

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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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: INTERRUPÇÃO 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



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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASI: **308.063.057-15** 3 - CPF da vítima: **GILBERTO FRANCISCO DA SOUZA** 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: **GILBERTO FRANCISCO DA SOUZA** 6 - CEP: **5918.063.057-15**

7 - Profissão: **Não informar** 8 - Endereço: **n/a ANGOLA** 9 - Número: **99** 10 - Complemento:

11 - Bairro: **VILA NOVA** 12 - Cidade: **PONAMINIM** 13 - Estado: **PA** 14 - CEP: **59342-620**

15 - E-mail: **CONTROLESEGUROS@outlook.com** 16 - Tel. (DDD): **84 99828 0800**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÉNOR 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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: **0003** CONTA: **00072.884-6**

(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 atende 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) Divorciado Separado judicialmente Vívo 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou 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 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.

 <p>Lídia Dionísio da Silva 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 552-945-594-00 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) Lídia Dionísio da Silva 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)</p>	38 - 1 ^a Nome: Manjoma Coxios Begêra CPF: 204.452.384-30 manjoma coxios begêra Assinatura da testemunha
	39 - 2 ^a Nome: Ana Carla da Silva CPF: 100.317.954-31 Ana Carla da Silva Assinatura da testemunha
	40 - Local e Data, Ponamimin, 16/01/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200036136
Nome do(a) Examinado(a): Gilberto Franciso 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 FÉMUR 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 MÚLTIPLAS DE HEMIFACE DIREITA E FÉMUR 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):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

2º DEDO DA MÃO - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 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

Urai de Oliveira

DR. URAI 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 de Local: Via Pública

Natureza	Meo(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: 12/08/1969
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
PÓLICIA 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: Claudio Salustiano Gomes Filho

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 064.608.854-86

Endereço

Município: Parnamirim - RN

Logradouro: RUA DAS VITÓRIA

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 DEOCLEÍCIO MARQUES, COM O ATENDIMENTO ATRAVÉS DO BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGENCIA, 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: 1870522

Responsável pelo Atendimento

LÍDIA DIONÍSIO DA SILVA

(Testemunha / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Danificação 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:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

518.063.057-15 GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

6 - CPF:

518.063.057-15

7 - Profissão:

DIG INFORM

8 - Endereço:

RUA ANGOLA

9 - Número:

59

10 - Complemento:

11 - Bairro:

VILA NOVA

12 - Cidade:

PARNAMirim

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

58342-620

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0008

CONTA: 00072.884-6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 da 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 ABSÉNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SÓMENTE 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 SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:

Solteiro Casado (no GM) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data da morte 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:

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

Sim

Não

30 - Vítima deixou nascituro (velho/velha):

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?:

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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)

512-945-594-00

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

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º Nome: Manjanda Caxias Borges

CPF: 704.457.384-30

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: Ana Carla da Silva

CPF: 300.477.954-36

Assinatura da testemunha

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: 00000072884-6

Nr. da Autenticação CCC9F2990B5E80E2



COSERN

DADOS DO CLIENTE

LIDIA DIONISIO DA SILVA

CPF: 512 945 594-00 NIS: 16507657469

CLASSIFICAÇÃO

BT RESIDENCIAL
BAKARENDA COMINIS

080750015 UNICA 27/03/2019
27/03/2019 3001443301 2647847

27/03/2019 3001443301 2647847

Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.435, de 26/04/02
CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Arreiros, 150, Ribeira, Natal - RN CEP: 59025-200
CNPJ 09.384.196/0001-01 | Inscrição Estadual: 20035192-0 | www.cosern.com.br

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ANGOLA 79 CS- 79

VIDA NOVA/AREA URBANA
PARNAMIRIM/RN
59147-620

PERÍODO DE REFERÊNCIA

70111802811 - 09/2019

11/10/2019 - 29/10/2019

139,25

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

DETALHAMENTO	Quantidade	Preço unit.	Valor total
Consumo Ativo até 30 kWh	30,000000	0,21971232	6,58
Consumo Ativo superior a 30 ate 100 kWh	70,000000	0,37024670	26,93
Consumo Ativo superior a 100 ate 220 kWh	120,000000	0,58497455	69,78
Acréscimo Bandeira VERMELHA	12,000000	0,62774951	7,55
Contro IBPN Pólitica Municipal			0,00
ICMS-Panetela Subvençionalizada			13,69
			0,50



Quem tem, fala bem.
SAC: 2010.2010
10600

FAC

9912343188 DR/RN
CABO

CORREIOS

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

SANTOS REIS
59141-085 Parnamirim -RN



6014032258001040000001150710079120

Data de Postagem: 07/01/2020

Data de Vencimento: 17/01/2020

Cabo Telecom
Cabo

segunda via

Facilitamos sua vida! Agora você pode solicitar a sua fatura através do WhatsApp!
Acesse cabotelecom.com.br e saiba mais.



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

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DDCORIGINALASPx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. ² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão Integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisca Oliveira do Nascimento Filho inscrito

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

Gilberto Francisco dos Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 548.063.057/15, do

sinistro de DPVAT cobertura INVALIDSZ da Vítima Gilberto Francisco dos Souza, inscrito (a)

no CPF sob o Nº 548.063.057/15 conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: RUA DR. SADI MENDES	Número: 1026-A	Complemento:
Bairro: SANTOS REIS	Cidade: PARNAMIRIM	Estado: RN
E-mail: CENTRALESEGUROS04@OUTLOOK.COM		CEP: 59141-085
		Tel. (DDD): (084) 2226-5669

Local e Data: Parnamirim, 16/03/2020

Francisca Oliveira do Nascimento Filho

Assinatura do Declarante

0CDRL001 V001/2017



SUS
-elect. N°
CPF: N°

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
A.N.A. PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

P.D. Lis N° 42
Núcleo de Epidemiologia

NOME: Gósperto Francisco de Souza.

IDADE: 80 anos COR: Pcl. SEXO: M ESTADO CIVIL: S. Viver

NATURALIDADE: Pernambuco PROFISSÃO: Aposentado PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: Rua Da Vitória

BAIRRO: Jd. Costa

CIDADE: Pernambuco DATA: 22-03-1999 HORA:

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	COM DISPNEIA <input type="checkbox"/>	CHOCADO <input type="checkbox"/>	COMATOSO <input type="checkbox"/>
C/ HEMORRAGIA <input type="checkbox"/>	EM CONVULSÃO <input type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO <input type="checkbox"/>	AGITADO <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
----------------------------	------------------------------	------------------------------

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

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

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente não se recorda do ocorrido. Familiares relataram colisão bicicleta x moto, com perda da consciência. Negar náuseas e vômitos. Apresentando dor pélvica (5) com limitação de movimentação do MBD interno rodado. Lesão em falange distal de 2º quirodáctilo (5).

EXAME FÍSICO

NF perna. NF cervicalgias.

NF bl alterações.

P脉os presentes, simétricos.

Glascow 15

Escoriações em face e 2º quirodáctilo de mão D.

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

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

HRDML / SESAP
CONFIRMADO 23/10/1999

Mat. 36921-4

DIAGNÓSTICO INICIAL

EXAMES COMPLEMENTARES

- ① TC de crânio.
 ② Raio-x da mão, fêmur, pelve e tórax.

GOVERNO DO RN - SÉ -
 H. DEOCLEÓPIO MARQUES DE LUCENA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: Luan S/CDATA: 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"/> ORTOPEDIA	<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 600 ml. EV, correr vento.
 ② Dipirona 500mg t/mel - 02 FA + 08 AMB. EV, agora.
 ③ VAT.

19:00h - fezido TC crânio normal

CD: à NRC do HMWG

Atto do Cirurgia Genit

Dra. Liana Freyre
 MED. CA
 CRM-RN: 5153

Luis Felipe R. Amorim de Oliveira
 CIRURGIO DENTISTA
 CRM-RN: 663

B MF
22/09/19

Paciente vítima de acidente de moto, consulto, ondade, apertando edema difuso em face, ① e epistaxe.
 TC: fractura cominutiva da mandíbula ② e OPN.

(Ass. do Responsável)

DESTINO DO PACIENTE

Paciente encaminhado para URGÊNCIA

 INTERNADO NO SERVIÇO DE

REMOVIDO EM

acidente da Ortopedia

HORA /

PARA

 FICOU NO LOCAL

HORA _____

HS

DECISÃO MÉDICA

A REVELIA

DATA ____ / ____

HORA _____

ÓBITO ____ / ____

HORA _____

ENTREGUE

À FAMÍLIA S.V.O. I.T.E.P.

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



PEDIDO DE PARECER

Unidade Solicitante:

Município:

Paciente: Gilberto Francisco de Souza

Prontuário:

Motivo da Consulta:

Atropelamento moto / bicicleta, apresenta provável fratura exposta em falange distal do 2º queroátilo direito e dor a flexão de quadril à direita. Solicito parecer da ortopedia.

José Felipe R. Antunes de Melo
CRM: 15251
Médico

CRM

22 / 09 / 19
Data

Encaminhado à especialidade: Ortopedia

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)

Paciente c/ fratura transversocontínua - quadril
e fratura exposta do 2º QD/II.

CID: Paciente recente no encaminhado ao HMNG
p/ cirurgia de urgência.

Diagnóstico:

CID:

Filippi Ramieri Alves
Ortopedia e Traumatologia
Maiorista do Pará e Tomozinho
(CRM: 15251/TEOT 15251)

CRM

22 / 09 / 19

Data

Retornar à clínica solicitante:

Unidade

Para o (a) Dr. (a):

às _____ horas do dia

HRDML / SESAP
CONFIRA O ORIGINAL
Paraná, 23/10/09
10 Maio 6921-4



Requerido cl. Drs. 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 Bico (acompanhamento ambulatorial).

VAP, sem curvatura

MV+, simétrica, SRA

P脉os amplos e simétricos

ECG 14

lesões em face e fraturas expostas em mãos ③.

Foi avaliado pelo ortopedista e requisiado para HMWG.

De alta pelo cirurgo qual. Nenhum avaliação do NEC (levando lado de TC). pronto!

22/09/19

DR. JOSÉ FERREIRA
NEUROLOGIA
N. 3163.



ENCAMINHAMENTO DE PACIENTE

Encaminhamento de paciente ao Hospital:

Nome: Gilberto Francisco da Silva Wolfrest Grunpl

Diagnóstico:

Motivo do Encaminhamento:

Date: 21/03/2012 Fratura exposta 2º QDE

Hora:

~~Filippi Ramieri Alves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Pé e tornozelo
DR. F. R. ALVES
Medico 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, fissuras e sulcos corticais preservados.

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

Fratura múltipla 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.

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

Marcel Dantas de Sousa

Assinado Por:
Marcel Dantas de Sousa
CRM-RN 4557 / RADIOLÓGISTA

Validação:





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 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: PARDAS

CNS: 706006396821749

CPF: 54806305715

Prof:

Mãe: SEVERINA MARIA DA CONCEICAO

Pal: ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA

Logradouro: DAS VITORIAS, 3478

CEP: 59146330 Bairro: MONTE CASTELO

Cidade: PARNAMIRIM

Telefone: 84 994821677

Compl:

Motivo: MOTO X BICICLETA - COLISÃO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: H DEOCLEIO MARQUE LUCENA

*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 desorientado no momento do trauma. Avaliado e liberado pela cirurgia que da HDM.

ABD = tônico, flácido, indolor

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

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A V.A. pernas
- B Hipotensão em O2 ambiente
- C Hemodinamicamente estável
- D Glasgow = 15
- E FCC em valor cabulado

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Politrauma

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

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALÉRGIAS) _____

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 (RADILOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CONDUTA PRIMÁRIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Alta da cirurgia geral

Dr. Geraldo Santa Cruz
Universitário
CRM 1081AB - fechado de sutura +
limpeza de ferimento EM
valva e abdômenDr. Geraldo Santa Cruz
CRM 1081
28/09/2014

Fornecido 8 cm de curativo

Único - aviso de cir. geral

INTERNAÇÃO SUSPENSA
devido a
medicamento -
entrega de bula A1

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	ORTOPÉDIA	HORA: 22:12	DATA: 22/09/19

DESTINO DO PACIENTE:

DATA / /

Dr. Geraldo Santa Cruz
Universitário
CRM 1081

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

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

ONTO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATTESTADO () S.V.O () ITCP



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 - Saia: (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 morfológicas;
- 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
Cardiologista
CRM: 4858

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

ALGORITMO PI (SOPORTE BARCO DE VIDA) - LIGAÇÕES A RESPONSABILIDADE DA VITIMA: 1- PEGA A MÍDIA E CHAMA PESSOAS; 2- LIGA A UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO (HOSPITAL); 3- ABANA NA ÁREA DA VITIMA; 4- FAZ UMA RESPIRAÇÃO VIVA; 5- AVALE FLESCHE GASTROGRÁFICO; 6- ESTIMAR (URGÊNCIA); 7- ESTIMAR (URGÊNCIA); 8- FAZ UMA IRM (120V) P/ DEIA (IRM); 9- FAZ UMA IRM (120V) P/ DEIA (IRM); 10- FAZ UMA IRM (120V) P/ DEIA (IRM); 11- FAZ UMA IRM (120V) P/ DEIA (IRM); 12- FAZ UMA IRM (120V) P/ DEIA (IRM); 13- CONDUZ-A EM POSICAO DE REPOSO/FERIMENTACAO.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO:

ANAMNESE

profusas com flocos de sangue.
O 1º ATENDIMENTO é em casa acima da
AO que bala fôrco do HST, episódio
es dos ocos que está pifando.
ALTA das BULAS

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

J. Rômulo Dias
Clínica Cirúrgica Facial
CRM-SP 372

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABÓRATORIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Res:

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW

Abertura Ocular (AO)

Olhos se abrem espontaneamente.

Olhos se abrem só com estímulos visuais (não consciência para o estímulo de que permanece inconsciente, se aplica fórmula 4, se não 3).

Olhos se abrem por estímulo doloroso

Olhos fechados ou abertos.

Motivação verbal (MV)

Palavras e frases compostas e significativas (o paciente sabe quem sou, onde está, etc., etc., etc., etc.)

Comunicação de palavras incompletas, mas com alguma coerência e conteúdo.

Palavras incompreensíveis (fala desordem, mas não consegue entender).

Bem informado (converte-se em palavras claras).

Consciente

Indivíduo com espasmos generalizados

Confusão e atordoamento, fala confusa quando lhe é questionada

Lacrimejamento intensivo

Excreção incontinente

Pupilas dilatadas e fixas

Pupilas mióticas e fixas

Sonolência profunda

ESCALA DE GRAVIDADE DO TRAUMA (TRIAGE TRIAGE - TTS)

DISCRIMINADOR

1-20 = 1

3-120 = 2

5-30 = 3

1-10 = 4

10-20 = 5

20-30 = 6

5-10 = 7

10-20 = 8

20-30 = 9

5-10 = 10

10-20 = 11

20-30 = 12

5-10 = 13

10-20 = 14

20-30 = 15

5-10 = 16

10-20 = 17

20-30 = 18

5-10 = 19

10-20 = 20

20-30 = 21

5-10 = 22

10-20 = 23

20-30 = 24

5-10 = 25

10-20 = 26

20-30 = 27

5-10 = 28

10-20 = 29

20-30 = 30

5-10 = 31

10-20 = 32

20-30 = 33

5-10 = 34

10-20 = 35

20-30 = 36

5-10 = 37

10-20 = 38

20-30 = 39

5-10 = 40

10-20 = 41

20-30 = 42

5-10 = 43

10-20 = 44

20-30 = 45

5-10 = 46

10-20 = 47

20-30 = 48

5-10 = 49

10-20 = 50

20-30 = 51

5-10 = 52

10-20 = 53

20-30 = 54

5-10 = 55

10-20 = 56

20-30 = 57

5-10 = 58

10-20 = 59

20-30 = 60

5-10 = 61

10-20 = 62

20-30 = 63

5-10 = 64

10-20 = 65

20-30 = 66

5-10 = 67

10-20 = 68

20-30 = 69

5-10 = 70

10-20 = 71

20-30 = 72

5-10 = 73

10-20 = 74

20-30 = 75

5-10 = 76

10-20 = 77

20-30 = 78

5-10 = 79

10-20 = 80

20-30 = 81

5-10 = 82

10-20 = 83

20-30 = 84

5-10 = 85

10-20 = 86

20-30 = 87

5-10 = 88

10-20 = 89

20-30 = 90

5-10 = 91

10-20 = 92

20-30 = 93

5-10 = 94

10-20 = 95

20-30 = 96

5-10 = 97

10-20 = 98

20-30 = 99

5-10 = 100

10-20 = 101

20-30 = 102

5-10 = 103

10-20 = 104

20-30 = 105

5-10 = 106

10-20 = 107

20-30 = 108

5-10 = 109

10-20 = 110

20-30 = 111

5-10 = 112

10-20 = 113

20-30 = 114

5-10 = 115

10-20 = 116

20-30 = 117

5-10 = 118

10-20 = 119

20-30 = 120

5-10 = 121

10-20 = 122

20-30 = 123

5-10 = 124

10-20 = 125

20-30 = 126

5-10 = 127

10-20 = 128

20-30 = 129

5-10 = 130

10-20 = 131

20-30 = 132

5-10 = 133

10-20 = 134

20-30 = 135

5-10 = 136

10-20 = 137

20-30 = 138

5-10 = 139

10-20 = 140

20-30 = 141

5-10 = 142

10-20 = 143

20-30 = 144

5-10 = 145

10-20 = 146

20-30 = 147

5-10 = 148

10-20 = 149

20-30 = 150

5-10 = 151

10-20 = 152

20-30 = 153

5-10 = 154

10-20 = 155

20-30 = 156

5-10 = 157

10-20 = 158

20-30 = 159

5-10 = 160

10-20 = 161

20-30 = 162

5-10 = 163

10-20 = 164

20-30 = 165

5-10 = 166

10-20 = 167

20-30 = 168

5-10 = 169

10-20 = 170

20-30 = 171

5-10 = 172

10-20 = 173

20-30 = 174

5-10 = 175

10-20 = 176

20-30 = 177

5-10 = 178

10-20 = 179

20-30 = 180

5-10 = 181

10-20 = 182

20-30 = 183

5-10 = 184

10-20 = 185

20-30 = 186

5-10 = 187

10-20 = 188

20-30 = 189

5-10 = 190

10-20 = 191

20-30 = 192

5-10 = 193

10-20 = 194

20-30 = 195

5-10 = 196

10-20 = 197

20-30 = 198

5-10 = 199

10-20 = 200

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

8

c

3

A(ALERGIAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

LUGO- ALIMENTOS INGERIDOS

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DA INFORMAÇÃO E PROCEDIMENTOS

- Atta da ciungia geral

Dra. Georgina Santa Cruz
Universitaria
CABA/ARG

As - palpado na face +
limpeza de ferimento em
várias ocasiões.

Formación de campos caídos
áreas - privadas as C.R. comunales

~~DATA LOG - 31 DEC 1986~~
~~DATA LOG - 31 DEC 1986~~

ASSINATURA E CARTEIRA DO RESPONSÁVEL.

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1	BMP	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
Endocrinóloga
MCB#1000000000

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA

DATA

INSCRIÇÃO MÉDICA REVELIA TRANSFERIDO PARA:

— 10 —

MATRIZ/PAPELARIA () COM ATESTADO () S.V.O () FTEP

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



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO:

ANAMNESE

profundos e se espalham para o lado. FOTO
04º ATENDIMENTO - Em casa acende fogo
ao que bala fôlio do Host, após liberar
os lados da foga, queimou a pele das faces.

EXAME FÍSICO

AGRAVOS DA BOLSA

Jr. Rômulo Dias
Cirurgia Ortopédica Facial
Belo Horizonte - MG

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADILOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Küller-Glasgow (KGS)

Olhos se movem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao estímulos visuais, não confronta com o despedida de viva pessoa falante, ou seja, fala mal.	3
Olhos se abrem por estímulos dolorosos.	2
Olhos não se abrem.	1
Motora responde verbal (MRY)	
Ortostatismo descreve-se como a capacidade de permanecer sobre os pés, sem apoio, sem apoio, é dizer, é quando o pé não é apoiado.	5
Contagem: descreve-se como a capacidade de permanecer sentado, sem ter alguma dependência e contando.	4
Paroxismo: descreve-se como a capacidade de permanecer sentado, mas só alguma dependência e contando.	3
Beso: descreve-se como a capacidade de permanecer sentado.	2
Reverberar.	1
Motora responde motora (MMR)	
Obediente a ordens verbais. [Pode ser que nenhuma resposta não é observada]	6
Lateraliza voluntariamente.	5
Responde incompreensivelmente.	4
Responde bem à dor (Dorsal Sensação).	3
Responde incompreensivelmente.	2
Não responde nenhuma.	1

ESCALA DE FRADENSTEIN TRAUMA PREVENÇÃO-ITS	
DESCRIPTOR	PONTUAÇÃO
0-100	=0
101-120	=1
121-140	=2
141-160	=3
161-180	=4
181-200	=5
201-220	=6
221-240	=7
241-260	=8
261-280	=9
281-300	=10

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2003)*

01- Mínimo (nenhum risco de lesão fatal imediata);
02- Moderado;
03- Alto

* Fradenvale TRAUMA SURVIVAL. In: Assessment of coma and stupor. Considerations. A practical scale. Lancet 1974;2:61-64.

A escala proposta aplica-se a pacientes com lesões a crânio-cervicais com tempo menor a 6 horas. No caso de lesões isoladas em ósos longos (sem envolvimento da articulação), se consideram com os resultados separados.

SEM DOR	LEVE	Moderado	Intenso	Fixo
0	1	2	3	4

* Escala de Trauma Fradenvale (ITS) é uma escala de referência para pacientes de trauma feita pelo autorizado adaptado de Compton M.A., Baum P.L., Cooper, et al. A review of the Trauma Score. J. Trauma 2003;55:1737.

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gilberto Francisco de Souza Reg. N° 14608

Diagnóstico pré-operatório: Pneumotórax

Indicação terapêutica: Drrenagem de Tórax Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 23/09/19 Início: _____ Término: _____ Duração: _____

Operador: D. Edwando CRM/CRO: 1341

1º Auxiliar: Dra. Cláudia Sales Gurgel
CRM/CRO: Dra. Cláudia Sales Gurgel
Médica

2º Auxiliar: CRM/CRO: CRM-RN 0561

Instrumentador:

Anestesista: D. Francisco Mello CRM/CRO: _____

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- 1) Punction em DDH sob anestesia local
- 2) Anepisia + Antinepisia com coloconos de campo estéril
- 3) Teste de anestesia
- 4) Incisão no 6 ITC a direito
- 5) Dissecção com Kelly dí pluma
- 6) Exploração digital
- 7) Colocada dreno de tórax n.º 28
- 8) Observado escape óxido.
- 9) Fissões com prolene 00
- 10) Curativo

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

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

Eduardo Ronald da Costa
Médico-Cirurgião Geral
CRM: 1341 - CRF: 00.673/00-00

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



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto-Socorro Clávis Barinho

Nome: **GILBERTO FCO. DE SOUZA**
Serviço: **DENTROLOGIA**

Idade: **80 anos**

Nº Registro:
Letra: **254**

DATA

21/9/19

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Vítima de acid. moto/bicleta - feriu OI ambiente
alimentado na Orel. Líquida e pastosa.
Ao ex. clínico intubado: descalcido total
é muitos hematomas, fraturas de face eo-
águas - foi utilizado na H. Orel clorexidina
al 0,12% em gaze húmida si escorvante.

Hospital 21/9/19

Unidade:

Dig. Dr. W. Pinto
CIRURGIA-DENTISTA
CRO 1089

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Gilberto Góes de Souza Cade: _____ N° Reg.: _____
Serviço: _____ Enr.: 40 Leito: 425

AO SERVIÇO: OFITALMOLOGIA

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

Hiporemia e diplopia
à direita

Natal/RN, 28 de 09 de 19

DR. Diogo F. TORQUATO
ORHONDEIA E TRAUMATOLOGIA
DR. RN. 57070 (1977)

Médico que solicita o parecer

PARECER: OFITALMOLOGIA

Paciente com queixa oftalmoscopia.

Oncosíntese: hemicrício subconjuntival + retinal +
ADM da máscara ocular, sobretudo à elevação
com adução. Círcos e segmentos orbitais apresentando
infarto.

Obs: paciente examinada sem a barreta, dada a
insistência para sair é LP. (fratura do
fêmur. ci recomendação para não movimentar MIO)
Obs: Confronto com o mastim anterior prudamente
fratura de ossos da face

Conclusão: sair com prazer de BMF

Se necessário, novo parecer + oftalm.
para o mesmo poder ser transferido a IP

Natal/RN, 28 de 09 de 19

Dr. Maria Rodrigues
Médica
CRM 2893

Médico que emite o parecer

Nome

Gilberto Evangelista de Souza

Sexo:

Idade:

80 anos

Nº Registro:

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Nota operatória → CG

13/09/1995 Paciente foi submetido a drenagem de tórax a direita. Procedimento sem complicações.

Dra. Cláudia Sales Chaves
Médica CRM-RN 9561

Dr. Eduardo da Costa
Eduardo da Costa
Médico Cirurgião CRM-RN 651
CRM 1311, CPF: 130.570.000-09
/31/

CG

Alovia: I DPO drenagem de tórax por pneumotórax.
Paciente evolui bem, sem queixas. Diurese presente.

Raios X de tórax: levi: pulmão expandido.

AO exame: BEG, suprass, orofaríngeo, oculário

AP: n.v. bilateral s/ RA.

Drus: Ø sem escape aéreo

CD: Retra SVD

Vigilância respiratória

General Ronald da Costa
Dra. Cláudia Sales Chaves
CRM 1311, CPF: 130.570.000-09
/31/

3009-49

S1215

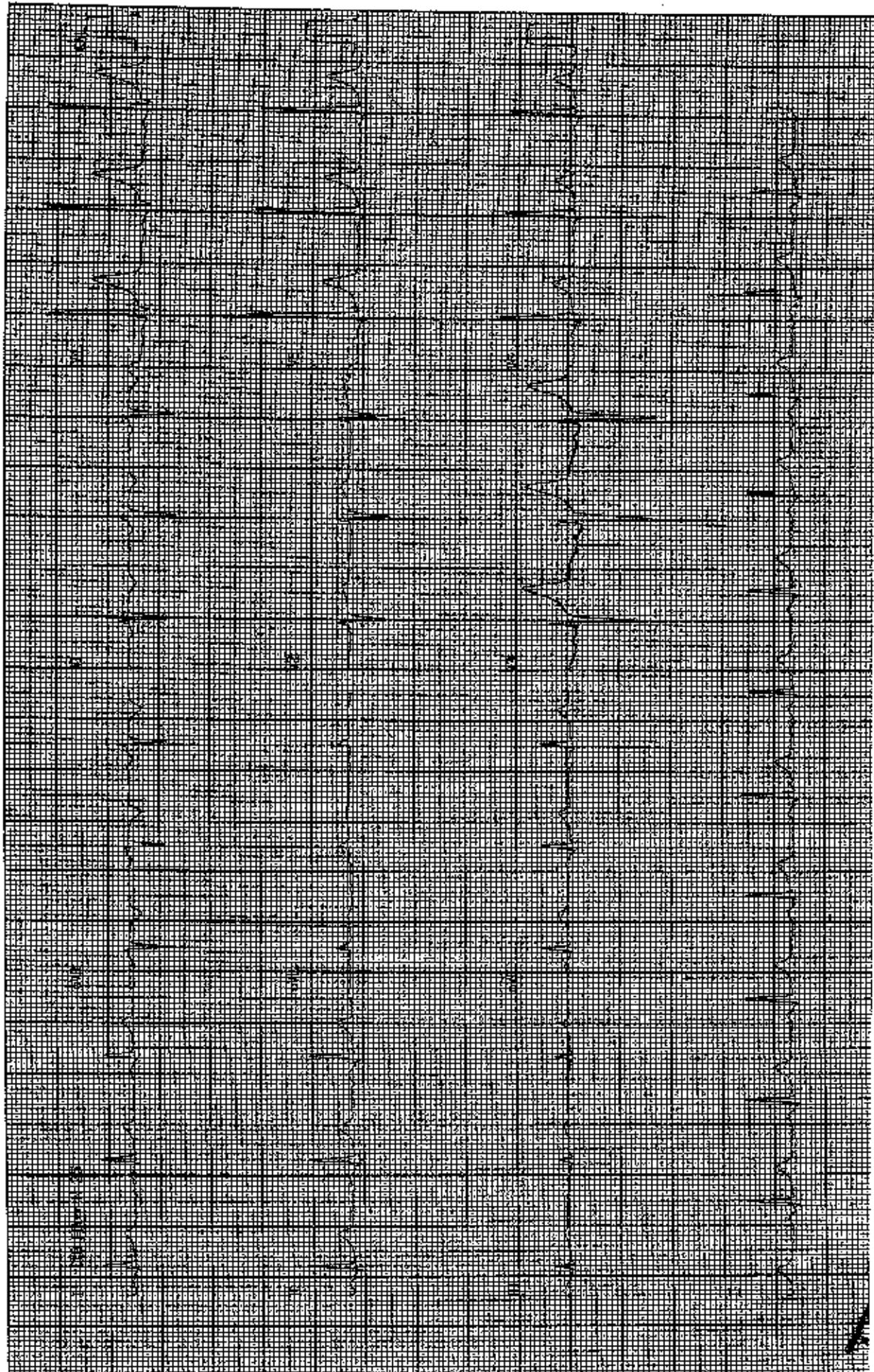
cont of

source 80

Gilberto

transcribed at

44-5





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL ESTADUAL MONSENHOR 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: 54806305721

Cor: PARDA

Prof:

Mãe: SEVERINA MARIA DA CONCEICAO

Pal: ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA

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

Cidade: RN PARNAMIRIM

CEP: 59146-330 Telefone: (84) 994821677

BOLETIM N°: 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 DEOCLETO 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 Nâo

PACIENTE SOFREU COLISÃO DE MOTO X BICICLETA HÁ 12 HORAS E VEM ENCAMINHADO DO HOSPITAL DEOCLETO 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.

Solicitó exames :

32021010 - MAO AP, PERFIL E OBLÍQUO DIREITA - RX

Profissional: ALEXEY ALVES GARCEZ

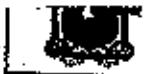
CRM: RN 7539

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

Data e Hora da Saída: 23/09/2019 07:00 Médico:

Dr. Alexey Alves Garcez
Ortopedia e Traumatologia
CRM 243227/REOT 16262

CRM 7539/er



REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome:	Idade:	Nº Reg.:
Serviço:	Enf.º:	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: *- Flávia Damasceno*

*Paciente idoso, com antecedentes crônicos.
Gastroenterite, grande falecida.*

No exame fisiológico: AB 7.2, Hb. 100 g/dl, Fase febril.

*CO: Sol. exato pt degradação do boro
- Risco de hipodrivenia pt devar AB 9.0
para qualquer procedimento cirúrgico, nenhuma
análise de FBS > 10.*

Natal/RN, 30 de 9 de 10

*Dr. Flávia Damasceno
Gastroenterologista
080 35 184-26
0137113*

Médico que emite o parecer



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

NOME: Gilberto FCO de Souza ENF: 42 LEITO: 425
IDADE: 80a PESO: ALTURA: N° REG.:
DIAGNÓSTICO: Pós-trauma - com drenagem por pneumotórax
TMB. NC:
DIETA: líq. postosca → fastose

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 tórax por pneumotórax. Aceitando bem dieta líq. postosca sem engorgo. Fe(+) FU(+) sem edema. Na prescrição médica de ontem está a orientação de dieta livre, de hoje está líq. postosca mas não aceita nem engorga. Amanhã obterá prescrição médica para maior consistência.</p> <p>cd. Montado. <i>[Signature]</i></p> <p style="text-align: right;">Tathiane Amanda CNP: Marinho Nutricionista CNP: 612a</p>
26/09/19	<p>Paciente segue estável, aceitando bem a dieta líq. postosca. Fe(-) FU(+). Sem engorgo. Ainda nãoouve nutrólogo médico (Joh).</p> <p>cd. Montado.</p>
30/09/19	<p>Paciente evoluindo estável, boa evolução. Fe(+) FU(+) Deseja progressivamente a dieta. cd: dieta fastose.</p>

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



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 6 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

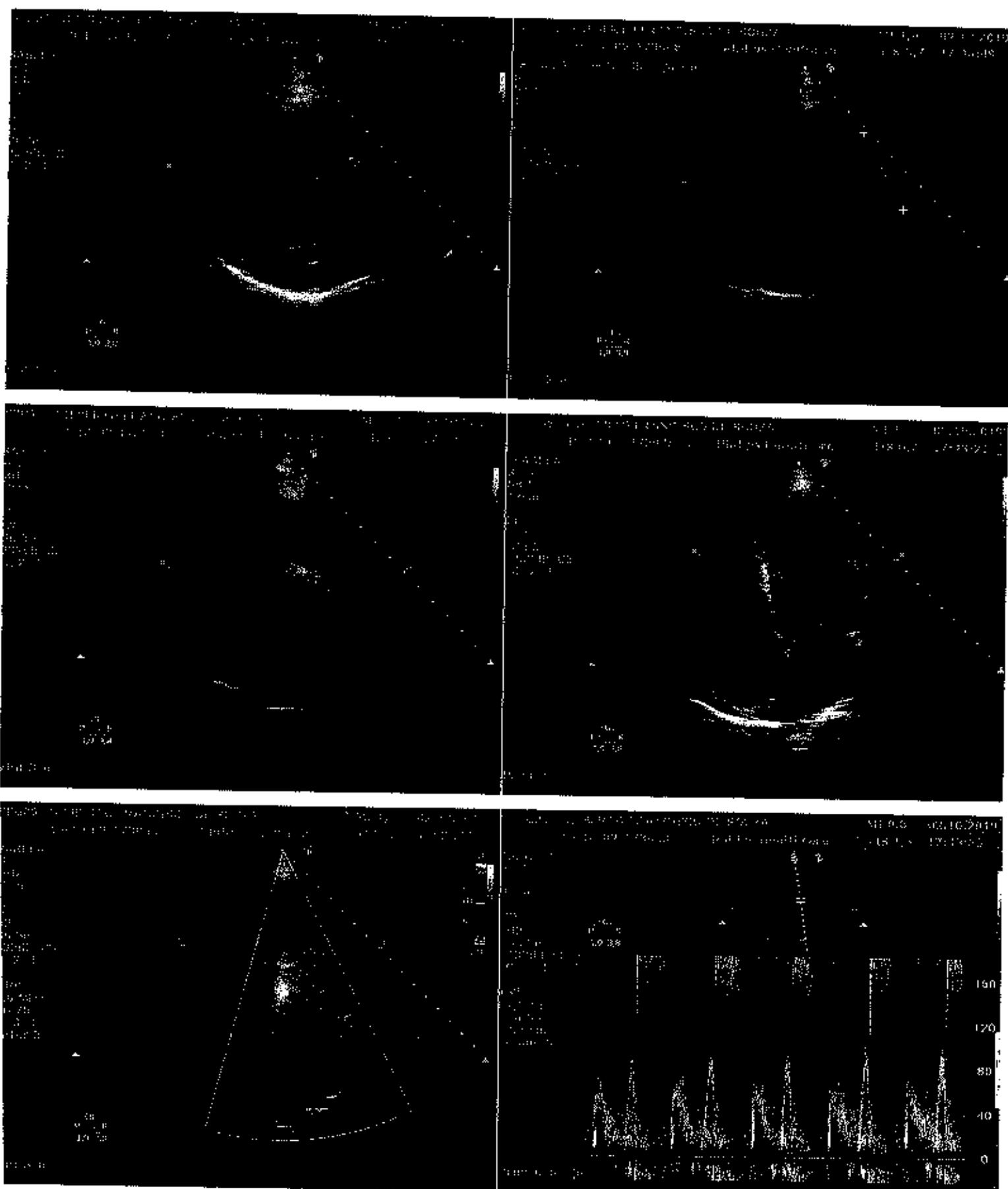
- Câmaras cardíacas com dimensões normais;
- Miocárdio com espessura diastólica normal;
- Função sistólica do VE preservada, sem alteração contrátil segmentar
- Função diastólica do VE: padrão E < A;
- Espessamento das valvas mitral e aórtica, com pontos de calcificação. Refluxo aórtico discreto. Demais valvas cardíacas sem alteração morfológicas;
- 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



3M2-A

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
 Hospital Memorial São Francisco	
CLÍNICA ORTOPÉDICA E TRAUMATOLÓGICA DE NATAL LTDA	
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirer - CEP 59022-020 Natal - Rio Grande do Norte Tel.: (84) 2133-4200 CNPJ 10.887.687/0001-10	

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

Paciente: *Gilberto Fco dos Reis*
Sexo: Feminino Masculino Idade: *80*.
Endereço: *R das Virtudes, 14. Corrotá.*
Prescrição: *OJO DIREITO:*
(a) 100mls 100 — 000

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Ident.: _____ Org. Emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Dr Hermann Gomes Ortopedia Quirúrgica Reconstrução da Pele CRM: 1643 - TEOF: 8887	
Assinatura do Farmacêutico	Data



Hospital Memorial
São Francisco

Pt Síndrome Fco no fute

nos ossos:

① Lissose tip ossos
fomente ex emb. ② 616c
carta ter.

② Fracasso lo elos
fomente ex cart. ②
ex/mr, 20 fias.

Dr. Hermann Gomes
Chirurgia do Quadril
Resectoartroplastia da Perna
CRM: 4843 - TEOT: 0807

17/10/19

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



Hospital Memorial
São Francisco

entregue por:

- * Pode fumar
- * Pode fumar e urolais.
- * Fumar fumo e cigarro
- * Pode fumar e beber
- * Pode fumar .
- * Pode fumar e beber .

assinatura

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



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



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

Hemogram

Eritrogramma

Amostra: Sangue Total (EDTA)

Hemácias.....	2,4	milhões/mL	4,5 a 5,9	milhões/mL
Hemoglobina.....	7,2	g/dL	13,5 a 17,5	g/dL
Hematórito.....	23	%	41,0 a 53,0	%
V.G.M.....	96	fL	50,0 a 100,0	fL
H.G.M.....	30	pg	26,0 a 34,0	pg
C.H.G.M.....	31	%	31,0 a 38,0	%
RDW.....	14	%	11,5 a 15,0	%

Leucogramma

Lecocqemia

Leucócitos	7.480	4000 a 10000	%
Bastonetas	0	0 a 2,0	%
Segmentados	75	5.610	40 a 70
Eosinófilos	4	299	1,0 a 4,0
Basófilos	0	0	0 a 3,0
Linfócitos	16	1.197	25,0 a 45,0
Linfócitos Atípicos	0	0	%
Monócitos	5	374	2,0 a 10,0
Metamielócitos	0	0	%

Plaguemas

Amposta: Sangue Total (EDTA)

Contagem de Plaquetas **270 mil/mm³** **150 a 450 mil/mm³**

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

A. P. C.
ANA PAOLA CUENZO M. UMA
IMAGENES - FOTOGRAFIA
Calle 102B B.N.



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



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]

191..... : 0,95

Amostra Plasma clorotado Método Coagulométrico

Evolução Tempo Protrombina

Evolução Atividade Enzimática

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

ANA PAULA QUIRINO M. LIMA
HMG - HENRIQUE MACHADO
CNPJ 30.559.889/0001-00



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



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 99 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:


GRAZIELA LAURIANE SOUZA DE SOUZA
HMWS - Farm. Bioteknica
CRF 2750/RN



REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Gilberto Ferreira de Souza Idade: _____ N° Reg.: _____
Serviço: _____ Enf.: _____ 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: - Prew Omnitex

Paciente idoso, com antecedentes cardiovasculares
graves: SAIBA, grande Febre, etc.

No exame fisiológico: P.A. 72, P. 110, A.R. 100, T. 37,5°C
discutir.

O: Sol. ectópico com arritmia de braco
- Rítmo fibrilar paroxístico p/ acompanhar HBDT, D
pela qual deve ser considerado arritmia: fibrilação
auricular de PAB > 10.

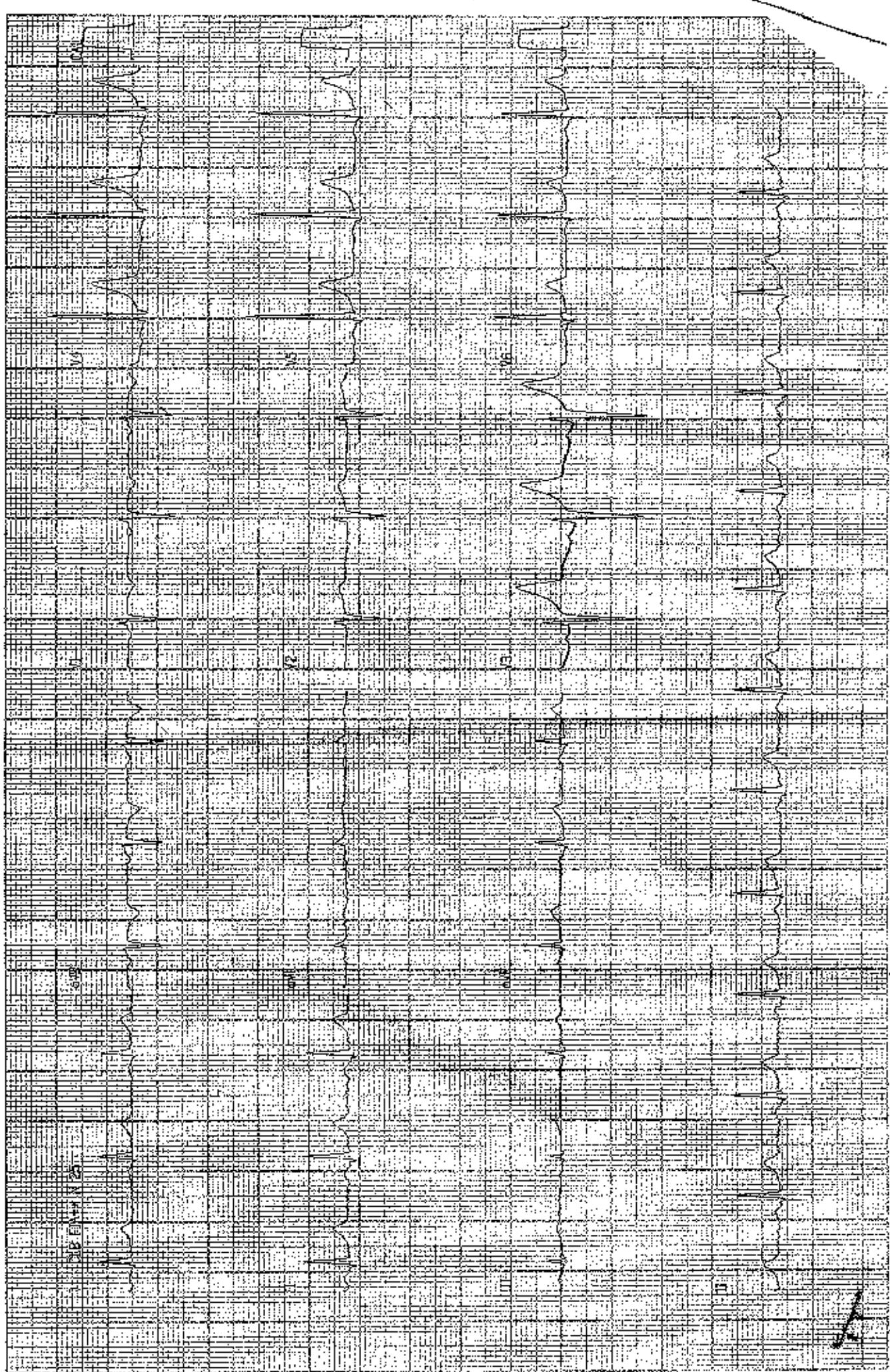
Natal/RN, 30 de 09 de 74

Dr. Flávio Andrade
CRM-RN 185.184-26
OP-050785-100137118

Médico que emite o parecer

9/14/15

Gilberto Francisco de Souza 80 Anos





DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro que a Sr. (a) Gilberto Francisco da Souza
Cpf: 548.863.081-15.

esteve nesta unidade hospitalar no dia 11/10/2019 esti o presente
data: 29.10.2019. para o fim de: recepção
paraultimo encontro no ato do festejo diário
e maternidade urbana de atendimento. Encabeça-se
nesta unidade hospitalar no dia 31/10, os
encontros da médica Hellenon Gomes, esti o con-
tinente com previsão de alta hospitalar.

Natal (RN), 29/10/19


Márcia Cristina B. de Lacerda
NASC: 11/03/1983
RG: 10.000.000-0

Assistente Social

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

1-425



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
BUCOMAXILOFACIAL

COORDENADOR: DR. RÔMULO DIAS

TURMA 2015-2018

PACIENTE: GILBERTO FRANCA DB 55071
IDADE: 80 Anos Registro: 344608
Lito: 425
SOLICITO

- Hemograma completo
- Coagulograma completo
- Classificação sanguínea
- Glicemia em jejum
- Hemoglobina glicada
- Uréria
- Creatinina
- _____

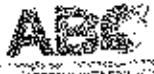
Dr. Hayson M. G. F. Neolands
Cirurgia e Traumatologia Bucoraxiolofacial

CRP/RN 3556

Natal, 30/09/19

ASSINATURA E CARIMBO

Procurado o BUCO



PRONTOCLÍNICA
DR PAULO GURGEL

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
BUCOMAXILOFACIAL

L-425

COORDENADOR: DR. RÔMULO DIAS
TURMA 2015-2018

PACIENTE: GILBERTO Ribeiro Gomes 06 Souza

IDADE: 60

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. Rômulo M. G. S. Melo
Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

COP/PRN 2015

ASSINATURA E CARIMBO

SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou _____

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: 144608 GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

Prontuário:

CNS: 706006396821749

Nascimento: 10/01/1939

Sexo: Masculino

Cor: PARDAS

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 DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA EM VIRTUDE DE FRATURA EXPOSTA DO 2º QDD, FALANGE DISTAL FOI AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, NEUROCIRURGIA E BUCA MAXILOFACIAL QUE DERAM ALTA AO PACIENTE. INTERNO PARA ATB ENDOVENOSO POR 24 H. FEITO LMC + DESBRIDAMENTO + SUTURA

CONDICOES 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

Diagnóstico Principal e Procedimento Soltado:

562.6 FRATURA DE OUTROS DEDOS*408020342 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISIARIA DAS FALANGES

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

NÃO SE APlica;3

Informações importantes sobre as condições do paciente:

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Obesidade	<input type="checkbox"/> Faz Antibioticoterapia	
			<input type="checkbox"/> Lesão por pressão	<input type="checkbox"/> Usa Fixador Externo

Profissional Soltante / Assitente:

ALEXEY ALVES GARCEZ

CRM: 7539 / RN

Data da Soltado 23/09/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

- () Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: _____ Nº do billete: _____ Série: _____
 () Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____
 () Acidente de Trabalho Trajetos _____

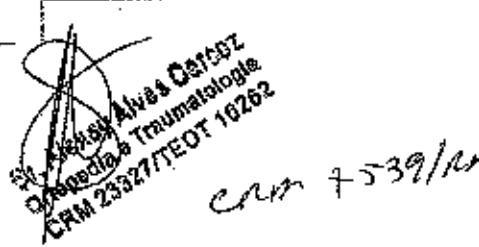
Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Orgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____ / ____ / ____ Assinatura/Carimbo: _____



ITAL MONSENHOER, WALTER GURGEL
Admissão de Internação Hospitalar

Nº FIA: 9047 /2019

Prontuário: 1189207

Paciente: 144608 - GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

Certão SUS: 706006396821749

CPF: 54635305715

Idade: 80 anos 8 meses 13 dias

Sexo: M

Estr. PAROA

Nome da mãe: SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO

Dt Nasc: 10/01/1939

Nome do pai: ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Rua/Av: DAS VITORIAS

Nº: 3478

Complemento:

Bairro: MONTE CASTELO

CEP: 59146330

Telefone: 84 994821677 84 994821677

Cidade: PARNAMIRIM

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1011

Responsável: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA -

Usuário: GILBERTO DA SILVA CARLOS

Admissão: 23/09/2019 04:22:34 Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

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

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

C

ITAL, 23 de Setembro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

ALERTA: O SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1-AVALIA A RESPONSABILIDADE DA VITIMA; 2-PEGA A JUNTA A CINTURA PESADA (DURANTE 10S GUINCHO E BATER FORA DE MOGOTINAS) E PEGA UM DESFIBRILADOR DE CORPO SÓLIDO; 3-ABRIR VIA AEREA, INSPIRAR, APPLICA 2 VENTILACOES DE RESUSCITATIVO DURANTE 10S, ANALISAR O RITMO, 4-ABRIR TROMBOFLEBOTOMIA, FAZER COM 3 PESSOAS TORACAS, FAZER PRÓTRACHICHO 3,5 A 4,5 CM DE PROFUNDOR, ABERTURA 1,5 CM X 1,5 CM DE PROFUNDOR, 5-ABRIR A VITIMA, 6-ABRIR O RITMO, 7-ABRIR O RITMO CARDIACO, EN LACTICÉUM 7,25 SE PRECISO.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO-1:

ANAMNESE

profundos e com fibrilações de face. Foi o 4º atendimento e em casa acordou total ao receber a fáscio do HST, após liberar os ossos da fossa pélvica e pectoral.

EXAME FÍSICO

AG PA das BVLs

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Jr. Rómulo Dias
Cirurgia Oral e Facial
UFSC - 072

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE coma GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Otros só movem os párpados.	3
Otros só abrem os olhos quando chamado, pode confirmar com o despertar da sono profundo adormecido, se assim for responde 4, se não 3.	2
Otros só abrem por reflexo doloroso	1
Otros não se abrem.	0
Melhor resposta verbal (MRV)	
Otros respondem a estímulos e apresentam reação de proteção sobre seu rosto, boca, nariz, etc, se não, é 0 ou 1.	1
Fenômeno/Resposta de proteção extrema, mas não evita desestimulação e estímulos.	2
Polideno/fenômeno de não reacção, nem a menor contração muscular.	3
Nenhum movimento. (Contração muscular permanente)	4
Abre os olhos.	1
Melhor resposta motora (MMR)	
Otros sustentam verticalmente (Pés estendidos quando são levantados).	5
Laceração voluntária.	4
Sustentam horizontalmente.	3
Pode-se mover à dor (Despertar).	2
Pode-se mover à dor (Despertar).	1
Não responde.	0

ESCALA DE TRÂMADA DO TRÂMADA REVISADA - RTS*	
ESTIMULADOR	PONTUAÇÃO*
13-15	3,6
8-12	2,3
1-7	1,2
-1	0,1
10-12	2,3
2-6	0,9
1-2	0,1
0	0,0
2-3	0,6
1-2	0,2
0	0,0
10-12	2,3
2-6	0,9
1-2	0,1
0	0,0
10-12	2,3
2-6	0,9
1-2	0,1
0	0,0

CLASSEIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2000)*

- 0 - Meningite (nenhuma lesão de intensidade mediana).
- 1 - Intensidade mediana.
- 2 - 3- moderada;
- 3 - 4 - grave.

* Referência: TRAUMATOLOGY G. JENNET, S. Appearances of coma and implications: connections with. A practical scale. Lancet 1974;294:44-6

** Este protocolo aplica-se a situações consideradas a que se refere a cada item da escala de TCE. No caso de situações que não se enquadram nessa classificação ou intensidade de coma, deve-se recorrer ao protocolo específico.

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	P.
0	1	2	3	P.

* Escala de Trauma Permanente (PTS): São todos os sintomas para predizer o trauma fisiológico. Fonte: Injury Prevention and Control Division N.C. Center for Disease Control and Prevention, US Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, USA. Versão 2000 USA CDC, 1998.

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



CLÍNICA OITAVA ROSADO

Nome: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

Data: 14/11/2019

ULTRASSONOGRAFIA 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 6,9 cm, visível no terço médio do rim esquerdo. Não há evidências de imagens calculosas calicinás. Não há dilatação do sistema coletor.

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

Ausência de líquido livre.

CONCLUSÃO:

Colecistopatia calculosa.

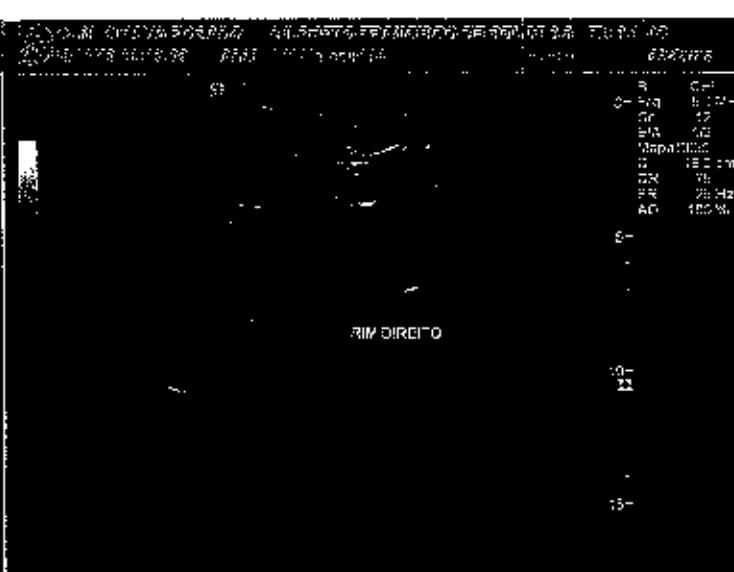
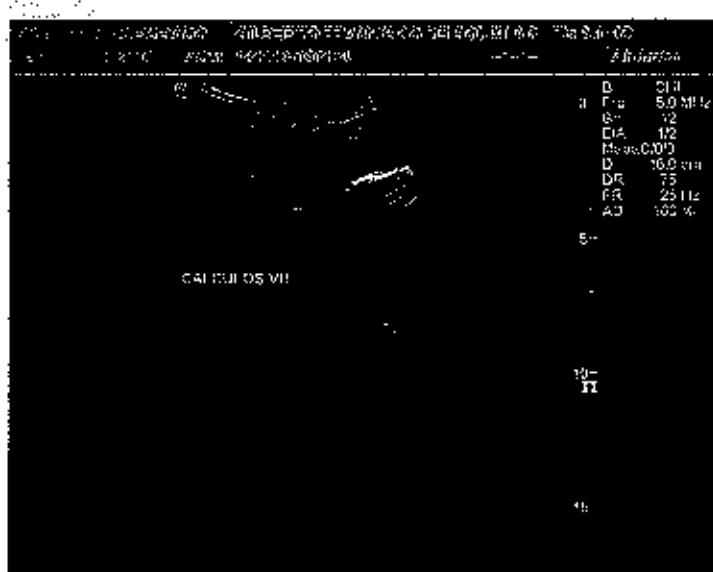
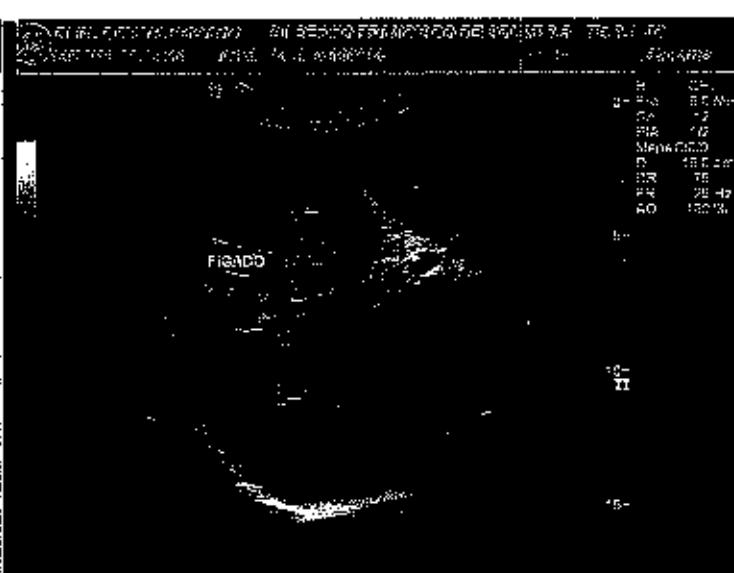
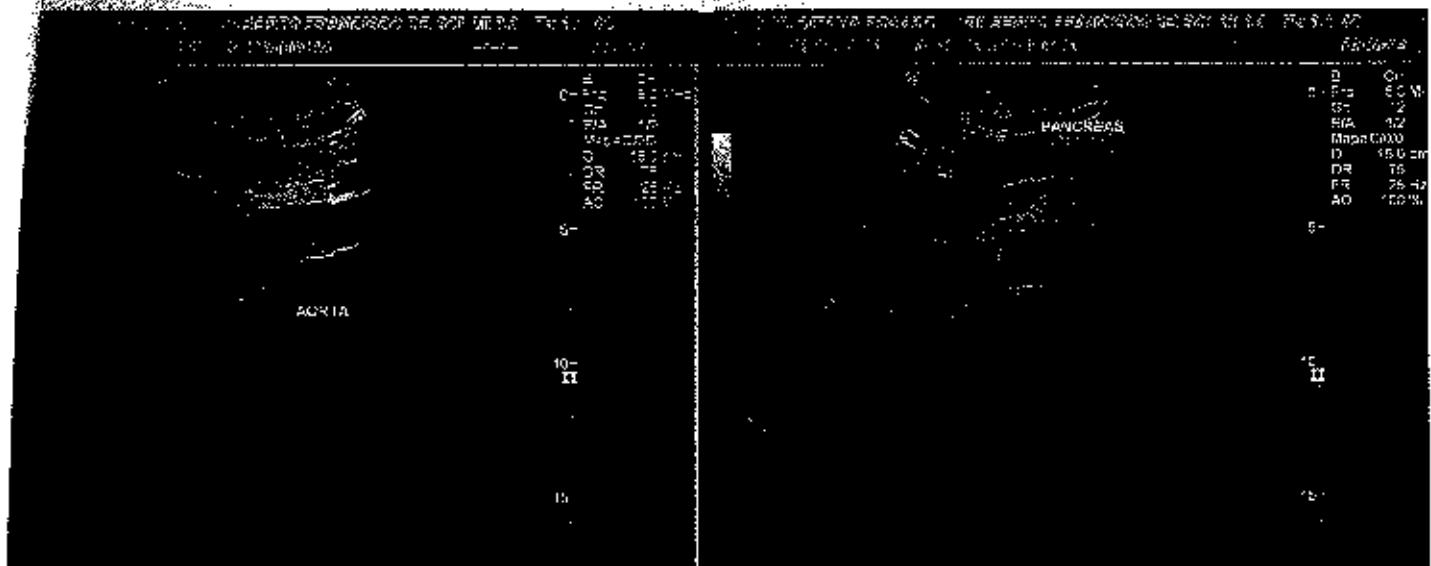
Dilatação do ducto pancreático

Cisto renal à esquerda.

Restante do exame sem particularidades.

Dr. Flávio Freire
CRM/RN/6399

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.



1996-1997 学年第一学期期中考试高二物理试题

D C13
O Fea 5.0 V/m
Gn 12
Dn 12
Maple:0.0
D 90.0 cm
DC 70
FR 25 Hz
PO 100 %

4

- 6 -

4

1 - 6.90 cm

Digitized by srujanika@gmail.com Date: 2016-09-16 4:02:16 Page: 1000 of 2000

5	CPI
6	EU N-2
7	IS
8	ES
9	MaparFCM
10	14.0 cm
11	SE
12	25 Hz
13	95 %

5

三

70-

“中華人民共和國 全國人民代表大會常務委員會關於修改“稅率”的決定”(2008年2月28日)。原文見《中國稅收年鑑》。

卷之三

D	0.1%
G _T	5.0 MPa
G _{T'}	0.7
E _A	292
M _{max} HVO	
D	14.0 cm
DR	94
FR	25 Hz
AD	88 %

5-

BEXIGA

13

100

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**

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

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

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

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av.Juvénal Lamartine, 979 - Tirol

Cep:59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM: 03/10/2020

Beatriz

Observações

PACIENTE COM RX

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: 59160000

Fone: 84991034476

Profissão:

Mãe: SEVERINA MARIA DA CONCEICAO

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: _____ Diagnóstico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratórios: _____

Ap. digestivo: _____

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Ap. Locomotor e Neurológico: _____ Av.Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

Ap. Urinário e Ginecológico: _____ CONFERE COM ORIGINAL

EM: _____ / _____ / _____

Impressão geral: _____

Conduita: _____

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: 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: 38557 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FÍSARIA PROXIMAL (CO

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

, explicito-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

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 : **PARNAÍMIRIM**

UF: **RN**

CEP: **59150000**

Fone: **84991034476**

Profissão:

Mae: **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 DE PATRIMÔNIO

Declaro que estou ciente da minha responsabilidade, à título de usufruto, para meu uso exclusivo, sobre os equipamentos/ matérias específicados 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, Tomeira do lavatório, Dispensadores de álcool, de sabonete, de papel toalha, Ar-condicionado, Cama, Colchão, Enxoval hospitalar, Criado-mudo, Cadeira/Peltona, Televisão LCD, Painel para televisão LCD, Suporte de soro, Lixeira, Painel de gases, Frigobar, Cortinas, Campainha. E os itens inclusos no banheiro do apartamento: Armário de duas portas, Lavatório, Tomeira 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.Juvêncio Lamartine, 979 - Tirol

Cep:59022-020 - Natal/RN

CONTRATO EM ORIGINAL

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

[] Em perfeito estado

EM, _____/_____/_____

[] Apresentando defeito

[] Faltando Equipamentos/Acessórios

Assinatura do responsável

Código Solicitação: 310612928

Número AIH: 241910092038-0

DADOS DA UNIDADE**Unidade Solicitante:**

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Unidade Executante:

HOSPITAL MEMORIAL

Lagradouro, Endereço, Nº , Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL**CNES:**

2653923

CNES:

2408252

Município Executante

NATAL

Central Reguladora

NATAL

Data de Solicitação

10/10/2019 - 16:49:05

Operador

01987736419MARILENE

Data de Autorização

10/10/2019 - 17:19:41

Operador

199RNI205415CHRISH

Data de Reserva

10/10/2019

Data de Internação

11/10/2019

Operador

33391521449FRANCISCA

Data Prevista de Alta

14/10/2019

Data de Alta

01/11/2019 - 16:21:56

Operador

33391521449FRANCISCA

Motivo da Alta

1.2 ALTA MELHORADO

DADOS DO PACIENTE**CNS:**

706006396B21749

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 Lagradouro:

RUA

Número:

3478

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):(84) 8727-5289 ([Exibir Lista Detalhada](#))**Nome Social/Apellido:**

Naturalidade:

PEDRO VELHO - RN

Raça:

BRANCA

Tipo Sanguíneo:

Lagradouro:

DAS VITORIAS

Bairro:

MONTE CASTELO

Município de Residência: UF:

PARNAIBA - RN

Complemento:**CEP:****DADOS DA SOLICITAÇÃO****CPF do Médico Solicitante:****Nome do Médico Solicitante:****Status da Solicitação:**

DIOGO TORQUATO

APROVADA

Nome do Médico Executante:

RICARDO COSTA GOMES

CPF do Médico Executante:**Classeificação de Risco**

1.1 - 001 - Emergência, necessidade de atendimento imediato

Diagnóstico Inicial - CID:**Clínica Complementar:**

5720 - FRATURA DO COLO DO FÉMUR

Nenhuma

Caráter:**Código:**

11 - Urgência

0408050469

Clínica:

ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FÍSICA PROXIMAL (COLO) DO FÉMUR (SÍNTese)

USO DE RÁDIO E USO DE IMAGENS DA INVESTIGAÇÃO**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av.Juvêncio Lamartine, 979 - Tirol

Cep:59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, _____ / _____ / _____

Principais Sintomas e Sintomas Clínicos:

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

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FÍSICO E RAIO X

CRM:

Data de Solicitação:

Condições que Justificam a Internação:

NECESSIDADE DE CIRURGIA

10-10-2019 - 16:49:05

Quarcis:**Motivo de Impedimento do Regulador:**

-

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

04/11/2019 08:53:18

10-10-2019 - 16:49:05



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

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE	6 - N.º DO PRONTUÁRIO														
Gilberto Francisco de Souza															
7 - CARTÃO NACIONAL SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO			9 - SEXO	MASCULINO	FEMININO	2	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - FONE DE CONTATO	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)		13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP
9 - SEXO	MASCULINO	FEMININO	2												
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - FONE 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	Pac. com tontura, náuseas, diplopia, hipertensão arterial, dor no peito, dispneia, febre, cefaleia e perda de consciência.
--	--

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	Exame eletrocardiograma e avaliação em ambiente hospitalar.
--	---

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	Ex. fono + Rx		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS
Febre de fuso			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - LESTOCLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Teste de urina urinária	Dr. Gilson	Internação	GILSON
Febre de fuso	Ortopedia e Traumatologia	Crítico	
Febre de fuso	Clínica Geral	Transitória	
Febre de fuso	Urgência e Emergência		
Febre de fuso	Enfermagem		
Febre de fuso	Terapia Intensiva		
Febre de fuso	Reabilitação		
Febre de fuso	Outros		
28 - CÓD. DO PROCEDIMENTO	29 - DT. SOLICITAÇÃO	30 - CNS / CPF	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)
041501001-2	30/10/19	406.824.764-20	

3) 040402059-3 PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - N.º DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
38 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
40 - () CID. 10 PRINCIPAL		DESCRÍÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - () CID. 10 SECUNDÁRIO		43 - () GRAVE	44 - () GRAVISSIMA

HOSPITAL MEMORIAL
SAO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 879 - Tel:
Cep: 59022-020 - Natal/RN;

64 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

CONFERIDA PELA AUTORIZADA

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVAIAÇÃO	54 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO
47 - DT. AUT. / /	51 - DT AUT / /	EM: / / / /
48 - CNS / CPF		
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	

Código Solicitação: 310612928

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:	CNES:
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL	2653923
Unidade Executante:	CNES:
HOSPITAL MEMORIAL	2408252
Lagradouro, Endereço, Nº , Complemento, Bairro	Município Executante
AV JUVENTAL LAMARTINE - 979 - - TIROL	NATAL
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

DADOS DO PACIENTE

CNS:	Nome Social/Apelido:
706906396821749	---
Nome do Paciente	Naturalidade:
GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA	PEDRO VELHO - RN
Nome da Mãe	Raça:
SEVERINA MARIA DA CONCEICAO	BRANCA
Sexo:	Tipo Sanguíneo:
MASCULINO	---
Data de Nascimento:	Logradouro:
10/01/1939 (80 anos)	DAS VITORIAS
Tipo Logradouro:	Bairro:
RUA	MONTE CASTELO
Número:	Município de Residência: UF:
3478	PARNAIBA/RN
País de Residência:	CEP:
BRASIL	
Telefone(s):	
(84) 8727-5269 (Exibir Lista Detalhada)	

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:	Nome do Médico Solicitante:	Status da Solicitação:
24292613400	DIOGO TORQUATO	APROVADA

CPF do Médico Executante:

24292613400

Diagnóstico Inicial - CID:

5720 - FRATURA DO COLO DO FÉMUR

Caráter

11 - Urgência

Clinica:

ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FÉMUR (SÍNTese)

Classificação de Risco

Prioridade 0 - Emergência, necessidade de atendimento imediato

Clinica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408050489

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

PACIENTE SOFRU TRAUMA NA COXA CAUSANDO FRATURA DE COLO DE FÉMUR. REFERE DOR E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS/td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FÍSICO E RAIO X

Condições que Justificam a Internação:

NECESSIDADE DE CIRURGIA

PARÓSIS**Motivo de Impedimento do Regulador:**

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)**HOSPITAL MEMORIAL****SÃO FRANCISCO**

Av.Juvental Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, _____ / _____ / _____

CRM: _____**Data de Solicitação:**

10.10.2019 - 16:49:05

Código Solicitação: 313681926

Número AII: 241910099292-4

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:	CNES:
HOSPITAL MEMORIAL	2408252
Unidade Executante:	CNES:
HOSPITAL MEMORIAL	2408252
Logradouro, Endereço, Nº , Complemento, Bairro	Município Executante
Av JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL	NATAL
Central Reguladora	NATAL
Data de Solicitação	01/11/2019 - 09:56:34
Data de Autorização	01/11/2019 - 15:39:45
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

DADOS DO PACIENTE

CNS:	Nome Social/Apellido:
706006396821749	---
Nome do Paciente	Naturalidade:
GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA	PEDRO VELHO - RN
Nome da Mãe	Raça:
SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO	BRANCA
Sexo:	Tipo Sanguíneo:
MASCULINO	---
Data de Nascimento:	Logradouro:
10/01/1939 (80 anos)	DAS VITORIAS
TIPO Logradouro:	Complemento:
RUA	Bairro:
Número:	MONTE CASTELO
3478	Município de Residência:
País de Residência:	PARNAMIRIM
BRASIL	UF:
Telefone(s):	CEP:
(84) 8727-5289 (Exclui busca Detalhada)	---
---	Status da Solicitação:
---	APROVADA

CPF do Médico Solicitante:	Nome do Médico Solicitante:	Status da Solicitação:
40682676420	GINO ANTONIO GORRICHATEGUI VASQUEZ	APROVADA
CPF do Médico Executante:	Nome do Médico Executante:	
40682676420	GINO ANTONIO CORRICHATEGUI VASQUEZ	
Diagnóstico Inicial - CID:	Classificação de Risco	
S023 - FRATURA DO ASSOALHO ORBITAL	- Urgência, atendimento o mais rápido possível	
Caráter	Clinica Complementar:	
11 - Urgência	Nenhuma	
Clinica:	Código:	
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	0415010012	
Procedimento Solicitado:		
TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPHAS		

LAUDO RECENTE E JUSTIFICAÇÃO DA INTENSAO**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**Av.Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep:59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____ / _____ / _____**Principais Sinais e Sintomas Clínicos:**

paciente vítima de trauma facial com assimetria facial com fratura de óbita + nasoetmoidal (pact. resp. / ferida aberta na face)

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

rx

Condições que Justificam a Internação:

ato cirúrgico de fratura de óbita + nasoetmoidal

Assinatura:**Motivo de Impedimento do Regulador:**

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

01.11.2019 - 09:56:34

DESCRÍÇÃO 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 PERTROCANTÉRICA (FRATURA) - INTERTROCANTÉRICA - TROCANTÉRICA

Código do procedimento

0408050632

Cirurgia realizada

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: HERMANN COSTA GOMES

CRM

1º FERNANDO CLAUDIO DOS SANTOS FILHO

4843

7076

Anestesiologista: MATEUS REVOREDO GOMES

8080

Instrumentador: DAYSYANE

Grau de Contaminação: Limpio

Proteção Antimicrobiana: Cefazolina

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

01 PINO DESLIZANTE 95

01 PLACADAS

02 PARAFUSOS CORTICIAS

01 PINO DE COMPRESSÃO

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

PACIENTE DECUBITO DORSAL

RACIANESTESIA

ASSEPSIA, ANTISSEPSSIA, CAMPOS ESTEREIS

ACESSO LATERAL

DISSECCAO POR PLANOS

PASSADO FIO GUIA NO COLO

FREZAGEM

COLOCADO PINO DESLIZANTE 95

PLACADAS

FIXAÇÃO COM 03 PARAFUSOS CORTICIAS

PINO DE COMPRESSÃO

LAVAGEM

SUTURA PLANOS E PELE

CURATIVO

HOSPITAL MEMORIAL

SÃO FRANCISCO

Av.Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep:59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, _____ / _____ / _____

BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

Dados do Paciente

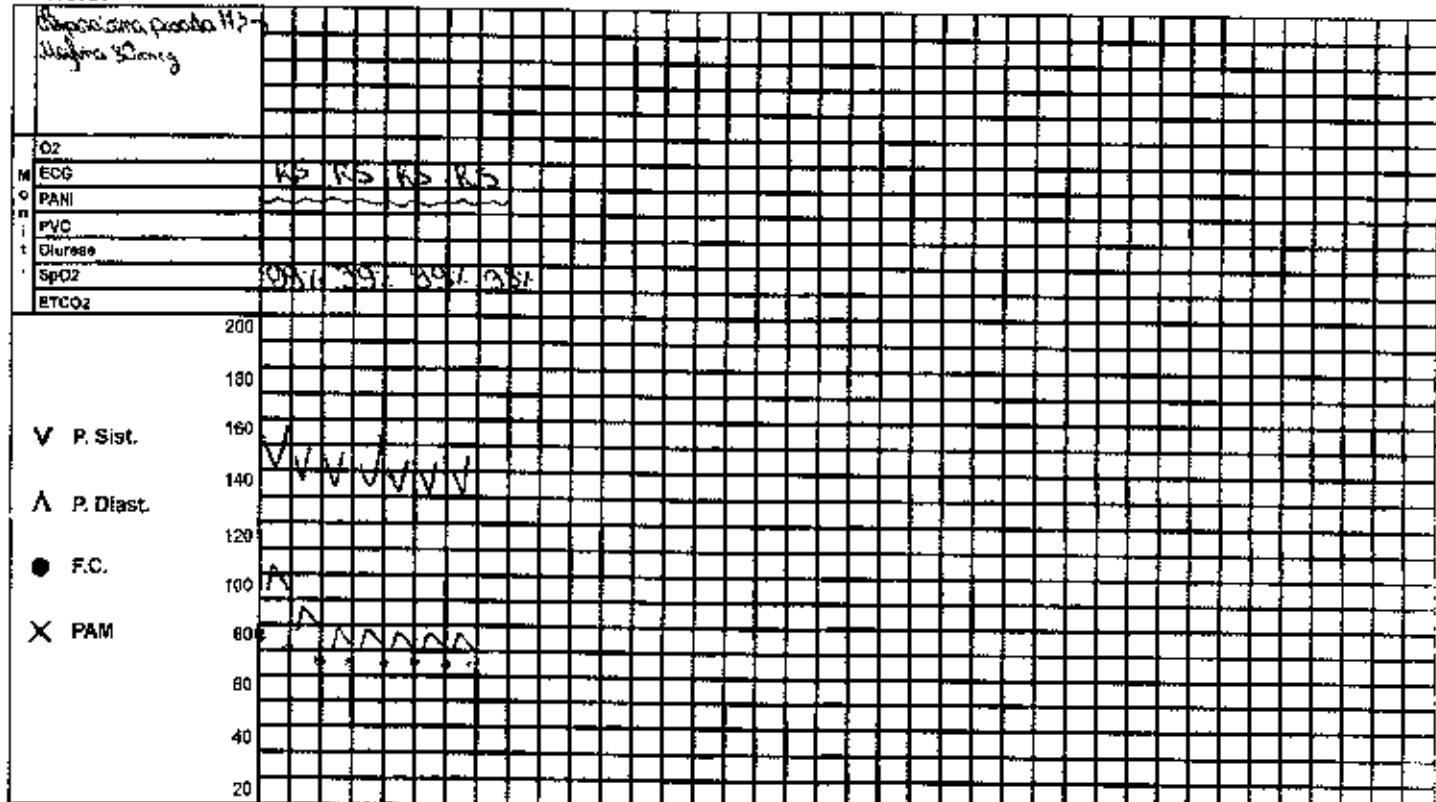
Paciente: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

IH: 1

Cirurgia Realizada FRATURA DO FÉMUR TRATAMENTO CIRÚRGICO	Date 14/10/2012
Chirurgião DR HERMANN GOMES	1º Auxiliar DR MATEUS GOMES

HORA



Exames Laboratoriais

pH		
PaCO2		
HCO3		
CO		
EEG		
PaO2		
SaO2		
Hb		
Hc		
Na		
K		
Ca		
Glicose		
DROGAS		
FENTANIL	500ug	01F
MIDAZOLAN	18mg	01A
NEOCAINA	0,6%	01A
DIMORF	0,2mg	01A
SUFENTANIL	10mcg	
ROCUROMA	50mg	
ATRACURIO	25mg	
PROPOVAN	1%	01F
Efedrina	80mg	01A
ARAMIR	10mg	
CEFAZOLINA	1g	02F
DIPIRONA	1g	02A
OTRAMIN	300	01A
DEXAMETASONA	10mg	01A
RANTIDINA	50mg	01A
ONDASETRONA	8mg	
NEOCAINA	0,6%	
ISOBARICA	0,5%	
CETOPROFENO	100mg	

TÉCNICA ANESTÉSICA: BLOQUEIO DO NEUROPLEXO

BLOQUEIO: RAQUIANESTESIA

TIPO: SIMPLES

LOCAL DA PUNÇÃO: L4-L5

LATÊNCIA: 5

NÍVEL ANESTESIA: T10

AGULHA: QUINZE GRS

LIQUOR: CLARO

BLOQUEIO MOTOR: 3

POSIÇÃO: Antes: SENTADO

Depois: PRD

APARELHO: GE

TÉCNICA: ABERTO

INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: CATETER NASAL

TRAUMÁTICA: NÃO

V.T:

F.R.:

SONDA:

N°:

V.M.:

PATL:

CUFF:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDICÃO FINAL: BEG

REFLEXOS: +

CONSCIÊNCIA: AGORDADO

BALANÇO

1) FUNGER LACTATO 50ML - 02FR

OBSERVAÇÕES

1)ATO SEM INTERCORRÊNCIAS

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

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

CONFERE COM ORIGINAL

Mateus Neiva Preto

Médico Anestesiologista

CRM: 8080 RQE: 3379

DURAÇÃO: 01:15

INÍCIO: 12:45

FINAL: 14:00



DESCRICAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA
Data do Procedimento: 30/10/2019
Registro: 140384 **H:** 1

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 589
0404020704 490

Cirurgia realizada

OSTEOTOMIA DO MAXILAR INFERIOR

OSTESSÍNTSE DE FRATURA DO COMPLEXO NASO-ORBITO-ETMOIDAL

REDUÇÃO DE FRATURA DA MAXILA LE FORT II

OSTEDESSÍNTSE DA FRATURA DO OSSO ZIGOMÁTICO

Equipe cirúrgica:

CRM
463

Anestesiologista: MATEUS REVOREDO GOMES

8080

Instrumentador: marcelo e isao

Grau de Contaminação: Contaminado
Profilaxia Antimicrobiana: Cefazolina
Anatomopatológico: Não
Exame: Não se aplica

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia: inciso subperiosteal, divisão por planos, descolamento do periostio, refratura das manobras antiespásticas, colocação dos canudos operatórios, incisão subperiosteal, divisão por planos, descolamento do periostio, refratura das estruturas orbitárias, redução de assentado e colocação de enxerto ósseo, fixação com placa de titânio, redução do maxilar com forcipes de rosw e redução do maxilar com gancho de barro, sutura por planos com catgut 3-0 e sutura com Mononylon 5-0 e sutura com curviforme.

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

Dr. Gintas
Gintas & Associates
1000 University
Seattle, WA 98101
206-764-3000

CBM: 1453 - GINO ANTONIO GORRI CHATEGUÍ VASQUEZ

39192019-09-01-13

BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

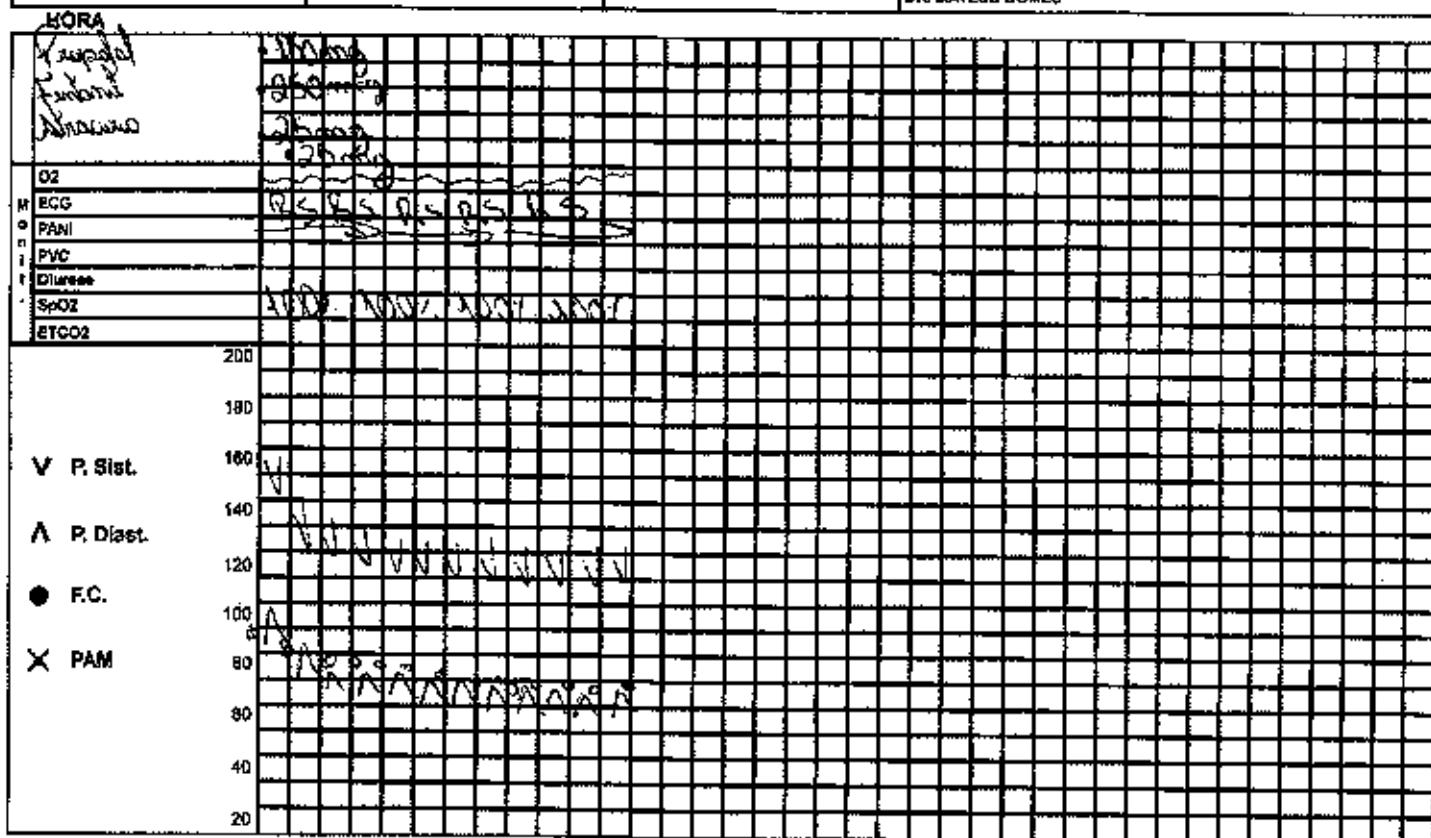
Dados do Paciente

Paciente: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

IH: 1

Cirurgia Realizada:	FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO + LEFORT II + OSTEOTOMIA MAXILA + FRATURA NASO-ÓRBITO-ETMOIDAL		Data:
Dr. GINO ANTONIO.	1º Auxiliar		30/10/2019



Exames Laboratoriais

pH		
PCO2		
HC03		
CO		
BBG		
PbO2		
SbDO2		
Nb		
HC		
Na		
K		
Ca		
Glicose		
FENTANIL	800MG	01F
MIDAZOLAN	18MG	
NEOCAINA	0,6%	
DIMORF	0,28%	
SUFENTANIL	10MG	
ROCURONIO	60MG	
ATRACURIO	25MG	02A
PROPOVAN	1%	01F
EFDERINA	80MG	01A
ADMIRIN	10MG	
CEFAZOLINA	1G	02F
SPIRONA	1G	02A
DRAMIN	3MG	01A
DEXAMETASONA	10MG	01A
RANTIDINA	50MG	01A
ONDASERTICHA	8MG	
NEOCAINA	0,6%	
ISOBARICA	0,5%	
CETOPROFENO	100mg	
TRAMAL	100MG	01A
ATROPINA	0,25MG	04A
NEOSTIGMINA	0,5MG	04A

TÉCNICA ANESTÉSICA: GERAL BALANCEADA

BLOQUEIO:

TIPO:

LOCAL DA PUNÇÃO:

LATÊNCIA:

NÍVEL ANESTESIA:

AGULHA:

BLOQUEIO MOTOR: 3

LIQUOR:

POSIÇÃO: Amor. DOR

Depois: DOR

APARELHO: GE

TÉCNICA: SEM FECHADO

INTUBAÇÃO/OXIGENIAÇÃO: ORAL

V.T: 400

FR: 10

SONDA: OROTRAQUEAL

N° 3,0

V.M.: 6

P.I.T.: 18

CUFF: SIM

INDUÇÃO: FENTANIL + PROPOFOL + ATRACURIO

MANUTENÇÃO: SEVOFLURANO + O2 + AR

CONDICÃO FINAL: BEG

REFLEXOS: ±

CONSCIÊNCIA: AGORDADO

BALANÇO

OBSERVAÇÕES

1) RINGER LACTATO 400ML - 02FR

1)ATO SEM INTERCORRÊNCIAS

2)SEVOFLURANO 100% 20ML

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

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

CONFERENCIA COM ORIGINAL

EM, *Márcio Reis Redondo*
CRM: 8086 / NFE: 3379

3)SONDA ASPIRAÇÃO Nº12. 91U

DURAÇÃO: 02:00

INÍCIO: 07:00

FINAL: 09:00

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 LOPEZ DA SILVA

Observações:

PCIENTE ADMITIDO NO CC PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRUGICO 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:

SaraL

SRPA

COREN - 819960 - SARA BORGES LOPEZ DA SILVA

Nível consciência: CONSCIENTE

Oxigenoterapia: O₂ AMBIENTE

Acesso venoso: SIM Diurese: SIM Acianótico: NÃO

Pálido: NÃO

Sudorese: NÃO

Tremores: NÃO

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

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE PÓ DE FRATURA DE FEMUR DIREITO, CONSCIENTE RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA HYP. VIABILIZANDO SF0,9%, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, DIURESE POR FRALDA, COM RX PÓS DE CONTROLE, ANEXO AO PRONTUARIO EXAMES, SEGUE, ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM.

VERIFICADO SSVV: PA= 112X56 MMHG, FC=88 BPM, SPO2= 96 %

Assinatura Responsável

SaraL

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**
Av.Juvêncio 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 + SEDAÇÃO**

Anestesiologista: **DRº MATHEUS**

Tipo: **TTT DE FRATURA DE FEMUR**

Cirurgião: **DRº HERMANN**

Instrumentador: **DAYSYANNE + VERONICA**

Circulante: **ANDRE + RENAN**

Tipo curativo: **OLUSIVO**

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

Inf.sanguínea: **NÃO**

Monitoração correta: **SIM**

Placa de bisturi: **SIM**

Antibiótico profilático?: **CEFAZOLINA 2G**

Inicio da cirurgia: **14:00**

Fim da cirurgia: **15:50**

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

Medicação administradas:

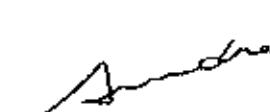
Intercorrelâncias / Observações:

PACIENTE ADMITIDO EM SALA CONSCIENTE E ORIENTADO EM O² AMBIENTE, O MESMO NEGA (HAS+DM+AM). PUNICIONADO NO MSE COM JELCO N°18 E CATETER NASAL, MONITORIZADO EM SALA, SEM INTERCORRENCIAS CIRURGICA, F.O LIMPA COM S,F0,9% E USO DE TRANSOFIX, ENCAMINHADO AO SPRA CONSCIENTE E ORIENTADO EM O² AMBIENTE, SEGURO OS 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.Juvêncio 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

30/10/2019 07:17:16 - COREN - 882098 - MARIA ELIZABETE B PEREIRA

Observações:

PCIENTE ADMITIDO NO CC PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO DE FRATURA DE ORBITA, CONSCIENTE E ORIENTADO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE SIC NEGA AM+DM+ HAS, JA VEJO DA UNIDADE PUNCIONADO 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**

Assinatura Responsável

Outros Exames:

Maria Elizabeth Pereira

SRPA

COREN - 882098 - MARIA ELIZABETE B PEREIRA

Nível consciência: **CONSCIENTE**

Oxigenoterapia: **CATETER NASAL**

Acesso venoso: **SIM**

Diurese: **SIM**

Adianótico: **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 PRONTUARIO EXAMES, SEQUE ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM, VERIFICADO SSVV: PA= 120X676 MMHG, FC=79 BPM, SPO2= 100 %

Assinatura Responsável

Maria Elizabeth Pereira

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av.Juvêncio 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: **REDUCAO DE FRATURA DE ORBITA** Cirurgião: **DR. GINO**

Instrumentador: **JOAO MARIA** Circulante: **NAYARA**

Tipo curativo: **DLUSIVO**

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

Inf.sanguínea: **NÃO** Monitoração correta: **SIM** Placa de bisturi: **SIM**

Antibiótico profilático?: **CEFAZOLINA 2G**

Inicio da cirurgia: **07:15** Fim da cirurgia: **09:15** Tempo de cirurgia: **2HORAS**

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

PACTE IDOSO 16° DPO DE FEMUR DIREITO, CONSCIENTE E ORIENTADO EM O^º 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 ANSTESIA GERAL COM T.O.T. N° 8.0, PROCEDIMENTO REALIZADO COM EXITO FOI EXTUBADO, CONSCIENTE RESPONSIVO, FERIDA OPERATORIA LIMPA E OCLUIDA, SEM MAS ALTERACOES SEQUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTAO.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: **Limpa**

Nayara Soares

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

Registro: 140384 Num. Internação: 1

Nascimento: 10/01/1939 80 anos

Data Internação: 11/10/2019 08:24:57

Acompanhante:

Parentesco:

Endereço para Correspondência:

Endereço:

Cidade : PARNAMIRIM

Bairro : MONTE CASTELO

Ocorrência:

DURANTE O DECURSO NA UNIDADE E LEITO E ESPECIFICO FOI INFORMADO TRAUMA AO FÉMUR 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:

USUÁRIO 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 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:

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

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

ADRIELY CRISTINA BATISTA DE LACERDA
CRESS - 4403

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	DO (SNO)	
2) TRAMADOL 50mg Comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	DO 14:00, 22:00; * 06:00 *	
3) DIMENIDRINATO B6 COM (DRAMIN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico. SE NÁUSEAS OU VÔMITOS	DO (SNO)	
4) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.	DO 14:00, 22:00 *	
5) DIPIRONA 500mg/mL 40gotas FLT Uso: 1 flaconete, via oral, 06 em 06 horas A critério médico. SE DOR OU FEBRE	DO (SNO)	16/10 Mensal 24
6) OMEPRAZOL 20mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Em jejum.	DO 14:00 *	
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 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	DO	

Dr. EDUARDO TEODORO GURGEL DE OLIVEIRA
CRM - 8179HOSPITAL 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

Hospital Memorial
São Francisco

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

1) DIETA LIVRE LAXANTE

P/ Am

Horários de Aplicação
(SN)

X-8179

2) TRAMADOL 50mg Comprimido

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

Dr. Hermann Gomes
CRM-8179 - TEO/T-8887

DO 22:00, ✓ 06:00, ✓ 14:00 *

3) DIMENIDRINATO 86 COM (DRAMIN)

Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A
critério médico.
SE NÁUSEAS OU VÔMITOS

DO (SN)

4) RIVAROXABANA 10mg comprimido

Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.

DO 20:45

5) DIPIRONA 500mg/mL 40gotas FLT

Uso: 1 flaconete, via oral, 06 em 06 horas A
critério médico.
SE DOR OU FEBRE

DO (SN)

L7/10

6) OMEPRAZOL 20mg comprimido

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, ✓ 06:00, ✓ 10:00, ✓ 14:00, ✓ 18:00, ✓ 22:00, ✓ 00:00, ✓ 02:00, ✓ 04:00, ✓ 06:00, ✓ 08:00, ✓ 10:00

10) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas

DO

B

Dr. EDUARDO TEODORO GURGEL DE OLIVEIRA
CRM - 8179

11) Infusão R contínua. Protoco

12) HGT 6/6L 12h 18h

Dr. Hermann Gomes
HOSPITAL MEMORIAL
S. FRANCISCO

Exames Solicitados:

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

1) CREATININA

CONFERE COM ORIGINAL

2) GLICOSE

EM, / /

3) HEMOGRAMA COMPLETO (Sangue)

13/ 01 Core - Hora ex. 14 Teatro ou MCG.

Dr. Hermann Gomes
S. FRANCISCO / 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; S721 - Fratura do quadril SOE**

12/10/2019 17:08

Horários de Aplicação

3843

1) PROMETAZINA 50mg (25mg/mL)	D0
Uso: 1 ampola, via intra-muscular, No momento.	12:30
2) HIDROCORTISONA 100mg frasco ampola	D0
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, No momento + 10ML DE ABD	12:30
3) SUSPENDER HEMOTRANSFUSÃO	D0
Uso: No momento.	39/3

OK
Alexandre Magno
Dr. ALEXANDRE MAGNO GOMES DE LIMA
CRM: 3843
Alexandre Magno
Médico
Gastroenterologista
Hepatologista

**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} | DO | 18:00 |
| Uso: 1 ampola, via intra-muscular, No momento. | | |
| 2) HIDROCORTISONA 100mg frasco ampola | DO | 18:00 |
| Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, No momento.
+ 10ML DE ABD | | |
| 3) SUSPENDER HEMOTRANSFUSÃO | DO | 17:00 |
| Uso: No momento. | | |

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 (SNC)
2) TRAMADOL 50mg Comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	D1 22:00, 06:00, 14:00
3) DIMENIDRINATO B6 COM (DRAMIN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico. SE NÁUSEAS OU VÔMITOS	D1 (SN)
4) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.	D1 22:00
5) DIPIRONA 500mg/mL 40gotas FLT Uso: 1 flaconete, via oral, 06 em 06 horas A critério médico. SE DOR OU FEBRE	D1 (SN)
6) OMEPRAZOL 20mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Em jejum.	D1 06:00
7) INSULINA HUMANA REGULAR UI Uso: 0 unidade, via subcutânea, Se necessário. CONFORME PROTOCOLO	D0 (SN)
8) HAEMOGLUKOTEST FITA P/ GLICOSE Uso: 1 unidade, tópico, 06 em 06 horas.	D0 06:00, 12:00, 18:00, 24:00, 06:00, 12:00
9) CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo	D1 (ATENÇÃO)
10) MEDIDAS DE PREVENÇÃO CONTRA QUEDAS, Contínuo	D1 (ATENÇÃO)
11) MUDANÇA DE DECÚSITO, 02 em 02 horas	D2 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** Prontuário:
Unidade: **UNIDADE III**
Leito: **ENFERMARIA 312A**
Admissão: **11/10/19 08:24** 2 dia(s) de internação
Diag.: **5720 - 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
- 2) FEXOFENADINA 120mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, A critério médico
Comprimido.
ANTES DE CONCENTRADO DE HEMACIAS
- 3) CONCENTRADO DE HEMACIAS
01 BOLSA, IV, GOTAS A GOTAS

D0 (ADM)

16/10/19

D0

17/10/19



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 Prontuário:
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 (SND)	
2) TRAMADOL 50mg Comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	D2 22:00; 06:00, *14:00	
3) DIMENIDRINATO B6 COM (DRAMIN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico. SE NÁUSEAS OU VÔMITOS	D2 (SN)	
4) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.	D2 20:	
5) DIPIRONA 500mg/mL 40gotas FLT Uso: 1 flaconete, via oral, 06 em 06 horas A critério médico. SE DOR OU FEBRE	D2 (SN)	
6) OMEPRAZOL 20mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Em jejum.	D2 06:00	
7) INSULINA HUMANA REGULAR UI Uso: 0 unidade, via subcutânea, Se necessário. CONFORME PROTOCOLO	D1 (SN)	
8) HAEMOGLUKOTEST FITA P/ GLICOSE Uso: 1 unidade, tópico, 06 em 06 horas.	D1 00:00; 06:00, *12:00 18:00	
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, 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	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** Idade: 80 anos
 Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: 140384
 Unidade: **UNIDADE III**
 Leito: **ENFERMARIA 312A**
 Admissão: **11/10/19 08:24** 3 dia(s) de internação
 Diag.: **S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE**

		Horários de Aplicação		4843
14/10/2019 19:00		DO	(SND)	
1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND		DO	00:00	
2) SORO FISIOLOGICO 0,9% 500mL Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.		DO	00:00	
3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 2 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas Lento. RECONSTITUI EM 10ML DE ABD POR FRASCO. CORRER EM 3 MINUTOS. Após reconstituição estável por 24 horas em temperatura ambiente.		DO	22:00; 06:00, 14:00	
4) DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.		DO	00:00, 06:00, 12:00	
5) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%		DO	22:00; 06:00, 14:00	
6) 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		DO	22:00; 12:00	
7) 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		DO	(RCM)	
8) CAPTOPRIL 25mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.		DO	(SN)	
9) RIVAROXABANA 10mg comprimido 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	00:00; 06:00, 12:00	

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av.Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep:59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, _____

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Hospital Memorial
São Francisco

Paciente: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA Idade: 80 anos
 Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 140384 Pronfúario:
 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 FISIOLOGICO 0,9% 500mL Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.	D1	08:00:-	
3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 2 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas Lento. RECONSTITUI EM 10ML DE ABD POR FRASCO. CORRER EM 3 MINUTOS. Após reconstituição estável por 24 horas em temperatura ambiente.	D1	20:00:-	08:00, 14:00
4) DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.	D1	00:00, 18:00	08:00, 12:00
5) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%	D1	22:00:	08:00, 14:00
6) 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	D1	22:00:	10:00
7) 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	D1	(ACM)	
8) CAPTOPRIL 25mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.	D1	(SN)	
9) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.	D1	09:00	
10) CURATIVO, Pela manhã	D1	08:00	
11) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas	D1	00:00, 18:00	08:00, 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

Hospital Memorial
São Francisco

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 18:00

		Horários de Aplicação	4843
1)	DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND	D2 08:00, 12:00, 16:00, 20:00	
2)	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500mL Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.	D2 00:00, 06:00, 12:00, 18:00	<i>Volumétrica</i>
3)	CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 2 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas Lento. RECONSTITUI EM 10ML DE ABD POR FRASCO. CORRER EM 3 MINUTOS. Após reconstituição estável por 24 horas em temperatura ambiente.	D2 08:00, 12:00, 16:00, 20:00	<i>Volumétrica</i>
4)	DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.	D2 00:00, 06:00, 12:00, 18:00	<i>Volumétrica</i>
5)	TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%	D2 08:00, 12:00, 16:00, 20:00	<i>Volumétrica</i>
6)	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	D2 08:00, 12:00, 16:00, 20:00	<i>Volumétrica</i>
7)	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	D2 08:00, 12:00, 16:00, 20:00	<i>Volumétrica</i>
8)	CAPTOPRIL 25mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.	D2 08:00, 12:00, 16:00, 20:00	
9)	RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.	D2 08:00, 12:00, 16:00, 20:00	
10)	CURATIVO, Pela manhã	D2 08:00, 12:00, 16:00, 20:00	<i>Volumétrica</i>
11)	SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas	D2 00:00, 06:00, 12:00, 18:00	<i>Volumétrica</i>

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

**Hospital Memorial
São Francisco**

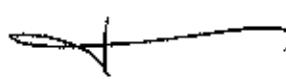
Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** Idade: **80 anos**
 Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **140384** Prontuário:
 Unidade: **UNIDADE III**
 Leito: **ENFERMARIA 312A**
 Admissão: **11/10/19 08:24** 6 dia(s) de internação
 Diag.: **S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE**

17/10/2019 19:00

Horários de Aplicação

4843

1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND	D3	(SNC)
2) SORO FISIOLOGICO 0,9% 500mL Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.	D3	<i>10/10/19</i> <i>10/10/19</i> <i>10/10/19</i>
3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 2 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas Lento. RECONSTITUI EM 10ML DE ABD POR FRASCO. CORRER EM 3 MINUTOS. Após reconstituição estável por 24 horas em temperatura ambiente.	D3	<i>10/10/19</i> <i>10/10/19</i> <i>10/10/19</i>
4) DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.	D3	<i>10/10/19</i> <i>10/10/19</i> <i>10/10/19</i>
5) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%	D3	<i>10/10/19</i> <i>10/10/19</i> <i>10/10/19</i>
6) 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	D3	<i>10/10/19</i> <i>10/10/19</i> <i>10/10/19</i>
7) 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	D3	(ACM)
8) CAPTOPRIL 25mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.	D3	(SN)
9) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.	D3	<i>10/10/19</i>
10) CURATIVO, Pela manhã	D3	<i>10/10/19</i>
11) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas	D3	<i>10/10/19</i> <i>10/10/19</i> <i>10/10/19</i>


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 7 dia(s) de internação
Diag.: S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE

18/10/2019 10:00

Horários de Aplicação

4843

- 1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conferre SNC 04 10:00 *Mondial*
- 2) SORO FISIOLOGICO 0,9% 500mL 04 10:00 *Mondial*
Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.
- 3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola 04 10:00 *Mondial*
Uso: 2 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.
Lento.
RECONSTITUI EM 10ML DE ABD NORM FRACSYN.
CORRER EM 3 MINUTOS.
Após reconstituição estável por 24 horas -
temperatura ambiente.
- 4) DIPIRONA 500mg/mL ampola 04 10:00 *Mondial*
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.
diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.
- 5) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola 04 10:00 *Mondial*
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.
Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%
- 6) RANITIDINA 50mg (25mg/mL) ampola 04 10:00 *Mondial*
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.
diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.
Diluir em 18mL ABD
- 7) DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola 04 10:00 *Mondial*
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas A critério médico.
Diluir 100mL de Soro Fisiológico 0,9%.
SE NÁUSEAS OU VÓMITOS
- 8) CAPTOPRIL 25mg comprimido 04 10:00 *Mondial*
Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.
- 9) RIVAROXABANA 10mg comprimido 04 10:00 *Mondial*
Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.
- 10) CURATIVO, Pela manhã 04 10:00 *Mondial*
- 11) SINAIS VITAIS (SSVV - COGG), 06 em 06 horas 04 10:00 *Mondial*

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 FISIOLOGICO 0,9% 500mL Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.	D5	08:00;	
3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Use: 2 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas Lento. RECONSTITUI EM 10ML DE ABD POR FRASCO. CORRER EM 3 MINUTOS. Após reconstituição estável por 24 horas em temperatura ambiente.	D5	(24 HORAS SO)	
4) DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.	D5	00:00; 06:00; 12:00; 18:00	
5) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%	D5	22:00; 06:00; 14:00	
6) 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	D5	22:00; 10:00	
7) PIMENIDRINATO 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	D5	(ACM)	
8) CAPTOPRIL 25mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.	D5	(SN)	
9) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.	D5	08:00;	
10) CURATIVO, Pela manhã	D5	:08:00	
11) SINAIS VITAIS (SSVV + OCGG), 06 em 06 horas	D5	00:00; 06:00; 12:00; 18:00	

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, _____



Prescrição Médica / Evolução Clínica



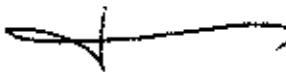
Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** Idade: 80 anos
 Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: 140384 Prontuário:
 Unidade: **UNIDADE III**
 Leito: **ENFERMARIA 312A**
 Admissão: 11/10/19 08:24 9 dia(s) de internação
 Diag.: **S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE**

20/10/2019 19:00

Horários de Aplicação

4843

1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND	D6	(SND)
2) SORO FISIOLOGICO 0,9% 500mL Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.	D6	00:00;
3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 2 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas Lento. RECONSTITUI EM 10ML DE ABD POR FRASCO. CORRER EM 3 MINUTOS. Após reconstituição estável por 24 horas em temperatura ambiente.	D6	(24 HORAS SO)
4) DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.	D6	00:00; 18:00; <i>Monte/31</i> 06:00; 12:00.
5) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%	D6	22:00; <i>lunes</i> 06:00; 14:00 <i>Natal/35</i>
6) 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	D6	22:00; <i>lunes</i> 10:00 <i>lunes</i>
7) 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	D6	(ACM)
8) CAPTOPRIL 25mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.	D6	(SN)
9) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.	D6	00:00; <i>lunes</i>
10) CURATIVO, Pela manhã	D6	<i>07:00</i> <i>lunes</i>
11) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas	D6	00:00; <i>lunes</i> 06:00; <i>lunes</i> 12:00.



**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Dr. HERMANN COSTA GOMES
CRM - 4843

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.: **8720 - 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 FISIOLOGICO 0,9% 500mL Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.	D7	00:00
3) DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.	D7	00:00, 06:00, 12:00, 18:00
4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiologico 0,9%	D7	22:00, 06:00, 14:00
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	D7	22:00, 10:00
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	D7	(ACM)
7) CAPTOPRIL 25mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.	D7	(SM)
8) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.	D7	00:00
9) CURATIVO, Pela manhã	D7	08:00
10) SINAIS VITAIS (SSVV + CCOG), 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

**Hospital Memorial
São Francisco**

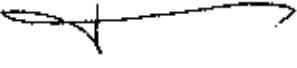
Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** Idade: **80 anos**
 Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **140384** Prontuário:
 Unidade: **UNIDADE III**
 Leito: **ENFERMARIA 312A**
 Admissão: **11/10/19 08:24** **11 dia(s) de internação**
 Diag.: **S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE**

22/10/2019 19:00

Horários de Aplicação

48+5

1:	DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SNC	D8	(BND)
2:	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500mL Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.	D8	00:00:
3:	DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.	D8	00:00: / 06:00: / 12:00: / 18:00: / 24:00: / 00:00:
4:	TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%	D8	22:00: / 06:00: / 12:00: / 18:00: / 24:00: / 00:00:
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	D9	22:00: / 10:00: / 16:00: / 22:00: / 04:00: / 10:00:
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	D9	(ACM)
7:	CAPTOPRIL 25mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.	D8	(SN)
8:	RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.	D8	00:00: / 06:00: / 12:00: / 18:00: / 24:00: / 00:00:
9:	CURATIVO, Pela manhã	D8	06:00: / 12:00: / 18:00: / 24:00: / 00:00:
10:	SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas	D8	06:00: / 12:00: / 18:00: / 24:00: / 00:00: / 06:00:


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 19:00	Horários de Aplicação	4843
1. DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SNC	15:00	
2. SORO FISIOLOGICO 0,9% 500mL Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.	16:00	
3. DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.	17:00	
4. IRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%	18:00	
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	19:00	
6. CINNAMIDRINATO B6 21. 10mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas A critério médico. Diluir 100mL de Soro Fisiológico 0,9%. SE NÁUSEAS OU VÔMITOS	20:00	
7. CAPTOPRIL 25mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.	21:00	
8. RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.	22:00	
9. CURATIVO, Pela manhã	09:00	
10. SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas	10:00	

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: 30 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 Aplicação

1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND	08:00	12:00	16:00
2) SORO FISIOLOGICO 0,9% 500mL Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.	08:00	12:00	16:00
3) DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.	08:00	12:00	16:00
4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%	08:00	12:00	16:00
5) RANITIDINA 50mg (25mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas. diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA. Diluir em 10mL ABD	08:00	12:00	16:00
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	08:00	12:00	16:00
7) CAPTOPRIL 25mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.	08:00	12:00	16:00
8) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.	08:00	12:00	16:00
9) CURATIVO, Pela manhã	08:00	12:00	16:00
10) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas	08:00	12:00	16:00

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** 14 dia(s) de internação
Diag.: **5720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE**

25/10/2019 19:00

Horários de Aplicação

4843

1) DIETA HIPÓSSÓDICA, Conforme SND	011 (SND)
2) SORO FÍSIOLOGICO 0,9% 10ML Uso: 1 frasco, via endovenosa, 06 em 24 horas. diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.	011 (SND)
3) DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 24 horas. diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.	011 (SND)
4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 24 horas. Diluir em 100ML de Soro Fisiológico.	011 (SND)
5) RANITIDINA 50mg (2ampolas) 1 ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 02 em 24 horas. diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA. Diluir em 10ml AGU	011 (SND)
6) CIMENTODRINATO 86 UI. 10ml ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 24 horas à critério médico. Diluir 100ml de Soro Fisiológico 0,9%. SE NAUSEAS OU VÔMITOS	011 (SND)
7) CAPTOPRIL 25mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.	011 (SND)
8) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Dia 100 + 100.	011 (SND)
9) CURATIVO, Pela manhã	011 (SND)
10) SINAIS VITais : BSYV + TING +, Se ameaçado.	011 (SND)

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

1)	DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND	(SND)
2)	SORO FÍSIOLOGICO 0,9% 500mL. Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.	
3)	DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.	06:00 12:00 18:00 00:00
4)	TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%	06:00 12:00 18:00 00:00
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	06:00 12:00
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	(ACM)
7)	CAPTOPRIL 25mg comprimido	(BN)
	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 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 FISIOLOGICO 0,9% 500mL Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.	D13 00:00
3) DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.	D13 00:00 06:00 12:00 18:00
4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%	D13 00:00 08:00 14:00
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	D13 20:00 10:00
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	D13 (ACM)
7) CAPTOPRIL 25mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.	D13 (SN)
8) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.	D13 20:00
9) CURATIVO, Pela manhã	D13 09:00
10) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas	D13 09:00 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** 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 FISIOLOGICO 0,9% 500mL Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.	D14 00:00:00
3) DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.	D14 00:00:00 06:00, 12:00
4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%	D14 22:00:00 06:00, 12:00
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	D14 22:00:00 10:00
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	D14 (ACM)
7) CAPTOPRIL 25mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.	D14 (SN)
8) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.	D14 20:00:00
9) CURATIVO, Pela manhã	D14 00:00:00
10) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas	D14 00:00:00 06:00, 12:00

Dr. HERMANN COSTA GOMES
CRM - 4843

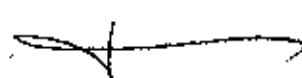
**HOSPITAL MEMORIAL
 SÃO FRANCISCO**
 Av.Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
 Cep:59022-020 - Natal/RN
 CONFERE COM ORIGINAL
 EM, _____ / _____ / _____

**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** Idade: 40 anos
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: 140384 Pronunciado:
Unidade: **UNIDADE III**
Leito: **ENFERMARIA 312A**
Admissão: **11/10/19 08:24**
Diag.: **S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE**
18 dia(s) de internação

29/10/2019 19:00

	Horários de Aplicação
1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND	D15 18:00
2) SORO FISIOLOGICO 0,9% 500mL Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.	D15 08:00
3) DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.	D15 08:00
4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%	D15 18:00
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	D15 18:00
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	D15 18:00
7) CAPTOPRIL 25mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.	D15 08:00
8) RIVAROXABANA 10mg comprimido 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 00:00


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

Hospital Memorial
São Francisco

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 09:12

Horários de Aplicação

1453

1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND	D16 (SN)	
2) SORO FISIOLOGICO 0,9% 500mL Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.	D16 00:00;	
3) DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. diluído em ÁGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.	D16 00:00; 06:00,	
4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 08 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%	D16 22:00; 06:00,	
5) RANITIDINA 50mg (25mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas. diluído em ÁGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA. Diluir em 18mL ABD	D16 22:00; 10:00	
6) DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 08 horas A critério médico. Diluir 100mL de Soro Fisiológico 0,9%. SE NÁUSEAS OU VÔMITOS	D16 (ACK)	
7) CAPTOPRIL 25mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.	D16 (SN)	
8) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.	D16 20:00;	
9) CURATIVO, Pela manhã	D16 :00:00	
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

Hospital Memorial
São Francisco

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 SND	D16 (SND)
2) SORO FISIOLOGICO 0,9% 500mL Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.	D16 08:00; 14:00;
3) DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.	D16 08:00; 14:00;
4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%	D16 08:00; 14:00;
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	D16 12:00;
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	D16 (ACM)
7) CAPTOPRIL 25mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.	D16 (SS)
8) RIVAROXABANA 10mg comprimido 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;

Dr. Gino Gorríchategui
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: _____

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA Idade: 80 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 149384 Prontuário:
Unidade: UNIDADE III
Leito: ENFERMARIA 312A 20 dia(s) da internação
Admissão: 11/10/19 08:24
Diag.: S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE

31/10/2019 12:54

1) ALTA HOSPITALAR, A Tarde

Horários de Aplicação

1453

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, _____ / _____ / _____

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**

Lito: **ENFERMARIA 312A**

Turno: **Diurno**

Antecedentes:

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

Isolamento de contato: **Contato**

Estado Geral: **Bom**

Coroação da Pele: **Normocorado**

Nível de Consolência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais:

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

Oxigênioterapia

Em O₂ Ambiente

Pressão Arterial: **130x80** Frequência Cardíaca: **80**

AMBIENTE

Acesso Venoso

Dieta

Central

VO

SEM ACESSO

ACEITA

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **ONTEM**

HGT

Correção:

Correção:

Drenos:

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Correção:

Correção:

Curativo:

Medicações:
AS 18:28 ADMINISTRADO DIPIRONA 1 FLACONET VO.

Intercorrência:
AS 08:30 PACIENTE ADMITIDO NESTE SETOR VINDO DO WALTERO GURGEL PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO 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 HIPERTENSÃO + DIABETES, NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS + ALIMENTARES, FAZ USO DE TORSILAX PARA DOR EM SUA RESIDÊNCIA, DIURESE PRESENTE NA FRALDA + ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTE ONTEM, FOI REALIZADO SUA HIGIENE CORPORAL E TROCADO LENCO DE CAMA E PESSOA, FEITO MASSAGEM DE CONFORTO, TROCADO LENCO DE CAMA E PESSOA, FOI AFERIDO SINAIS VITais, SEGUO OS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.
AS 18:28 PACIENTE APRESENTANDO HIPERTERMIA SENDO ADMINISTRADO 1 FLACONET DE DIPIRONA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

HOSPITAL MEMORIAL DE NATAL
Av.Juvêncio Lamartine, 979 - Tirol
Cep:59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____/_____/_____

Monaliza Kaline
COREN: 720195 MONALIZA KALINE GUIMARÃES DE CARVALHO
11/10/2019 09:44:24

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: **Noite** Antecedentes:

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

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Isolamento de contato: **Não**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas:

-Sinais Vitais

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

Pressão Arterial: **11x80** Frequência Cardíaca: **72**

-Acesso Venoso

Periférico

Dleta

VO

Oxigêniooterapia

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **PRESENTE**

Inlesionais: **AUSENTE**

Aspectos: **ONTEM**

HGT

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Correção: Correção:

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, APRESENTANDO VERNELHIDÃO EM OLHO DIREITO APÓS ACIDENTE, DIETA VO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS EM FRALDA, COM ACOMPANHANTE, SEM ACESSO VENOSO, SONO PRESERVADO, SEGURO AOS CUIDADOS.

**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 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 FEMUR D + MAXILAR D

Isolamento de contato:

Estado Geral: Bem

Coloração da Pele: Normocorado

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais

Temperatura: 36,6 °C Saturação O2:

Respiração: 20 RPM

Oxigênioterapia

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: 130x80

Frequência Cardíaca: 74

Eliminações Fisiológicas

Acesso Venoso

Dieta

Diurese: FRALDA

Periférico

VO

Obs.: PRESENTE

HGT

Intestinais: AUSENTE

Correção:

Correção:

Aspectos: ONTEM

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Curativo:

Tipos:

Medicações:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Intercorrência:

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, NA HV POR VIA PERIFÉRICA EM MSD, DIETA VO, ELIMINAÇÕES POR FRALDA.
SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.
PACIENTE ESTÁVEL, SEM ALTERAÇÕES NO HORÁRIO, 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 Tavares 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**

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: **PFR DE FEMUR DIREITO (D) + MAXILAR (D)**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Alergias Medicamentosas:

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Sinais Vitais

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

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

Oxigêniooterapia

Em O₂ Ambiente

Acesso Venoso

Dieta

Eliminações Fisiológicas

Periférico

VQ

Diurese: **FRALDA**

EM MSD COM JELCO N. 18 DO

Obs.: **PRESENTE**

HGT

142/12h mg/dL

Intestinais: **AUSENTE**

Correção:

Correção:

Aspectos: **ONTEM**

110/18h mg/dL

Drenos

Correção:

Data:

Correção:

Tipo:

Correção:

Local:

Correção:

Aspecto:

Correção:

Obs.:

Curativo:

sem curativo.

Medicações:

ADMINISTRADO MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRITO.

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

SEGUE EM OBS. AGUARDANDO TRASFUNDIR CONCENTRADO DE HEMACEAS.

REALIZADO AS 12H, HGT= 142MG/DL

REALIZADO AS 18H, HGT=110MG/DL

Intercorrência:

RECEBO PACIENTE AS 07:00 EM PFR DE FRATURA DE FEMUR (D) + MAXILAR (D) OSO CONSCIENTE ORIENTADO EM D2 AMBIENTE. SEGUO APRESENTANDO VERMELHIDAO EM OLHO DIREITO APOS TRAUMA DE QUEIADA SEM ACESSO VENOSO PERIFERICO. SONO PRESERVADO AFERRIDOS SSVV DIETA VQ + 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, MICROPOR LUVAS DE PROCEDIMENTO.

PACIENTE RECEBEU VISITA MÉDICA, ONDE FOI SOLICITADO 1 BOLSA DE CONCENTRADO DE HEMACEAS. SEGUE COLHIDO AMOSTRA DE SANGUE PARA PROVA CRUZADA.

AFERRIDOS SSVV AS15:25, PARA INFUSÃO DA BOLSA DE SANGUE, PA =140x70, T= 37,6, SPO2=98%, L= 87, R= 22, Linea: 979 - Tirol INSTALADO 01 BOLSA DE CONCENTRADO DE HEMACEAS VIA ENDOVENOSA, USADO EQUIPO PARA SANGUE.

HOSPITAL MEMORIAL

SAO FRANCISCO

CONFERE COM ORIGINAL

EM, _____

Maksuely R. Cordeiro

COREN: 341779 - MAKSUEL 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 D +MAXILAR D**

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais

Temperatura: **36,8 °C** Saturação O₂: **98%** Respiração: **20 RPM**

Oxigênioterapia

Em O₂ Ambiente

Pressão Arterial: **130x80**

Frequência Cardíaca: **74**

Eliminações Fisiológicas

Acesso Venoso

Dieta

Fraldas:

Periférico

VO

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **ONTEM**

HGT

12H105 mg/dl

Drenos

Correção: **Correção:**

Data:

18H125 mg/dl

Tipos:

Correção: **Correção:**

Local:

Correção: **Correção:**

Aspectos:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

ADEM AS MED DE RORARIO AS 1650H ADEM HIDROCORTISONA 1 FRASCO +10ML DE ABD EV.+ FEXOFENADINA 120MG 1 COMPRIMIDO VO

Intercorrência:

AS 07 HRAS RECEBI PACIENTE IDOSO EM O2 AMBIENTE A CONCIÊNCIA ORIENTADA ACEITA DIETA OFERECIDA E ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES REALIZADO BANHO NO LEITO+TROCA DE ROUPA DE COMA + MASSAGEM DE CONFORTO E SEGUIU OS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM 1700H AFERIDO SSVV A PA 120x80 FG 78 T36,6 INSTALADO 1 BOLSA DE CONCENTRADO DE HEMACIA DE NÚMERO 0124190927119 A- VOLUME283,PACIENTE SEGUINTE SENDO OBSERVADO AS 1826H TERMINOU O CONCENTRADO DE HEMACIA PA 120X80 FG 89 FR 97 T 36,4 O MESMO SEGUIU OS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av.Juvêncio Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____



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: Noiturno Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: ore de fêmur e maxila

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorada

Alergias Medicamentosas:

Sinais Vtais

Temperatura: 36,2 °C

Saturação O₂:

Respiração: 20 RPM

Pressão Arterial: 120x70

Frequência Cardíaca: 79

Acesso Venoso:

Periférico

Dieta

VQ

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Oxigêniooterapia

Em O₂ Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Diurese: FRALDA

Obs.: PRESENTE

Intestinais: AUSENTE

Aspectos: ONTEM

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

HGT

111 mg/dl

Correção:

121 mg/dl

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Curativo:

Medicações:

Intercorrência:
PACIENTE EM PRE DE FEMU E MAXILA CONSCIENTE ORIENTADO O2AMBIENTE NA HVP DIETA ORAL DIURESE ESPONTANEA SEGUO AOS CUIDADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av.Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep:59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

BM, _____

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: prost de fêmur e maxila

Isolamento de contato: Não

Estado Geral: Bom Coleção da Pele: Normocorado

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas: NEGA

Oxigêniooterapia

Sinais Vitais

Em O2 Ambiente

Temperatura: 36,6 °C Saturação O2: 97% Respiração: 19 RPM

Pressão Arterial: 130x80 Frequência Cardíaca: 85

Acesso Venoso

Eliminações Fisiológicas

Periférico

Diurese: ERALDA

MSE

Obs.: PRESENTE

HGT

Intestinais: AUSENTE

Correção:

Aspectos: ATE MOMENTO

Correção:

Drenos

Correção:

Data:

Correção:

Tipo:

Curativo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Medicações:

ADMINISTRADO MEDICAÇÕES DE HORARIO.

Intercorrência:

07:00 HS RECEBO PACIENTE EM PRE OPERATORIO ESTA NO LEITO AOS CUIDADOS DAEQUIPE MULTIDISCIPLINAR.
08:00 HS REALIZADO BANHO NO LEITO + TROCA DE ROUPA DE CAMA + ROUPAS PESSOAIS + MASSAGEM DE CONFORTO COM HIDRATANTE.

09:00 HS PACIENTE PERDEU AVP. FEITO A PUNÇÃO EM MSE COM JELCO 22 + POLIFIXO.

13:16 HS PACIENTE ENCAMINHDO PARA C.C ACOMPANHADO COM MAQUEIRO EO TECNICO LEVANDO PRONTUARIO DE CAPA.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av.Juvêncio 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** IH: **1**

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

Leito: **ENFERMARIA 312A**

Turmo: **Diurno** Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **POJ DE FATURA DE FEMUR**

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom** Coloração da Pele: **Normalizado**

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**

Oxigênioterapia

Em O2 Ambiente

Acesso Venoso

Periférico

MSE

Dieta

V.O.

ACEITANDO BEM.

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **FRALDA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinal: **AUSENTE**

Aspectos: **ATE MOMENTO**

HGT

18H=68 mg/dL

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Correção:

Correção:

Medicações:

Intercorrência:

RECER PACIENTE PROVENIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO CONCIENTE E ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, DIETA V.O. DIURESE ESPONTÂNEA EM FRALDA, SSVY MANTIDO, AVP EM MSE, AOS CUIDADOS DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR.
PACIENTE APRESENTOU HIPOGLICEMIA 88MG/DL COMUNICADO A ENFERMEIRA DO PLANTÃO A MESMA PEDIU PARA SOLICITAR DIETA DO MESMO V.O.

**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**

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

Registro: **140384** IH: 1

Leito: **ENFERMARIA 312A**

Turno: **Noite** Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **POLDE FATURA DE FEMUR**

Estado Geral: **Bom** Coloração da Pele: **Normocorado**

Alergias Medicamentosas: **NEGA**

Isolamento de contato: **Não**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Sinais Vitais

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

Oxigênioterapia

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: **130x90**

Frequência Cardíaca: **73**

CONFORTAVEL

Acesso Venoso

Dieta

Eliminações Fisiológicas

Periférico

VO

Diurese: **FRALDA**

M.S.E.

BOA ACEITACAO ALIMENTAR

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **ATE MOMENTO**

HGT

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecos:

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 RECEBIO PLANTÃO COM O CLIENTE: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA DE 80 ANOS, CONCIENTE E ORIENTADO, RESPIRANDO SOB O2 AMBIENTE, EM POLDE FATURA DE FEMUR, COM AVP EM M.S.E. AFERIDO SSVV SEM ANORMALIDADES, ACEITANDO BEM A DIETA POR VO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, SEGUÍ EN REPOSO NO LEITO SEM QUEIXAS, ACOMPANHADO POR SEU GENRO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av.Juvênia Lamartine, 979 - Tirol

Cep:59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, _____/_____/_____

[Handwritten Signature]
Randiva Carla Ribeiro de Paula
COREN-RN 826369

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

Tumo: Diúna

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: POS DE FRACTURA DE FEMUR.

Estado Geral: Bom

Coroação da Pele: Normocorado

Alergias Medicamentosas: NEGA

Sinais Vitais

Temperatura: 38,7 °C Saturação O₂: 98% Respiração: 19 RPM

Pressão Arterial: 130x90

Frequência Cardíaca: 73

Acesso Venoso

Periférico

DIETA

VO

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Oxigênio terapia

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ERALDA

Obs.: PRESENTE

Intestinais: AUSENTE

Aspectos: ATE MOMENTO

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

REALIZADO CURATIVO PELA COMISSÃO DA CCIH.

Medicações:

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

Intercorrência:

AS 07HRAS RECEBI PACIENTE IDOSO NP POS DE FEMUR CONCRETE ORIENTADO NA HVP EM O2 AMBIENTE ACIETA DITA OFERECIDA E ELIMINAÇÕES FISIOLOGICAS PRESENTES REALIZADO BANHO NO LEITO + TROCA DE ROUPA SE CAMA E MASSAGEM DE CONFORTO AS 12 H REALIZADO TROCA DE FRAUDA , AS 18 HRAS REALIZADO TROCA DE FRAUDA +LENCOIS DA CAMA O MESMO SEGUIU OS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENF.

HOSPITAL MEMORIAL
SAO 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	HM: 1
Nascimento: 10/01/1939 80 anos Data Internação: 11/10/2019 08:24:57		Leito: ENFERMARIA 312A	
Turno: Noiturno	Antecedentes:		
Hipótese Diagnóstica: POS DE FRATURA DE FEMUR.		Isolamento de contato: Nao	
Estado Geral: Bom	Coloração da Pele: Normocorado	Nível de Consciência: Consciente/Orientado	
Alergias Medicamentosas: NEGA			
- Sinais Vitais		Oxigêniooterapia	
Temperatura: 36,2 °C	Saturação O2: 98%	Respiração: 20 RPM	Em O2 Ambiente
Pressão Arterial: 120x70	Frequência Cardíaca: 75		
Acesso Venoso Periférico	Dieta VO	Eliminações Fisiológicas	
		Diurese: FRALDA	
		Obs.: PRESENTE	
		Intestinal: AUSENTE	
		Aspectos: ATE MOMENTO	
HGT		Drenos	
Correção:	Correção:	Data:	
Correção:	Correção:	Local:	
Correção:	Correção:	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 SBV SEM ANORMALIDADES. SEGUO SEM QUEIXAS AOS CUIDADOS DA EQUIPE.
PACIENTE PERDEU AVP FOI REPUNICIONADO 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 Souza
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

Tumo: Diáurea Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: PÓS OPERÁRIO DE FRATURA DE FEMUR.

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normoscópico

Alergias Medicamentosas: NEGA

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Sinais Vitais

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

Oxigêniooterapia:

Pressão Arterial: 130x70

Frequência Cardíaca: 78

Em O₂ Ambiente

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VQ

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Eliminações Fisiológicas

Diurese: FRALDA

Obs.: PRESENTE

Intestinais: AUSENTE

Aspectos: ATE MOMENTO

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

REALIZADO CURATIVO PELA EQUIPE DO CGIH.

Medicações:

ADM MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Intercorrência:

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 (CEFAZOLINA SODICA 1G 02 FRASCOS), REALIZADO BANHO NO LEITO, TROCA DE ROUPA DE CAMA E PESSOAL, MUDANÇA DE DECÚBITO, MASSAGEM DE COMFORTO, SEGUE NO LEITO SEM QUERIXAS 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: **SFO,9%, GAZE, LUVA PROCEDIMENTO, LUVA EST**

Tipo de Ferida: **LIMPA**

Localização: **PÓS DE FÉMUR.**

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

EXSUDATO DA FERIDA

Seroso Purulento Sanguinolento Serossanguinolento Piosanguinolento Sem Exudato

PELE - PERILESIONAL

Integra 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 - 13674486

JOHANNA ARAUJO DA SILVEIRA

140384 - 1 - GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

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

Tipo de Ferida: **LIMPA**

Localização: **PÓS DE FÉMUR.**

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

EXSUDATO DA FERIDA

Seroso Purulento Sanguinolento Sarossanguinolento Piosanguinolento Sem Exudato

PELE - PERILESIONAL

Integra Escoriada Sinal Flogísticos Descamada Alergica/Dermatite Macerada

Quantidade: **Selecionar uma opç**

Odor: **Selecionar uma opç**

BORDAS

Distintas Regulares Irregulares

OBSERVAÇÕES GERAIS

16/10/2019 11:40:39

Técnico(a) COREN - 13674486

JOHANNA ARAUJO DA SILVEIRA

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av.Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep:59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, _____ / _____ / _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO IDENTIFICAÇÃO PÓLICIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



VITIMAS

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PESSOA	DATA DE EXPEDIÇÃO
GERAL	04/09/2002
NOME:	ALBERTO FRANCISCO DE SOUZA
MUNICÍPIO:	ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA
ESTADO:	SENTELENA MIRIA DA CONCEIÇÃO
DATA DE NASCIMENTO:	04/01/1939
SEXO:	MASCULINO
RG:	10004 F-191 RG-001091
CEP:	548.063-057-15
CARTÓRIO:	01 CARTÓRIO
ASSINATURA:	194100-9
LEI N. 7.116 DE 20/08/83	



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**

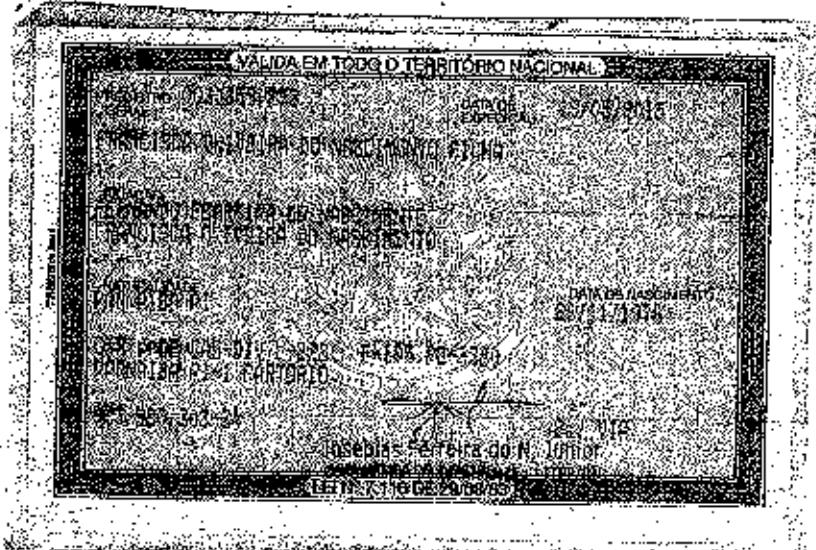
Dígito Verificador: **00**

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

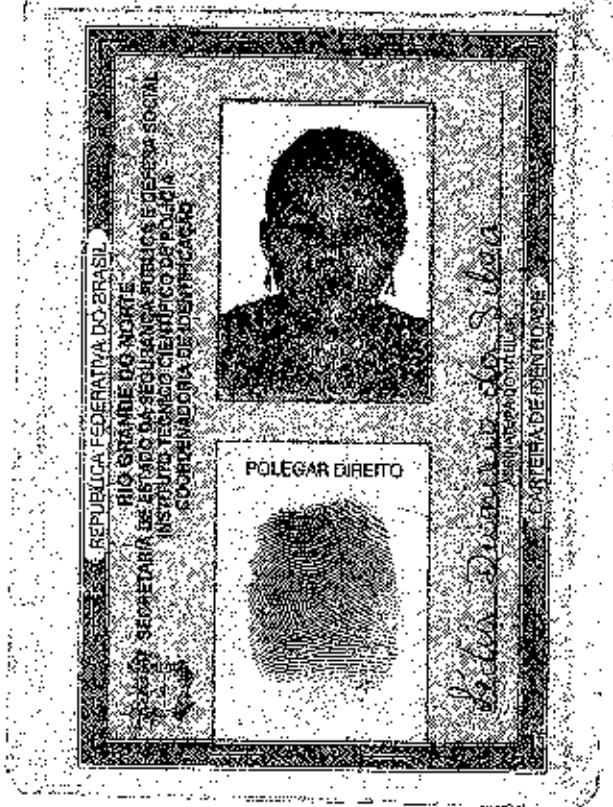
Conduta mantida:

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

Apr 10 60



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO CIVIL	DATA DE EXEDEDOR
NOME:	14/05/2013
MARIA DE LURDES DA SILVA	
PILÓCRO	
MATERIAL DE PINTURA DA SILENT	
MARIA DE LURDES DA SILVA	
NATURALEZA DO	DATA DE NASCIMENTO
ESTADO: SP	17/07/1980
REC. 10001	10001-000000000000000000
CPF:	11.111.111-1111
PROIBIDA A REPRODUÇÃO	
10001-000000000000000000	

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 Lider e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

Indicação Local e Data,	<input checked="" type="checkbox"/> 2º CARTÃO PROVVISORIO
Nome: <u>Gilberto Dionísio da Silva</u>	TESTEMUNHAS
CPF: <u>512.945.594-00</u>	1º Nome: <u>MARIANA CARLOS BEZERRA</u> CPF: <u>704.457.384-30</u>
Assinatura: <u>Gilberto Dionísio da Silva</u>	<u>Mariama Carlos Bezerra</u> Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A RODO	

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	<input checked="" type="checkbox"/> 2º TESTEMUNHA
<u>Francisca Oliveira do N. Silva</u>	Assinatura
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)
<u>Francisca Oliveira do N. Silva</u>	<u>Ana Carla da Silva</u>
Assinatura	Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do ínteriro 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

Av. Boa Esperança, 10 - Bae Capim, CEP: 59146-000 - Parnamirim/RN - Tel.: (84) 2020-01200 / 3272-3295

Reconhecido por AUTENTICIDADE a firma de LIDIA DIONÍSIO DA SILVA
Parnamirim/RN, 16/01/2020 10:28:49 Em testemunho
verdade. Emol R\$ 2,97

MARIA JEANE DE PAIVA NUNES - Substituto
Consulte autenticidade em: <https://selodigital.tjrn.jus.br>
Selô:RN202000953640006632OCQ



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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA

GERCIA LOURENCO DA SILVA