executante

NATAL

Operador

LUCIMAR

Operador

63721392434CRISTIANA

Operador

18129862204LUCIMAR

Operador

18129862204LUCIMAR

DADOS DO PACIENTE

CNS:

709607614280477

Nome do Paciente

NILTON CESAR BENTO

Nome da Mãe

RITA FELIX DE PONTES

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

04/03/1972 (47 anos)

Tipo Logradouro:

SÍTIO

Número:

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

TANGARA - RN

Raça:

AMARELA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

SETOR VARZEA DO MILHO

Bairro:

RURAL

Município de Residência:

TANGARA

Complemento:

CEP:

59240-000

UF:

RN

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

19561917807

CPF do Médico Executante:

19561917807

Diagnóstico Inicial - CID:

M840 - DEFEITO DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA

Caráter

10 - Eletivo

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

Nome do Médico Solicitante:

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

Nome do Médico Executante:

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

Status da Solicitação:

APROVADA

Classificação de Risco

Prontade 3 - Atendimento eletivo

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0415020034

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

PACIENTE COM DEFICIT FUNCIONAL POR CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, APOS RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO /td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

R X + E F

Condições que Justificam a Internação:

TRATAMENTO CIRURGICO FARTURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS + OSTECTOMIA + ENXERTO

PARA FICAR

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

18.03.2019 - 10:45:09

Data da Extração dos Dados: 05/04/2019 11:45:52



05/04/2019

SISREG III - Servidor de Produção

Código Solicitação: 279854885

Número AIH: 241910023413-3

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:

HOSPITAL MEMORIAL

Unidade Executante:

HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL

Central Reguladora

Data de Solicitação

Data de Autorização

Data de Reserva

Data de Internação

Data Prevista de Alta

Data de Alta

Motivo da Alta

NATAL

18.03.2019 - 10:45:09

18/03/2019 - 10:54:18

19.03.2019

19.03.2019

02.08.2046

19/03/2019 - 06:56:33

1.1 ALTA CURADO

CNES:

2408252

CNES:

2408252

Município Executante

NATAL

Operador

Operador

Operador

Operador

LUCIMAR

63721392434CRISTIANA

18129862204LUCIMAR

18129862204LUCIMAR

DADOS DO PACIENTE

CNS:

709607614280477

Nome do Paciente

NILTON CESAR BENTO

Nome da Mãe

RITA FELIX DE PONTES

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

04/03/1972 (47 anos)

Tipo Logradouro:

SÍTIO

Número:

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

TANGARA - RN

Raça:

AMARELA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

SETOR VARZEA DO MILHO

Bairro:

RURAL

Município de Residência:

TANGARA

Complemento:

CEP:

59240-000

UF:

RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

19561917807

CPF do Médico Executante:

19561917807

Diagnóstico Inicial - CID:

M840 - DEFEITO DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA

Caráter

10 - Eletivo

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

Nome do Médico Solicitante:

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

Nome do Médico Executante:

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

Status da Solicitação:

APROVADA

Classificação de Risco

Prioridade 3 - Atendimento eletivo

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0415020034

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

PACIENTE COM DEFICIT FUNCIONAL POR CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, APÓS RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO /td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

R X + E F

Condições que Justificam a Internação:

TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS + OSTECTOMIA + ENXERTO

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

18.03.2019 - 10:45:09

Data da Extração dos Dados: 05/04/2019 11:45:52



REG - 133952

HISTORIA DO PACT.

~~REG~~ A.T.B - JOMO

DEIXOU DIA: LISTA: 11/02

DATA CIRURGIA 02/04/19

DR: EDUARDO

OBS: PROTOCOLO WILFREDO

FALCI COM EDIWA (ESPOSA)
AS 15:01





Rio Grande do Norte
Secretaria Municipal de Saúde - Tangará/RN
Avenida João Ataíde de Melo, s/n - Centro - Tangará/RN - CEP. 59.240-000
CNPJ/MF Nº 11.295.071/0001-85



AUTORIZAÇÃO DE AIH

Registro nº 13/2019

Tangará /RN 19 de março de 2019.

Encaminho a essa Unidade Hospitalar, Hospital Memorial São Francisco, o paciente **Nilton César Bento**, portador do SUS: 898.0023.7521.4252, CPF: 838.185.024-04 RG: 1.228.189 residente na Rua Coronel Ezequiel, Nº347, centro – Tangará/RN. Para intervenção na especialização de tratamento cirúrgico de fratura viciosamente consolidada dos ossos longos - **OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS; ENXERTO OSSÉO – COGIGO 04150200269** - (0408060590- 0408060174- 0408040211) já que a nossa unidade de saúde, o **Hospital Maternidade Santa Terezinha**, ainda não dispõe dos devidos procedimentos. Assim sendo, autorizamos transferir em favor deste hospital a AIH – autorização de internação hospitalar do nosso município, ainda no banco de compensação da SESAP-RN, para que seja viabilizado o referido internamento.

Tangará 19 de março de 2019.


Maria do Livramento Silva
Secretaria Municipal de Saúde
CPF: 422.332.754-20



Rio Grande do Norte
Secretaria Municipal de Saúde - Tangará/RN
Avenida João Ataíde de Melo, s/n - Centro - Tangará/RN - CEP. 59.240-000
CNPJ/MF Nº 11.295.071/0001-85



AUTORIZAÇÃO DE AIH

Registro nº 13/2019

Tangará /RN 19 de março de 2019.

Encaminho a essa Unidade Hospitalar, Hospital Memorial São Francisco, o paciente **Nilton César Bento**, portador do SUS: 898.0023.7521.4252, CPF: 838.185.024-04 RG: 1.228.189 residente na Rua Coronel Ezequiel, Nº347, centro – Tangará/RN. Para intervenção na especialização de tratamento cirúrgico de fratura viciosamente consolidada dos ossos longos - **OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS; ENXERTO OSSÉO – COGIGO 04150200269** - (0408060590- 0408060174- 0408040211) já que a nossa unidade de saúde, o **Hospital Maternidade Santa Terezinha**, ainda não dispõe dos devidos procedimentos. Assim sendo, autorizamos transferir em favor deste hospital a AIH – autorização de internação hospitalar do nosso município, ainda no banco de compensação da SESAP-RN, para que seja viabilizado o referido internamento.

Tangará 19 de março de 2019.


Maria do Livramento Silva
Secretaria Municipal de Saúde
CPF: 422.332.754-20





Hospital Memorial
São Francisco

PACIENTE: NILTON CESAR BENTO

MEDICO RESPONSÁVEL: ~~DR. NELLO~~ Dr. EDUARDO

ORIENTAÇÕES PARA INTERNAÇÃO

Data da Internação: 19 / 03 /2019

Chegar no hospital as: 11:30

Para internação será necessário os seguintes documentos:

~~Pegar autorização de internação hospitalar - AFI na secretaria de saúde da sua cidade~~
~~(caso o paciente não seja de natal)~~

RG/CPF/Cartão do SUS/ Certidão de nascimento

Certidão de casamento (Civil ou viúva (o))

Comprovante de residência

Todos os exames

ORIENTAÇÕES PARA O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Alimentação até 06:00 hs da manhã

Depois não tomar nem água

Alimentação até 00:00 hs da noite anterior ao procedimento

Depois não tomar nem água

Jejum de 8 hs

Obs: Não vir com as unhas pintadas

Ludimar-netel2007@hotmail.com

Telefone pra contato: 31334206 ou 31334212 Ludimar / Andrikelly

whatsApp: 98191-4429

Obs: Horário de visita:

Enfermaria das 15:hs às 16:hs apenas dois visitantes por dia.

Sempre com roupas comprida e sapato fechado.





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

ENCAMINHAMENTO

PACIENTE:	Nilton Cesar Bente		SENHA:
DIAGNÓSTICO	A. Bente		
SETOR DE ORIGEM	HWG		
AUDITOR AUTORIZADOR	Atenel Menezes		
DESTINO	31102119		
DATA			

RECEPÇÃO PELO HOSPITAL

☐

ACEITA

☐

RECUSADA

Assinatura

Assinatura Responsável

MOTIVO

Dependentes





ORIENTAÇÕES GERAIS – As seguintes orientações visam seu maior conforto e segurança :

A) PRÉ- ANESTÉSICAS:

1. JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO:

1. Alimentos sólidos, pastosos e leite de vaca: **ATÉ 8 HORAS** antes do horário previsto para cirurgia ou exame;
2. Leite/ Fórmula infantil (NAN 1, NAN 2 ou outro): **ATÉ 6 HORAS** antes do horário previsto para cirurgia ou exame;
3. Leite Materno: **ATÉ 4 HORAS** antes do horário previsto para cirurgia ou exame;
4. Água: **ATE 2 HORAS** antes do horário previsto para cirurgia ou exame.

2. Orientações:

2. Compareça **1 HORA** antes do horário da cirurgia ou exame acompanhando por maior de idade responsável;
3. Retirar todas as joias, próteses, óculos, lentes de contato, maquiagem, batom e esmalte das unhas;
4. Se possível fazer a barba;
6. Medicações :

B) PÓS- ANESTÉSICAS;

As seguintes orientações visam sua proteção e segurança no período em que estará sob efeito residual de anestésicos utilizados durante a cirurgia ou exame. Assim, nas 24 horas seguintes a sua cirurgia:

1. Não dirigir veículos automotores ou operar equipamentos perigosos;
2. Não enjerir bebidas alcoólicas ou drogas ilícitas;
3. Evitar tomar decisões importantes, fechar negócios ou assinar documentos;
4. Se tiver recebido anestesia em algum lugar dos membros, mantenha-o protegido de objetos quentes ou cortantes até que o mesmo volte completamente a sensibilidade;
5. Se tiver recebido, raquianestesia, contate o serviço de anestesiologia caso sinta dor de cabeça ao sentar, levantar ou qualquer outro sintoma que possa ser relacionado com o procedimento anestésico- cirúrgico;

ALTA HOSPITALAR SOMENTE SERÁ DADA MEDIANTE A PRESENÇA DE ACOMPANHANTE MAIOR DE IDADE

7. Telefone para o contato :
(84) 3133-4200 Hospital Memorial de Natal.

Av. Gov. Juvenal Lamartine, 979Tirol, Natal - RN, 59020-130





Termo de consentimento informado para procedimento anestésico

(Consentimento informado norma técnica resolução SS- 169 DE 18/06/96)

1. Autorizo anestesiológista credenciado pelo Hospital Memorial, a realizar na minha pessoa procedimento anestésico.
2. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital; para ser alcançado/obtido o melhor resultado.
3. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
4. Documentação recebida () Não () Sim. Qual:

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse;

() Paciente () Responsável

Nome legível: Fátima Clara Bente Assinatura: Fátima Clara Bente

Grau de parentesco: _____ (RG): _____

Natal/ RN: _____ Hora: _____

Deve ser preenchido pelo anestesiológista

Expliquei todo o procedimento anestésico/ sedativo ao paciente a cima identificado, ou ao seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ ou seu responsável está em condições de compreender e o que lhes foi informado.

Médico: Elaine M. S. CRM: 24117

Assinatura: Elaine M. S. Natal/ RN: 02/04/19 Hora: 11:00

Dr. Elaine M. S. Anestesiologista CRM/RN - 24117



CONSENTIMENTO INFORMADO

Por este instrumento particular o (a) paciente **NILTON CESAR BENTO** ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr. Hélio Rubens Polido Garcia, inscrito no CRM-5500 / RN para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "Tratamento cirúrgico de fratura viciosamente consolidada + Osteotomia de ossos longos + Enxerto ósseo", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido médico, atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

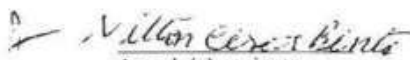
DEFINIÇÃO: a cirurgia tem o objetivo refazer o alinhamento dos ossos envolvidos nos planos sagital, coronal e rotacional, mantendo-os nesta posição através de fixação por hastes, placas, parafusos, fios ou pinos

COMPLICAÇÕES:

- 1- Infecção, edema (inchaço), hematoma, deiscências (soltura de pontos)
- 2- Rejeição do metal
- 3- Necrose de pele e músculos
- 4- Síndrome compartimental pode acontecer antes e depois de ser operado. Este problema deve ser resolvido nas primeiras 6 – 8 horas, e caracteriza-se por dor intensa, cianose (roxidão) dos dedos e amortecimento. O médico deve ser informado imediatamente se isso acontecer.
- 5- A não consolidação da fratura, pseudo artrose, pode acontecer em qualquer caso. Normalmente é resultado da soma de vários problemas principalmente das características da fratura, grau de nutrição do paciente, qualidade da vascularização do local afetado.
- 6- Limitação de movimento articular e diminuição de força são resultados mais comuns
- 7- Complicações da área doadora de enxerto ósseo, a depender da decisão médica intra-operatória para melhor local a ser retirado o enxerto, incluindo infecção, dor persistente, neuroma incisional (dor em choque)
- 8- Dormências e formigamentos (parestésias): na maioria das vezes é transitório e ocorre em aproximadamente metade dos casos.
- 9- A não recuperação total da função e perda total da função pós-cirúrgica
- 10- Necessidade de nova cirurgia ou cirurgias complementares para atingir objetivo final.
- 11- Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).
- 12- Ocorrência de lesões nervosas, como ruptura parcial, estiramento, ruptura total, devido ao acesso cirúrgico complexo e afastamento necessários para realizar a cirurgia.
- 13- Dor Complexa Regional (ocorre em 10% dos casos): quadro onde ocorre dores intensas, alterações tróficas de pele, osteopenia regional, sudorese profusa e atrofia muscular e de tecido celular subcutâneo. A grande maioria das vezes está relacionada com ansiedade, depressão ou alterações psicológicas do paciente.
- 14- Lesões nervosas e vasculares devido ao garroteamento do membro para operações com o membro exsanguinado. Estas lesões ocorrem eventualmente e são temporárias.
- 15- Lesões nervosas e vasculares, com perda funcional total de movimentos
- 16- O resultado final esperado para esta lesão é de 12 meses, em média. Não se espera recuperação total
- 17- Necessidade de enxerto ósseo. Pode ocorrer reabsorção do enxerto

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente). Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Natal, ____ de fevereiro ____ de 2019 ____



Ass. do(a) paciente

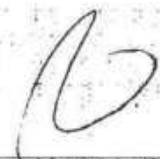
RG nº _____

Nome _____

Ass. do(a) resp. pelo(a) paciente

RG nº _____

Nome _____


Ass. do(a) médico(a)

CRM: 5500

Nome: Hélio R P Garcia





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 AUI

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HNA L FLORES Jugal	2 - CNES 0000 2772 48833
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE NILTON CESAR Bentes	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE Nilton Cesar Bentes	6 - Nº DO PROTOCOLO			
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS 848 0023 - 52.11262	8 - DATA DE NASCIMENTO 04-03-1972	9 - SEXO MASCULINO	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL RITA FELIX DE MONTES	11 - TELEFONE DE CONTATO 41636512
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) 3110 TRAJETO	13 - MUNICÍPIO TEÓFILO	14 - BAIRRO RUA 1201 TRAJETO	15 - UF RN	16 - CEP (84) 9629-7477 9802-4893

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Fraturas dos punhos.	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Risco de complicações	19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Bom to alance	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura punho	21 - CID INICIAL S62	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Fratura punho	25 - LEITO / CLÍNICA Cepo	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - Nº DE LAUDO PRELIMINAR SOLICITANTE	28 - DT SOLICITAÇÃO 7 de 12	29 - Nº DE LAUDO PRELIMINAR SOLICITANTE
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	37 - CNPJ DA SEGURADORA	38 - Nº DO BILHETE	39 - BÔNUS
40 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	41 - CNPJ	42 -	43 -
44 - () ACID. TRABALHO TRAJETO	45 -	46 -	47 -
48 - CID PRINCIPAL	49 -	50 -	51 -
52 - CID SECUNDÁRIO	53 -	54 -	55 -

AUTORIZAÇÃO

56 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	57 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	58 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ART)
59 - DT AUTORIZ.	60 - DT AUTORIZ.	61 -
62 - CNS / CPF	63 -	64 -
65 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	66 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	67 -

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





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

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE NILTON CESAR BENTO			6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS +0960+634280477	8 - DATA DE NASCIMENTO 04/03/72	9 - SEXO M	MASCULINO	FEMININO X
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Rita Leix de Pontes			11 - TELEFONE DE CONTATO 9802.4893 esq	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) R. Coronel Ezequiel Mercedino			9618.3191 17m	
13 - MUNICÍPIO Tangara	14 - BAIRRO Centro	15 - UF RN	16 - CEP 59210-000	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente com déficit funcional por consolidação viciosa do antebraço E, após retirada de fixador externo. Necessita cirurgia			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade cirúrgica			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Exame físico + RX			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Consolidação viciosa	21 - CID 10 PRINCIPAL M84	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - Tratamento cirúrgico de fratura viciosamente consolidada dos ossos longos - Osteotomia de ossos longos - Fixação óssea	25 - COD. DO PROCEDIMENTO 0415020026 - 0408060590 - 0408060174 - 0408040211	26 - LEITO/CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr Hélio Rubens Polido Garcia
29 - DT. SOLICITAÇÃO / /				30 - CNS / CPF Dr. Hélio Rubens Polido Garcia CRM 5500 - RN Cirurgia da Mão e Microcirurgia
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)				

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
38 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
40 - () CID. 10 PRINCIPAL		DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - () CID. 10 SECUNDÁRIO		43 - ()	44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

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





EVOLUÇÃO ASSISTENTE SOCIAL

Dados do Paciente

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Nascimento: **04/03/1972 47 anos**

Acompanhante:

Registro: **133952** Num. Internação: **3**

Data Internação: **02/04/2019 08:22:06**

Parentesco:

Endereço para Correspondência:

Endereço:

Cidade : **Tangara**

Bairro :

Ocorrência:

Durante o acolhimento o usuário informou que trauma foi ocasionado por acidente de moto.

Evolução do Prontuário:

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

Observações:

Ciente das normas hospitalares.
sala 01

CONDUTA HOSPITALAR

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

JESSICA ALEXANDRE DE ARAUJO
CRESS - 4624





Hospital Memorial
São Francisco

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Data do Procedimento: **02/04/2019**

Registro: **133952**

IH: **3**

Diagnóstico pré-operatório:

Código do procedimento

0408060190

0415040035

0408020407

Cirurgia realizada

OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DI

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: EDUARDO LOPES DE SANTANA

CRM

2156

Anestesiologista: ELIANE MARIA DOS SANTOS PINHEIRO

2417

Instrumentador: EDUARDO

Grau de Contaminação: Infectado

Profilaxia Antimicrobiana: Cefazolina

Anatomopatológico: Sim - SECREÇÃO DO ANTEBRAÇO

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

FIXAÇÃO EXTERNA (OR)

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados.

Descrição da cirurgia:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL NA MESA CIRÚRGICA COLETA DE SECREÇÃO PURULENTO DO ANTEBRAÇO DISTAL ASSEPSSIA E ANTISSEPSSIA CAMPOS OPERATÓRIOS. OSTEOTOMIA DE CONSOLIDAÇÃO VÍCIOSA. DEBRIDAMENTO DE MATERIAL DESVITALIZADO. REDUÇÃO CIRÚRGICA E FIXAÇÃO EXTERNA. FECHAMENTO.

CRM 2156 - EDUARDO LOPES DE SANTANA

02/04/2019 14:22:52

Página: 1



BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

Dados do Paciente

Paciente: NILTON CESAR BENTO

NILTON CESAR BENTO 133952

IH 3

Cirurgia Realizada: DESBRIDAMENTO CIR - OSTEOTOMIA - TRAT. CIR. FRATURA VIOSAMENTE CONSOLIDADA DO ANTEBRAÇO ESQ

Cirurgião: DR. EDUARDO 1º Auxiliar: 2º Auxiliar: Anestesiologistas: DRA. ELIANE M. S. PINHEIRO

Anestesiologia
CRM/RN - 2417

HORA

SF 1000 ML
RINGER 500 ML 12

ECG

PANI

PVC

Diurese

SpO2

ETCO2

V P. Sist.

Λ P. Diast.

● F.C.

X PAM

Exames Laboratoriais

pH	
PaCO2	
HCO3	
CO	
EB2	
PaO2	
SHbO2	
Hb	
Hg	
Na	
K	
Ca	
Glucose	

DROGAS		
FENTANIL	1MG	1 FR
MIDAZOLAN	15MG	1
NEOCAINA	0,5%	
DIAMORF	0,2MG	
SUFENTANIL	10MCG	
ROCURONIO	50MG	
ATRACURIO	25MG	
PROPOFAN	1%	
EPEDRINA	50MG	
ARAMIN	10MG	
CEFAZOLINA	1G	2
DIPIRONA	1G	2
DRAMIN	3MG	1
DEXAMETASONA	10MG	1
KANITIDINA	50MG	1
ONDASETRONA	8MG	

ROFIVACAINA	1,0	1 FR
XILOCAINA 2	2,0	1 FR

TECNICA ANESTÉSICA: BLOQUEIO DO PLEXO BRAQUIAL POR VIA INTERESCALENICA COM SEDACAO

BLOQUEIO: PLEXO BRAQUIAL

LOCAL DA PUNCAO: INTERESCALENICO

NIVEL ANESTESIA

AGULHA 25"

BLOQUEIO MOTOR: 0

POSICAO: Antes:

Depois

APARELHO:

TECNICA: ABERTO

OXIGENACAO/INTUBACAO: CATETER NASAL

TRAUMATICACAO

SONDA:

N°

CUFF:

INDUCAO:

MANUTENCAO:

CONDICAO FINAL: BOA

REFLEXOS: SIM

CONSCIENCIA: SIM

BALANÇO

OXIGENIO UM LITRO POR MIN + JELCO 20

OBSERVAÇÕES

MONITORIZACAO: OXIMETRO, CARDIOSCOPIO, PAIE, CATETER NASAL

Eccome
Dra. Eliane M. S. Pinheiro
Anestesiologia
CRM/RN - 2417

DURACAO: 1 H 20 MIN

INICIO: 12:30

FINAL: 13:50



PROTOCOLO EXPURGO - 2019

PACIENTE: Nilton César Bento DATA: 02-04-19
 CIRURGIÃO: DR. EDUARDO TEC: Patricia MORAIS

ETIQUETAS:			
RET FIO AZUL LOTE: 167 QTD PQAS: 10 C/ BISTURE N DATA: 30/03/19 VALIDADE: 26/09/19 Resp.Preparo: TECIANA		LAP CC LOTE: 175 QTD PQAS: 9 DATA: 01/04/19 VALIDADE: 28/09/19 Resp.Preparo: IVANI	STRYKER VERUE LOTE: 174 QTD PQAS: 3 DATA: 01/04/19 VALIDADE: 28/09/19 Resp.Preparo: KEILIANA
MAU L/ GARRAS LOTE: 168 QTD PQAS: 29 DATA: 30/03/19 VALIDADE: 28/09/19 Resp.Preparo: ANDERSON		ORTOPEDICA PRETA LOTE: 182 QTD PQAS: 12 DATA: 28/03/19 VALIDADE: 24/09/19 Resp.Preparo: KEILIANA	

PACIENTE: _____ DATA: _____
 CIRURGIÃO: _____ TEC: _____
 ETIQUETAS: _____

PACIENTE: _____ DATA: _____
 CIRURGIÃO: _____ TEC: _____
 ETIQUETAS: _____





Comprovante de Alto Custo () Comprovante de Material Estéril (X)

Paciente: Nilton César Bento Nº Reg.: 133952
Cirurgião: DR. Eduardo Data: 02-08-19
Procedimento: Fratura de Intervertebra Leito: 01

CAIXA: STRYKER VERDE
QUANTIDADE: 3
DATA: 01/04/19
MEDICO:
LOTE: 174
VALIDADE: 28/09/19

Resp.Preparo: KEILIANA
Resp.Téc.: ENFª ANDRESSA KALINE
Processo Esterilização à Vapor saturado

MEMORIAL

CAIXA: MAO CI GARRAS
QUANTIDADE: 29
DATA: 30/03/19
MEDICO:
LOTE: 168
VALIDADE: 26/09/19

Resp.Preparo: ANDERSON
Resp.Téc.: ENFª Graciele Araújo
Processo Esterilização à Vapor saturado

MEMORIAL

CAIXA: RET. FIO AZUL
QUANTIDADE: 10 CI BISTURE Nº 04
DATA: 30/03/19
MEDICO:
LOTE: 167
VALIDADE: 26/09/19

Resp.Preparo: TECIANA
Resp.Téc.: ENFª Graciele Araújo
Processo Esterilização à Vapor saturado

MEMORIAL

CAIXA: LAP CC
QUANTIDADE: 9
DATA: 01/04/19
MEDICO:
LOTE: 175
VALIDADE: 28/09/19

Resp.Preparo: IVANY
Resp.Téc.: ENFª ANDRESSA KALINE
Processo Esterilização à Vapor saturado

MEMORIAL

CAIXA: ORTOPEDICA PRETA
QUANTIDADE: 12
DATA: 28/03/19
MEDICO:
LOTE: 162
VALIDADE: 24/09/19

Resp.Preparo: KEILIANA
Resp.Téc.: ENFª Graciele Araújo
Processo Esterilização à Vapor saturado

MEMORIAL

01-19 03-19 01-19 02-03-19 2003-19 21-03

3003-19-108 01-01-19 1 2003-19-16 2003-19-154

Processado em Autoclave Processado em Autoclave Processado em Autoclave Processado em Autoclave

Operador Material Operador Material Operador Material Operador Material

01-19 03-19 03-19 03-19 03-19 03-19 03-19 03-19

10-19-172 2503-19-153 3 03-19-107 2 03-19-150

Processado em Autoclave Processado em Autoclave Processado em Autoclave Processado em Autoclave

Operador Material Operador Material Operador Material Operador Material

01-19 03-19 03-19 03-19 03-19 03-19 03-19 03-19

Enfermeiro(a) e/ou Téc. Enf.:

Carimbo e Assinatura



PEDIDO DE MATERIAL

Hospital: MEMORIAL
Paciente: NILTON CESAR BENTO
Data da Cirurgia: 02/04/2019
Cirurgião: DR. EDUARDO LOPES
FEITO POR: TATIANE

Convênio: SUS

Número do prontuário: 133952

DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

[illegible]

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unt	Valor Total
Parafuso Cortical 3.5 mm	Nº							
	Qtd							
	Cod							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd							
	Cod							
Parafuso Cortical 4.5 mm	Nº							
	Qtd							
	Cod							
Parafuso Esp. R/:16 CURTA	Nº							
	Qtd							
	Cod							





Hospital Memorial de Natal

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

BOLETIM DE SALA Dados do paciente

Data: 11/04/2019 11:01

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Convênio: SUS ESTADUAL

Local : SALA 003

Registro: **133952**

Nº: 119.92176

Início: 02/04/2019 12:30 Fim: 02/04/2019 13:50

Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DI
OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE
DESRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

Cirurgia Principal
Mesma Via de Acesso
Mesma Via de Acesso

Equipe:

Cirurgião

Anestesiista

Instrumentador

Circulante

EDUARDO LOPES DE SANTANA
ELIANE MARIA DOS SANTOS PINHEIRO
CARLOS EDUARDO MACIEL BEZERRA
NAYARA SOARES DE OLIVEIRA

CRM	Especialidade	CPF
2156	ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	12411337434
2417	ANESTESIOLOGIA	27656063668
1053924	TECNICO ENFERMAGEM	04684088430
706919	TECNICO ENFERMAGEM	08833825401

MATERIAL

Código	Descrição	QTD	UND
60392	AGULHA DESCARTAVEL 25X7	1	UND
208953	AGULHA DESCARTAVEL 25X8	1	UND
60418	AGULHA DESCARTAVEL 40X12	1	UND
64406	BARBEADOR DESCARTAVEL	2	UND
61473	CATETER FIOXIGENIO TIPO OCULOS	1	UND
61989	ELETRODO DESCARTAVEL	5	UND
60131	EQUIPO MACROGOTAS C/INJ.FLEXIVEL	1	UND
65037	ESPARADRAPO 10CM X 4,5	100	CM
57246	FIXADOR EXTERNO P/ PUNHO	1	UND
62278	GAZE EST 11 FIOS 7,5X7,5 ESTERIL	12	PCT
62364	GORRO DESCARTAVEL	2	UND
61940	JELCO 22 G COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	1	UND
62260	LAMINA DE BISTURI N.15	1	UND
60149	LAMINA DE BISTURI N.20	1	UND
62640	LUA CIR DESC EST 7,5	1	UND
62429	LUA CIR DESC EST 8,0	2	PAR
62783	MASCARA DESC C/ ELASTICO	4	PAR
65306	MASCARA DESC C/ TIRAS	2	UND
62887	MICROPORE 2,5CM X 10 METROS	2	UND
61172	MICROPORE 5,0CM X 10 METROS	50	CM
50621	MONONYLON PRETO 3-0 C/AG 3CM	50	CM
63209	SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA	3	UND
63216	SERINGA DESCARTAVEL 20ML SEM AGULHA	2	UND
62475	SERINGA DESCARTAVEL 5ML SEM AGULHA	3	UND
65313	TOUCA CIRURGICA DESCARTAVEL	5	UND
207309	TRANSOFIX	2	UND
		1	UND

MEDICAMENTOS

Código	Descrição	QTD	UND
326	AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA	7	AMP
8148	CEFALOTINA SODICA 1G FRASCO AMPOLA	2	UND
11185	CETAMINA 57,67MG-ML 10ML FA (KETAMIN)	1	ML
12764	CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5%	100	MM
12599	CLOREXIDINA AQUOSA 0,2%	50	ML
11689	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5ML AMPOLA	1	AMP
6943	DIMENIDRINATO B6 INJ 10ML (DRAMIN)	1	AMP
11067	DIPIRONA 500MG/ML AMPOLA	2	AMP
6294	FENTANILA CITRATO 10ML FRASCO AMPOLA	1	ML
1485	LIDOCAINA 2% SEM VASO 20ML	1	AMP
3080	MIDAZOLAM 15MG (5MG/ML) AMPOLA	1	AMP
11304	RANITIDINA 50MG (25MG/ML) AMPOLA	1	UND
7866	ROPINACAINA 10MG/ML- 20ML (NAROPIN)	1	UND
641	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML	1	UND
8718	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	4	UND
11139	TRAMADOL 100MG (50MG/ML) AMPOLA	1	AMP

TAXAS

Código	Descrição
90711	TAXA OXIGENIO SOB PRESSAO 1/4
90553	TAXA OXIMETRO
91856	TAXA MONITOR DE PRESSAO
91752	TAXA DE SALA CIRURGICA PORTE ANESTESICO 5
92328	TAXA RECUP POS-ANEST PORTE-00

ENFERMEIRO

B 11:01 (U71/CIRURGIA.01)





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 02/04/2019 14:28

Dados do Paciente

Registro: 133952 IH: 3

Paciente: NILTON CESAR BENTO

Nascimento: 04/03/1972

47 anos

Internação: 02/04/2019 08:22:06

Leito: LEITO RESERVA 01

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: BLOQUEIO E PLEXO

Anestesiologista: DRª ELIANE

Tipo: OSTEOTOMIA DE ANTEBRACO ESQUERDO

Cirurgião: DR. EDUARDO

Instrumentador: EDUARDO

Circulante: NAYARA

Tipo curativo: OCCLUSIVO

Tem material para biópsia/cultura: NAO

Inf.sanguínea: NÃO

Monitoração correta: SIM

Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: CEFAZOLINA G2

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

PACTE CONSCIENTE E ORIENTADO EM O² AMBIENTE, DEAMBULANDO, EM JEJUM PARA SUBMETER A PROCEDIMENTO DE OSTEOTOMIA DE ANTEBRACO ESQUERDO, O MESMO NEGA DOENÇAS E ALERGIA MEDICAMENTOSA, APRESENTA COM MSE IMOBILIZADO COM TALA GESSADA, EM MSD CIATRIZ DE PROCEDIMENTO DE OUTRAS DATAS, PUNCIONADO EM MSD COM JELCO N° 22 VIAB SF 0,9%, COLETADO SWAB PARA CULTURA, PROCEDIMENTO REALIZADO COM EXITO FOI ENCAMINHADO AO SRPA ORIENTADO EM ² AMBIENTE, FERIDA OPERATORIA COM FIXADOR EXERNO, SEM MAS ALERACOES SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE LANTAO.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Pontencial de Contaminação: Limpa

Nayara Soares

NAYARA SOARES DE OLIVEIRA
Técnico(a) COREN - 706919





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

L = 308 B

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 133952 IH: 3 Paciente: NILTON CESAR BENTO

Nascimento: 04/03/1972 47 anos Internação: 02/04/2019 08:22:06 Leito: LEITO RESERVA 01

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

02/04/2019 10:00:00 COREN - 819960 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE OSEOTOMIA DE ANTEBRACO EM MSE. NEGA HAS+AM+DM ACOMPANHADO DO MAQUEIRO, CONSCIENTE, ORIENTADO (A), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, FOI PUNÇIONADO(A) COM CATETER VENOSO EM MSD Nº 20 VIABILIZANDO SF0,9% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Doença pré-existente: NÃO

Há reserva sanguínea: NÃO

Prótese: NÃO

Jóias: NÃO

Membro e lado da cirurgia: MSE

Exame Laboratorial: SIM

Risco Cirúrgico: NÃO

Raio X: PRÉ: SIM-QTD: 1

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Assinatura Responsável

Outros Exames:

COREN - 819960 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

SRPA

Nível consciência: ORIENTADO

Oxigenoterapia: O²AMBIENTE

Acesso venoso: SIM

Diurese: SIM

Acianótico: NÃO

Pálido: NÃO

Sudorese: NÃO

Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO

Raio X de Controle: NÃO

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE POI DE ANTEBRACO, CONSCIENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA HVP. VIABILIZANDO SF0,9%, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, DIURESE ESPONTÂNEA, PRECISA REALIZAR RX DE CONTROLE, ANEXO AO PRONTUARIO EXAMES, SEGUE ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM. VERIFICADO SSVV: PA=121X79 MMHG, FC= 80 BPM, T= °C, SPO2= 99 %

Assinatura Responsável





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**
Convênio: **SUS ESTADUAL**
Unidade: **UNIDADE II**
Leito: **LEITO-RESERVA-04 308B**
Admissão: **02/04/19 08:22**
Diag.: **S62 - Fratura ao nível do punho e da mão**

Reg.: 133952

Idade: 47 anos
Prontuário:
Peso: 78,0 kg Altura: 1,79m

0 dia(s) de internação

Nota: As seguintes subdivisões:

02/04/2019 14:13		Horários de Aplicação		2156
1)	DIETA LIVRE, Ao dia	DO	(SND)	
2)	SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500ML Uso: 01 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	DO	22:00	
3)	CEFALOTINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	DO	00:00, 08:00, 16:00	
4)	RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	DO	18:00, 06:00	
5)	DIPYRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	DO	18:00, 00:00, 06:00, 12:00	
6)	METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.	DO	(SN)	
7)	RIVAROXABANA 15MG comprimido 1 comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única. 06H APÓS CIRURGIA.	DO	22:00	
8)		DO		
9)	SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas	DO	16:00, 00:00, 08:00	
10)	CURATIVO, Ao dia	DO	(MÁSCA)	
11)	SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário	DO	(SK)	

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156



CURATIVOS ^(GTM/TGT) AVC/VO/UPP/LESÕES TRAUM				M	T	N	SONDAS			M	T	N	MEDICAÇÕES			M	T	N
LUVA ESTÉRIL (PAR)							LUVA ESTÉRIL(par)					LUVA DE PROC(PAR)						
LUVA DE PROC(PAR)							LUVA PROC.(PAR)					SERINGA 1CC						
GAZE (PCT C/ 10)							GAZE (PCT C/10)					SERINGA 5cc						
MÁSCARA							SONDA ____ Nº ____					SERINGA 10cc						
COMPRESSA (UN)							SONDA ____ Nº ____					SERINGA 20cc						
ATAD. CREPOM							LIDOCAÍNA GEL					AGULHA 40X12						
SERINGA TAM. ____							SERINGA 20CC					AGULHA 25X7						
SF. 0,9% 100 ml							ABD(10ML)					ABD 10 ML						
SF. 0,9% 10 ml							COLETOR FECHADO					SF 0,9%						
CLOREX. AQUOSA(ML)							COLETOR ABERTO					SF 0,9%						
CLOREX. ALCOOLICA							AGULHA					SF 0,9%						
MICROPOR (CM)							CLOREX DEGERM.											
ESPARADRAPO(CM)							CLOREX AQUOSA					DISP. URINÁRIO	M	T	N			
LÂMINA Nº ____							SF 0,9%. ____ ML					PRESERVATIVO MASC.						
DERSANI (10 ml)							MÁSCARA					COLETOR ABERTO						
SAF- GEL (5gr)												MICROPOR (CM)						
SOLOSITE (5gr)							PUNÇÃO	M	T	N		LUVA PROC.(PAR)						
PURILON (5gr)							LUVA PROC. (PAR)					LAVAGEM INTEST.	M	T	N			
DUODERM EF 10X10							JELCO Nº 18					EQUIPO MACRO						
DUODERM EF 15X15							JELCO Nº 20					LIDOCAÍNA GEL						
DUODERM CGF							JELCO Nº 22					MICROPOR (cm)						
KALTOSTAT							JELCO Nº 24					LUVA PROC.(PAR)						
CARBOFLEX							ATADURA CREPON											
AQUACEL TAM							EQUIPO MACRO					EQUIPOS	M	T	N			
IV 3000							POLIFIX					EQUIPO BIC DIETA						
IRRIGAFIX							ALCOOL 70%(ML)					EQUIPO BIC MED						
							MICROPOR (cm)					EQUIPO DE TRANSF.						
							ESPARADRAPO (cm)											
ASS. RESPONSÁVEL:							SCALP					DE HGT						
ASPIRAÇÃO	M	T	N	SALIN./HIDRA./			M	T	N	HORA	RESULTADO							
				HEP./DO CATETER									GLUCOV					
SONDA DE ASPIRAÇÃO				SF 0,9% 10ml							→ ____ UI							
GAZE (PCT C/ 10)				ABD (10ML)							→ ____ UI							
SF.0,9% 10 ml				HEPARINA (1ML)							→ ____ UI							
ABD				SERINGA TAM ____							→ ____ UI							
LUVA ESTÉRIL (par)				AGULHA Nº ____							→ ____ UI							
				LUVA ESTÉRIL (PAR)							→ ____ UI							
OUTROS	M	T	N	OUTROS			M	T	N		→ ____ UI							
											→ ____ UI							
											→ ____ UI							
ASS. TEC ATRIBUIDO M		ASS. TEC ATRIBUIDO T		ASS. TEC ATRIBUIDO N		VISTO ENFERMEIROS						DATA						
						MANHÃ		TARDE		NOITE								





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: NILTON GESAR BENTO
Convênio: SUS ESTADUAL
Unidade: UNIDADE III
Leito: ENFERMARIA 308B
Admissão: 02/04/19 08:22
Diag.: S62 - Fratura ao nível do punho e da mão

Idade: 47 anos
Reg.: 133952
Prontuário:
Peso: 78,0 kg Altura: 1,79m
0 dia(s) de internação
Nota: As seguintes subdivisões são:

02/04/2019 19:00		Solic. (Estoque): 119.47421	Horários de Aplicação	2103
1) DIETA LIVRE, Ao dia			(SND)	
2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500ML			22:00	
Uso: 01 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.			00:00 08:00 16:00	
3) CEFALOTINA SODICA 1g frasco ampola			06:00 18:00	
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.			00:00 06:00 12:00 18:00	
4) RANITIDINA 150mg comprimido				
Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.				
5) DIPIRONA 500mg/mL ampola				
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.				
DILUIR EM 8 ML DE ABD				
6) METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL			(SN)	
Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.			22:00	
7) RIVAROXABANA 15MG comprimido 1 comprimido				
Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única.				
06H APÓS CIRURGIA.				
8)			00:00 08:00 16:00	
9) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas			(MANHÃ)	
10) CURATIVO, Ao dia			(SN)	
11) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário				

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156



CURATIVOS (GTM/TOZ AVC/PO/UPP/LESÕES TRAUM)				SONDAS			MEDICAÇÕES			M	N
M	T	N		M	T	N		M			
LUVA ESTÉRIL (PAR)	I			LUVA ESTÉRIL (par)				LUVA DE PROC (PAR)	☒	☒	☒
LUVA DE PROC (PAR)	I			LUVA PROC. (PAR)				SERINGA 1CC			
GAZE (PCT C/ 10)	☒			GAZE (PCT C/10)				SERINGA 5cc			
MÁSCARA	I			SONDA Nº				SERINGA 10cc	L	L	L
COMPRESSA (UN)	I			SONDA Nº				SERINGA 20cc			
ATAD. CREPOM	I	M		LIDOCAÍNA GEL				AGULHA 40X12	E	E	E
SERINGA TAM.				SERINGA 20CC				AGULHA 25X7			
SF. 0,9% 100 ml	I			ABD (10ML)				ABD 10 ML	L	L	L
SF. 0,9% 10 ml				COLETOR FECHADO				SF 0,9%			
CLOREX. AQUOSA (ML)				COLETOR ABERTO				SF 0,9%			
CLOREX. ALCOOLICA				AGULHA				SF 0,9%			
MICROPORE (CM)				CLOREX DEGERM.							
ESPARADRAPO (CM)				CLOREX AQUOSA				DISP. URINÁRIO	M		
LÂMINA Nº				SF 0,9% ML				PRESERVATIVO MASC.			
DERSANI (10 ml)				MÁSCARA				COLETOR ABERTO			
SAF- GEL (5gr)								MICROPORE (CM)			
SOLOSITE (5gr)				PUNÇÃO	M	T	N	LUVA PROC. (PAR)			
PURILON (5gr)				LUVA PROC. (PAR)				LAVAGEM INTEST.	M		
DUODERM EF 10X10				JELCO Nº 18				EQUIPO MACRO			
DUODERM EF 15X15				JELCO Nº 20				LIDOCAÍNA GEL			
DUODERM CGF				JELCO Nº 22				MICROPORE (cm)			
KALTOSTAT				JELCO Nº 24				LUVA PROC. (PAR)			
CARBOFLEX				ATADURA CREPON							
AQUACEL TAM				EQUIPO MACRO				EQUIPOS	M		
IV 3000				POLIFIX				EQUIPO BIC DIETA			
IRRIGAFIX				ALCOOL 70% (ML)				EQUIPO BIC MED			
				MICROPORE (cm)				EQUIPO DE TRANSF.			
				ESPARADRAPO (cm)							
ASS. RESPONSÁVEL: <i>U/10</i>				SCALP							
ASPIRAÇÃO	M	T	N	SALIN/HIDRÁ / HEP./DO CATETER	M	T	N				
SONDA DE ASPIRAÇÃO				SF 0,9% 10ml						→	UI
GAZE (PCT C/ 10)				ABD (10ML)						→	UI
SF. 0,9% 10 ml				HEPARINA (1ML)						→	UI
ABD				SERINGA TAM						→	UI
LUVA ESTÉRIL (par)				AGULHA Nº						→	UI
				LUVA ESTÉRIL (PAR)						→	UI
OUTROS	M	T	N	OUTROS	M	T	N			→	UI
										→	UI
										→	UI
ASS. TEC ATRIBUIDO M	ASS. TEC ATRIBUIDO T	ASS. TEC ATRIBUIDO N	VISTO ENFERMEIROS			DATA:					
<i>Wedy</i>	<i>Wedy</i>	<i>Wedy</i>	MANHÃ	TARDE	NOITE						





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: NILTON CESAR BENTO
Convênio: SUS ESTADUAL
Unidade: UNIDADE III
Leito: ENFERMARIA 308B
Admissão: 02/04/19 08:22
Diag.: S62 - Fratura ao nível do punho e da mão

Idade: 47 anos
Reg.: 133952
Prontuário:
Peso: 78,0 kg Altura: 1,71 m
1 dia(s) de internação
Nota: As seguintes subdivisões:

03/04/2019 19:00	Solic. (Estoque): 119.48030	Horários de Aplicação
1) DIETA LIVRE, Ao dia		(SND)
2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500ML Uso: 01 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.		22:00
3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.		00:00 08:00 16:00
4) RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.		06:00 18:00
5) DAPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD		00:00 06:00 12:00 18:00
6) METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.		(SM) 22:00
7) RIVAROXABANA 15MG comprimido 1 comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única. 06H APÓS CIRURGIA.		22:00
8) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas		00:00 08:00 16:00
9) CURATIVO, Ao dia		(MANHÃ)
10) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário		(SN)

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **NILTON CESAR BENTO** Idade: **47 anos**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **133952** Prontuário:
Unidade: **UNIDADE III** **Peso: 78,0 kg Altura: 1,79**
Leito: **ENFERMARIA 308B**
Admissão: **02/04/19 08:22** **2 dia(s) de internação**
Diag.: **S62 - Fratura ao nível do punho e da mão** | Nota: As seguintes subdivisões

04/04/2019 14:04

Horários de Aplicação

2156

1) ALTA HOSPITALAR, A Tarde

D0

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM , 2156



CURATIVOS (GTM/TQT AVC/FQ/UFP/LESÕES TRAUM)	M	T	N	SONDAS	M	T	N	MEDICAÇÕES	M	T	N
LUVA ESTÉRIL (PAR)	1			LUVA ESTÉRIL (par)				LUVA DE PROC (PAR)		1	1
LUVA DE PROC (PAR)	1			LUVA PROC. (PAR)				SERINGA 1CC			
GAZE (PCT C/ 10)	1			GAZE (PCT C/10)				SERINGA 5cc			
MÁSCARA	1			SONDA Nº				SERINGA 10cc	1	1	1
COMPRESSA (UN)	1			SONDA Nº				SERINGA 20cc			
ATAD. CREPOM 10	1			LIDOCAÍNA GEL				AGULHA 40X12	1	1	1
SERINGA TAM. 10				SERINGA 20CC				AGULHA 25X7			
SF. 0,9% 100 ml	1			ABD (10ML)				ABD 10 ML	1	1	1
SF. 0,9% 10 ml				COLETOR FECHADO				SF 0,9%			
CLOREX. AQUOSA (ML)				COLETOR ABERTO				SF 0,9%			
CLOREX. ALCOOLICA				AGULHA				SF 0,9%			
MICROPORE (CM)				CLOREX DEGERM.							
ESPARADRAPO (CM)	100			CLOREX AQUOSA				DISP. URINÁRIO	M	T	N
LÂMINA Nº				SF 0,9% ML				PRESERVATIVO MASC.			
DERSANI (10 ml)				MÁSCARA				COLETOR ABERTO			
SAF- GEL (5gr)								MICROPORE (CM)			
SOLOSITE (5gr)				PUNÇÃO	M	T	N	LUVA PROC. (PAR)			
PURILON (5gr)				LUVA PROC. (PAR)				LAVAGEM INTEST.	M	T	N
DUODERM EF 10X10				JELCO Nº 18				EQUIPO MACRO			
DUODERM EF 15X15				JELCO Nº 20				LIDOCAÍNA GEL			
DUODERM CGF				JELCO Nº 22				MICROPORE (cm)			
KALTOSTAT				JELCO Nº 24				LUVA PROC. (PAR)			
CARBOFLEX				ATADURA CREPON							
AQUACEL TAM				EQUIPO MACRO				EQUIPOS	M	T	N
IV 3000				POLIFIX				EQUIPO BIC DIETA			
IRRIGAFIX				ALCOOL 70% (ML)				EQUIPO BIC MED			
				MICROPORE (cm)				EQUIPO DE TRANSF.			
				ESPARADRAPO (cm)							
ASS. RESPONSÁVEL: <i>[assinatura]</i>				SCALP							
ASPIRAÇÃO	M	T	N	SALIN./HIDRA./ HEP./DO CATETER	M	T	N	HORA	RESULTADO		
SONDA DE ASPIRAÇÃO				SF 0,9% 10ml					INSULINA?	GLUCOSE	
GAZE (PCT C/ 10)				ABD (10ML)					→ UI	AVAR	
SF. 0,9% 10 ml				HEPARINA (1ML)					→ UI	AVAR	
ABD				SERINGA TAM					→ UI	AVAR	
LUVA ESTÉRIL (par)				AGULHA Nº					→ UI	AVAR	
				LUVA ESTÉRIL (PAR)					→ UI	AVAR	
OUTROS	M	T	N	OUTROS	M	T	N		→ UI	AVAR	
									→ UI	AVAR	
									→ UI	AVAR	
ASS. TEC ATRIBUIDO M	ASS. TEC ATRIBUIDO T	ASS. TEC ATRIBUIDO N		VISTO ENFERMEIROS			DATA	13/04/13			
		<i>[assinatura]</i>		MANHÃ	TARDE	NOITE					





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: **133952**

IH: **3**

Nascimento: **04/03/1972** **47 anos** Data Internação: **02/04/2019 08:22:06**

Leito: **ENFERMARIA 308B**

Turno: **Noturno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **PÓS DE ANTEBRACO + FIXADOR EXTERNO + DESBRIDAMEN** Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **NEGA**

Oxigenioterapia

Sinais Vitais

Temperatura: **36,5 °C**

Saturação O2: **99%**

Respiração: **20 RPM**

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: **140x100**

Frequência Cardíaca: **85**

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

MSD

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

HGT

Aspectos:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Correção:

Correção:

Tipo:

Correção:

Correção:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

APRESENTA SANGRAMENTO EM F.O.

Medicações:

ADMINISTRADO MEDICAMENTOS DE HORÁRIO, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Intercorrência:

COREN: 738286 - WEDILLANIA MARIA DA SILVA
02/04/2019 20:34:43





Hospital Memorial
São Francisco

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

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Registro: 133952 IH: 3

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Nascimento: **04/03/1972** 47 anos Data Internação: **02/04/2019 08:22:06** Leito: **ENFERMARIA 308B**

Turno: **Diurno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **POI DE ANTEBRACO E**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Alergias Medicamentosas: **NEGA**

Sinais Vitais

Temperatura: **°C**

Saturação O2:

Respiração:

Pressão Arterial:

Δ

Frequência Cardíaca:

Acesso Venoso

Periférico

Dieta

VO

Isolamento de contato: **Não**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.:

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Curativo:

Medicações:

ADM MEDICAÇÕES DE HORÁRIO CPM

Intercorrência:

15:30 PACIENTE EM POI DE ANTEBRACO E ADMITIDO O SETOR PROVENIENTE DO CC. CONSCIENTE E ORIENTADO EM O2 AMBIENTE. HV EM MSD, RAIOS X NO LEITO, DIETA VO, AFERIDO SSVV SEM ANORMALIDADES. SEGUE SEM QUEIXAS AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Krishna Talitta de Sousa
COREN: 1102796 - KRISHNA TALITTA DE SOUSA LEANDRO PEREIRA
02/04/2019 15:35:40





Hospital Memorial
São Francisco

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

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: NILTON CESAR BENTO

Registro: 133952

II

Nascimento: 04/03/1972 47 anos Data Internação: 02/04/2019 08:22:06

Leito: ENFERMARIA 308B

Turno: Noturno

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: 1º DPO DE OSTEOTOMIA + DESBRIDAMENTO E CO Isolamento de contato:

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas: NEGA

Sinais Vitais

Oxigenioterapia

Temperatura: 36,4 °C

Saturação O2: 98%

Respiração: 20 RPM

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: 140x100

Frequência Cardíaca: 64

Acesso Venoso

Dieta

Eliminações Fisiológicas

Periférico

VO

Diurese: ESPONTÂNEA

MSD

BOA ACEITAÇÃO

Obs.: PRESENTE

Intestinais: AUSENTE

HGT

Aspectos:

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

CURATIVO LIMPO E OCLUIDO

Medicações:

FOI MEDICADO DE ACORDO COM PRESCRIÇÃO MEDICA

Intercorrência:

SEM INTERCORRENCIAS, COM MSE NA TIPOIA

COREN: 431727 - EDMILSON BASILIO DO NASCIMENTO
03/04/2019 21:45:10

Página: 1



Hospital Memorial de Natal

AV. ATLANTIC LAMARTINE, 9/9 - TIROI - NATAL/RN
Fone: +55(31)33-4200 / Fax: (84)3132-1728
E-mail: hmem@vivoixmail.com.br

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: **133952**

IH: **3**

Nascimento: **04/03/1972** 47 anos Data Internação: **02/04/2019 08:22:06**

Leito: **ENFERMARIA 308B**

Estado: **Diurno**

Antecedentes:

Apresentação Diagnóstica: **PÓS DE 4.ª CEFEBRAÇO + FIXADOR EXTERNO + DESBRIDAMENTO** Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Uso de Medicamentos: **NEG.**

Sinais Vitais

Temperatura: **36 °C**

Saturação O2: **99%**

Respiração: **20 RPM**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: **140x90**

Frequência Cardíaca: **85**

Exatidão Visual

Bom

Reflexo

BO

MSD

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

HGT

Condição

(direção)

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Observações

Medicações:

ADMINISTRADO MEDICAMENTOS DE HORÁRIO, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Observações

HIENIZADO POR BANHO DE ASSEIO, TROCADO ROUPAS DE CAMA + PESSOAS.

COREN: 736286 - WEDILLANIA MARIA DA SILVA

03/04/2019 09:03:08



EVOLUÇÃO DIÁRIA DE CURATIVO

Dados do Paciente

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: **133952**

Nº Internação: **3**

Nascimento: **04/03/1972 47 anos** Data Internação: **02/04/2019 08:22:06**

Leito: **ENFERMARIA 308B**

Limpeza:

Tipo de Ferida: **HÁ ESCLARECER**

Localização: **PÓS DE #ANTEBRAÇO + FIXADOR EXTERNO + D**

Condições do Leito: **APRESENTANDO EXSUDATO EM CURATIVO ANTI**

EXSUDATO DA FERIDA

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

PELE - PERILESIONAL

☒ Integra ☐ Escoriada ☐ Sinal Flogísticos ☐ Descamada ☐ Alergica/Dermatite ☐ Macerada

Quantidade: **Médio**

Odor: **Característico**

BORDAS

☐ Distintas ☒ Regulares ☐ Irregulares

OBSERVAÇÕES GERAIS

S.F 0,9% GAZES, 03 PARES DE LUVAS DE PROCEDIMENTO, 01 PAR DE LUVAS ESTERIL, 02 ATADURAS DE 15CM, 10 CM DE ESPARADRAPO, CAMPO OPERATORIO.

03/04/2019 13:14:30

Técnico(a) COREN - 256759

MARIA DE FATIMA DE LIMA

-133952 - 3 - NILTON CESAR BENTO

Limpeza:

Tipo de Ferida: **HÁ ESCLARECER**

Localização: **PÓS DE #ANTEBRAÇO + FIXADOR EXTERNO**

Condições do Leito: **APRESENTANDO EXSUDATO EM CURA**

EXSUDATO DA FERIDA

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

PELE - PERILESIONAL

☐ Integra ☐ Escoriada ☐ Sinal Flogísticos ☐ Descamada ☐ Alergica/Dermatite ☐ Macerada

Quantidade: **Médio**

Odor: **Selecione uma op:**

BORDAS

☐ Distintas ☐ Regulares ☐ Irregulares

OBSERVAÇÕES GERAIS

S.F 0,9% GAZES, 03 PARES DE LUVAS DE PROCEDIMENTO, 01 PAR DE LUVAS ESTERIL, 02 ATADURAS DE 15CM, 10 CM DE ESPARADRAPO, CAMPO OPERATORIO.

04/04/2019 12:23:05

Técnico(a) COREN - 1320233

ANA JULIA DE JESUS AVELINO





Hospital Memorial de Natal

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

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: **133952** IH: **3**

Nascimento: **04/03/1972** 47 anos Data Internação: **02/04/2019 08:22:06**

Leito: **ENFERMARIA 308B**

Turno: **Diurno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **POS DE OSTEOTOMIA + DESBRIDAMENTO E COLOCAÇÃO DE** Isolamento de contato: **Não**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **NEGA**

Sinais Vitais

Temperatura: **36,4 °C**

Saturação O2: **98% %**

Respiração: **20 RPM**

Pressão Arterial: **140x100**

Frequência Cardíaca: **64**

Acesso Venoso

Periférico

Dieta

VQ

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Correção:

Correção:

Tipo:

Correção:

Correção:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

ADM MEDICAÇÕES DE HORÁRIO CPM

Intercorrência:

PACIENTE DE POS DE OSTEOTOMIA + DESBRIDAMENTO E COLOCAÇÃO DE FIXADOR EM ATB DISTAL ESQ. CONSCIENTE E ORIENTADO EM 02 AMBIENTE. HV EM MSD. TOMOU BANHO DE ASPERÇÃO NO WC. AFERIDO SSVV SEM ANORMALIDADES. SEGUE SEM QUEIXAS AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

PACIENTE DE SAIU DE ALTA HOSPITALAR. ACOMPANHADO DE FAMILIAR E MAQUEIRO LEVANDO SEUS PERTENCES PESSOAIS.

krishna talitta de souza leandro pereira

COREN: 1102796 - KRISHNA TALITTA DE SOUSA LEANDRO PEREIRA

04/04/2019 10:30:06



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 18/12/2020 18:14:28

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121818142774000000061340888>

Número do documento: 20121818142774000000061340888



**VICENTE
ABREU**

LABORATÓRIO VICENTE ABREU
Rua da Central, 145 B - Centro - Santo Antônio/RN
Fone: (84) 3282-3111 / 99919-3301
Nova Cruz/RN - (84) 99666-0722 / 99219-6331
São José de Campestre/RN - (84) 99613-6166

Nome.....: NILTON CESAR BENTO 478

Idade.....: 47A 3D

Solicitante:

Convênio...: TANGARÁ

Núm. Atd: 011

Registro.....: 00051075

Data Atendimento: 07/03/2019

Posto.....: TANGARÁ

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: Sangue

Método: Automatizado

ERITROGRAMA

VALORES DE REFERÊNCIA

Hemácias (milhões/mm³).....: 4,90
Hemoglobina (g/dL).....: 14,00
Hematócrito (%).....: 41,10
VCM (u³).....: 83,88
HCM (pg).....: 28,57
CHCM (%).....: 34,06
RDW (%).....: 13,10

Masc. 4,5 - 6,0 milhões/mm³
Fem. 4,1 - 5,1 milhões/mm³
Masc. 13,5 - 18,0 g/dL
Fem. 12,0 - 16,5 g/dL
Masc. 40,0 - 55,0 %
Fem. 36,0 - 45,0 %
80,0 - 99,0 u³
26,0 - 32,0 pg
32,0 - 36,0 %
11,5 - 14,5 %

LEUCOGRAMA

VALORES DE REFERÊNCIA

Leucócitos (/mm³).....: 6.800

4.500 - 10.000/mm³

Valor Rel. Valor Abs.

Valor Rel. Valor Abs.

Basófilos.....: 0 0
Eosinófilos.....: 1 68
Promielócitos.....: 0 0
Mielócitos.....: 0 0
Metamielócitos.....: 0 0
Bastonetes.....: 0 0
Segmentados.....: 46 3.128
Linfócitos Típicos.....: 50 3.400
Linfócitos Atípicos.....: 0 0
Monócitos.....: 3 204

0 - 2 % 0 - 80
1 - 5 % 60 - 320
0 % 0
0 % 0
0 - 1 % 0 - 80
0 - 5 % 120 - 320
45 - 75 % 3300 - 5200
22 - 40 % 1200 - 2400
0 % 0
2 - 8 % 240 - 640

PLAQUETAS (/mm³).....: 273.000

150.000 - 450.000/mm³

Os valores dos testes de laboratório sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, etc.
Somente seu médico tem condições de interpretar corretamente seus resultados.

Impressão em 07/03/2019 17:44:36

DR. ALISON VINÍCIUS GAMA MAIA
CRP/RN 2729





**VICENTE
ABREU**

LABORATÓRIO VICENTE ABREU

Rua da Central, 145 B - Centro - Santo Antônio/RN

Fone: (84) 3282-3111 / 99919-3301

Nova Cruz/RN - (84) 99666-0722 / 99219-6331

São José de Campestre/RN - (84) 99613-6166

Nome.....: NILTON CESAR BENTO 478

Idade.....: 47A 3D

Núm. Atd: 011

Registro.....: 00051075

Solicitante:

Data Atendimento: 07/03/2019

Convênio...: TANGARÁ

Posto.....: TANGARÁ

COAGULOGRAMA COMPLETO

TEMPO DE COAGULAÇÃO: 5:00 minutos

Referência: 5 a 10 minutos
Método: Lee-White

TEMPO DE SANGRAMENTO: 1:00 minutos

Referência: 1 a 3 minutos
Método: Duke

CONTAGEM DE PLAQUETAS: 273.000 /mm³

Referência: 150.000 a 450.000/mm³
Método: Automatizado

TEMPO DE PROTROMBINA(TP): 12,7 seg
CONTROLE.....: 12,0 seg
ATIVIDADE ENZIMÁTICA.....: 90 %
INR.....: 1,06
ISI.....: 1,02

Referências:

70 A 100 %

TTPA.....: 30,0 seg
CONTROLE.....: 30,0 seg
RELAÇÃO.....: 1,0

30,0 a 40,0 seg

Até 1,30

Os valores dos testes de laboratório sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, etc.
Somente seu médico tem condições de interpretar corretamente seus resultados.

Impresso em 07/03/2019 17:44:36

DR. ALISON VINÍCIUS GAMA MAIA
CRF/RN 2726





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - RN 12390 // 00948Nº 015158183850
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 00451696662 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2020

NOME

NILTON CESAR BENTO

CPF / CNPJ

838.185.024-04

PLACA

NCA8011

PLACA ANT. / UF

NCA8011/RN

CHASSI

9C2JC4110CR492938

ESPECIE TIPO

PASSEIRO/MOTOCICLETA/MARCA / MODELO

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 PAN RS

ANO FAB.

2012

ANO MOD.

2012

CAP. / POT. / CIL

OCV/124 CILINDRADAS

CATEGORIA

PARTICULAR

COR. PREDOMINANTE

ROXA

COTA UNICA

R\$ 0.00

VENC. COTA UNICA

06/02/2020

VENC. / COTAS

1º PAGO

FAIXA LPVA

A 002844 3X

PARCELAMENTO / COTAS

R\$ *****

2º PAGO

3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

*** TAXAS DETRAN: PAGO CORRIGIDA DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR:JC41E1C492938 DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

TANGARA/RN



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

DATA

06/02/2020

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

RN Nº 015158183850 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2020

DATA EMISSÃO

06/02/2020

VIA

1

CPF / CNPJ

838.185.024-04

PLACA

NCA8011

RENAVAM

00451696662

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 PAN RS

ANO FAB.

2012

CAT. TARIF.

9

Nº CHASSI

9C2JC4110CR492938

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURODO (R\$)

PAGAMENTO

☐ COTA UNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200335601 **Cidade:** Tangará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NILTON CESAR BENTO **Data do acidente:** 27/01/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.
FRATURA FECHADA DE PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (RÁDIO ESQUERDO: FIXADOR EXTERNO+FIO) E CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES.
ALTA MÉDICA. (P1,5,6,7,17,18,21,22,25,33,38,39,52,59,

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: NILTON CESAR BENTO, brasileiro, união estável, Pescador, portador da Cédula de Identidade nº 001.228.189, expedida pela SSP/RN, inscrito no CPF sob o nº 838.185.024-04, residente e domiciliado na Rua Coronel Ezequiel Mergelino, nº347, Centro, Tangará/RN, CEP:59240-000.

OUTORGADA:

FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA, brasileira, divorciada, profissional liberal, inscrita no CPF sob o nº 923.980.303-34, com o RG sob o nº 003.359.253 com escritório profissional à Rua Dr. Sadi Mendes, nº 1026, Santos Reis - Parnamirim/ RN, CEP 59.141.085, E-mail: franciscaseguros@hotmail.com

PODERES: concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder DPVAT e a Susep.

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

Parnamirim /RN, 18 de NOVEMBRO de 2020

Nilton Cesar Bento

OUTORGANTE

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0264591/20

Vítima: NILTON CESAR BENTO

CPF: 838.185.024-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/01/2019

Titular do CPF: NILTON CESAR BENTO

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA : 923.980.303-34

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

NILTON CESAR BENTO : 838.185.024-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/09/2020
Nome: FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA
CPF: 923.980.303-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2020
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA

THIARA VIRGINIA DA HORA

