



Número: **0870419-17.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **25ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **27/11/2020**

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	
FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO (AUTOR)		ERIC TORQUATO NOGUEIRA (ADVOGADO) CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO) BRUNO HENRIQUE CORTEZ DE PAULA (ADVOGADO)	
MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A. (RÉU)			
MICHEL FREIRE DE ARAUJO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64120806	30/12/2020 17:18	2776030_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros documentos

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: 26/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02010

CONTA: 000000125187-4

Nr. da Autenticação E658B5DE64AE49B8



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200363252 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO **Data do acidente:** 12/05/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. P1,7,8,9,123

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Barão de Selgado Filho, 1555, Tívoli, CEP 59015-000
CNPJ: 09.334.355/0001-38 / INSC. Estadual: 20055.425-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ovidual: (84) 3232-4582

BOLETIM DE ATENDIMENTO

DATA: 06/06/2020
HORÁRIO: 09:04:59
NOME: TELMA VICENTE DA SILVA
Nº: 115

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 18/06/2020 AS 09:04:59

MATRICULA:

06/2020

DADOS DO CLIENTE

4306454

06/2020

TELMA VICENTE DA SILVA
RUA NOVO ORIENTE, N. 226 - NOSSA SENHORA DA
APRESENTAÇÃO NATAL RN 59114-247

INSCRIÇÃO	ROTA	VALOR ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIA			
209.068.400.0314.000	8	1757	RESIDENCIAL	COMERCIAL	AGROPECUÁRIA	PÚBLICO
HIDRÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO			
SEM MEDIDOR	LIGADO		POTENCIAL			

CONSUMO ÁGUA (H3): 10

DATA LEITURA:
LEIT. ATUAL:
LEIT. ANT.:
DIAS CONSUMO:

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MÉDIA
05/2020	10	03/2020	10	01/2020	10	10
04/2020	10	02/2020	10	12/2019	10	

DESCRIÇÃO

ÁGUA	CONSUMO	TOTAL(R\$)
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	10 H3	39,99
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2020		0,80

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	39,99	1,65	0,66
COFINS	39,99	7,6	3,04

VENCIMENTO: 25/06/2020 TOTAL A PAGAR: 40,79

INFORMO QUE JÁ ESTÁ DISPONIBILIZADO O RELATÓRIO ANUAL DE QUALIDADE DE ÁGUA 2020, REFERENTE A 2019, NO SITE DA CAERN/AGÊNCIA VIRTUAL. DECLARAMOS NÃO EXISTIR DÉBITOS DE FATURAS COM VENCIMENTO EM 2019.

MONITORAMENTO DE QUALIDADE DA ÁGUA ENTREGUE					
Parâmetros	Turbidez	PH	Cond. Total	Cloro Total Livre	Resíduo Sólido Tot
VMP e Recomendação	≤ 5,0 uT	6,5 a 8,5	% de Amoníaco	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Obtidos	1,87	6,69	100,0 %	1,3	0,66





Compartir a Facebook de los. Grupo de la noche.

ANTONIO ANTONIO DE FREITAS

CEP 057 303 344-74

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA TRONADOR GUMERCINDO SARRIVA
701 VILAGE DAS DUNAS

FALCAREIRA LRSNIA
NATAL RN
50123-740

REFERENCES

Monotascio

047244289	UNICA	24/09/2020
-----------	-------	------------

24/09/2020 10:50:00 sec577

0163931010 08/2020

31/08/2020 23/09/2020140,83

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

1413-92

ITEM	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	RPM	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (km/l)
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25	25	25
26	26	26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29	29	29
30	30	30	30	30	30	30	30
31	31	31	31	31	31	31	31
32	32	32	32	32	32	32	32
33	33	33	33	33	33	33	33
34	34	34	34	34	34	34	34
35	35	35	35	35	35	35	35
36	36	36	36	36	36	36	36
37	37	37	37	37	37	37	37
38	38	38	38	38	38	38	38
39	39	39	39	39	39	39	39
40	40	40	40	40	40	40	40
41	41	41	41	41	41	41	41
42	42	42	42	42	42	42	42
43	43	43	43	43	43	43	43
44	44	44	44	44	44	44	44
45	45	45	45	45	45	45	45
46	46	46	46	46	46	46	46
47	47	47	47	47	47	47	47
48	48	48	48	48	48	48	48
49	49	49	49	49	49	49	49
50	50	50	50	50	50	50	50
51	51	51	51	51	51	51	51
52	52	52	52	52	52	52	52
53	53	53	53	53	53	53	53
54	54	54	54	54	54	54	54
55	55	55	55	55	55	55	55
56	56	56	56	56	56	56	56
57	57	57	57	57	57	57	57
58	58	58	5				

comunicación

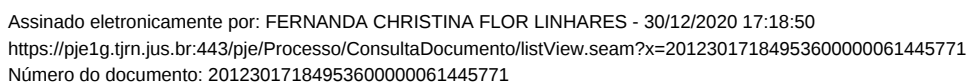
Figure 1.23b: The periodic table of elements with the elements of the periodic table highlighted in green.

© 2005 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 258: 105–112

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1001-1005.

PROTEÍNA	VALOR	LAJES	LAJES	LAJES	TENSÃO	LAJES DE VARIAÇÃO
----------	-------	-------	-------	-------	--------	-------------------

PROTEÍNA	VALOR	LAJES	LAJES	LAJES	TENSÃO	LAJES DE VARIAÇÃO
----------	-------	-------	-------	-------	--------	-------------------





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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIO DE FREITAS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 008347644 / 07, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FRANCISCO CANINO HERMINO DE ARAUJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 904055524 / 91

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDOZ da Vítima FRANCISCO CANINO HERMINO DE ARAUJO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 904055524 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>RUA INOVARA GOMES GOMES SARDIA</u>	Número: <u>701</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>PAZUCANA</u>	Cidade: <u>NATAL</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59.122-750</u>	Tel. (DDD): <u>(84) 98833-6586</u>

Local e Data: NATAL RN 08 DE OUTUBRO DE 2020

Antonio de Freitas

Assinatura do Declarante

DLR01.001 V001/2017





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 24/05/2020 00:05

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Registro: 147185

Num. RG: 1438379

CPF: 904.055.524-91 Nascimento: 24/05/1974 46 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Solteiro(a)

Endereço: COUTO MAGALHÃES

N.: 1505

Bairro: NOSSA SENHORA DA APRESENTA

Cidade: NATAL

UF: RN

CEP: 59114211

Fone: 84987154305

Profissão: MARCENEIRO

Mãe: MARIA JOSE DE ARAUJO

Dados do Internamento

Num. Internamento: 1

Entrada: 23/05/2020 18:56 Previsão saída: 25/05/2020 17:00 Atendente: FRANCILENE

Convênio: SUS MUNICIPAL

Matrícula/CNS: 898003711228927

Médico: Dr. GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA

CRM: 7794

ENFERMARIA 308B

Dados do Responsável

Responsável: ERIVALDO HERMINIO DE ARAUJO

CPF: 971.432.274-04

RG: 1441163

Parentesco: IRMAO

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

Observações

COM AIH, SISREG, PRESCRICAO, EVOLUCAO, DOCS PESSOAIS E QUINZE COPIAS DE RX+ UMA PELICULA. MEDICO NAO CIENTE.

MedicWare

HOSPITAL MEMORIAL

SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, 05 / 10 / 20

Página 1 / 1





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

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

hmemorial@uol.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 24/05/2020 00:05

Dados do Paciente

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Registro: 147185

Num. RG: 1438379

CPF: 904.055.524-91

Nascimento: 24/05/1974

46

anos Sexo: Masculino

Est. Civil: Solteiro(a)

Endereço: COUTO MAGALHÃES

N.: 1505

Bairro: NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO

Cidade: NATAL

UF: RN

CEP: 59114211

Fone: 84987154305

Profissão: MARCENEIRO

Mãe: MARIA JOSE DE ARAUJO

Dados do Internamento

Num. Internamento: 1

Entrada: 23/05/2020 18:56

Previsão saída: 25/05/2020 17:00

Atendente: FRANCILENE

Convênio: SUS MUNICIPAL

Matrícula/CNS: 898003711228927

Médico: Dr. GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA

CRM: 7794

ENFERMARIA 308B

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

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

Doc. Apresentado: _____ Diagnostico Definitivo: _____

Procedência: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatorio sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratorios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinario e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

MedicWare

Página 1 / 1





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

Data: 24/05/2020 00:05

Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO** Registro: **147185**
Num. RG: **1438379** CPF: **904.055.524-91** Nascimento: **24/05/1974** 46 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **COUTO MAGALHÃES** N.: **1505** Bairro: **NOSSA SENHORA DA APRESENT**
Cidade : **NATAL** UF: **RN** CEP: **59114211** Fone: **8498715430**
Profissão: **MARCENEIRO** Mãe: **MARIA JOSE DE ARAUJO**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **23/05/2020 18:56** Previsão saída: **25/05/2020 17:00** Atendente: **FRANCILENE**
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Matrícula/CNS: **898003711228927**
Médico : **Dr. GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA** CRM: **7794** **ENFERMARIA 308B**

Dados do Responsável

Responsável: **ERIVALDO HERMINIO DE ARAUJO** CPF: **971.432.274-04** RG: **1441163**
Parentesco: **IRMAO**

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) **Dr. GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA** a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: **S8156 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL**
2. - O(A) **Dr. GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA**, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

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

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

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

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA - CRM





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 24/05/2020 00:05

Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

Registro: **147185**

Num. RG: **1438379** CPF: **904.055.524-91** Nascimento: **24/05/1974** 46 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **COUTO MAGALHÃES**

N.: **1505**

Bairro: **NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO**

Cidade: **NATAL**

UF: **RN**

CEP: **59114211**

Fone: **84987154305**

Profissão: **MARCENEIRO**

Mãe: **MARIA JOSE DE ARAUJO**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1**

Entrada: **23/05/2020 18:56** Previsão saída: **25/05/2020 17:00** Atendente: **FRANCILENE**

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Matrícula/CNS: **898003711228927**

Médico: **Dr. GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA**

CRM: **7794**

ENFERMARIA 308B

Dados do Responsável

Responsável: **ERIVALDO HERMINIO DE ARAUJO**

CPF: **971.432.274-04**

RG: **1441163**

Parentesco: **IRMAO**

TERMO DE RESPONSABILIDADE PATRIMONIAL

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

1- Se o equipamento for danificado ou inutilizado por emprego inadequado, mau uso, negligência ou extravio, o Hospital Memorial cobrará um equipamento da mesma marca ou o ressarcimento do valor equivalente.

2- Em caso de dano, inutilização ou extravio do equipamento deverei comunicar imediatamente ao setor competente.

3- Terminando os serviços, devolverei o equipamento completo e em perfeito estado de conservação, considerando-se o tempo de uso do mesmo, ao setor competente.

4- Estarei sujeito a inspeções sem prévio aviso.

5- Segue a lista de itens inclusos no apartamento: Conjunto de armários de sete portas, Lavatório, Torneira do lavatório, Dispensadores de álcool, de sabonete, de papel toalha, Ar-condicionado, Cama, Colchão, Enxoval hospitalar, Criado-mudo, Cadeira/Poltrona, Televisão LCD, Pannel para televisão LCD, Suporte de soro, Lixeira, Pannel de gases, Frigobar, Cortinas, Campainha. E os itens inclusos no banheiro do apartamento: Armário de duas portas, Lavatório, Torneira do lavatório, Dispensadores de sabonete, de papel toalha, de papel higiênico, Lixeira, Espelho, Vaso sanitário, Assento de vaso sanitário, Acionador de descarga, ducha higiênica, Chuveiro, ducha de banho, Registro, Suporte de toalha, Barras de apoio, Assento para banho, Balde de roupa e Campainha de emergência.

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

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

[] Em perfeito estado

[] Apresentando defeito

[] Faltando Equipamentos/Acessórios

Assinatura do responsável

MedicWare

Página 1 /



Código Solicitação: 333803299

Número AIH: 242010040841-8

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL

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

Central Reguladora
NATAL

Data de Solicitação
23.05.2020 - 13:25:02

Data de Autorização
23/05/2020 - 14:19:46

Data de Reserva
24.05.2020

Data de Internação
25.05.2020

Data Prevista de Alta
30.05.2020

Data de Alta
04/06/2020 - 14:38:22

Motivo da Alta
1.2 ALTA MELHORADO

CNES:

2653923

CNES:

2408252

Município Executante

NATAL

Operador

24278530463ALUIZIO

Operador

08978830714DUNLEY

Operador

18129862204LUCIMAR

Operador

18129862204LUCIMAR

DADOS DO PACIENTE**CNS:**

708207183052042

Nome do Paciente

FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO

Nome da Mãe

MARIA JOSE DE ARAUJO

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

24/05/1974 (46 anos)

Tipo Logradouro:

AVENIDA

Número:**País de Residência:**

BRASIL

Telefone(s):

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

BARAUNA - RN

Raça:

SEM INFORMACAO

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

MIGUEL DE CERVANTES

Bairro:

LAGOA AZUL

Município de Residência:

NATAL

Complemento:

LT ALIANCA

CEP:

59114-735

UF:

RN

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

98230158568

CPF do Médico Executante:

06169335416

Diagnóstico Inicial - CID:

S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

Caráter

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Nome do Médico Solicitante:

ANTONIO BARBOSA DE ARAUJO FILHO

Status da Solicitação:

APROVADA

Nome do Médico Executante:

GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA

Classificação de Risco

Prioridade 0 - Emergência, necessidade de atendimento imediato

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408050551

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

DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL/td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FÍSICO + RX

Condições que Justificam a Internação:

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

PARECER**Motivo de Impedimento do Regulador:**

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

23.05.2020 - 13:25:02

Data da Extração dos Dados: 08/06/2020 09:39:47

http://sisregiii.saude.gov.br/cgi-bin/cons_aih

08/06/2020



SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar**

431.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou _____

CNES: 2653923
CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **173499 FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO**
CNS: 708207183052042 Nascimento: 24/05/1974 Sexo: Masculino Prontuário: 1196830
Mãe: MARIA JOSE DE ARAUJO Pai: Cor: PARDA
Endereço: RUA COUTO MAGALHAES, 15 - NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO - NATAL Fone: 987154305 /
Município: NATAL Código Municipal IBGE: 240810 UF: RN CEP: 59114-211

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 18337 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM FRATURA DE PLANALTO TIBIAL EVOLUINDO COM SÍNDROME COMPARTIMENTAL, REALIZANDO FASCIOTOMIA NA CHEGADA SOMENTE MEDIAL PELA VASCULAR. EVOLUI BEM, E FECHAMENTO DA FASCIOTOMIA, SEM NENHUM ASPECTO INFECCIOSO APOS 4 DIAS.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DEFINITIVO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RX

Igor Leonardo C. de Sousa
Ortopedia do Joelho
Traumatologia de Membro Inferior
CRM RN 7372 TEOT 15.841

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.1 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA*408050551. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

PLATO TIBIAL, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão ☒ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

IGOR LEONARDO CARDOSO DE SOUSA

CRM: 7372 / RN

Data da Solicitação 23/05/2020

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 Trajeto

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

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





Hospital Memorial
São Francisco

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

Data do Procedimento: **27/05/2020**

Registro: **147185**

IH: **1**

Diagnóstico pré operatório: **S821**

Código do procedimento

0408060360 **737**
0415040035 **555**
0408060158 **285**

Cirurgia realizada

RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO

DESBRIDAMENTO

MANIPULACAO ARTICULAR

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: **GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA**

CRM

7794

Anestesiologista: **TIAGO VICTO ANDRADE DE CARVALHO**

7134

Grau de Contaminação: **Limpo**

Profilaxia Antimicrobiana:

Anatomopatológico: **Não**

Exame: **Não se aplica**

Descrição dos materiais especiais utilizados:

Não utilizado

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

paciente em ddh sob sedação

realizado antissepsia do mie + aposição de campos estereis

realizado retirada de fixador externo transarticular de joelho eq + manipulação articular

realizado debridamento em orificios de trajeto de pino de shunz

curativo

Dr. Gustavo Souza
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM / RN 7794 TEOT 16198

CRM: 7794 - GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA
27/05/2020 08:23:16



BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

Dados do Paciente

FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Cirurgia Realizada RETIRADA FIXADOR EXTERNO PERNA ESQUERDA+DEBRIDAMENTO+MANIPULACAO ARTICULAR SOB ANESTESIA		Data 27/05/2020
Cirurgião GUSTAVO SOUZA	1º Auxiliar	2º Auxiliar
Anestesiologistas TIAGO CARVALHO		

HORA

Fentanyl

100mcg

PUP

O2
ECG
PANI
PVC
Diurese
SpO2
ETCO2

V P. Sist.

A P. Diast.

● F.C.

X PAM

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

SPRA

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

Exames Laboratoriais

pH	
PaCO2	
HCO3	
CO	
EB2	
PaO2	
ShbO2	
Hb	
Hc	
Na	
K	
Ca	
Glicose	
DROGAS	
FENTANIL	500MG
MIDAZOLAN	15MG
NEOCAINA	0,5%
DIMORF	0,2MG
SUFENTANIL	10MCG
ROCURONIO	50MG
ATRACURIO	25MG
PROPOVAN	1%
EFEDRINA	50MG
ARAMIN	10MG
CEFAZOLINA	1G
DIPIRONA	1G
DRAMIN	3MG
DEXAMETASONA	10MG
RANITIDINA	50MG
ONDASETRONA	8MG
NEOCAINA	0,5%
ISOBÁRICA	0,5X
CETOPROFENO	100mg
DIPIRONA	1G 01
RINGER S	500 ML 01

TÉCNICA ANESTÉSICA: LOCAL E SEDACAO EV

BLOQUEIO:

LOCAL DA PUNÇÃO:

NÍVEL ANESTESIA:

BLOQUEIO MOTOR: 0

POSIÇÃO: Antes: DDH

APARELHO: MINDRAY

TÉCNICA: ABERTO

INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: CATETER NASAL

TRAUMÁTICA: NAO

SONDA:

CUFF:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDIÇÃO FINAL: OK

AGULHA:

TIPO:

LATÊNCIA:

LIQUOR:

Depois: DDH

Nº

V.T.:

V.M.:

F.R.:

P.T.:

REFLEXOS: OK

CONSCIÊNCIA: OK

BALANÇO

OBSERVAÇÕES

SEM INTERCORRENCIAS

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

DURAÇÃO: 30 MINUTOS

INÍCIO: 08 H

FINAL: 08:30 H

Pixeon - 27/05/2020 08:50 (U312/ASSIST.6.0)





SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELICIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 10867687000110 Hospital Memorial de Natal	2 - CNES 2408252
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE 10867687000110 Hospital Memorial de Natal	4 - CNES 2408252

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO		6 - Nº DO PROTOÚRIO Registro: 147185 Internação 1	
7 - CARTÃO NACIONAL/SUS 898003711228927	8 - DATA DE NASCIMENTO 24/05/1974 00:0 46 anos	9 - SEXO M	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA JOSE DE ARAUJO
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº) COUTO MAGALHÃES1505		12 - MUNICÍPIO NATAL	
13 - BAIRRO NOSSA SENHORA DA APRE		14 - UF RN	
15 - CEP 59114211		16 - TELEFONE DE CONTATO 84987154305	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO FRATURA GRAVE DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO NECESSIDADE DE TTO CIRURGICO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) RADIOGRAFIAS			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DE PLANALTO TII	21 - CID 10 PRINCIPAL S821	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TTO CIRURG. FX DE PLANALTO - 0408050551 OSTEOTOMIA DA PELVE - 0408040157 RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRARTICULAR DE JOELHO - 0408050152	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	26 - LEITO/CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA
29 - DATA SOLICITAÇÃO 03/06/2020 11:33:07				30 - CNS / CPF CNS 3801217 CPF 061.693.354-16 CRM 7794
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)				Dr. Gustavo Souza Ortopedia / Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM / RN 7794 TEOD 16198

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 - () GRAVISSIMA

AUTORIZAÇÃO

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



DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO
Data do Procedimento: 03/06/2020

Registro: 147185

IH: 1

Diagnóstico pré operatório: S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA | CABEÇA ?<? | CÔNDILOS ?#? DA TIBIA, COM QU 5

Código do procedimento

0408050551

0408040157

0408050152

0408060476

Cirurgia realizada

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

OSTEOTOMIA DA PELVE

RECONSTRUCAO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO

TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDAO UNICO

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA

Dr. Gustavo Souza
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM / RN 7794 TEOT 16198

CRM

7134

Anestesiologista: TIAGO VICTO ANDRADE DE CARVALHO

Grau de Contaminação: Limpo

Profilaxia Antimicrobiana: Cefazolina

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

02 PLACAS DE SUSTENTACAO TIBIAL 4.5MM

01 PLACA EM T 4.5MM

08 PARAFUSOS CORTICAIS

04 PARAFUSOS ESPONJOSOS

02 PARAFUSOS CANULADOS 7.0MM

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

PCT EM DDH SOB RAQUIANESTESIA + ANTISSEPSE DO MIE

APOSICAO DE CAMPOS ESTEREIS + PASSAGEM DE GARROTE ESTERIL

INCISAO ANTERO LATERAL E POSTERO MEDIAL + DIVULSAO POR PLANOS

TENOPLASTIA DOS TENDONES FLEXORES (PATA DE GANSO) + REPARO DO LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL

REDUCAO CRUENTA SOB ESCOPIA + APOSICAO DE 01 PLACA POSTERIOR COM 03 PARAFUSOS CORTICAIS + 01 PLACA MEDIAL DE

SUSTENTACAO TIBIAL COM 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS E 02 PARAFUSOS CORTICAIS + 02 PARAFUSOS CANULADOS 7.0 FECHANDO A

ARTICULACAO + 01 PLACA LATERAL COM 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS E 03 PARAFUSOS CORTICAIS

LIMPEZA COM SF0.9% + REVISAO DA HEMOSTASIA

FECHAMENTO POR PLANOS + RETIRADA DE GARROTE

CURATIVO

BOA PERFUSAO DISTAL DO MIE

Dr. Gustavo Souza
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM / RN 7794 TEOT 16198

CRM: 7794 - GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA

03/06/2020 11:16:49



BLOCO CIRURGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

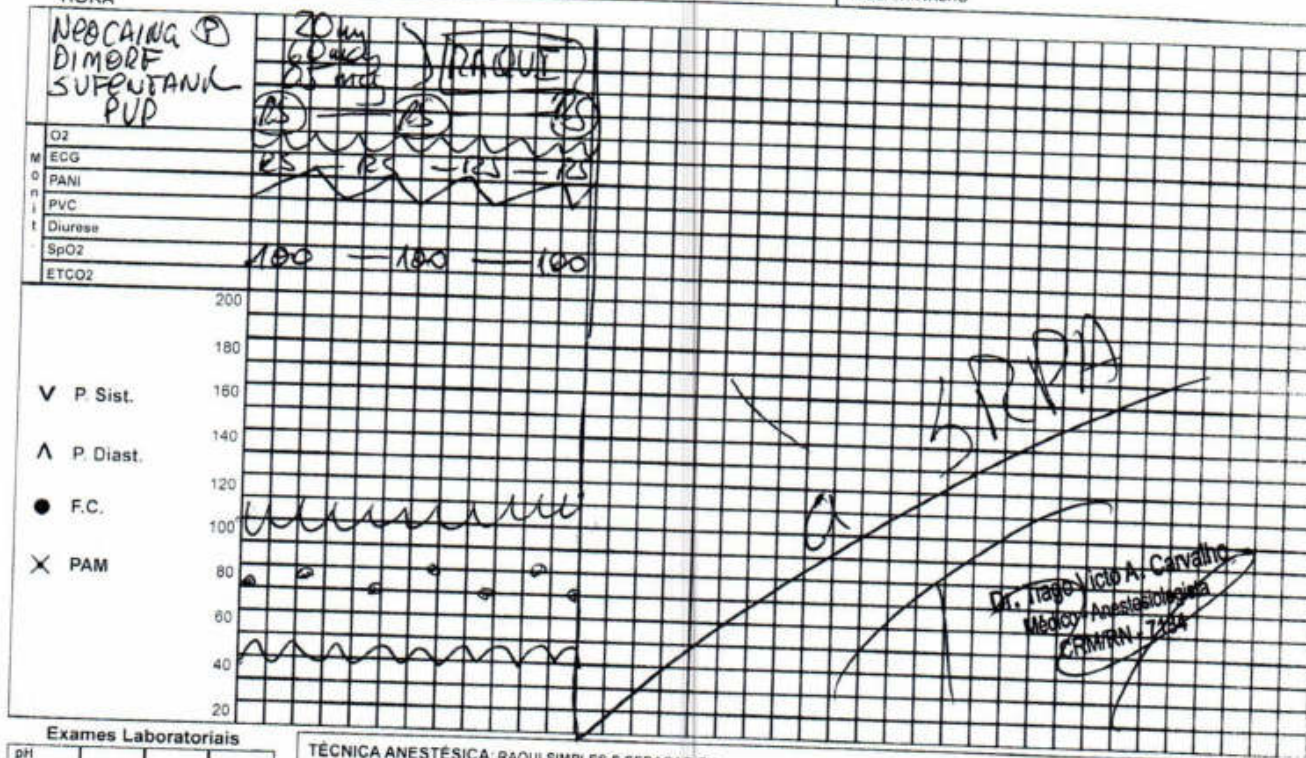
Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Dados do Paciente

FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Cirurgia Realizada		Data	
TRATAMENTO FRATURA PLATO TIBIAL+RECONSTRUCAO LIGAMENTAR+TENOPLASTIA+OSTEOTOMIA DA Pelve		03/06/2020	
Cirurgião	1º Auxiliar	2º Auxiliar	Anestesiologistas
GUSTAVO SOUZA			TIAGO CARVALHO

HORA



Exames Laboratoriais

pH		
PaCO2		
HCO3		
CO		
EB2		
PaO2		
SHbO2		
Hb		
Hc		
Na		
K		
Ca		
Glicose		
DROGAS		
FENTANIL	500MG	01
MIDAZOLAN	15MG	01
NEOCAINA	0,5%	01
DIMORF	0,2MG	01
SUFENTANIL	10MCG	01
ROCURONIO	50MG	
ATracurio	25MG	
PROPOVAN	1%	
EFEDRINA	50MG	01
ARAMIN	10MG	
CEFazolina	1G	02
DIPIRONA	1G	
DRAMIN	3MG	01
DEXAMETASONA	10MG	01
RANITIDINA	50MG	
ONDASETRONA	8MG	
NEOCAINA	0,5%	
ISOBARICA	0,5X	
CETOPROFENO	100mg	
DIPIRONA	1G	02
RINGER S	500 ML	04
TENOxICAM	40 MG	01

TÉCNICA ANESTÉSICA: RAQUI SIMPLES E SEDACAO EV

BLOQUEIO:

LOCAL DA PUNÇÃO:

NÍVEL ANESTESIA:

BLOQUEIO MOTOR: 3

POSICÃO: Antes: DDH

APARELHO: MINDRAY

TÉCNICA: ABERTO

INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: CATETER NASAL

TRAUMÁTICA: NAO

SONDA:

CUFF:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDIÇÃO FINAL: OK

AGULHA:

Depois: DDH

TIPO:

LATÊNCIA:

LIQUOR:

Nº

V.T.

F.R.

V.M.

P.L.T.

REFLEXOS: OK

CONSCIÊNCIA: OK

BALANÇO

OBSERVAÇÕES

SEM INTERCORRENCIAS

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

DURAÇÃO: 03 H

INÍCIO: 08 H

FINAL: 11 H



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

BOLETIM DE SALA

Dados do paciente

Data: 08/06/2020 11:38

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARA**

Convênio: SUS MUNICIPAL

Local : SALA 003

Registro: **147185**

Nº: 120.162451

Início: 03/06/2020 08:00 Fim: 03/06/2020 11:00

Cirurgia: **OSTEOTOMIA DA PELVE**

TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO ÚNICO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANTO TIBIAL

RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO

Cirurgia Principal

Equipe:

Cirurgião

Anestesiista

Instrumentador

Circulante

GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA

TIAGO VICTO ANDRADE DE CARVALHO

BERENISE DE OLIVEIRA BRITO OLINTO

NAYARA SOARES DE OLIVEIRA

CRM

Especialidade

CPF

7794

ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

06169335416

7134

ANESTESIOLOGIA

07884886466

1008022

TECNICO ENFERMAGEM

02569534496

706919

TECNICO ENFERMAGEM

08933825401

MATERIAL

Código	Descrição	QTD	UND
60392	AGULHA DESCARTAVEL 25X7	1	UND
208953	AGULHA DESCARTAVEL 25X8	2	UND
60418	AGULHA DESCARTAVEL 40X12	2	UND
64010	AGULHA PARA RAQUE 25G	1	UND
64486	BARBEADOR DESCARTAVEL	4	UND
65227	CAMPO OPERATORIO 25X28CM ESTÉRIL	7	UND
61473	CATETER P/OXIGENIO TIPO OCULOS	1	UND
51465	CATGUT CROMADO 1 C/AG 4CM	4	UND
61989	ELETRODO DESCARTAVEL	5	UND
65037	ESPARADRAPO 10CM X 4,5	60	CM
62278	GAZE EST 11 FIOS 7,5X7,5 ESTÉRIL	14	PCT
62364	GORRO DESCARTAVEL	5	UND
60149	LAMINA DE BISTURI N.20	2	UND
62332	LUA CIR DESC EST 7,0	2	PAR
62640	LUA CIR DESC EST 7,5	3	PAR
62429	LUA CIR DESC EST 8,0	2	PAR
61133	MICROPORE 10 CM X 10 M	90	CM
61172	MICROPORE 5,0CM X 10 METROS	30	CM
50621	MONONYLON PRETO 3-0 C/AG 3CM	6	UND
57269	PARAFUSO CANULADO 7,0 MM	2	
105210	PARAFUSO CORTICAL 4,5MM	12	UND
57296	PLACA DE SUPORTE DE PLATEAU TIBIAL 4,5 MM	2	
57304	PLACA EM T 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	1	
60733	SAPATILHA DESCARTAVEL	8	UND
63209	SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA	2	UND
63216	SERINGA DESCARTAVEL 20ML SEM AGULHA	1	UND
62475	SERINGA DESCARTAVEL 5ML SEM AGULHA	2	UND
207309	TRANSOFIX	2	UND

Código	Descrição	QTD	UND
208421	SUFENTANIL 5,0MG/ML - 2ML AMPOLA	1	AMP

MEDICAMENTOS

Código	Descrição	QTD	UND
326	AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA	2	AMP
3987	BUPIVACAINA ISOBARICA 5MG/ML - NEOCAINA	1	AMP
10595	BUPIVACAINA PESADA 5MG/ML (NEOCAINA)	1	AMP
8148	CEFALOTINA SODICA 1G FRASCO AMPOLA	2	UND
12764	CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5%	350	ML
11689	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5ML AMPOLA	1	AMP
6943	DIMENIDRINATO B6 INJ 10ML (DRAMIN)	1	AMP
11067	DIPIRONA 500MG/ML AMPOLA	2	AMP
3060	MIDAZOLAM 15MG (5MG/ML) AMPOLA	1	AMP
16920	MORFINA 0,2MG/ML (DIMORF)	1	AMP
8718	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	1	UND
8449	SORO RINGER SIMPLES 500ML	1	FRS
12567	SULFATO DE EFEDRINA 1ML AMPOLA	1	UND
9046	TENOXICAM 40MG FRASCO AMPOLA	1	UND

TAXAS

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

Pixeon - 08/06/2020 11:38 (U569/CIRURG.2.0)

ENFERMEIRO

Página 1 / 1



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 30/12/2020 17:18:50

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20123017184953600000061445771

Número do documento: 20123017184953600000061445771

Num. 64120806 - Pág. 17

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 147185 IH: 1 Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO
Nascimento: 24/05/1974 46 anos Internação: 23/05/2020 18:56:02 Leito: ENFERMARIA 308B

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

03/06/2020 07:28:09 COREN - 468075 - PATRICIA SANTOS BERTO

Observações:

CLIENTE ADMITIDO(A) NO C.C. PROVENIENTE DO LEITO DE MACA CONSCIENTE, ORIENTADA(O), AR AMBIENTE, EUPNEICO, PARA SUBMETER-SE AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TIBIA ESQUERDA, NA HVP VIAB. SF 0,9% MSD JELCO DE N. 18 PUNÇIONADO(A) NO SRPA PELA TEC. DEYSIANE SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Doença pré-existente: NÃO

Há reserva sanguínea: NÃO

Prótese: NÃO

Jóias: NÃO

Membro e lado da cirurgia: MIE

Exame Laboratorial: SIM

Risco Cirúrgico: SIM

Raio X: PRÉ: SIM-QTD: 19

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Assinatura Responsável

Outros Exames: ECG.

SRPA

Nível consciência: Orientado

COREN - 468075 - PATRICIA SANTOS BERTO

Acesso venoso: SIM

Diurese: NÃO

Acianótico: NÃO

Oxigenoterapia: O² AMBIENTE

Hipotensão: NÃO

Raio X de Controle: SIM-QTD: 01

Pálido: NÃO

Sudorese: NÃO

Tremores: NÃO

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE POI, CONSCIENTE, ORIENTADA (O), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA HVP VIABILIZANDO SF0,9%, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES E RX PRÉ, PRECISA REALIZAR RX PÓS - CIRÚRGICO, SEGUE ATÉ O LEITO ACOMPANHADO DO MAQUEIRO E TÉCNICO DE ENFERMAGEM, VERIFICADO SSVV: PA= 120X100 MMHG, FC= 73 BPM, SPO2= 98%.

Assinatura Responsável



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Memorial de Natal

Registro-Internamento: **147185 -1**

Leito Nº **ENFERMARIA 308B**

Médico: CRM - 7794 - GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DI

LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

☒ Mudança de Procedimento

☐ Diária de U.T.I.

☐ Diária de Acompanhante

☐ Vacina Anti RH

☐ Parecer CCIH

☐

☐ Uso de Prótese, Ortese

☐ Uso de Fatores de Coagulação

☐ Uso de Oxigenadores

☐ Nutrição Parenteral

☐

HOSPITAL

10.867.687/0001-10 Hospital Memorial de Natal

PACIENTE

147185 -1 - FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

PROCEDIMENTO ANTERIOR

PROCEDIMENTO SOLICITADO

MÉDICO SOLICITANTE

CRM

CPF

GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DI

7794

061.693.354-16

JUSTIFICATIVA

**REALIZADO PROCEDIMENTOS DE FRATURA DE PLANALTO TIBIAL + OSTEOTOMIA DA PELVE +
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRARTICULAR DE JOELHO + TENOPLASTIA**

Dr. Gustavo Souza
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM / RN 7794 TEOT 16198

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

CRM

DATA

7794

03/06/2020 11:32:08

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR

CRM

DATA



PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 03/06/2020 11:

Dados do Paciente

Registro: 147185 IH: 1

Nascimento: 24/05/1974

46 anos

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Internação: 23/05/2020 18:56:02 Leito: ENFERMARIA 308B

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: RAQUI + SEDAÇÃO

Anestesiologista: DRº TIAGO CARVALHO

Tipo: TTT CIRURGICO DE PLATÔ TIBIAL E

Cirurgião: DR GUSTAVO

Instrumentador: LUCAS + FELIPE

Circulante: MARIA

Tipo curativo: LIMPO

Tem material para biópsia/cultura: NAO

Inf sanguínea: NÃO

Monitoração correta: SIM

Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: CEFAZOLINA 2G

Início da cirurgia: 07:30

Fim da cirurgia: 09:00

Tempo de cirurgia:

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

CLIENTE ENCAMINHADO A SALA DE CIRURGIA CONSCIENTE ORIENTADO EM O2 AMBIENTE PARA DAR INICIO AO PROCEDIMENTO CIRURGICO DE PLATÔ TIBIAL E HVP EM MSD. O MESMO NEGA ALERGIAS E PATOLOGIAS. APÓS PROCEDIMENTO CIRURGICO REALIZADO COM EXITO SEM INTERCORRENCIAS CLIENTE ENCAMINHADO ASRPA, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Pontencial de Contaminação: Limpa

BERÊNISE DE OLIVEIRA BRITO OLINTO
Técnico(a) COREN - 1008022



MCI
CAIXA PLACAS ESPECIAIS CAIXA LILAS .

ITEM	CODIGO	LOTE	QUANT.	UND
PLACA EM "T" 05 FUROS	4608/03			
PLACA EM "T" 08 FUROS	4608/05			
PLACA EM "T" 03 FUROS	4619/01			
PLACA EM "T" 04 FUROS	4619/02	208001301	01 /	
PLACA EM "T" 05 FUROS	4619/03	20D002000	01X	01
PLACA "Y" DIREITA 03 FUROS	4615/01	R20185	01 /	
PLACA "Y" ESQUERDA 03 FUROS	4615/03	4859J14	01 /	
PLACA "Y" DIREITA 05 FUROS	4615/02	0996L14	01 /	
PLACA "Y" ESQUERDA 05 FUROS	4615/04	3313E16	01 /	
PLACA "L" 04 FUROS ESQUERDO	4627			
PLACA SUSTENTAÇÃO ESQUERDA 07 FUROS	4629/01	3188G14	01 /	
PLACA SUSTENTAÇÃO ESQUERDA 09 FUROS	4629/02	1773F15	01 /	
PLACA SUSTENTACAO DIREITA 07 FUROS	4628/01	0406G15	01 /	
PLACA SUSTENTAÇÃO DIREITA 09 FUROS	4628/02	0401G15	01 /	
PLACA SUSTENTAÇÃO TIBIAL DIREITA 05 FUROS	4635/01			
PLACA SUSTENTAÇÃO TIBIAL DIREITA 08 FUROS	4635/02	18D003053	01X	01
PLACA SUSTENTAÇÃO TIBIAL DIREITA 09 FUROS	4635/03			
PLACA SUSTENTAÇÃO TIBIAL DIREITA 11 FUROS	4635/04			
PLACA SUSTENTAÇÃO TIBIAL DIREITA 13 FUROS	4635/05			
PLACA SUSTENTAÇÃO TIBIAL ESQUERDA 05 FUROS	4635/07			
PLACA SUSTENTAÇÃO TIBIAL ESQUERDA 08 FUROS	4635/08	18D003541	01X	01
PLACA DE SUSTENTAÇÃO TIBIAL ESQUERDO 09 FUROS	4635/09			
PLACA DE SUSTENTAÇÃO TIBIAL ESQUERDO 11 FUROS	4635/10	2883C16	01 /	
PLACA DE SUSTENTAÇÃO TIBIAL ESQUERDO 13 FUROS	4635/11	19J004550	01 /	
PLACA PONTE ESTREITA 175X70	3120/05	2612F15	01 /	
PLACA PONTE ESTREITA 185X80	3120/06	2613F15	01 /	
PLACA PONTE LARGA 145X40	3119/02	S10671	01 /	
PLACA PONTE LARGA 155X50	3119/03	T10336	01 /	

HOSPITAL: *Memorial*
 PACIENTE: *Francisco Camindé H. Araújo*
 DATA DA CIRURGIA: *03.06.20*
 CIRURGIÃO: *Dr. Gustavo*
 CIRCULANTE(S): *Maria*
 INSTRUMENTADOR: *Lucas + Felipe*

Nº PRONT.: *147185*
 CONVÊNIO:



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Registro: 147185 IH: 1

Nascimento: 24/05/1974 46 anos Data Internação: 23/05/2020 18:56:02

Leito: ENFERMARIA 308B

Turno: Noturno

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: PRÉ OP. DE TIBIA (E) + FIXADOR EXTERNO

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Alergias Medicamentosas: NEGA ALERGIA

Isolamento de contato: Não

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Sinais Vitais

Temperatura: 35,7 °C Saturação O2: 96% Respiração: 20 RPM

Pressão Arterial: 130x80 Frequência Cardíaca: 98

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Acesso Venoso

Dieta

VO

ACEITOU BEM SUA DIETA

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.: COLETOR

Intestinais: AUSENTE

Aspectos: NO MOMENTO

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

Intercorrência:

AS 19:00 RECEBO O PACIENTE ADULTO DE 46 ANOS CONSCIENTE E ORIENTADO RESPIRANDO EM O2 AMBIENTE EM PRÉ OP. DE TIBIA (E) + FIXADOR EXTERNO FOI AFERIDO OS SSVV DO MESMO SEGUE ESTAVEL SEM ANORMALIDADE ATE O MOMENTO PCT SEM ACESSO EM USO DE MEDICAÇÃO POR VIA ORAL SEGUE SEM QUEIXAS DE DORES SEGUE EM OBSERVAÇÃO EM USO DE DIURESE POR COLETOR. SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. AS 06:00 FOI AFERIDO OS SSVV DO MESMO SEGUE ESTAVEL SEM ANORMALIDADE ASEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Selvo Junior Barboza dos Santos
COREN-RN 1392960-TE

Selvo

COREN: 1392960 - SELVO JUNIOR BARBOZA DOS SANTOS

24/05/2020 19:37:58



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

Registro: **147185** IH: **1**

Nascimento: **24/05/1974** **46 anos** Data Internação: **23/05/2020 18:56:02**

Leito: **ENFERMARIA 308B**

Turno: **Noturno**

Antecedentes: **DESCONHECE**

Hipótese Diagnóstica: **POS DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + PRE OPERATORIO** Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **DESCONHECE**

Sinais Vitais

Temperatura: **36 °C** Saturação O2: **99% %** Respiração: **18 RPM**

Pressão Arterial: **120x80** Frequência Cardíaca: **81**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Acesso Venoso

Periférico

MSE

Dieta

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **COLETOR**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **NO MOMENTO**

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

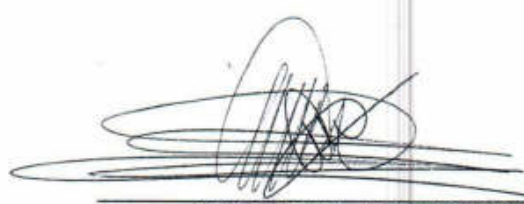
Curativo:

Medicações:

- ADMINISTRADO MEDICAÇÕES DO HORARIO

Intercorrência:

19H00 RECEBO PACIENTE EM POS DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + PRE OPERATORIO DE TIBIA (E) + TALA GESSADA. CONCIENTE ORIENTADO EM O° AMBIENTE, DIETA V.O., NA HV EM MSE, VIABILIZANDO SORO RINGER SIMPLES 500ML, ADMINISTRADO MEDICAÇÕES DO HORARIO, VERIFICADO SSVV, DIURESE ESPONTANIA, SEGUE AOS CUIDADOS.


COREN: 1160379 - GLEDSTONY SILVA E SALES
04/06/2020 00:49:26





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: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

Registro: **147185**

IH: **1**

Nascimento: **24/05/1974** **46 anos** Data Internação: **23/05/2020 18:56:02**

Leito: **ENFERMARIA 308B**

Turno: **Noturno**

Antecedentes: **DESCONHECE.**

Hipótese Diagnóstica: **POS. DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + PRE OPERATORIO**

Isolamento de contato: **Não**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **DESCONHECE.**

Sinais Vitais

Temperatura: **35,7 °C** Saturação O2: **98%** Respiração: **18 RPM**

Pressão Arterial: **140x90** Frequência Cardíaca: **90**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Acesso Venoso

Periférico

MSE 31/05

Dieta

VQ

EM JEJUM

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **COLETOR**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **NO MOMENTO.**

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

Intercorrência:

AS 19:00 RECEBO O PACIENTE ADULTO DE 46 ANOS CONSCIENTE E ORIENTADO RESPIRANDO EM O2 AMBIENTE EM POS. DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + PRE OPERATORIO DE TIBIA (E) + TALA GESSADA FOI AFERIDO OS SSVV DO MESMO SEGUE ESTAVEL SEM ANORMALIDADE ATÉ O MOMENTO PCT SE ENCONTRA COM ACESSO MSE DO DIA 31/05 NA HIDRAT POR GRAVIDADE + MEDICAÇÃO DE HORARIO O MESMO REALIZARA CIRURGIA DIA 03/06 ÀS 07:00 HORAS PCT FOI ORIENTADO SOBRE JEJUM E ORIENTAÇÕES EM PRE OPERATORIO PCT ACEITOU BEM SUA DIETA COM ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICA POR PAPAGAIO + APARADIERA SEGUE SEM QUEIXAS E FICA EM OBSERVAÇÃO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.
AS 06:00 FOI AFERIDO OS SSVV DO MESMO SEGUE ESTAVEL SEM ANORMALIDADE ATÉ O MOMENTO SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.
AS 06:10 REALIZADO HIGIENIZAÇÃO DO MESMO + TROCA DE LENÇOL DE CAMA + ENCAMINHO PCT EM POS. DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + PRE OPERATORIO DE TIBIA (E) + TALA GESSADA PARA CC ACOMPANHADO DO MAQUEIRO LEVANDO CONSIGO PRONTUÁRIO

Selvo Junior Barboza dos Santos

COREN-RN 1392960-TE

COREN: 1392960 - SELVO JUNIOR BARBOZA DOS SANTOS

02/06/2020 20:45:05





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: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

Nascimento: **24/05/1974** 46 anos Data Internação: **23/05/2020 18:56:02**

Registro: **147185**

IH: **1**

Leito: **ENFERMARIA 308B**

Turno: **Manhã**

Antecedentes: **DESCONHECE**

Hipótese Diagnóstica: **6º DPO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DA PERNA(E) + T/** Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Alergias Medicamentosas: **DESCONHECE**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Sinais Vitais

Temperatura: **36 °C**

Saturação O2: **96%%**

Respiração: **18 RPM**

Pressão Arterial: **130x80**

Frequência Cardíaca: **71**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Acesso Venoso

Periférico

MSE

Dieta

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **COLETOR**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **NO MOMENTO**

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

TALA GESSADA

Medicações:

ADMINISTRADO MEICACÕES DE HORARIO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Intercorrência:

AS 07:00 RECEBO PACIENTE 46 ANOS, CONCIENTE E ORIENTADO, EM AR AMBIENTE, NA HVP EM MSE, ACEITA DIETA OFERTADA, SONO PRESERVADO, AFERIDO SINAIS VITAIS SEM ANORMALIDADES, ADMINISTRADO MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, ALIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, HIGIENIZADO EM WC, TROCA DOUPE DE CAMA E PESSOAL, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO.

INTALADO 1 EQUIPO MACRO PARA DEXAMETASONA.

COREN: 1421966 - ROZANA RAFAELA DA SILVA BEZERRA
02/06/2020 07:20:09

Página 1 / 1



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

Registro: **147185** IH: **1**

Nascimento: **24/05/1974** 46 anos Data Internação: **23/05/2020 18:56:02**

Leito: **ENFERMARIA 308B**

Turno: **Diurno**

Antecedentes: **DESCONHECE.**

Hipótese Diagnóstica: **5º DPO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DA PERNA(E) + T/** Isolamento de contato: **Não**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **DESCONHECE.**

Sinais Vitais

Temperatura: **36,6 °C** Saturação O2: **95%** Respiração: **22 RPM**

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

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

EM AR AMBIENTE.

Acesso Venoso

Periférico

EM MSE.

Dieta

VO

DIETA VIA ORAL.

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **COLETOR**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **NO MOMENTO.**

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

ADMINISTRADO MEDICAÇÃO PRESCRITA.

Intercorrência:

AS 07:00 HORAS RECEBO PACIENTE DE 46 ANOS CONSCIENTE E ORIENTADO RESPIRANDO SOB O2 AMBIENTE, AFERIDO SINAIS VITAIS SEM ANORMALIDADES, ACEITOU DIETA OFERECIDA, NA HIDRATAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA EM MSE VIABILIZANDO SORO FISIOLÓGICO + EM USO DE ANTIBIÓTICO(KEFAZOL) 1 FRASCO DE 1 GRAMA DE 8/8 HORAS, ADMINISTRADO MEDICAÇÃO PRESCRITA, HIGIENIZADO TROCADO ROUPA DE CAMA E PESSOAL, MASSAGEM DE CONFORTO, MUDANÇA DE DECÚBITO, SEGUE NO LEITO AGUARDANDO PRÓXIMO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PROGRAMADO PARA O DIA 02/06/2020.

Azenilda S. Santos

COREN: 1135751 - AZENILDA SANTOS DO NASCIMENTO
01/06/2020 10:57:29





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: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

Registro: **147185**

IH: **1**

Nascimento: **24/05/1974** **46 anos** Data Internação: **23/05/2020 18:56:02**

Leito: **ENFERMARIA 308B**

Turno: **Tarde**

Antecedentes: **DESCONHECE**

Hipótese Diagnóstica: **POS DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + TALA GESSADA**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Alergias Medicamentosas: **DESCONHECE**

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Sinais Vitais

Temperatura: **34,5 °C**

Saturação O2: **97%**

Respiração: **20 RPM**

Pressão Arterial: **130x80**

Frequência Cardíaca: **76**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

AR AMBIENTE

Acesso Venoso

Periférico

MSE 30/05

Dieta

VO

BEM ACEITA

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **COLETOR**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

ADM.MEDICACOES CPM.

AS 18HS PACIENTE PERDEU ACESSO REPUNCIONADO EM MSE COM JELCO 20 COM EXODO SEGUE COM HV.

Intercorrência:

AS 13HS RECEBO PLANTAO COM PACIENTE EM AR AMBIENTE EM POS OPERATORIO DE RETIRADA DE FIXADOR DIETA VO BEM ACEITA SSVV ESTAVEIS HVP EM MSE FLUIDO BEM HV SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Maria da Conceição de Jesus
Maria da Conceição de Jesus

COREN: 954371 - MARIA DA CONCEICAO DE JESUS

31/05/2020 15:12:21





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: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

Registro: **147185**

IH: **1**

Nascimento: **24/05/1974** **46 anos** Data Internação: **23/05/2020 18:56:02**

Leito: **ENFERMARIA 308B**

Turno: **Noturno**

Antecedentes: **DESCONHECE**

Hipótese Diagnóstica: **POS DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + TALA GESSADA**

Isolamento de contato: **Não**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **DESCONHECE**

Sinais Vitais

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

Pressão Arterial: **120x80** Frequência Cardíaca: **91**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Acesso Venoso

Periférico

Dieta

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **COLETOR**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **NO MOMENTO**

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

ADM MEDICACÃO CONF PRESCRITO

22:00 ADM CEFAZOLINA 01 FRASCO + ABD IV

06:00 ADM CEFAZOLINA 01 FRASCO + ABD IV

Intercorrência:

PACIENTE CONCIENTE, ORIENTADO NA H.VENOSA PERIFERICA ACEITA DIETA VO SSVV MANTIDOS SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

COREN: 288203 - WILLIANE NASCIMENTO COSTA
30/05/2020 19:48:43



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

Registro: **147185**

IH: **1**

Nascimento: **24/05/1974** 46 anos Data Internação: **23/05/2020 18:56:02**

Leito: **ENFERMARIA 308B**

Turno: **Noturno**

Antecedentes: **DESCONHECE**

Hipótese Diagnóstica: **PÓS RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE PERNA E+ TALA GE** Isolamento de contato: **Não**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **DESCONHECE**

Sinais Vitais

Temperatura: **36,5 °C**

Saturação O2:

Respiração: **20 RPM**

Pressão Arterial: **140x80**

Frequência Cardíaca: **92**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Acesso Venoso

Periférico

MSE

Dieta

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **COLETOR**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **NO MOMENTO**

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

22HS- ADM 1AMP TRAMADOL 100MG+SF0,9% EV. 1FA CEFAZOLINA 1G+ABD EV. 1AMP BROMOPRIDA 5MG+ABD EV.

24HS- ADM 2AMP DIPIRONA 500MG+ABD EV. 1AMP DEXAMETASONA 4MG+SF0,9% EV. INSTALADO RINGER SIMPLES-500ML EV.

06HS- ADM 1AMP BROMOPRIDA +ABD EV. 1FA CEFAZOLINA 1G+ABD EV. 1AMP TRAMADOL 100MG+SF0,9% EV. 2AMP DIPIRONA 500MG+ABD EV.

Intercorrência:

19HS- RECEBI PACIENTE EM PÓS OPERATORIO. CONSCIENTE, ORIENTADO, O2 AMBIENTE, NA HVP EM MSE, DIETA VO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, COM ACOMPANHANTE, 24:40HS- REPUNCIADO ACESSO COM JELCO Nº20 EM MSE E TROCADO EQUIPOS. 06HS- PACIENTE O2 AMBIENTE, NA HVP, SONO PRESERVADO, VERIFICADO SSVV, SEGUE AOS CUIDADOS.


COREN: 139216 - MARIA LUCINETE DE OLIVEIRA SOUZA
29/05/2020 21:18:10



EVOLUÇÃO DIÁRIA DE CURATIVO

Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO** Registro: **147185** Nº Internação: **1**
Nascimento: **24/05/1974 46 anos** Data Internação: **23/05/2020 18:56:02** Leito: **ENFERMARIA 308B**

Limpeza:

Tipo de Ferida: **HÁ ESCLARECER**

Localização: **FIXADOR EM FEMUR**

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

EXSUDATO DA FERIDA

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

PELE - PERILESIONAL

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

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

BORDAS

☐ Distintas ☐ Regulares ☐ Irregulares

OBSERVAÇÕES GERAIS

LIMPEZA: CLOREXIDINA, LUVA DE PROCEDIMENTO, GAZE, ATADURA E MICROPORE.
ORIFICIOS DE FIXADORES COM PEQUENO EXSUDATO SEROSSANGUINOLENTO

24/05/2020 08:10:00
Técnico(a) COREN - 1320233

ANA JULIA DE JESUS AVELINO

147185 - 1 - FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Limpeza:

Tipo de Ferida: **HÁ ESCLARECER**

Localização: **FIXADOR FEMUR + TIBIA**

Condições do Leito: **EXSUDATO EM GAZE**

EXSUDATO DA FERIDA

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

PELE - PERILESIONAL

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

Quantidade: **Médio**

Odor: **Selecione uma opc**

BORDAS

☐ Distintas ☒ Regulares ☐ Irregulares

OBSERVAÇÕES GERAIS

LIMPEZA: CLOREXIDINA, LUVA DE PROCEDIMENTO, LUVA ESERIL, OLEO DE GIRASSOL, E ATADURA.
REALIZADA LIMPEZA DE FIXADOR EXTERNO COM CLOREXIDINA ALCOOLICA

25/05/2020 10:58:34
Técnico(a) COREN - 1320233

ANA JULIA DE JESUS AVELINO

147185 - 1 - FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Limpeza:

Tipo de Ferida: **LIMPA**

Localização: **TIBIA**

Condições do Leito: **COM PRESENÇA DE EXSUDATO**

EXSUDATO DA FERIDA

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

PELE - PERILESIONAL

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

Quantidade: **Grande**

Odor: **Selecione uma opc**

BORDAS

☐ Distintas ☒ Regulares ☐ Irregulares

OBSERVAÇÕES GERAIS

LIMPEZA: CLOREXIDINA, LUVA DE PROCEDIMENTO, LUVA ESTERIL, GAZE, CAMPO, ATADURA E MICROPORE

FO PELE INTEGRA, PEQUENO EXSUDATO SANGUINOLENTO EM MEDIA QUANTIDADE

04/06/2020 11:50:11
Técnico(a) COREN - 13

ANA JULIA DE JESUS AVELINO





Hospital Memorial
São Francisco

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

EVOLUÇÃO DIÁRIA DE CURATIVO

Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO** Registro: **147185** Nº Internação: **1**
Nascimento: **24/05/1974 46 anos** Data Internação: **23/05/2020 18:56:02** Leito: **ENFERMARIA 308B**

Limpeza:

Tipo de Ferida: **LIMPA**

Localização: **TIBIA**

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

EXSUDATO DA FERIDA

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

PELE - PERILESIONAL

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

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

BORDAS

☐ Distintas ☒ Regulares ☐ Irregulares

OBSERVAÇÕES GERAIS

LIMPEZA: CLOREXIDINA, LUVA DE PROCEDIMENTO, LUVA ESTERIL, GAZE, ATADURA E MICROPORE.

FO PELE INTEGRAL, SEM PRESENÇA DE EXSUDATO

05/06/2020 11:32:59

Técnico(a) COREN - 1320233

ANA JULIA DE JESUS AVELINO





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 DE ENFERMAGEM - UNIDADE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO** Registro: **147185** Nº Internação: **1**
Nascimento: **24/05/1974 46 anos** Data Internação: **23/05/2020 18:56:02** Leito: **ENFERMARIA 308B**

OBSERVAÇÕES GERAIS

AS 06H ENCAMINHO PCT PARA CC EM PRE OP DE FRATURA DE TÍBIA ACOMPANHADO DO
MAQUEIRO LEVANDO CONSIGO SEU PRONTUARIO + ANEXOS.

Selvo Junior Barboza dos Santos
COREN - 1392960-7
27/05/2020

27/05/2020
COREN - 1392960-7
SELVO JUNIOR BARBOZA DOS SANTOS





Hospital Memorial
São Francisco

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - UNIDADE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

Registro: **147185** Nº Internação: **1**

Nascimento: **24/05/1974 46 anos** Data Internação: **23/05/2020 18:56:02** Leito: **ENFERMARIA 308B**

OBSERVAÇÕES GERAIS

PACIENTE EM PRE OP DE FRATURA DE TIBIA, SEQUE EM ANEXO: ECG + RX + RISCO + EXAMES
LABORATORIAL

Ano Kariny

27/05/2020
COREN 16670

ANA KARINY COSTA PINHEIRO





Hospital Memorial
São Francisco

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

EVOLUÇÃO AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA

Data: 24/05/2020 13:18

Dados do Paciente

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Registro: 147185 Num.Internação: 1

Nascimento: 24/05/1974 46 anos

Data Internação: 23/05/2020 18:56:02



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA

ANAMNESE

Antecedentes Hereditários

Sim Não

☐☒

Coronariopatia

☐☒

D. Melito

☐☒

Probl. Anestésicos

☒☐

Outros HAS

Cardiorespiratório/Nefro

Sim Não

☐☒

HAS

☐☒

IAM Prévio

☐☒

ICo

☐☒

Disritmias

☐☒

ICC

☐☒

DPOC

☐☒

Broncoespasmo

☐☒

Tabagismo

☐☒

Ins. Renal

Gastro / Endócrino / Neuro

Sim Não

☐☒

Tireoidismo

☐☒

Hepatites Virais

☐☒

Etilismo

☐☒

D. Melito

☐☒

Dislipidemia

☐☒

Obesidade

☐☒

Convulsões

☐☒

AVC Prévio

☐☒

Alergias

☒☐

Ansiedade / S. Pânico

OBSERVAÇÕES

AO EXAME FÍSICO

Ausculta Pulmonar

☒ Normal

Alterado

Ausculta Cardíaca

☒ Normal

Alterado

PA 132 X 84 mmHg

FCm 72 bpm

ECG

☐ Normal

Alterado

BRD

Outros

Classe Funcional (NYHA) I

Dr. Miranda, Carlos A. A. S.
Cardiologista - CRM-RN 2278

CARLOS ALBERTO ALVES DA SILVA MIRANDA
CRM - 2278





Hospital Memorial
São Francisco

EXAMES COMPLEMENTARES

Nº Reg.

Nome: *Francisco Canindo Hermirico*

Idade: *45*

Apto: *308B*

Francis

308B

24/05



3008

Nome: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO
Médico: GUSTAVO SOUZA
Local do Atendimento: DNA SÃO LUCAS (HOSPITAL)
Convênio: HOSPITAL MEMORIAL
Origem: 46-HOSPITAL MEMORIAL

Idade: 46 anos
Data de Atendimento: 24/05/2020
Data de Impressão: 24/05/2020 10:49:24
Protocolo: 168081-08
Setor: MEMORIAL Leito:

CREATININA:

RESULTADO: 0,80 mg/dL

VALORES DE REFERÊNCIA:

MASCULINO:

0,66 a 1,25 mg/dL

FEMININO:

0,52 a 1,04 mg/dL

Material: SORO

Data coleta : 24/05/2020 09:45:00

Método: Química Seca

TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR ESTIMADA(CKD-EPI):

RESULTADO: 107,15 mL/min/1,73m²

VALOR DE REFERÊNCIA:

1 SEMANA: 41 +/- 15 mL/min/1,73m²

02 A 08 SEMANAS: 66 +/- 25 mL/min/1,73m²

8 SEMANAS A 2 ANOS: 96 +/- 22 mL/min/1,73m²

> 2 ANOS: ACIMA 60 mL/min/1,73m²

Nota: Uso de dipirona pode apresentar valores de creatinina mais baixo do que o real.

Liberado por: Sistema automatizado

Data liberação: 24/05/2020 10:06

GLICOSE:

RESULTADO: 91 mg/dL

VALORES DE REFERÊNCIA:

70 a 99 mg/dL

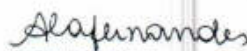
Material: SORO

Data coleta : 24/05/2020 09:45:00

Método: Química Seca

Liberado por: Sistema automatizado

Data liberação: 24/05/2020 10:07


Andrea Luciana A.C. Fernandes, PhD
CRF-RN 1521

Os exames laboratoriais sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos. Só seu clínico tem condições de interpretar corretamente os resultados. E caso necessário, sugere-se a critério médico, repetir o exame.

(84) 4007-2595 | 9.9997-0341
WWW.DNACENTER.COM.BR



Nome: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO
Médico: GUSTAVO SOUZA
Local do Atendimento: DNA SÃO LUCAS (HOSPITAL)
Convênio: HOSPITAL MEMORIAL
Origem: 46-HOSPITAL MEMORIAL

Idade: 46 anos
Data de Atendimento: 24/05/2020
Data de Impressão: 24/05/2020 10:49:24
Protocolo: 168081-08
Setor: MEMORIAL Leito:

HEMOGRAMA COMPLETO:

Material: Sangue total com EDTA
Coleta.: 24/05/2020 09:45:00
Método.: Automatizado - ADVIA 2120i Citometria de fluxo peroxidase

ERITROGRAMA

VALORES DE REFERÊNCIA

Hemácias.....	3,64	milhões/mm ³	4,5 a 6,0	milhões/mm ³
Hemoglobina.....	11	g/dL	13,5 a 18,0	g/dL
Hematócrito.....	32,7	%	40,0 a 54,0	%
Volume Corpuscular Médio - VCM.....	89,8	fL	80,0 a 100,0	fL
HGB Corpuscular Média - HCM.....	30,2	pg	26,0 a 34,0	pg
Conc. de HGB Corpuscular Média - CHCM:	33,6	g/dL	32,0 a 36,0	g/dL
RDW - Índice de Anisocitose.....	14,3	%	11,0 a 15,0	%

OBS: Normocíticas e normocrômicas

LEUCOGRAMA

VALORES DE REFERÊNCIA

Leucócitos	7.700	/mm ³	4000 a 11000/mm ³
Bastões	1	% 77 /mm ³	40 a 550/mm ³
Segmentados	72	% 5544 /mm ³	2000 a 7150/mm ³
Eosinófilos	4	% 308 /mm ³	40 a 550/mm ³
Basófilos	0	% 0 /mm ³	0 a 110/mm ³
Linfócitos	18	% 1386 /mm ³	800 a 4400/mm ³
Monócitos	5	% 385 /mm ³	80 a 1100/mm ³

OBS:
Morfologia conservada

CONTAGEM DE PLAQUETAS: 468.000 /mm³ 150.000 a 450.000/mm³

OBS: Aparentemente normal em aspecto

NOTA: Análise hematológica automatizada utilizando-se impedância e citometria de fluxo, por meio da coloração com peroxidase. Os procedimentos de confirmação da contagens e análise de morfologia são realizados pela técnica de microscopia, quando aplicável.

Liberado por: Sarah Cabral Barroso - CRBM 6657

Data liberação: 24/05/2020 10:48

Alaferrandes
Andressa Luciana A.C. Fernandes, PhD
CRF-RN 1521

Os exames laboratoriais sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos. Só seu clínico tem condições de interpretar corretamente os resultados. E caso necessário, sugere-se a critério médico, repetir o exame.

(84) 4007-2595 | 9.9997-0341
WWW.DNACENTER.COM.BR



Nome: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO
Médico: GUSTAVO SOUZA
Local do Atendimento: DNA SÃO LUCAS (HOSPITAL)
Convênio: HOSPITAL MEMORIAL
Origem: 46-HOSPITAL MEMORIAL

Idade: 46 anos
Data de Atendimento: 24/05/2020
Data de Impressão: 24/05/2020 10:49:24
Protocolo: 168081-08
Setor: MEMORIAL Leito:

POTÁSSIO:

RESULTADO: 3,5 mmol/L

VALORES DE REFERÊNCIA:
3,5 a 5,1 mmol/L

Material: SORO
Data coleta : 24/05/2020 09:45:00
Método: Química Seca

Liberado por: Sistema automatizado

Data liberação: 24/05/2020 10:03

SÓDIO, DOSAGEM:

RESULTADO: 142 mmol/L

VALORES DE REFERÊNCIA:
137 a 145 mmol/L

Material: SORO
Data coleta : 24/05/2020 09:45:00
Método: Química Seca

Liberado por: Sistema automatizado

Data liberação: 24/05/2020 10:03


Andrea Luciana A.C. Fernandes, PhD
CRF-RN 1521

Os exames laboratoriais sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos. Só seu clínico tem condições de interpretar corretamente os resultados. E caso necessário, sugere-se a critério médico, repetir o exame.

(84) 4007-2595 | 9.9997-0341
WWW.DNACENTER.COM.BR



Nome: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO
Médico: GUSTAVO SOUZA
Local do Atendimento: DNA SÃO LUCAS (HOSPITAL)
Convênio: HOSPITAL MEMORIAL
Origem: 46-HOSPITAL MEMORIAL

Idade: 46 anos
Data de Atendimento: 24/05/2020
Data de Impressão: 24/05/2020 10:49:24
Protocolo: 168081-08
Setor: MEMORIAL Leito:

TEMPO DE PROTROMBINA, DETERMINAÇÃO:

TEMPO PACIENTE.....: **11,60 s**
TEMPO CONTROLE.....: **11,6 s**
ATIVIDADE ENZIMÁTICA: **100 %**
INR.....: **1,00**

VALORES DE REFERÊNCIA:
Atividade enzimática: Superior ou Igual a 70%
INR: 0,80 a 1,20

Material: PLASMA CITRATADO
Data coleta : 24/05/2020 09:45:00
Método: Nefelometria

Laboratorialmente, a terapia anticoagulante é monitorada pelo tempo de Protrombina (TAP/INR) indicado para o uso de anticoagulante oral.

Nota:
O INR-alvo para a maioria das condições clínicas é de 2,5 com uma faixa aceitável entre 2,0 e 3,0. Em outras condições trombóticas (por exemplo, válvula mitral mecânica) recomenda-se metas de 3,0 com intervalo entre 2,5 e 3,5. O manejo da terapia de anticoagulação é um ato médico e com alvos de INR individualizados caso a caso, conforme estado clínico e comorbidades do paciente.

REF.: ICSI - Health Care Guideline - Antithrombotic Therapy Supplement - Eighth Edition/april 2010

Faranoff and Martin's neonatal-perinatal medicine: diseases of the fetus and infant. Volume 2, 2011. Elsevier. Tabela: Andrew M et al: The development of the human coagulation system in the healthy premature infant. Blood 70: 165, 1987.

Liberado por: Sarah Cabral Barroso - CRBM 6657

Data liberação: 24/05/2020 10:23


Andrea Luciana A.C. Fernandes, PhD
CRF-RN 1521

Os exames laboratoriais sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos. Só seu clínico tem condições de interpretar corretamente os resultados. E caso necessário, sugere-se a critério médico, repetir o exame.

[84] 4007-2595 | 9.9997-0341
WWW.DNACENTER.COM.BR



Nome: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO
Médico: GUSTAVO SOUZA
Local do Atendimento: DNA SÃO LUCAS (HOSPITAL)
Convênio: HOSPITAL MEMORIAL
Origem: 46-HOSPITAL MEMORIAL

Idade: 46 anos
Data de Atendimento: 24/05/2020
Data de Impressão: 24/05/2020 10:49:24
Protocolo: 168081-08
Setor: MEMORIAL Leito:

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA:

TEMPO DO PACIENTE.....: **29,80 s**

TEMPO CONTROLE.....: **29,80 s**

RELAÇÃO PACIENTE/CONTROLE: **1,00**

VALORES DE REFERÊNCIA:

Relação até 1,20

Material: PLASMA CITRATADO

Data coleta : 24/05/2020 09:45:00

Método: Nefelometria

Nota:

O valor satisfatório para os pacientes em uso de heparina, antitrombóticos e anticoagulante orais, deve ser de 1,5 a 2,5 (ratio) do valor de relação paciente/controle, da mesma forma o uso de antitrombóticos como o Bivalirudina e do Argatroban deve ser controlado através de valores de TTPA entre 1,5 e 2,5.

A relação paciente/normal do Tempo de Tromboplastina Parcial Ativado (TTPA) de paciente em uso de heparina não fracionada compreende o seguinte intervalo:

- intervalo terapêutico de heparina não fracionada (1 UI/ml a 7 UI/ml): relação paciente/normal = 1,31 a 2,34.
- dose profilática de heparina não fracionada (1 UI/ml a 3 UI/ml): relação paciente/normal = 1,24 a 2,07.

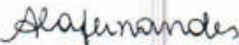
Ref.:

- Faranoff and Martin's neonatal-perinatal medicine: diseases of the fetus and infant. Volume 2, 2011. Elsevier. Tabela: Andrew M et al: The development of the human coagulation system in the healthy premature infant. Blood 72: 1651, 1998.

- Faranoff and Martin's neonatal-perinatal medicine: diseases of the fetus and infant. Volume 2, 2011. Elsevier. Tabela: Andrew M et al: The development of the human coagulation system in the healthy premature infant. Blood 70: 165, 1987.

Liberado por: Sarah Cabral Barroso - CRBM 6657

Data liberação: 24/05/2020 10:23


Andreia Luciana A.C. Fernandes, PhD
CRF-RN 1521

Os exames laboratoriais sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos. Só seu clínico tem condições de interpretar corretamente os resultados. E caso necessário, sugere-se a critério médico, repetir o exame.

[84] 4007-2595 | 9.9997-0341
WWW.DNACENTER.COM.BR



Nome: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO
Médico: GUSTAVO SOUZA
Local do Atendimento: DNA SÃO LUCAS (HOSPITAL)
Convênio: HOSPITAL MEMORIAL
Origem: 46-HOSPITAL MEMORIAL

Idade: 46 anos
Data de Atendimento: 24/05/2020
Data de Impressão: 24/05/2020 10:49:24
Protocolo: 168081-08
Setor: MEMORIAL Leito:

URÉIA:

RESULTADO: **33,0** mg/dL

VALORES DE REFERÊNCIA:

AMBOS OS SEXOS:

1 dia a 3 anos: 10,77 a 35,90 mg/dL
3 anos a 6 anos: 14,90 a 35,90 mg/dL
6 anos a 9 anos: 14,90 a 35,90 mg/dL
9 anos a 11 anos: 20,90 a 35,90 mg/dL
11 anos a 13 anos: 14,90 a 35,90 mg/dL
13 anos a 15 anos: 17,40 a 44,90 mg/dL
15 anos a 19 anos: 17,40 a 44,90 mg/dL

MASCULINO:

> 19 anos: 19,0 a 43 mg/dL

FEMININO:

> 19 anos: 15,0 a 36 mg/dL

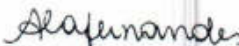
Material: SORO

Data coleta : 24/05/2020 09:45:00

Método: Química Seca

Liberado por: Sistema automatizado

Data liberação: 24/05/2020 10:06


Andrea Luciana A.C. Fernandes, PhD
CRF-RN 1521

Os exames laboratoriais sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos. Só seu clínico tem condições de interpretar corretamente os resultados. E caso necessário, sugere-se a critério médico, repetir o exame.

(84) 4007-2595 | 9.9997-0341
WWW.DNACENTER.COM.BR



Id. Paciente: 21895/2020 Data Exame: 12/05/2020 21:21:59
Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Técnico: PAZ SILVA/TONY
Idade: 45 ano(s)
PERNA AP 57.2 %



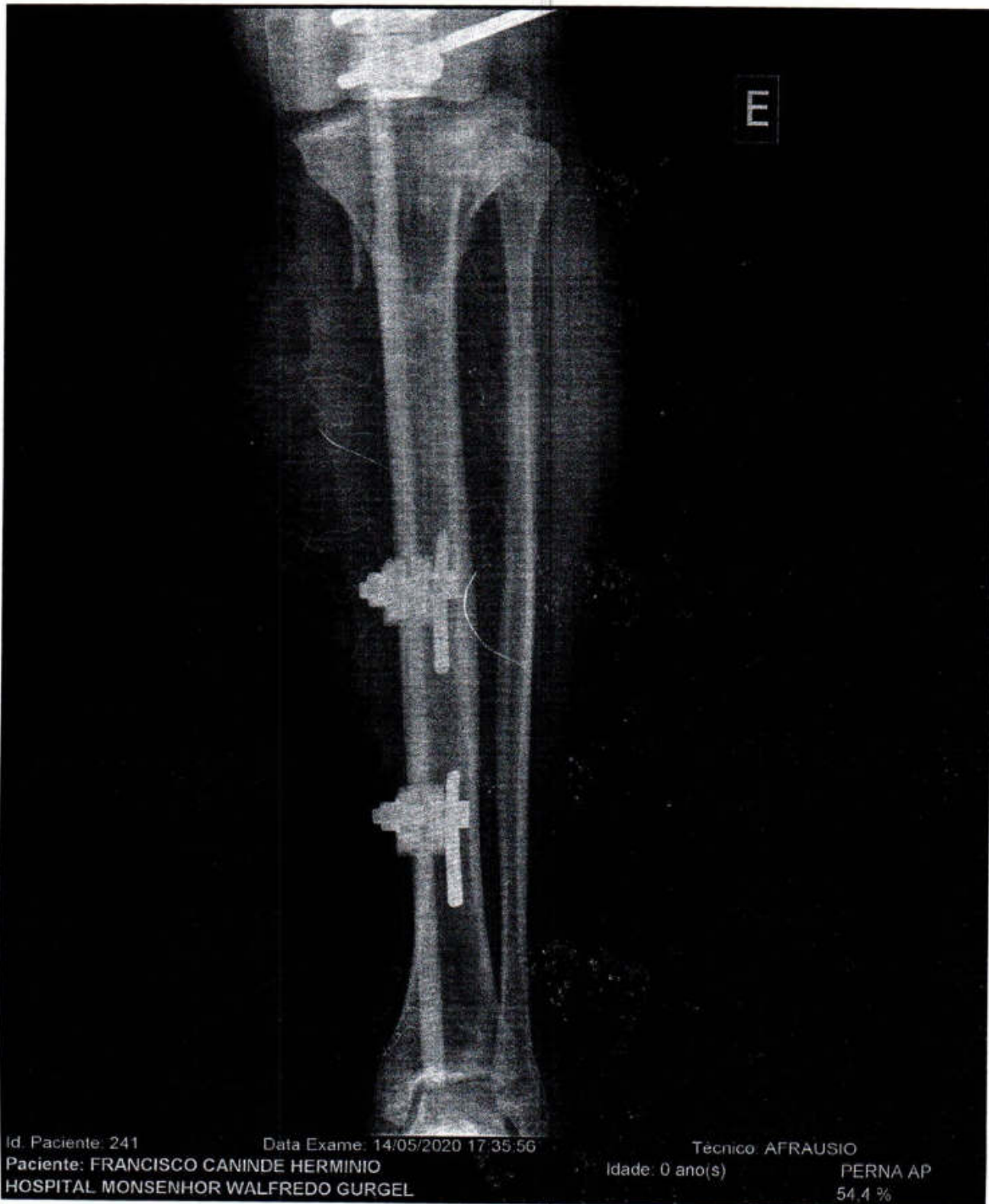
D

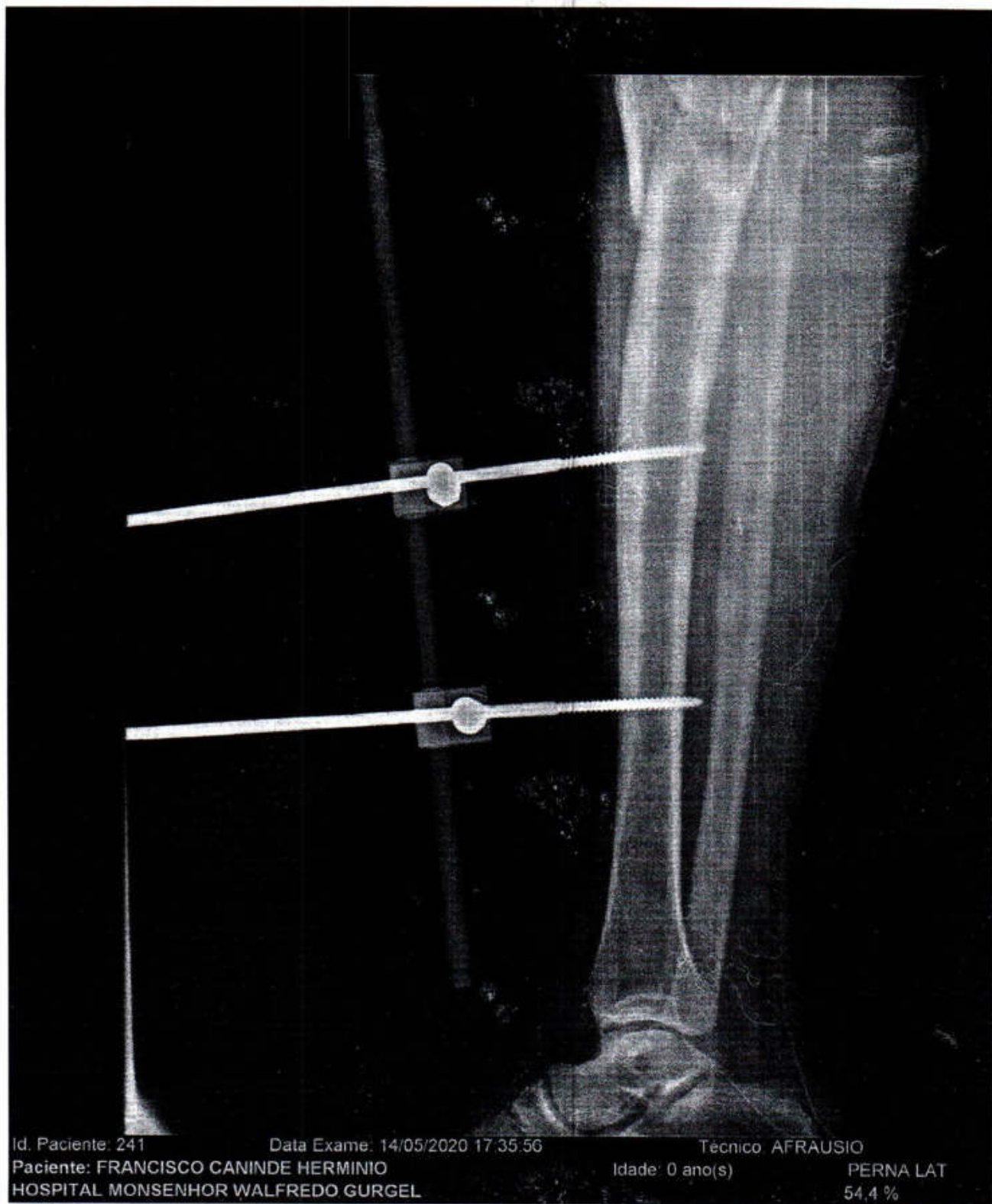


Id. Paciente: 21895/2020 Data Exame: 12/05/2020 21:21:59
Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: PAZ SILVA/TONY
Idade: 45 ano(s) PÉ AP
79,4 %







Id. Paciente: 241

Data Exame: 14/05/2020 17:35:56

Técnico: AFRAUSIO

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO

Idade: 0 ano(s)

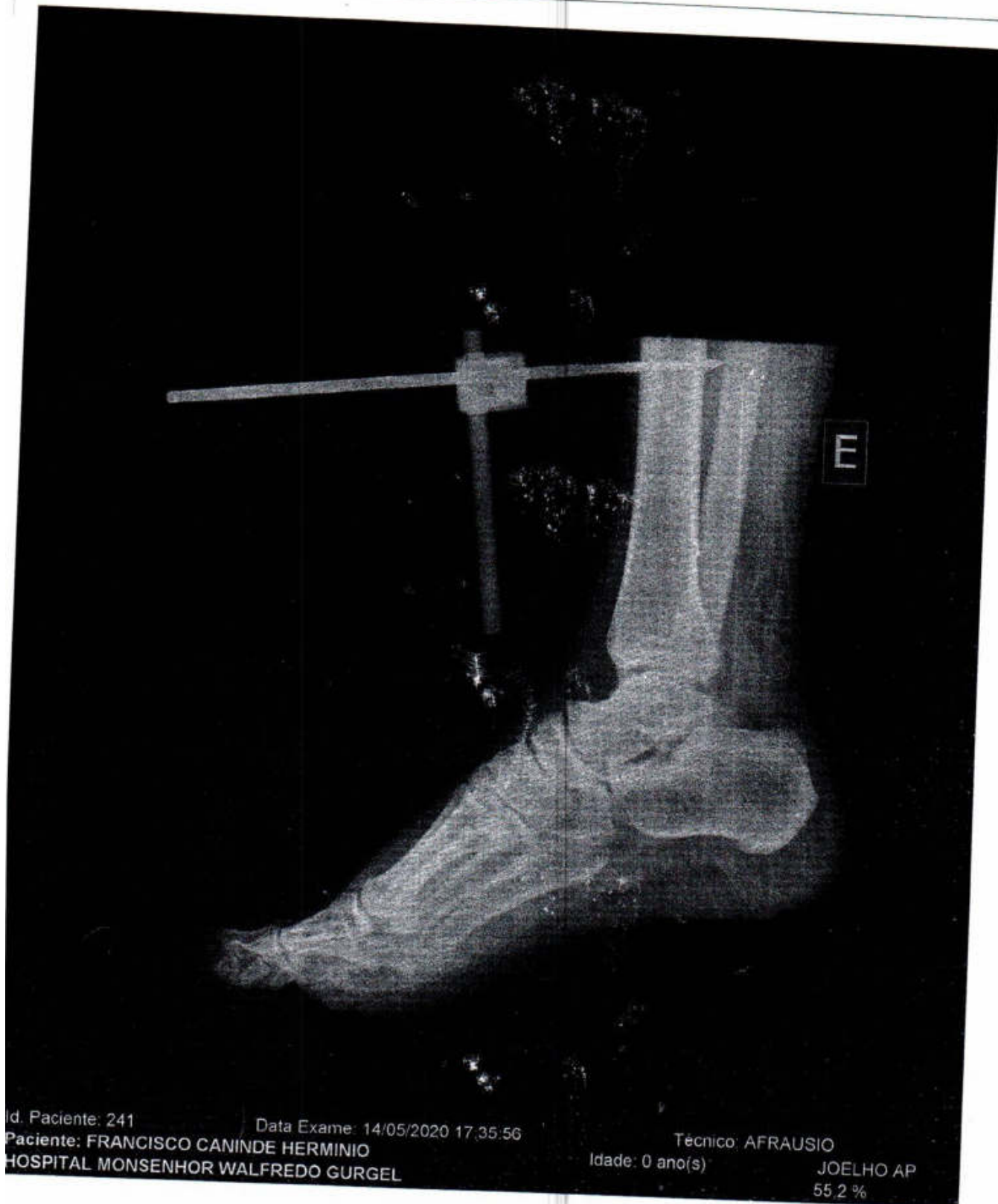
PERNA LAT

HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

54,4 %







Id. Paciente: 241

Data Exame: 14/05/2020 17:35:56

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO

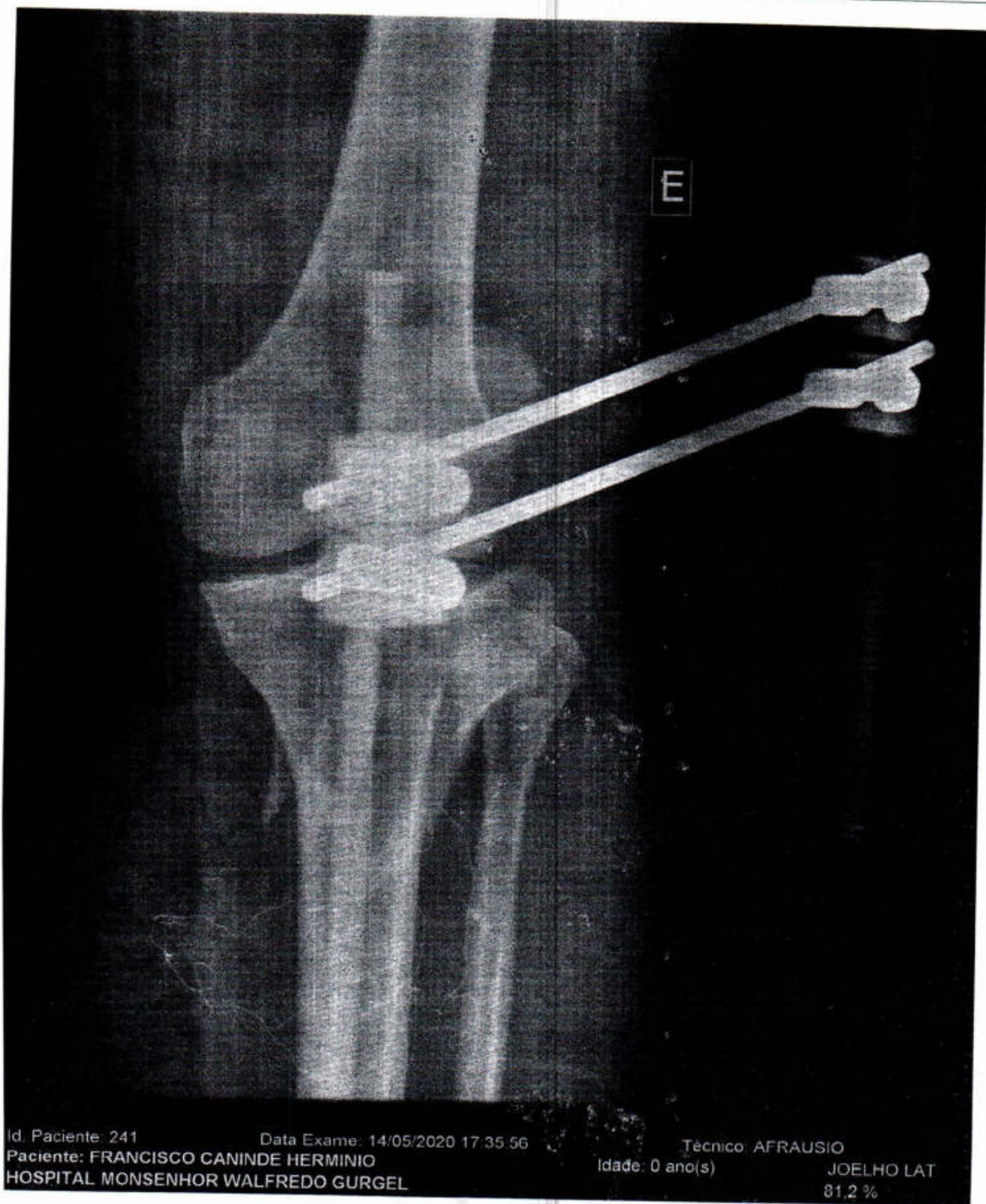
HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

Técnico: AFRAUSIO

Idade: 0 ano(s)

JOELHO AP
55,2 %



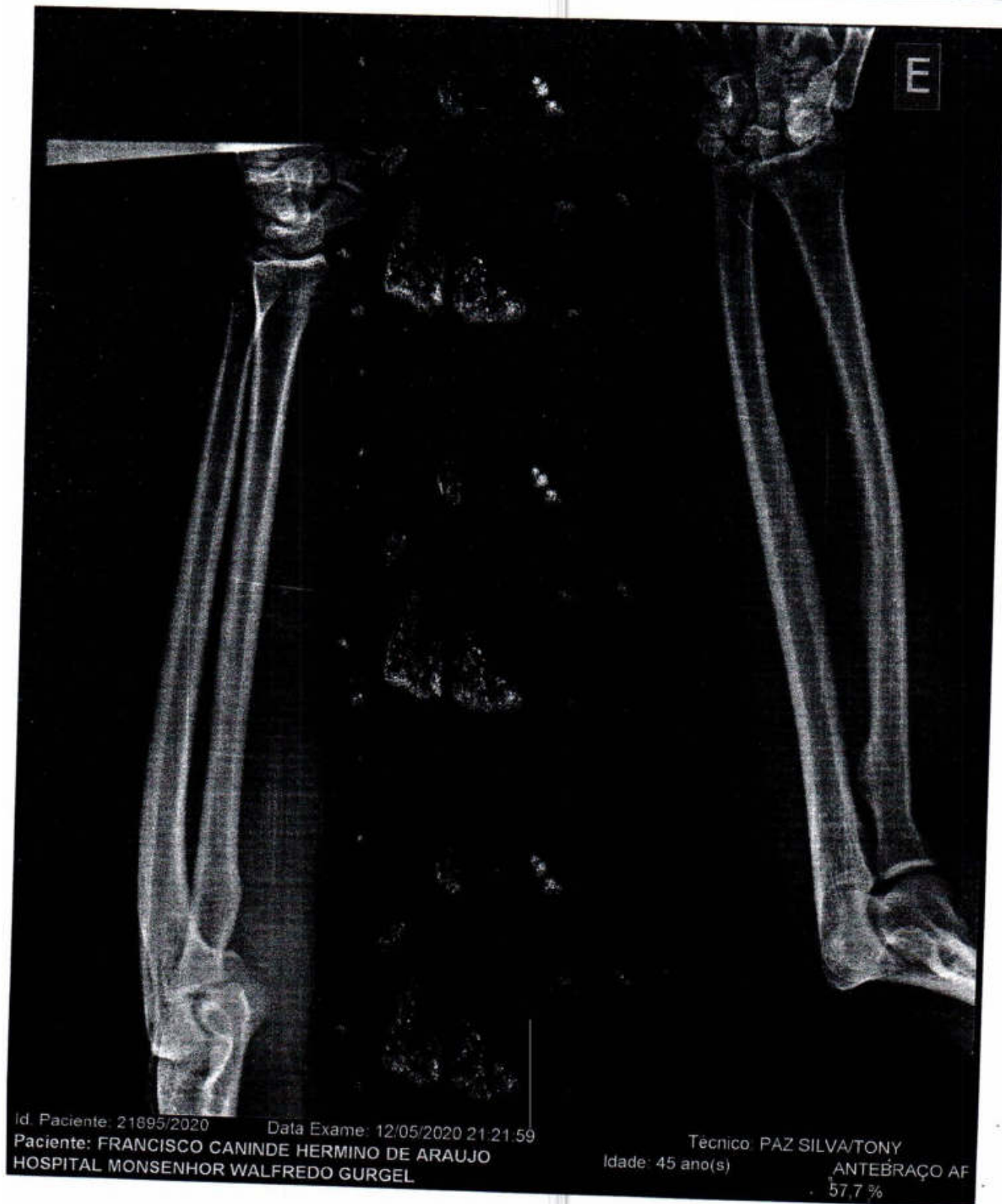




Id. Paciente: 21895/2020 Data Exame: 12/05/2020 21 21 59
Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: PAZ SILVA/TONY
Idade: 45 ano(s) PERNÁ AP
57.7 %





Id. Paciente: 21895/2020 Data Exame: 12/05/2020 21:21:59
Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO
HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

Técnico: PAZ SILVATONY
Idade: 45 ano(s)
ANTEBRAÇO AF
57,7 %





Id. Paciente: 21895/2020 Data Exame: 12/05/2020 21:21:59
Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: PAZ SILVA/TONY
Idade: 45 ano(s) JOELHO AP
54,4 %





Id. Paciente: 21895/2020

Data Exame: 12/05/2020 21:21:59

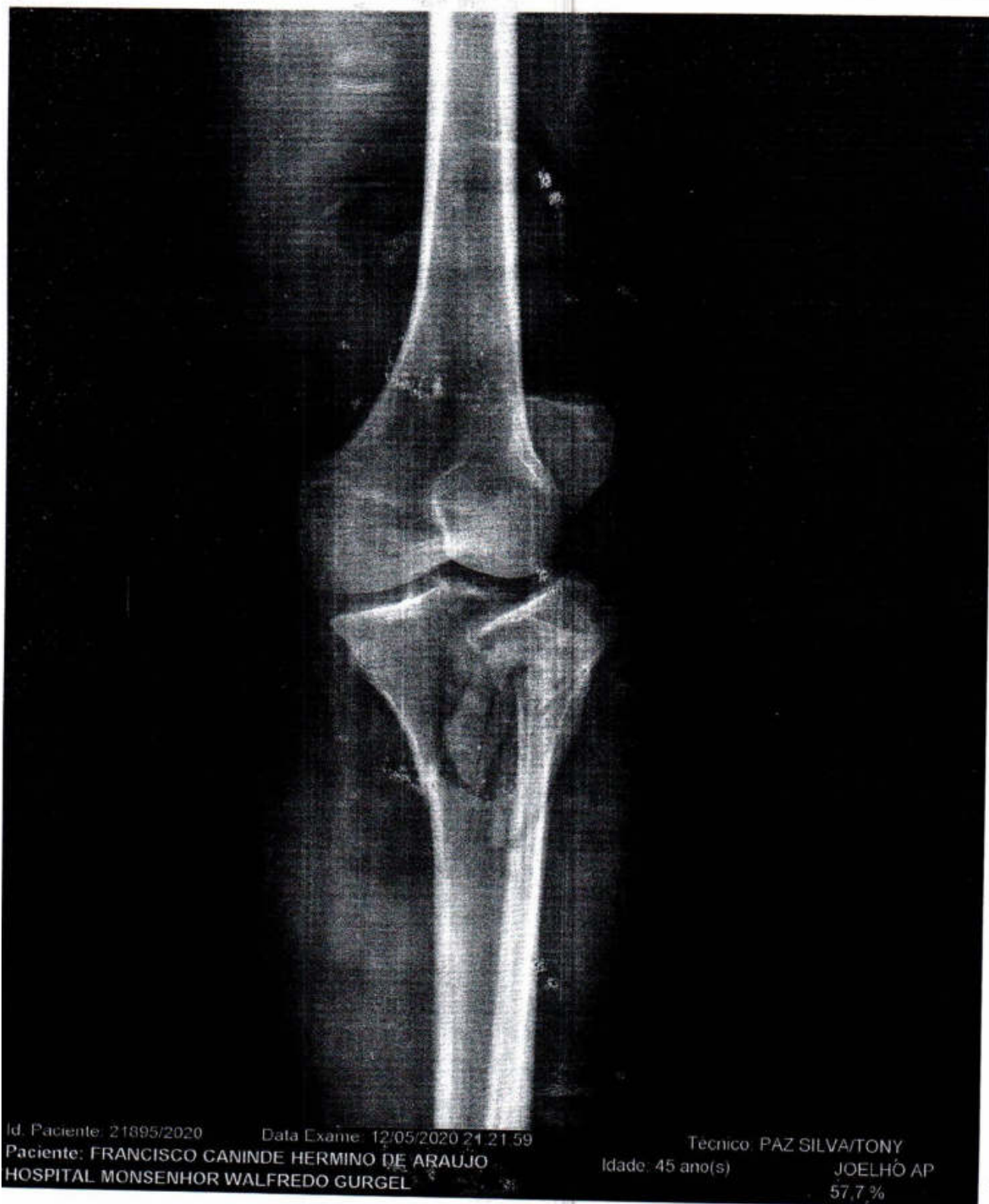
Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: PAZ SILVA/TONY

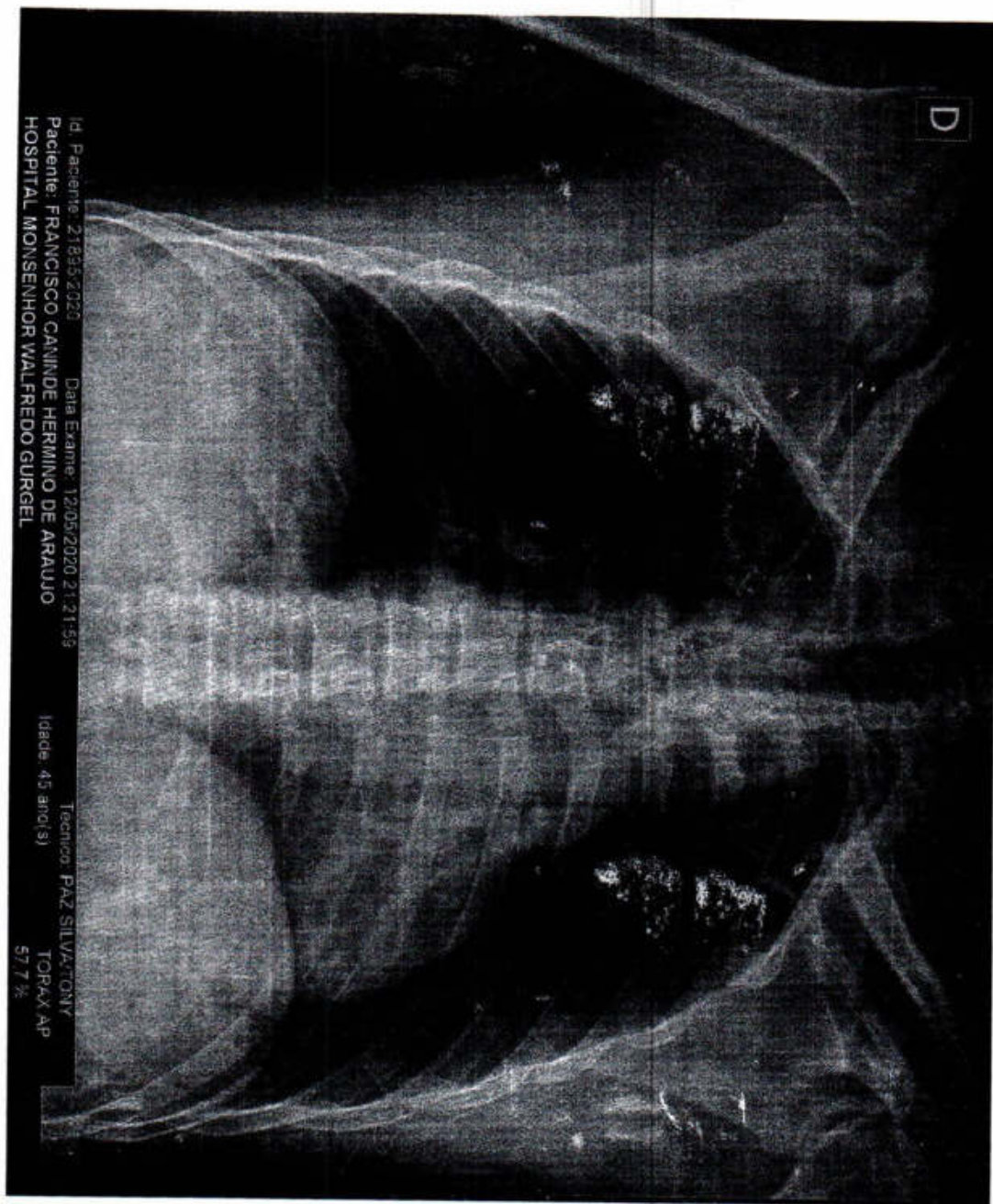
Idade: 45 ano(s)

PERNÁ LAT
57,7 %





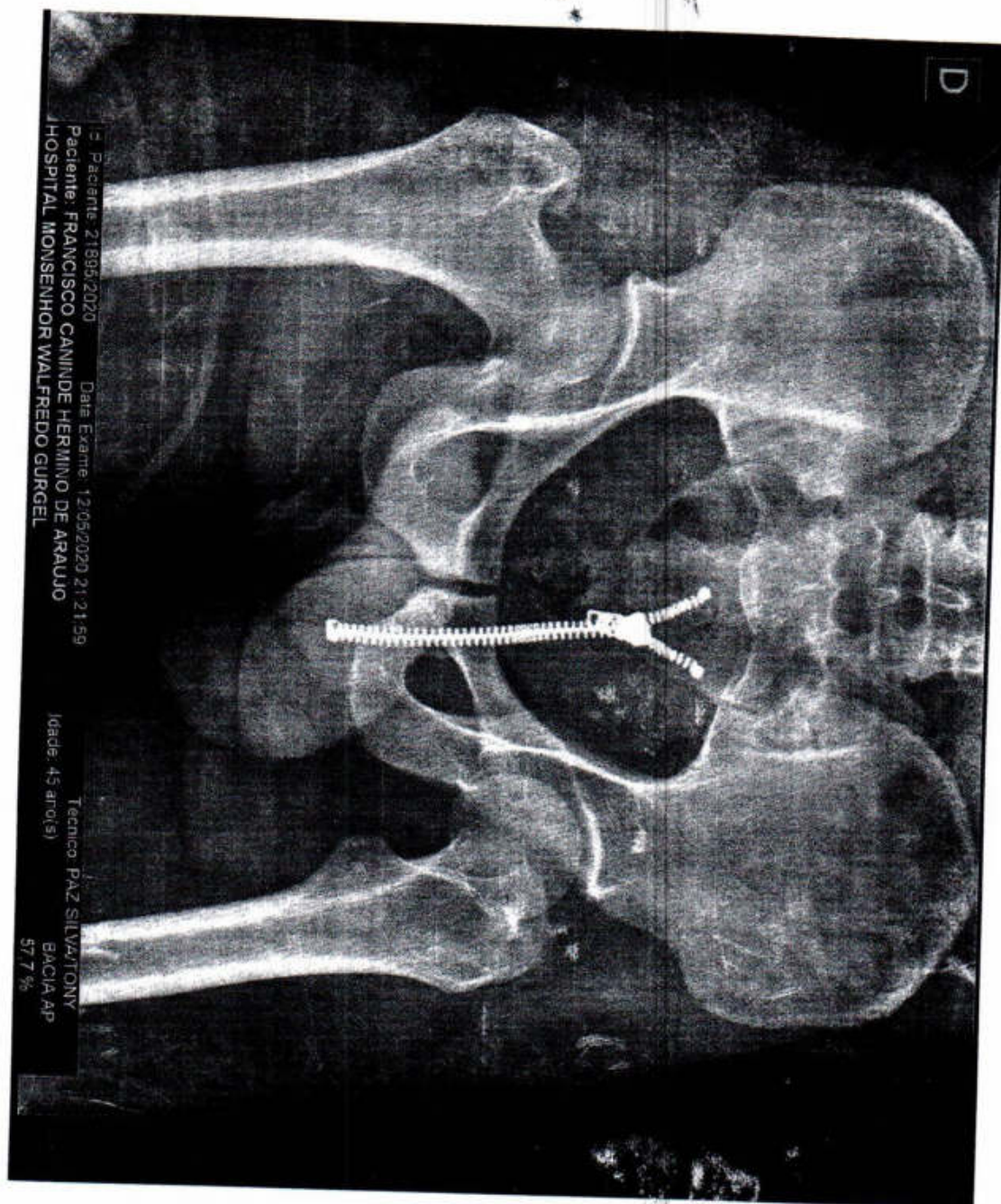




Id. Paciente: 21835/2020
Data Exame: 12/05/2020 21:21:53
Paciente: FRANCISCO CAMINDE HERMINO DE ARAUJO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: PAZ SILVA/TONY
Idade: 45 ano(s)
TORAX AP
57.7 %







CLÍNICA

OITAVA ROSADO

Loudo Rêdreo

Rio Condé Barro de Arap - 46000

Data do acidente: 12/05/20

Paciente sofreu acidente motociclístico que resultou em politrauma e qrs colunares com fratura de fôto tibia esquerda. Ausência grave e crônica.

Sintomas refer dor, edema e sequelas de movimento com perda de 50% de flexão no joelho esquerdo.

TR2 e 502

OB/10/2020

Dr(a):

Dr. André Rodrigues

Ortopedia e Traumatologia

CREMESP 6224

MOSSORÓ:

Rua Juvenal Lamartine, 119

Centro

Fones: (84) 3315-6900 / 3315-6901

☎ 9.8866-6069

PARANÁ:

Rua Espírito Alves, 574

Centro

TERRA RO MEL:

R. Col. Severino Gomes da Costa, 2214

Vila Brasília

Fone: (84) 9.8782-0474

ASSU:

Av. Senador João Câmara, 1304

Centro

PARANAMIRIM

Av. Bela Paranamirim, 880

Vila Nova

NATAL:

Av. Presidente Medice, 256

Igapo - Zona Norte





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 21895 /2020

Admissão: 12/05/2020 20:58:34

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 173499 - FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO (45 a 11 m 19 d)

Nascimento: 24/05/1974

Natural: PARAZINHO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 898003711228927

CPF: 90405552491

Prof:

Mãe: MARIA JOSE DE ARAUJO

Pai:

Logradouro: COUTO MAGALHAES, 15

CEP: 59114211

Bairro: NOSSA SENHORA DA
APRESENTAÇÃO

Cidade: NATAL

Telefone: 84 987154305

Compl: CASA C

Motivo: ACIDENTE DE TRANSITO - MOTO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 12/05/2020 20:54:44

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	140x100		99%		22	64	-	15	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: PACIENTE SOFREU QUEDA DE MOTO APRESENTA TRAUMA EM MIE

Hora:

Paciente vítima de queda de moto w ± 1h. de Colocação
Sem perda de consciência, náusea ou vômito. Voz ao falar
de dicção. Dor em MIE e MJE.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vis sem hem. e color. g. amarelado
- B MIE sem les. SINA torç. entorç. enf. no
- C 2º e 3º S.S. - pulso cheio
- D Glasgow 15
- E Hematoma MJE

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

not: MIE, MJE, 1º e 2º MJE, 1º e 2º MJE

*Saída:

DIAGNOSTICO INICIAL - CID

RAIOS-X
12.05.2020 21.38
por: [assinatura]

*Gerado via SX por FRANCISCO BEZERRA DE MACEDO. Impresso em 12 de Maio de 2020.



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

hist. do Pt. João

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

hist. do Pt. João

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Cap CC

Dr. Antônio Araújo
Oncologia e Traumatologia
Cirurgia do Pe e Tórax
Cirurgia de Reconstrução
CRM RJ 10899

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

/ /

HORA:

SAÍDA:

DATA:

/ /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

/ /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

Dr. Antônio Araújo
Oncologia e Traumatologia
Cirurgia do Pe e Tórax
Cirurgia de Reconstrução
CRM RJ 10899

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

/ /

HORA:

SAÍDA:

DATA:

/ /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

/ /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

SVO ☐

ITER ☐





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

EVOLUÇÃO
MULTIDISCIPLINAR

Nome:

Idade:

Nº Registro:

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

DATA

13/10/2020

Pronto Socorro

resolva

sem intercorrência

est. físico e

DAV - 20 e vascular

30/10/2020
Muniz L. Borges
Clínica/Traumatologia
R. 175, 58073-392

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





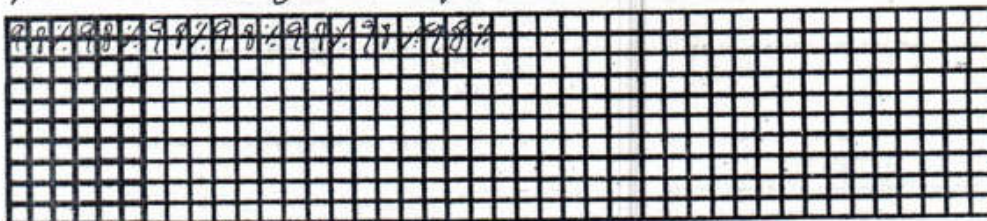
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Fco. Cordeiro Marinho de Araújo ASA: IE
Idade: 45a Sexo: _____ Registro: _____
Diagnóstico: Fract. de platô tibial Esq. Data: 13/05/2020
Cirurgia Realizada: LMC + fixação externa
Cirurgião: Bruno Borges Auxiliar: _____
Anestesiologista: João Carlos Enfermagem: _____
História Clínica Admissional: Estável, eufórico, fibril, LORE, colaborativo.
Nego Aluscar.

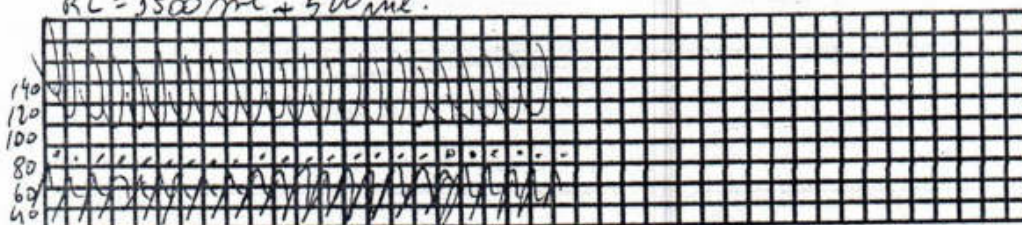
Técnica Anestésica: MCL + OP + PNS. Revistas de venodilax.
Raqui: Sítio Anterior; campo externo; punção única
L3-L4 para mediana; LCR claro; 32,5mg de Bupivacaína
prada + 0,06mg de Morfina.

SpO2



OBS: a OS h,
a vascular para
aborda o pct
Sindr. comport.

RL = 3500 ml + 500 ml.



Início: 04:00 04:15

Término: 04:50 04:45

Anestésicos Utilizados:

- Mantozocor + Revistas Venodilax
- Fentanyl 100mcg EV
- Raquiamedia
- Diazepam 3,0mg EV
- Diprime 2g + Plasil 10mg EV
- Prometida 10mg + Dexa metasona 10mg
- Ceftazidima 2g EV
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Encaminhamento: A SRPA. Aldate 9. Sem intercorrência.
Somnolência pequena.

Assinatura do Anestesiologista - CRM

João Carlos L. Rebouças
CRM/RN 6866
Anestesiologista

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Felipe Camilo H. de Azevedo ASA: IE

Idade: 45a Sexo: M Registro: _____

Diagnóstico: PO Foscotomia e Fr MIE Data: 17/05/2020

Cirurgia Realizada: _____

Cirurgião: Igor Leonardo Auxiliar: _____

Anestesiologista: Luana Almeida Enfermagem: _____

História Clínica Admissional: _____

Delegado: [assinatura]

Técnica Anestésica: 20H. 12.15. 12.20. 12.25. 12.30. 12.35. 12.40. 12.45. 12.50. 12.55. 13.00. 13.05. 13.10. 13.15. 13.20. 13.25. 13.30. 13.35. 13.40. 13.45. 13.50. 13.55. 14.00. 14.05. 14.10. 14.15. 14.20. 14.25. 14.30. 14.35. 14.40. 14.45. 14.50. 14.55. 15.00. 15.05. 15.10. 15.15. 15.20. 15.25. 15.30. 15.35. 15.40. 15.45. 15.50. 15.55. 16.00. 16.05. 16.10. 16.15. 16.20. 16.25. 16.30. 16.35. 16.40. 16.45. 16.50. 16.55. 17.00. 17.05. 17.10. 17.15. 17.20. 17.25. 17.30. 17.35. 17.40. 17.45. 17.50. 17.55. 18.00. 18.05. 18.10. 18.15. 18.20. 18.25. 18.30. 18.35. 18.40. 18.45. 18.50. 18.55. 19.00. 19.05. 19.10. 19.15. 19.20. 19.25. 19.30. 19.35. 19.40. 19.45. 19.50. 19.55. 20.00. 20.05. 20.10. 20.15. 20.20. 20.25. 20.30. 20.35. 20.40. 20.45. 20.50. 20.55. 21.00. 21.05. 21.10. 21.15. 21.20. 21.25. 21.30. 21.35. 21.40. 21.45. 21.50. 21.55. 22.00. 22.05. 22.10. 22.15. 22.20. 22.25. 22.30. 22.35. 22.40. 22.45. 22.50. 22.55. 23.00. 23.05. 23.10. 23.15. 23.20. 23.25. 23.30. 23.35. 23.40. 23.45. 23.50. 23.55. 24.00. 24.05. 24.10. 24.15. 24.20. 24.25. 24.30. 24.35. 24.40. 24.45. 24.50. 24.55. 25.00. 25.05. 25.10. 25.15. 25.20. 25.25. 25.30. 25.35. 25.40. 25.45. 25.50. 25.55. 26.00. 26.05. 26.10. 26.15. 26.20. 26.25. 26.30. 26.35. 26.40. 26.45. 26.50. 26.55. 27.00. 27.05. 27.10. 27.15. 27.20. 27.25. 27.30. 27.35. 27.40. 27.45. 27.50. 27.55. 28.00. 28.05. 28.10. 28.15. 28.20. 28.25. 28.30. 28.35. 28.40. 28.45. 28.50. 28.55. 29.00. 29.05. 29.10. 29.15. 29.20. 29.25. 29.30. 29.35. 29.40. 29.45. 29.50. 29.55. 30.00. 30.05. 30.10. 30.15. 30.20. 30.25. 30.30. 30.35. 30.40. 30.45. 30.50. 30.55. 31.00. 31.05. 31.10. 31.15. 31.20. 31.25. 31.30. 31.35. 31.40. 31.45. 31.50. 31.55. 32.00. 32.05. 32.10. 32.15. 32.20. 32.25. 32.30. 32.35. 32.40. 32.45. 32.50. 32.55. 33.00. 33.05. 33.10. 33.15. 33.20. 33.25. 33.30. 33.35. 33.40. 33.45. 33.50. 33.55. 34.00. 34.05. 34.10. 34.15. 34.20. 34.25. 34.30. 34.35. 34.40. 34.45. 34.50. 34.55. 35.00. 35.05. 35.10. 35.15. 35.20. 35.25. 35.30. 35.35. 35.40. 35.45. 35.50. 35.55. 36.00. 36.05. 36.10. 36.15. 36.20. 36.25. 36.30. 36.35. 36.40. 36.45. 36.50. 36.55. 37.00. 37.05. 37.10. 37.15. 37.20. 37.25. 37.30. 37.35. 37.40. 37.45. 37.50. 37.55. 38.00. 38.05. 38.10. 38.15. 38.20. 38.25. 38.30. 38.35. 38.40. 38.45. 38.50. 38.55. 39.00. 39.05. 39.10. 39.15. 39.20. 39.25. 39.30. 39.35. 39.40. 39.45. 39.50. 39.55. 40.00. 40.05. 40.10. 40.15. 40.20. 40.25. 40.30. 40.35. 40.40. 40.45. 40.50. 40.55. 41.00. 41.05. 41.10. 41.15. 41.20. 41.25. 41.30. 41.35. 41.40. 41.45. 41.50. 41.55. 42.00. 42.05. 42.10. 42.15. 42.20. 42.25. 42.30. 42.35. 42.40. 42.45. 42.50. 42.55. 43.00. 43.05. 43.10. 43.15. 43.20. 43.25. 43.30. 43.35. 43.40. 43.45. 43.50. 43.55. 44.00. 44.05. 44.10. 44.15. 44.20. 44.25. 44.30. 44.35. 44.40. 44.45. 44.50. 44.55. 45.00. 45.05. 45.10. 45.15. 45.20. 45.25. 45.30. 45.35. 45.40. 45.45. 45.50. 45.55. 46.00. 46.05. 46.10. 46.15. 46.20. 46.25. 46.30. 46.35. 46.40. 46.45. 46.50. 46.55. 47.00. 47.05. 47.10. 47.15. 47.20. 47.25. 47.30. 47.35. 47.40. 47.45. 47.50. 47.55. 48.00. 48.05. 48.10. 48.15. 48.20. 48.25. 48.30. 48.35. 48.40. 48.45. 48.50. 48.55. 49.00. 49.05. 49.10. 49.15. 49.20. 49.25. 49.30. 49.35. 49.40. 49.45. 49.50. 49.55. 50.00. 50.05. 50.10. 50.15. 50.20. 50.25. 50.30. 50.35. 50.40. 50.45. 50.50. 50.55. 51.00. 51.05. 51.10. 51.15. 51.20. 51.25. 51.30. 51.35. 51.40. 51.45. 51.50. 51.55. 52.00. 52.05. 52.10. 52.15. 52.20. 52.25. 52.30. 52.35. 52.40. 52.45. 52.50. 52.55. 53.00. 53.05. 53.10. 53.15. 53.20. 53.25. 53.30. 53.35. 53.40. 53.45. 53.50. 53.55. 54.00. 54.05. 54.10. 54.15. 54.20. 54.25. 54.30. 54.35. 54.40. 54.45. 54.50. 54.55. 55.00. 55.05. 55.10. 55.15. 55.20. 55.25. 55.30. 55.35. 55.40. 55.45. 55.50. 55.55. 56.00. 56.05. 56.10. 56.15. 56.20. 56.25. 56.30. 56.35. 56.40. 56.45. 56.50. 56.55. 57.00. 57.05. 57.10. 57.15. 57.20. 57.25. 57.30. 57.35. 57.40. 57.45. 57.50. 57.55. 58.00. 58.05. 58.10. 58.15. 58.20. 58.25. 58.30. 58.35. 58.40. 58.45. 58.50. 58.55. 59.00. 59.05. 59.10. 59.15. 59.20. 59.25. 59.30. 59.35. 59.40. 59.45. 59.50. 59.55. 60.00. 60.05. 60.10. 60.15. 60.20. 60.25. 60.30. 60.35. 60.40. 60.45.

Inicio: 8:20 / 8:30

Término: 09:00 / 09:10

Anestésicos Utilizados:

1. Bugs P 10.00
3. Fruit 10.00
5. Milk 10.00
7. Lip 5.00 V 3.00
9. _____
11. _____
13. _____

2. Mildred - 3 mg.

Encaminhamento: 20 Chô

Dr. Luan de Assis Almeida
Médico
CRM 7747

Assinatura do Anestesiologista - CRM

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



INICIO DE CIRURGIA: 04:10 / 04:50

CIRURGIÃO: Drº Bruno Muruz Borges / Drº Iran Jose

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

TIPO DE CIRURGIA: 1º Cirurgico de fratura de Placa tibial (E com fixador externo

2º Procedimento: Fasciotomia

TÉRMINO DE CIRURGIA: 04:48 / 05:50h

SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (X)

Nº DA SONDA:

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X)

Nº DA SONDA:

EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (X)

RX: SIM () NÃO ()

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (X)

TIPO:

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (X)

TIPO:

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (X)

FEITO FICHA: SIM () NÃO (X)

MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (X)

ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM () NÃO (X)

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

DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO (X)

COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM (X) NÃO ()

QUANTIDADE: 30

GAZES CONFERIDAS: SIM (X) NÃO ()

QUANTIDADE: 80 + 10

CAIXA CIRÚRGICA: P.C.

COMPLETA: SIM (X) NÃO ()

OBS:

ÓBITO: SIM () NÃO (X)

HORA:

REALIZADO RCP: SIM () NÃO (X)

RESPONSÁVEL PELA RCP:

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

EM AR AMBIENTE: SIM (X) NÃO ()

TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO (X)

ENTUBADO: SIM () NÃO (X)

PREENCHIDO AIH: SIM (X) NÃO ()

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

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

OBSERVAÇÕES: Paciente admitido na S.O. consciente, Orientado em 2 ambientes. Proviente da ortopedia para submeter-se um procedimento cirurgico aos cui

dado da ortopedia. monitorizado ECG, oximetria de pulso, PNI

PA 110x73 mmHg FC 80 bpm SpO2 99%.

Procedimento realizado sem intercorrência

06:00 Paciente encaminhado para SRPA consciente

orientado em 2 ambientes HVP. Utilizando HVI

Segue obs de equipe.

Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Assinatura do Circulante

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

20123017184953600000061445771

HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 4683 /2020

Prontuário: 1196830

Paciente: 173499 - FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO

Cartão SUS: 898003711228927

CPF: 90405552491

Dt Nasc: 24/05/1974

Idade: 45 anos 11 meses 19 dias Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA JOSE DE ARAUJO

Nome do pai:

Rua/Av: COUTO MAGALHAES

Complemento: CASA C

Nº: 15

Bairro: NOSSA SENHORA DA
APRESENTAÇÃO

CEP: 59114211

Cidade: NATAL

Telefone: 84 987154305 84 987154305

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1004

Responsável: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO -

Usuário: FRANCISCO BEZERRA DE MACEDO

Transf. pl. e. Memorial

Admissão: 12/05/2020 22:18:18

Alta: 23.05.20

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.7 - FRATURAS MULTIPLAS DA PERNA

408050551 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

NATAL, 12 de Maio de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CF





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SESAP - SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL/CLOVIS SARINHO
DIREÇÃO DE ENFERMAGEM
COORDENAÇÃO BLOCO CIRÚRGICO

MATERIAL ESPECIAL - OPME

PACIENTE: Francisco Caninde H. de Araujo DN: 24/05/1974
REG: 173499 FIA: 4683 DATA: 13/05/2020 SALA: _____

DIAGNÓSTICO: Fratura de Platô tibial (E)

PROCEDIMENTO REALIZADO: _____

CÓDIGO	DESCRIÇÃO MATERIAL	QUANTIDADE	ETIQUETA
04213	Fixador Externo	01	Lote: 042133 Código: F08 3 200 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA SARTORI - LINEFIX FEMUR/BACIA T 400 - ESTERIL Fab.: 15/04/2020 Val.: 04/2025 Registro Anvisa Nº 80083650094 Material ACO INOX/ALUMINIO Luis Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.633/0001-00 - Rio Claro/SP
	400 mm		

Imagem RX

Assinaturas e carimbos

Bruno Muniz L. Borges
Ortopedia/Traumatologia
CRM 5975 - SBOT 13842

() SIM

() NÃO

CIRURGIÃO RESPONSÁVEL

Rosael Silva
INSTRUMENTADOR

Renata Cristina Monteiro Carneiro dos Santos Marques

Coren-RN-142.317- EPP

ENFERMEIRO CENTRO CIRÚRGICO

Fátima Duarte
CIRCULANTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CÂMPUS NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

ANTONIO DE FREITAS

1682962766

1625711 ITEP-RN

008.347.646-07 DATA NASCIMENTO 14/12/1979

ANTONIO ANTONIO DE FREITAS
 PATINA PEREIRA DE FREITAS

02686435172

30/09/2023 27/12/1997

OBSERVAÇÕES

Antonio de Freitas

LOCAL: NATAL, RN DATA EMISSÃO: 01/10/2018

Luiz Edgard Machado Pereira
 Diretor Geral - Detran/RN

5748105248
 RN704302157

RIO GRANDE DO NORTE

18 ABR 2019

PROT...





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - RN 12407 // 00423 Nº 015158291636
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 01138989755 R.N.T.R.C.: ***** EXERCÍCIO: 2020

NOME: **HENRIQUE MAURICIO DE SOUZA LIRA**

CPF / CNPJ: 113.520.314-85 PLACA: QGT5890

PLACA ANT. / UF: QGT5890/RN CHASSI: 9C2ND4100HR023222

ESPECIE TIPO: PASSAGEIRO/MOTOCICLISTA/MAC. ANTERIOR: ALCOOL - CARC. COMBUSTÍVEL:

MARCA / MODELO: HONDA/XRE 190 ANO FAB.: 2017 ANO MOD.: 2017

CAP. / POT. / CIL.: 0CV/184 CILINDRADAS CATEGORIA: PARTICULAR CCR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: R\$ 0.00 VENC. COTA ÚNICA: 13/02/2020 1º PAGO

FADIA I.R.V.A.: 003508 3X PARCELAMENTO / COTAS: 2º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$): IOF (R\$): PREMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: *** TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES: ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 03.634.220/0001-65 BANCO HONDA S/A MOTOR: ND41EHR023277

NATAL/RN  DATA: 13/02/2020
Carlos Silvestre de Silva
 Coordenador de Registro de Veículos
 DETRAN-RN

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

RN Nº 015158291636 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2020 DATA EMISSÃO: 13/02/2020

VIA: 1 COD. RENAVAM: 01138989755 PLACA: QGT5890

RENAVAM: 01138989755 MARCA / MODELO: HONDA/XRE 190

ANO FAB.: 2017 CAT. TAR.: 9 N° CHASSI: 9C2ND4100HR023222

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$): DENATIAN (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): IOF (R\$): TOTAL PRÊMIO DO SEGURO (R\$):

PAGAMENTO: COTA ÚNICA ☐ PARCELADO ☐ DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 09.248.800/0001-04



PROCURAÇÃO

Outorgante:

FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO, brasileiro (a), estado civil SOLTEIRO,
profissão AUTÔNOMO, residente e domiciliado à Rua NOVO ORIENTE,
Nº 226, Bairro N.S. APRESENTAÇÃO, Município de NATAL, Estado de (o) RN,
portador (a) do RG nº 001.438.379,
SSP/ RN e CPF nº 904055524-91.

Outorgado:

ANTONIO NE DE FREITAS, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO,
profissão PROFESSOR, residente e domiciliado à Rua PROFESSOR,
Município de NATAL, Estado de (o) RN,
portador (a) do RG nº 02686435172,
SSP/ RN e CPF nº 008.342688-02.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr. FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO, ocorrido em 12/05/2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado de entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.



NATAL RN, em Setembro de 20 20

Francisco Caninde Hermino de Araujo

Outorgante

CPF Nº 904055524-91

OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade verdadeira.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0286879/20

Vítima: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO

CPF: 904.055.524-91

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 12/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO CANINDE
HERMINO DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIONE DE FREITAS : 008.347.644-07

Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO : 904.055.524-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/10/2020
Nome: ANTONIONE DE FREITAS
CPF: 008.347.644-07

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2020
Nome: BRENO SANTANA DE ANDRADE
CPF: 106.762.784-77

ANTONIONE DE FREITAS

BRENO SANTANA DE ANDRADE





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

Rio de Janeiro, 13 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200363252

Vítima: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO

Data do Acidente: 12/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIONE DE FREITAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência do procurador do requerente do Seguro DPVAT, pois não foi entregue.
----------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01349/01350 - carta_03 - INVALIDEZ

00020675



Carta nº 16212456





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

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200363252

Vítima: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO

Data do Acidente: 12/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIONE DE FREITAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002010

Conta: 00000125187-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

904055524-91

FRANCISCO CANINO HERMÍNO DE ARAÚJO

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

5 - Nome completo:

FRANCISCO CANINO HERMÍNO DE ARAÚJO

6 - CPF:

904055524-91

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

RUA NOVO HORIZONTE

9 - Número:

226

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

N.S. DA APOSENTAÇÃO

12 - Cidade:

NATAL

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59.114-247

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):
(84) 98833-6586

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2010

CONTA:

00125187

4

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

34

Impressão eletrônica, a vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

NATAL RN 08 DE OUTUBRO DE 2020

Francisco Canino Hermínio de Araújo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

552000



Fls: 1
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00041186/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/07/2020 10:49:01 Data/Hora Fim: 09/07/2020 10:49:01
Delegado de Polícia: Alzira Veiga de Medeiros

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos

Data/Hora do Fato: 12/05/2020 19:55

Local do Fato

Município: Natal (RN)
Bairro: Nossa Senhora da Apresentação
Logradouro: rua couto Magalhães
Ponto de Referência: Colégio Frazão
Tipo do Local: Via Pública

Nº: sn

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 24/05/1974 Idade 46
Profissão: Marceneiro Escolaridade: Ensino Médio Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: MARIA JOSE DE ARAUJO Nome do Pai: MANOEL JOSE DE ARAUJO

Documento(s)

RG: 1438379
CPF: 904.055.524-91

Endereço

Município: Natal - RN
Logradouro: AV MIGUEL DE CEVANTES
Complemento: LT ALIANCA
Bairro: N S APRESENTACAO
Telefone: (84) 9927-4572 (Celular)

Nº: 510

CEP: 59.114-735

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição moto	CPF/CNPJ do Proprietário 113.520.314-85
Placa QGT5890	Renavam 01138988755
Número do Motor MD41E0H023277	Número do Chassi 9C2MD4100HR023222
Ano/Modelo Fabricação 2017/2017	Cor PRETA
UF Veículo RN	Município Veículo Natal/RN
Marca/Modelo HONDA/XRE 190	Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido, Meio Empregado	Última Atualização Denatran 26/03/2020
Situação do Veículo	



Impresso por: Alvaro Alves de Souza Bezerra
Data de Impressão: 09/07/2020 11:16:50

Página 1 de 2
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Fls: 2
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00041186/2020

ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS

Nome Envolvido	Envolvimentos
FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO informa que conduzia a motocicleta (dados acima), no local, horário e data (acima mencionados, quando perdeu o controle do referido veículo, "depois de derrapar" na pista molhada". Diz que a "pista", estava molhada em razão das fortes chuvas que caíam em nossa cidade na hora do fato..

DOCUMENTOS APRESENTADOS:

- 1- Boletim de atendimento nº 21895
- 2- CNH
- 3- Documentos do veículo envolvido
- 4- comprovante de residência
- 5- Documento do SAMU nº 330439/1

ASSINATURAS

Alvaro Alves de Souza Bezerra
agente de polícia
Matrícula 1701860
Responsável pelo Atendimento

FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO
Comunicante, Vítima

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que deli origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Impresso por: Alvaro Alves de Souza Bezerra
Data de Impressão: 09/07/2020 11:16:50

Página 2 de 2
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 904055524-91 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO CANINO HERMÍNO DE ARAÚJO

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

5 - Nome completo: FRANCISCO CANINO HERMÍNO DE ARAÚJO 6 - CPF: 904055524-91
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: RUA NOVO HORIZONTE 9 - Número: 226 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: N.S. DA APOSENTAÇÃO 12 - Cidade: NATAL 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.114-247
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (84) 98833-6586

DADOS CADASTRAIS

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2010 CONTA: 00125187 4 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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Imagem da vítima, se não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, NATAL RN 08 DE OUTUBRO DE 2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

