

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: 000000033832-3

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
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 13812016

1 - LOCAL E DATA

Local Rua Matias da Silva Bairro Soledade
Cidade/UF Caicó/RN P. Ref. passagem 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 Caicó UF RN
Marca/Mod. Toyota Hilux cd4x4 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 Caicó 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 Caicó UF RN
Marca/Mod. Honda 1300 Biz Cor Azul Ano 2001/2002
Proprietário Trapuá Monteiro Saldanha N° de Ocupantes 01
Condutor Maguila Araújo Vieira Data de Nasc. 10/06/1994
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro Soledade Cidade Caicó 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 1/1 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 citado 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 colidis se frontalmente ao seu veículo.

Assinatura do Condutor do V1

afonso feneira 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"/> Active 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"/> Active 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"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____


9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO


 **ÁRVORE**


 **VESTÍGIOS**


 **SEMÁFORO**

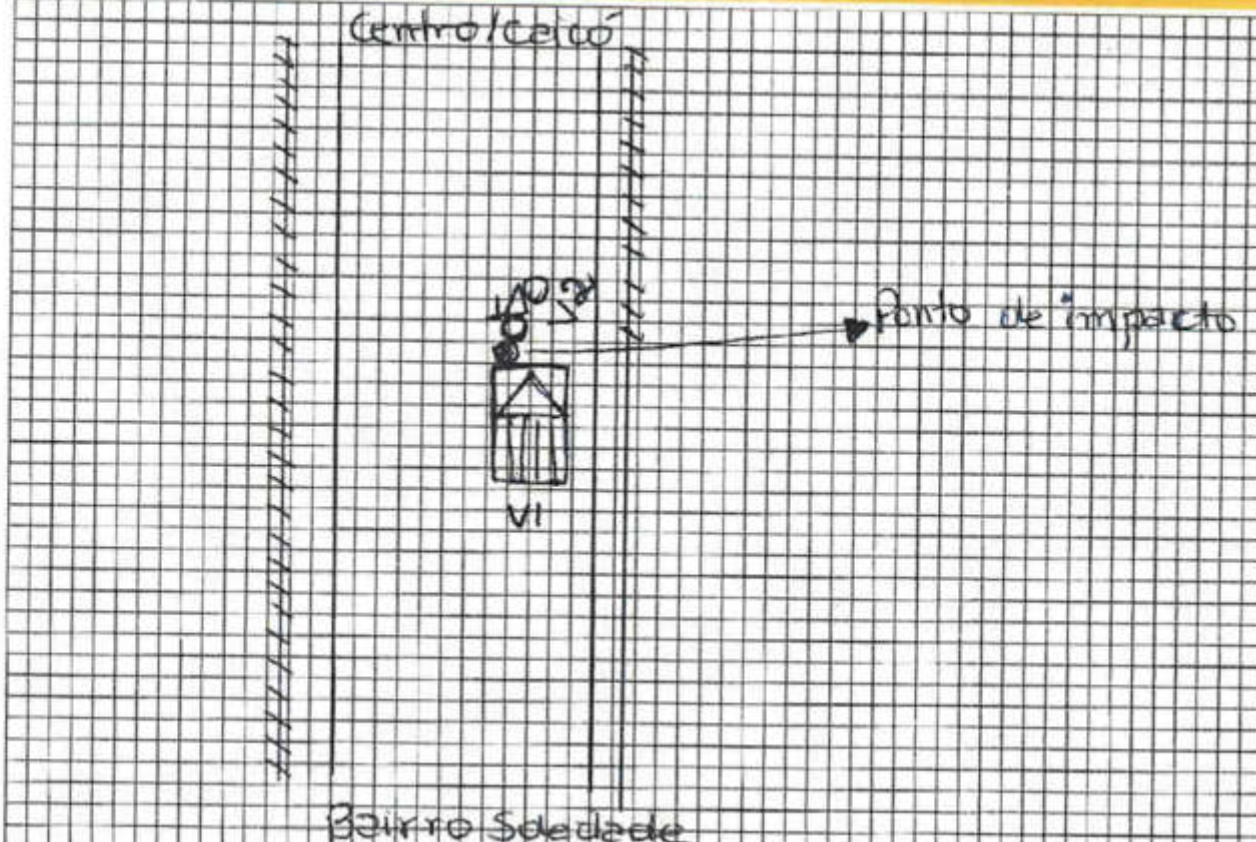
 **PEDESTRE**

 **BICICLETA OU MOTO**

 **CARRO DE PEQUENO PORTE**

 **CAMINHÃO OU ONIBUS**

 **CARRETA**



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

Capô; farol esquerdo; para-choque dianteiro; para-lamas esquerdo; dianteiro; farol esquerdo; tela frontal; reservatório de água.



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 2

Pneu dianteiro; farol; retrovisor; sinaleiras esquerda e direita; dianteira; guidão; banco; painel; carenagem dianteira; pedal do apoio direito; lanterna 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 Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
Nome Mazquilha Araújo Vieira
RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 10/10/1994
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro Soledade Cidade Caicó UF RN
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
Nome _____
RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____/_____/_____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
Nome _____
RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____/_____/_____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
Nome _____
RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____/_____/_____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
Nome SAMU RG N° _____ Órgão Exp. _____
Endereço RN 288 N° _____
Bairro Samaná 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 de
vido seu estado de saúde;
- O condutor de V2 foi autuado por conduzir veículo
sem possuir CNH e por conduzir veículo atrasado;
- AIT nº A-18050228 Cód/Desd. 501-0/0 e A-18050227 Cód/
Desd. 605-9/2.

Nome Completo do Agente Joab Alves de Lima
POSTO/GRAD.: Cabo PM N° 2000-0235 Viatura TG 04 Subunid.: 3ª DPRE
Local e Data Caicó/RN . 22 de 05 de 2016

Assinatura do Agente de Trânsito _____



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 Sabugi, S/N - Paulo VI - Caicó/RN
CEP.: 59.300-000 - Telefex: (84) 3421-9628
CNPJ: (MP): 08.241.754/0135-57

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO EDMILSON		DATA 32/05/2016	HORA DA ENTRADA 18:45	Nº ATENDIMENTO 91
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE <small>Os campos devem ser preenchidos de forma legível</small>				
NOME MAGUIA ARAÚJO VIEIRA		DATA DE NASCIMENTO 10/06/1994	IDADE 21 A	SEXO M
CPF 701.551.284-00	RG 3.054.824/RN	DATA DE EXPEDIÇÃO 06/04/2016		
NATURALIDADE CAICÓ - RN	ESTADO CIVIL UNIAO ESTAB	PROFISSÃO VIGILANTE	CARTÃO SUS 700 6089 5857 2360	
NOME DA MÃE MARLUCE ARAÚJO		NOME DO PAI MARCEL VIEIRA		
ENDEREÇO RUA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, 50		BAIRRO SOLGEM		
CIDADE/ESTADO CAICÓ - RN		TELEFONE DE CONTATO 97845-9343	RAÇA/COR	
CAMPO 2 - ANÁLISES DE LABORATÓRIO <small>Este campo deve ser preenchido de forma legível e plantonista</small>				
PA	mmHg	FC	bpm	FR
			irpm	TEMP. AXILAR
			°C	SpO2
			%	Glicemia
				mg/dl
CAMPO 3 - ANAMNESE E EXAME FÍSICO <small>Este campo deve ser preenchido de forma legível e plantonista</small>				
<p>Pod vir de quadro de insuf. renal em UTE</p>				

Confere com o Original
Caicó - RN, 25/10/2018
Renice de Jesus

CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES <small>Este campo deve ser preenchido de forma legível e plantonista</small>	
<p>2.1. Pneu Lx pulmão</p>	
CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA <small>Este campo deve ser preenchido de forma legível e plantonista</small>	
<p>CRN/RN 0585 Medico 01/04/2016 0585</p>	
MÉDICO PLANTONISTA/CRM	RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN
CAMPO 6 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE <small>Este campo deve ser preenchido de forma legível e plantonista</small>	
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: **701.551.284-00** Nome completo da vítima: **MAGUILA ARAÚJO VIEIRA**

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

Nome completo: **MAGUILA ARAÚJO VIEIRA** CPF: **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).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ 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: **Caixa Econômica Federal - CEF**

AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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 discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

MORTE

Local e Data: **Caicó-RN, 28 de Fevereiro de 2019.**

Nome: **MAGUILA ARAÚJO VIEIRA**

CPF: **701.551.284-00**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maguila Araújo Vieira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



CONTA CORRENTE

CAIXA

5067 2218 2774 5623

6057

VALIDADE

10/23

MAGUIA ARAUJO VIEIRA

0768 073 00024325-7

018-411

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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO EDMILSON		DATA 32/05/2016	HORA DA ENTRADA 18:45	Nº ATENDIMENTO 91
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE <small>Os campos devem ser preenchidos de forma legível.</small>				
NOME MAGUIA ARAÚJO VIEIRA		DATA DE NASCIMENTO 10/06/1994	IDADE 21 A	SEXO M
CPF 701.551.884-00	RG 3.054.824/RN	DATA DE EXPEDIÇÃO 06/04/2016		
NATURALIDADE CAICÓ - RN	ESTADO CIVIL UNIV. CASADO	PROFISSÃO VIGILANTE	CARTÃO SUS 700 6089 5857 2360	
NOME DA MÃE MARLUCE ARAÚJO		NOME DO PAI MARCEL VIEIRA		
ENDEREÇO RUA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, 50		BAIRRO SOLGEM		
CIDADE/ESTADO CAICÓ - RN		TELEFONE DE CONTATO 97845-9343	RAÇA/COR	
CAMPO 2 - ANÁLISES DE LABORATÓRIO <small>Este campo deve ser preenchido pelo profissional de saúde.</small>				
PA	mmHg	FC	bpm	FR
			irpm	TEMP. AXILAR
			°C	SpO2
			%	Glicemia
				mg/dl
CAMPO 3 - ANAMNESE E FÍSICO <small>Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.</small>				
<p>Pod vir de quadro de insuf. renal em UIC</p>				

Confere com o Original
Caicó - RN, 25/10/2018
Renice de Jesus

CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES <small>Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.</small>	
<p>2.1. Pneu. Rx pulmão</p>	
CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA <small>Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.</small>	
<p>SSS</p>	
MÉDICO PLANTONISTA/CRM	RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN
CAMPO 6 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE <small>Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista ou enfermeiro da equipe de enfermagem.</small>	
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 Perímetro Irrigado Sahugi, S/N - Paulo VI - Caicó/RN
CEP.: 50.300-000 - Telefax: (84) 3421-9628
CNPJ: (MF): 08.241.754/0135-57

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO <i>EDMILSON</i>		DATA <i>22/05/2016</i>	HORA DA ENTRADA <i>11h45</i>	Nº ATENDIMENTO <i>91</i>
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE <small>Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível</small>				
NOME <i>MAGUIA ARAUJO VIEIRA</i>		DATA DE NASCIMENTO <i>10/06/1994</i>	IDADE <i>21 A</i>	SEXO <i>M</i>
CPF <i>701.551.284-00</i>	RG <i>3.054.824/RN</i>	DATA DE EXPEDIÇÃO <i>06/04/2016</i>		
NATURALIDADE <i>CAICÓ - RN</i>	ESTADO CIVIL <i>UNICA (ESTAVE)</i>	PROFISSÃO <i>VIGILANTE</i>	CARTÃO SUS <i>700 6089 5857 2360</i>	
NOME DA MÃE <i>MARLUCE ARAUJO</i>	NOME DO PAI <i>MARCELO VIEIRA</i>		BAIRRO <i>JOÃO DE DEUS</i>	
ENDEREÇO <i>RUA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, 50</i>	TELEFONE DE CONTATO <i>9745-9343</i>		RAÇA/COR	
CIDADE/ESTADO <i>CAICÓ - RN</i>	CAMPO 2 - SINAIS VITAIS <small>Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde</small>			
PA	mmHg	FC	bpm	FR
			irpm	TEMP. AXILAR
			°C	SpO2
			%	Glicemia
				mg/d
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO <small>Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista</small>				
<p><i>Pod ver de qual de inv. 11 Real</i> <i>em LITE</i></p>				

Confere com o Original
Caicó - RN. 25/10/2015
Márcia Eunice de Medeiros

CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES <small>Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista</small>	
<p><i>As exames de Rx foram feitos</i></p>	
CAMPO 4 - PRESCRIÇÃO MÉDICA <small>Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista</small>	
<p><i>SSS</i></p>	
MÉDICO PLANTONISTA/CRM	RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN
CAMPO 5 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE <small>Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem</small>	
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: ____



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

IRC
Instituto de Radiologia de Caicó
Hospital Tiago Dias

MAGUILA ARAÚJO VIEIRA

CAICÓ - RN

DR. (A) HANDERSON 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 tíbia esquerda com prótese metálica.
- Fratura compactada com calo ósseo em formação no 1/3 médio da fíbula esquerda.

Caicó - RN, 25 de Maio de 2016.


DR. VALDEMAR CORDEIRO FILHO
CPF: 043.991.374-87
CRM: 613/RN
Ass. Digitalizada

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

CPE 701551 284.00

RG 3.054.824/2

EXP 06/04/2016



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ
Estrada do Perimetro Brigado Sabugi, S/N - Bairro Paulo VI - Caçaporã
CEP: 59.300-000 - Telefones: (84) 3421-9630 / 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

2 - CNES

677 8550

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

U. H. R. S.

4 - CNES

677 8550

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MAGUIA ARAUJO VIEIRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

018411

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700610895P5773610

8 - DATA DE NASCIMENTO

10/06/94

9 - SEXO

Masc ☒ 1

Fem ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARLICE ARAUJO

11 - TELEFONE DE CONTATO

89 98457343

12 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

RUA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, 50

SOLEDADE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CATÓ -

14 - CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RN 59300000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Queixa de náusea em FA fechada sem E +
Ex-não tem E

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tuberculose

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

EF + R +
Família extinta

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FA Externa sem E

21 - CID 10 PRINCIPAL

5828

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intubação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04081050500

26 - CLÍNICA

Ortop

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Handerson Araujo
Ortopedia - Cirurgia de Joelho
CRM-RN 6293 TEOT 14238

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

22/05/16

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Silvio Santos Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 4410 - TTOT 9828
F 021-320.284-48

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO RILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

545 700.6089.5857.2360

CPF 701.551.284-00



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ
Estrada do Perimetro Irrigado Sabugi, S/N - Bairro Paulo VI - Caicó/RN
CEP: 59.300-000 - Telefax: (84) 3421-9630 / 9626 / 9620
CNPJ: (MF): 08.241.754/0135-57



SUS

Sistema
União
de Saúde

REGISTRO/PRONTUÁRIO

018411

DOCUMENTO

R6.3.054.824/16

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO

Exp 06/04/2016

NOME COMPLETO

MARVILA ARAÚJO VIEIRA

DATA NASCIMENTO

10/06/1994

SEXO

☒ FEM ☐ MASC

ENDEREÇO (Rua, Número)

RUA N. 5. DE FÁTIMA, 50

BAIRRO

JOZEAPÉ

MUNICÍPIO

CAICÓ

UF

RN

CEP

59300-000

TELEFONE

99845-9343

CONDIÇÃO

NOME COMPLETO DO PAI

MANOEL VIEIRA

NOME COMPLETO DA MÃE

MARLUCE ARAÚJO

RESPONSÁVEL

SUÊNIA ARAÚJO DA COSTA (C/021)

CLÍNICA

☒ 1 CIRÚRGICA ☐ 2 MÉDICA ☐ 3 OBSTÉTRICA ☐ 4 PEDIÁTRICA

ENFERM./LEITO

INTERNAÇÃO DE ORDEM DE PRECEDÊNCIA

☐ DE TRABALHO ☐ DE INTERIORES
☐ DE TRÂNSITO ☐ NÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO (AIH - Código / Descrição)

Fratura Costal Lateral E

(06 rins 3chang)
(02 bones)

DIAGNÓSTICO INICIAL

fx Costal Lateral 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

PROCEDÊNCIA

CARÁTER DA INTERNAÇÃO (AIH)

☒ 2 ELEUTIVA ☐ 3 NORMAL ☐ 5 EMERGÊNCIA

RESUMO DA SAÍDA

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH - Código/Descrição)

TIPO DE PROCEDIMENTO

☐ LIMPO ☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADO
☐ INFECTADO ☐ CONTAMINADO

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH - Código/Descrição)

DATA

31.05.16

HORA

APRESENTOU INFECÇÃO?

☐ HOSPITALAR ☐ COMUNITÁRIA ☐ NÃO

FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO?

☐ 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/ DIAGNÓSTICO
☐ 6 ADMINISTRATIVO ☐ 7 POR INDISCIPLINA ☐ 8 EVASÃO ☐ 9 P/ COMPLEMENTAÇÃO

PREENCHER SE MOTIVO = 2 (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA

DESTINO

PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO

CAUSA MORTIS

OCORREU
ÓBITO CAUSADO
POR INFECÇÃO?

MÉDICO RESPONSÁVEL (Carimbo/Assinatura)



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ
Estrada do Perimetro 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

LAUDO DE CIRURGIA

Nome do Paciente

Magnile André Viana

Nº Registro

018744

Data Admissão

22/05/16

Nome do Procedimento Cirúrgico

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

Data

22/05/16

Início

23/5/0

Término

00/5/0

Duração

1h44

Gazes

Compr

Drenos

- ① Ponto de DDH sob requisição
- ② Anestesia + Anesque
- ③ LMC + Desbridamento de feridas neurológicas
- ④ Fixação externa tibial esquerda
- ⑤ Sutura + Curativo Estéril
- ⑥ à RPA

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

018411

MAGUIA ALBUZ VIEIRA

22/05/2016

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	CIENTE
22/05/16	23:40	Paciente admitido na S.O. p/ submeter-se a um TTE cirúrgico de fratura exposta de tíbia e fêmur, foi realizado a fratura e colocado fixador externo, durante o procedimento o paciente ficou normal, após o mesmo foi exp. do leito passando apertadamente sem. Aus. apertadamente	
23/05/16	01:05	Paciente admitido neste setor de clínica cirúrgica procedente do Bloco Cirúrgico nesta unidade hospitalar. Realizou procedimento cirúrgico em MIE polipartido, a saber: fratura interna de fêmur @ fratura exposta de tíbia e fíbula. O mesmo vítima de acidente automobilístico em decorrência de embriaguez. Segue 2h e aos cuidados de	
23/05/16	06:00	Paciente em pós-operatório, o mesmo consciente e orientado, em ventilação. Refere dor no MIE, TC. no pos 69781, Betomus e Gilsoneli. - 11	
23.05.2016	08h30am	Paciente em 2: DIH, 140: fratura exposta fêmur @, PO imediato com fratura, evolui em ECR, 10 RE, anitico, anitico, febre e murchas coradas, eufemio, normotensão, afétil, abdome plano e flácido indolor a palpao, miúps espontâneas e diurese presente com aspecto em queijo (x), mantendo fixador externo em fêmur @ + fíbula @. Queixa-se de dor em membro lesado. Amamentação laxante em língua, e que dejeitos e ingesta, e mastigação de alimentos sólidos. Nutrição intacta.	
24.05.16	05:00	Paciente consciente, orientado, evolui em ECR, refere dor no MIE, febre medicada prescrita, afétil, diurese presente e eliminação intestinal ausente, segue aos cuidados da equipe. TA 130x90 mm Hg	
24.05.16	08:30	Paciente em 3 DIH segue em ECR, consciente, orientado, sono preservado, alta vitalidade. Queixa-se de dor no membro lesionado (MIE). Eliminação vesical presente e intestinal ausente, há três dias. SSV = FC = 100; SPO ₂ = 96.	
25/05/16	06:00	Paciente com sem queixas durante	

Ministry Presc. de M. Neta
Enfermeiro
COREN/RN 450249

Enfermeiro
COREN/RN 250 859

Dr. Sandra
Loren 450528

Am. Vly
VERN
Mathous Eutropio M. de Oliv
ENFERMEIRO
COREN/RN 426240



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 ARAÚJO VIEIRA	018411	220516

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
22.05.16		Pol. Ex. Ex. Ex. Ex. E Cirurgia de amputação de membro superior direito em nível de antebraço. Paciente encaminhado para observação à enfermaria. cd: Suporte Clínico	
27.05.16	18:20	PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, AFEBRIL, O2 AMBIENTE ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E URINÁRIAS (+) SÃO PRESERVADAS. FEITO CIRURGIA EM MIE. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.	
28.05.16	09:30	Paciente, no 6º DIH, devido acidente de trânsito; realizou cirurgia ortopédica há 5 dias, com pontos externos em MIE. Bómbas realizadas em coluna de bómbas por técnicas de enfiamento do pino + troca de curativos. Consciente, orientado, em O2 ambiente. Mantém glicemia estável em MSD. Realizada ordenação da fisioterapia. Ao exame: pele hipocrômica, mucosas cor-de-sal normocrômicas, membros superiores sem alterações; AC = BNF em 2º; AP = MV@, limpos. Não há sinais clínicos de leso e toxição. Alimentação / opórt. preservada (SIC). Eliminações fisiológicas (SIC). cd = orientações gerais.	

Dr. Handerson Araújo
Ortopedia - Cirurgia de Joelho
CRM-RN 6295-TEOT-14238

Absala Santiago
COREN 256141
Enfermeiro

Regina
ENFERMEIRA
COREN RN 354.305



Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria Estadual de Saúde Pública
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ
Estado do Patrimônio Insigne Saúde, S/A - Bairro Paulo VI - Caxias do Sul
CEP: 93.300-000 - Telefex: (041) 3421-9630 / 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

2 - CNES

6778550

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

U M R S

5 - CNES

6778550

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MAGUIKA ARAUJO VIEIRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

018487

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700608958572860

8 - DATA DE NASCIMENTO

10/06/94

Misc

☒ 1

Fem

☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARLUCE ARAUJO

11 - TELEFONE DE CONTATO

8498459323

12 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

R. NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, 50 - SOLEDADE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAICO

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RN 59300990

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fx Canele direita e fem E

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Trauma Cíngulo

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

EF + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fx Fem + Tibia

21 - CID 10 PRINCIPAL

S828

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

1 - Lúmen

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

041018105105100

26 - CLÍNICA

COT

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Dr. Handerson Araújo

Ortopedia - Cirurgia de Joelho

CRM-AM 6293 TEOT 14238

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

31/05/16

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE 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 - CÓDIGO ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº 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



SUS

Sistema
Único
de Saúde

REGISTRO/PRONTUÁRIO

018 487

DOCUMENTO

RG 003 654 824

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO

NOME COMPLETO

MAGLILIA ARAÚJO VIEIRA

DATA NASCIMENTO

10-06-94

SEXO

☒ F ☐ M

ENDEREÇO (Rua, Número)

R. NOSSA SENHORA DE FÁTIMA 50

BAIRRO

SOLEDADE

MUNICÍPIO

CAICÓ

UF

CEP

RN

59300 000

TELEFONE

99459343

CONDIÇÃO

NOME COMPLETO DO PAI

MANOEL VIEIRA

NOME COMPLETO DA MÃE

MARLUCE ARAÚJO

RESPONSÁVEL

* SUELEN ARAÚJO DA COSTA (ESPOSA)

PREENCHIMENTO MÉDICO

CLÍNICA

☐ 1 CIRÚRGICA ☐ 2 MÉDICA ☐ 3 OBSTÉTRICA ☐ 4 PEDIÁTRICA

ENFERM./LEITO

INTERNACÃO DECORRENTE DE ACIDENTE

☐ DE TRABALHO ☐ DE OUTROS
☐ DE TRÂNSITO ☐ NÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO (AIH - Código / Descrição)

Fixação Externa Tibial + Oshander Fem E

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fx Externa Tibial + Fem E

MÉDICO SOLICITANTE

Dr. Handerson Araújo
Ortopedia - Cirurgião de Joelho
CRM-RN 6293 TEOT 14238

INTERNAÇÃO

DATA

31.05.16

HORA

ORIGEM RESIDÊNCIA?

☐ SIM

☐ NÃO →

UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE

PROCEDÊNCIA

CARÁTER DA INTERNAÇÃO (AIH)

☐ 1 ELETIVA ☐ 2 NORMAL ☐ 3 EMERGÊNCIA

RESUMO DA SAÍDA

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH - Código/Descrição)

TIPO DE PROCEDIMENTO

☐ LIMPO ☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADO
☐ INFECTADO ☐ CONTAMINADO

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH - Código/Descrição)

DATA

04.06.16

HORA

APRESENTOU INFECÇÃO?

☐ HOSPITALAR ☐ COMUNITÁRIA ☐ NÃO

FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO?

☐ PROFILATICAMENTE ☐ TERAPEUTICAMENTE ☐ NÃO

MOTIVO DA SAÍDA (AIH)

SE MOTIVO SAÍDA = 1 ASSINALE DETALHAMENTO DA ALTA

☐ 1 ALTA ☐ 2 REMOÇÃO

☐ 1 CURADO

☐ 2 MELHORADO

☐ 3 INALTERADO

☐ 4 A PEDIDO

☐ 5 INTER. P/DIA GERAL

☐ 3 ÓBITO ATÉ 24 HORAS ☐ 4 ÓBITO APÓS 24 HORAS

☐ 6 ADMINISTRATIVO

☐ 7 POR INDISCIPLINA

☐ 8 EVASÃO

☐ 9 P/COMPLEMENTAÇÃO

PREENCHER SE MOTIVO = 1 (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA

DESTINO

PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO

CAUSA MORTIS

OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECÇÃO?

MÉDICO RESPONSÁVEL

Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Perimetro Irrigado Sabugá, 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

→ Fisioterapia

NOME DO PACIENTE:	Nº de Registro		Data Admissão	
	0	18987	3	10516

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
02/06/2016		Pte em BEG, orientado, colaborativo, afecção ao toque, alar- mético, normo cardíaco (72 bpm), supnótico (17 inpm em P.A. s/ SDR, AP-MV@ bilateral s/ P.A. Paciente apresenta déficit de pro- priedade e força em MIE e leve edema c/ (edema) em extre- midade IE. Conduta: Foi realizado mobilização ativa assistida de MIE, exercícios musculares de MMII, mobilização passiva no quadril e mobilização articular nas extremidades inferiores. Atendi- mento s/ intercorrências.	
13/06/16		Pte em BEG, orientado, colaborativo, sem queixa de dor e dor. Ps: 120/80 mmHg condut. Atualizado sem intercorrências.	



Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Sertão

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

108-2

EVOLUÇÃO DE ODONTOLOGIA

NOME DO PACIENTE:	Nº de Registro		Data Admissão									
Maquilda Araújo Vieira	0	1	8	4	8	7	3	1	0	5	1	6

Nº de Registro	Data Admissão
018487	31/05/16

Data Admissão[illegible]