

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: 27/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAGUILA ARAUJO VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00758

CONTA: 00000033832-3

Nr. da Autenticação 97FDAA417BA67866

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190212296 **Cidade:** Caicó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAGUILA ARAUJO VIEIRA **Data do acidente:** 22/05/2016 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura fechada com avulsão de fragmentos ósseos no 1/3 médio do fêmur esquerdo. Fratura exposta do 1/3 superior da tíbia esquerda. Fratura no 1/3 médio da fíbula esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame, marcha claudicante, hipotrofia do membro inferior com redução de força grau III, edema residual, deformidade com retração cicatricial no terço superior da perna esquerda, limitação moderada da flexo extensão do joelho esquerdo

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico em 22/05/2016 com limpeza mecânica, desbridamento de tecidos desvitalizados e fixação externa em tíbia esquerda. Posteriormente realizado novo procedimento para redução e fixação do fêmur esquerdo, com uso de placa e parafusos. Houve a necessidade de nova cirurgia para retirada do fixador externo. Evoluiu sem complicações. Encontra-se em alta definitiva.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/09/2019

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA COM ACIDENTE ANTERIOR OCORRIDO EM 09/02/2014 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA COM FERIMENTO INCISO NO JOELHO ESQUERDO E QUEIMADURA DE 1º GRAU NA Perna ESQUERDA. DE ACORDO COM A PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 08/08/2014 VÍTIMA COM: "A VÍTIMA REFERE DOR NO JOELHO ESQUERDO, COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO." A INDENIZAÇÃO EFETUADA NA ÉPOCA FOI DE 50% DO JOELHO ESQUERDO.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR
COMANDO DE PÓLICIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 13812016

1 - LOCAL E DATA

Local Rua Matias de Silva Bairro Solelade
Cidade/UF Caiçó/RN P. Ref. Passegem molhada
Data 22/05/2016 Hora do acidente 21h30min Hora do registro 21h58min Dia da semana Domingo

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- Colisão Frontal - Colisão Lateral - Capotamento - Atropelamento
 - Colisão Posterior - Colisão Transversal - Choque - Outro(s)

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi KKF 5994 Cidade Caiçó UF RN
Marca/Mod. I/Toyota Hilux CD 4x4 Cor Preta Ano 2006/2006
Proprietário Pedro Pereira da Silva N° de Ocupantes 02
Condutor Pedro Pereira da Silva Data de Nasc. 28/04/1962
Endereço Rua Joel Damasceno N° 969 Fone 84 999681052
Bairro Centro Cidade Caiçó UF RN
CPF N° 369.006.644-15 CNH N° 01873273798 Validade 24/10/2018 Categoria AD
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi MYL 8829 Cidade Caiçó UF RN
Marca/Mod. Honda / C100 Biz Cor Azul Ano 2001/2002
Proprietário Irudson Monteiro Saldanha N° de Ocupantes 01
Condutor Maguila Araújo Vieira Data de Nasc. 10/06/1994
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro Solelade Cidade Caiçó UF RN
CPF N° 701.551.284-00 CNH N° _____ Validade 1/1 Categoria
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____ / _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____ / _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ / _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? Rua João Matias da Silva

Em que sentido? Bairro Soledade / Centro Em que faixa? Direita

Versão do condutor Que seguia no sentido ritado e em certo ponto percebeu que V2 seguia em sentido contrário ao seu. Que o V2 invadiu a contramão de direção e este condutor parou seu veículo, mas não pode evitar que V2 colidisse frontalmente ao seu veículo.

Assinatura do Condutor do V1 Petruo Ferreira da Silva

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V2 _____

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3 _____

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input checked="" type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Aclive Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Neblina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclive Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input checked="" type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s) _____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Entraveamento	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



ÁRVORE



VESTÍGIOS



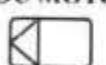
SEMÁFORO



PEDESTRE



BICICLETA OU MOTO



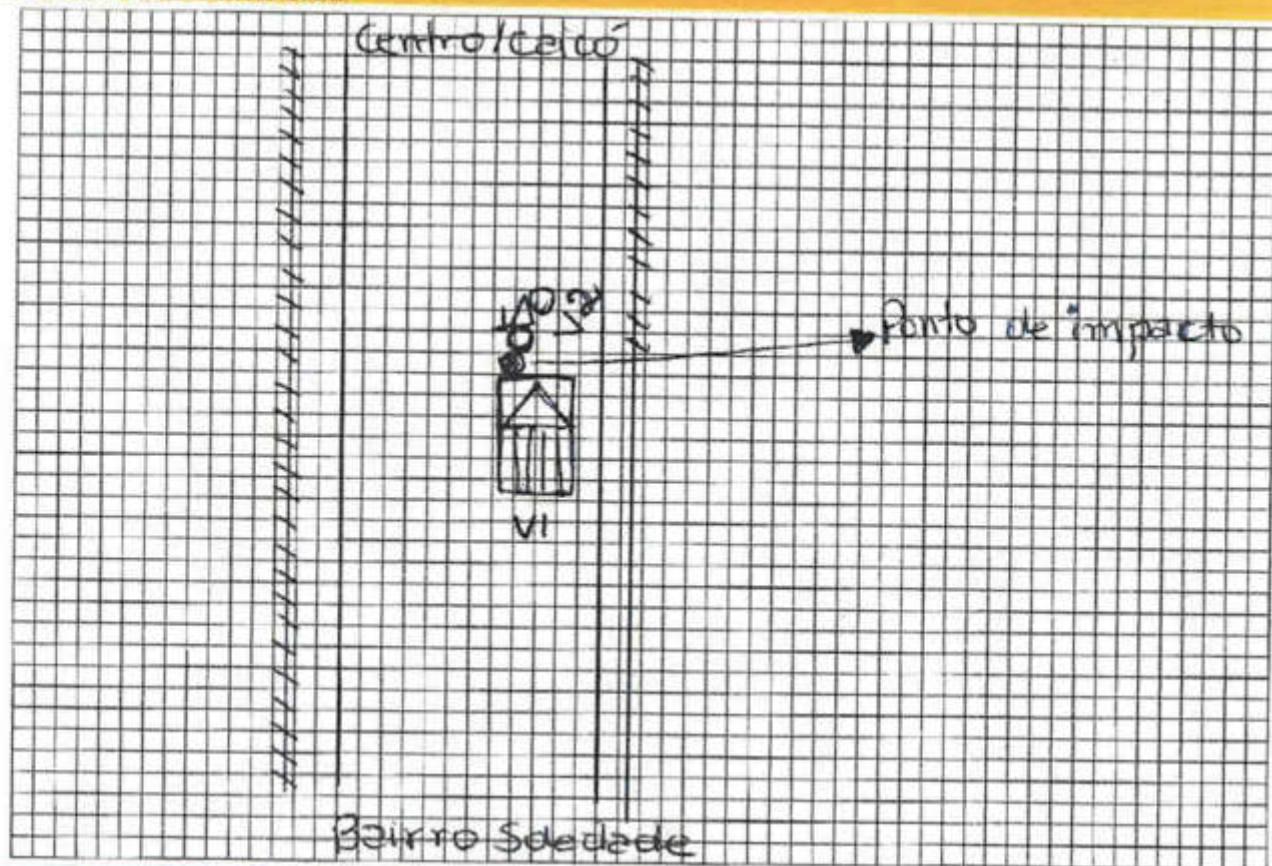
CARRO DE PEQUENO PORTO



CAMINHÃO OU ONIBUS



CARRETA



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

Capô; farol esquerdo; para-choque dianteiro; paralama esquerdo dianteiro; farol esquerdo; teto frontal; reservatório de água.

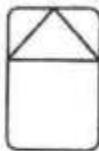


AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 2

Pneu dianteiro; farol; retrovisor; sinaleira esquerda e direita; dianteira; guidão; banco; painel; carenagem dianteira; pedel de apoio direito; lanternas traseira e carenagem traseira.



AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: Hosp. do Seridó Testemunha
 Presenciou: Fato Registro

Nome Maguila Arcyjo Vieira RG N° 9 Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 10/06/1994
 Endereço _____ Cidade Caicó N° _____ Fone _____
 Bairro Sole da dire Cidade Caicó N° _____ Fone _____
 Versão _____ UF RN

Assintura _____ Hora _____

12 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____ Testemunha
 Presenciou: Fato Registro

Nome _____ RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / /
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ N° _____ Fone _____
 Versão _____ UF _____

Assintura _____ Hora _____

13 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____ Testemunha
 Presenciou: Fato Registro

Nome _____ RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / /
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ N° _____ Fone _____
 Versão _____ UF _____

Assintura _____ Hora _____

14 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____ Testemunha
 Presenciou: Fato Registro

Nome _____ RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / /
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ N° _____ Fone _____
 Versão _____ UF _____

Assintura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
 Nome SAMU RG N° _____ Órgão Exp. _____
 Endereço RN 288 N° _____
 Bairro Samanaú Cidade Caicó Fone 192

16 - IMAGENS / FOTOS SIM NÃO **AUTUAÇÃO** SIM NÃO AIT N° _____ CÓD/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

- Não foi possível colher a versão do condutor de V2 devido seu estado de saúde;
 - O condutor de V2 foi autuado por conduzir veículo sem possuir CNH e por conduzir veículo atrasado;
 - AIT3 nº A-18050228 cod/desd. 501-0/0 e A-18050227 cod/desd. 605-9/2.

Nome Completo do Agente Joab Alves de Lima
 POSTO/GRAD.: Cabo PM N° 2000.0275 Viatura TG 01 Subunid.: 3º DPRE
 Local e Data Caicó/RN . 22 de 05 de 2016 Assinatura Joab Alves de Lima



RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLICIAMENTO RODOVIÁRIO ESTADUAL
3º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
SETOR DE TRÁFEGO

Rua Francisco Fidelis s/nº, Paulo VI, Caicó - Rio Grande Do Norte
 Fone: (84)3421-6054 - E-mail: 3dpreboat@gmail.com

Caicó/RN, 23 de Maio de 2016.

BOAT nº: 13812016

Data: 22/05/2016

Local: Rua Matias da Silva - Soledade - Caicó/RN

Veículos envolvidos:

(V-1) TOYOTA/ CD 4 X 4 - KKF 5994
 (V-2) HONDA/ C 100/BIZ - MYL 8829

Albervan Cirne de Medeiros Cap. QOPM
 Mat. 167.163-4

CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO

Verificação de autenticidade na internet: <http://www.pm.rn.gov.br> na tela de consulta de boletim.

Número do Boletim: 13812016	Número da Ocorrência: 958889	Data Registro: 23/05/2016	Hora Registro: 09:20:48
Número/Controle: 8R252U2X9K			

018-411

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA - SESAP
 UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ - UHRS
 Estrada do Perímetro Irrigado Suhigi, S/N - Caicó/RN
 CEP: 59.300-000 - Telefone: (84) 3421-9628
 CNPJ: (MFP): 08.241.754/0135-37

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO <i>Emerson</i>	DATA 22/05/2016	HORA DA ENTRADA 18:48hs	Nº ATENDIMENTO 91
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Este campo deve ser preenchido com os dados existentes no documento de identidade do paciente.			
NOME MARCELA ARAUJO VIEIRA	DATA DE NASCIMENTO 10/06/1994	IDADE 11A	SEXO M
CPF 701 551 284-00	RG 3.054.824/er	DATA DE EXPEDIÇÃO 06/04/2016	
NASCER NA URGÊNCIA Caicó - RN	ESTADO CIVIL Casada	PROFISSÃO VIGILANTE	CARTÃO SUS 700 6089 5857 3360
NOME DA MÃE MARCELE ARAUJO	NOME DO PAI Marcelo Vieira		
ENDERECO RUA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, 50	BAIRRO SOLÉADE		
CIDADE/ESTADO Caicó - RN	TELEFONE DE CONTATO 9845-9343		
PA mmhg	FC bpm	FR irpm	TEMP. AXILAR °C
RAÇA/COR	Glicemla mg/c		
CAMPO 2 - TRANSMISSÃO Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.			
CAMPO 3 - AVANÇOS DO PACIENTE Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.			
<p><i>Pelos sintomas de queixa de mal de ventre</i></p> <p><i>en urte</i></p>			
<p><i>Confere com o Original</i></p> <p><i>Caicó - RN, 25/10/2018</i></p> <p><i>Marcelo Vieira</i></p>			

CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.			
<p><i>Ds. Penteado L. Vieira</i></p>			
CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.			

<p><i>CRM/RN 0685</i></p> <p><i>Medico</i></p> <p><i>2018-05-25</i></p> <p><i>05575</i></p>	
MÉDICO PLANTONISTA/CRM	RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN
CAMPO 6 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro da unidade ou pela equipe de enfermagem.	
MOTIVO DA SAÍDA	REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA
<input type="checkbox"/> ALTA MÉDICA <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> RECUSA DO TRATAMENTO <input type="checkbox"/> ÓBITO	UNIDADE DE DESTINO: _____
DATA: ____/____/____ HORA DA SAÍDA: _____	

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	701.551.284-00	MAGUILA ARAÚJO VIEIRA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			CPF:
Nome completo: MAGUILA ARAÚJO VIEIRA			701.551.284-00
Profissão: AUTÔNOMO	Endereço: RUA RITA PEREIRA DA CUNHA		Número: 18 Complemento: Q - 05
Bairro: CASTELO BRANCO	Cidade: CAICÓ	Estado: RN	CEP: 59300-000
E-mail: caicoseguros@gmail.com	Tel.(DDD): 84-99801-5199		

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal - CEF
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: 0758 CONTA: 00024325
(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:
	Vítima deixou nascituro (val nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.



Local e Data, Caicó-RN, 28 de Fevereiro de 2019.
 Nome: MAGUILA ARAÚJO VIEIRA
 CPF: 701.551.284-00

(*) Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura



018-411

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA - SESAP
 UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ - UHRS
 Estrada do Perímetro Irrigado Suhigi, S/N - Caicó/RN
 CEP: 59.300-000 - Telefone: (84) 3421-9628
 CNPJ: (MFP): 08.241.754/0135-37

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO <i>Emerson</i>	DATA 22/05/2016	HORA DA ENTRADA 18:48hs	Nº ATENDIMENTO 91
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Este campo deve ser preenchido com os dados existentes no documento de identidade do paciente.			
NOME MARCELA ARACILO VIEIRA	DATA DE NASCIMENTO 10/06/1994	IDADE 11A	SEXO M
CPF 701 551 284-00	RG 3.054.824/er	DATA DE EXPEDIÇÃO 06/04/2016	
NASCER NA URGÊNCIA Caicó - RN	ESTADO CIVIL Casada	PROFISSÃO VIGILANTE	CARTÃO SUS 700 6089 5857 3360
NOME DA MÃE MARCELE ARACILO	NOME DO PAI Marcelo VIEIRA		
ENDERECO RUA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, 50	BAIRRO SOLÉADE		
CIDADE/ESTADO Caicó - RN	TELEFONE DE CONTATO 9845-9343		
PA mmhg	FC bpm	FR irpm	TEMP. AXILAR °C
RAÇA/COR	Glicemla mg/c		
CAMPO 2 - TRANSMISSÃO Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.			
CAMPO 3 - AVANÇOS DE EXAME(S) Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.			
<p><i>Pel rot de quilo de inad el. Prol</i> <i>en MIE</i></p>			
<i>Confere com o Original</i> <i>Caicó - RN, 25/10/2018</i> <i>Marcelo Emerson</i>			

CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.	
<p><i>Ds Pano</i> <i>Rs Jeuma</i></p>	
CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.	

<p><i>CRM/RN 0685</i> <i>Medico</i> <i>Plantonista</i> <i>05/05/2018</i> <i>SSS</i></p>	
MÉDICO PLANTONISTA/CRM	RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN
CAMPO 6 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE Este campo deve ser preenchido logo de saída da equipe de enfermagem.	
MOTIVO DA SAÍDA	REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA
<input type="checkbox"/> ALTA MÉDICA <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> RECUSA DO TRATAMENTO <input type="checkbox"/> ÓBITO	UNIDADE DE DESTINO: _____
DATA: ____/____/____ HORA DA SAÍDA: _____	

018-411

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA - SESAP
 UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ - UHRS
 Estrada do Perimetral Irrigado Sahyog, S/N - Paulo VI - Caicó/RN
 CEP: 59.300-000 - Telefax: (84) 3421-9628
 CNPJ: (MP): 08.241.754/0135-57

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELA PREENCHIMENTO <i>EDMILSON</i>		DATA: <u>22/05/2016</u>		HORA DA ENTRADA: <u>08-48hs</u>		NR ATENDIMENTO: <u>91</u>	
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Os campos devem ser preenchidos pelo exenteiro, se não, brevituras e de forma legível							
NOME: <u>MAGLINA ARAUJO VIEIRA</u>		RG: <u>3.054.824/pe</u>		DATA DE NASCIMENTO: <u>10/06/1994</u>		IDADE: <u>31A</u>	
CPF: <u>701.551.384-00</u>		ESTADO CIVIL: <u>casada</u>		PROFISSÃO: <u>VIGILANTE</u>		DATA DE EXPEDIÇÃO: <u>06/04/2016</u>	
NATURALIDADE: <u>Caicó - RN</u>		NOME DO PAI: <u>MARCELE VIEIRA</u>		CARTÃO SUS: <u>700 6087 5857 2360</u>		SEXO: <u>M</u>	
NOME DA MÃE: <u>MARCELE ARAUJO</u>		BAIRRO: <u>Jardim 2000</u>		TELEFONE DE CONTATO: <u>47915-9343</u>		RAÇA/COR:	
ENDERECO: <u>RUA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, 50</u>		CIDADE/ESTADO: <u>Caicó - RN</u>		PA: <u>mmHg</u>		FC: <u>bpm</u>	
SUSCRITORA: <u>SUSCRITORA DA COSTA (MAGLINA)</u>		CAMPO 2 - SINAIS VITAIS Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro profissional de saúde		FR: <u>irpm</u>		TEMP. AXILAR: <u>°C</u>	
				SpO2: <u>%</u>		Glicemias: <u>mg/dl</u>	
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista							
<i>Post var de quinto de inverno 1º Peral enite</i>							
I - ESCOCE DE CLASSEN							
Confere com o Original Caicó - RN. <u>35/10/2018</u> <i>Maria da Conceição da Costa</i>							
CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista							
<i>Rx: Furoc. Rx: ferme 10</i>							
CAMPO 4 - PRESCRIÇÃO MÉDICA Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista							
<i>CRM/RN 5665 Medico</i> <i>✓ 05575</i>							
MÉDICO PLANTONISTA/CRM				RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN			

CAMPO 5 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem	
MOTIVO DA SAÍDA	REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA
<input type="checkbox"/> ALTA MÉDICA <input type="checkbox"/> EVAISÃO <input type="checkbox"/> RECUSA DO TRATAMENTO <input type="checkbox"/> ÓBITO	UNIDADE DE DESTINO: _____
	DATA: _____
	HORA DA SAÍDA: _____



Ressonância Magnética
Densitometria Ossea
Raios-x Digital - CR
Mamografia de Alta Resolução Digital - CR
Tomografia Computadorizada Multislice
Ultra-Sonografia Geral com Doppler



MAGUILA ARAÚJO VIEIRA

CAICÓ - RN

DR. (A) HANDESON ARAÚJO

25 05 2016

RX FÊMUR ESQUERDO +
RX DA Perna ESQUERDA

RAIOS-X DIGITAL COMPUTADORIZADO

RX FÊMUR ESQUERDO

- Sinais de fratura impactada com avulsão de fragmentos ósseos no 1/3 médio do fêmur esquerdo com prótese metálica.

RX DA Perna ESQUERDA

- Sinais de fratura impactada no 1/3 superior da tibia esquerda com prótese metálica.
- Fratura compactada com calo ósseo em formação no 1/3 médio da fibula esquerda.


Caicó - RN, 25 de Maio de 2016.
DR. VALDEMAR CORDEIRO FILHO
CPF: 043.991.374-87
CRM: 613/RN
Ass. Digitalizada

Rua Manoel Elpídio, S/N - Penedo - Caicó/RN
Fones: (84) 3417 - 1252 | 3417 - 1232

CPF 701551284-00

RG 3054.824/00

EXP 06/04/2016



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ
Endereço: Praça da Irmandade São José, S/N - Bairro: Pará VI - Cidade/RN
CEP: 59.300-000 - Telefax: (84) 3421-9610 / 9628 / 9620
CNPJ: (ME): 04.741.754/0135-57

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ

2 - CNES

6778550

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

U. H. R. S.

4 - CNES

6778550

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MAGALHAES ARAUJO VIEIRA

6 - N.º DO PRONTUÁRIO
018411

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

710106108915P517173610 10/06/194

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc Fem

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARLICE ARAUJO

11 - FONE DE CONTATO
89 918457343

12 - ENDEREÇO (RUA N.º BAIRRO)

RUA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, 50

SOLEDADE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

ENCO -

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RN 59300000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Queda de moto em fa fechada feriu E +
Exerto feriu E



18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tubo Cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

EF + RC

Feriu E +

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fa capota feriu E

21 - CID 10 PRINCIPAL

5828

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervenção

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0141018101510151010

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

onco

Dr. Henderson Araujo

() CNS

() CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Ortopedia - Cirurgia de Joehe

CRM-RN 6293 TEOT 14238

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO HOSPITAL E DO CONSELHO

22/05/16

Dr. Sávio Santos Filho

Ortopedista e Traumatologista

CRM-RN 4439 - MAT 9878

tel: 021.220.284-66

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CROR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() INVESTIMENTO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS

46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /

/ /

515 700.6089.5857.2360

CPF 701 551 284-00



Estado do Rio Grande do Norte
 Secretaria Estadual de Saúde Pública
 UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ
 Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, SIN - Bairro Paulo VI - Caicó/RN
 CEP: 59.300-000 - Telefax: (84) 3421-9630 / 9628 / 9620
 CNPJ: (MF): 08.241.754/0135-57



Sistema
 Único
 de Saúde

REGISTRO/PRONTUÁRIO

018 411

DOCUMENTO

RG 3.054.824/er

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO

Ex.: 06/05/2016

NOME COMPLETO

MARCELA ARAÚJO VIEIRA

DATA NASCIMENTO
10/06/1994

SEXO

MASC

ENDEREÇO (Rua, Número)

RUA N. 5. DE FÁTIMA, 50

BAIRRO

SOLDADE

MUNICÍPIO

CAICÓ

UF

RN

CEP

59300-000

TELEFONE

99845-9343

CONÍCIA

NOME COMPLETO DO PAI

MARCEL VIEIRA

NOME COMPLETO DA MÃE

MARCELE Araújo

RESPONSÁVEL

SUÉNIA Araújo da COSTA (esposa)

CLÍNICA

CIRÚRGICA

MÉDICA

OBSTÉTRICA

PEDIÁTRICA

ENFERM./LEITO

INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE

DE TRABALHO

DE GUERRA

DE TRÂNSITO

DESE

PROCEDIMENTO SOLICITADO (AIH - Código / Descrição)

Fracasso Cetev Pen E

(Ol rinas 3chang)
(Ol bernes)

DIAGNÓSTICO INICIAL

fx Enxaque Pen E

MÉDICO SOLICITANTE
Dr. Handerson Araújo
Ortopedia - Cirurgia de Joelho
CRM-RN 6293 TEOT 14238

INTERNAÇÃO

DATA

22.05.16

HORA

ORIGEM RESIDÊNCIA?
 SIM
 NÃO →

UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE

CARÁTER DA INTERNAÇÃO (AIH)

2

ELETIVA

NORMAL

EMERGÊNCIA

RESUMO DA SAÍDA

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH - Código/Descrição)

TIPO DE PROCEDIMENTO

 LIMPO

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO

 INFECTADO

CONTAMINADO

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH - Código/Descrição)

SAÍDA

DATA

31.05.16

HORA

APRESENTOU INFECÇÃO?

FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO?

 HOSPITALAR COMUNITÁRIA NÃO PROFILATICAMENTE TERAPEUTICAMENTE DIFER.

MOTIVO DA SAÍDA (AIH)

SE MOTIVO SAÍDA = LASSINALE DETALHAMENTO DA ALGA

 1 ALTA 2 REMOÇÃO 1 CURADO 2 MELHORADO 3 INALTERADO 4 A PEDIDO 5 INTER.º DIAGNÓSTICO 3 ÓBITO ATÉ 24 HORAS 4 ÓBITO APÓS 24 HORAS 6 ADMINISTRATIVO 7 POR INDISCIPLINA 8 EVASÃO 9 P/COMPLEMENTAÇÃO

PREENCHER SE MOTIVO = 2 (REMOÇÃO)

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO

INDICAÇÃO CLÍNICA

DESTINO

PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO

OCORREU
ÓBITO CAUSADO
POR INFECÇÃO?

MÉDICO RESPONSÁVEL

CAUSA MORTIS



LAUDO DE CIRURGIA

Nome do Paciente

Magnolia Andrade Vener

Nº Registro

0181448

Data Admissão

22/05/16

Nome do Procedimento Cirúrgico

Descrição do Ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Data	Inicio	Término	Duração	Gazes	Compr	Drenos
22/05/16	23:50	00:50	1 hora			

- ① Pente e DDF sob roquim e feria
- ② Infusão e Anestesia
- ③ LNC e desbridamento da ferida com bisturis
- ④ Fixação externa fibra esquerda
- ⑤ Sutura e curativo fisiológico
- ⑥ à RPA

Dr. Handerson Araújo
Ortopedia - Cirurgia de Joelho
CRM-RN 6293 TEOF 14238

018411 MAGALHAES ALVAREZ VIEIRA

22/05/2016

CIENTE

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	CIENTE
22/05/16	05:40	Paciente admitido na S.O. p/ submeter-se a um TTO Cirúrgico de fractura exposta de tibia e fíbula. Foi fechado a fratura e colocado fixador externo, durante o procedimento o paciente faleceu, após o falecimento foi feito leito para o paciente e seu familiar.	
23/05/16	01:05	Paciente admitido neste ato de clínica cirúrgica procedente do Bloco Cirúrgico desta unidade hospitalar. Realizou procedimento cirúrgico em MTE operariado, a saber: fractura interna de fíbula e fratura exposta da tibia e fíbula. O mesmo vítima de acidente automobilístico em circunstância de embriaguez. Segue S.A. e aos cuidados de <i>Matheus Priscelly de M. Oliveira</i> <i>Enfermeiro COREN/PR 426240</i>	
23/05/16	06:00	Hora em pos operatório, o mesmo consciente e orientado, irá venecalise. Refere dor no MTE TIC. <i>ro: José Corrêa 269781</i> , Belarmino e Gilsonete.	
23.05.2016 08h30m		Paciente na S.O. 04h, H.O: fractura exposta tibia (L), PO imediato consciousness de paciente, urinário 002, V.O, anútria, anestésico, pulmão: numerosas coradas, sputum, mucus, adensado, afibril, abdome plano + fréquido indolores abdome, micos espontâneos e diarreia persistente com aspecto em gelo (m), mantendo paciente intenso urinário (L) + tóxico (L). Queria-se de dor em membro lesionado. Aumentos lacrimal em língua, e que despejaria ar ingestos, xixi e mastigando de alimentos rústicos. Nutrição nula.	<i>Matheus Priscelly de M. Oliveira</i> <i>Enfermeiro COREN/PR 426240</i>
24.05.16 05:00		Paciente consciente, orientado, viola em GCR, refere dor no MTE, feita medicamentosa prescrita, afibril, diarreia persistente e eliminação intestinal ausente. Segue aos cuidados da equipe.	<i>Matheus Priscelly de M. Oliveira</i> <i>Enfermeiro COREN/PR 426240</i>
24.05.16 08:30		Paciente em 3 DI. H. Segue em FGR, consciente orientado, sono preservado. V.O, xixi e urina. Quixava-se de dor no membro lesionado (MTE). Eliminação vesical preservada e intestinal ausente. Freq. card. 130x90 mm Hg. <i>Patr. Sandra</i> <i>ro: 450528</i>	
25/05/16 06:00		Paciente bem. Deu queixas durante noite. Náuseas. Mente nublado.	<i>Matheus Priscelly de M. Oliveira</i> <i>Enfermeiro COREN/PR 426240</i>



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n – Bairro Paulo VI – Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:	Nº de Registro	Data Admissão
MAGUILA APATIJO VIEIRA	018411220516	

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
22.05.16		PO1 Faz exalação pur E Causa deixa ver infecção. Painel esvaziado de paciente à infecção. co: Suposta Clínica.	
27.05.16 18:20		- PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, AFEBIL, O2 AMBIENTE ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E FÉS: OÁS (+) SONO PRESERVADO. FEITO CIRURGIA EM MIE. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.	Dr. Henderson Araújo Ortopedia - Cirurgia de Joelho CRM-RN 6293 TEF 11229
28.05.16 09:30		Paciente, no 6º DIH, dendo sinal de morte, realizada cirurgia ortopédica há 5 dias, com primeiros extensos em MIE. Bambas realizadas em coluna de bamba por técnicas de enxerto de pele + traça de cunetas. Consciente, orientado, em O2 ambiente. Mantém fluxo hidrotálio em MSD. Realizada avaliação da fisioterapia. No exame: pele hipotrofia, muros coluna normocorados, movimento ap. de membros superiores sem alterações, AC = BNF em 2º, AP + MU (+), limpos. Nenhum sinal crônico de dor e edema. Alimentação / apetite preservado (SIC). Elimina ções frequentes (SIC). Elimina ções frequentes (SIC). CD = orientações genéricas.	Absalá Santiago COREN 256147 Belo Horizonte



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ
Endereço do Patrimônio: Batalhão Sargento S/N - Bairro Praia VI - Caucaia/RN
CEP: 59.300-000 - Telefax: (84) 3421-9610 / 9628 / 9620
CNPJ: (MF) 08.241.754/0135-57

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

U M R S

2 - CNES

6778550

4 - CNES

6778550

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MAGUILA ARAUJO VIEIRA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

70106089581571818610 30/06/94

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

018487

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc 1

Fem 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARLUCE ARAUJO

11 - TELEFONE DE CONTATO
DDD 84 9 8459 3433

12 - ENDERECO (RUA N.º BAIRRO)

R. NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, 50 - SOLEDADE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Palco

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RN 59300-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fx Cunha tibie a ferir E

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Transito Crimino

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

E F + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fx Ferir + Tibie

21 - CID 10 PRINCIPAL

S828

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

(-Surgic)

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04101810151015100

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNA

Cot

Dr. Henderson Araújo

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Ortopedia - Cirurgia de Joelho
CRM-RN 6203 TEDT 14238

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

31/05/16

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

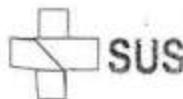
46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, S/N - Bairro Paulo VI - Caicó/RN
CEP: 59.300-000 - Telefax: (84) 3421-9630 / 9628 / 9620
CNPJ: (MF): 08.241.754/0135-57



Sistema
Único
de Saúde

REGISTRO/PRONTUÁRIO
018487

DOCUMENTO RG
003654824

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO

NOME COMPLETO

MAGUILIA APARECIDA VIEIRA

DATA NASCIMENTO

10-06-94

SEXO

M

ENDEREÇO (Rua, Número)

R. NOSSA SENHORA DE FÁTIMA 50

BAIRRO

SOLEDADE

MUNICÍPIO

Caicó

UF

RM

CEP

59300 000

TELEFONE

98459343

CONDIC.

NOME COMPLETO DO PAI

MANOEL VIEIRA

NOME COMPLETO DA MÃE

MARLUCE APARECIDA

RESPONSÁVEL

SUENIA APARECIDA DA COSTA (ESPOSA)

CLÍNICA

CIRÚRGICA MÉDICA OBSTÉTRICA PEDIÁTRICA

ENFERM./LEITO

INTERAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE

DE TRABALHO DE GUERRA
 DE TRÂNSITO NÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO (AIH - Código / Descrição)

Fixação Externa Tibia + o, Intrauterino Fim E

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fr. Externa Tibia + Fim E

MÉDICO SOLICITANTE
Dr. Henderson Araújo
Ortopedia - Cirurgia de Joelho
CRM-RN 5293 TEOT 14238

DATA HORA

31.05.16

ORIGEM RESIDÊNCIA?

SIM
 NÃO →

UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE

CARÁTER DA INTERNAÇÃO (AIH)

ELETIVA NORMAL EMERGÊNCIA

RESUMO DA SAÍDA

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH - Código/Descrição)

TIPO DE PROCEDIMENTO

LIMPO POTENCIALMENTE CONTAGIOSO
 INFECTADO CONTAMINADO

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH - Código/Descrição)

SAÍDA

DATA HORA

01-06-16

APRESENTOU INFECÇÃO?

FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO?

HOSPITALAR COMUNITÁRIA NÃO

PROFILATICAMENTE TERAPEUTICAMENTE NÃO

MOTIVO DA SAÍDA (AIH)

SE MOTIVO SAÍDA = 1 ASSINALE DETALHAMENTO DA ALTA

1 ALTA 2 REMOÇÃO
 3 ÓBITO ATÉ 24 HORAS 4 ÓBITO APÓS 24 HORAS

1 CURADO 2 MELHORADO 3 INALTERADO 4 A PEDIDO 5 INTER. P/NAUFRAGIO
 6 ADMINISTRATIVO 7 POR INDISCIPLINA 8 EVASÃO 9 P/COMPLEMENTAÇÃO

PREENCHER SE MOTIVO = 2 (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA

DESTINO

PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO

OCORREU
ÓBITO CAUSADO
POR INFECÇÃO?

CAUSA MORTIS

MÉDICO RESPONSÁVEL (P/ COMPLEMENTAÇÃO)



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n – Bairro Paulo VI – Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (084) 3421-9630, e 9628

EVOLUÇÃO

→ Fisioterapia

NOME DO PACIENTE:	Nº de Registro	Data Admissão
<i>Magnuca Anjos Vieira</i>	018987	310516

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
02/06/2016		<p>Pete em BEG, orientado, colaborativo, apertou os olhos, olhar notíco, normocárdico (72 bpm), soproscico (17 bpm) em P.A. N/ S.D.R, AP: MVA@ bilateral a P.A. Paciente apresenta deficit de mobilidade e força em MIE e leve edema c/ edefor) em extensão de MIE. Conduta: Foi realizada mobilização c/ assistida de MIE, exercícios musculofuncionais de MMH, mobilização passiva no quadril e mobilização intrínseca nas extremidades inferiores. Atendimento a intercorrências.</p>	 Gabriel Matias de M. Cirne Fisioterapeuta 12747-F


Gabriela Rattani de M. Cirne
Fisioterapeuta
CREFI/TO: 213747-F

13/06/16 Pte em BCO, Argentina, colônica, com
sua gata de 120g e don. Ps: 120f50
muitas consultas. Atualmente sua
intervisões.



Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n – Bairro Paulo VI – Criciúma (RN) – CEP: 59.300-000

CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630 e 9628

108-2

EVOLUÇÃO DE ODONTOLOGIA

NOME DO PACIENTE:

Nº de Registro

Data Admissão

Magnita Araújo Vieira

018487350516