



Número: **0818376-06.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **29/05/2020**

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

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA (AUTOR)		JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)	
Porto Seguro Cia. de Seguros Gerais (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63951 970	17/12/2020 14:50	<a href="#">2774970_CONTESTACAO_Anexo_04</a>	Outros documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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,

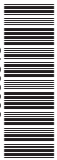
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15407370

Pag. 01685/01686 - carta\_01 - INVALIDEZ

00030843





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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: INTERRUPTÃO 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

Pag. 00237/00238 - carta\_02 - INVALIDEZ

00070119



Carta nº 15463949





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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

Pag. 01653/01654 - carta\_02 - INVALIDEZ

00060827



Carta nº 15592398





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 - Nº do sinistro ou ASI: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 518.063.057-15 4 - Nome completo da vítima: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

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

5 - Nome completo: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA 6 - CPF: 518.063.057-15  
 7 - Profissão: NEG. INFORMAC 8 - Endereço: RUA ANGOLA 9 - Número: 39 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: VILA NOVA 12 - Cidade: PARNAMIRIM 13 - Estado: PA 14 - CEP: 59142-620  
 15 - E-mail: CENTRODESEGURADOS04@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: \_\_\_\_\_

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:  **BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO**  **REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)**  
 **CONTA POUÇANÇA** (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: 00072884 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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


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

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

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (ver nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora 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): Lidia Dornas da Silva  
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 512.945.594.00  
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): Lidia Dornas da Silva

38 - 1ª | Nome: Mariana Caxias Bezerra  
 CPF: 704 452.384-30  
Mariana Caxias Bezerra  
 Assinatura da testemunha  
 39 - 2ª | Nome: Ana Carla da Silva  
 CPF: 100 437 954-31  
Ana Carla da Silva  
 Assinatura da testemunha

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ 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 Francisco de Souza  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Angola, 19  
Vida Nova Parnamirim RN CEP: 59147-620  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 002405411  
Data local do acidente: [ 22/09/2019 ]  
Data local do exame: [ 10/03/2020 ] NATAL [ RN ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DE FÊMUR PROXIMAL DIREITO E AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA, TRAUMATISMO CRÂNIO FACIAL.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: REALIZADO REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO EM FALANGE DISTAL DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA, TRATAMENTOS CIRÚRGICOS DE FRATURAS MÚLTIPLAS DE HEMIFACE DIREITA E FÊMUR PROXIMAL DIREITO. NÃO FEZ FISIOTERAPIAS.  
Data da Alta: 19/02/2020**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO, REFERE DIPLOPIA, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE QUADRIL DIREITO, FERIMENTO OPERATÓRIO CICATRIZADO NA REGIÃO LATERAL DE COXA DIREITA, COTO DE AMPUTAÇÃO CICATRIZADO NO 2º DEDO DA MÃO DIREITA. FAZ USO DE CADEIRA PARA LOCOMOÇÃO, HIPOTROFIA MUSCULAR MODERADA DE COXA DIREITA.**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
 **Sim**       Não
- V. Existe seqüela (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 seqüela 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):   |
| <b>MEMBRO INFERIOR - Lado Direito</b>  | <b>2º DEDO DA MÃO - Lado Direito</b>   |
| % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve   | % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve   |
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>50% médio</b> <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | <input type="checkbox"/> 50% médio <input checked="" type="checkbox"/> <b>75% intensa</b> <input type="checkbox"/> 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

*Uraí de Oliveira*  
**DR. URAÍ DE OLIVEIRA**  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM-RN 4315







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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 054294/2019

DADOS DO REGISTRO

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial de Parnamirim

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

Local do Fato

Município: Parnamirim (RN)  
Logradouro: RUA DAS VITÓRIAS

Bairro: Monte Castelo

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

Natureza	Meio(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



Delegado de Polícia Civil: Luiz Gonzaga Pontes de Lucena  
Impresso por: Sanderson Antunes  
Data de Impressão: 23/10/2019 16:10  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 054294/2019

Nome Civil: ANA PAULA GOMES (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Parnamirim Sexo: Feminino Nasc: 12/09/1967

Profissão: Do Lar

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Sebastiana Jorge do Nascimento

Nome do Pai: Claudio Salustiano Gomes Filho

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 064.608.954-86

Endereço

Município: Parnamirim - RN

Logradouro: RUA DAS VITÓRIA

Nº: 145

Bairro: MONTE CASTELO

Telefone: (84) 99189-4662 (Celular)

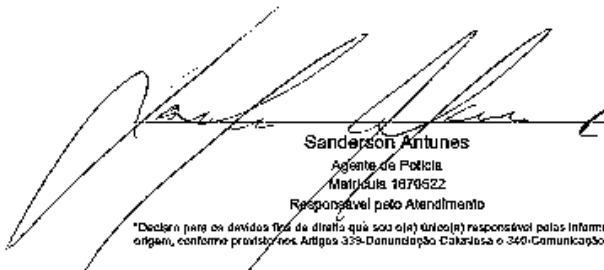
OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

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

ASSINATURAS

  
Sanderson Antunes  
Agente de Polícia  
Matrícula 1879522

Responsável pelo Atendimento

  
LIDIA DIONISIO DA SILVA  
(Testemunha / Comunicante)

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

Delegado de Polícia Civil: Luiz Gonzaga Pontes de Lucena

Impresso por: Sanderson Antunes

Data de Impressão: 23/10/2019 16:10

Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2



PE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 548.063.057-15 4 - Nome completo da vítima: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

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

5 - Nome completo: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA 6 - CPF: 548.063.057-15

7 - Profissão: REC-INFORMAL 8 - Endereço: RUA ANGOLA 9 - Número: 39 10 - Complemento: \_\_\_\_\_

11 - Bairro: VILA NOVA 12 - Cidade: PARNAMIRIM 13 - Estado: PA 14 - CEP: 59142-620

15 - E-mail: CONTROLESEGURADOS04@OUTLOOK.COM 16 - Tel. (DDD): 84 99828.0300

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

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_

18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

**CONTA POUANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)  Itaú (341)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2008 CONTA: 000728841 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado Civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  Separado judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: \_\_\_\_\_


28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Fallecidos: \_\_\_\_\_

30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Fallecidos: \_\_\_\_\_ 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 aqueles 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.

**NÃO ALFABETIZADO**



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

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 552.945.594-00

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

**TESTEMUNHAS**

38 - 1ª | Nome: MARJONA COXIAS BERGAMINI  
CPF: 704.457.384-30  
marjona coxias bergamini  
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: ANA CARLA DA SILVA  
CPF: 400.747.954-31  
Ana Carla da Silva  
Assinatura da testemunha

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 9.112,50

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

CLIENTE: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02008

CONTA: 000000072884-6

---

---

Nr. da Autenticação CCC9F2990B5E80E2





Terça Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL**  
 Companhia Energética de Rio Grande do Norte  
 Rua Azevedo, 150, Recife, Natal - RN CEP: 59225-220  
 CNPJ 05.284.196/0001-01 | Insc. Est. 20.089.199-0 | www.cosern.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

LÍDIA DIONÍSIO DA SILVA  
 CPF: 512.945.594-00 NIS: 18307857468

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
 RUA ANGOLA 79 CS- 79

**CLASSIFICAÇÃO**  
 B1 RESIDENCIAL  
 BARRACONDA COM NS

VIDA NOVA AREA URBANA  
 BARRAMIRIM RN  
 59147-620

030750115  
 270292615  
 27/09/2019 30/04/2021 2647847

17/10/2019 29/10/2019  
**139,25**

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,21911382	6,58
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,37024670	25,93
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	420,0000000	0,58437455	245,22
Consumo Ativo superior a 220 kWh	12,0000000	0,62774851	7,53
Acrescimo Bandeira VERMELHA			9,00
Contrib. Item FVetla Municipal			13,68
ICMS-Parceira Subvencionada			8,50







Quem tem, fala bem.

SAC: 2010.2010.10600



  
 CDD PARANAMIRIM RN  
 5016170 JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES  
 R DR SADI MENDES 1026 P. A Alto  
 SANTOS REIS  
 59141-085 Pamamirim -RN  
  
 6914022288040400000001100710070120  
 Data de Postagem: 07/01/2020 Data de Vencimento: 17/01/2020



Facilitamos mais uma vez  
 Agora você pode solicitar a 2ª via  
 da sua fatura através do WhatsApp  
 Acesse [cabotelecom.com.br](http://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](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHO inscrito

(a) no CPF/CNPJ 903.980.303/34 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 548.063.057/15 do

sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima GILBERTO FRANCISCO DE 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: <b>RUA DR. SADI MENDES</b>		Número: <b>1026-A</b>	Complemento:
Bairro: <b>SANTOS REIS</b>	Cidade: <b>PARNAMIRIM</b>	Estado: <b>RN</b>	CEP: <b>59141-085</b>
E-mail: <b>CENTRALSEGUROS04@OUTLOOK.COM</b>			Tel. (DDD): <b>(084) 2226-5669</b>

Local e Data: PARNAMIRIM, 16/05/2020

Francisca Oliveira do Nascimento Filho

Assinatura do Declarante

OLDRL001 V001/2017



UCC: NO

Sus #hist: NO  
CPF: NO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Pol. 15 Nº 42

Epidemiologia  
NÍVEL INVESTIGATIVO  
CAPACIDADE DE ATENDIMENTO  
SPA / ADM / CONF. 15/01/20

NOME: Gilberto Francisco de Souza.  
IDADE: 80 anos COR: Preto SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro  
NATURALIDADE: Pernambuco PROFISSÃO: Aposentado PROCEDÊNCIA:  
ENDEREÇO: Rua Da Vitória BAIRRO: M. Castelo  
CIDADE: Pernambuco DATA: 22-09-19 HORA:

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM  NÃO

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

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

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente não se recorda do ocorrido. Família relatou colisão bicicleta e moto, com perda de consciência. Nega náuseas e vômitos. Apresentando dor pílvea com limitação de movimentação do MID. Estenose notada. Lesão em falange distal de 2º quíruodáctilo D.

EXAME FÍSICO

NA pílvea. C/ cervicalgia.  
AP BI alteração.  
Pulsos presentes, simétricos.  
Glasgow 15  
Escorificação em face e 2º quíruodáctilo de mão D.

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

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

HRDML / SESAP  
CONF. ORIGINAL  
Parnamirim 23/10/2019  
Mat. 96921-4

DIAGNÓSTICO INICIAL





**EXAMES COMPLEMENTARES**

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

GOVERNO DO RN - SES -  
H. DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: Crânio TC  
DATA: 22/09/19 HORA: A:40

TÉC. EM RADIOLOGIA: \_\_\_\_\_  
Ass. do Responsável

**ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE**

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

**CONDUTA**

- ① RL 500 ml, EV, correr lento.
- ② Dipirona 500mg 1ml - O.F.A + O.B.B.D. EV, agora.
- ③ VAT.

19:0h - laudo TC crânio normal  
CD: à NRC do HMWG  
Ata do Cirurgia Geral

Dra. Lídia Braga  
MÉDICA  
CRM-RN: 9753

Luís Felipe R. Arantes de Sá  
Cirurgião Geral  
CRM-RN: 9745

BMF  
22/09/19

Paciente vítima de acidente de moto, com contusões, osteíte, apresentando edema difuso em semi-pouco e epistaxe.  
TC: fratura cominutiva da mão ① e OPN.

Ass. do Responsável

cd: levaturo em mãos

**DESTINO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <u>Ortopedia</u>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM <u>HMWG</u>
HORA _____ HS	PARA <u>Ortopedia</u>	HORA <u>1</u>

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

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 quetoquímico direito e dor a flexão de quadril à direita. Solicito parecer da ortopedia.  
 Médico: Dr. Felipe B. Antunes de Melo CRM: \_\_\_\_\_ Data: 22 / 09 / 19  
 Encaminhado à especialidade: Ortopedia  
 Consulta marcada para a Unidade: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
 Para o (a) Dr. (a): \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas do dia 1 / 1

# RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
 Paciente: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_  
 (Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)  
Paciente c/ fratura transtrocanterica e fratura exposta do 2º DdH. quadril  
CD: Paciente necessita ser encaminhado p/ cirurgia de urgência. LMWG  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 Médico: Filipi Ramieri Alves CRM: \_\_\_\_\_ Data: 22 / 09 / 19  
Ortopedia e Traumatologia  
Médico do Dr. E. Tomozaki  
CRM: 23663/TEOT 15251  
 Retornar à clínica solicitante: \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_  
 Para o (a) Dr. (a): \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas do dia 1 / 1

HRDML / SESAP  
 CONFERIDO ORIGINAL  
 Parnamirim, 23/09/19  
 AD 19692-4





Requibado Sr. Dr. Gabriel  
Secretaria de Saúde Pública  
Hospital Deoclécio M. Lucena

RECEITUÁRIO MÉDICO

Gilberto Francisco de Souza

A Neurocirurgia

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

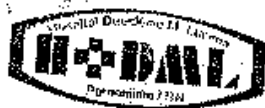
VAP, sem cervicalgia  
MV ⊕, simétricas, SRA  
Pulsos amplos e simétricos  
ECG 14  
Lesões em face e dedos expostos em mãos ⊕.

Sé radiado pelo ortopedista e requerido para RNMG.

De alta pelo cirurgião qual. Neuro-  
to avaliação do NRC (levando laudo de TC). qto!

22/09/19





### ENCAMINHAMENTO DE PACIENTE

Encaminhamento de paciente ao Hospital: Welfredo Bampi  
Nome: Gilberto Francisco da Souza  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Motivo do Encaminhamento: Fratura exposta 2º QDE  
Data: 22/03/2019

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

~~Filipi Ramon Alves  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Pé e Tornozelo  
Médico Responsável  
(Assinatura e Carimbo)~~





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL DR. DEOGLÉCIO MARQUES DE LUCENA  
SERVIÇO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA



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

### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

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

Exame realizado em caráter de urgência.

Parênquima encefálico com densidade preservada.

Cavidades ventriculares de calibre normal.

Cisternas, cissuras e sulcos corticais preservados.

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

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

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

*Marcel Dantas de Sousa*

Laudado Por:

**Marcel Dantas de Sousa**  
CRM-RN 4557 / RADIOLOGISTA

Validação





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 49278 /2019  
Admissão: 22/09/2019 22:02:10

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **144608 - GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** (80 a 8 m 12 d)  
Nascimento: 10/01/1939 Natural: PEDRO VELHO, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA  
CNS: 706006396821749 CPF: 54806305715 Prof:  
Mãe: SEVERINA MARIA DA CONCEICAO Pai: ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA  
Logradouro: DAS VITORIAS, 3478 Cidade: PARNAMIRIM  
CEP: 59146330 Bairro: MONTE CASTELO  
Telefone: 84 .994821677 Compl:

Motivo: MOTO X BICICLETA - COLISÃO Tipo: REFERENCIADO  
Origem: H DEOCLECIO MARQUE LUCENA \*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS: Reg com Dr <sup>a</sup> Gabriela					Classificação: 22/09/2019 21:58:59				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA**

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

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

Ass = plomo, flexão, inchaço  
Apresentou epistaxe; e fratura exposta em 5º quíquadrado da mão @.

**EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)**

- A VA *pele*
- B *Supnelco em O2 ambiente*
- C *hemodinamicamente estável*
- D *Glasgow = 15*
- E *PCC em couro cabeludo*

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

\*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Politrauma*

CONFERE COM ORIGINAL  
22/09/2019 22:50  
Dona

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



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: NCR

NAMNESE: Colúmbio moxibicidat  
ECel = 15. Sem defeito físico

EXAME FÍSICO: TC crânio sem lesões intracranianas  
Alta NCR

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: Receptivo de 2º BDD

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)  
foto rênal abdominal p. s. m. de 2000  
foto rênal abdominal p. d. m. de 2000  
CO. @ Uplote 2g, DV, des. de atq.

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDIÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)  
Re de ansiedade  
Valium 0.1g/2x

NOTAÇÕES DE ENFERMAGEM  
24/10/20  
Dr. Alexey Alves Pereira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 25327/TE61 16262

Assinatura e Carimbo do Médico: Alexey Alves Pereira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 25327/TE61 16262

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: 23/09/19 HORA: 07:00h

SAÍDA: DATA: 1/1 HORA:

Decisão Médica  À Revelia  Transferido para:

ÓBITO: DATA: 1/1 HORA:

Entregue à família com Atestado  S.V.O.  I.T.E.P.

Médico (Carimbo)

Deslazar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: 1/1 HORA:

SAÍDA: DATA: 1/1 HORA:

Decisão Médica  À Revelia  Transferido para:

ÓBITO: DATA: 1/1 HORA:

Entregue à família com Atestado  S.V.O.  I.T.E.P.



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A  
B  
C  
D  
E

A(ALÉRGICAS)  
M(MEDICAÇÃO EM USO)  
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)  
L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)  
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)  
V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
CONDUTA PRIMÁRIAS/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS	OUTROS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Alta da cirurgia geral	As - realizada suturas e limpeza de ferimentos em novo esboço
Dr. Gabriel Santa Cruz União Paulista CRM 17081	Dr. Gabriel Santa Cruz União Paulista CRM 17081
Ferimento e como usava cinto - Avulsão na Cir. Geral	
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1	BMF	HORA: 22:12	DATA: 22/09/19
ESPECIALISTA 2	NCR	HORA: 22:12	DATA: 22/09/19
ESPECIALISTA 3	ORTOPEDIA	HORA: 22:12	DATA: 22/09/19

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA / /

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

ÓBITO: DATA / / HORA

ENTREVIS À FAMÍLIA ( ) COM ATESTADO ( ) S.V.O ( ) I/TEP







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



**SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA**

Atend: 5631/2019 Dt. Atend: 02/10/2019 15:49 Dt. Impressão: 02/10/2019 17:05  
Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** (80 anos 8 meses e 23 dias) - Masculino  
FIA: WG 9047/2019 - Unid: 4 ANDAR .Quarto: 8 .Leito: 425 - Sala: (SADT)  
Med. Solicitante: FLAVIO VARELA DE ARAUJO - CRM 6646/RN

**ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO**

Condições Gerais: Exame de boa qualidade técnica.

**MEDIDAS**

AO: 3,8 cm

AE: 3,2 cm

SIV: 1,1 cm

PPVE: 0,9 cm

DDVE: 5,1 cm

DSVE: 2,8 cm

FE: 74% (Teichoiz)

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

**Conclusão:**

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

*Isabela Sacilotto Vilar*  
Cardiologia  
CRM: 4858

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



ALGUM TIPO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1-ANÁLISE A RESPONSABILIDADE DA VITIMA 2-REGA ALUMIA A OUTRA PESSOA LIGUE SE QUANDO ESTIVER FORA DE SUPOSTAS 3-ARMA NA MÃO 4-ANÁLISE RESPIRATÓRIA (VER, OUVIR, SENTIR) 5-36 ANOS 6-ADOLESCENTE 7-ADULTO 8-ADULTO 9-ADULTO 10-ADULTO 11-ADULTO 12-ADULTO 13-ADULTO 14-ADULTO 15-ADULTO 16-ADULTO 17-ADULTO 18-ADULTO 19-ADULTO 20-ADULTO 21-ADULTO 22-ADULTO 23-ADULTO 24-ADULTO 25-ADULTO 26-ADULTO 27-ADULTO 28-ADULTO 29-ADULTO 30-ADULTO 31-ADULTO 32-ADULTO 33-ADULTO 34-ADULTO 35-ADULTO 36-ADULTO 37-ADULTO 38-ADULTO 39-ADULTO 40-ADULTO 41-ADULTO 42-ADULTO 43-ADULTO 44-ADULTO 45-ADULTO 46-ADULTO 47-ADULTO 48-ADULTO 49-ADULTO 50-ADULTO 51-ADULTO 52-ADULTO 53-ADULTO 54-ADULTO 55-ADULTO 56-ADULTO 57-ADULTO 58-ADULTO 59-ADULTO 60-ADULTO 61-ADULTO 62-ADULTO 63-ADULTO 64-ADULTO 65-ADULTO 66-ADULTO 67-ADULTO 68-ADULTO 69-ADULTO 70-ADULTO 71-ADULTO 72-ADULTO 73-ADULTO 74-ADULTO 75-ADULTO 76-ADULTO 77-ADULTO 78-ADULTO 79-ADULTO 80-ADULTO 81-ADULTO 82-ADULTO 83-ADULTO 84-ADULTO 85-ADULTO 86-ADULTO 87-ADULTO 88-ADULTO 89-ADULTO 90-ADULTO 91-ADULTO 92-ADULTO 93-ADULTO 94-ADULTO 95-ADULTO 96-ADULTO 97-ADULTO 98-ADULTO 99-ADULTO 100-ADULTO

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO: **92 M.º: Herculano**

ANAMNESE: **Profissionais em fim de vida de trauma. 1.º atendimento a vítima acidentada ao ambulatório do HAST, após 15 dias das católicas e cuidados paliativos.**

EXAME FÍSICO: **ALTA das Bula**

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: **Jr. Rômulo Dias**  
**Clínica Oral e Facial**  
**CRONIA - 372**

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDIÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Res

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASSGOW	
Abertura dos olhos (AO)	4
Olfato se abrem espontaneamente	4
Olfato se abrem ao comando verbal. Não responde caso o despertar de uma pessoa alterada, se volta ao estado de sono (1)	3
Olfato se abrem por estímulo doloroso	2
Olfato não se abrem	1
Resposta verbal (RV)	5
Orientação tempo de acontecimento e acontecimento se perguntado sobre seu nome, idade, endereço, mês, e ano (1 a 5 em 5)	5
Orientação espaço de acontecimento, com pelo menos duas (tempo e conteúdo)	4
Orientação tempo de acontecimento, com pelo menos um (tempo e conteúdo)	3
Orientação espaço de acontecimento, com pelo menos um (tempo e conteúdo)	2
Orientação não verbal (OV)	4
Orientação se abrem verbalmente	4
Orientação se abrem verbalmente (1 a 5 em 5)	5
Orientação se abrem verbalmente (1 a 5 em 5)	4
Orientação se abrem verbalmente (1 a 5 em 5)	3
Orientação se abrem verbalmente (1 a 5 em 5)	2
Orientação se abrem verbalmente (1 a 5 em 5)	1
Orientação se abrem verbalmente (1 a 5 em 5)	0

"ESCALA DE TRAUMA REVISADA DO TRAUMA REVISADA - RTS		
DISCRIMINADOR	FORNECIMENTO	
ESCALA DE COMA DE GLASSGOW	13-15	3-4
	9-12	5-6
	6-8	7-8
	3-5	9-10
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20	3-4
	12-16	5-6
	1-2	7-8
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90-140	3-4
	70-90	5-6
	50-60	7-8

CLASSIFICAÇÃO DO TCE - (NLS-2005)  
03 - Menor gravidade de lesão cerebral (moderada)  
05 - Moderada  
14 - Grave

SEM DOR	LEVE	Moderado	Grave
0	1	2	3



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(RADIOLOGIA E IMAGEM)	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
	OUTROS
CONDIÇÃO PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
- Alta da cirurgia geral	Ad - Realizada sutura + limpeza de ferimento em nervo e abdômen
Dr. Gabriel Santa Cruz Urologista CRM 1081	Dr. Gabriel Santa Cruz Médico CRM 1081
Formulário de como usar cânula - Privado de Cir. como	
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1	BUP	HORA: 22:12	DATA: 22/09/19
ESPECIALISTA 2	NCR	HORA: 22:12	DATA: 22/09/19
ESPECIALISTA 3	ORTOPEDIA	HORA: 22:12	DATA: 22/09/19

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA / /

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

ÓBITO: DATA / / HORA

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



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







IDENTIFICAÇÃO

Nome: Guilberto Francisco de Souza Reg. Nº 144608  
 Diagnóstico pré-operatório: Pneumotórax  
 Indicação terapêutica: Drenagem de tórax Urgência  Eletiva

INTERVENÇÃO

Data: 23/09/19 Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_  
 Operador: Dr. Eduardo CRM/CRO: 1341  
 1º Auxiliar: Dra. Laraine CRM/CRO: Dra. Laraine Salas Gurgel  
 2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ CRM/CRO: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_  
 Anestesiologista: Dr. Francisco Melo CRM/CRO: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- 1) Paciente em DDH sob anestesia local
- 2) Anestesia + antissepsia com colocação de campo estéril
- 3) Teste onestesia
- 4) Incisão no 6.º ITC a direita
- 5) Cirurgia com Kelly até pleura
- 6) Exploração digital
- 7) Colocada dreno de tórax n.º 28
- 8) Observada escape ar
- 9) Lavagem com solução de
- 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 - CPF 09.676.001-58

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







REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Gilberto Guedes de Souza Idade: \_\_\_\_\_ N° Reg.: \_\_\_\_\_  
 Serviço: \_\_\_\_\_ Enf.: 40 Leito: 425

AO SERVIÇO: OFTALMOLOGIA

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

hiperemia e diplopia  
 o direito

Natal/RN, 28 de 09 de 19

DR. DIOGO F. TORQUATO  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 CRM-RN: 57017/2017

Médico que solicita o parecer

PARECER: OFTALMOLOGIA

Paciente com queixa oftalmológica.  
 Op. ocular: Hiperemia subconjuntival + ciliar e  
 ADM da maxilar esquerda, subciliar e elevação  
 em adução. Cárcun e segmento anterior aparentemente  
 intactos.

Obs: Paciente examinada com a cabeça, devido  
 impossibilidade para sentar à LP. (a preferência do  
 fôseu. e recomendação para não movimentar MIO).  
 Obs: Comprovação de fratura ocular provavelmente  
 fratura da asa da face

Condut: solicitar parecer de BMF  
 Se necessário, novo parecer à oftalm.  
 para o mesmo poder ser transferido p/ LP

Natal/RN, 28 de 09 de 19

DR. Maria Rodrigues  
 Oftalmologia  
 CRM-RN-2695

Médico que emite o parecer







Nome: Gilberto Francisco de Souza  
 Idade: 200003 Nº Registro:

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
31/09/19	<p># Nota operatória → CG            Paciente foi submetido a drenagem de tórax a direita. Procedimento sem intercorrências.</p>
	<p>Dra. Cláudia Sales Gurgel            Médica            CRM-RN 9561</p> <p>Dr. Eduardo Costa            Médico - Cirurgião Geral            CRM 1311 - CPF: 130.576.204-59</p>
Alcova	<p># CG            1.º DRD drenagem de tórax por punção            Paciente evolui bem, sem queixas. Diurese presente.            Raxo x de tórax com pulmão expandido.            Ao exame: BEO, supuroso, oclométrico, oníctico            AP: MV@ bilateral s/ RA            Puro: O sem escape c/ru            CD: Retira SVD            Vigilância respiratória</p>
	<p>Dr. Ronaldo da Costa            Médico - Cirurgião Geral            CRM 1311 - CPF: 130.576.204-59</p>

Módulo Operador, no âmbito hospitalar, presta serviços de saúde para crianças, adultos e idosos de áreas clínicas, cirúrgicas, agravos de cavidade externa, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e conforme normas vigentes e a legislação em vigor.

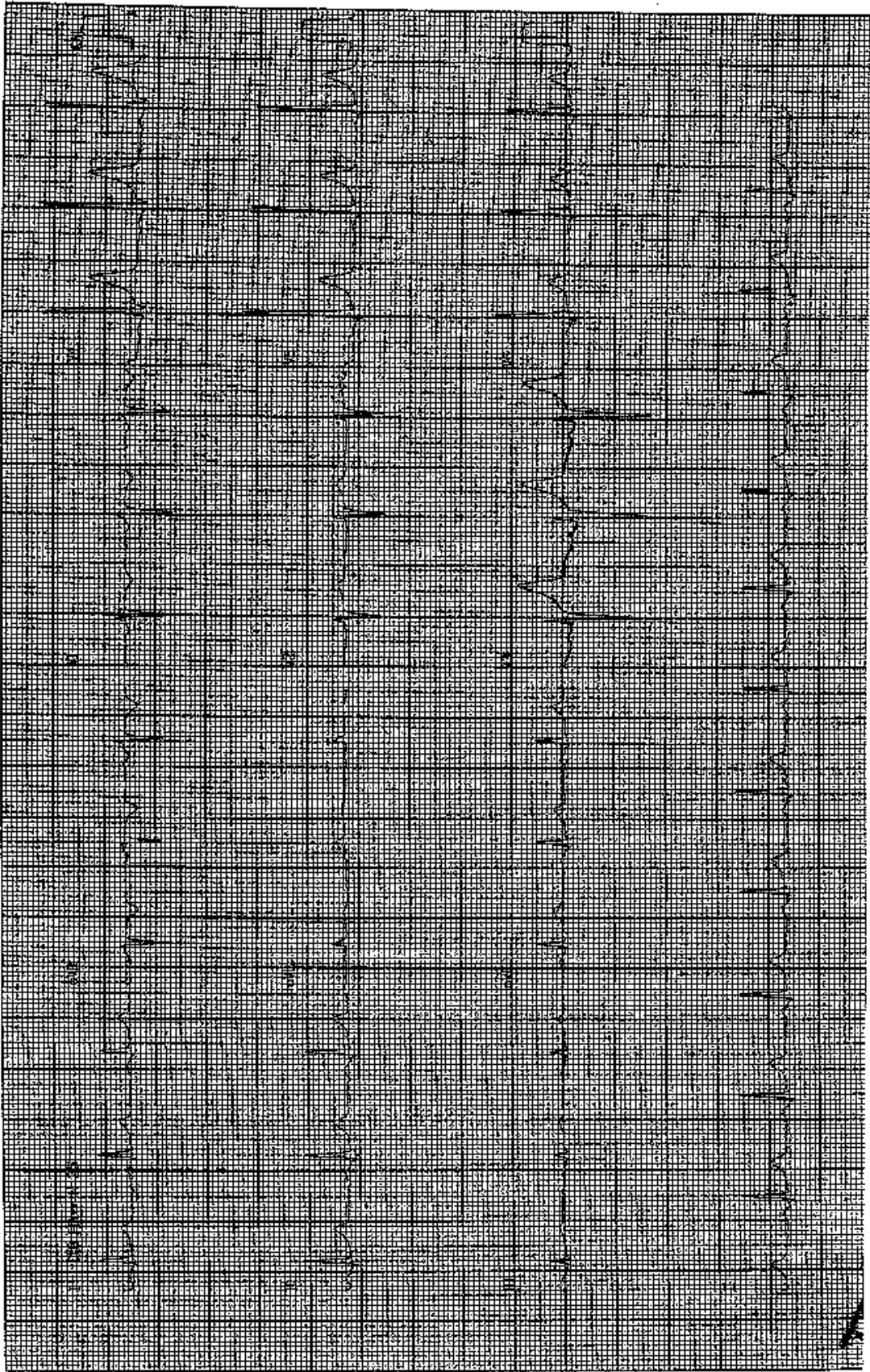


30-09-19

12:15

445

Gilberto Francisco de Souza 80 ANOS





**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:** 54806305715 **Cor:** PARDA **Prof:**  
**Mãe:** SEVERINA MARIA DA CONCEICAO **Pai:** ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA  
**Endereço:** RUA DAS VITORIAS, 3478 - MONTE CASTELO - PARNAMIRIM  
**Cidade:** RN PARNAMIRIM **CEP:** 59146-330 **Telefone:** (84) 994821677

**BOLETIM Nº: 49278/2019** Sala Inicial: **POLITRAUMA** - **AMARELO - 60 Min**  
**Triagem:** 22/09/2019 21:58 **Admissão:** 22/09/2019 22:02 **Boletim:** 23/09/2019 04:04

**Motivo:** MOTO X BICICLETA - COLISÃO **Origem:** H DEOCLECIO MARQUE  
**Queixa:** Queda da própria altura / trauma de face + fratura exposta em mão D  
**Observação:** Reg com Drª Gabriela

**HISTÓRIA CLÍNICA**

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

Notif. de viol. Interpessoal/autoagressão:  Sim  Não

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

**Alergia:** NEGA

**Medicação em uso:**

**EXAME FÍSICO**

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

**Solicitó exames :**

32021010 - MAO AP, PERFIL E OBLIQUO 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 04:00 **Médico:**

*Alexey Alves Garcez*  
**Ortopedia e Traumatologia**  
**CRM 23227/TEOT 18282**

*CRM 7539/AN*





### REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: \_\_\_\_\_ 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:

*Prisca Oliveira*

*paciente idoso, com condições clínicas complicadas  
 grande Saúde, grande frágil.*

*no exame lab: Hb 7.2, mt. de anemia ferrosa  
 moderada.*

*cc: sol. ecoss p/ complementação de ferro  
 - segue Hemodinâmica p/ anemia HB 9.0  
 para qualq. procedimento cirúrgico, melhor  
 anemia de Hb > 10.*

Natal/RN, 30 de 9 de 19

*Dr. Flávio Araújo*  
 CRM: 030755-184-26  
 RQE: 00137118

Médico que emite o parecer

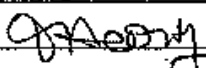




**HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO**

NOME: Gilberto Fló de Sá ENF.: 4º LEITO: 425  
 IDADE: 80a PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ Nº REG.: \_\_\_\_\_  
 DIAGNÓSTICO: Pó-trauma - com drenagem por pneumotórax.  
 TMB. NC: \_\_\_\_\_  
 DIETA: liq. pastosa → pastosa

**EVOLUÇÃO NUTRICIONAL**

DATA	TODA ANOTAÇÃO DEVE SER ASSINADA PELO NUTRICIONISTA QUE FEZ
25/09/19	Paciente segue estável, vítima de acidente de trânsito, com escoriações e drenagem de tórax por pneumotórax. Aceitando bem dieta NO liq. pastosa sem engorço FE(+) FU(+), sem edema. Na prescrição médica de ontem está a orientação de dieta livre, de hoje está liq. pastosa mas aceitável sem engorço. Amanhã observar prescrição médica para melhor consistência. cd. Montida
	 <b>Tatiana Amanda</b> CRP Maranhão Nutricionista CAR 6128
26/09/19	Paciente segue estável aceitando bem a dieta liq. pastosa FE(-) FU(+). Sem engorço. Ainda não houve melhora médica (ph). cd. Montida
30.9.19	Paciente evoluindo estável, boa aceitação de dieta. Fe preservada. Deseja prosseguir dieta. cd: dieta pastosa.

**ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.**





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



**SERVIÇO DE ULTRASSONOGRÁFIA**

Atend: 5631/2019 Dt. Atend: 02/10/2019 15:49 Dt. Impressão: 02/10/2019 17:05  
Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** (80 anos 8 meses e 23 dias) - Masculino  
FIA: WG 9047/2019 - Unid: 4 ANDAR .Quarto: 8 .Leito: 425 - Sala: (SADT)  
Med. Solicitante: FLAVIO VARELA DE ARAUJO - CRM 6646/RN

**ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO**

Condições Gerais: Exame de boa qualidade técnica.

**MEDIDAS**

AO: 3,8 cm	DDVE: 5,1 cm	FE: 74% (Teicholz)
AE: 3,2 cm	DSVE: 2,8 cm	
SIV: 1,1 cm		
PPVE: 0,9 cm		

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

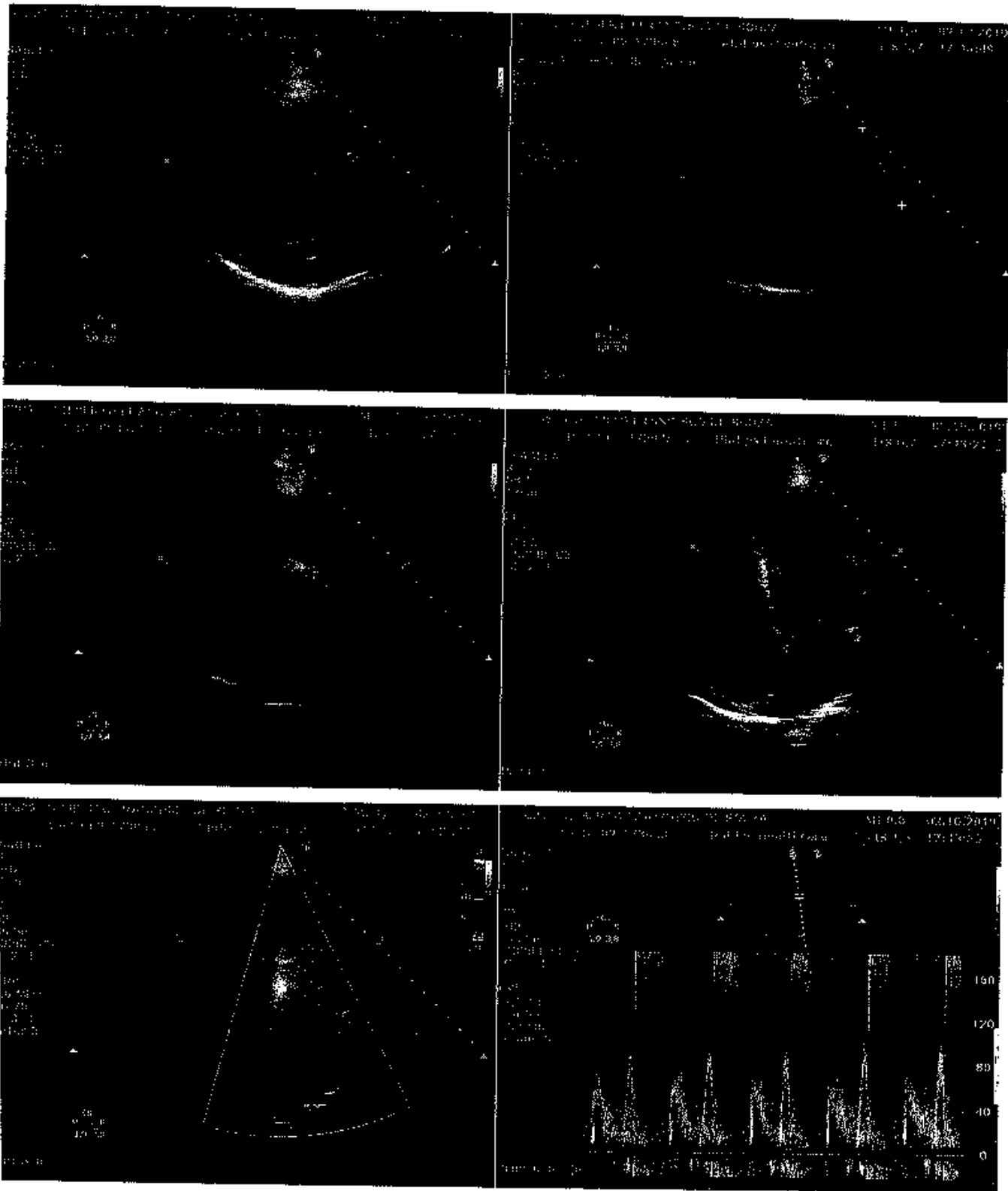
**Conclusão:**

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

*Isabela Sacilotto Villar*  
Cardiologia  
CRM: 4858

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





312-A

# RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



**Hospital Memorial**  
São Francisco

CLÍNICA ORTOPÉDICA E TRAUMATOLÓGICA DE NATAL LTDA

Av. Juvenal Lamartini, 979 - Tirol - CEP 59022-020  
Natal - Rio Grande do Norte  
Tel.: (84) 3133.4200  
CNPJ 10.867.687/0001-10

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

Paciente: Silvano Fco dos Santos  
 Sexo: ( ) Feminino (X) Masculino Idade: 30  
 Endereço: R. dos Vitórias, M. Carrola  
 Prescrição: Oftalmol. olho direito  
(A) Deltaprop 100  
farmac. ex. cul. @ 6100  
05- Aus.

Dr. Hermann Gomes  
 Cirurgião do Quadril  
 Reconstrução da Pelve  
 CRM: 4843 - TEOT: 8887

17/12/19

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome: \_\_\_\_\_

Ident.: \_\_\_\_\_ Org. Emissor: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Assinatura do Farmacêutico \_\_\_\_\_ Data: 1/1







**Hospital Memorial**  
São Francisco

Dr. Gilberto F. da Silva

via ORAL:

① Litasea tip \_\_\_\_\_ o.c.s

fome e carb. @ 6162  
cota de

② Xmasco to \_\_\_\_\_ e.c.s

fome e carb. @  
sp/md, 20 h/m.

Dr. Hermann Gomes  
Chefe do Quadro  
Reconstrução da Pele  
CRM: 4843 - TEO: 0887

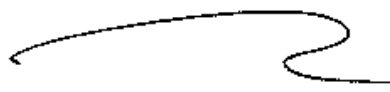
12/10/19

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



emissão por...

- # Poder Judiciário
- # Poder Judiciário e MULHERES.
- # Encontro Jurídico e SF 982
- # Poder Judiciário e 15 Mar
- # Poder Judiciário.
- # Poder Judiciário e 30 Mar.



republica

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





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



LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

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

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

Procedência da Amostra: 4 ANDAR

**Hemograma**

<b>Eritrograma</b>	<b>Valores Encontrados</b>		<b>Valores de Referência</b>	
Amostra: Sangue Total (EDTA)				
Hemácias .....	<b>2,4</b>	milhões/mL	4,5 a 5,9	milhões/mL
Hemoglobina .....	<b>7,2</b>	g/dL	13,5 a 17,5	g/dL
Hematócrito .....	<b>23</b>	%	41,0 a 53,0	%
V.G.M.....	<b>96</b>	fL	80,0 a 100,0	fL
H.G.M.....	<b>30</b>	pg	26,0 a 34,0	pg
C.H.G.M.....	<b>31</b>	%	31,0 a 36,0	%
RDW .....	<b>14</b>	%	11,5 a 15,0	%

<b>Leucograma</b>	<b>Valores Encontrados</b>		<b>Valores de Referência</b>	
Amostra: Sangue Total (EDTA)				
Leucócitos .....	<b>7.480</b>	mm <sup>3</sup>	4000 a 10000	mm <sup>3</sup>
Bastonetes.....	<b>0</b>	%	0 a 2,0	%
Segmentados .....	<b>75</b>	%	40 a 70	%
Eosinófilos.....	<b>4</b>	%	1,0 a 4,0	%
Basófilos.....	<b>0</b>	%	0 a 3,0	%
Linfócitos.....	<b>16</b>	%	25,0 a 45,0	%
Linfócitos Atípicos.....	<b>0</b>	%	0	%
Monócitos.....	<b>5</b>	%	2,0 a 10,0	%
Metamielócitos .....	<b>0</b>	%	0	%

<b>Plaquetas</b>	<b>Valores Encontrados</b>	<b>Valores de Referência</b>
Amostra: Sangue Total (EDTA)		
Contagem de Plaquetas .....	<b>270 mil/mm<sup>3</sup></b>	150 a 450 mil/mm <sup>3</sup>

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

*Assinado*  
ANA PATRICIA OLIVEIRA DE LIMA  
TÉCNICO DE LABORATÓRIO  
EMP 1025 01N



120



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 .....

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

Procedência da Amostra: 4 ANDAR

#### TEMPO DE PROTROMBINA

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

[@RES]

Atividade Enzimática..... : **146,1 %** Valor de Referência: 70 a 100 %

[@ATV]

INR..... : **0,92**

[@INR]

ISI..... : **0,95**

Amostra Plasma citratado Método Coagulométrico

Evolução Tempo Protrombina

Evolução Atividade Enzimática

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

*[Handwritten Signature]*  
NAILA MARINHO OLIVEIRA M. LIMA  
TÉCNICO - I UNID. QUÍMICA  
C.R. 3059 RN



157



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 .....

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

Procedência da Amostra: 4 ANDAR

**Glicose** ..... : **131 mg/dL**  
Amostra: Soro Método:Automatizado Valor de Referência: 70 a 98 mg/dL

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

Observação:

**Uréia** ..... : **44,0 mg/dL**  
Amostra: Soro Método: Automatizado Valor de Referência: 10 a 50 mg/dL

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

Observação:

**Creatinina Sérica**..... : **1,4 mg/dL**  
Amostra: Soro Método: Automatizado Valor de Referência: 0,5 a 1,3 mg/dL

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

Observação:

GEAÚCIA LAURIANE SILVA DE SOUZA  
HMWS - Farm. Bioquímica  
CRF 2750 RN





REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Gilberto F. 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: Flávio Amorim

Paciente idoso, sem comorbidades cardiovasculares  
 e/ou outras. Ganda febre aguda.

No exame fco: Hb 7,2, sat. de O<sub>2</sub> 90%  
 Acuidade.

cp: Sol. cost. p/ diagnóstico de doença  
 - seguir Hemodinâmica p/ doença Hb 7,2  
 para qualquer procedimento cirúrgico: melhor  
 cuidado de p/b 270.

Natal/RN, 30 de 9 de 14

Dr. Flávio Amorim  
 CRM: 6025 - Cardiologia  
 CPF: 030785-184-28  
 RG: 10013711 B

Médico que emite o parecer

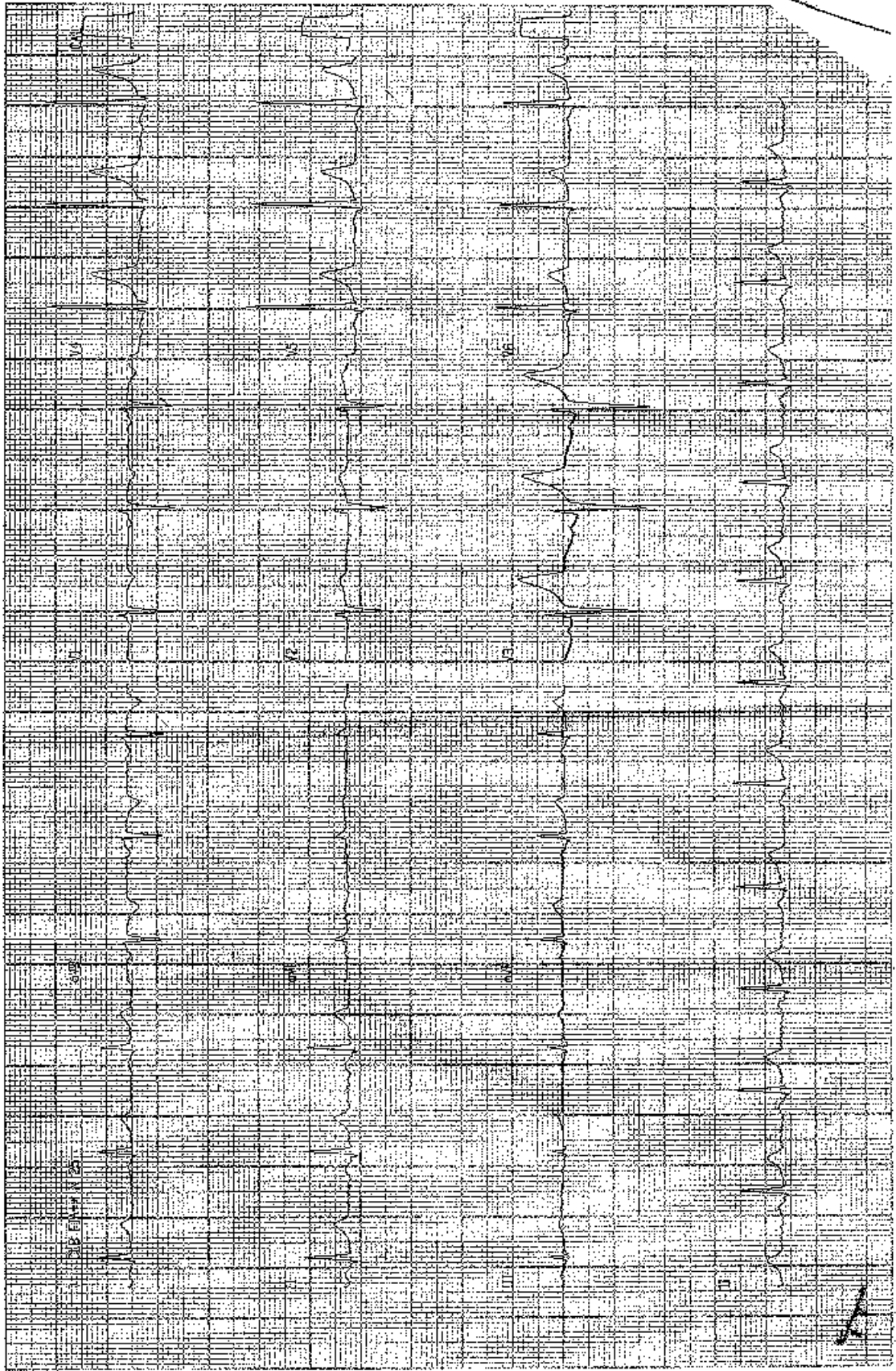




30-04-19

12:15

Gilberto Francisco de Souza, 80 anos






## DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro que a Sr. (a) Gilberto Francisco de Souza  
CPF. 548.063.054-15  
esteve nesta unidade hospitalar no dia 11.10.2019 ele e presente  
data 29.10.2019 // para o fim de: realizar  
procedimento cirúrgico no caso do fêmur direito  
e maxilar inferior de acompanhamento. Encontra-se  
nesta unidade hospitalar no leito 312A, aos  
 cuidados do médico Hermano Gomes, ele e con-  
tinua sua presença de esta hospitalar. //

Natal (RN), 29 / 10 / 19

  
Fátima B. de Lacerda  
CPF: 055.184.440-3  
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 FRANCISCA DA SILVA

IDADE: 80

Registro: 414608  
Leito: 425

**SOLÍCITO**

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

*Handwritten signature*

*Dr. Hayson M. G. F. Holanda*  
Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

*Handwritten signature*

Natal, 30/09/19

**ASSINATURA E CARIMBO**



procedimento o **BUCO**



PRONTOCLÍNICA  
DR PAULO GURGEL

L-425

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

COORDENADOR: DR. RÔMULO DIAS  
TURMA 2015-2018

PACIENTE: GILBERTO RUDOLFO DE SOUZA

IDADE: 80

**Ao Cardiologista**

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

Solicito ECG e Risco Cirúrgico.

Atenciosamente,

Natal, 22/09/19

Dr. Marlyson M. S. F. Melo  
Cirurgião e Traumatologia Bucomaxilofacial  
CRÉ/RN 2233

ASSINATURA E CARIMBO



**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

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

Prontuário:

CNS: 706006396821749

Nascimento: 10/01/1939

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: SEVERINA MARIA DA CONCEICAO

Pai: ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA

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

Fone: 994821677 /

Município: PARNAMIRIM

Código Municipal IBGE:

240325 UF: RN

CEP: 59146-330

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 26093 / 2019

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

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

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:**

AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 2º QDD

**RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:**

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA MOSTRA FRATURA EXPOSTA DO 2º QDD

**Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:**

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

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

NÃO SE APLICA;3

**Informações importantes sobre as condições do paciente:** Diabetes Hipertensão Obesidade Faz Antibioticoterapia Lesão por pressão Usa Fixador Externo**Profissional Solicitante / Assistente:**

ALEXEY ALVES GARCEZ

CRM: 7539 / RN

Data da Solicitação 23/09/2019

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

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

Nº do bilhete: \_\_\_\_\_

Série: \_\_\_\_\_

 Acidente de Trabalho Típico

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

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

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

 Acidente de Trabalho TrajetadoVínculo com previdência:  Empregado  Empregador  Autônomo  Desempregado  Aposentado  Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

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

Número da Autorização: \_\_\_\_\_

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

*(Assinatura)*  
 Dr. Alexey Alves Garcez  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM 7539/RN



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
Admissão de Internação Hospitalar

Nº FIA: 9047 /2019

Prontuário: 1189207

Paciente: 144608 - GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA  
Cartão SUS: 706006396821749

Idade: 80 anos 8 meses 13 dias Sexo: M CPF: 548.962.057-15  
Nome da mãe: SEVERINA MARIA DA CONCEICAO Etnia: PARÇA

DI Nasc: 10/01/1939  
Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome do pai: ANTONIO FRANCISCO DE SOUZA  
Rua/Av: DAS VITORIAS

Nº: 3478  
Bairro: MONTE CASTELO

Complemento:  
CEP: 59146330  
Telefone: 84 994821677 84 994821677

Cidade: PARNAMIRIM

Especialidade: ORTOPEDICA  
Responsável: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA -  
Usuário: GILBERTO DA SILVA CARLOS

Unidade: PS - ORTOPEDIA Leito: 1011

Admissão: 23/09/2019 04:22:34	Alta:	Óbito:	Dias de permanência:
-------------------------------	-------	--------	----------------------

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

DIAGNOSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL, 23 de Setembro de 2019.

ASSINATURA DO MEDICO RESPONSÁVEL - CRM





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

LABORATÓRIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA  
INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO E REFERÊNCIA  
EM SAÚDE PÚBLICA - IDRAP



GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA  
Nº. 114

LABORATÓRIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA  
INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO E REFERÊNCIA  
EM SAÚDE PÚBLICA - IDRAP

4cm

4mm



## 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 5,9 cm, visível no terço médio do rim esquerdo. Não há evidências de imagens calculosas calcínicas. 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

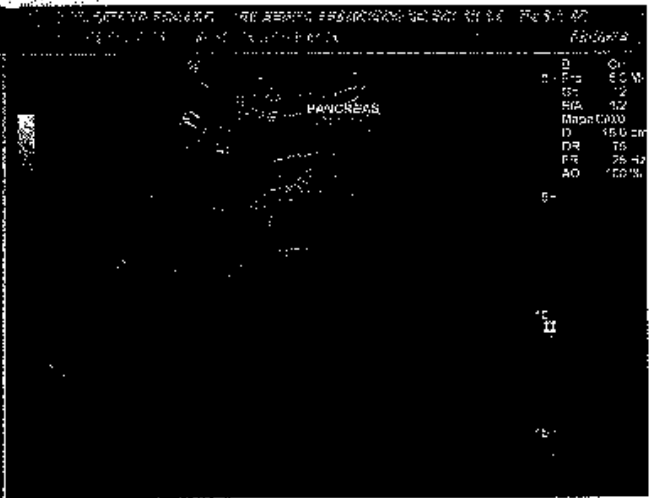
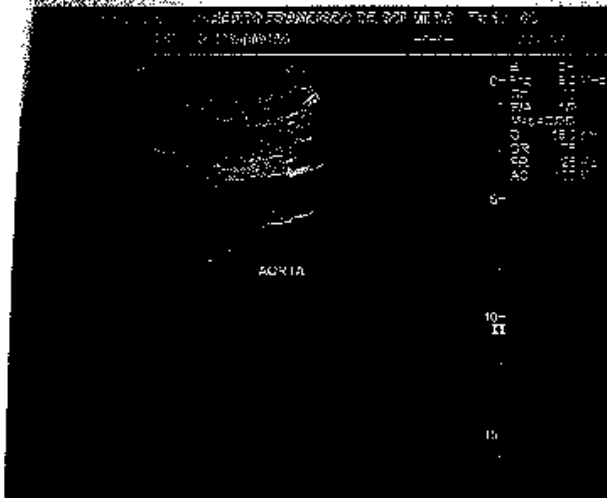
Cisto renal à esquerda.

Restante do exame sem particularidades.

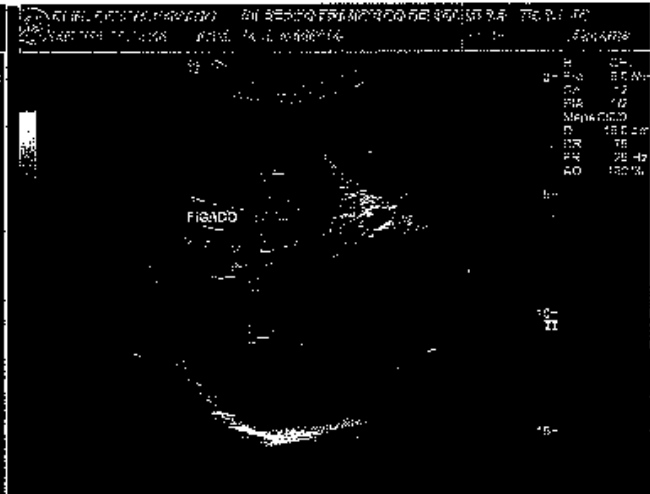
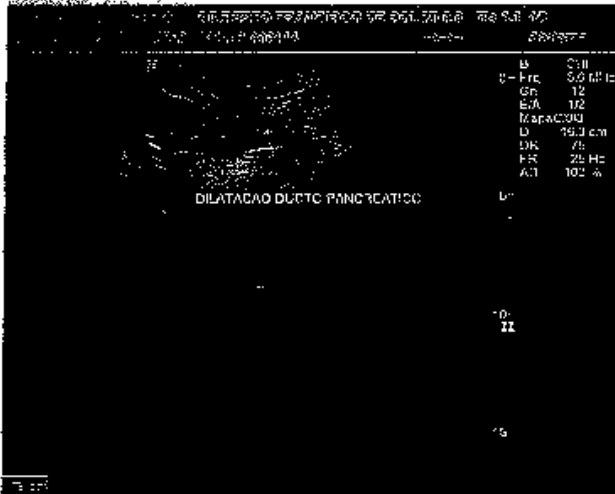
  
Dr. Flávio Freire  
CRM/RN/6399

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 melhor resolução.

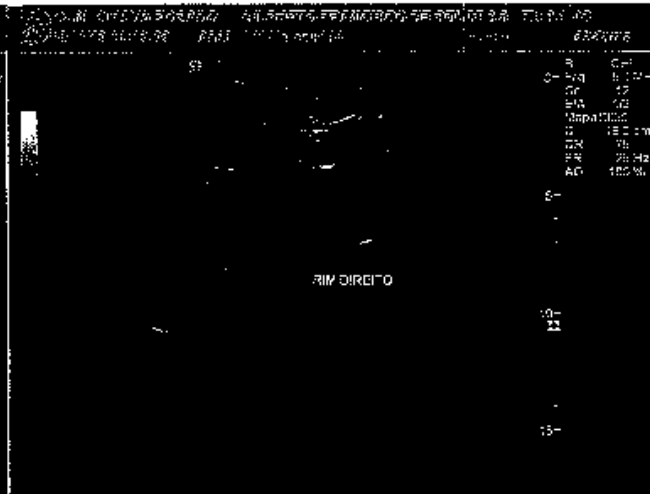
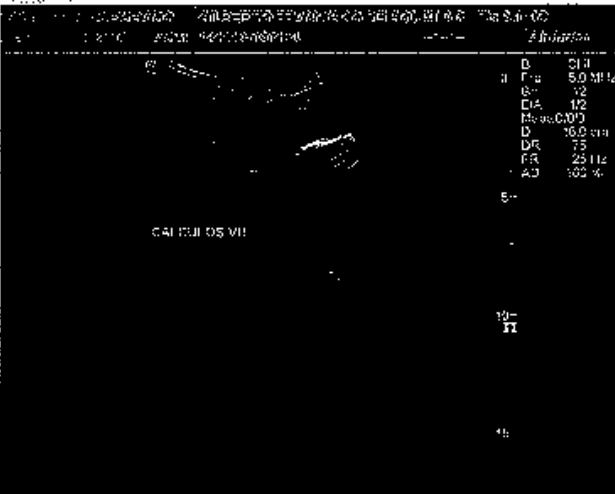




B 01  
 C 5.0 MP  
 S 12  
 EA 112  
 MAPAC00  
 D 15.0 cm  
 DR 78  
 PR 26 Hz  
 AO 150 W



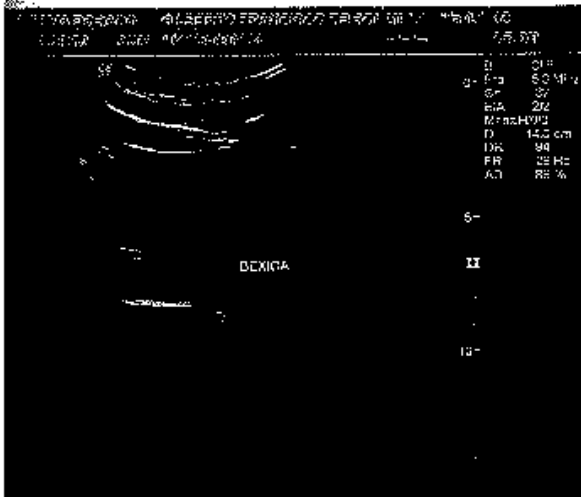
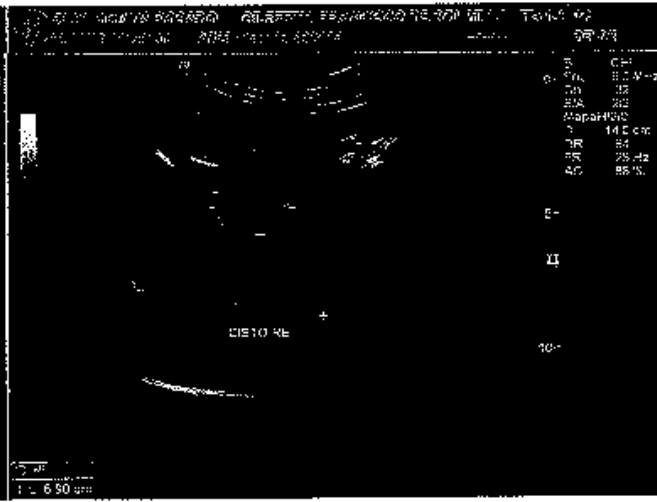
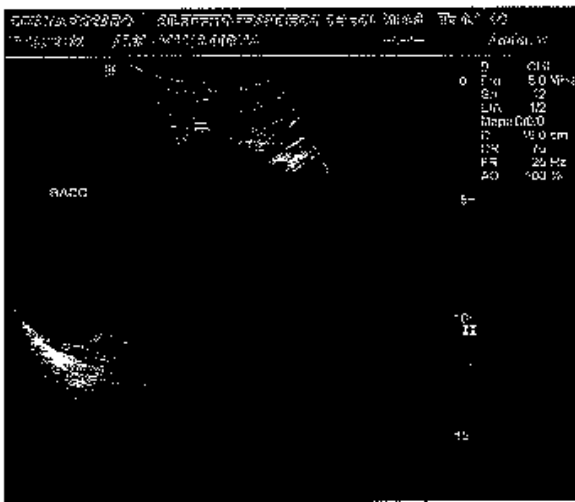
B 01  
 C 5.0 MP  
 S 12  
 EA 112  
 MAPAC00  
 D 15.0 cm  
 DR 78  
 PR 26 Hz  
 AO 150 W



B 01  
 C 5.0 MP  
 S 12  
 EA 112  
 MAPAC00  
 D 15.0 cm  
 DR 78  
 PR 26 Hz  
 AO 150 W









# Hospital Memorial de Natal

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

## FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 13/10/2019 16:02

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** Registro: **140384**  
Num. RG: **002405411** CPF: **548.063.057-15** Nascimento: **10/01/1939** 80 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Divorciado(a)**  
Endereço: **DAS VITORIAS** N.: **3478** Bairro: **MONTE CASTELO**  
Cidade : **PARNAMIRIM** UF: **RN** CEP: **59150000** Fone: **84991034476**  
Profissão: Mãe: **SEVERINA MARIA DA CONCEICAO**

### Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **11/10/2019 8:24** Previsão saída: **20/10/2019 11:00** Atendente: **JAISIAK**  
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **706006396821749**

Médico : **Dr. HERMANN COSTA GOMES**

CRM: **4843**

**ENFERMARIA 312A**

### Dados do Responsável

Responsável: **ANDREA PATRICIA DA SILVA**  
Parentesco: **ACOMPANHANTE**

CPF: **028.591.534-70**

RG: **001617533**

### Termo de Responsabilidade

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

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

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

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

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

Assinatura: [                    ] Paciente [                    ] Responsável

**HOSPITAL MEMORIAL  
SÃO FRANCISCO**

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

CONFERE COM ORIGINAL  
EM, 13/10/2020

Beatriz

Observações  
**PACIENTE COM 2 RX**





# Hospital Memorial de Natal

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

## FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 13/10/2019 16:02

### Dados do Paciente

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** Registro: **140384**  
Num. RG: **002405411** CPF: **548.063.057-15** Nascimento: **10/01/1939** 80 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Divorciado(a)**  
Endereço: **DAS VITORIAS** N.: **3478** Bairro: **MONTE CASTELO**  
Cidade : **PARNAMIRIM** UF: **RN** CEP: **59160000** Fone: **84991034476**  
Profissão: Mãe: **SEVERINA MARIA DA CONCEICAO**

### Dados de Internamento

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

### Tempo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_  
Data da Baixa: \_\_\_\_\_ No. de dias de hospitalização: \_\_\_\_\_ No. de US: \_\_\_\_\_  
Doc. Apresentado: \_\_\_\_\_ Diagnostico Definitivo: \_\_\_\_\_  
Procedencia: \_\_\_\_\_  
História da Doença atual: \_\_\_\_\_  
Interrogatório sobre diversos aparelhos: \_\_\_\_\_  
Antecedentes pessoais: \_\_\_\_\_  
Antecedentes familiares: \_\_\_\_\_  
Estado geral: \_\_\_\_\_  
Ap. Cardiorespiratórios: \_\_\_\_\_  
Ap. digestivo: \_\_\_\_\_  
Ap. Locomotor e Neurológico: \_\_\_\_\_  
Ap. Urinário e Ginecológico: \_\_\_\_\_  
Impressão geral: \_\_\_\_\_  
Conduta: \_\_\_\_\_

**HOSPITAL MEMORIAL  
SÃO FRANCISCO**

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

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





**Hospital Memorial**  
São Francisco

# Hospital Memorial de Natal

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

Data: 13/10/2019 16:02

### Dados do Paciente

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

### Dados do Internamento

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

**ENFERMARIA 312A**

### Dados do Responsável

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

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

- Autorizo o(a) **Dr. HERMANN COSTA GOMES** a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: **88557 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (CO**
- O(A) **Dr. HERMANN COSTA GOMES**, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
- Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

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

Assinatura: [ ] Paciente [ ] Responsável

### DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

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

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

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

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





# Hospital Memorial de Natal

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

## FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 13/10/2019 16:02

### Dados do Paciente

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** Registro: **140384**  
Num. RG: **002406411** CPF: **548.063.057-15** Nascimento: **10/01/1939** 80 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Divorciado(a)**  
Endereço: **DAS VITORIAS** N.: **3478** Bairro: **MONTE CASTELO**  
Cidade : **PARNAMIRIM** UF: **RN** CEP: **59160000** Fone: **84991034476**  
Profissão: Mãe: **SEVERINA MARIA DA CONCEICAO**

### Dados do Internamento

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

**ENFERMARIA 312A**

### Dados do Responsável

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

### TERMO DE RESPONSABILIDADE PATRIMONIAL

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

- 1- Se o equipamento for danificado ou inutilizado por emprego inadequado, mau uso, negligência ou extravio, o Hospital Memorial cobrará um equipamento da mesma marca ou o ressarcimento do valor equivalente.
- 2- Em caso de dano, inutilização ou extravio do equipamento deverei comunicar imediatamente ao setor competente.
- 3- Terminando os serviços, devolverei o equipamento completo e em perfeito estado de conservação, considerando-se o tempo de uso do mesmo, ao setor competente.
- 4- Estarei sujeito a inspeções sem prévio aviso.
- 5- Segue a lista de itens incluídos 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/Poltrona, Televisão LCD, Painel para televisão LCD, Suporte de soro, Lixeira, Painel de gases, Frigobar, Cortinas, Campainha. E os itens incluídos 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. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol  
Cep: 59022-020 - Natal/RN

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

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

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

Assinatura do responsável



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

**Unidade Solicitante:**  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

**Unidade Executante:**  
HOSPITAL MEMORIAL

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

**Central Reguladora**  
NATAL

**Data de Solicitação**  
10/10/2019 - 16:49:05

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

**Data de Reserva**  
10.10.2019

**Data de Internação**  
11.10.2019

**Data Prevista de Alta**  
14.10.2019

**Data de Alta**  
01/11/2019 - 16:21:56

**Motivo da Alta**  
1.2 ALTA MELHORADO

**CNES:**  
2653923

**CNES:**  
2408252

**Município Executante**  
NATAL

**Operador**  
01987736419MARILENE

**Operador**  
19980205415CHRIFE

**Operador**  
33391521449FRANCISCA

**Operador**  
33391521449FRANCISCA

**DADOS DO PACIENTE**

**CNS:**  
706006396821749

**Nome do Paciente**  
GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

**Nome da Mãe**  
SEVERINA MARIA DA CONCEICAO

**Sexo:**  
MASCULINO

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

**Tipo Logradouro:**  
RUA

**Número:**  
3478

**País de Residência:**  
BRASIL

**Telefone(s):**  
(04) 8727-5289 (*Exibir Lista Detalhada*)

**Nome Social/Apelido:**  
---

**Naturalidade:**  
PEDRO VELHO - RN

**Raça:**  
BRANCA

**Tipo Sanguíneo:**  
---

**Logradouro:**  
DAS VITORIAS

**Complemento:**

**Bairro:**  
MONTE CASTELO

**CEP:**

**Município de Residência:**  
PARNAMIRIM

**UF:**  
RN

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

24292613400

**Diagnóstico Inicial - CID:**

S720 - FRATURA DO COLO DO FÊMUR

**Caráter**

11 - Urgência

**Clinica:**

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

**Procedimento Solicitado:**

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

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

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

**Principais Resultados de Provas Diagnósticas:**

EXAME FÍSICO E RAIO X

**Condições que Justificam a Internação:**

NECESSIDADE DE CIRURGIA

**PARSICER****Motivo de Impedimento do Regulador:****Assinatura e Carimbo do Médico (examinador):****Nome do Médico Solicitante:** DIOGO TORQUATO**Status da Solicitação:** APROVADA**Nome do Médico Executante:** RICARDO COSTA GOMES**Classificação de Risco**

Emergência - Emergência, necessidade de atendimento imediato

**Clinica Complementar:**

Nenhuma

**Código:**

0408050489

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

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

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





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

# SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE <i>Hospital Memorial</i>	4 - CNES

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Gilberto Francisco de Souza</i>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL/SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO <i>M</i>	10 - MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)			
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente com traqueíte leve, Dispnéia, Agitação em repouso, febre, tosse, e chiado + sibilos.</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Hto - especializado em ambiente hospitalar.</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Ex. físico + Rx -</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Febre de fôc</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Artroscopia do joelho direito</i>	25 - LEITO/CLÍNICA <i>100</i>	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>Urgência</i>	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Gino</i>
28 - COD. DO PROCEDIMENTO <i>041501001-2</i>	29 - DT. SOLICITAÇÃO <i>30/10/19</i>	30 - CNES / CPF <i>4016.824.764-20</i>	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG NO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO <i>50022-020 - Natal/RN</i>
47 - DT. AUT. / /	51 - DT. AUT. / /	55 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO
48 - CNES / CPF		
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	

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

CONFÉRENCIA GERAL  
EM, / /  
Assinatura e Carimbo do Conselho



Código Solicitação: **310612928**

**IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**

**Unidade Solicitante:**  
HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDÓ GURGEL

**Unidade Executante:**  
HOSPITAL MEMORIAL

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

**Central Reguladora**  
NATAL

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

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

**Data de Reserva**  
10.10.2019

**Data de Internação**  
11.10.2019

**Data Prevista de Alta**  
14.10.2019

**CNES:**  
2653923

**CNES:**  
2408252

**Município Executante**  
NATAL

**Operador** 01987736419MARI LENE

**Operador** 1998020541SCERISE

**Operador** 33391521449FRANCISCA

**DADOS DO PACIENTE**

**CNS:**  
706006396821749

**Nome do Paciente**  
GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

**Nome da Mãe**  
SEVERINA MARIA DA CONCEICAO

**Sexo:**  
MASCULINO

**Data de Nascimento:**  
10/03/1939 (80 anos)

**Tipo Logradouro:**  
RUA

**Número:**  
3478

**País de Residência:**  
BRASIL

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

**Nome Social/ Apelido:**  
---

**Naturalidade:**  
PEDRO VELHO - RN

**Raça:**  
BRANCA

**Tipo Sanguíneo:**  
---

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

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

**Município de Residência:** **UF:**  
PARNAMIRIM RN

**DADOS DA SOLICITAÇÃO**

**CPF do Médico Solicitante:**

**CPF do Médico Executante:**  
24292613400

**Diagnóstico Inicial - CID:**  
S720 - FRATURA DO COLO DO FÊMUR

**Caráter**  
11 - Urgência

**Clinica:**  
ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

**Procedimento Solicitado:**  
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE)

**Nome do Médico Solicitante:** **Status da Solicitação:**  
DIOGO TORQUATO APROVADA

**Nome do Médico Executante:**  
RICARDO COSTA GOMES

**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 SOPREU TRAUMA NA COXA CAUSANDO FRATURA DE COLO DE FÊMUR. 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

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

**SINOPSE**

**Motivo de Impedimento do Regulador:**  
---

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

**CRM:** \_\_\_\_\_ **Data de Solicitação:**  
10.10.2019 - 16:49:05

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





Código Solicitação: **313681926**Número ATH: **241910099292-4****IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**

<b>Unidade Solicitante:</b> HOSPITAL MEMORIAL	<b>CNES:</b> 2408252		
<b>Unidade Executante:</b> HOSPITAL MEMORIAL	<b>CNES:</b> 2408252		
<b>Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro</b> AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL	<b>Município Executante</b> NATAL		
<b>Central Reguladora</b> NATAL			
<b>Data de Solicitação</b> 01.11.2019 - 09:56:34	<b>Operador</b> ANTUNES		
<b>Data de Autorização</b> 01/11/2019 - 15:39:45	<b>Operador</b> 01419244469CLARISSA		
<b>Data de Reserva</b> 01.11.2019			
<b>Data de Internação</b> 01.11.2019	<b>Operador</b> 33391521449FRANCISCA		
<b>Data Prevista de Alta</b> 17.03.2047			
<b>Data de Alta</b> 04/11/2019 - 09:11:22	<b>Operador</b> 33391521449FRANCISCA		
<b>Motivo da Alta</b> 1.2 ALTA MELHORADO			

**DADOS DO PACIENTE**

<b>CNS:</b> 706006396821749	<b>Nome Social/ Apellido:</b> ---
<b>Nome do Paciente</b> GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA	<b>Naturalidade:</b> PEDRO VELLIQ - RN
<b>Nome da Mãe</b> SEVERINA MARIA DA CONCEICAO	<b>Raça:</b> BRANCA
<b>Sexo:</b> MASCULINO	<b>Tipo Sanguíneo:</b> -
<b>Data de Nascimento:</b> 10/01/1939 (80 anos)	<b>Logradouro:</b> DAS VITORIAS
<b>Tipo Logradouro:</b> RUA	<b>Bairro:</b> MONTE CASTELO
<b>Número:</b> 3478	<b>Município de Residência:</b> PARNAMIRIM
<b>País de Residência:</b> BRASIL	<b>Complemento:</b>
<b>Telefone(s):</b> (84) 8727-5289 <i>(Exibir Lista Detalhada)</i>	<b>CEP:</b>
<b>Endereço Residência Paciente</b>	<b>UF:</b> RN

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

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

**Principais Sinais e Sintomas Clínicos:**  
paciente vítima de trauma facial com assimetria facial com fratura de orbita + nasoetmoidal ( pact. reup. / fez exame de tomografia)

**Principais Resultados de Provas Diagnósticas:**  
rx

**Condições que Justificam a Internação:**  
tto cirurgico de fratura de orbita + nasoetmoidal

**Prescrição:**

**Motivo de Impedimento do Regulador:**  
---

**Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)** CRM: **Data de Solicitação:**  
01.11.2019 - 09:56:34

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

Data da Extração dos Dados: 04/11/2019 09:52:47





**DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO**

Nome do Paciente: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

Data do Procedimento: 14/10/2019

Registro: 140384 IH: 1

Diagnóstico pré-operatório: S721 FRATURA PERTROCANTÉRICA | FRATURA | - INTERTROCANTÉRICA - TROCANTÉRICA

Código do procedimento  
0408050632

Cirurgia realizada  
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

**Equipe cirúrgica:**

Cirurgião: HERMANN COSTA GOMES

CRM

1° FERNANDO CLAUDINO DOS SANTOS FILHO

4843

7076

Anestesiologista: MATEUS REVOREDO GOMES

8080

Instrumentador: DAYSYANE

Grau de Contaminação: Limp

Profilaxia Antimicrobiana: Cefazolina

Anatomo patológico: Não

Exame: Não se aplica

**Descrição dos materiais especiais utilizados:**

01 PINO DESLIZANTE 85  
01 PLACA DHS  
03 PARAFUSOS CORTICIAS  
01 PINO DE COMPRESSÃO

**CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:**

**Descrição da cirurgia:**

PACIENTE DECURTO DORSAL  
RAQUIANESTESIA  
ASSEPSIA ANTISSEPSSIA CAMPOS ESTEREIS  
ACESSO LATERAL  
DISSECCÃO POR PLANOS  
PASSADO FIO GUIA NO COLO  
FREZAGEM  
COLOCADO PINO DESLIZANTE 85  
PLACA DHS  
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, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

  
CRM: 4843 - HERMANN COSTA GOMES  
14/10/2019 15:37:39





**BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA**

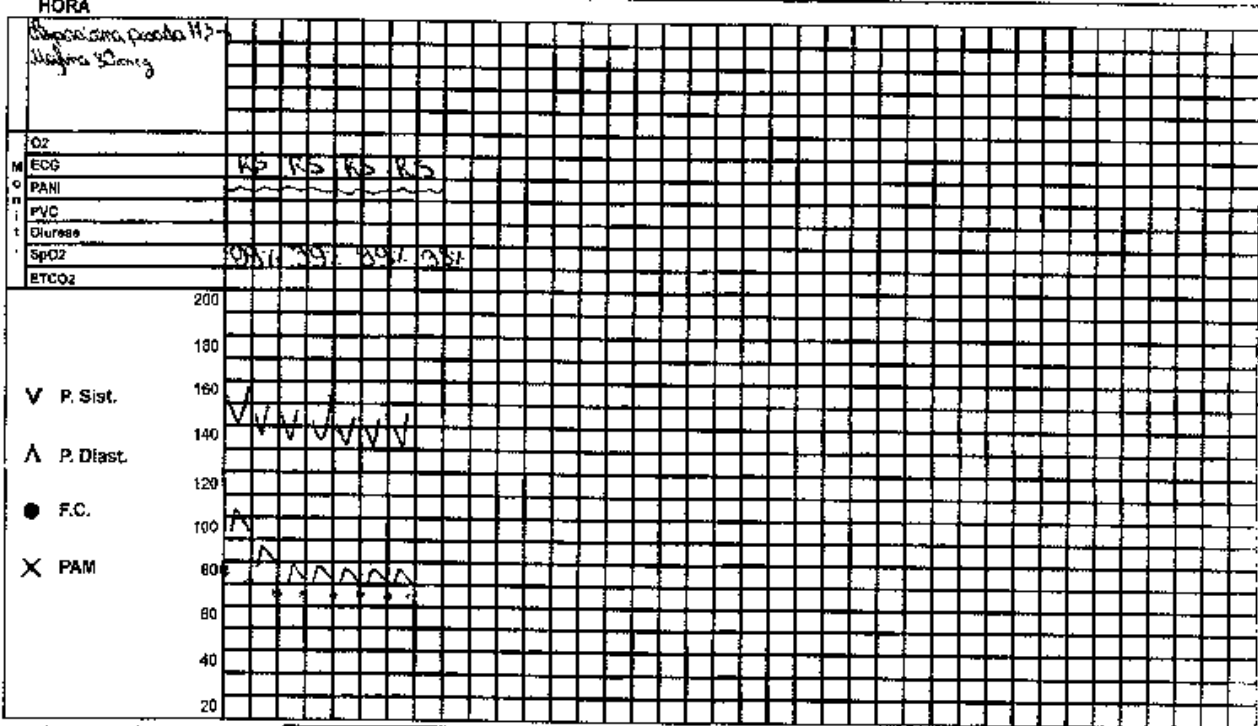
Dados do Paciente

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

**GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

IH: 1

Cirurgia Realizada <b>FRATURA DO FÊMUR TRATAMENTO CIRÚRGICO</b>			Data 14/10/2019
Cirurgião <b>DR. HERMANN GOMES</b>	1º Auxiliar	2º Auxiliar	Anestesiologistas <b>DR. MATEUS GOMES</b>



**Exames Laboratoriais**

pH		
P <sub>a</sub> CO <sub>2</sub>		
P <sub>a</sub> O <sub>2</sub>		
CO		
EB2		
P <sub>a</sub> O <sub>2</sub>		
SHCO <sub>2</sub>		
Hb		
Hc		
Hg		
K		
Ca		
Glicose		
<b>DRUGS</b>		
FENTANIL	500MG	01F
MIDAZOLAN	15MG	01A
NEOCAINA	0,6%	01A
DIAMORF	0,2MG	01A
SUFENTANIL	10MCG	
ROCURONIUM	50MG	
ATRACURIO	25MG	
PROPOVAN	1%	01F
EFEDRINA	50MG	01A
ARAMIN	10MG	
CEFAZOLINA	1G	02F
DIPIRONA	1G	02A
DICAMIN	3MG	01A
DEXAMETASONA	10MG	01A
RANITIDINA	50MG	01A
ONDASEFTRONA	8MG	
NEOCAINA	0,6%	
ISOBARBITAL	0,5%	
CEYOPROFENO	100mg	

**TÉCNICA ANESTÉSICA: BLOQUEIO DO NEUROEIXO**  
**BLOQUEIO: RAQUIANESTESIA**  
**LOCAL DA PUNÇÃO: L4-L5**  
**NÍVEL ANESTESIA: T10**  
**BLOQUEIO MOTOR: 2**  
**POSICÃO: Antes: SENTADO**  
**APARELHO: GE**  
**TÉCNICA: ABERTO**  
**INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: CATETER NASAL**  
**TRAUMÁTICA: NÃO**  
**SONDA: N°**  
**CUFF: V.M.:**  
**INDUÇÃO:**  
**MANUTENÇÃO:**  
**CONDIÇÃO FINAL: REG REFLEXOS: + CONSCIÊNCIA: ACORDADO**

TIPO: SIMPLES  
 LATÊNCIA: 2'  
 LIQUOR: CLARO  
 Depois: DRH

**BALANÇO**

11 RINGER LACTATO 500ML - 02F
-------------------------------

**OBSERVAÇÕES**

11ATO SEM INTERCORRÊNCIAS

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

CONFERÊNCIA ORIGINAL  
 EM, Mateus Neydire Jr.  
 Médico Anestesiologista  
 CRM: 8090 RQE: 3379

**DURAÇÃO: 01:15 INÍCIO: 12:45 FINAL: 14:00**



**DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO**

Nome do Paciente: GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA  
 Data do Procedimento: 30/10/2019  
 Registro: 140384 Nº: 1

Diagnóstico pré-operatório: SUZ FRATURA DO CRÂNIO E DOS OSSOS DA FÁCIE | NOTA: PARA A CODIFICAÇÃO PRIMÁRIA DE FRATURA

Código do procedimento	Cirurgia realizada
0404020453 <u>659</u>	<u>OSTEOTOMIA DO MAXILAR INFERIOR</u>
0404020534 <u>490</u>	<u>OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO NASO-ORBITO-ETMOIDAL</u>
0404020593 <u>599</u>	<u>REDUÇÃO DE FRATURA DA MAXILA LE FORT II</u>
0404020704 <u>490</u>	<u>OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA DO OSSO ZIGMÁTICO</u>

Equipe cirúrgica:

Cirurgião:	<u>GINO ANTONIO GORRICHATEGUI VASQUEZ</u>	CRM	<u>1453</u>
Anestesiologista:	<u>MATEUS REVOREDO GOMES</u>		<u>8080</u>
Instrumentador:	<u>mayara e joao</u>		

Grau de Contaminação: Contaminado  
 Profilaxia Antimicrobiana: Cefazolina  
 Anatomopatológico: Não  
 Exame: Não se aplica  
 Descrição dos materiais especiais utilizados:  
 01 placa de titanio com 1cm 04 furos  
 02 curativos sistema 2.0

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:  
manobras antiesmáticas, colocação dos campos operatórios, incisão subnasal, cirúrgico por planos, deslocamento do pericósteo, refratura das estruturas orbitárias, redução de assoalho e colocação de enxerto ósseo, fraturação com placa de titânio, redução do maxilar com furcões de roue e redução do maxilar com gancho de barras sutura por planos com catgut 3-0 e sutura com mononylon 5-0 e sutura com curativos.

Dr. Gino A. Gorrichategui  
 Cirurgião de Cabeça e Pescoço  
 CRM 1453  
 30/10/2019 09:01:19

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

CRM: 1453 - GINO ANTONIO GORRICHATEGUI VASQUEZ  
 30/10/2019 09:01:19





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

**BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA**

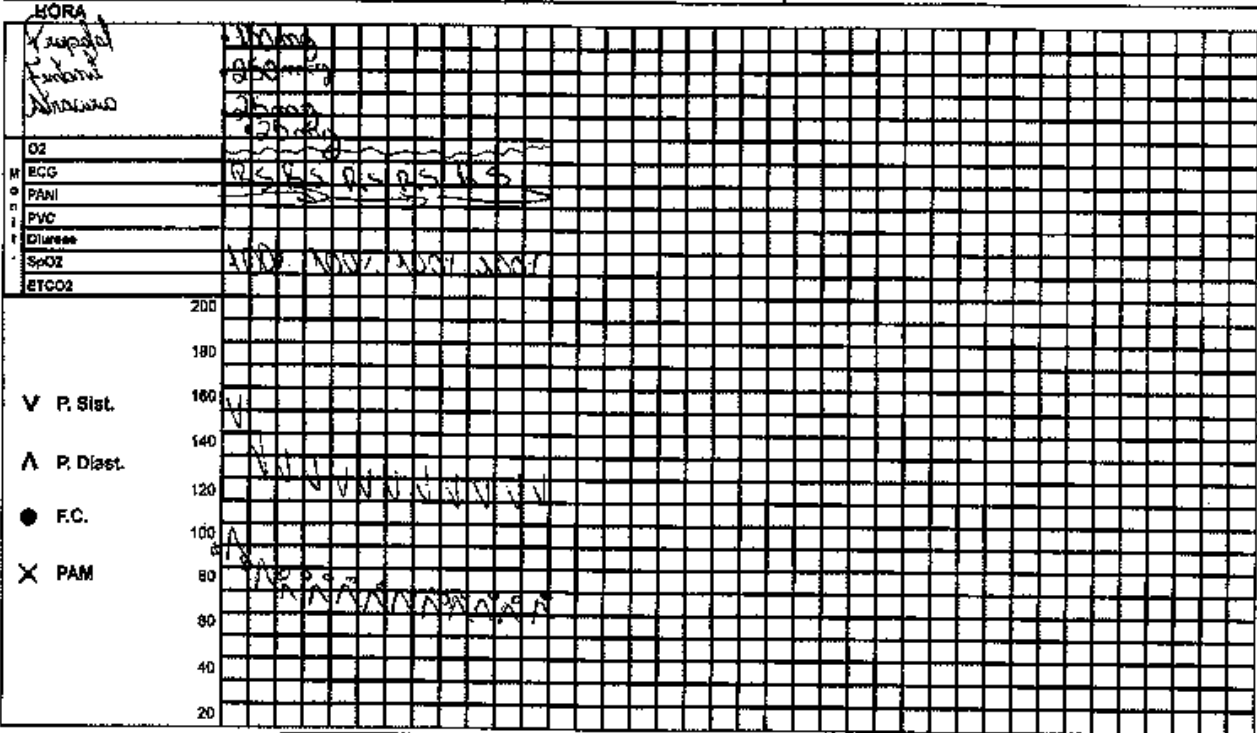
Dados do Paciente

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

**GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

IH: 1

Cirurgia Realizada <b>FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO + LEFORT II + OSTEOTOMIA MAXILA + FRATURA NASO-ÓRBITO-ETMOIDAL</b>			Date 30/10/2019
Cirurgião <b>DR. GINO ANTONIO</b>	1º Auxiliar	2º Auxiliar	Anestesiologista <b>DR. MATEUS GOMES</b>



**Exames Laboratoriais**

pH		
PACO2		
PCO3		
CO		
BB2		
PACO2		
SHCO2		
Hb		
Hc		
Na		
K		
Ca		
Glicose		

FENTANIL	500MG	01F
MIDAZOLAN	15MG	
NEOCAINA	0,5%	
CLOROF	0,2MG	
SUFENTANIL	10MCG	
ROCURONIUM	10MG	
ATRACURIO	25MG	02A
PROPOVAN	1%	01F
EPIDURAL	10MG	01A
ARAMIN	10MG	
CEFALOXINA	1G	02F
DIPIRONA	1G	02A
ORAMIN	3MG	01A
DEXAMETASONA	10MG	01A
RANITIDINA	50MG	01A
ONDASETRONA	8MG	
NEOCAINA	0,5%	
ISOBARICA	0,5%	
CETOPROFENO	100mg	
TRAMAL	100MG	01A
ATROPINA	0,25MG	04A
NEOSTIGMILA	0,5MG	04A

**TÉCNICA ANESTÉSICA: GERAL BALANCEADA**

**BLOQUEIO:** LOCAL DA PUNÇÃO: TIPO: LATÊNCIA:  
**NÍVEL ANESTESIA:** AGULHA: LIQUOR:  
**BLOQUEIO MOTOR:** 3 POSIÇÃO: Anter: DDH Depois: DDH  
**APARELHO:** GE  
**TÉCNICA:** SEMIFECHADO  
**INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO:** ORAL  
**TRAUMÁTICA:** NÃO  
**SONDA:** OROTRAQUEAL Nº 3,2 V.T.: 400 F.R.: 10  
**CUFF:** SIM V.M.: 6 P.A.T.: 18  
**INDUÇÃO:** FENTANIL + PROPOFOL + ATRACÚRIO  
**MANUTENÇÃO:** SEVOFLURANO + O2 + AR  
**CONDIÇÃO FINAL:** BEG REFLEXOS: ± CONSCIÊNCIA: ACORDADO

**BALANÇO**

- 01 BINGER LACTATO 800ML - 02ER
- 02 SEVOFLURANO 100%: 20ML
- 03 SONDA ASPIRAÇÃO Nº12: 01U

**OBSERVAÇÕES**

01 ATO SEM INTERCORRÊNCIAS

**HOSPITAL MEMORIAL**  
**SÃO FRANCISCO**  
 Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol  
 Cep: 59022-020 - Natal/RN  
**CONFERÊNCIA ORIGINAL**  
 EM, \_\_\_\_\_  
 Mateus Revoredo  
 Médico Anestesiologista  
 CRM: 8066 RQE: 3379

DURAÇÃO: 02:00

INICIO: 07:00

FINAL: 09:00





**Hospital Memorial**  
São Francisco

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

**PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

**Dados do Paciente**

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

**ANTES DO ATO CIRÚRGICO** 14/10/2019 13:44:16 COREN - 819960 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

**Observações:**

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

Doença pré-existente: **NÃO**

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

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

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

Assinatura Responsável

Outros Exames:

*Sara*

**SRPA**

COREN - 819960 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

Nível consciência: **CONSCIENTE**

Oxigenoterapia: **O²AMBIENTE**

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

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

Medicação administradas:

**Encaminhamento:**

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

Assinatura Responsável

*Sara*

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



**PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

Dados do Paciente

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

**PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

**DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO**

Tipo: **RAQUE + SEDACÃO**

Anestesiologista: **DRº MATHEUS**

Tipo: **TTT DE FRATURA DE FEMUR**

Cirurgião: **DRº HERMANN**

Instrumentador: **DAYSYANNE + YERONICA**

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**

Início da cirurgia: **14:00**

Fim da cirurgia: **15:50**

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

Medicação administradas:

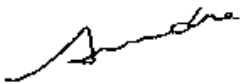
Intercorrências / Observações:

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

**FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA**

**CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA**

Potencial de Contaminação: **Limpa**

  
\_\_\_\_\_  
ANDRE LUIZ MIGUEL PEREIRA  
Técnico(a) COREN - 981845

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





**Hospital Memorial de Natal**

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

**PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

**Dados do Paciente**

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

**ANTES DO ATO CIRÚRGICO** 30/10/2019 07:17:16 - COREN - 862088 - MARIA ELIZABETE B PEREIRA

Observações:

**PAIENTE 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 VEIO DA UNIDADE FUNCIONADO 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, todo, esparadrapo): **NÃO**

Assinatura Responsável

*Maria Elizabete Barbosa Pereira*

Outros Exames:

SRPA COREN - 862088 - MARIA ELIZABETE B PEREIRA

Nível consciência: **CONSCIENTE**

Oxigenoterapia: **CATETER NASAL**

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

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

Medicação administradas:

Encaminhamento:

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

Assinatura Responsável

*Maria Elizabete Barbosa Pereira*

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





**Dados do Paciente**

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

**PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

**DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO**

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

**Intercorrências / Observações:**

**PACTE IDOSO 16° DPO DE FEMUR DIREITO. CONSCIENTE E ORIENTADO EM 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 ANESTESIA GERAL COM I.O.T. N° 8,0. PROCEDIMENTO REALIZADO COM EXITO FOI EXTUBADO, CONSCIENTE RESPONSIVO, FERIDA OPERATORIA LIMPA E OCLUIDA, SEM MAS ALTERAÇÕES 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  
Nascimento: 10/01/1939 80 anos  
Acompanhante:

Registro: 140384 Num. Internação: 1  
Data Internação: 11/10/2019 08:24:57  
Parentesco:

**Endereço para Correspondência:**

Endereço:  
Cidade : PARNAMIRIM  
Bairro : MONTE CASTELO

**Ocorrência:**

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

**Evolução do Prontuário:**

- X - idoso com acompanhante. Paciente amparado pelo Estatuto do Idoso. Art. 16.
- X - Paciente/Acompanhante recebeu(ram) orientações a respeito das Normas Hospitalares.

**Observações:**

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

**CONDUTA HOSPITALAR**

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

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

		Horários de Aplicação	8179
1) DIETA LIVRE LAXANTE	DO (SND)		
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 (SN)		
4) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.	DO	20:00	
5) DIPIRONA 500mg/mL 40gotas FLT Uso: 1 flaconete, via oral, 06 em 06 horas A critério médico. SE DOR OU FEBRE	DO (SN)		
6) OMEPRAZOL 20mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Em jejum.	DO	6	
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 - 8179

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

- Exames Solicitados:
- 1) CREATININA
  - 2) GLICOSE
  - 3) HEMOGRAMA COMPLETO (Sangue)





**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

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

- 4) POTASSIO
- 5) SODIO
- 6) TAP TEMPO DE PROTOMBINA
- 7) TEMPO DE TROMBOPLASTINA (TTP)
- 8) UREIA

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





Prescrição Médica / Evolução Clínica

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

Table with columns for medication name, dosage, and application times. Includes items like DIETA LIVRE LAXANTE, TRAMADOL 50mg, DIMENIDRINATO B6, RIVAROXABANA, DIPYRONA, OMEPRAZOL, CABECEIRA ELEVADA, MEDIDAS DE PREVENÇÃO, MUDANÇA DE DECÚBITO, and SINAIS VITAIS.

Handwritten signature of Dr. Eduardo Teodoro Gurgel de Oliveira

Dr. EDUARDO TEODORO GURGEL DE OLIVEIRA CRM - 8179

Handwritten notes: 11) Insulina R conf. com a Análise, 12) HGT 616L

Exames Solicitados:

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

Hospital Memorial São Francisco stamp and address: Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol Cep: 59022-020 - Natal/RN

Handwritten note: 13/ 01 Cove. Hemorra. (A) Leito em MG. Dr. Hermann Gomes





**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) URÉIA

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



**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

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

12/10/2019 17:08

Horário de Aplicação

3943

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

DO

DO

DO

OK

*Alexandre Magalhães*

Dr. ALEXANDRE MAGALHÃES DE LIMA  
CRM 8543

Alexandre Magalhães  
Médico  
Gastroenterólogo  
Hepatologista

5963

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

*Handwritten notes:*  
18:00  
18:00  
17:00

*Alexandre Magno*

Dr. ALEXANDRE MAGNO GOMES DE LIMA  
CRM - 3943

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







Prescrição Médica / Evolução Clínica

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

Table with columns: Item, Description, Frequency, Application Times, and Notes. Includes items like DIETA LIVRE LAXANTE, TRAMADOL, DIMENIDRINATO B6, RIVAROXABANA, etc.

Signature of Dr. Hermann Costa Gomes
Dr. HERMANN COSTA GOMES
CRM - 4643

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





**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

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

13/10/2019 08:43

Horários de Aplicação

8179

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

DO (ACH)

*16:50*

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

DO

*10:50*

3) **CONCENTRADO DE HEMACIAS**  
01 BOLSA, IV, GOTA A GOTA

DO

*17:08*



**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, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

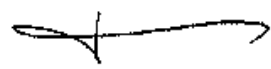




Prescrição Médica / Evolução Clínica

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 (SNB)	
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 (SV)	
4) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.	D2 20:00	
5) DAPIRONA 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 Prontuário:  
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
1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND	DO (SND)	
2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.	DO 06:00 DO 22:00	
3) CEFAZOLINA SÓDICA 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 06:00 DO 22:00	
4) DÍPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.	DO 06:00 DO 22:00	
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	
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	
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 (ACM)	
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 06:00 DO 12:00 DO 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 4 dia(s) de internação
Diag.: S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE

Table with columns for medication name, dosage, frequency, and application times. Includes items like DIETA HIPOSSÓDICA, SORO FISIOLÓGICO, CEFAZOLINA, DÍPIRONA, TRAMADOL, RANITIDINA, DIMENIDRINATO, CAPTOPRIL, RIVAROXABANA, CURATIVO, and SINAIS VITAIS.

Handwritten signature of Dr. Hermann Costa Gomes

Dr. HERMANN COSTA GOMES CRM - 4843

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





Prescrição Médica / Evolução Clínica

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

Table with columns for medication name, dosage, frequency, and application times. Includes items like DIETA HIPOSSÓDICA, SORO FISIOLÓGICO, CEFAZOLINA, DÍPIRONA, TRAMADOL, RANITIDINA, DIMENIDRINATO, CAPTOPRIL, RIVAROXABANA, CURATIVO, and SINAIS VITAIS.

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

Dr. HERMANN COSTA GOMES
CRM - 4843

12) nota Hospital na ortopedia.

Pixeon - 16/10/2019 16:24 (U668/ASSIST.6.0) / (DWO:69)

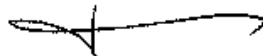
Dr Hermann Gomes
Gleugia do Quadri
Reconstrução da Pelve
CRM: 4843 - TEO: 8887



**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

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

17/10/2019 18:00	Horários de Aplicação	4843
1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SNO	D3 (SND)	
2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.	D3	<i>Reizandra</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>Reizandra</i>
4) DIFIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.	D3	<i>Reizandra</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>Reizandra</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>Reizandra</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	
10) CURATIVO, Pela manhã	D3	<i>Reizandra</i>
11) SINAIS VITAIS ( SSVV + CCGG ), 06 em 06 horas	D3	<i>Reizandra</i>



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

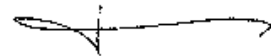
**HOSPITAL MEMORIAL**  
**SÃO FRANCISCO**  
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol  
Cep: 59022-020 - Natal/RN  
CONFERE COM ORIGINAL  
EM, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**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 19:00	Horários de Aplicação	4843
1) DIETA HIPOSSÓDICA, Concorre SNO	04	
2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.	04	
3) CEFAZOLINA SÓDICA 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.	04	
4) DIFIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas, diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.	04	
5) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%	04	
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	04	
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	04	
8) CAPTOPRIL 25mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, se necessário.	04	
9) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.	04	
10) CURATIVO, Pele manhã	04	
11) SINAIS VITAIS ( SSVV - COGG ), 06 em 06 horas	04	



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

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







Prescrição Médica / Evolução Clínica

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

	Horários de Aplicação	4843
1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND	D5 (SND)	
2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.	D5 06:00	
3) CEFAZOLINA SÓDICA 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.	D5 (24 HORAS SO)	
4) DÍPIRONA 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) FRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%	D5 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 10mL ABD	D5 22:00, 10:00	
7) BIMENIDRINATO 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 + CCGG ), 06 em 06 horas	D5 00:00, 06:00, 12:00, 18:00	

Dr. HERMANN COSTA GOMES  
CRM - 4843

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





**Prescrição Médica / Evolução Clínica**



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

20/10/2019 19:00	Horários de Aplicação	4843
1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND	D6 (SND)	
2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL 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; 06:00; 12:00; 18:00	<i>Memorial 3</i>
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; 06:00; 14:00	<i>Memorial 3</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; 10:00	<i>Memorial 3</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%. <b>SE NÁUSEAS OU VÔMITOS</b>	D6 (ACK)	
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;	
10) CURATIVO, Pela manhã	D6 07:00	<i>chama</i>
11) SINAIS VITAIS ( SSVV + CCG ), 06 em 06 horas	D6 00:00; 06:00; 12:00; 18:00	<i>Memorial 3</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 10 dia(s) de internação  
Diag.: S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE

		Horários de Aplicação	4843
1)	DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND	D7 (SND)	
2)	SORO FISIOLÓGICO 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 fisiológico 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)	CAPTOERIL 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 + CCGG ), 06 em 06 horas	D7 00:00, 06:00, 12:00, 18:00	

  
Dr. HERMANN COSTA GOMES  
CRM - 4843

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

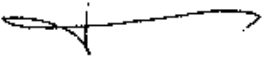




**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** Idade: **80 anos**  
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **140384** Pronto-uário:  
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**

	Horários de Aplicação	48+5
22/10/2019 19:00		
1: DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SNO	08 (SND)	
2: SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.	08 00:00	
3: DÍPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.	08 00:00, 06:00, 12:00, 18:00	JZB
4: TRAMACOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%	08 22:00, 10:00	JZB
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	09 22:00, 10:00	JZB
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 (ACM)	
7: CAFTOPRIL 25mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.	08 (SN)	
8: RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.	08 00:00	
9: CURATIVO, Pela manhã	08 08:00	
10: SINAIS VITAIS ( SSVV + CCGG ), 06 em 06 horas	08 00:00, 06:00, 12:00, 18:00	JZB

  
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 SMC	19	
2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.	19	<i>[Handwritten signature]</i>
3) DÍPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. Diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.	19	<i>[Handwritten signature]</i>
4) IRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%	19	<i>[Handwritten signature]</i>
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	19	<i>[Handwritten signature]</i>
6) DIMENIDRINATO B6 21. 10mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas A critério médico. Diluir 100mL de Soro Fisiológico 0,9%. SE NÁUSEAS OU VÔMITOS		
7) CAPTOPRIL 25mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.	19	<i>[Handwritten signature]</i>
8) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.	19	<i>[Handwritten signature]</i>
9) CURATIVO, Pela manhã	09	<i>[Handwritten signature]</i>
10) SINAIS VITAIS ( SSVV + CCGG ), 06 em 06 horas	19	<i>[Handwritten signature]</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, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

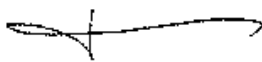




**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** Idade: 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	Obs
1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND		
2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.		
3) DÍPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.		12:00 - 13:00
4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%		14:00 - 15:00
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		18:00 - 19:00
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		
7) CAPTOPRIL 25mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.		
8) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Uma vez ao dia.		
9) CURATIVO, Pela manhã		
10) SINAIS VITAIS ( SSVV - CCGG ), 06 em 06 horas		

  
Dr. HERMANN COSTA GOMES  
CRM - 4843

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





**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

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

25/10/2019 19:00	Horários de Aplicação	4843
1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND	011 SND	
2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	011	<i>Handwritten signature</i>
3) DÍPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas, diluído em AGUA PARA INJEÇÃO 10ML AMPOLA.	011	<i>Handwritten signature</i>
4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. Diluir em 100ml de Soro fisiológico 0,9%.	011	<i>Handwritten signature</i>
5) RANITIDINA 50mg (25mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas. Diluir em 16ml ABG.	011	<i>Handwritten signature</i>
6) DIMENIDRINATO 06 DR. 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	011 ACB	
7) CAFTOPRIL 25mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.	011 OR	
8) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12h em 12h.	011	<i>Handwritten signature</i>
9) CURATIVO, PELA MANO	011	
10) SINAIS VITAIS (SSV + TAG), De acordo com	011	<i>Handwritten signature</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** **15 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	(SND)	
2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.		
3) DIFIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. diluído em AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.		12:00 15:00
4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%		12:00 15:00
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		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 Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.	(SNI)	
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 FISIOLÓGICO 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	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%	D13 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	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 Fisiologico 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 08:00	
10) SINAIS VITAIS ( SSVV + CCGG ), 06 em 06 horas	D13 00:00, 06:00, 12:00, 18:00	18:00

Dr. HERMANN COSTA GOMES  
CRM - 4843

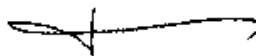
HOSPITAL MEMORIAL  
SÃO FRANCISCO  
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol  
Cep: 59022-020 - Natal/RN  
CONFERE COM ORIGINAL  
EM, \_\_\_\_\_



**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**

		Horários de Aplicação	4843
1)	DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND	D14 (SND)	
2)	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.	D14 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 18:00	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%	D14 22:00	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 AED	D14 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	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	
9)	CURATIVO, Pela manhã	D14 08:00	
10)	SINAIS VITAIS ( SSVV + CCGG ), 06 em 06 horas	D14 00:00 08:00 16:00	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**

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

29/10/2019 19:00

	Horários de Aplicação
1) DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SND	D15 18:00
2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL Uso: 3 frasco, via endovenosa, 24 em 24 horas.	D15 08:00
3) DIFIRONA 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 08:00
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 ADB	D15 08:00
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 08:00
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 08:00

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

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





Prescrição Médica / Evolução Clínica

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

		Horários de Aplicação			1453
1)	DIETA HIPOSSÓDICA, Conforme SNO	D16	(SNO)		
2)	SORO FISIOLÓGICO 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 AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA.	D16	06:00; 12:00;	06:00;	
4)	TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%	D16	22:00;	08:00;	
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	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	D16	(ACK)		
7)	CAPTOPRIL 25mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Se necessário.	D16	(SNO)		
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; 18:00;	06:00, 12:00,	

Dr. GINO ANTONIO GORRICHATEGUI VASQUEZ  
CRM - 1453

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





Prescrição Médica / Evolução Clínica

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

Table with columns for medication name, dosage, and application times. Includes items like DIETA HIPOSSÓDICA, SORO FISIOLÓGICO, DÍPIRONA, TRAMADOL, RANITIDINA, BIMENIDRINATO, CAPTOPRIL, RIVAROXABANA, CURATIVO, and SINAIS VITAIS.

Handwritten signature of Dr. Gino Gorrichategui Vasquez

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, / /

31/10/19 M + Hospital

Dr. Gino Gorrichategui
Cirurgião Traumatologista
CRM/RN 1453





**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

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

31/10/2019 12:54

Horários de Aplicação

1453

1) ALTA HOSPITALAR, A Tarde

Dr. Gino Gorrichategui  
Chungão Memorial  
CRM 1453

Dr. GINO ANTONIO GORRICHATEGUI VASQUEZ  
CRM - 1453

**HOSPITAL MEMORIAL  
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

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

Página: 1 / 1

Pixeon - 31/10/2019 12:55 (U160/ASSIST.6.0) / (DWO:158)



**REGISTRO DOS TÉCNICOS**

**Dados do Paciente**

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** Registro: 140384 IH: 1  
Nascimento: 10/04/1938 80 anos Data Internação: 11/10/2019 08:24:57 Leito: ENFERMARIA 312A

Turno: Diurno Antecedentes:  
Hipótese Diagnóstica: PRE DE FEMUR DIREITO + MAXILAR DIREITA Isolamento de contato: Contato  
Estado Geral: Bom Coloração da Pele: Normocorado Nível de Consciência: Consciente/Orientado  
Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais:  
Temperatura: 36,3 °C Saturação O2: 95% Respiração: 19 RPM Oxigênio: Em O2 Ambiente  
Pressão Arterial: 130x80 Frequência Cardíaca: 60 Ambiente: AMBIENTE

Acesso Venoso: Central Dieta: VO Eliminações Fisiológicas:  
SEM ACESSO ACEITA Diurese: ESPONTÂNEA  
Obs.: PRESENTE

HGT: Intestinais: AUSENTE Aspectos: ONTEM  
Drenos:  
Data:  
Tipo:  
Local:  
Aspecto:  
Obs.:

Curativo:

Medicações:  
AS 18:28 ADMINISTRADO DAPIRONA 1 FLACONET VO

Intercorrência:  
AS 09:30 PACIENTE ADMITIDO NESTE SETOR VINDO DO WALTER DO GURGUEL PARA TRATAMENTO CIRURGICO DE FEMUR DIREITO + MAXILAR DIREITA + VERMELHIDAO EM OLHO DIREITO. CONSCIENTE E ORIENTADO. RESPIRANDO SOB O2 AMBIENTE. VITIMA DE ATROPELAMENTO MOTO COLIDIU COM O PACIENTE QUE ESTAVA DE BICICLETA. ACEITA DIETA QUE LHE OFERECIDA, NEGA HIPERTENSAO + DIABETES, NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS + ALIMENTARES, FAZ USO DE TORSILAX PARA DOR EM SUA RESIDENCIA, DIURESE PRESENTE NA FRALDA + ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTE ONTEM, FOI REALIZADO SUA HIGIENE CORPORAL E TROCADO LENÇOL DE CAMA E PESSOA. FEITO MASSAGEM DE CONFORTO TROCADO LENÇOL DE CAMA E PESSOA. FOI APERIDO SINAIS VITAIS, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM  
AS 18:28 PACIENTE APRESENTANDO HIPERTEMIA SENDO ADMINISTRADO 1 FLACONET DE DAPIRONA CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA

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

*Monaliza Kalline*  
COREN: 720195 MONALIZA KALLINE GUIMARAES DE CARVALHO  
11/10/2019 09:44:24





**Hospital Memorial de Natal**  
 AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN  
 Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1226  
 hmemorial@veloxmail.com.br

**REGISTRO DOS TÉCNICOS**

**Dados do Paciente**

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

Turno: **Nocturno** Antecedentes:

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

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

Alergias Medicamentosas:

Isolamento de contato: **Não**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Sinais Vitais:

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

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

Acesso Venoso:

**Periférico**

Dieta:

**VQ**

HGT:

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Oxigenioterapia:

**Em O2 Ambiente**

Eliminações Fisiológicas:

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **QNTM**

Drenos:

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.: **SEM ACESSO VENOSO**

Curativo:

Medicações:

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

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

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

Intercorrência:

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

**HOSPITAL MEMORIAL  
 SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

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

*Maria Lucinete de Oliveira Souza*

GOREN: 139216 - MARIA LUCINETE DE OLIVEIRA SOUZA

11/10/2019 19:33:43





**REGISTRO DOS TÉCNICOS**

**Dados do Paciente**

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

Turno: <b>Noturno</b>	Antecedentes:	Isolamento de contato:	
Hipótese Diagnóstica: <b>PRÉ DE FÊMUR D + MAXILAR D</b>	Estado Geral: <b>Bom</b>	Coloração da Pele: <b>Normocorado</b>	Nível de Consciência: <b>Consciente/Orientado</b>
Alergias Medicamentosas:	Sinais Vitais	Oxigênio terapia	
Temperatura: <b>36,6 °C</b>	Saturação O2:	Respiração: <b>20 RPM</b>	<b>Em O2 Ambiente</b>
Pressão Arterial: <b>130x80</b>	Frequência Cardíaca: <b>74</b>	Eliminações Fisiológicas	
Acesso Venoso	Dieta	Diurese: <b>FRALDA</b>	
<b>Periférico</b>	<b>VO</b>	Obs.: <b>PRESENTE</b>	
HGT		Intestinais: <b>AUSENTE</b>	
Correção:	Correção:	Aspectos: <b>ONTEM</b>	
Correção:	Correção:	Drenos	
Correção:	Correção:	Data:	
		Tipo:	
		Local:	
		Aspecto:	
		Obs.:	

Curativo:

Medicações:

Intercorrência:  
**PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, NA HV POR VIA PERIFERICA EM MSD, DIETA VO, ELIMINAÇÕES POR FRALDA, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.**  
**PACIENTE ESTAVEL, SEM ALTERAÇÕES NO HORARIO, SÃO PRESERVADO, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.**

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

*Ranayna T. de Melo*  
COREN: 691042 - RANAYNA TAVARES DE MELO  
12/10/2019 20:47:39



**REGISTRO DOS TÉCNICOS**

Dados do Paciente

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** Registro: **140384** IH: **1**  
Nascimento: **10/01/1938** 80 anos Data Internação: **11/10/2019 08:24:57** Leito: **ENFERMARIA 312A**

Turno: **Diurno** Antecedentes:  
Hipótese Diagnóstica: **PRE DE FEMUR DIREITO (D) + MAXILAR (D)** Isolamento de contato:  
Estado Geral: **Bom** Coloração da Pele: **Nomocorado** Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**  
Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais  
Temperatura: **36,3 °C** Saturação O2: **95%** Respiração: **16 RPM**  
Pressão Arterial: **130x90** Frequência Cardíaca: **74**

Acesso Venoso: **Periférico** Dieta: **VO**  
**EM MSD COM JELCO N. 18 DO**  
HGT: **142/12h mg/dL**  
Correção: Correção:  
**119/18h mg/dL**  
Correção: Correção:  
Correção: Correção:

Oxigenoterapia: **Em O2 Ambiente**  
Eliminações Fisiológicas  
Diurese: **FRALDA**  
Obs.: **PRESENTE**  
Intestinais: **AUSENTE**  
Aspectos: **ONTEM**  
Drenos  
Data:  
Tipo:  
Local:  
Aspecto:  
Obs.:

Curativo:  
**sem curativo.**

Medicações:  
**ADMINISTRADO MEDICACOES CONFORME PRESCRITO .**  
**PUNÇIONADO AVP COM JELCO N18 + POLIFIX 2 VIAS + EQUIPO MACRO + MICROPORE LUVAS DE PROCEDIMENTO ALGODAO ALCOOL**  
**SEGUE EM OBS. AGUARDANDO TRASFUNDIR CONCENTRDO DE HEMACEAS .**  
**REALIZADO AS 12H . HGT= 142MG/DL .**  
**REALIZADO AS 18H . HGT=110MG/DL .**

Intercorrência:  
**RECEBO PACIENTE AS 07:00 EM PRE DE FRATURA DE FEMUR (D) + MAXILAR IDOSO CONSCIENTE ORIENTADO EM O2 AMBIENTE SEGUE**  
**APRESENTANDO VERMELHIDAO EM OLHO DIREITO APOS TRAUMA DE QUEUA SEM ACESSO VENOSO PERIFERICO . SONO PRESERVADO**  
**AFERIDOS SSVV . DIETA VO + DIURESE EM FRALDA . FOI HIGIENIZADO NO LEITO . TROCADO TODA ROUPA DE CAMA E PESSOAL SEGUE**  
**AOS CUIDADOS DA EQUIPE .**  
**FOI PUNÇIONADO ACESSO VENOSO PERIFERICO COM JELCO N.18 + POLIFIX 2 VIAS, EQUIPO MACRO , ALGODAO ALCOOL, MICROPORE**  
**LUVAS DE PROCEDIMENTO .**  
**PACIENTE RECEBEU VISITA MEDICA .ONDE FOI SOLICITADO 1 BOLSA DE CONCENTRADO DE HEMACEAS . SEGUE COLHIDO AMOSTRA DE**  
**SAGUE PARA PROVA CRUZADA .**  
**AFERIDOS SSVV A915:26 , PARA INFUSSAO DA BOLSA DE SANGUE . PA =140x70.T= 37,8 . SPO2=98% . ER18**  
**INSTALADO 01 BOLSA DE CONCENTRADO DE HEMACEAS VIA ENDOVENOSA , USADO EQUIPO PARA SANGUE**

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

*Maksuely R. Cordeiro*  
COREN: 341779 - **MAKSUELY RODRIGUES CORDEIRO**  
12/10/2019 12:07:16





**Hospital Memorial**  
São Francisco

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

**REGISTRO DOS TÉCNICOS**

**Dados do Paciente**

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

Turno: **Diurno** Antecedentes:  
Hipótese Diagnóstica: **PRE DE FEMUR O + MAXILAR D** Isolamento de contato:  
Estado Geral: **Bom** Coloração da Pele: **Normocorado** Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**  
Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais: Oxioterapia:  
Temperatura: **36,6 °C** Saturação O2: Respiração: **20 RPM** **Em O2 Ambiente**  
Pressão Arterial: **130x80** Frequência Cardíaca: **74**

Acesso Venoso: Periférico Dieta: VO Eliminações Fisiológicas:  
Diurese: **FRALDA**  
Obs.: **PRESENTE**  
Intestinais: **AUSENTE**  
Aspectos: **QNTM**

HGT:  
12H **105 mg/dL**  
Correção: Correção:  
18H **125 mg/dL**  
Correção: Correção:  
Correção: Correção:

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

Curativo:

Medicações:  
**ADEM AS MED. DE ROTARIO AS 18:00H ADEM HIDROCORTISONA 1 FRASCO + 50ML DE ABD. EV. + FEXOFENADINA 120MG 1 COMPRIMIDO VO**

Intercorrência:  
**AS 07 HRAS RECEBI PACIENTE IDOSO EM O2 AMBIENTE A CONCIETE ORIENTADO ACEITA DIETA OFERECIDA E ELIMINACOIS FISIOLÓGICAS PRESENTES REALISADO BANHO NO LEITO+TROCA DE ROUPA DE COMA + MASSAGEM DE CONFORTO E SEGUI A OS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFAS 17:00H AFERIDO SSVV A PA 120x80 FC 76 T36,6 INSTALADO 1 BOLSA DE CONCENTRADO DE NEMACIA DE NUMERO 0124190827119 A VOLUME 283 PACIENTE SEGUI SENDO OBSERVADO AS 18:28H TERMINO DO CONCENTRADO DE HEMACIA PA 120x80 FC89 FR 97 T 36,4 O NESMO SEGUI A OS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENF**

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

*Julia Batista de Oliveira*  
CORRENTE

COREN: 372066 - JULIA BATISTA DE OLIVEIRA  
13/10/2019 10:51:38





**Hospital Memorial**  
São Francisco

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

**REGISTRO DOS TÉCNICOS**

**Dados do Paciente**

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

Turno: **Noturno** Antecedentes:  
Hipótese Diagnóstica: **pre de femur e maxila** Isolamento de contato:  
Estado Geral: **Bom** Coloração da Pele: **Normocorado** Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**  
Alergias Medicamentosas:  
Sinais Vitais: Oxigenioterapia  
Temperatura: **36,2 °C** Saturação O2: Respiração: **20 RPM** **Em O2 Ambiente**  
Pressão Arterial: **120x70** Frequência Cardíaca: **79**

Acesso Venoso: <b>Periférico</b>	Dieta <b>VO</b>	Eliminações Fisiológicas
HGT		Diurese: <b>ERALDA</b>
<b>111 mg/dL</b>	Correção:	Obs.: <b>PRESENTE</b>
Correção:	Correção:	Intestinais: <b>AUSENTE</b>
<b>121 mg/dL</b>	Correção:	Aspectos: <b>ONTM</b>
Correção:	Correção:	Drenos
Correção:	Correção:	Data:
		Tipo:
		Local:
		Aspecto:
		Obs.:

Curativo:

Medicações:

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

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

*CHARLES*

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



**REGISTRO DOS TÉCNICOS**

**Dados do Paciente**

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

Turno: **Diurno** Antecedentes:  
Hipótese Diagnóstica: **pro. de femur e maxila** Isolamento de contato: **Não**  
Estado Geral: **Bom** Coloração da Pele: **Normocorado** Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**  
Alergias Medicamentosas: **NEGA**

Sinais Vitais  
Temperatura: **35,6 °C** Saturação O2: **97%** Respiração: **19 RPM** Oxigenioterapia: **Em O2 Ambiente**  
Pressão Arterial: **130x80** Frequência Cardíaca: **85**

Acesso Venoso: **Periférico MSE** Dieta: **VQ BOA ACEITAÇÃO** Eliminações Fisiológicas: **Diurese: FRALDA Obs.: PRESENTE**

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

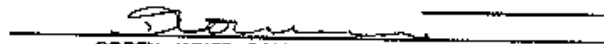
Correção: Correção: Drenos: Data: Tipo: Local: Aspecto: Obs.:

Curativo:

Medicações:  
**ADMINISTRADO MEDICACOES DE HORARIO.**

Intercorrência:  
**07:00 HS RECEBO PACIENTE EM PRE OPERATÓRIO ESTA NO LEITO AOS CUIDADOS DAEQUIPE MULTODICIPLINAR.**  
**08:00 HS REALIZADO BANHO NO LEITO + TROCA DE ROUPA DE CAMA +ROUPAS PESSOAIS + MASSAGEM DE CONFORTO COM HIDRATANTE.**  
**09:00 HS PACIENTE PERDEU AVR. FEITO A PUNCAO EM MSE COM JELCO 22 + POLIFIXO.**  
**13:16 HS PACIENTE ENCAMINHDO PARA C.C ACOMPANHADO COM MAQUEIRO E O TECNICO LEVANDO PRONTUARIO DE CAPA.**

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

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



**REGISTRO DOS TÉCNICOS**

**Dados do Paciente**

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** Registro: **140384** IH: **1**

Nascimento: **10/01/1939** **80 anos** Data Internação: **11/10/2019 08:24:57** Leito: **ENFERMARIA 312A**

Turno: **Diurno**

Antecedentes:

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

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

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: **95**

Oxigenioterapia

Em **O2 Ambiente**

Acesso Venoso

**Periférico**

**MSE**

Dieta

**VO**

**ACEITANDO BEM**

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **FRALDA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **ATE MOMENTO**

HGT

**16H=68 mg/dL**

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

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

Medicações:

Intercorrência:

**RECEBO PACIENTE PROVENIENTE DO CENTRO CIRURGICO CONCIENTE E ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, DIETA V.O. DIURESE ESPONTANEA EM FRALDA, BSVV MANTIDO, AVP EM MSE, AOS CUIDADOS DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR. PACIENTE APRESENTOU HIPOGLICEMIA 68MG/DL COMUNICADO A ENFERMEIRA DO PLANTAO 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





**Hospital Memorial**  
São Francisco

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

**REGISTRO DOS TÉCNICOS**

**Dados do Paciente**

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

Turno: **Noturno** Antecedentes:  
Hipótese Diagnóstica: **POI DE FATURA DE FEMUR** Isolamento de contato: **Não**  
Estado Geral: **Bom** Coloração da Pele: **Normocrado** Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**  
Alergias Medicamentosas: **NEGA**

Sinais Vitais:  
Temperatura: **36,7 °C** Saturação O2: **96%** Respiração: **19 RPM**  
Pressão Arterial: **130x90** Frequência Cardíaca: **73**

Oxigenioterapia  
**Em O2 Ambiente**  
**CONFORTAVEL**

Acesso Venoso: **Periférico** Dieta: **VQ**  
**M.S.E.** **BOA ACEITAÇÃO ALIMENTAR**

Eliminações Fisiológicas  
Diurese: **FRALDA**  
Obs.: **PRESENTE**  
Intestinais: **AUSENTE**  
Aspectos: **ATE MOMENTO**

HGT  
Correção: Correção:  
Correção: Correção:  
Correção: Correção:

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

Curativo:

Medicações:  
**ADMINISTRADAS NO HORARIO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA.**  
**AS 22:00 HRS ADM.CEFAZOLINA 02 FRASCO AMPOLA+10ML DE ABD.EV.**  
**AS 06:00 HRS ADM.CEFAZOLINA 02 FRASCO AMPOLA+10ML DE ABD.EV.**

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

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

*(Handwritten signature)*  
Randivia Carla Ribeiro de Paula  
Coren RN 826389-17

COREN: 826389 - RANDIVIA CARLA RIBEIRO DE PAUL  
14/10/2019 19:24:21





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

**REGISTRO DOS TÉCNICOS**

**Dados do Paciente**

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA**

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: **POSS DE FRATURA DE FEMUR**

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorada**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **NEGA**

Sinais Vitais

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

Oxigenioterapia  
 Em **O2 Ambiente**

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

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

**VO**

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **FRALDA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **ATE MOMENTO**

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

RELISADO CURATIVO PELA COMISSÃO DA CCIH.

Medicações:

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

Intercorrência:

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

**HOSPITAL MEMORIAL  
 SÃO FRANCISCO**

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

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

*Julia*

COREN: 372066 - JULIA BATISTA DE OLIVEIRA  
 15/10/2019 08:59:10







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

**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: Nofurno Antecedentes:  
 Hipótese Diagnóstica: POS DE FRATURA DE FEMUR Isolamento de contato: Não  
 Estado Geral: Bom Coloração da Pele: Normocorado Nível de Consciência: Consciente/Orientado  
 Alergias Medicamentosas: NEGA

Sinais Vitais  
 Temperatura: 36,2 °C Saturação O2: 98% Respiração: 20 RPM  
 Pressão Arterial: 120x70 Frequência Cardíaca: 75

Oxigenioterapia  
Em O2 Ambiente

Acesso Venoso: Periférico Dieta: VO

Eliminações Fisiológicas  
 Diurese: FRALDA  
 Obs.: PRESENTE  
 Intestinal: AUSENTE  
 Aspectos: ATE MOMENTO

HGT  
 Correção: Correção:  
 Correção: Correção:  
 Correção: Correção:

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

Curativo:

Medicações:  
ADM MEDICAÇÕES DE HORÁRIO CPM.

Intercorrência:  
RECEBI PLANTÃO COM PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO EM O2 AMBIENTE HVP EM MSE ACEITANDO DIETA VO. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS EM FRALDA REALIZADO TROCA+MASSAGEM DE CONFORTO +MUDANÇA DE DECÚBITO AFERIDO SSVV SEM ANORMALIDADES SEGUE SEM QUEIXAS AOS CUIDADOS DA EQUIPE. PACIENTE PERDEU AVP FOI 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 Sousa*  
 COREN: 1102796 - KRISHNA TALITTA DE SOUSA LEANDRO PEREIRA  
 15/10/2019 20:48:05





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

**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: **PÓS OPERARIO DE FRATURA DE FEMUR**

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocrado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **NEGA**

Sinais Vitais

Temperatura: **36,2 °C**

Saturação O2: **98%**

Respiração: **20 RPM**

Oxigêniooterapia:

**Em O2 Ambiente**

Pressão Arterial: **130x70**

Frequência Cardíaca: **78**

Acesso Venoso

Dieta

**Periférico**

**VO**

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **FRALDA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **ATE MOMENTO**

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

**REALIZADO CURATIVO PELA EQUIPE DO CCIH.**

Medicações:

**ADM MEDICACÖES CONFORME PRESCRICÖÃO MÈDICA.**

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 ATE (CEFALINA SÓDICA 1G O2 FRASCOS), REALIZADO BANHO NO LEITO, TROCA DE ROUPA DE CAMA E PESSOAL, MUDANÇA DE DECÚBITO, MASSAGEM DE CONFORTO, SEGUE NO LEITO SEM QUEIXAS AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.**

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

*Edvania  
 Edvania*

COREN: 1088550 - EDVANIA PEREIRA  
 16/10/2019 10:58:07



**EVOLUÇÃO DIÁRIA DE CURATIVO**

**Dados do Paciente**

Paciente: **GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA** Registro: **140384** Nº Internação: **1**  
Nascimento: **10/01/1939** 80 anos Data Internação: **11/10/2019 08:24:57** Leito: **ENFERMARIA 312A**

Limpeza: **SFO,9%, GAZE, LUYA PROCEDIMENTO, LUYA EST** Tipo de Ferida: **LIMPA**  
Localização: **PÓS DE FÊMUR.** Condições do Leito: **COM PRESENÇA SANGUIOLENTA EM GAZE.**

EXSUDATO DA FERIDA  
 Seroso  Purulento  Sanguinolento  Serossanguinolento  Piosanguinolento  Sem Exudato

PELE - PERILESIONAL  
 íntegra  Escoriada  Sinal Flogísticos  Descamada  Alergica/Dermatite  Macerada

Quantidade: **Pequeno** Odor: **Característico**  
 BORDAS  
 Distintas  Regulares  Irregulares

OBSERVAÇÕES GERAIS

16/10/2019 11:48:32  
Técnico(a) COREN - 13574486  
**IOHANNA ARAUJO DA SILVEIRA**

*IOHANNA ARAUJO*

140384 - 1 - GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

Limpeza: **SFO,9%, GAZE, LUYA PROCEDIMENTO, LUYA EST** Tipo de Ferida: **LIMPA**  
Localização: **PÓS DE FÊMUR.** Condições do Leito: **SEM PRESENÇA DE EXSUDATO.**

EXSUDATO DA FERIDA  
 Seroso  Purulento  Sanguinolento  Serossanguinolento  Piosanguinolento  Sem Exudato

PELE - PERILESIONAL  
 íntegra  Escoriada  Sinal Flogísticos  Descamada  Alergica/Dermatite  Macerada

Quantidade: **Selecione uma opc** Odor: **Selecione uma opc**  
 BORDAS  
 Distintas  Regulares  Irregulares

OBSERVAÇÕES GERAIS

16/10/2019 11:40:39  
Técnico(a) COREN - 13574486  
**IOHANNA ARAUJO DA SILVEIRA**

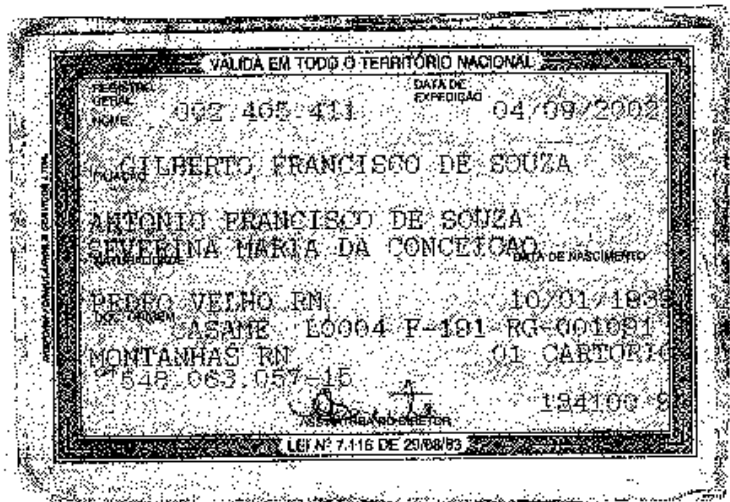
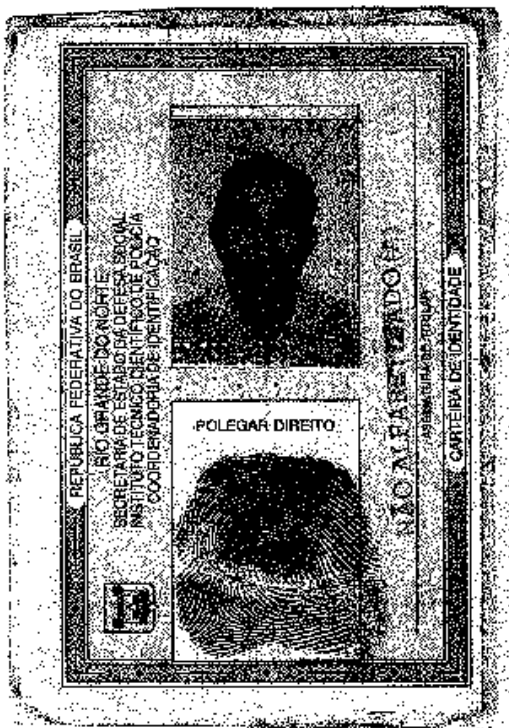
*IOHANNA ARAUJO*

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

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



VITIMS





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **923.980.303-34**

Nome: **FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA**

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

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **12/05/2000**

Digito Verificador: **00**

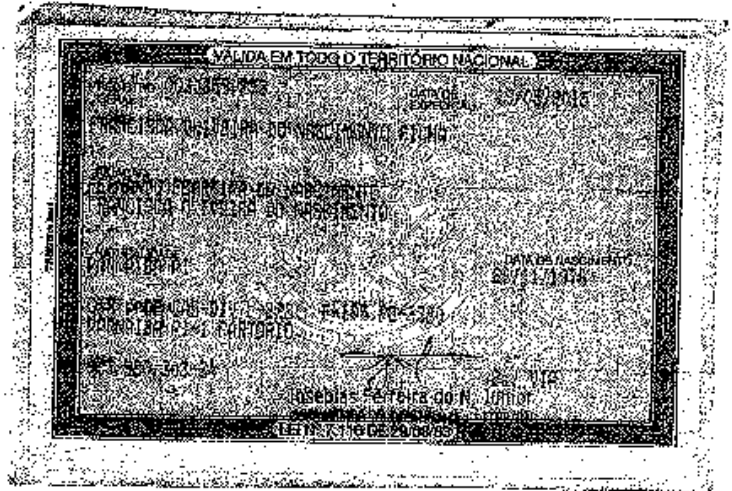
Comprovante emitido às: **13:02:48** do dia **01/11/2019** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **92B2.76B9.F283.EFC3**



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

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





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

### PARECER

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

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

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 10/03/2020

**Conduta mantida:**

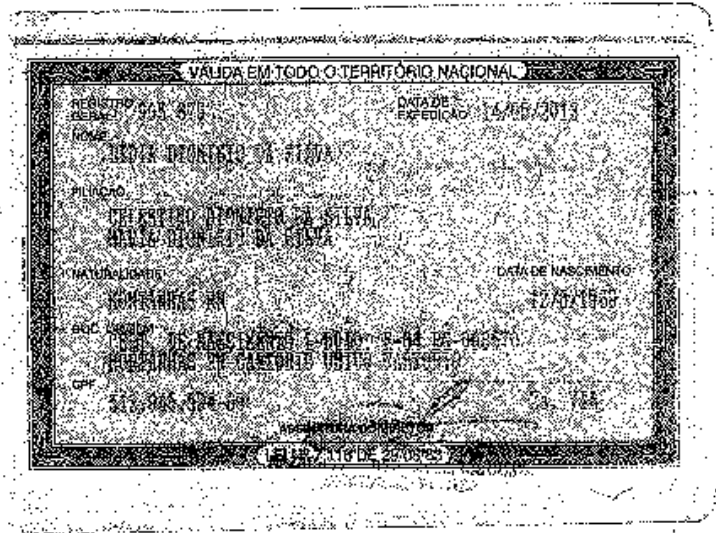
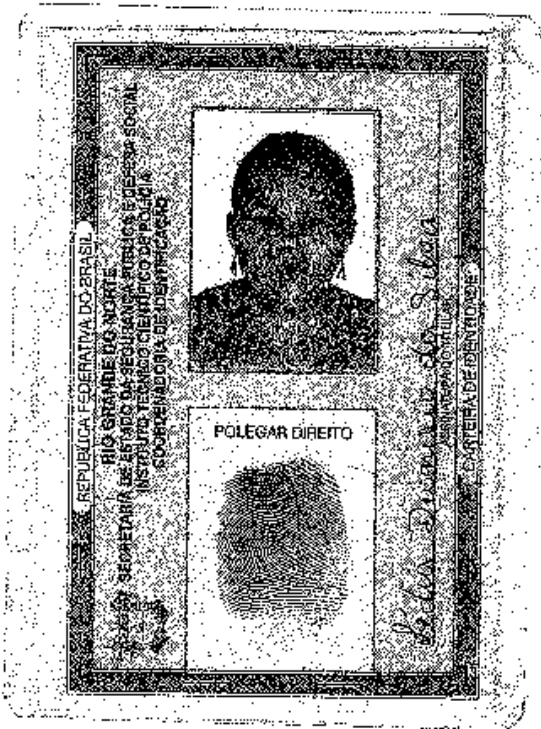
**Observações:**

### DANOS

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



A R O G O





## PROCURAÇÃO PARTICULAR – SEGURO DPVAT

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

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



### Outorgado (Procurador):

FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA, brasileira, divorciada, profissional liberal, inscrita no CPF sob o nº 923.980.303-34, com o RG sob o nº 003.359.253, com endereço profissional na Rua Dr. Sadi Mendes nº 1026 – A, Santos Reis, Parnamirim/RN – CEP: 59146-110. E-mail: franciscaseguros@hotmail.com

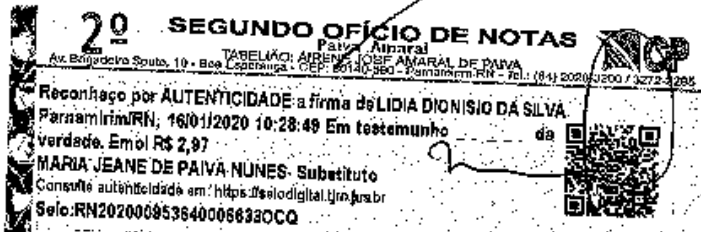
#### PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

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

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

	Local e Data, _____		TESTEMUNHAS	
	Nome: <u>Lidia Dionisio da Silva</u> CPF: <u>512.945.594-00</u> <u>Lidia Dionisio da Silva</u> (*) Assinatura de quem assina A RDO		1º   Nome: <u>MARILIANA CAXIAS BEZERRA</u> CPF: <u>704.452.384-30</u> <u>mariliana caxias bezerra</u> Assinatura	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <u>Francisca Oliveira do N. Filho</u>		2º   Nome: <u>Ana Carla da Silva</u> CPF: <u>100.777.954-31</u> <u>Ana Carla da Silva</u> Assinatura		
Assinatura do Representante Legal (se houver)		Assinatura do Procurador (se houver)		

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



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030570/20

**Vítima:** GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA

**CPF:** 548.063.057-15

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

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

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

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

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

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

#### GILBERTO FRANCISCO DE SOUZA : 548.063.057-15

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

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

FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GERCIA LOURENCO DA SILVA

