

---

**Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200036136**

**Vítima: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

**Data do Acidente: 22/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

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, contatos 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

---

**Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200036136**

**Vítima: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

**Data do Acidente: 22/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 09 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200036136**

**Vítima: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

**Data do Acidente: 22/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036136

Vítima: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

Data do Acidente: 22/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

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\$ 9.112,50 |

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

Valor: **R\$ 9.112,50**

Banco: **104**

Agência: **000002008**

Conta: **000000072884-6**

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,



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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:

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: 2008 CONTA: 00072.884

(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 (ou 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 (ver nascido)? ☐ 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.

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: Maria da Conceição Borges

CPF: 204.452.384-30

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Ana Carla da Silva

CPF: 100.737.954-31

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Parnaíba, 16/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3200036136  
Nome do(a) Examinado(a): Gilberto Francisco de Souza  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Angola, 19  
Vida Nova Parnamirim RN CEP: 59147-620  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 002405411  
Data local do acidente: [ 22/09/2019 ]  
Data local do exame: [ 10/03/2020 ] NATAL [ RN ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DE FÊMUR PROXIMAL DIREITO E AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA, TRAUMATISMO CRÂNIO FACIAL.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: REALIZADO REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO EM FALANGE DISTAL DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA, TRATAMENTOS CIRÚRGICOS DE FRATURAS MULTIPLAS DE HEMIFACE DIREITA E FÊMUR PROXIMAL DIREITO. NÃO FEZ FISIOTERAPIAS. Data da Alta: 19/02/2020**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO, REFERE DIPLOPIA, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE QUADRIL DIREITO, FERIMENTO OPERATÓRIO CICATRIZADO NA REGIÃO LATERAL DE COXA DIREITA, COTO DE AMPUTAÇÃO CICATRIZADO NO 2º DEDO DA MÃO DIREITA. FAZ USO DE CADEIRA PARA LOCOMOÇÃO, HIPOTROFIA MUSCULAR MODERADA DE COXA DIREITA.**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
( ☒ ) Sim ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
( ☒ ) Sim ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**INVALIDEZ AO NÍVEL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO, DANO EM ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS E AMPUTAÇÃO DISTAL DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.**  
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).  
( ) "Vítima em tratamento" ( ) "Sem sequela permanente"  
*Esta avaliação médica deve ser repetida em dias* *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>MEMBRO INFERIOR - Lado Direito</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( <input checked="" type="checkbox"/> ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br><b>2º DEDO DA MÃO - Lado Direito</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( <input checked="" type="checkbox"/> ) 75% intensa ( ) 100% completo |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
DR. URAÍ DE OLIVEIRA  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM-RN 4315



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
1º DISTRITO POLICIAL DE PARNAMIRIM - PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 054294/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/10/2019 15:52 Data/Hora Fim: 23/10/2019 16:10  
Delegado de Polícia: Luiz Gonzaga Pontes de Lucena

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial de Parnamirim

Data/Hora do Fato: 22/09/2019 17:40

Local do Fato

Município: Parnamirim (RN)  
Logradouro: RUA DAS VITÓRIAS

Bairro: Monte Castelo

Ponto de Referência: PRÓXIMO AO MATERIAL DE CONSTRUÇÃO TETEU  
Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                             | Melo(s) Empregado(s) |
|------------------------------------------------------|----------------------|
| 1727: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - ABALROAMENTO | Não Houve            |

ENVOLVIDO(S)

|                                                               |                                          |                |                  |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------|------------------|
| Nome Civil: LIDIA DIONISIO DA SILVA (COMUNICANTE, TESTEMUNHA) |                                          |                |                  |
| Nacionalidade: Brasileira                                     | Naturalidade: RN - Montanhas             | Sexo: Feminino | Nasc: 12/03/1969 |
| Profissão: Cuidador de Idosos                                 |                                          |                |                  |
| Estado Civil: Solteiro(a)                                     |                                          |                |                  |
| Nome da Mãe: MARIA DIONISIO DA SILVA                          | Nome do Pai: CELESTINO DIONISIO DA SILVA |                |                  |
| Em Serviço: Não                                               |                                          |                |                  |

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 512.945.594-00  
RG - Carteira de Identidade: 905679

Endereço

Município: Parnamirim - RN  
Logradouro: RUA ANGOLA Nº: 19  
Bairro: VIDA NOA  
Telefone: (84) 99482-1677 (Celular)

|                                                  |                                |                 |                  |
|--------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------|------------------|
| Nome Civil: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA (VÍTIMA) |                                |                 |                  |
| Nacionalidade: Brasileira                        | Naturalidade: RN - Pedro Velho | Sexo: Masculino | Nasc: 10/01/1939 |
| Profissão: Aposentado                            |                                |                 |                  |
| Estado Civil: Casado(a)                          |                                |                 |                  |
| Nome da Mãe: Severina Maria da Conceição         |                                |                 |                  |

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 548.063.057-15

Endereço

Município: Parnamirim - RN





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
1º DISTRITO POLICIAL DE PARNAMIRIM - PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 054294/2019

Nome Civil: ANA PAULA GOMES (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Parnamirim

Sexo: Feminino

Nasc: 12/09/1967

Profissão: Do Lar

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Sebastiana Jorge do Nascimento

Nome do Pai: Cláudio Salustiano Gomes Filho

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 064.808.854-86

Endereço

Município: Parnamirim - RN

Logradouro: RUA DAS VITÓRIAS

Nº: 145

Bairro: MONTE CASTELO

Telefone: (84) 99189-4662 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE INFORMA QUE A VÍTIMA TRANSITAVA EM UMA BICICLETA NA RUA DAS VITÓRIAS, NO BAIRRO DE MONTE CASTELO, AQUI NESTA URBE, OCASIÃO EM QUE UM MOTOQUEIRO EM ALTA VELOCIDADE COLIDIU A MOTO NA BICICLETA DA VÍTIMA, ESTE CAINDO AO SOLO; QUE O MOTOQUEIRO SAIU EM FUGA TOMANDO DESTINO IGNORADO; QUE A VÍTIMA NÃO FOI ATENDIDA PELA SAMU, PORÉM POR POPULARES E VIZINHOS, CONDUZINDO PARA O HOSPITAL DEOCLÉCIO MARQUES, COM O ATENDIMENTO ATRAVÉS DO BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA, Nº 42; QUE LOGO EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL EM NATAL; QUE A DECLARANTE FARÁ A OFERTA DOS LAUDOS E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS NO MOMENTO EM QUE FOR SOLICITADO. NADA MAIS DISSE.

ASSINATURAS

Sanderson Antunes

Agente de Polícia

Matrícula: 1670522

Responsável pelo Atendimento

LIDIA DIONISIO DA SILVA

(Testemunha / Comunicante)

\*Declara para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e conto que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que do origin, conforme previsto nos Artigos 339-Danulação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 518.063.057-15 3 - CPF da vítima: 518.063.057-15 4 - Nome completo da vítima: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

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

5 - Nome completo: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA 6 - CPF: 518.063.057-15  
7 - Profissão: REC. INFORMM 8 - Endereço: RUA ANGOLA 9 - Número: 59 10 - Complemento:  
11 - Bairro: VILA NOVA 12 - Cidade: PARANAMIRIM 13 - Estado: PA 14 - CEP: 59142-620  
15 - E-mail: centroseguros04@outlook.com 16 - Tel. (DDD): 84 99828.0900

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:  
☒ **RECLUSO 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: 0008 CONTA: 00072.884  
(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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 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 Lider 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vel nascido)? ☐ 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 Lider pagará, caso devlida, 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.

Idelia DIONÍSIO DA SILVA  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

512-945.594-00  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Idelia Dionísio da Silva  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: Marilena Carlos Bezerra  
CPF: 704.452.384-30

Marilena Carlos Bezerra  
Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Ana Carla da Silva  
CPF: 300.737.954-31

Ana Carla da Silva  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paranamirim, 16/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# 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: 18/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 9.112,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02008

CONTA: 000000072884-6

---

Nr. da Autenticação CCC9F2990B5E80E2



**COSERN**

Taxa Social de Energia Elétrica Grátis pela Lei 10.438 de 26/04/02

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL**

Companhia Energética da Rê-Emenda do Estado  
 Rua Mendonça, 150, Bairro, Natal - RN CEP: 59025-200  
 CNPJ 09.324.196/0001-01 | Insc. Est. 20095193-0 | www.cosern.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

LIDIA DIONÍSIO DA SILVA

CPF: 512.945.594-00 NIS: 16307857469

**CLASSIFICAÇÃO**

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDIMENTO

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA ANGOLA 19 CS- 19

VILA NOVA REA URBANA  
PARANAMIRIM RN  
59147-620

030750415  
 27/09/2019 3001443301 2647847

7011362811 09/2019  
 11/10/2019 29/10/2019  
 139,25

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

| QUANTIDADE                               | PREÇO UNIT. | TOTAL UNIT. |
|------------------------------------------|-------------|-------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh                 | 30,000000   | 0,21911232  |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh  | 70,000000   | 0,37024670  |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh | 120,000000  | 0,58437455  |
| Consumo Ativo superior a 220 kWh         | 12,000000   | 0,62774854  |
| Acrescimo Bandeira VERMELHA              |             | 7,55        |
| Contrib. Item. Pública Municipal         |             | 9,00        |
| ICMS-Parcela Subvencionada               |             | 13,68       |
|                                          |             | 8,50        |



Quem tem, fala bem.

SAC: 2010.2010  
10600

**FAC**

9912343188 DR/RN  
CABO

CORREIOS



CDD PARNAMIRIM RN  
5016170 JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES  
R DR SADI MENDES 1026 P. A Alto

SANTOS REIS

59141-085 Parnamirim -RN



6014035268001040000001150710070120

Data de Postagem: 07/01/2020 Data de Vencimento: 17/01/2020

Facilitando mais uma vez  
Agora você pode solicitar a 2ª via  
da sua fatura através do WhatsApp  
Acesse [cabotelecom.com.br](https://cabotelecom.com.br) e saiba mais

segunda via

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTECABEB/DDCORIGINALASPX?TIPO=1&CODIGO=29635>

A Circular SUSEP 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. <sup>2</sup> 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 FRANCISCA OLÍVIA DO NASCIMENTO FILHO inscrito

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

GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 548.063.057/JS do

sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA inscrito (a)

no CPF sob o Nº 548.063.057/JS 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 BEIS

Cidade: PARNAMIRIM

Estado: RN

CEP: 59141-085

E-mail: CENTRALSEGUROS04@OUTLOOK.COM

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

Local e Data: PARNAMIRIM, 16/08/2020

Francisca Oliveira do Nascimento Filho

Assinatura do Declarante



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Polis nº 42

Unidade de Epidemiologia

NIQUE INVESTIGACAO  
CAPACIDADE DE  
SPA / VAGAS  
CONF

NOME: Gilberto Francisco de Souza

IDADE: 80 anos COR: Pau SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro

NATURALIDADE: Pernambuco PROFISSÃO: Aposentado PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: Rua Da Vitória BAIRRO: M. Costa

CIDADE: Pernambuco DATA: 22-09-19 HORA:

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐  
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSAO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

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

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO TA.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente não se recorda do ocorrido. Familiar relatou colisão bicicleta e moto, com perda de consciência. Nega náuseas e vômitos. Apresentando dor pílula ⑤ com limitação de movimentação do MID. Extremidade notada. Lesão em falange distal de 2º quíquidactilo ⑤.

EXAME FÍSICO

NA pílula. ⑤ cervicalgia.

AP b/ alteração.

Pulsos presentes, simétricos.

glasgow 15

Escuridão em face e 2º quíquidactilo de mão D.

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

| HORA  | PRESSÃO ARTERIAL | RESPIRAÇÃO | GLASGOW | SCORE FINAL | TEMP. | PULSO |
|-------|------------------|------------|---------|-------------|-------|-------|
| 17:30 |                  |            |         |             |       |       |
|       |                  |            |         |             |       |       |
|       |                  |            |         |             |       |       |
|       |                  |            |         |             |       |       |
|       |                  |            |         |             |       |       |

HRDML / SESAR  
CONFIRMADO ORIGINAL  
Parnamirim 23/10/2019

Mat. 96924-4

DIAGNÓSTICO INICIAL

## EXAMES COMPLEMENTARES

① TC de crânio.

② Raio-x de mão, punho, pulso e tórax.

GOV. DO RN - SES -  
H. DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADAEXAME: Crânio SC  
DATA: 22.09.19 HORA: 14:40

TÉC. EM RADIOLOGIA: \_\_\_\_\_

Ass. do Responsável

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

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

## CONDUTA

① RL 500 ml. EV, correr lento.

② Dipirona 500mg 1ml - OLETA + 08 BPD. EV, agora.

③ VAT.

19:0h - laudo TC crânio normal

CD: à NRC do H.M.W.G

Ats do Cirurgia Geral

Dra. Lílian Trapa  
MÉDICA  
CRM-RN - 5753Luís Felipe R. Azevedo de M.  
CIRURGIÃO GERAL  
CRM-RN - 1993B.M.F.  
22/09/19Paciente vítima de acidente de moto,  
consciente, orientado, apresentando edema  
difuso em punho-punho ① e epistaxe.TC: fratura cominutiva de punho ① e  
OPN.

Ass. do Responsável

cd: levatino em mara

## DESTINO DO PACIENTE

Paciente encaminhado para B.M.F.

Aguardando transferência para H.M.W.G.

P/ unidade de Ortopedia

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

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

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)





# PEDIDO DE PARECER

|                                                                                                                                                                                                              |                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Unidade Solicitante: _____                                                                                                                                                                                   | Município: _____                          |
| Paciente: <u>Gilberto Francisco de Souza</u>                                                                                                                                                                 | Prontuário: _____                         |
| Motivo da Consulta:<br><u>Atropelamento moto/bicicleta, apresenta provável fratura exposta em falange distal do 2º quadrante direito e dor a flexão de quadril à direita. Solicito parecer da ortopedia.</u> |                                           |
| <u>Dr. Felipe R. Antunes de Mello</u><br>Médico<br>CRM _____                                                                                                                                                 | <u>22</u> / <u>09</u> / <u>19</u><br>Data |
| Encaminhado à especialidade: <u>Ortopedia</u>                                                                                                                                                                | Município: _____                          |
| Consulta marcada para a Unidade: _____                                                                                                                                                                       | às _____ horas do dia _____               |
| Para o (a) Dr. (a): _____                                                                                                                                                                                    |                                           |

## RESPOSTA DE PARECER

|                                                                                                                 |                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Unidade Solicitante: _____                                                                                      | Município: _____                          |
| Paciente: _____                                                                                                 | Prontuário: _____                         |
| (Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)                                                |                                           |
| <u>Paciente c/ fratura transtrocanterica e fratura exposta do 2º QD.</u>                                        |                                           |
| <u>CID: Paciente necessita ser encaminhado p/ cirurgia de urgência.</u>                                         |                                           |
| Diagnóstico: _____                                                                                              | CID: _____                                |
| <u>Filipi Raimon Alves</u><br>Ortopedia e Traumatologia<br>Médico do Dr. E. Tomazini<br>CRM-PR 15631/TEOT 15251 | <u>22</u> / <u>09</u> / <u>19</u><br>Data |
| Retornar à clínica solicitante: _____                                                                           | Unidade _____                             |
| Para o (a) Dr. (a): _____                                                                                       | às _____ horas do dia _____               |

HRDML / SESAP  
CONFERIR ORIGINAL  
Paranaguá, 23/10/2019  
10/2019/4



Regulador Cl. Dr. Gabriel  
Secretaria de Saúde Pública  
Hospital Deoclécio M. Lucena

## RECEITUÁRIO MÉDICO

Gilberto Francisco de Souza

A Neurocirurgia

Paciente 80 anos, vítima de queda de própria altura com perda de consciência e trauma de face com alto da Bacia (acompanhamento ambulatorial).

VAP, sem convulsão

MV ⊕, simétrico, SRA

Pulsos amplos e simétricos

ECG 14

Lesões em face e membros superiores em mãos ③.

Ser avaliado pelo ortopedista e regulado pelo HMWG.

De alta pelo cirurgião geral. Necessária avaliação do NRC (levando laudo de TC). Pronto!

22/09/19

*[Assinatura]*



## ENCAMINHAMENTO DE PACIENTE

Encaminhamento de paciente ao Hospital: Welfredo Guep

Nome: Willarto Francisco da Souza

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: Fratura exposta 2º QJE

Data: 22/03/2019

Hora: \_\_\_\_\_

Filippi Ramon Alves  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Pé e Tornozelo

*[Assinatura]*  
Médico Responsável  
(Assinatura e Carimbo)



Paciente: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA  
Data: 22/09/2019

### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Foram obtidas imagens em equipamento multislice, com aquisição helicoidal no plano axial da base à alta convexidade do crânio, sem a administração de contraste.

Exame realizado em caráter de urgência.

Parênquima encefálico com densidade preservada.

Cavidades ventriculares de calibre normal.

Cisternas, cissuras e sulcos corticais preservados.

Não há desvio significativo das estruturas da linha média ou sinais de hemorragias intracranianas.

Fratura múltiplas na hemiface direita (do côndilo da mandíbula; arco zigomático; maxila; paredes lateral, medial e inferior da órbita; osso próprio nasal) e da porção posterior do septo nasal, com hemossinus associado.

Lauda gerado: 22/09/2019 18:11. Para baixar uma cópia, acesse <https://validar.wbsrad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: RAuzIQiv.

*Marcel Dantas de Sousa*

Laudado Por:  
**Marcel Dantas de Sousa**  
CRM-RN 4557 / RADIOLOGISTA





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÍNICO / IS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 49278 /2019

Admissão: 22/09/2019 22:02:10

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 144608 - GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA (80 a 8 m 12 d)

Nascimento: 10/01/1939 Natural: PEDRO VELHO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 706006396821749

CPF: 54806305715

Prof:

Mãe: SEVERINA MARIA DA CONCEICAO

Pai: ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA

Logradouro: DAS VITORIAS, 3478

CEP: 59146330

Bairro: MONTE CASTELO

Cidade: PARNAMIRIM

Telefone: 84 . 994821677

Compl:

Motivo: MOTO X BICICLETA - COLISÃO  
Origem: H DEOCLECIO MARQUE LUCENA

Tipo: REFERENCIADO

\*Empresa:

| Fluxograma:               |      |     |       |      | Discriminador:                     |      |       |         |     |
|---------------------------|------|-----|-------|------|------------------------------------|------|-------|---------|-----|
| OBS: Reg com Drª Gabriela |      |     |       |      | Classificação: 22/09/2019 21:58:59 |      |       |         |     |
| HORA                      | P.A. | HGT | SatO2 | FiO2 | F.R.                               | F.C. | TEMP. | Glasgow | RTS |
|                           |      |     |       |      |                                    |      |       |         |     |
|                           |      |     |       |      |                                    |      |       |         |     |
|                           |      |     |       |      |                                    |      |       |         |     |
|                           |      |     |       |      |                                    |      |       |         |     |

#### HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: Queda da própria altura / trauma de face + fratura exposta em mão D

Hora: \_\_\_\_\_

Paciente vítima de colisão moto, bicicleta, com perda de consciência, e desorientação no momento do trauma. Avaliado e liberado pela cirurgia geral da HDM.

Ac = plano, flácido, indolor

Apresentou epistaxe; e fratura exposta em 5º quindactilo da mão @.

#### EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A VA péris

B Espirais em O2 ambiente

C Hemodinamicamente estável

D Glasgow = 15

E PCC em limbo capiteado

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

\*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Politrauma

\*Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ. Impresso em 22 de Setembro de 2019.

CONFIRME COM ORIGIN  
22/09/2019 22:50  
D. Silva

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

NAMNESE

NCR  
Colheita motx biópsia  
ECG = 15. Sem defeitos focais

EXAME FÍSICO

TC crânio sem lesões intracranianas  
Alta NCR

Guilherme Lima  
Neurocirurgião  
CRM RJ 5674

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

Boa impressão de 2º BDD  
Fito sem alterações  
Fito intacto  
CO @ Ciflote 28, DV, des de abg

LABORATÓRIO

Vatignonez, dig em dca

OUTROS

CONDUZA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

- 1. R de mo
- 2. Voltar 01 g
- 3. Fito em sutura + desbrida + agulha de Jula de 2500
- 4. Fito expelido em mancha de pta de sutura
- 5. Dm para MB p 29h

NOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Dr. Alexey A. Costa  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 23327/TEC 16262

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: 23/09/17

HORA: 04:00h

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

A Revelar ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Deslascar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

A Revelar ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

# EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALÉRGICAS)

M (MEDICAÇÃO EM USO)

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L (LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDIÇÃO PRIMÁRIA, MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Alta da cirurgia geral

Dr. Gabriel Santa Cruz  
União Geral  
CRM 1081

Ad - realizado sutura +  
limpeza de ferimento em  
unidade de emergência

Dr. Gabriel Santa Cruz  
União Geral  
CRM 1081

Ferimento de como unhas

Unhas - unhas de Cir. Geral

Dr. Gabriel Santa Cruz  
União Geral  
CRM 1081

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

BMF

HORA: 22:12

DATA: 22/09/19

ESPECIALISTA 2

NCR

HORA: 22:12

DATA: 22/09/19

ESPECIALISTA 3

ORTOPEDIA

HORA: 22:12

DATA: 22/09/19

## DESTINO DO PACIENTE:

Dr. Gabriel Santa Cruz  
União Geral  
CRM 1081

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

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

ORBITA: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA ( ) COM ATESTADO ( ) S.V.O ( ) ITP



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO DR. CLOVIS SARINHO



SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA

Atend: 5631/2019 Dt. Atend: 02/10/2019 15:49 Dt. Impressão: 02/10/2019 17:05

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** (80 anos 8 meses e 23 dias) - Masculino

FIA: WG 9047/2019 - Unid: 4 ANDAR .Quarto: 8 .Leito: 425 - Sala: (SADT)

Med. Solicitante: FLAVIO VARELA DE ARAUJO - CRM 6646/RN

**ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO**

Condições Gerais: Exame de boa qualidade técnica.

**MEDIDAS**

AO: 3,8 cm

DDVE: 5,1 cm

FE: 74% (Teichoiz)

AE: 3,2 cm

DSVE: 2,8 cm

SIV: 1,1 cm

PPVE: 0,9 cm

- Câmaras cardíacas com dimensões normais;
- Miocárdio com espessura diastólica normal;
- Função sistólica do VE preservada, sem alteração contrátil segmentar
- Função diastólica do VE: padrão E < A;
- Espessamento das valvas mitral e aórtica, com pontos de calcificação. Refluxo aórtico discreto. Demais valvas cardíacas sem alteração morfofuncionais;
- Pericárdio de aspecto Normal;
- Variabilidade da VCI > 50%;
- Ectasia leve da raiz aórtica e moderada da aorta ascendente (4,2 cm)

**Conclusão:**

- Função sistólica do VE preservada
- Disfunção diastólica do VE grau I
- Ectasia leve da raiz aórtica e moderada da aorta ascendente
- Refluxo aórtico leve

*Isabela Sacilotto V. De Freitas*  
Cardiologia  
CRM: 4858

*Isabela Sacilotto V. De Freitas*  
Isabela Sacilotto V. De Freitas  
Cardiologista  
CRM - 4858/RN





## EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALÉRGICAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDLTA PRIMÁRIAMEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

- Alta da cirurgia geral

Dra. Gabriela Santa Cruz  
Urologista  
CRM 1061As - realizada sutura +  
limpeza de ferimento em  
mãos e abdômenDra. Gabriela Santa Cruz  
Médica  
CRM 1061Ferimento de como um vaso  
cúrio - próximo ao C.A. como

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

BUP

HORA: 22:12

DATA: 22/09/19

ESPECIALISTA 2

NCR

HORA: 22:12

DATA: 22/09/19

ESPECIALISTA 3

ORTOPEDIA

HORA: 22:12

DATA: 22/09/19

DESTINO DO PACIENTE:

Dra. Gabriela Santa Cruz  
Urologista  
CRM 1061

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA / /

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

ÓBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA ( ) COM ATESTADO ( ) S.V.O ( ) ITEP

GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA, : DX from 23/09/2019



GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

2019-09-23 14:00:00

## ANAMNESE

04º Atendimento e encaminha a  
a Acebula fopio do HAST, q'os libe-  
ces das outras principais p'p'rias.

### EXAME FÍSICO

AC Notes Bv'ed

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

**Jr. Rômulo Dias**  
Cláudia Orelha Facial  
502

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

## LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

## OUTROS

**CONDUITA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)****ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

**Assinatura e Carimbo do Responsável**

**Assinatura e Carimbo do Responsável**

| PONTOS DA ESCALA DE QOMAS BLADROW                                                                                                         |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Abstração Concreta (AC)                                                                                                                   |   |
| Objeto ao sistema de pontuação:                                                                                                           | 4 |
| Diferença entre os conceitos verbal (pelo conteúdo) e não verbal (pelo conteúdo) de uma mesma categoria, de acordo com a escala de 1 a 10 | 3 |
| Objeto de abstração por extensão de conceitos                                                                                             | 2 |
| Objeto não ao sistema                                                                                                                     | 1 |
| Método resposta verbal (MVR)                                                                                                              |   |
| Objeto de abstração por extensão de conceitos e por extensão de conceitos de uma mesma categoria, de acordo com a escala de 1 a 10        | 5 |
| Objeto de abstração por extensão de conceitos, não ao sistema de pontuação e não verbal                                                   | 4 |
| Objeto de abstração (pelo conteúdo) de uma mesma categoria                                                                                | 3 |
| Objeto de abstração (pelo conteúdo) de uma mesma categoria                                                                                | 2 |
| Objeto de abstração (pelo conteúdo) de uma mesma categoria                                                                                | 1 |
| Método resposta verbal (MVR)                                                                                                              |   |
| Objeto de abstração verbal (pelo conteúdo) e não verbal (pelo conteúdo)                                                                   | 4 |
| Objeto de abstração verbal (pelo conteúdo) e não verbal (pelo conteúdo)                                                                   | 3 |
| Objeto de abstração verbal (pelo conteúdo) e não verbal (pelo conteúdo)                                                                   | 2 |
| Objeto de abstração verbal (pelo conteúdo) e não verbal (pelo conteúdo)                                                                   | 1 |

| ESCALA DE PAINES DO TRAUMATISMO - GCS |          |        |
|---------------------------------------|----------|--------|
| DESCRITIVO                            | CONTAGEM | PONTOS |
| ESCALA DE COMA DE GLASGOW             | 4-15     | =3     |
|                                       | 8-10     | =2     |
|                                       | 6-7      | =1     |
|                                       | 3-5      | =0     |
| FREQUENCIA RESPIRATORIA               | 10-20    | =3     |
|                                       | 20-30    | =2     |
|                                       | 6-10     | =1     |
|                                       | 1-5      | =0     |
| PRESSÃO ARTERIAL GASTRICA             | 90       | =3     |
|                                       | 70-90    | =2     |
|                                       | 50-70    | =1     |
|                                       | 30-50    | =0     |

<sup>44</sup> *Lección de Tronera* (Barcelona 1933): 226a edición de la prefación para practicar el nuevo alfabeto, *Indicaciones Alfabéticas de Chamorro* (L.A., Banco P.N. Coyote, et al; a revisión de los textos sobre a. Yonaguni 1934: 1933).

~~CLASSIFICAÇÃO DO TCE:~~  
~~INTL 2003~~

2018 - 2019  
 2019 - 2020  
 2020 - 2021  
 2021 - 2022

\* Fractions: FEASIBLE CURRENTLY  
Assesses of some and explained  
completeness. A practical scale. Local  
PETA-20

<sup>22</sup> В связи с тем, что в настоящее время в стране отсутствуют возможности для проведения подобных исследований, в качестве альтернативы предлагается использовать данные, полученные в ходе проведения подобных исследований в других странах.

| SEX<br>OOR | LEVE | Modere | hansen | Fiber<br>Possib |
|------------|------|--------|--------|-----------------|
| 1          | 2    | 3      | 4      | 5               |



## GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Salinho

BOLETIM  
OPERATÓRIO

## IDENTIFICAÇÃO

Nome: Guilberto Francisco de Souza Reg. Nº 144608Diagnóstico pré-operatório: PneumotóraxIndicação terapêutica: Drenagem de tórax Urgência ☒ Eletiva ☐

## INTERVENÇÃO

Data: 23/09/19 Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_Operador: Dr. Eduardo CRM/CRO: 13441º Auxiliar: Dra. Laraine CRM/CRO: Dra. Laraine Sales Gurgel2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ CRM/CRO: Médica  
CRM-RN 0561

Instrumentador: \_\_\_\_\_

Anestesiologista: Dr. Francisco Melo CRM/CRO: \_\_\_\_\_

## RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- 1) Paciente em DDV sob anestesia local
- 2) Anestesia + antisepsia com colocação de campos estéril
- 3) Teste anestesia
- 4) Incisão no 6.º ITC a direita
- 5) Cirurgia com Kelly, 01.º pleura
- 6) Exploração digital
- 7) Colocação de dreno de tórax n.º 28
- 8) Observado escape aéreo
- 9) Lavagem com solução 0.0
- 10) Curativo

Coleta de material anatomo-patológico: ☒ NÃO ☐ SIM QUAL?Coleta de material para microbiologia: ☒ NÃO ☐ SIM QUAL?

Eduardo Ronaldo da Costa  
Médico-Cirurgião Geral  
CRM 1344 - CPF 123.456.789-00

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial a 1 de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores AN... mantidos.

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto-Socorro Clóvis Barinho

Nome: **GILBERTO FCO. DE SOUZA**Serviço: **ODONTOLOGIA**Idade: **80 anos**

Nº Registro:

Leito: **254**

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

24/9/19

Vitima de acid. moto/bicleta - em O<sub>2</sub> ambiente  
alimentação na oral, líquida e pastosa.  
Ao ex. clínico intraoral: edentado total  
e muitos hematomas, fraturas de face co-  
adunadas - foi utilizado um H. Oral cloroalcolico  
a 0,12% em gaze úmida e essecamento.

Notel 24/9/19

Bastardos.

Rogério M. A. Gomes

CIRURGIÁ - DENTISTA  
CRO 1089



# REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Gilberto Fico de Souza Idade: 40 N° Reg.: 425  
Serviço: Oftalmologia Enq.: 40 Letq.: 425

AO SERVIÇO: OFTALMOLOGIA

MOTIVO DA CONSULTA: - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

Hipermetropia e diplopia  
o direito

Natal/RN, 28 de 09 de 19

DR. DIOGO F. TORQUATO  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-RN: 57012 (1977)

Médico que solicita o parecer

PARECER: OFTALMOLOGIA

Paciente com queixa oftalmológica.  
O queixoso: hemimetropia subconjuntival + retarda e  
ADN da movimentação ocular, sobretudo a elevação  
em adução. Córnea e segmento anterior aparentemente  
inteiros.

Obs: Paciente examinada sem a barreira, devido  
impossibilidade para sentar à LP. (A preferência do  
fêmus. e recomendação para não movimentar MIO).  
Obs: Comprovação de manifestação ocular provavelmente p/  
refração da zona da face.

Conduti: solicitar parecer de BME

Se necessário, novo parecer de oftalm.  
para o mesmo poder ser transferido p/ LP

Natal/RN, 28 de 09 de 19

DR. MARIA RODRIGUES  
Médica  
CRM-RN: 2595

Médico que emite o parecer



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

EVOLUÇÃO  
MULTIDISCIPLINAR

Nome

Gilberto Francisco da Souza

Idade

Idade

20 anos

Nº Registro:

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

# Nota operatória → CG

3/09/19 Paciente foi submetido a drenagem de  
tórax a direita. Procedimento sem intercorrências.Dra. Vanessa Sales Gurgel  
Médica  
CRM-RN 9561Eduardo Ronald da Costa  
Médico Cirurgião Geral  
CRM 1311 - CPF: 130.878.344-69  
13/1

# CG

4/09/19 1.º DRD Drenagem de tórax por punção  
Paciente evolui bem, sem queixas. Diurese presente.  
Raio X de tórax com pulmão expandido.

Ao exame: BEO, supuroso, acinético, oncolítico

AP: MV@ bilateral SIRA

Pulm: Ø sem escape aéreo

CD: Retira SVD

Vigilância respiratória

Eduardo Ronald da Costa  
Médico Cirurgião Geral  
CRM 1311 - CPF: 130.878.344-69  
13/1

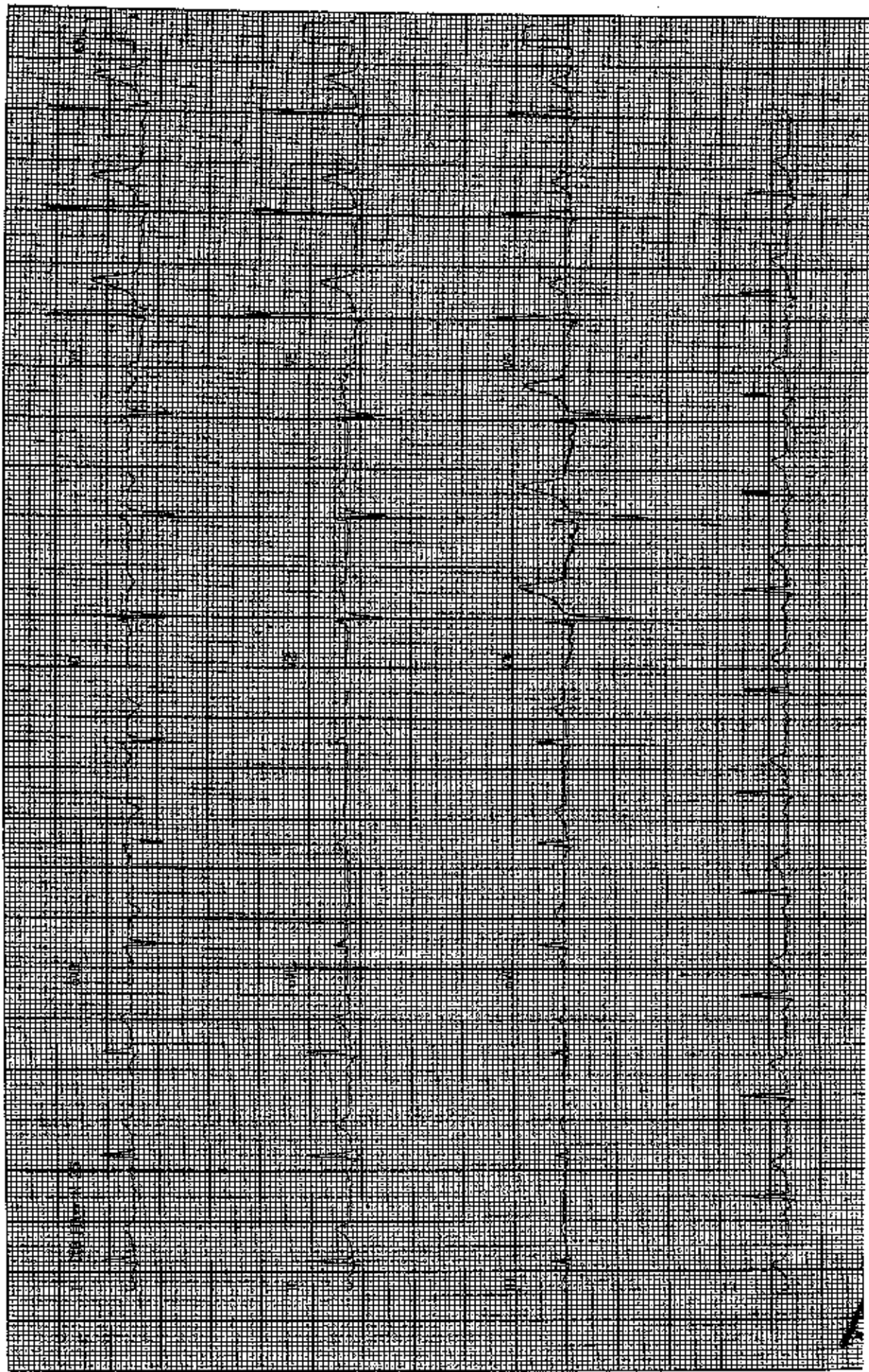


445

Gilberto Francisco de Souza 80 anos

30-09-19

12:15





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL ESTADUAL MONSEÑOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



Paciente: **144608 GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

Nascimento: 10/01/1939 Idade: 80 ano(s) 8 mes(es) 1 Natural: RN PEDRO VELHO

Sexo: Masculino

CNS: 706006396821749 CPF: 54806305715

Cor: PARDA

Prof:

Mãe: SEVERINA MARIA DA CONCEICAO

Pat: ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA

Endereço: RUA DAS VITORIAS, 3478 - MONTE CASTELO - PARNAMIRIM

Cidade: RN PARNAMIRIM

CEP: 59146-330 Telefone: (84) 994821677

BOLETIM Nº: **49278/2019**

Sala Inicial: **POLITRAUMA**

- **AMARELO - 60 Min**

Triagem: 22/09/2019 21:58

Admissão: 22/09/2019 22:02

Boletim: 23/09/2019 04:04

Motivo: MOTO X BICICLETA - COLISÃO

Origem: H DEOCLECIO MARQUE

Queixa: Queda da própria altura / trauma de face + fratura exposta em mão D

Observação: Reg com Drª Gabriela

**HISTÓRIA CLÍNICA**

Paciente alega acidente de trabalho? ☐ Sim ☒ Não Profissão e Empresa:

Notif. de viol. interpessoal/autoagressão: ☐ Sim ☒ Não

PACIENTE SOFREU COLISÃO DE MOTO X BICICLETA HÁ 12 HORAS E VEM ENCAMINHADO DO HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA EM VIRTUDE DE FRATURA EXPOSTA DO 2º QDD, FALANGE DISTAL

Alergia: NEGA

Medicação em uso:

**EXAME FÍSICO**

HEMATOMA PERIORBITARIO + DOR + FERIMENTO EXTENSO NA FALANGE DISTAL DO 2º QDD + PERDA ÓSSEA NA REGIÃO DO 2º QDD.

**Solicito exames:**

32021010 - MAO AP, PERFIL E OBLÍQUO DIREITA - RX

Profissional: ALEXEY ALVES GARCEZ

CRM: RN 7539

Saída: ( ) Liberação Médica; ( ) Revelar; ☒ Internação; ( ) Óbito c/Dedar; ( ) Óbito SVO/ITEP; ( ) Transferido para:

Data e Hora da Saída: 23/09/2019 04:00

Médico:

Dr. Alexey Alves Garcez  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 23327/TEOT 16282

CRM 7539/AN



## REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Nº Reg.: \_\_\_\_\_  
Serviço: \_\_\_\_\_ Enr.: \_\_\_\_\_ Leito: 425

AO SERVIÇO: \_\_\_\_\_

MOTIVO DA CONSULTA: - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

Natal/RN, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Médico que solicita o parecer

PARECER:

*Dr. Flávio Araújo*

*Paciente idoso, sem comorbidades cardiovasculares  
graves. Saúde, grande tabagista.*

*No exame lab: Hb 7,2. Hist. de anemia folic  
reante.*

*CS: Sol. esc. p/ diagnóstico de doença  
- 84% Hemodiluído p/ anemia Hb 9,0  
para qualquer processo crônico, melhorar  
anemia de Hb 10.*

Natal/RN, 30 de 9 de 14

*Dr. Flávio Araújo*  
CRM: 0025 / 20010013711 8  
CPF: 030.755.184-26

Médico que emite o parecer



# HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

NOME: Gilberto Fco de Souza ENF: 4º LEITO: 425  
IDADE: 80a PESO:                      ALTURA:                      Nº REG.:                       
DIAGNÓSTICO: Pós-traumático - com drenagem por pneumotórax  
TMB. NC:                       
DIETA: lig. pastosa → pastosa

## EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

| DATA     | TODA ANOTAÇÃO DEVE SER ASSINADA PELO NUTRICIONISTA QUE FEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 25/09/19 | <p>Paciente segue estável, vítima de acidente de trânsito, com escoriações e drenagem de torax por pneumotórax. Aceitando bem dieta 110 lig. pastosa sem engorço. FE(+)<br/>FU(+). Sem edema. Na prescrição médica de ontem está a orientação de dieta livre, de hoje está lig. pastosa mas ainda sem orientação. Ainda observa prescrição médica para seguir consistência.</p> <p>cd. Montida</p> <p><i>Tatiane Amanda</i><br/>CRP Maranhão<br/>Nutricionista<br/>CNP 6128</p> |
| 26/09/19 | <p>Paciente segue estável, aceitando bem a dieta lig. pastosa. FE(-) FU(+). Sem engorço. Ainda não houve indicação médica (ph).</p> <p>cd. Montida</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 30.9.19  | <p>Paciente evoluindo estável, boa aceitação dietética. FE preservada. Deseja prosseguir dieta. cd: dieta pastosa.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO DR. CLOVIS SARINHO



SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA

Atend: 5631/2019 Dt. Atend: 02/10/2019 15:49 Dt. Impressão: 02/10/2019 17:05

Paciente: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA (80 anos 8 meses e 23 dias) - Masculino

FIA: WG 9047/2019 - Unid: 4 ANDAR .Quarto: 8 .Leito: 425 - Sala: (SADT)

Med. Solicitante: FLAVIO VARELA DE ARAUJO - CRM 6646/RN

**ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO**

Condições Gerais: Exame de boa qualidade técnica.

**MEDIDAS**

AO: 3,8 cm

DDVE: 5,1 cm

FE: 74% (Teicholz)

AE: 3,2 cm

DSVE: 2,8 cm

SIV: 1,1 cm

PPVE: 0,9 cm

- Câmaras cardíacas com dimensões normais;
- Miocárdio com espessura diastólica normal;
- Função sistólica do VE preservada, sem alteração contrátil segmentar
- Função diastólica do VE: padrão E < A;
- Espessamento das valvas mitral e aórtica, com pontos de calcificação. Refluxo aórtico discreto. Demais valvas cardíacas sem alteração morfofuncionais;
- Pericárdio de aspecto Normal;
- Variabilidade da VCI > 50%;
- Ectasia leve da raiz aórtica e moderada da aorta ascendente (4,2 cm)

**Conclusão:**

- Função sistólica do VE preservada
- Disfunção diastólica do VE grau I
- Ectasia leve da raiz aórtica e moderada da aorta ascendente
- Refluxo aórtico leve

*Isabela Sacilotto Villar*  
Cardiologia  
CRM: 4658

*Isabela Sacilotto V. De Freitas*  
Cardiologista  
CRM - 4658/RN



# RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



**Hospital Memorial**  
São Francisco

CLÍNICA ORTOPÉDICA E TRAUMATOLÓGICA DE NATAL LTDA

Av. Juvenal Lamartini, 979 - Tirol - CEP 59022-020  
Natal - Rio Grande do Norte  
Tel.: (84) 3433.4200  
CNPJ 10.867.687/0001-10

1ª VIA BRANCA - FARMÁCIA  
2ª VIA AMARELO - PACIENTE

Paciente: Gilberto Fco dos Santos  
Sexo: ( ) Feminino (X) Masculino Idade: 80  
Endereço: R. dos Vitórias, 14. Centro.  
Prescrição: Oto ORL:  
(a) Otopop 100 eu  
ferir e cul. @ 6/6e  
05- 10/10/19

Dr. Hermann Gomes  
Especialista em Otorrinolaringologia  
Reconstrução da Pelve  
CRM: 4843 - TEOT: 8887

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_  
Ident.: \_\_\_\_\_ Org. Emissor: \_\_\_\_\_  
End.: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**Hospital Memorial**  
São Francisco

Pl. Silveira Fco de Luta

vtw OOP:

① Litania tip \_\_\_\_\_ o o

fome e emb. @ 6/6  
coto der

② Xmaso to \_\_\_\_\_ o o

fome e emb. @  
sp/md, 20 fms.

Dr. Hermann Gomes  
Chargé do Quadril  
Reconstrução da Pelve  
CRM: 4843 - TEOT: 0807

12/10/19

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





**Hospital Memorial**  
São Francisco

emissão de

- # Poder Judiciário
- # Poder Executivo e NULAS.
- # Executivo Judicial e 8/982
- # Poder Judiciário e 15/11/11
- # Poder Judiciário.
- # Poder Judiciário e 30/11/11.

Memorial

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



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL/PRONTO  
SOCORRO CLOVIS SARINHO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
RN

# LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Paciente .....: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**  
Registro .....: **144608**  
Cartão SUS .....: **001000000016959**  
Solicitante .....

Nº Atendimento.....: **1909300095**  
Data de Coleta.....: **30/09/2019**  
Data de Emissão .....: **30/09/2019**  
Idade / Sexo.....: **80 Ano(s) / M**  
Data Nascimento .....: **10/01/1939**  
Leito .....: **425**

Procedência da Amostra: 4 ANDAR

## Hemograma

### Eritrograma

Amostra: Sangue Total (EDTA)

|                  | Valores Encontrados   | Valores de Referência |
|------------------|-----------------------|-----------------------|
| Hemácias.....    | <b>2,4</b> milhões/mL | 4,5 a 5,9 milhões/mL  |
| Hemoglobina..... | <b>7,2</b> g/dL       | 13,5 a 17,5 g/dL      |
| Hematócrito..... | <b>23</b> %           | 41,0 a 53,0 %         |
| V.G.M.....       | <b>96</b> fl          | 80,0 a 100,0 fl       |
| H.G.M.....       | <b>30</b> pg          | 26,0 a 34,0 pg        |
| C.H.G.M.....     | <b>31</b> %           | 31,0 a 38,0 %         |
| RDW.....         | <b>14</b> %           | 11,5 a 15,0 %         |

### Leucograma

Amostra: Sangue Total (EDTA)

|                          | Valores Encontrados | Valores de Referência        |
|--------------------------|---------------------|------------------------------|
|                          | %                   | mm <sup>3</sup>              |
| Leucócitos.....          | <b>7.480</b>        | 4000 a 10000 mm <sup>3</sup> |
| Bastonetes.....          | <b>0</b>            | 0 a 2,0 %                    |
| Segmentados.....         | <b>75</b>           | 40 a 70 %                    |
| Eosinófilos.....         | <b>4</b>            | 1,0 a 4,0 %                  |
| Basófilos.....           | <b>0</b>            | 0 a 3,0 %                    |
| Linfócitos.....          | <b>16</b>           | 25,0 a 45,0 %                |
| Linfócitos Atípicos..... | <b>0</b>            | 0 %                          |
| Monócitos.....           | <b>5</b>            | 2,0 a 10,0 %                 |
| Metamielócitos.....      | <b>0</b>            | 0 %                          |

### Plaquetas

Amostra: Sangue Total (EDTA)

|                            | Valores Encontrados           | Valores de Referência         |
|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Contagem de Plaquetas..... | <b>270 mil/mm<sup>3</sup></b> | 150 a 450 mil/mm <sup>3</sup> |

Assinado em: 30/09/2019 - 18:09

*[Assinatura]*  
ANA MARIA OLIVEIRA M. LIMA  
Téc. em Anál. Clínicas  
CRP 1059 RN



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL/PRONTO  
SOCORRO CLOVIS SARINHO



GOVERNO: **RN**

**LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**

Paciente ..... : **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

Registro ..... : 144608

Cartão SUS ..... : 001000000016959

Solicitante .....

Procedência da Amostra: 4 ANDAR

Nº Atendimento..... : **1909300095**

Data de Coleta..... : 30/09/2019

Data de Emissão..... : 30/09/2019

Idade / Sexo..... : 80 Ano(s) / M

Data Nascimento..... : 10/01/1939

Leito..... : 425

**TEMPO DE PROTROMBINA**

Tempo de Protrombina..... : **11,4 seg** Valor de Referência: 9 a 12,5 seg  
[@RES]

Atividade Enzimática..... : **146,1 %** Valor de Referência: 70 a 100 %  
[@ATV]

INR..... : **0,92**  
[@INR]

ISI..... : **0,95**  
Amostra Plasma citratado Método Coagulométrico

Evolução Tempo Protrombina

Evolução Atividade Enzimática

Assinado em: 30/09/2019 - 17:16

ANA MARIA QUINTROZ M. LIMA  
HIMAG - FARMACIA QUÍMICA  
CNP 3039 RN



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL/PRONTO  
SOCORRO CLOVIS SARINHO



GOVERNO **RN**

**LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**

Paciente ..... : **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

Registro ..... : 144608

Cartão SUS ..... : 001000000016959

Solicitante .....

Procedência da Amostra: 4 ANDAR

Nº Atendimento ..... : **1909300095**

Data de Coleta ..... : 30/09/2019

Data de Emissão ..... : 30/09/2019

Idade / Sexo ..... : 80 Ano(s) / M

Data Nascimento ..... : 10/01/1939

Leito ..... : 425

**Glicose** ..... : **131 mg/dL**  
Amostra: Soro Método: Automatizado Valor de Referência:

70 a 98 mg/dL

Assinado em: 30/09/2019 - 18:00

Observação:

**Uréia** ..... : **44,0 mg/dL**  
Amostra: Soro Método: Automatizado Valor de Referência:

10 a 50 mg/dL

Assinado em: 30/09/2019 - 18:00

Observação:

**Creatinina Sérica** ..... : **1,4 mg/dL**  
Amostra: Soro Método: Automatizado Valor de Referência:

0,5 a 1,3 mg/dL

Assinado em: 30/09/2019 - 18:00

Observação:

GLÁUCIA LAURIANE SILVA DE SOUZA  
HMVGS - Farm. Clínica  
CPF 2750 RN



### REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Edmar F. de Souza Idade: \_\_\_\_\_ N° Reg.: \_\_\_\_\_  
Serviço: \_\_\_\_\_ Enfe.: \_\_\_\_\_ Leito: 425

AO SERVIÇO: \_\_\_\_\_

MOTIVO DA CONSULTA: - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

Natal/RN, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Médico que solicita o parecer

PARECER:

Dr. Flávio Araújo  
Paciente idoso, sem antecedentes cardiovasculares  
e hipertensão, sendo tabagista.

No exame fck: Hb 7,2, mt. de 100 milhões  
de glóbulos.

o: Sol. ecot. p/ diagnóstico de doença  
- sangue hemodinâmico p/ anemia Hb 7,2  
para qualquer procedimento cirúrgico, melhora  
anemia de 100 mg.

Natal/RN, 30 de 9 de 74

Dr. Flávio Araújo  
CRM 6005 - Cardiologia  
CPF 030.785.184-26  
052-10013711-8

Médico que emite o parecer

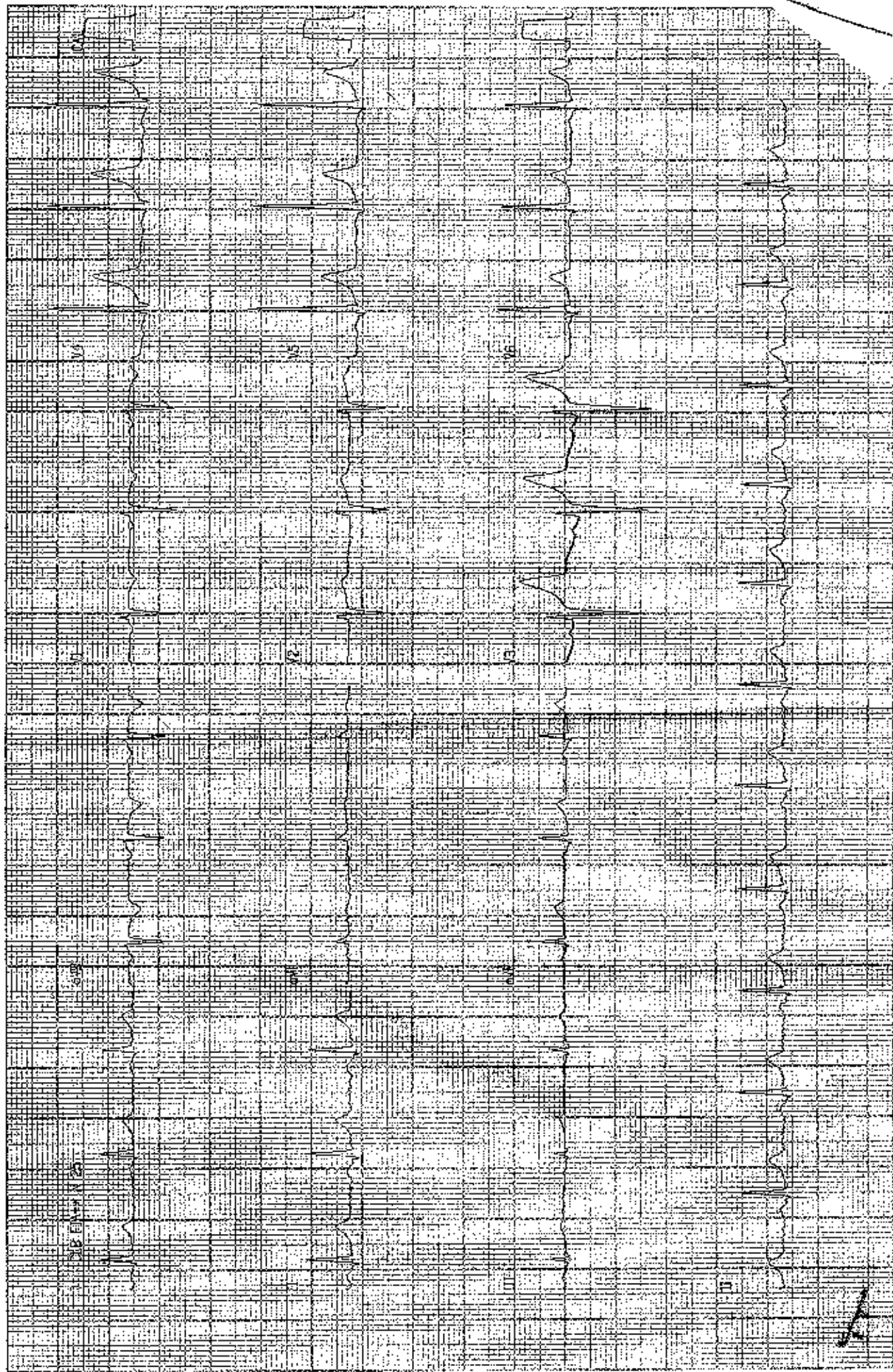
30 MAY 9

12:15

80 ANS

de Souza

Gilberto Francisco de Souza





## DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro que a Sr. (a) Gilberto Francisco de Souza  
CPF. 548.063.054-15.

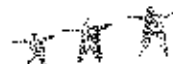
esteve nesta unidade hospitalar no dia 11.10.2019 atendendo  
data 29.10.2019. para o fim de: realizar  
procedimento cirúrgico no osso do fêmur direito  
e maxilar inferior de acompanhamento. Encontrar-se  
nesta unidade hospitalar no leito 312A, aos  
 cuidados do médico Hemerson Gomes, até o en-  
contro com processo de alta hospitalar.

Natal (RN), 29 / 10 / 19

  
Cristina B. de Lacerda  
CPF: 551.894.403  
Assistente Social

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol - Natal/RN - CEP: 59022-020  
Fone: (84) 3133.4200 - Serviço Social: (84) 3133.4210

1-425



PRONTOCLÍNICA  
DR PAULO GURGEL

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA  
BUCOMAXILOFACIAL

COORDENADOR: DR. RÔMULO DIAS  
TURMA 2015-2018

PACIENTE: GILBERTO FRANCISCO DA SILVA

IDADE: 80

Registro: R44608

Leito: 425

SOLICITO

- ☒ Hemograma completo
- ☒ Coagulograma completo
- ☒ Classificação sanguínea
- ☒ Glicemia em jejum
- ☒ Hemoglobina glicada
- ☒ Uréia
- ☒ Creatinina
- ☐ \_\_\_\_\_

af

Dr. Harrison M. G. F. Holanda  
Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

CRM 5585

Natal, 30/09/19

ASSINATURA E CARIMBO



procedimento o BUCO



PRONTOCLINICA  
DR PAULO GURGEL

L-425

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA  
BUCOMAXILOFACIAL**

**COORDENADOR: DR. RÔMULO DIAS  
TURMA 2015-2018**

PACIENTE: GILBERTO RODRIGUES DE SOUZA  
IDADE: 80

**Ao Cardiologista**

Encaminho para avaliação cardiológica o paciente que será submetido à cirurgia de redução e fixação de fraturas da face, sob anestesia geral.

Solicito ECG e Risco Cirúrgico.

Atenciosamente,

Natal, 22/09/19

Dr. Marjson M. S. F. Melo  
Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo-facial

CREBN 3343

ASSINATURA E CARIMBO

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou \_\_\_\_\_

CNES: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**Nome: **144608 GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

Prontuário:

CNS: 706006396821749

Nascimento: 10/01/1939

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: SEVERINA MARIA DA CONCEICAO

Pai: ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA

Endereço: RUA DAS VITORIAS, 3478 - MONTE CASTELO - PARNAMIRIM

Fone: 994821677 /

Município: PARNAMIRIM

Código Municipal IBGE:

240325 UF: RN

CEP: 59146-330

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo Nº 26093 / 2019

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO****PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:**

PACIENTE SOFREU COLISÃO DE MOTO X BICICLETA HÁ 12 HORAS E VEM ENCAMINHADO DO HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA EM VIRTUDE DE FRATURA EXPOSTA DO 2º QDD, FALANGE DISTAL FOI AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, NEUROCIRURGIA E BUCO MAXILOFACIAL QUE DERAM ALTA AO PACIENTE. INTERNO PARA ATB ENDOVENOSO POR 24 H. FEITO LMC + DESBRIDAMENTO + SUTURA

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:**

AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 2º QDD

**RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:**

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA MOSTRA FRATURA EXPOSTA DO 2º QDD

**Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:**

S62.6 FRATURA DE OUTROS DEDOS\*408020342 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DAS FALANGE

**Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?**

NÃO SE APLICA;3

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes☐ Hipertensão☐ Obesidade☐ Faz Antibioticoterapia☐ Lesão por pressão☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

ALEXEY ALVES GARCEZ

CRM: 7539 / RN

Data da Solicitação 23/09/2019

**PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

( ) Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_

Nº do bilhete: \_\_\_\_\_

Série: \_\_\_\_\_

( ) Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_

CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_

CBOR: \_\_\_\_\_

( ) Acidente de Trabalho Trajetado

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

**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Número da Autorização: \_\_\_\_\_

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

*(Assinatura)*  
Dr. Alexey Alves Garcez  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 23327/TEOT 10262

CRM 7539/RN

HOSPITAL MONSENHOR WALTER GURGEL  
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 9047 /2019

Prontuário: 1189207

Paciente: 144608 - GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

Cartão SUS: 706006396821749

Idade: 80 anos 8 meses 13 dias

Sexo: M

CPF: 548.053.057-15

Etnia: PARÇA

Nome da mãe: SEVERINA MARIA DA CONCEICAO

Nome do pai: ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA

Rua/Av: DAS VITORIAS

Complemento:

CEP: 59146330

Telefone: 84 994821677 84 994821677

Especialidade: ORTOPEDICA

Responsável: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA -

Usuário: GILBERTO DA SILVA CARLOS

DI Nasc: 10/01/1939

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nº: 3478

Bairro: MONTE CASTELO

Cidade: PARNAMIRIM

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1011

Admissão: 23/09/2019 04:22:34

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNOSTICO INICIAL: S62.6 - FRATURA DE OUTROS DEDOS  
408020342 -

DIAGNOSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL, 23 de Setembro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

[illegible][illegible]

| "ESCALA DE TRAGEM DO TRIALMA REVISADA - RTZ" |           |     |
|----------------------------------------------|-----------|-----|
| DISCRIMINADOR                                | PONTUAÇÃO |     |
| ESCALA DE COMA DE GLASGOW                    | 13-15     | 0-6 |
|                                              | 8-12      | 0-3 |
|                                              | 6-8       | 0-2 |
|                                              | 4-5       | 0-1 |
|                                              | 3         | 0-0 |
| FREQÜÊNCIA RESPIRATORIA                      | 10-20     | 0-3 |
|                                              | 20-30     | 0-2 |
|                                              | 30-40     | 0-1 |
|                                              | 1-30      | 0-0 |
|                                              | 0         | 0-0 |
| PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA                   | 70-90     | 0-2 |
|                                              | 60-70     | 0-1 |
|                                              | 50-60     | 0-0 |
|                                              | 1-50      | 0-0 |
|                                              | 0         | 0-0 |

**"Escudo de Troncos Permutados (pt):** São Indios de aldeia para pacificação de Armas Feudais. Fidei-brois: Antiquidade da Chegada M.J. Sacerdote M.J. Copern, ao ar à revolução do São Paulo novo, A. Sacerdote 2000 634. 1790.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE:  
(NTE 2000):

03 - 087476 [recovered] de  
Inhaltliche Freigabe:  
09 - 30. April 2003  
T-1/Karte

\* Referred to: **TEASDALE O. HUNTER, Jr.**,  
Appraised of some and improved  
consciousness. A practical scale. *Lancet*  
1974;2:91-94

— A vreau să propun să se încheie discuțiile pe care le-am avut în acest moment și să trecem la votarea proiectului de rezoluție. Înainte de a vota, însă, trebuie să clarificăm câteva aspecte care sunt deosebit de importante pentru noi. În primul rând, trebuie să clarificăm faptul că proiectul de rezoluție nu este un document care să stabilească o linie de conduită pentru toți românii, ci este un document care să stabilească o linie de conduită pentru cei care vor să se alăture mișcării noastre. În al doilea rând, trebuie să clarificăm faptul că proiectul de rezoluție nu este un document care să stabilească o linie de conduită pentru toți românii, ci este un document care să stabilească o linie de conduită pentru cei care vor să se alăture mișcării noastre.

| SEM<br>DOR | LEVE | Moderada | Intensa | Po |
|------------|------|----------|---------|----|
| 5          | 1    | 2        | 3       |    |

GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA, : DX from 24/09/2019

എ.പി.ജി.എസ്. സി.പി. മുഖർജി

—CONSTITUTIONAL—

4507

2024年12月25日

**Training**

## **CLÍNICA OITAVA ROSADO**

**Nome: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

**Data: 14/11/2019**

### **ULTRASSONOGRRAFIA TOTAL DO ABDOME**

Fígado com dimensões normais, contornos regulares, bordas finas e ecotextura homogênea. Veia porta e veias hepáticas sem alterações.

Vesícula biliar com forma e dimensões normais, paredes finas e regulares, apresentando imagens calculosas em seu interior, móveis às mudanças de decúbito, medindo de 0,8 a 1,2 cm.

Não há dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas.

Pâncreas de dimensões normais, contornos regulares e ecotextura homogênea. Dilatação do ducto pancreático.

Baço com dimensões normais, contornos regulares e ecotextura homogênea.

Aorta e veia cava inferior com calibre e trajeto preservados.

Ausência de linfonodomegalias retroperitoneais detectáveis.

Rins tópicos com dimensões normais, contornos regulares e ecotextura habitual. Cisto de conteúdo anecogênico, com paredes finas e contornos regulares, medindo 5,9 cm, visível no terço médio do rim esquerdo. Não há evidências de imagens calculosas calcificadas. Não há dilatação do sistema coletor.

Bexiga com boa repleção, paredes finas e regulares, conteúdo anecogênico.

Ausência de líquido livre.

#### **CONCLUSÃO:**

Colecistopatia calculosa.

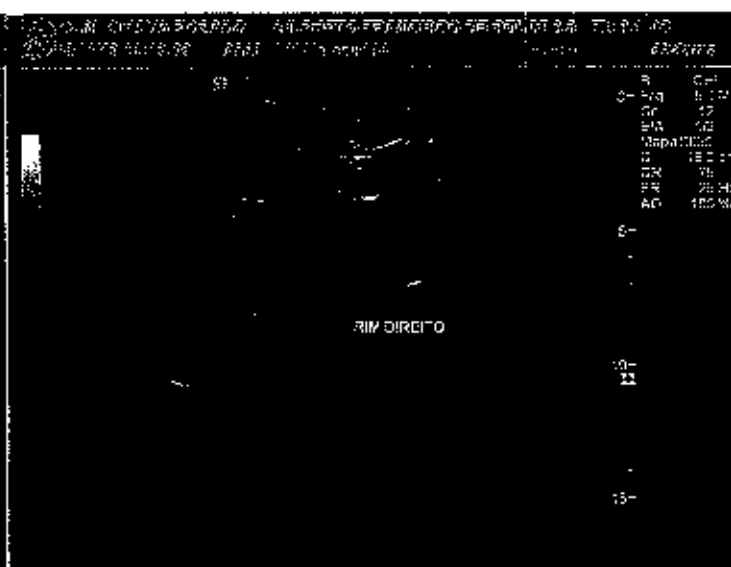
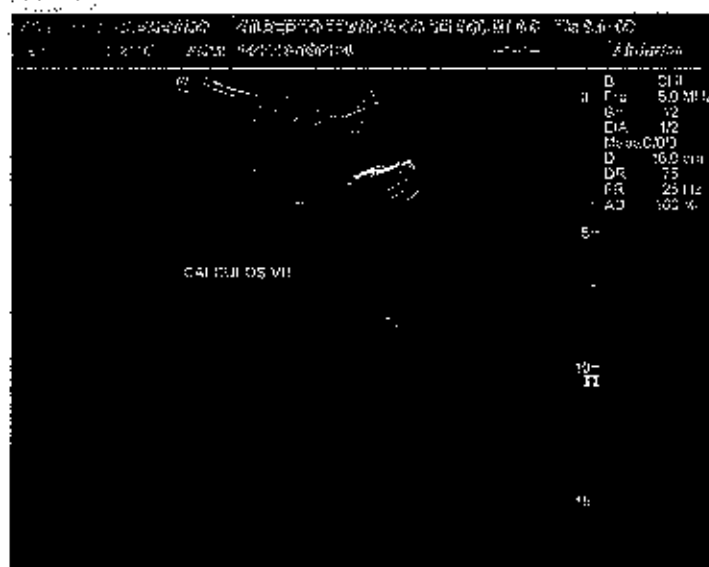
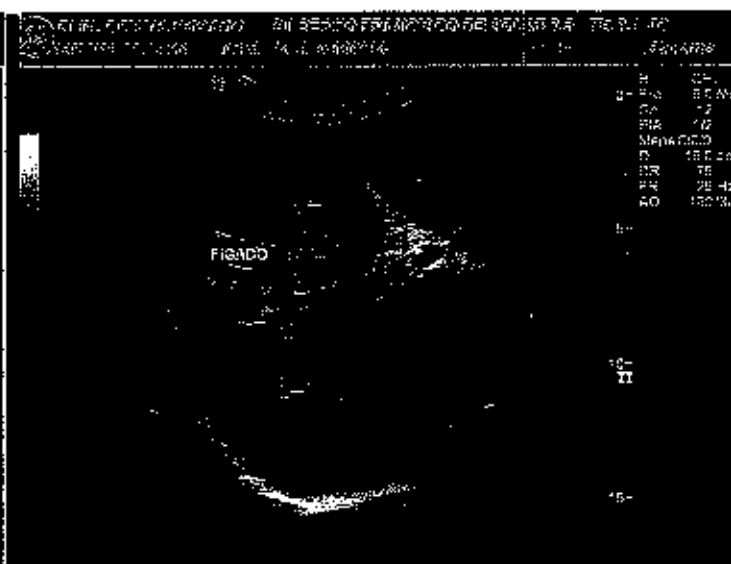
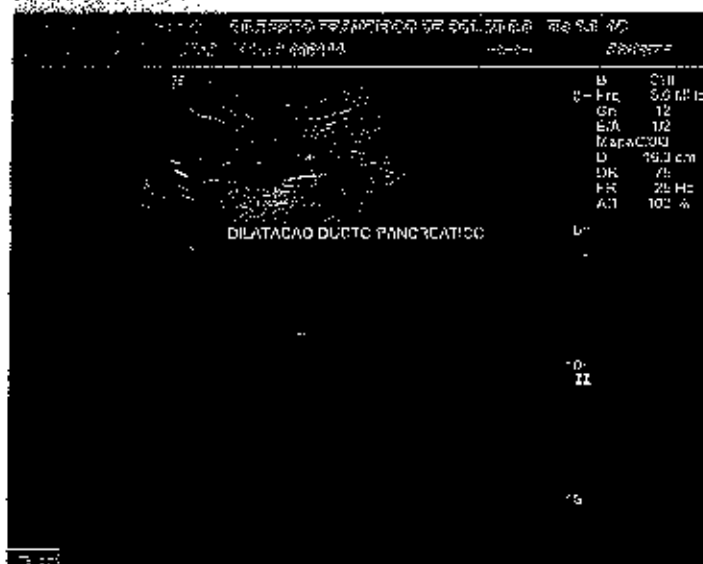
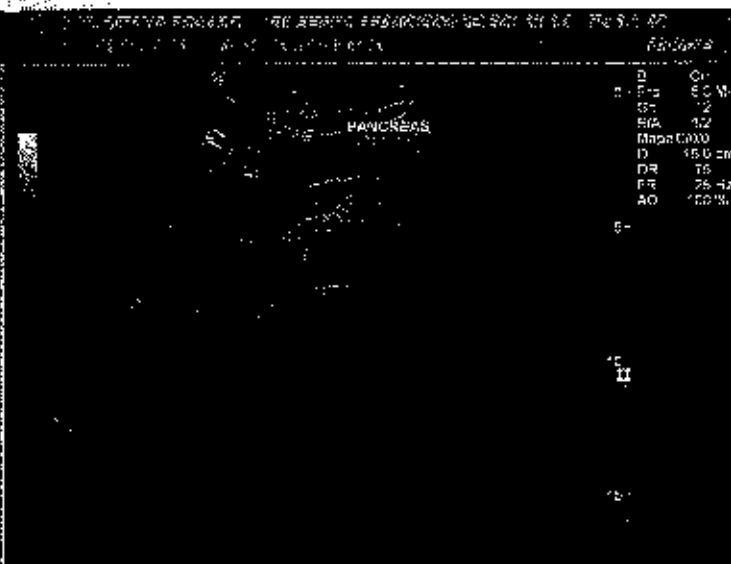
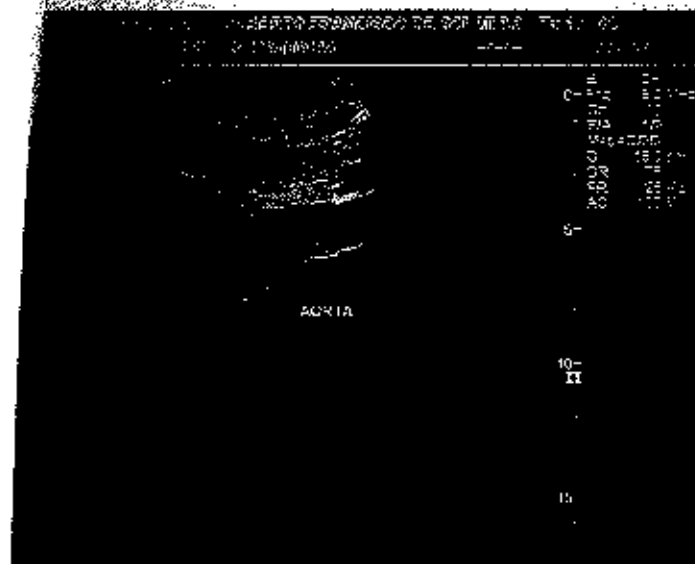
Dilatação do ducto pancreático

Cisto renal à esquerda.

Restante do exame sem particularidades.

  
Dr. Flávio Freire  
CRM/RN/8399

Note: As informações contidas neste exame, representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico ultrassonografista do exame atual. Este laudo não deverá ser considerado absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e as identificações das mesmas podem se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda através de métodos com maior resolução.









# 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: 13/10/2019 16:02

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

Registro: **140384**

Num. RG: **002405411** CPF: **548.063.057-15** Nascimento: **10/01/1939** 80 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Divorciado(a)**

Endereço: **DAS VITORIAS** N.: **3478** Bairro: **MONTE CASTELO**

Cidade: **PARNAMIRIM** UF: **RN** CEP: **59150000** Fone: **84991034476**

Profissão: Mãe: **SEVERINA MARIA DA CONCEICAO**

### Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **11/10/2019 8:24** Previsão saída: **20/10/2019 11:00** Atendente: **JAISIAK**

Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **706006396821749**

Médico: **Dr. HERMANN COSTA GOMES**

CRM: **4843**

**ENFERMARIA 312A**

### Dados do Responsável

Responsável: **ANDREA PATRICIA DA SILVA**

CPF: **028.591.534-70**

RG: **001617533**

Parentesco: **ACOMPANHANTE**

### 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

**HOSPITAL MEMORIAL  
SÃO FRANCISCO**

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

CONFERE COM ORIGINAL

EM, 03/01/2020

Beatriz

Observações

**PACIENTE COM 2 RX**



**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: 13/10/2019 16:02

### Dados do Paciente

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

Registro: **140384**

Num. RG: **002405411**

CPF: **548.063.057-15** Nascimento: **10/01/1939** 80 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Divorciado(a)**

Endereço: **DAS VITORIAS**

N.: **3478**

Bairro: **MONTE CASTELO**

Cidade : **PARNAMIRIM**

UF: **RN**

CEP: **59160000**

Fone: **84991034476**

Profissão:

Mãe: **SEVERINA MARIA DA CONCEICAO**

### Dados de Internamento

Num. Internamento: **1**

Entrada: **11/10/2019 8:24** Previsão saída: **20/10/2019 11:00** Atendente: **JAISIAK**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matrícula/CNS: **706006396821749**

Médico : **Dr. HERMANN COSTA GOMES**

CRM: **4843**

**ENFERMARIA 312A**

### Tempo 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**

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

CONFERE COM ORIGINAL

EM, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**Hospital Memorial**  
São Francisco

# Hospital Memorial de Natal

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

Data: 13/10/2019 18:02

## Dados do Paciente

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** Registro: **140384**  
Num. RG: **002405411** CPF: **548.063.067-15** Nascimento: **10/01/1939** 80 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Divorciado(a)**  
Endereço: **DAS VITORIAS** N.: **3478** Bairro: **MONTE CASTELO**  
Cidade : **PARNAMIRIM** UF: **RN** CEP: **59150000** Fone: **84991034476**  
Profissão: Mãe: **SEVERINA MARIA DA CONCEICAO**

## Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **11/10/2019 8:24** Previsão saída: **20/10/2019 11:00** Atendente: **JAISIAK**  
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **706006396821749**  
Médico : **Dr. HERMANN COSTA GOMES** CRM: **4843**

**ENFERMARIA 312A**

## Dados do Responsável

Responsável: **ANDREA PATRICIA DA SILVA** CPF: **028.591.534-70** RG: **001617533**  
Parentesco: **ACOMPANHANTE**

## TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) **Dr. HERMANN COSTA GOMES** a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: **S8557 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (CO**
2. - O(A) **Dr. HERMANN COSTA GOMES**, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização.  
Preenchido pelo responsável do paciente

Assinatura: [ ] Paciente [ ] Responsável

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.

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

**Dr. HERMANN COSTA GOMES - CRM 4843**



**Hospital Memorial**  
São Francisco

## Hospital Memorial de Natal

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

### FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 13/10/2019 16:02

#### Dados do Paciente

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** Registro: **140384**  
Num. RG: **002406411** CPF: **548.063.057-15** Nascimento: **10/01/1939** 80 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Divorciado(a)**  
Endereço: **DAS VITORIAS** N.: **3478** Bairro: **MONTE CASTELO**  
Cidade : **PARNAMIRIM** UF: **RN** CEP: **59150000** Fone: **84991034476**  
Profissão: Mãe: **SEVERINA MARIA DA CONCEICAO**

#### Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **11/10/2019 8:24** Previsão saída: **20/10/2019 11:00** Atendente: **JAISIAK**  
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **706006396821749**  
Médico : **Dr. HERMANN COSTA GOMES** CRM: **4843** **ENFERMARIA 312A**

#### Dados do Responsável

Responsável: **ANDREA PATRICIA DA SILVA** CPF: **028.591.534-70** RG: **001617533**  
Parentesco: **ACOMPANHANTE**

#### TERMO DE RESPONSABILIDADE PATRIMONIAL

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

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

Assinatura: [ ] Paciente [ ] Responsável

**HOSPITAL MEMORIAL**  
**SÃO FRANCISCO**

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

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

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

CONFERIR COM ORIGINAL  
EM, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do responsável

Código Solicitação: **310612928**Número AIH: **241910092038-0****IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE****Unidade Solicitante:**

HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

**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

10.10.2019 - 16:49:05

10/10/2019 17:19:41

10.10.2019

11.10.2019

14.10.2019

01/11/2019 - 16:21:56

1.2 ALTA MELHORADO

**CNES:**

2653923

**CNES:**

2408252

**Município Executante**

NATAL

**Operador**

01987736419MARILENE

**Operador**

19980205415CHRISTE

**Operador**

33391521449FRANCISCA

**Operador**

33391521449FRANCISCA

**DADOS DO PACIENTE****CNS:**

706006396821749

**Nome do Paciente**

GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

**Nome da Mãe**

SEVERINA MARIA DA CONCEICAO

**Sexo:**

MASCULINO

**Data de Nascimento:**

10/01/1939 (80 anos)

**Tipo Logradouro:**

RUA

**Número:**

3478

**País de Residência:**

BRASIL

**Telefone(s):**

(84) 8727-5289 (Exibir Lista Detalhada)

**Nome Social/Apelido:**

---

**Naturalidade:**

PEDRO VELHO - RN

**Raça:**

BRANCA

**Tipo Sanguíneo:**

---

**Logradouro:**

DAS VITORIAS

**Complemento:****Bairro:**

MONTE CASTELO

**Município de Residência:**

PARNAMIRIM

**UF:**

RN

**DADOS DA SOLICITAÇÃO****CPF do Médico Solicitante:****CPF do Médico Executante:**

24292613400

**Diagnóstico Inicial - CID:**

S720 - FRATURA DO COLO DO FÊMUR

**Caráter**

11 - Urgência

**Clinica:**

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

**Procedimento Solicitado:**

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FÊMUR (SINTESE)

**Nome do Médico Solicitante:**

DIOGO TORQUATO

**Status da Solicitação:**

APROVADA

**Nome do Médico Executante:**

RICARDO COSTA GOMES

**Classificação de Risco**

1 - Emergência, necessidade de atendimento imediato

**Clinica Complementar:**

Nenhuma

**Código:**

0408050469

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO****Principais Sinais e Sintomas Clínicos:**

PACIENTE SOFREU TRAUMA NA COXA CAUSANDO FRATURA DE COLO DE FÊMUR. REFERE DOR E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS.

**Principais Resultados de Provas Diagnósticas:**

EXAME FÍSICO E RAIO X

**Condições que Justificam a Internação:**

NECESSIDADE DE CIRURGIA

**Assinatura****Motivo de Impedimento do Regulador:****Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)**

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

**CRM:****Data de Solicitação:**

10.10.2019 - 16:49:05

Data da Extração dos Dados: 04/11/2019 08:53:18

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

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                                        |                       |                        |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                                                             |                       |                        |                        |
| Paciente com traqueia leucal, Diapirise, Agitação e uma Malária, Agitação, Peristole, e febre + pulso. |                       |                        |                        |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO                                                             |                       |                        |                        |
| Hto - Especializado em Ambiente Hospitalar.                                                            |                       |                        |                        |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)                   |                       |                        |                        |
| Ex. físico + Rx                                                                                        |                       |                        |                        |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL                                                                               | 21 - CID 10 PRINCIPAL | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO | 23 - CAUSAS ASSOCIADAS |
| Febre de fôl                                                                                           |                       |                        |                        |

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                |                       |                            |                                       |
|------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO      | 25 - LEITO/CLÍNICA    | 26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO | 28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE |
| Articulação de fêmur de fôl                    | 104                   | Internação                 | Gino                                  |
| 25 - CÓD. DO PROCEDIMENTO                      | 27 - CID 10 PRINCIPAL | 29 - DT. SOLICITAÇÃO       | 30 - CNES / CPF                       |
| 041501001-2                                    |                       | 30/10/19                   | 406,824, 764-20                       |
| 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 - ( ) GRAVE 44 - ( ) GRAVÍSSIMA     |            |

## AUTORIZAÇÃO

|                                                 |                                                        |                                      |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO            | 50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO | 54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO |
| 47 - DT. AUT.                                   | 51 - DT. AUT.                                          | 55 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO |
| 48 - CNES / CPF                                 |                                                        |                                      |
| 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO) | 53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)        |                                      |

HOSPITAL MEMORIAL  
SAO FRANCISCO  
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Natal/RN  
Cep: 50022-020 - Natal/RN

CONF. ORIGINAL  
Assinatura de [nome]  
[data]  
[assinatura]

Código Solicitação: **310612928****IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**

**Unidade Solicitante:**  
HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDÓ GURGEL

**Unidade Executante:**  
HOSPITAL MEMORIAL

**Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro**  
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL

**Central Reguladora**  
NATAL

**Data de Solicitação**  
10.10.2019 - 16:49:05

**Data de Autorização**  
10/10/2019 - 17:19:41

**Data de Reserva**  
10.10.2019

**Data de Internação**  
11.10.2019

**Data Prevista de Alta**  
14.10.2019

**CNES:**  
2653923

**CNES:**  
2408252

**Município Executante**  
NATAL

**Operador** 01987736419MARI LENE

**Operador** 19980205415CERISE

**Operador** 33391521449FRANCISCA

**DADOS DO PACIENTE**

**CNS:**  
706006396821749

**Nome do Paciente**  
GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

**Nome da Mãe**  
SEVERINA MARIA DA CONCEICAO

**Sexo:**  
MASCULINO

**Data de Nascimento:**  
10/01/1939 (80 anos)

**Tipo Logradouro:**  
RUA

**Número:**  
3478

**País de Residência:**  
BRASIL

**Telefone(s):**  
(84) 8727-5289 (*Exibir Lista Detalhada*):

**Nome Social/Apelido:**

---

**Naturalidade:**  
PEDRO VELHO - RN

**Raça:**  
BRANCA

**Tipo Sanguíneo:**  
---

**Logradouro:** **Complemento:**  
DAS VITORIAS

**Bairro:** **CEP:**  
MONTE CASTELO

**Município de Residência:** **UF:**  
PARANAMIRIM RN

**DADOS DA SOLICITAÇÃO****CPF do Médico Solicitante:****CPF do Médico Executante:**

24292613400

**Diagnóstico Inicial - CID:**

S720 - FRATURA DO COLO DO FÊMUR

**Ceráter**

11 - Urgência

**Clínica:**

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

**Procedimento Solicitado:**

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE)

**Nome do Médico Solicitante:**

DIOGO TORQUATO

**Status da Solicitação:**

APROVADA

**Nome do Médico Executante:**

RICARDO COSTA GOMES

**Classificação de Risco**

Prevalência 12 - Emergência, necessidade de atendimento imediato

**Clínica Complementar:**

Nenhuma

**Código:**

D4080S0489

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO****Principais Sinais e Sintomas Clínicos:**

PACIENTE SOFREU TRAUMA NA COXA CAUSANDO FRATURA DE COLO DE FÊMUR. REFERE DOR E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS/td&gt;

**Principais Resultados de Provas Diagnósticas:**

EXAME FÍSICO E RAIO X

**Condições que Justificam a Internação:**

NECESSIDADE DE CIRURGIA

**PAROCE****Motivo de Impedimento do Regulador:**

---

**Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)**

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

**CRM:****Data de Solicitação:**

10.10.2019 - 16:49:05

Data da Extração dos Dados: 01/11/2019 11:15:44

Código Solicitação: **313681926**Número AIT: **241910099292-4****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**

01.11.2019 - 09:56:34

**Data de Autorização**

01/11/2019 - 15:34:45

**Data de Reserva**

01.11.2019

**Data de Internação**

01.11.2019

**Data Prevista de Alta**

17.03.2047

**Data de Alta**

04/11/2019 - 09:11:22

**Motivo da Alta**

1.2 ALTA MELHORADO

**CNES:**

2408252

**CNES:**

2408252

**Município Executante**

NATAL

**Operador**

ANTUNES

**Operador**

G1419244469CLARISSA

**Operador**

33391521449FRANCISCA

**Operador**

33391521449FRANCISCA

**DADOS DO PACIENTE****CNS:**

706006396821749

**Nome do Paciente**

GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

**Nome da Mãe**

SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO

**Sexo:**

MASCULINO

**Data de Nascimento:**

10/01/1939 (80 anos)

**Tipo Logradouro:**

RUA

**Número:**

3478

**País de Residência:**

BRASIL

**Telefone(s):**

(84) 8727-5289 (Expi. Lista Detalhada)

**Dados do Solicitante****CPF do Médico Solicitante:**

40682676420

**CPF do Médico Executante:**

40682676420

**Diagnóstico Inicial - CID:**

S023 - FRATURA DO ASSOALHO ORBITAL

**Caráter**

11 - Urgência

**Clínica:**

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

**Procedimento Solicitado:**

TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MÚLTIPLAS

**LAUDO MÉDICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO****Principais Sinais e Sintomas Clínicos:**

paciente vítima de trauma facial com assimetria facial com fratura de órbita + nasotimoidal ( pact. recup. / (ex. Sinais de trauma facial)

**Principais Resultados de Provas Diagnósticas:**

rx

**Condições que Justificam a Internação:**

tto cirurgico de fratura de órbita + nasotimoidal

**Motivo de Impedimento do Regulador:**

---

**Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)****CRM:****Data de Solicitação:**

01.11.2019 - 09:56:34

**Nome Social/ Apellido:**

---

**Naturalidade:**

PEDRO VELLIU - RN

**Raça:**

BRANCA

**Tipo Sanguíneo:**

-

**Logradouro:**

DAS VITÓRIAS

**Bairro:**

MONTE CASTELO

**Município de Residência:**

PARNAMIRIM

**Complemento:****CEP:****UF:**

RN

**Status da Solicitação:**

APROVADA

**Nome do Médico Solicitante:**

GINO ANTONIO CORRICHATEGUI VASQUEZ

**Nome do Médico Executante:**

GINO ANTONIO CORRICHATEGUI VASQUEZ

**Classificação de Risco**

- Urgência, atendimento o mais rápido possível

**Clínica Complementar:**

Nenhuma

**Código:**

0415010012

**HOSPITAL MEMORIAL  
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

**CONFERE COM ORIGINAL**

EM, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_





**Hospital Memorial**  
**São Francisco**

## DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

Data do Procedimento: 14/10/2019

Registro: 140384 IH: 1

Diagnóstico pré-operatório: S721 FRATURA PERTROCANTERICA | FRATURA | - INTERTROCANTERICA - TROCANTERICA

Código do procedimento

0408050632

Cirurgia realizada

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: HERMANN COSTA GOMES

CRM

1° FERNANDO CLAUDINO DOS SANTOS FILHO

4843

7076

Anestesiologista: MATEUS REVOREDO GOMES

8080

Instrumentador: DAYSYANE

Grau de Contaminação: Limpo

Profilaxia Antimicrobiana: Cefazolina

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

01 PINO DESLIZANTE 95  
01 PLACA DHS  
03 PARAFUSOS CORTICIAS  
01 PINO DE COMPRESSÃO

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

PACIENTE DECUBITO DORSAL  
RAQUIANESTESIA  
ASSEPSSIA ANTISEPSSIA CAMPOS ESTEREIS  
ACESSO LATERAL  
DISSECCAO POR PLANOS  
PASSADO FIO GUIA NO COLO  
FREZAGEM  
COLOCADO PINO DESLIZANTE 95  
PLACA DHS  
FIXACAO COM 03 PARAFUSOS CORTICIAS  
PINO DE COMPRESSAO  
LAVAGEM  
SUTURA PLANOS E PELE  
CURATIVO

**HOSPITAL MEMORIAL**  
**SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CRM: 4843 - HERMANN COSTA GOMES

14/10/2019 15:37:39





**Hospital Memorial**  
São Francisco

## DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

Data do Procedimento: 30/10/2019

Registro: 140384

Id: 1

Diagnóstico pré-operatório: S02 FRATURA DO CRÂNIO E DOS OSSOS DA FACE I NOTA: PARA A CODIFICAÇÃO PRIMÁRIA DE FRATURA

Código do procedimento

0404020453 659

0404020534 490

0404020593 599

0404020784 490

Cirurgia realizada

OSTEOTOMIA DO MAXILAR INFERIOR

OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO NASO-ORBITO-ETMOIDAL

REDUÇÃO DE FRATURA DA MAXILA (E FORT II)

OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA DO OSSO ZIGOMÁTICO

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: GINO ANTONIO GORRICHATEGUI VASQUEZ

CRM

1453

Anestesiologista: MATEUS REVOREDO GOMES

8060

Instrumentador: maria e joao

Grau de Contaminação: Contaminado

Profilaxia Antimicrobiana: Cefazolina

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

01 placa de titânio com 1cm 04 furos  
02 ceratuga sistema 2.0

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

manobras antissépticas, colocação dos campos operatórios, incisão submentel, divisão por planos, deslocamento do periostio, refratura das estruturas orbitárias, redução de assoalho e colocação de enxerto ósseo, fixação com placa de titânio, redução do maxilar com forceps de Rowe e redução do maxilar com gancho de Barros, sutura por planos com catgut 3-0 e sutura com mononylon 5-0 e sutura com curativos.

Dr. Gino A. Gorrichategui Vasquez  
Cirurgião  
CRM: 1453  
30/10/2019 09:01:19

CRM: 1453 - GINO ANTONIO GORRICHATEGUI VASQUEZ

**HOSPITAL MEMORIAL**  
**SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

**Dados do Paciente**

Registro: 140384 IH: 1 Paciente: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA  
Nascimento: 10/01/1939 80 anos Internação: 11/10/2019 08:24:57 Leito: ENFERMARIA 312A

**ANTES DO ATO CIRÚRGICO**

14/10/2019 13:44:16 COREN - 819960 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

**Observações:**

PCIENTE ADMITIDO NO CC PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR DIREITO CONSCIENTE E ORIENTADO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE SIC NEGA AM+DM+ HAS JA VEIO DA UNIDADE PUNCIONADO COM JELCO DE N°22 EM MSE VIABILIZANDO SF0,9% SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Doença pré-existente: NÃO

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

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

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Assinatura Responsável

Outros Exames:

*Sara*

COREN - 819960 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

**SRPA**

Nível consciência: CONSCIENTE

Oxigenoterapia: O²AMBIENTE

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 PÓS DE FRATURA DE FEMUR DIREITO, CONSCIENTE RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA HVP, VIABILIZANDO SF0,9%, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, DIURESE POR FRALDA, COM RX PÓS DE CONTROLE, ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES, SEGUE ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM. VERIFICADO SSVV: PA= 112X56 MMHG, FC=88 BPM, SPO2= 96 %

Assinatura Responsável

*Sara*

**HOSPITAL MEMORIAL**  
**SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

**Dados do Paciente**

Registro: **140384** IH: **1** Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**  
Nascimento: **10/01/1939** **80 anos** Internação: **11/10/2019 08:24:57** Leito: **ENFERMARIA 312A**

**PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

**DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO**

Tipo: **RAQUE + SEDACÃO**

Anestesiológico: **DRº MATHEUS**

Tipo: **TTT DE FRATURA DE FEMUR**

Cirurgião: **DRº HERMANN**

Instrumentador: **DAYSYANNE + VERONICA**

Circulante: **ANDRE + RENAN**

Tipo curativo: **CLUSIVO**

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

Inf.sanguínea: **NÃO**

Monitoração correta: **SIM**

Placa de bisturi: **SIM**

Antibiótico profilático?: **CEFAZOLINA 2G**

Início da cirurgia: **14:00**

Fim da cirurgia: **15:50**

Tempo de cirurgia: **01:50 HORAS**

Medicação administradas:

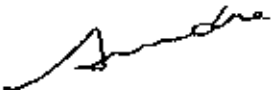
**Intercorrências / Observações:**

**PACIENTE ADMITIDO EM SALA CONSCIENTE E ORIENTADO EM Oº AMBIENTE, O MESMO NEGA (HAS+DM+AM).  
PUNÇIONADO NO MSE COM JELCO Nº18 E CATETER NASAL, MONITORIZADO EM SALA, SEM INTERCORRÊNCIAS  
CIRURGICA, F.O LIMPA COM S.F0,9% E USO DE TRANSOFIX, ENCAMINHADO AO SPRA CONSCIENTE E ORIENTADO EM Oº  
AMBIENTE, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.**

**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**

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

CONFERE COM ORIGINAL  
EM, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**Hospital Memorial**  
**São Francisco**

**Hospital Memorial de Natal**

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

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

**PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

**Dados do Paciente**

Registro: **140384** IH: **1** Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**  
Nascimento: **10/01/1939** **80 anos** Internação: **11/10/2019 08:24:57** Leito: **ENFERMARIA 312A**

**ANTES DO ATO CIRÚRGICO** **30/10/2019 07:17:16** **COREN - 862099 - MARIA ELIZABETE B PEREIRA**

Observações:

PACIENTE ADMITIDO NO CC PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE REDUÇÃO DE FRATURA DE ORBITA, CONSCIENTE E ORIENTADO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE SIC NEGA AM+DM+ HAS, JA VEIO DA UNIDADE PUNÇIONADO COM JELCO DE N°22 EM MSE VIABILIZANDO SF0.9% SEQUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Doença pré-existente: **NÃO**

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

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

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): **NÃO**

Outros Exames:

**Assinatura Responsável**

*Maria Elizabete Barbosa Pereira*

**SRPA** **COREN - 862099 - MARIA ELIZABETE B PEREIRA**

Nível consciência: **CONSCIENTE**

Oxigenoterapia: **CATETER NASAL**

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 FRATURA DE FEMUR DIREITO, CONSCIENTE, RESPIRANDO EM CATETER NASAL, NA HVP, VIABILIZANDO SF0.9%, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, DIURESE POR FRALDA, COM RX PÓS DE CONTROLE, ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES, SEQUE ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM, VERIFICADO S8VV: PA=120X676 MMHG, FC=79 BPM, SPO2=100 %

**Assinatura Responsável**

*Maria Elizabete Barbosa Pereira*

**HOSPITAL MEMORIAL**  
**SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

**Dados do Paciente**

Registro: **140384** IH: **1** Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**  
Nascimento: **10/01/1939** 80 anos Internação: **11/10/2019 08:24:57** Leito: **ENFERMARIA 312A**

**PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

**DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO**

Tipo: GERAL Anestesiologista: DR MATHEUS  
Tipo: REDUÇÃO DE FRATURA DE ORBITA Cirurgião: DR. GINO  
Instrumentador: JOAO MARIA Circulante: NAYARA  
Tipo curativo: OLUSIVO  
Tem material para biópsia/cultura: NÃO  
Inf.sanguínea: NÃO Monitoração correta: SIM Placa de bisturi: SIM  
Antibiótico profilático?: CEFAZOLINA 2G  
Início da cirurgia: 07:15 Fim da cirurgia: 09:15 Tempo de cirurgia: 2HORAS  
Medicação administradas:

**Interocorrências / Observações:**

PACIENTE IDOSO 16º DPO DE FEMUR DIREITO, CONSCIENTE E ORIENTADO EM Oº AMBIENTE NA HVP EM MSE VIABB SF 0,9%, O MESMO NEGA DOENÇAS E ALERGIA MEDICAMENTOSA, EM JEJUM PARA SUBMETER A PROCEDIMENTO DE REDUÇÃO DE FRATURA DE ORBITA, REALIZADO ANESTESIA GERAL COM T.O.T. Nº 8.0. PROCEDIMENTO REALIZADO COM ÊXITO FOI EXTUBADO, CONSCIENTE RESPONSIVO, FERIDA OPERATORIA LIMPA E OCLUIDA, SEM MAS ALTERAÇÕES SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO.

**FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA**

**CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA**

Potencial de Contaminação: Limpa

  
NAYARA SOARES DE OLIVEIRA  
Técnico(a) COREN - 706919

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





**EVOLUÇÃO ASSISTENTE SOCIAL**

**Dados do Paciente**

Paciente: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

Nascimento: 10/01/1939 80 anos

Acompanhante:

Registro: 140384 Num. Internação: 1

Data Internação: 11/10/2019 08:24:57

Parentesco:

Endereço para Correspondência:

Endereço:

Cidade : PARNAMIRIM

Bairro : MONTE CASTELO

**Ocorrência:**

DURANTE O DECURSO NA UNIDADE E LEITO E ESPECIFICO FOI INFORMADO TRAUMA AO FÊMUR E MAXILAR AO LADO DIREITO VITIMA DE ATROPELAMENTO - MOTO COLIDIU COM O PACIENTE QUE ESTAVA NA BICICLETA NA DATA 22.09.2019. ENCAMINHADO VIA REGULAÇÃO DO HOSPITAL MONSENHOR WAL

**Evolução do Prontuário:**

X - Idoso com acompanhante. Paciente amparado pelo Estatuto do Idoso. Art. 16.

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

**Observações:**

USUARIO AO MOMENTO DA INTERNAÇÃO ACOMPANHADO COM A SENHORA ANDREA PATRICIA DA SILVA, CPF: 028.591.534-70  
ACOMPANHANTE CIENTE DAS NORMAS INTERNAS REPASSADAS VERBALMENTE. ENTREGUE EM MÃOS A CARTILHA COM AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS.  
312A

**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;
  - 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.
  - 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:

ADRIELY CRISTINA BATISTA DE LACERDA  
CRESS - 4403

**HOSPITAL MEMORIAL**  
**SÃO FRANCISCO**

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

CONFERE COM ORIGINAL  
EM, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



# Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA Idade: 80 anos  
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 140384 Prontuário:  
Unidade: UNIDADE III  
Leito: ENFERMARIA 312A  
Admissão: 11/10/19 08:24 0 dia(s) de internação  
Diag.: S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE

| 11/10/2019 10:57                                                                                                         | Horários de Aplicação |                                                                                    |  | 8179 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--|------|
| 1) DIETA LIVRE LAXANTE                                                                                                   | D0                    | (SND)                                                                              |  |      |
| 2) TRAMADOL 50mg Comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.                                              | D0                    | 14:00, 22:00, 06:00                                                                |  |      |
| 3) DIMENIDRINATO B6 COM (DRAMIN)<br>Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico, SE NÁUSEAS OU VÔMITOS | D0                    | (SND)                                                                              |  |      |
| 4) RIVAROXABANA 10mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.                                          | D0                    | 20:00                                                                              |  |      |
| 5) DAPIRONA 500mg/mL 40gotas FLT<br>Uso: 1 flaconete, via oral, 06 em 06 horas A critério médico, SE DOR OU FEBRE        | D0                    | (SND)                                                                              |  |      |
| 6) OMEPRAZOL 20mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Em jejum.                                                   | D0                    | 16                                                                                 |  |      |
| 7) CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo                                                                                       | D0                    | (ATENÇÃO)                                                                          |  |      |
| 8) MEDIDAS DE PREVENÇÃO CONTRA QUEDAS, Contínuo                                                                          | D0                    | (ATENÇÃO)                                                                          |  |      |
| 9) MUDANÇA DE DECÚBITO, 02 em 02 horas                                                                                   | D0                    | 12:00, 14:00, 16:00, 18:00, 20:00, 22:00, 00:00, 02:00, 04:00, 06:00, 08:00, 10:00 |  |      |
| 10) SINAIS VITAIS ( SSVV + CCGG ), 06 em 06 horas                                                                        | D0                    |                                                                                    |  |      |

Dr. EDUARDO TEODORO GURGEL DE OLIVEIRA  
CRM - 8179

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

## Exames Solicitados:

- 1) CREATININA
- 2) GLICOSE
- 3) HEMOGRAMA COMPLETO (Sangue)

**Prescrição Médica / Evolução Clínica**



Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** Idade: **80 anos**  
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **140384** Prontuário:  
Unidade: **UNIDADE III**  
Leito: **ENFERMARIA 312A**  
Admissão: **11/10/19 08:24** **0 dia(s) de Internação**  
Diag.: **S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE**

4) POTASSIO

5) SODIO

6) TAP TEMPO DE PROTOMBINA

7) TEMPO DE TROMBOPLASTINA (TTP)

8) UREIA

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



# Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA Idade: 80 anos  
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 140384 Prontuário:  
Unidade: UNIDADE III  
Leito: ENFERMARIA 312A  
Admissão: 11/10/19 08:24 0 dia(s) de internação  
Diag.: S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE

11/10/2019 15:00

|     |                                                                                                                          | Horários de Aplicação                                                   |              |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1)  | DIETA LIVRE LAXANTE                                                                                                      | (SND)                                                                   |              |
| 2)  | TRAMADOL 50mg Comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08                                                        | DO 22:00                                                                | 06:00, 14:00 |
| 3)  | DIMENIDRINATO B6 COM (DRAMIN)<br>Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico.<br>SE NÁUSEAS OU VÔMITOS | DO (SN)                                                                 |              |
| 4)  | RIVAROXABANA 10mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.                                             | DO 20                                                                   |              |
| 5)  | DIPIRONA 500mg/mL 40gotas FLT<br>Uso: 1 flaconete, via oral, 06 em 06 horas A critério médico.<br>SE DOR OU FEBRE        | DO (SN)                                                                 |              |
| 6)  | OMEPRAZOL 20mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Em jejum.                                                      | DO 06:00                                                                |              |
| 7)  | CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo                                                                                          | DO (ATENÇÃO)                                                            |              |
| 8)  | MEDIDAS DE PREVENÇÃO CONTRA QUEDAS, Contínuo                                                                             | DO (ATENÇÃO)                                                            |              |
| 9)  | MUDANÇA DE DECÚBITO, 02 em 02 horas                                                                                      | DO 22:00, 14:00, 16:00, 22:00, 00:00, 02:00, 04:00, 06:00, 08:00, 10:00 |              |
| 10) | SINAIS VITAIS ( SSVV + CCGG ), 06 em 06 horas                                                                            | DO                                                                      |              |

Dr. EDUARDO TEODORO GURGEL DE OLIVEIRA  
CRM - 8179

11) Infusão R Contínuo. Prófago  
12) HGT 616L 12h 13h 14h 15h 16h 17h 18h 19h 20h 21h 22h 23h 24h

## Exames Solicitados:

- 1) CREATININA
- 2) GLICOSE
- 3) HEMOGRAMA COMPLETO (Sangue)

Dr. Hermann Gomes  
CRM 4843 - Traumatologia  
HOSPITAL MEMORIAL  
GILBERTO FRANCISCO  
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol  
Cep: 59022-020 - Natal/RN  
CONFERE COM ORIGINAL  
EM, / /

13/ 01 Cove. Hemur. (A) Leito ou MCG.  
Dr. Hermann Gomes  
CRM 4843 - Traumatologia



**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** Idade: **80 anos**  
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **140384** Prontuário:  
Unidade: **UNIDADE III**  
Leito: **ENFERMARIA 312A**  
Admissão: **11/10/19 08:24** 0 dia(s) de Internação  
Diag.: **S720 - Fratura do colo do fêmur} Fratura do quadril SOE**

4) POTASSIO

5) SODIO

6) TAP TEMPO DE PROTOMBINA

7) TEMPO DE TROMBOPLASTINA (TTP)

8) UREIA

**HOSPITAL MEMORIAL  
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



# Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA Idade: 80 anos  
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 140384 Prontuário:  
Unidade: UNIDADE III  
Leito: ENFERMARIA 312A  
Admissão: 11/10/19 08:24 1 dia(s) de internação  
Diag.: S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE

12/10/2019 17:08

Horários de Aplicação

3943

- 1) PROMETAZINA 50mg (25mg/mL)  
Uso: 1 ampola, via intra-muscular, No momento.
- 2) HIDROCORTISONA 100mg frasco ampola  
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, No momento  
+ 10ML DE ABD
- 3) SUSPENDER HEMOTRANSFUSÃO  
Uso: No momento.

Dr. ALEXANDRE MAGALHÃES DE LIMA  
CRM 6583

Alexandre Magalhães  
Médico  
Gastroenterologia  
Hepatologia

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



# Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** Idade: **80 anos**  
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **140384** Prontuário:  
Unidade: **UNIDADE III**  
Leito: **ENFERMARIA 312A**  
Admissão: **11/10/19 08:24** 1 dia(s) de internação  
Diag.: **S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE**

12/10/2019 17:09

Horários de Aplicação

3943

- 1) PROMETAZINA 50mg (25mg/mL)  
Uso: 1 ampola, via intra-muscular, No momento.
- 2) HIDROCORTISONA 100mg frasco ampola  
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, No momento.  
+ 10ML DE AED
- 3) SUSPENDER HEMOTRANSFUSÃO  
Uso: No momento.

DO

DO

DO

*Alexandre Magno*

Dr. ALEXANDRE MAGNO GOMES DE LIMA  
CRM - 3943

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



# Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** Idade: **80 anos**  
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **140384** Prontuário:  
Unidade: **UNIDADE III**  
Leito: **ENFERMARIA 312A**  
Admissão: **11/10/19 08:24** 1 dia(s) de Internação  
Diag.: **S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE**

12/10/2019 19:00

Horários de Aplicação

4843

|                                                                                                                             |    |           |        |        |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------|--------|--------|--|
| 1) DIETA LIVRE LAXANTE, Nas refeições PARA DM                                                                               | D1 | (SN)      |        |        |  |
| 2) TRAMADOL 50mg Comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.                                                 | D1 | 22:00,    | 06:00, | 14:00  |  |
| 3) DIMENIDRINATO B6 COM (DRAMIN)<br>Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico.<br>SE NÁUSEAS OU VÔMITOS | D1 | (SN)      |        |        |  |
| 4) RIVAROXABANA 10mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.                                             | D1 | 22:00,    |        |        |  |
| 5) DAPIRONA 500mg/mL 40gotas FLT<br>Uso: 1 flaconete, via oral, 06 em 06 horas A critério médico.<br>SE DOR OU FEBRE        | D1 | (SN)      |        |        |  |
| 6) OMEPRAZOL 20mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Em jejum.                                                      | D1 | 06:00,    |        |        |  |
| 7) INSULINA HUMANA REGULAR UI<br>Uso: 0 unidade, via subcutânea, Se necessário.<br>CONFORME PROTOCOLO                       | D0 | (SN)      |        |        |  |
| 8) HAEMOGLUKOTEST FITA P/ GLICOSE<br>Uso: 1 unidade, tópico, 06 em 06 horas.                                                | D0 | 06:00,    | 06:00, | 14:00, |  |
| 9) CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo                                                                                          | D1 | (ATENÇÃO) |        |        |  |
| 10) MEDIDAS DE PREVENÇÃO CONTRA QUEDAS, Contínuo                                                                            | D1 | (ATENÇÃO) |        |        |  |
| 11) MUDANÇA DE DECÚBITO, 02 em 02 horas                                                                                     | D1 | 12:00,    | 14:00, | 16:00, |  |
|                                                                                                                             |    | 18:00,    | 20:00, | 22:00, |  |
|                                                                                                                             |    | 00:00,    | 02:00, | 04:00, |  |
|                                                                                                                             |    | 06:00,    | 08:00, | 10:00, |  |
| 12) SINAIS VITAIS ( SSVV + CCGG ), 06 em 06 horas                                                                           | D1 | (ROTINA)  |        |        |  |

Dr. HERMANN COSTA GOMES  
CRM - 4843

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



**Prescrição Médica / Evolução Clínica**



Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** Idade: **80 anos**  
 Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **140384** Prontoário:  
 Unidade: **UNIDADE III**  
 Leito: **ENFERMARIA 312A**  
 Admissão: **11/10/19 08:24** 2 dia(s) de internação  
 Diag.: **S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE**

13/10/2019 08:43

Horários de Aplicação

8179

1) **HIDROCORTISONA 100mg frasco ampola**  
 Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, A critério médico A critério médico.  
 diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.  
 ANTES DE CONCENTRADO DE HEMACIAS

DO (ACM)

2) **PEXOFENADINA 120mg comprimido**  
 Uso: 1 comprimido, via oral, A critério médico  
 Comprimido.  
 ANTES DE CONCENTRADO DE HEMACIAS

DO

3) **CONCENTRADO DE HEMACIAS**

DO

01 BOLSA, IV, GOTA A GOTA

**Dr. EDUARDO TEODORO GURGEL DE OLIVEIRA**  
 CRM - 8179

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



# Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA Idade: 80 anos  
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 140384 Prontoário:  
Unidade: UNIDADE III  
Leito: ENFERMARIA 312A  
Admissão: 11/10/19 08:24 2 dia(s) de internação  
Diag.: S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE

13/10/2019 19:00

Horários de Aplicação

4843

|                                                                                                                             |              |                                      |                                      |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1) DIETA LIVRE LAXANTE, Nas refeições PARA DM                                                                               | D2 (SN)      |                                      |                                      |                                      |
| 2) TRAMADOL 50mg Comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.                                                 | D2           | 22:00;                               | 06:00;                               | *14:00                               |
| 3) DIMENIDRINATO B6 COM (DRAMIN)<br>Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico.<br>SE NÁUSEAS OU VÔMITOS | D2 (SN)      |                                      |                                      |                                      |
| 4) RIVAROXABANA 10mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.                                             | D2           | 20:                                  |                                      |                                      |
| 5) DÍPIRONA 500mg/mL 40gotas FLT<br>Uso: 1 flaconete, via oral, 06 em 06 horas A critério médico.<br>SE DOR OU FEBRE        | D2 (SN)      |                                      |                                      |                                      |
| 6) OMEPRAZOL 20mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Em jejum.                                                      | D2           | 06:00                                |                                      |                                      |
| 7) INSULINA HUMANA REGULAR UI<br>Uso: 0 unidade, via subcutânea, Se necessário.<br>CONFORME PROTOCOLO                       | D1 (SN)      |                                      |                                      |                                      |
| 8) HAEMOGLUKOTEST FITA P/ GLICOSE<br>Uso: 1 unidade, tópico, 06 em 06 horas.                                                | D1           | 00:00;<br>18:00                      | 06:00;                               | *12:00                               |
| 9) CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo                                                                                          | D2 (ATENÇÃO) |                                      |                                      |                                      |
| 10) MEDIDAS DE PREVENÇÃO CONTRA QUEDAS, Contínuo                                                                            | D2 (ATENÇÃO) |                                      |                                      |                                      |
| 11) MUDANÇA DE DECÚBITO, 02 em 02 horas                                                                                     | D2           | 12:00;<br>18:00;<br>00:00;<br>06:00; | 14:00;<br>20:00;<br>02:00;<br>08:00; | 16:00;<br>22:00;<br>04:00;<br>10:00; |
| 12) SINAIS VITAIS ( SSVV + CCGG ), 06 em 06 horas                                                                           | D2 (ROTINA)  |                                      |                                      |                                      |

Dr. HERMANN COSTA GOMES  
CRM - 4843

HOSPITAL MEMORIAL  
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**  
Convênio: **SUS ESTADUAL**  
Unidade: **UNIDADE III**  
Leito: **ENFERMARIA 312A**  
Admissão: **11/10/19 08:24**  
Diag.: **S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE**

Idade: **80 anos**  
Prontuário:

**3 dia(s) de internação**

|                  |                                                                                                                                                                                                                                             | Horários de Aplicação |       |       | 4843  |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|-------|-------|
| 14/10/2019 19:00 |                                                                                                                                                                                                                                             |                       |       |       |       |
| 1)               | DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND                                                                                                                                                                                                             | DO                    | (SND) |       |       |
| 2)               | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL<br>Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.                                                                                                                                                               | DO                    | 00:00 |       |       |
| 3)               | CEFALOTINA SODICA 1g frasco ampola<br>Uso: 2 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas<br>Lento.<br>RECONSTITUI EM 10ML DE ABD POR FRASCO.<br>CORRER EM 3 MINUTOS.<br>Após reconstituição estável por 24 horas em temperatura ambiente. | DO                    | 22:00 | 06:00 | 14:00 |
| 4)               | DIPIRONA 500mg/mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.<br>diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.                                                                                                                     | DO                    | 00:00 | 06:00 | 14:00 |
| 5)               | TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.<br>Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%                                                                                                               | DO                    | 22:00 | 06:00 | 14:00 |
| 6)               | RANITIDINA 50mg (25mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.<br>diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.<br>Diluir em 18mL ABD                                                                                       | DO                    | 22:00 | 14:00 |       |
| 7)               | DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas A critério médico.<br>Diluir 100mL de Soro Fisiológico 0,9%.<br>SE NÁUSEAS OU VÔMITOS                                                                      | DO                    | (ACE) |       |       |
| 8)               | CAPTOPRIL 25mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.                                                                                                                                                                    | DO                    | (SN)  |       |       |
| 9)               | RIVAROXABANA 10mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.                                                                                                                                                                | DO                    | 00:00 |       |       |
| 10)              | CURATIVO, Pela manhã                                                                                                                                                                                                                        | DO                    | 08:00 |       |       |
| 11)              | SINAIS VITAIS ( SSVV + CCGG ), 06 em 06 horas                                                                                                                                                                                               | DO                    | 08:00 | 06:00 | 14:00 |

Dr. HERMANN COSTA GOMES  
CRM - 4843

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

**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** Idade: **80 anos**  
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **140384** Prontuário:  
Unidade: **UNIDADE III**  
Leito: **ENFERMARIA 312A**  
Admissão: **11/10/19 08:24** 4 dia(s) de internação  
Diag.: **S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE**

15/10/2019 19:00

Horários de Aplicação

4843

|                                                                                                                                                                                                                                                 |          |       |       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|-------|--|
| 1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND                                                                                                                                                                                                              | D1 (SND) |       |       |  |
| 2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL<br>Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.                                                                                                                                                                | D1 08:00 |       |       |  |
| 3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola<br>Uso: 2 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas<br>Lento.<br>RECONSTITUIR EM 10ML DE ABD POR FRASCO.<br>CORRER EM 3 MINUTOS.<br>Após reconstituição estável por 24 horas em temperatura ambiente. | D1 22:00 | 06:00 | 14:00 |  |
| 4) DIFENIDOL 500mg/mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.<br>diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.                                                                                                                     | D1 08:00 | 06:00 | 12:00 |  |
| 5) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.<br>Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%                                                                                                                | D1 22:00 | 06:00 | 14:00 |  |
| 6) RANITIDINA 50mg (25mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.<br>diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.<br>Diluir em 18mL ABD                                                                                        | D1 22:00 | 10:00 |       |  |
| 7) DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas A critério médico.<br>Diluir 100mL de Soro Fisiológico 0,9%.<br>SE NÁUSEAS OU VÔMITOS                                                                       | D1 (ACM) |       |       |  |
| 8) CAPTOPRIL 25mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.                                                                                                                                                                     | D1 (SN)  |       |       |  |
| 9) RIVAROXABANA 10mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.                                                                                                                                                                 | D1 08:00 |       |       |  |
| 10) CURATIVO, Pela manhã                                                                                                                                                                                                                        | D1 08:00 |       |       |  |
| 11) SINAIS VITAIS ( SSVV + CCGG ), 06 em 06 horas                                                                                                                                                                                               | D1 08:00 | 06:00 | 12:00 |  |

Dr. HERMANN COSTA GOMES  
CRM - 4843

**HOSPITAL MEMORIAL**  
**SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA Idade: 80 anos  
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 140384 Prontuário:  
Unidade: UNIDADE III  
Leito: ENFERMARIA 312A  
Admissão: 11/10/19 08:24 5 dia(s) de Internação  
Diag.: S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE

16/10/2019 19:00

Horários de Aplicação

4843

- | 1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND                                                                                                                                                                                                          | 02 | 08:00 |       |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|-------|-------|
| 2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL<br>Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.                                                                                                                                                            | 02 | 00:00 |       |       |
| 3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola<br>Uso: 2 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas Lento.<br>RECONSTITUI EM 10ML DE ABD POR FRASCO.<br>CORRER EM 3 MINUTOS.<br>Após reconstituição estável por 24 horas em temperatura ambiente. | 02 | 08:00 | 06:00 | 12:00 |
| 4) DÍPIRONA 500mg/mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.<br>diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.                                                                                                                  | 02 | 00:00 | 06:00 | 12:00 |
| 5) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.<br>Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%                                                                                                            | 02 | 08:00 | 06:00 | 12:00 |
| 6) RANITIDINA 50mg (25mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.<br>diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.<br>Diluir em 10mL ABD                                                                                    | 02 | 08:00 | 10:00 |       |
| 7) DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas A critério médico.<br>Diluir 100mL de Soro Fisiológico 0,9%.<br>SE NÁUSEAS OU VÔMITOS                                                                   | 02 | ACMI  |       |       |
| 8) CAPTOPRIL 25mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.                                                                                                                                                                 | 02 | 08:00 |       |       |
| 9) RIVAROXABANA 10mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.                                                                                                                                                             | 02 | 08:00 |       |       |
| 10) CURATIVO, Pela manhã                                                                                                                                                                                                                    | 02 | 08:00 |       |       |
| 11) SINAIS VITAIS ( SSVV + CCGG ), 06 em 06 horas                                                                                                                                                                                           | 02 | 00:00 | 06:00 | 12:00 |

Dr. HERMANN COSTA GOMES  
CRM - 4843

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

**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

Paciente: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA Idade: 80 anos  
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 140384 Prontuário:  
Unidade: UNIDADE III  
Leito: ENFERMARIA 312A  
Admissão: 11/10/19 08:24 6 dia(s) de internação  
Diag.: S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE

17/10/2019 18:00

Horários de Aplicação

4843

- | 1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND                                                                                                                                                                                                             | 03 | (SND) |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|-----------|
| 2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL<br>Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.                                                                                                                                                               | 03 |       | Reizandra |
| 3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola<br>Uso: 2 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas<br>Lento.<br>RECONSTITUI EM 10ML DE ABD POR FRASCO.<br>CORRER EM 3 MINUTOS.<br>Após reconstituição estável por 24 horas em temperatura ambiente. | 03 |       | Reizandra |
| 4) DIFIRONA 500mg/mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.<br>diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.                                                                                                                     | 03 |       | Reizandra |
| 5) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.<br>Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%                                                                                                               | 03 |       | Reizandra |
| 6) RANITIDINA 50mg (25mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.<br>diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.<br>Diluir em 18mL ABD                                                                                       | 03 |       | Reizandra |
| 7) DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas A critério médico.<br>Diluir 100mL de Soro Fisiológico 0,9%.<br>SE NÁUSEAS OU VÔMITOS                                                                      | 03 | (ACM) |           |
| 8) CAPTOPRIL 25mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.                                                                                                                                                                    | 03 | (SN)  |           |
| 9) RIVAROXABANA 10mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.                                                                                                                                                                | 03 |       |           |
| 10) CURATIVO, Pela manhã                                                                                                                                                                                                                       | 03 |       | Reizandra |
| 11) SINAIS VITAIS ( SSVV + CCGG ), 06 em 06 horas                                                                                                                                                                                              | 03 |       | Reizandra |

Dr. HERMANN COSTA GOMES  
CRM - 4843

HOSPITAL MEMORIAL  
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



# Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA  
Convênio: SUS ESTADUAL  
Unidade: UNIDADE III  
Leito: ENFERMARIA 312A

Idade: 80 anos  
Reg.: 140384  
Prontuário:

Admissão: 11/10/19 08:24

7 dia(s) de internação

Diag.: S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE

18/10/2019 19:00

|                                                                                                                                                                                                                                                    | Horários de Aplicação | 4843 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------|
| 1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SNO                                                                                                                                                                                                                 | 04                    |      |
| 2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL<br>Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.                                                                                                                                                                   | 04                    |      |
| 3) CEFAZOLINA SÓDICA 1g frasco ampola<br>Uso: 2 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas<br>Lento.<br>RECONSTITUIR EM 10mL DE ABD POR FRASCO.<br>CORRER EM 3 MINUTOS.<br>Após reconstituição estável por 24 horas em<br>temperatura ambiente. | 04                    |      |
| 4) DÍPIRONA 500mg/mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.<br>diluído em AGUA PARA INJECAO 10mL AMPOLA.                                                                                                                         | 04                    |      |
| 5) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.<br>Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%.                                                                                                                  | 04                    |      |
| 6) RANITIDINA 50mg (25mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.<br>diluído em AGUA PARA INJECAO 10mL AMPOLA.<br>Diluir em 18mL ABD                                                                                           | 04                    |      |
| 7) DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas A<br>critério médico.<br>Diluir 100mL de Soro Fisiológico 0,9%.<br>SE NÁUSEAS OU VÔMITOS                                                                       | 04                    |      |
| 8) CAPTOPRIL 25mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.                                                                                                                                                                        | 04                    |      |
| 9) RIVAROXABANA 10mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.                                                                                                                                                                    | 04                    |      |
| 10) CURATIVO, Pela manhã                                                                                                                                                                                                                           | 04                    |      |
| 11) SINAIS VITAIS ( SSVV - COGG ), 06 em 06 horas                                                                                                                                                                                                  | 04                    |      |

Dr. HERMANN COSTA GOMES  
CRM - 4843

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

**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** Idade: **80 anos**  
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **140384** Prontuário:  
Unidade: **UNIDADE III**  
Leito: **ENFERMARIA 312A**  
Admissão: **11/10/19 08:24** **8 dia(s) de Internação**  
Diag.: **S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE**

| 19/10/2019 19:00                                                                                                                                                                                                                               | Horários de Aplicação         | 4843 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------|
| 1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND                                                                                                                                                                                                             | D5 (SND)                      |      |
| 2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL<br>Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.                                                                                                                                                               | D5 06:00                      |      |
| 3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola<br>Uso: 2 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas<br>Lento.<br>RECONSTITUI EM 10ML DE ABD POR FRASCO.<br>CORRER EM 3 MINUTOS.<br>Após reconstituição estável por 24 horas em temperatura ambiente. | D5 (24 HORAS SO)              |      |
| 4) DÍPIRONA 500mg/mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.<br>Diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.                                                                                                                     | D5 00:00, 06:00, 12:00, 18:00 |      |
| 5) FRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.<br>Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%                                                                                                               | D5 06:00, 14:00               |      |
| 6) RANITIDINA 50mg (25mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.<br>diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.<br>Diluir em 18mL ABD                                                                                       | D5 06:00, 18:00               |      |
| 7) EIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas A critério médico.<br>Diluir 100mL de Soro Fisiológico 0,9%.<br>SE NÁUSEAS OU VÔMITOS                                                                      | D5 (ACM)                      |      |
| 8) CAPTOPRIL 25mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.                                                                                                                                                                    | D5 (SN)                       |      |
| 9) RIVAROXABANA 10mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.                                                                                                                                                                | D5 06:00                      |      |
| 10) CURATIVO, Pela manhã                                                                                                                                                                                                                       | D5 08:00                      |      |
| 11) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas                                                                                                                                                                                                | D5 00:00, 06:00, 12:00, 18:00 |      |

**Dr. HERMANN COSTA GOMES**  
CRM - 4843

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



**Prescrição Médica / Evolução Clínica**



Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** Idade: **80 anos**  
 Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **140384** Prontuário:  
 Unidade: **UNIDADE III**  
 Leito: **ENFERMARIA 312A**  
 Admissão: **11/10/19 08:24** 9 dia(s) de internação  
 Diag.: **S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE**

20/10/2019 19:00

|                                                                                                                                                                                                                                                | Horários de Aplicação         | 4843 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------|
| 1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND                                                                                                                                                                                                             | D6 (SND)                      |      |
| 2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL<br>Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.                                                                                                                                                               | D6 00:00;                     |      |
| 3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola<br>Uso: 2 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas<br>Lento.<br>RECONSTITUI EM 10ML DE ABD POR FRASCO.<br>CORRER EM 3 MINUTOS.<br>Após reconstituição estável por 24 horas em temperatura ambiente. | D6 (24 HORAS SO)              |      |
| 4) DAPIRONA 500mg/mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.<br>diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.                                                                                                                     | D6 00:00; 06:00, 12:00, 18:00 |      |
| 5) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.<br>Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%                                                                                                               | D6 22:00; 06:00, 14:00        |      |
| 6) RANITIDINA 50mg (25mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.<br>diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.<br>Diluir em 18mL ABD                                                                                       | D6 22:00; 10:00               |      |
| 7) DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas A critério médico.<br>Diluir 100mL de Soro Fisiológico 0,9%.<br>SE NÁUSEAS OU VÔMITOS                                                                      | D6 (ACM)                      |      |
| 8) CAPTOPRIL 25mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.                                                                                                                                                                    | D6 (SN)                       |      |
| 9) RIVAROXABANA 10mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.                                                                                                                                                                | D6 00:00;                     |      |
| 10) CURATIVO, Pela manhã                                                                                                                                                                                                                       | D6 08:00                      |      |
| 11) SINAIS VITAIS ( SSVV + CCGG ), 06 em 06 horas                                                                                                                                                                                              | D6 00:00; 06:00, 12:00, 18:00 |      |

Dr. HERMANN COSTA GOMES  
CRM - 4843

**HOSPITAL MEMORIAL  
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL


EM, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** Idade: **80 anos**  
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **140384** Prontuário:  
Unidade: **UNIDADE III**  
Leito: **ENFERMARIA 312A**  
Admissão: **11/10/19 08:24** **10 dia(s) de internação**  
Diag.: **S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE**

**21/10/2019 19:00**

|     |                                                                                                                                                                        | Horários de Aplicação         | 4843 |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------|
| 1)  | DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND                                                                                                                                        | D7 (SND)                      |      |
| 2)  | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL<br>Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.                                                                                          | D7 00:00                      |      |
| 3)  | DIPIRONA 500mg/mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.<br>diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.                                                | D7 00:00, 06:00, 12:00, 18:00 |      |
| 4)  | TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.<br>Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%                                          | D7 22:00, 06:00, 14:00        |      |
| 5)  | RANITIDINA 50mg (25mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.<br>diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.<br>Diluir em 18mL ABD                  | D7 22:00, 10:00               |      |
| 6)  | DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas A critério médico.<br>Diluir 100mL de Soro Fisiológico 0,9%.<br>SE NÁUSEAS OU VÔMITOS | D7 (ACM)                      |      |
| 7)  | CAPTOPRIL 25mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.                                                                                               | D7 (SM)                       |      |
| 8)  | RIVAROXABANA 10mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.                                                                                           | D7 00:00                      |      |
| 9)  | CURATIVO, Pela manhã                                                                                                                                                   | D7 08:00                      |      |
| 10) | SINAIS VITAIS ( SSVV + CCGG ), 06 em 06 horas                                                                                                                          | D7 00:00, 06:00, 12:00, 18:00 |      |

  
Dr. HERMANN COSTA GOMES  
CRM - 4843

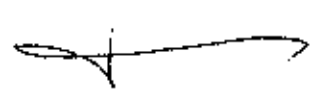
**HOSPITAL MEMORIAL  
SÃO FRANCISCO**  
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol  
Cep: 59022-020 - Natal/RN  
CONFERE COM ORIGINAL  
EM, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** Idade: **80 anos**  
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **140384** Prontuário:  
Unidade: **UNIDADE III**  
Leito: **ENFERMARIA 312A**  
Admissão: **11/10/19 08:24** **11 dia(s) de internação**  
Diag.: **S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE**

**22/10/2019 19:00****Horários de Aplicação****4H15**

|                                                                                                                                                                              |    |                            |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------|--|
| 1: DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SNE                                                                                                                                           | 08 | (SND)                      |  |
| 2: SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL<br>Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.                                                                                             | 08 | 00:00                      |  |
| 3: DIFIRONA 500mg/mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.<br>diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.                                                   | 08 | 00:00; 06:00; 12:00; 18:00 |  |
| 4: TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.<br>Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%                                             | 08 | 22:00; 06:00               |  |
| 5: RANITIDINA 50mg (25mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.<br>diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.<br>Diluir em 18mL ABD                     | 09 | 22:00; 10:00               |  |
| 6: DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas A<br>critério médico.<br>Diluir 100mL de Soro Fisiológico 0,9%.<br>SE NÁUSEAS OU VÔMITOS | 09 | (ACM)                      |  |
| 7: CAPTOPRIL 25mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.                                                                                                  | 09 | (SN)                       |  |
| 8: RIVAROXABANA 10mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.                                                                                              | 09 | 00:00                      |  |
| 9: CURATIVO, Pela manhã                                                                                                                                                      | 09 | 08:00                      |  |
| 10: SINAIS VITAIS ( SSVV + CCGG ), 06 em 06 horas                                                                                                                            | 09 | 00:00; 06:00; 12:00; 18:00 |  |

  
Dr. HERMANN COSTA GOMES  
CRM - 4843

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



# Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA Idade: 80 anos  
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 140384 Prontuário:  
Unidade: UNIDADE III  
Leito: ENFERMARIA 312A  
Admissão: 11/10/19 08:24 12 dia(s) de internação  
Diag.: S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE

23/10/2019 14:00

Horários de Aplicação

4843

- 1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SNE
- 2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL  
Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.
- 3) DÍPIRONA 500mg/mL ampola  
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.  
Diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.
- 4) IRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola  
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.  
Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%
- 5) RANITIDINA 50mg (25mg/mL) ampola  
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.  
Diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.  
Diluir em 18mL ABC
- 6) LIXENIDRINATO B6 21. 10mL ampola  
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas A  
critério médico.  
Diluir 100mL de Soro Fisiológico 0,9%.  
SE NÁUSEAS OU VÔMITOS
- 7) CAPTOPRIL 25mg comprimido  
Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.
- 8) RIVAROXABANA 10mg comprimido  
Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.
- 9) CURATIVO, Pela manhã
- 10) SINAIS VITAIS ( SSVV + CCGG ), 06 em 06 horas

Dr. HERMANN COSTA GOMES  
CRM - 4843

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

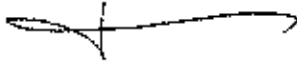
**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** Idade: 80 anos  
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: 140384 Prontuário:  
Unidade: **UNIDADE III**  
Leito: **ENFERMARIA 312A**  
Admissão: **11/10/19 08:24** 13 dia(s) de internação  
Diag.: **S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE**

24/10/2019 19:00

Horários de Aplicações

- 1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND
- 2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL  
Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.
- 3) DÍPIRONA 500mg/mL ampola  
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.  
diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.
- 4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola  
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.  
Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%
- 5) RANITIDINA 50mg (25mg/mL) ampola  
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.  
diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.  
Diluir em 18mL ABD
- 6) DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola  
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas A  
critério médico.  
Diluir 100mL de Soro Fisiológico 0,9%.  
SE NÁUSEAS OU VÔMITOS
- 7) CAPTOPRIL 25mg comprimido  
Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.
- 8) RIVAROXABANA 10mg comprimido  
Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.
- 9) CURATIVO, Pela manhã
- 10) SINAIS VITAIS ( SSVV - CCGG ), 06 em 06 horas

  
Dr. HERMANN COSTA GOMES  
CRM - 4843

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



# Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA Idade 80 anos  
Convênio: SUS ESTADUAL Reg. 140384 Prontuário:  
Unidade: UNIDADE III  
Leito: ENFERMARIA 312A  
Admissão: 11/10/19 08:24 14 dia(s) de internação  
Diag.: S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE

25/10/2019 19:00

Horários de Aplicação

4843

- 1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND
- 2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML  
Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.
- 3) DÍPIRONA 500mg/mL ampola  
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.  
diluído em AGUA PARA INJECAO 100ML AMPOLA.
- 4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola  
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.  
Diluir em 100ML de Soro fisiológico 0,9%.
- 5) RANITIDINA 50mg (25mg/mL) ampola  
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.  
diluído em AGUA PARA INJECAO 100ML AMPOLA.  
Diluir em 100ML ASB.
- 6) DIMENODRINATO S6 DR. 100mg ampola  
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas A  
critério médico.  
Diluir 100ML de Soro fisiológico 0,9%.  
SE NÁUSEAS OU VÔMITOS
- 7) CAPOPRIL 20mg comprimido  
Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.
- 8) RIVAROXABANA 10mg comprimido  
Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.
- 9) CURATIVO, PELA MANO
- 10) SINAIS VITAIS : SSVV + TCG, De acordo com o

Dr. HERMANN COSTA GOMES  
CRM - 4843

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



# Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** Idade: **80 anos**  
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **140384** Prontuário:  
Unidade: **UNIDADE III**  
Leito: **ENFERMARIA 312A**  
Admissão: **11/10/19 08:24** **15 dia(s) de internação**  
Diag.: **S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE**

26/10/2019 19:00

Horários de Aplicação

4843

- |                                                                                                                                                                              | (SHD) |       |       |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|--|
| 1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND                                                                                                                                           |       |       |       |  |
| 2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL,<br>Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.                                                                                            |       |       |       |  |
| 3) DIFIRONA 500mg/mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.<br>diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.                                                   |       | 06:00 | 12:00 |  |
| 4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.<br>Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%                                             |       | 08:00 | 16:00 |  |
| 5) RANITIDINA 50mg (25mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.<br>diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.<br>Diluir em 18mL ABD                     |       | 12:00 |       |  |
| 6) DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas A<br>critério médico.<br>Diluir 100mL de Soro Fisiológico 0,9%.<br>SE NÁUSEAS OU VÔMITOS | (ACM) |       |       |  |
| 7) CAPTOPRIL 25mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.                                                                                                  | (SN)  |       |       |  |
| 8) RIVAROXABANA 10mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.                                                                                              |       |       |       |  |
| 9) CURATIVO, Pela manhã                                                                                                                                                      |       |       |       |  |
| 10) SINAIS VITAIS ( SSVV + CCGS ), 06 em 06 horas                                                                                                                            |       |       |       |  |

Dr. HERMANN COSTA GOMES  
CRM - 4843

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



## Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA Idade: 80 anos  
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 140384 Prontuário:  
Unidade: UNIDADE III  
Leito: ENFERMARIA 312A  
Admissão: 11/10/19 08:24 16 dia(s) de internação  
Diag.: S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE

27/10/2019 19:00

Horários de Aplicação

4843

|                                                                                                                                                                           |            |        |        |       |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------|--------|-------|-------|
| 1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND                                                                                                                                        | D13 (SND)  |        |        |       |       |
| 2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL<br>Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.                                                                                          | D13 00:00; |        |        |       |       |
| 3) DIPIRONA 500mg/mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.<br>diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.                                                | D13 00:00; | 06:00; | 12:00; | 18:00 | 11:00 |
| 4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.<br>Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%                                          | D13 00:00; | 06:00; | 14:00  |       |       |
| 5) RANITIDINA 50mg (25mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.<br>diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.<br>Diluir em 18mL ABD                  | D13 22:00; | 10:00  |        |       |       |
| 6) DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas A critério médico.<br>Diluir 100mL de Soro Fisiológico 0,9%.<br>SE NÁUSEAS OU VÔMITOS | D13 (ACM)  |        |        |       |       |
| 7) CAPTOPRIL 25mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.                                                                                               | D13 (SN)   |        |        |       |       |
| 8) RIVAROXABANA 10mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.                                                                                           | D13 20:00  |        |        |       |       |
| 9) CURATIVO, Pela manhã                                                                                                                                                   | D13 10:00  |        |        |       | 11:00 |
| 10) SINAIS VITAIS ( SSVV + CCGG ), 06 em 06 horas                                                                                                                         | D13 00:00; | 06:00; | 12:00; | 18:00 | 11:00 |

Dr. HERMANN COSTA GOMES  
CRM - 4843

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

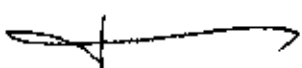


**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** Idade: **80 anos**  
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **140384** Prontuário:  
Unidade: **UNIDADE III**  
Leito: **ENFERMARIA 312A**  
Admissão: **11/10/19 08:24** 17 dia(s) de internação  
Diag.: **S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE**

28/10/2019 19:00

|                                                                                                                                                                              | Horários de Aplicação          | 4843 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------|
| 1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND                                                                                                                                           | D14 (SND)                      |      |
| 2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL<br>Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.                                                                                             | D14 00:00                      |      |
| 3) DIPIRONA 500mg/mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.<br>diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.                                                   | D14 00:00, 06:00, 12:00        |      |
| 4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.<br>Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%                                             | D14 22:00, 08:00, 14:00        |      |
| 5) RANITIDINA 50mg (25mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.<br>diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.<br>Diluir em 18mL ABD                     | D14 22:00, 10:00               |      |
| 6) DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas A<br>critério médico.<br>Diluir 100mL de Soro Fisiológico 0,9%.<br>SE NÁUSEAS OU VÔMITOS | D14 (ACM)                      |      |
| 7) CAPTOPRIL 25mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.                                                                                                  | D14 (SN)                       |      |
| 8) RIVAROXABANA 10mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.                                                                                              | D14 20:00                      |      |
| 9) CURATIVO, Pela manhã                                                                                                                                                      | D14 08:00                      |      |
| 10) SINAIS VITAIS ( SSVV + CCGG ), 06 em 06 horas                                                                                                                            | D14 00:00, 06:00, 12:00, 18:00 |      |

  
**Dr. HERMANN COSTA GOMES**  
CRM - 4843

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

**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**  
Convênio: **SUS ESTADUAL**  
Unidade: **UNIDADE III**  
Leito: **ENFERMARIA 312A**  
Admissão: **11/10/19 08:24**  
Diag.: **S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE**

Idade: 49 anos  
Reg.: 140384  
Prontuário:

18 dia(s) de internação

29/10/2019 19:00

|                                                                                                                                                                              | Horários de Aplicação |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND                                                                                                                                           | D15 18:00             |
| 2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL<br>Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.                                                                                             | D15 08:00             |
| 3) DIFIRONA 500mg/mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.<br>diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.                                                   | D15 08:00             |
| 4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.<br>Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%                                             | D15 12:00             |
| 5) RANITIDINA 50mg (25mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.<br>diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.<br>Diluir em 18mL ABD                     | D15 12:00             |
| 6) DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas A<br>critério médico.<br>Diluir 100mL de Soro Fisiológico 0,9%.<br>SE NÁUSEAS OU VÔMITOS | D15 12:00             |
| 7) CAPTOPRIL 25mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.                                                                                                  | D15 18:00             |
| 8) RIVAROXABANA 10mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.                                                                                              | D15 20:00             |
| 9) CURATIVO, Pela manhã                                                                                                                                                      | D15 08:00             |
| 10) SINAIS VITAIS ( SSVV + CCGG ), 06 em 06 horas                                                                                                                            | D15 08:00             |

  
**Dr. HERMANN COSTA GOMES**  
CRM - 4843

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



# Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA Idade: 80 anos  
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 140384 Prontuário:  
Unidade: UNIDADE III  
Leito: ENFERMARIA 312A  
Admissão: 11/10/19 08:24 19 dia(s) de internação  
Diag.: S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE

30/10/2019 08:12

|                                                                                                                                                                              | Horários de Aplicação          | 1453 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------|
| 1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SNO                                                                                                                                           | D16 (SND)                      |      |
| 2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL<br>Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.                                                                                             | D16 00:00;                     |      |
| 3) DIFIRONA 500mg/mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.<br>diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.                                                   | D16 06:00; 08:00;              |      |
| 4) TRAMACOL 100mg (50mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.<br>Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%                                             | D16 22:00; 08:00;              |      |
| 5) RANITIDINA 50mg (25mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.<br>diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.<br>Diluir em 18mL ABD                     | D16 22:00; 10:00               |      |
| 6) DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas A<br>critério médico.<br>Diluir 100mL de Soro Fisiológico 0,9%.<br>SE NÁUSEAS OU VÔMITOS | D16 (ACK)                      |      |
| 7) CAPTOPRIL 25mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.                                                                                                  | D16 (SN)                       |      |
| 8) RIVAROXABANA 10mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.                                                                                              | D16 20:00;                     |      |
| 9) CURATIVO, Pela manhã                                                                                                                                                      | D16 08:00                      |      |
| 10) SINAIS VITAIS ( SSVV + CCGG ), 06 em 06 horas                                                                                                                            | D16 00:00; 06:00, 12:00, 18:00 |      |

Dr. GINO ANTONIO GORRICHATEGUI VASQUEZ  
CRM - 1453

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



# Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** Idade: **80 anos**  
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **140384** Prontuário:  
Unidade: **UNIDADE III**  
Leito: **ENFERMARIA 312A**  
Admissão: **11/10/19 08:24** 19 dia(s) de internação  
Diag.: **S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE**

30/10/2019 19:00

Horários de Aplicação

1453

|                                                                                                                                                                              |                     |       |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------|-------|
| 1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SNO                                                                                                                                           | D16 (SNO)           |       |       |
| 2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL<br>Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.                                                                                             | D16 08:00:          |       |       |
| 3) DÍPIRONA 500mg/mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.<br>diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.                                                   | D16 08:00:<br>18:00 | 07:00 | 19:00 |
| 4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.<br>Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%                                             | D16 27:00:          | 07:00 | 19:00 |
| 5) RANITIDINA 50mg (25mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.<br>diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.<br>Diluir em 18mL ABD                     | D16 12:00:          |       |       |
| 6) DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas A<br>critério médico.<br>Diluir 100mL de Soro Fisiológico 0,9%.<br>SE NÁUSEAS OU VÔMITOS | D16 (ACM)           |       |       |
| 7) CAPTOPRIL 25mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.                                                                                                  | D16 (SNO)           |       |       |
| 8) RIVAROXABANA 10mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.                                                                                              | D16 20:00:          |       |       |
| 9) CURATIVO, Pela manhã                                                                                                                                                      | D16 08:00:          |       |       |
| 10) SINAIS VITAIS ( SSVV + CCGG ), 06 em 06 horas                                                                                                                            | D16 00:00:<br>18:00 | 06:00 | 18:00 |

Dr. Gino Gorrichategui  
Cirurgião Maxilofacial  
CRM/RN 1453

Dr. GINO ANTONIO GORRICHATEGUI VASQUEZ  
CRM - 1453

HOSPITAL MEMORIAL  
SÃO FRANCISCO

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

CONFERE COM ORIGINAL  
EM, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dr. Gino Gorrichategui  
Cirurgião Maxilofacial  
CRM/RN 1453



# Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA Idade: 80 anos  
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 140384 Prontuário:  
Unidade: UNIDADE III  
Leito: ENFERMARIA 312A  
Admissão: 11/10/19 08:24 20 dia(s) de internação  
Diag.: S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE

31/10/2019 12:54

Horários de Aplicação

1453

1) ALTA HOSPITALAR, A Tarde

Dr. Gino Gorrichategui  
CRM - 1453

Dr. GINO ANTONIO GORRICHATEGUI VASQUEZ  
CRM - 1453

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

**REGISTRO DOS TÉCNICOS**

**Dados do Paciente**

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

Registro: 140384 IIR: 1

Nascimento: 10/01/1938 80 anos Data internação: 11/10/2019 08:24:57

Leito: **ENFERMARIA 312A**

Turno: Diurno

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: PRE DE FEMUR DIREITO + MAXILAR DIREITA

Isolamento de contato: Contato

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorada

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais:

Temperatura: 36,3 °C Saturação O2: 95% Respiração: 19 RPM

Pressão Arterial: 130x80 Frequência Cardíaca: 80

Acesso Venoso

Central

SEM ACESSO

Dieta

VO

ACEITA

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

AMBIENTE

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.: PRESENTE

Intestinais: AUSENTE

Aspectos: ONTEM

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Curativo:

Medicações:

AS 18:28 ADMINISTRADO DIPIRONA 1 FLACONET VO

Intercorrência:

AS 08:30 PACIENTE ADMITIDO NESTE SETOR VINDO DO WILFREDO GURGUEL PARA TRATAMENTO CIRURGICO DE FEMUR DIREITO +

MAXILAR DIREITA + VERMELHIDAO EM OLHO DIREITO. CONSCIENTE E ORIENTADO. RESPIRANDO SOB O2 AMBIENTE. VITIMA DE

ATROPELAMENTO MOTO COLIDIU COM O PACIENTE QUE ESTAVA DE BICICLETA. ACEITA DIETA QUE LHE OFERECIDA, NEGA

HIPERTENSAO + DIABETES. NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS + ALIMENTARES. FAZ USO DE TORSILAX PARA DOR EM SUA

RESIDENCIA. DIURESE PRESENTE NA FRALDA + ELIMINACOES FISIOLOGICAS PRESENTE ONTEM. FOI REALIZADO SUA HIGIENE

CORPORAL E TROCADO LENÇOL DE CAMA E PESSOA. FEITO MASSAGEM DE CONFORTO. TROCADO LENÇOL DE CAMA E PESSOA. FOI

APERIDO SINAIS VITAIS. SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM

AS 16:29 PACIENTE APRESENTANDO HIPERTERMIA SENDO ADMINISTRADO 1 FLACONET DE DIPIRONA CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Monaliza Kaline*

COREN: 720195 MONALIZA KALINE GUIMARAES DE CARVALHO

11/10/2019 09:44:24



**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: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

Nascimento: **10/01/1939** 80 anos Data Internação: **11/10/2019 08:24:57**

Registro: **140384**

IH: **1**

Leito: **ENFERMARIA 312A**

Torno: **Noturno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **PRE DE FEMUR DIREITO + MAXILAR DIREITO.**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocrado**

Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais

Temperatura: **35,8 °C** Saturação O2: **98%** Respiração: **18 RPM**

Pressão Arterial: **11x60** Frequência Cardíaca: **72**

Acesso Venoso

**Periférico**

Dieta

**VO**

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Isolamento de contato: **Não**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Oxigenioterapia

**Em O2 Ambiente**

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **QNTM**

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.: **SEM ACESSO VENOSO**

Curativo:

Medicações:

**20HS- ADM 1COMP RIVAROXABANA 10MG VO.**

**22HS- ADM 1COMP TRAMADOL 50MG VO.**

**06HS- ADM 1COMP TRAMADOL 50MG VO, 1COMP OMEPRAZOL 20MG VO.**

Intercorrência:

**19HS- RECEBI PACIENTE PRE-OPERATÓRIO, O2 AMBIENTE, IDOSO, APRESENTADO VERMELHIDÃO EM OLHO DIREITO APÓS ACIDENTE, DIETA VO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS EM FRALDA, COM ACOMPANHANTE, SEM ACESSO VENOSO, SONO PRESEVADO, SEGUROS CUIDADOS.**

**HOSPITAL MEMORIAL**  
**SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

COREN: 139216 - MARIA LUCINETE DE OLIVEIRA SOUZA

11/10/2019 19:33:43

**REGISTRO DOS TÉCNICOS**

**Dados do Paciente**

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

Registro: **140384**

IH: **1**

Nascimento: **10/01/1939** 80 anos Data Internação: **11/10/2019 08:24:57**

Leito: **ENFERMARIA 312A**

Turno: **Noturno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **PRÉ DE FÊMUR D + MAXILAR D**

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas:

Oxigenioterapia

**Em O2 Ambiente**

Sinais Vitais

Temperatura: **36,6 °C**

Saturação O2:

Respiração: **20 RPM**

Pressão Arterial:

**130x80**

Frequência Cardíaca:

**74**

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **FRALDA**

Obs: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **ONTEM**

Acesso Venoso

**Periférico**

Dieta

**VO**

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

Intercorrência:

**PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, NA HV POR VIA PERIFERICA EM MSD, DIETA VO. ELIMINAÇÕES POR FRALDA. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.**

**PACIENTE ESTÁVEL, SEM ALTERAÇÕES NO HORARIO, SONO PRESERVADO, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.**

**HOSPITAL MEMORIAL**  
**SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Ranayna T. de Melo*

COREN: 691042 - RANAYNA TAVARES DE MELO

12/10/2019 20:47:39



**REGISTRO DOS TÉCNICOS**

**Dados do Paciente**

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

Registro: **140384**

IH: **1**

Nascimento: **10/01/1939** 80 anos Data Internação: **11/10/2019 08:24:57**

Leito: **ENFERMARIA 312A**

Turno: **Diurno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **PRE DE FEMUR DIREITO (D) + MAXILAR (D)**

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorada**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais

Temperatura: **36,3 °C** Saturação O2: **95%** Respiração: **16 RPM**

Pressão Arterial: **130x90** Frequência Cardíaca: **74**

Acesso Venoso

Dieta

**Pariférico**

**VO**

**EM MSD COM JELCO N. 18 DO**

HGT

**142/12h mg/dL**

Correção:

Correção:

**110/18h mg/dL**

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Oxigenioterapia

**Em O2 Ambiente**

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **FRALDA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **ONTÊM**

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

**sem curativo.**

Medicações:

**ADMINISTRADO MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRITO.**

**PUNCIONADO AVP COM JELCO N18 + POLIFIX 2 VIAS + EQUIPO MACRO + MICROPORE LUVAS DE PROCEDIMENTO ALGODAO ALCOOL.**

**SEGUE EM OBS. AGUARDANDO TRANSFUNDIR CONCENTRADO DE HEMACEAS.**

**REALIZADO AS 12H, HGT=142MG/DL.**

**REALIZADO AS 18H, HGT=110MG/DL.**

Intercorrência:

**RECEBO PACIENTE AS 07:00 EM PRE DE FRATURA DE FEMUR (D) + MAXILAR IDOSO. CONSCIENTE ORIENTADO EM O2 AMBIENTE. SEGUE APRESENTANDO VERMELHIDAO EM OLHO DIREITO APOS TRAUMA DE QUEENA. SEM ACESSO VENOSO PERIFERICO, SONO PRESERVADO AFERIDOS SSVV. DIETA VO + DIURESE EM FRALDA. FOI HIGIENIZADO NO LEITO, TROCADO TODA ROUPA DE CAMA E PESSOAL SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.**

**FOI PUNCIONADO ACESSO VENOSO PERIFERICO COM JELCO N.18 + POLIFIX 2 VIAS, EQUIPO MACRO, ALGODAO ALCOOL, MICROPORE LUVAS DE PROCEDIMENTO.**

**PACIENTE RECEBEU VISITA MEDICA, ONDE FOI SOLICITADO 1 BOLSA DE CONCENTRADO DE HEMACEAS. SEGUE COLHIDO AMOSTRA DE SAGUE PARA PROVA CRUZADA.**

**AFERIDOS SSVV AS 15:25, PARA INFUSSAO DA BOLSA DE SANGUE, PA=140x70, T= 37,4, SPO2=98%, FR=18, PR=97,97, 979 - Tirol**

**INSTALADO 01 BOLSA DE CONCENTRADO DE HEMACEAS VIA ENDOVENOSA, USADO EQUIPO PARA SANGUE.**

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*MAKSUELY R. CORDEIRO*

COREN: 341779 - MAKSUELY RODRIGUES CORDEIRO

12/10/2019 12:07:16

**REGISTRO DOS TÉCNICOS**

**Dados do Paciente**

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

Registro: **140384**

IH: 1

Nascimento: **10/01/1939** 80 anos Data Internação: **11/10/2019 08:24:57**

Leito: **ENFERMARIA 312A**

Turno: **Diurno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **PRE DE FEMUR O + MAXILAR D**

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais

Temperatura: **36,6 °C** Saturação O2: Respiração: **20 RPM**

Pressão Arterial: **130x80** Frequência Cardíaca: **74**

Acesso Venoso

**Periférico**

Dieta

**VO**

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **FRALDA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **ONTEM**

HGT

**12H105 mg/dL**

Correção:

Correção:

**18H125 mg/dL**

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

**ADEM AS MED DE RORARIO AS 1830H ADEM HIDROCORTISONA 1 FRASCO +10ML DE ABD EV.+ FEXOFENADINA 120MG 1 COMPRIMIDO VO**

Intercomência:

**AS 07 HRAS RECEBI PACIENTE IDOSO EM O2 AMBIETE A CONCIETE ORIENTADO ACEITA DIETA OFERECIDA E ELIMINACOIS FISIOLÓGICAS PRESENTES REALISADO BANHO NO LEITO+TROCA DE ROUPA DE COMA + MASSAGEM DE CONFORTO E SEGUI A OS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFAS 1700H AFERIDO SSVV A PA 120x80 FC 76 T36,6 INSTALADO 1 BOLSA DE CONCENTRADO DE NEMACIA DE NUMERO 0124180927119 A- VOLUME283.PACIENTE SEQUE SENDO OBSERVADO AS 1828H TERMINO DO CONCENTRADO DE HEMACIA.PA 120X80 FC89 FR 97 T 36,4 O MESMO SEGUI A OS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENF**

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

*Julia Batista de Oliveira*  
CORP

COREN: 372066 - JULIA BATISTA DE OLIVEIRA

13/10/2019 10:51:38

**REGISTRO DOS TÉCNICOS**

**Dados do Paciente**

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

Registro: **140384** IH: **1**

Nascimento: **10/01/1939** 80 anos Data Internação: **11/10/2019 08:24:57**

Leito: **ENFERMARIA 312A**

Turno: **Noturno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **pre de femur e maxila**

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorada**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais:

Temperatura: **36.2 °C**

Saturação O2:

Respiração: **20 RPM**

Oxigenoterapia

**Em O2 Ambiente**

Pressão Arterial:

**120x70**

Frequência Cardíaca: **78**

Acesso Venoso:

**Periférico**

Dieta

**VO**

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **FRALDA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **ONTEM**

HGT

**111 mg/dL**

Correção:

**121 mg/dL**

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

Intercomência:

**PACIENTE EM PRE DE FEMUR E MAXILA CONSCIENTE ORIENTADO O2AMBIENTE NA HVP DIETA ORAL DIURESE ESPONTANEA SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.**

**HOSPITAL MEMORIAL**  
**SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM,            /            /           

**CHARLES**  
COREN: 613546 - CHARLES BRAULI ROCHA  
13/10/2019 19:46:07

**REGISTRO DOS TÉCNICOS**

**Dados do Paciente**

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** Registro: **140384** IH: **1**  
Nascimento: **10/01/1939** 80 anos Data Internação: **11/10/2019 08:24:57** Leito: **ENFERMARIA 312A**

Turno: **Diurno** Antecedentes:  
Hipótese Diagnóstica: **pro. de femur e maxila** Isolamento de contato: **Não**  
Estado Geral: **Bom** Coloração da Pele: **Normocorado** Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**  
Alergias Medicamentosas: **NEGA**  
Sinais Vitais  
Temperatura: **35,6 °C** Saturação O2: **97%** Respiração: **19 RPM** Oxigenioterapia  
Pressão Arterial: **130x80** Frequência Cardíaca: **85** Em O2 Ambiente

Acesso Venoso: **Pariférico** Dieta: **VO** Eliminações Fisiológicas  
**MSE** **BOA ACEITAÇÃO** Diurese: **FRALDA**  
Obs.: **PRESENTE**

HGT: Intestinais: **AUSENTE**  
Aspectos: **ATE MOMENTO**

Correção: Correção: Drenos  
Correção: Correção: Data:  
Correção: Correção: Tipo:  
Correção: Correção: Local:  
Aspecto:  
Obs.:

Curativo:

Medicações:  
**ADMINISTRADO MEDICAÇÕES DE HORARIO.**

Intercorrência:

**07:00 HS RECEBO PACIENTE EM PRE OPERATORIO ESTA NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE MULTODISCIPLINAR.**  
**08:00 HS REALIZADO BANHO NO LEITO + TROCA DE ROUPA DE CAMA + ROUPAS PESSOAIS + MASSAGEM DE CONFORTO COM HIDRATANTE.**  
**08:00 HS PACIENTE PERDEU AVP. FEITO A PUNÇÃO EM MSE COM JELCO 22 + POLIFIXO.**  
**13:16 HS PACIENTE ENCAMINHADO PARA C.C. ACOMPANHADO COM MAQUEIRO E O TÉCNICO LEVANDO PRONTUÁRIO DE C.A.P.A.**

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

COREN: 427177 - DAMIANA SANTIAGO BARACHO  
14/10/2019 10:58:07

**REGISTRO DOS TÉCNICOS**

**Dados do Paciente**

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

Registro: **140384**

IH: **1**

Nascimento: **10/01/1939** 80 anos Data Internação: **11/10/2019 08:24:57**

Leito: **ENFERMARIA 312A**

Turno: **Diurno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **POI DE FATURA DE FEMUR**

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Nomocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **NEGA**

- Sinais Vitais

Temperatura: **35,6 °C** Saturação O2: **97%** Respiração: **19 RPM**

Pressão Arterial: **130x80** Frequência Cardíaca: **65**

Oxigenioterapia

**Em O2 Ambiente**

Acesso Venoso

**Periférico**

**MSE**

Dieta

**VQ**

**ACEITANDO BEM**

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **FRALDA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **ATE MOMENTO**

HGT

**18H=68 mg/dL**

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

**CURATIVO OCLUIDO E COM DISCRETO SANGRAMENTO NA F.O.**

Medicações:

Intercorrência:

**RECERBO PACIENTE PROVENIENTE DO CENTRO CIRURGICO CONCIENTE E ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, DIETA V.Q. DIURESE ESPONTANEA EM FRALDA, SSVV MANTIDO, AVP EM MSE, AOS CUIDADOS DA EQUIPE MULTIDICIPLINAR.**

**PACIENTE APRESENTOU HIPOGLICEMIA 68MG/DL, COMUNICADO A ENFERMEIRA DO PLANTAO A MESMA PEDIU PARA SOLICITAR DIETA DO MESMO V.Q.**

**HOSPITAL MEMORIAL**  
**SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DAMIANA (COREN) 427177**

COREN: 427177 - DAMIANA SANTIAGO BARACHO

14/10/2019 17:35:36

**REGISTRO DOS TÉCNICOS**

**Dados do Paciente**

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

Registro: **140384** IH: **1**

Nascimento: **10/01/1939** 80 anos Data Internação: **11/10/2019 08:24:57**

Leito: **ENFERMARIA 312A**

Turno: **Noturno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **POI DE FATURA DE FEMUR**

Isolamento de contato: **Não**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **NEGA**

Sinais Vitais

Temperatura: **36,7 °C** Saturação O2: **98%** Respiração: **19 RPM**

Pressão Arterial: **130x90** Frequência Cardíaca: **73**

Acesso Venoso

**Periférico**

**M.S.E**

Dieta

**VO**

**BOM ACEITAÇÃO ALIMENTAR**

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Oxigenioterapia

**Em O2 Ambiente**

**CONFORTAVEL**

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **FRALDA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **ATE MOMENTO**

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

**ADMINISTRADAS NO HORARIO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA.**

**AS 22:00 HRS ADM. CEFAZOLINA 02 FRASCO AMPOLA+10ML DE ABD.EV.**

**AS 06:00 HRS ADM. CEFAZOLINA 02 FRASCO AMPOLA+10ML DE ABD.EV.**

Intercorrência:

**AS 19:00 HRS RECEBI O PLANTAO COM O CLIENTE: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA DE 80 ANOS, CONSCIENTE E ORIENTADO, RESPIRANDO SOB O2 AMBIENTE EM POI DE FATURA DE FEMUR COM AVP EM M.S.E. AFERIDO SSVV SEM ANORMALIDADES ACEITANDO BEM A DIETA POR VO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, SEGUE EM REPOUSO NO LEITO SEM QUEIXAS ACOMPANHADO POR SEU GENRO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.**

**HOSPITAL MEMORIAL**  
**SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Randivia Carla Ribeiro de Paula  
Coren RN 826389-TR

COREN: 826389 - RANDIVIA CARLA RIBEIRO DE PAUL

14/10/2019 19:24:21

**REGISTRO DOS TÉCNICOS**

**Dados do Paciente**

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

Registro: **140384**

IH: **1**

Nascimento: **10/01/1939** 80 anos Data Internação: **11/10/2019 08:24:57**

Leito: **ENFERMARIA 312A**

Turno: **Diumg**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **POS DE FRATURA DE FEMUR**

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **NEGA**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Sinais Vitais

Temperatura: **36,7 °C** Saturação O2: **98%%** Respiração: **19 RPM**

Pressão Arterial: **130x90** Frequência Cardíaca: **73**

Acesso Venoso

Periférico

Dieta

**VO**

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **FRALDA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **ATE MOMENTO**

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

**RELISADO CURATIVO PELA COMISSÃO DA CCIH.**

Medicações:

**AS 120H ADEM DAPIRONA CONFORME PRESCRIÇÃO DO HORARIO: AS 14HRAS ADEM CEFAZOLINA 1G FAZER 2 FRASCO +10ML DE ABD EV;**

Intercomência:

**AS 07HRAS RECEBI PACIENTE IDOSO NP POS DE FEMUR. CONCIETE ORIENTADO. NA HVP EM O2 AMBIENTE ACIETA DITA OFERECIDA E ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES. REALISADO BANHO NO LEITO + TROCA DE ROUPA SE CAMA E MASSAGEEM DE CONFFORTO AS 12 H REALIZADO TROCA DE FRAUDA. AS 18 HRAS REALIZADO TROCA DE FRAUDA + LENCOIS DA CAMA O MESMO SEGUIA OS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENF.**

**HOSPITAL MEMORIAL**  
**SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

COREN: 572066 - JULIA BATISTA DE OLIVEIRA  
15/10/2019 08:59:10

**REGISTRO DOS TÉCNICOS**

**Dados do Paciente**

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

Registro: **140384** IH: **1**

Nascimento: **10/01/1939** 80 anos Data Internação: **11/10/2019 08:24:57**

Leito: **ENFERMARIA 312A**

Turno: **Nocturno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **POS DE FRATURA DE FEMUR.**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Alergias Medicamentosas: **NEGA**

Sinais Vitais

Temperatura: **36,2 °C** Saturação O2: **98%** Respiração: **20 RPM**

Pressão Arterial: **120x70** Frequência Cardíaca: **75**

Acesso Venoso

**Periférico**

Dieta

**VO**

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Oxigenioterapia

**Em O2 Ambiente**

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **FRALDA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **ATE MOMENTO**

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

**ADM MEDICAÇÕES DE HORÁRIO CPM.**

Intercorrência:

**RECEBI PLANTÃO COM PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO EM O2 AMBIENTE HVP EM MSE ACEITANDO DIETA VO. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS EM FRALDA REALIZADO TROCA+MASSAGEM DE CONFORTO +MUDANÇA DE DECÚBITO. AFERIDO SSVV SEM ANORMALIDADES SEGUE SEM QUEIXAS AOS CUIDADOS DA EQUIPE. PACIENTE PERDEU AVP FOI REPLACIADO COM ÊXITO EM MSD UTILIZADO UM JELCO 22.**

**HOSPITAL MEMORIAL**  
**SÃO FRANCISCO**

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

CONFERE COM ORIGINAL

EM, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Krishna Talitta de Sousa*

COREN: 1102796 - KRISHNA TALITTA DE SOUSA LEANDRO PEREIRA

15/10/2019 20:48:05



**REGISTRO DOS TÉCNICOS**

**Dados do Paciente**

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

Nascimento: **10/01/1939** 80 anos Data Internação: **11/10/2019 08:24:57**

Registro: **140384**

IH: **1**

Leito: **ENFERMARIA 312A**

Turno: **Diurno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **PÓS OPERÁRIO DE FRATURA DE FEMUR.**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocrado**

Alergias Medicamentosas: **NEGA**

Sinais Vitais

Temperatura: **36,2 °C** Saturação O2: **98%** Respiração: **20 RPM**

Pressão Arterial: **130x70** Frequência Cardíaca: **78**

Acesso Venoso

Periférico

Dieta

VO

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Oxigenioterapia:

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **FRALDA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **ATE MOMENTO**

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo: ~

**REALIZADO CURATIVO PELA EQUIPE DO CCIH.**

Medicações:

**ADM MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.**

Intercomência:

**AS 07:00 RECEBO PACIENTE 80 ANOS, CONSCIENTE E ORIENTADO, RESPIRANDO EM O2 AMBIENTE, ACEITANDO DIETA OFERTADA, AFERIDO SSVV SEM ANORMALIDADES, ALIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES NA HIDRATAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA EM MSD, COM ESQUEMA, ATB (CEFÁZOLINA SÓDICA 1G 02 FRASCOS), REALIZADO BANHO NO LEITO, TROCA DE ROUPA DE CAMA E PESSOAL, MUDANÇA DE DECÚBITO, MASSAGEM DE CONFORTO, SEGUE NO LEITO SEM QUEIXAS AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.**

**HOSPITAL MEMORIAL**  
**SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Edvania*  
*Edvania*

COREN: 1088550 - EDVANIA PEREIRA

16/10/2019 10:58:07

## EVOLUÇÃO DIÁRIA DE CURATIVO

### Dados do Paciente

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

Registro: **140384**

Nº Internação: **1**

Nascimento: **10/01/1939 80 anos** Data Internação: **11/10/2019 08:24:57**

Leito: **ENFERMARIA 312A**

Limpeza: **SF0,9%, GAZE, LUVA PROCEDIMENTO, LUVA EST**

Tipo de Ferida: **LIMPA**

Localização: **PÓS DE FÊMUR.**

Condições do Leito: **COM PRESENÇA SANGUINOLENTA EM GAZE.**

#### EXSUDATO DA FERIDA

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

#### PELE - PERILESIONAL

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

Quantidade: **Pequeno**

Odor: **Característico**

#### BORDAS

☐ Distintas ☒ Regulares ☐ Irregulares

#### OBSERVAÇÕES GERAIS

16/10/2019 11:48:32

Técnico(a) COREN - 13574486

**IOHANNA ARAUJO DA SILVEIRA**

*IOHANNA ARAUJO*

140384 - 1 - GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

Limpeza: **SF0,9%, GAZE, LUVA PROCEDIMENTO, LUVA EST**

Tipo de Ferida: **LIMPA**

Localização: **PÓS DE FÊMUR.**

Condições do Leito: **SEM PRESENÇA DE EXSUDATO.**

#### EXSUDATO DA FERIDA

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

#### PELE - PERILESIONAL

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

Quantidade: **Selecione uma opc**

Odor: **Selecione uma opc**

#### BORDAS

☐ Distintas ☒ Regulares ☐ Irregulares

#### OBSERVAÇÕES GERAIS

16/10/2019 11:40:39

Técnico(a) COREN - 13574486

**IOHANNA ARAUJO DA SILVEIRA**

*IOHANNA ARAUJO*

**HOSPITAL MEMORIAL**  
**SÃO FRANCISCO**

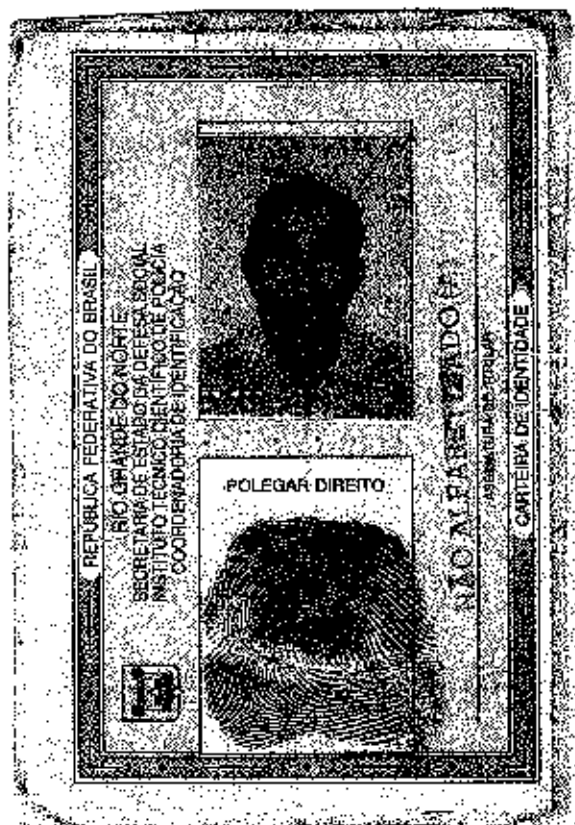
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Vítimas





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **923.980.303-34**

Nome: **FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA**

Data de Nascimento: **26/11/1978**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **12/05/2000**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:02:48** do dia **01/11/2019** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **92B2.76B9.F283.EFC3**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200036136 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA **Data do acidente:** 22/09/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE  
COMPANHIA DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE FÊMUR PROXIMAL DIREITO E AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA, TRAUMATISMO CRÂNIO FACIAL.

**Descrição do exame físico:** DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO, REFERE DIPLOPIA, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE QUADRIL DIREITO, FERIMENTO OPERATÓRIO CICATRIZADO NA REGIÃO LATERAL DE COXA DIREITA, COTO DE AMPUTAÇÃO CICATRIZADO NO 2º DEDO DA MÃO DIREITA. FAZ USO DE CADEIRA PARA LOCOMOÇÃO, HIPOTROFIA MUSCULAR MODERADA DE COXA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** RESULTADOS ADEQUADOS COM O TRATAMENTO PRECONIZADO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 2º DEDO DA MÃO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 10/03/2020

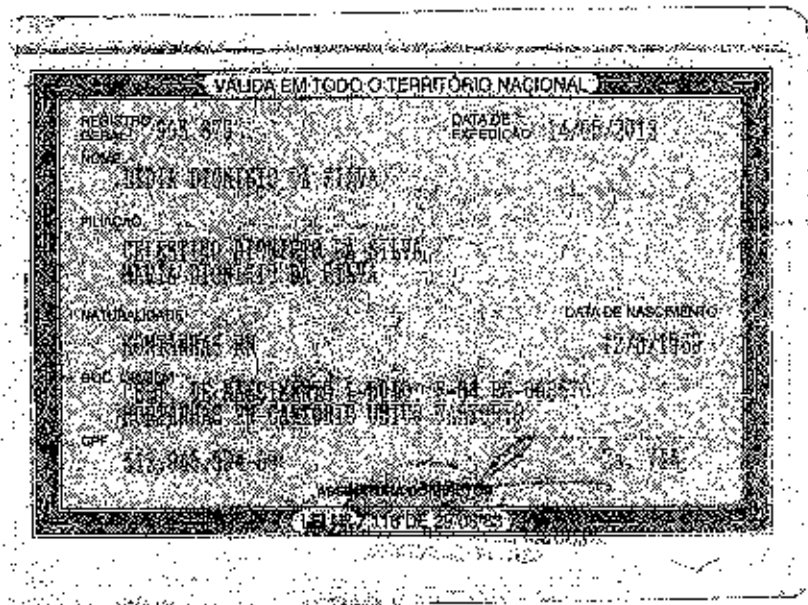
**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                                                                                                                                                                                                                            | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | 100 %                                        | Em grau leve - 25 %                                  | 25%       | R\$ 3.375,00          |
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores                                                                                                                                                                                                  | 70 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 35%       | R\$ 4.725,00          |
| Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão                                                                                                                                                                        | 10 %                                         | Em grau intenso - 75 %                               | 7,5%      | R\$ 1.012,50          |
| Total                                                                                                                                                                                                                                                  |                                              |                                                      | 67,5 %    | R\$ 9.112,50          |

A R O G O



## PROCURAÇÃO PARTICULAR – SEGURO DPVAT

### Outorgante (Vítima/Beneficiário não alfabetizado):

GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA, Data do acidente: 22/09/2019, cobertura: invalidez, casado, aposentado, portador do RG sob o nº 002.404.411/SSP-RN, e do CPF: 548.063.057-15, residente na Rua Angola nº 19, Vida Nova, Parnamirim/RN CEP: 59147-620



### Outorgado (Procurador):

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 endereço profissional na Rua Dr. Sadi Mendes nº 1026 – A, Santos Reis, Parnamirim/RN – CEP: 59146-110. E-mail: franciscaseguros@hotmail.com

### PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

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

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

|                                                                                     |                                                                                                                                              |                                                                                     |                                                                                                                       |                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
|  | Local e Data, _____                                                                                                                          |  | TESTEMUNHAS                                                                                                           |                                      |
|                                                                                     | Nome: <u>Lidia Dionísio da Silva</u><br>CPF: <u>512.945.594-00</u><br><u>Lidia Dionísio da Silva</u><br>(*) Assinatura de quem assina A ROGO |                                                                                     | 1ª Nome: <u>MARILANA CAYRES BEZERRA</u><br>CPF: <u>704.452.384-30</u><br><u>marilana cayres Bezerra</u><br>Assinatura |                                      |
|                                                                                     | Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)<br><u>Francisca Oliveira do N. Filho</u><br>Assinatura do Representante Legal (se houver)     |                                                                                     | 2ª Nome: <u>Ana Carla da Silva</u><br>CPF: <u>100.777.954-31</u><br><u>Ana Carla da Silva</u><br>Assinatura           |                                      |
|                                                                                     |                                                                                                                                              |                                                                                     |                                                                                                                       | Assinatura do Procurador (se houver) |

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

### 20. SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS

Paty Almiral

TABELIÃO: ARIENE JOSÉ AMARAL DE PAIVA

Av. Banguela Santa, 10 - Boa Esperança - CEP: 59140-360 - Parnamirim/RN - Tel.: (84) 2020-3200 / 3272-3288

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de LIDIA DIONÍSIO DA SILVA

Parnamirim/RN, 16/01/2020 10:28:49 Em testemunho da

verdade. Emol R\$ 2,97

MARIA JEANE DE PAIVA NUNES- Substituto

Consulte autenticidade em: <https://selodigital.jrn.br>

Selo: RN2020009536400066330CQ





# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030570/20

**Vítima:** GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

**CPF:** 548.063.057-15

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/09/2019

**Titular do CPF:** GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA : 923.980.303-34

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

### GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA : 548.063.057-15

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/01/2020  
Nome: FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA  
CPF: 923.980.303-34

FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020  
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA  
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA