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

Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200224313 **Vítima: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA**

Data do Acidente: 20/02/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANTONIONE DE FREITAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200224313 **Vítima: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA**

Data do Acidente: 20/02/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANTONIONE DE FREITAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

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 tornozelo 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: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **104**
Agência: **000000034**
Conta: **0000068108-0**
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

Seguradora LÍDER

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: 113413254-90

4 - Nome completo da vítima: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

6 - CPF: 113413254-90

7 - Profissão: PROMOTORA

8 - Endereço: RUA. SÃO FAIO CORREIA

9 - Número: 4415

10 - Complemento: AP. 202

11 - Bairro: N.S NAZARE

12 - Cidade: NATAL

13 - Estado: RN

14 - CEP: 59.062-450

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)

AGÊNCIA: 0034 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 00068108 0 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora 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

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 rascituro(vai 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.

COMPLEMENTAR

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário (Somente quando solicitado)

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 23.06.2020

X SHYSLENE CALINE P. DE LIMA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 104792

1 - LOCAL E DATA

Local: AV. FELIZARDO FIRMINO MOURA Bairro: QUINTAS
Cidade/UF: NATAL - RN P.Ref.: CONPAL
Data: 20/02/2020 Hora do acidente: 09:00 Hora do registro: 09:30 Dia da semana: QUINTA FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- [ ] - Colisão Frontal
- [ ] - Colisão Lateral
- [ ] - Capotamento
- [ ] - Atropelamento
- [x] - Colisão Posterior
- [ ] - Colisão Transversal
- [ ] - Choque
- [ ] - Outros(s) _____

3 - VEICULO 01 :

Placa ou Chassi: QGE 4H67 Cidade: NATAL UF: RN
Marca/Mod.: HONDA / CG125 Cor: PRETA Ano: 2015 / 2015
Proprietário: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA Nº de Ocupantes: 01
Condutor: Data de Nasc.: 30/10/1994
Endereço: (RUA) AV. PROPRIA Nº: 1800 Fone: 99159-4465
Bairro: IGAPÓ Cidade: NATAL UF: RN
CPF Nº: 113 413 254 90 CNH Nº: 06699193615 Validade: 11/05/2021 Categoria: AB
Local de Trabalho: AUTONOMO Fone: —
End.: — Nº: — Bairro: — Cidade: —

4 - VEICULO 02 :

Placa ou Chassi: QGR-2054 Cidade: NATAL UF: RN
Marca/Mod.: FIAT / FIORINO Cor: BRANCA Ano: 2018 / 2018
Proprietário: GENTIL NEGOCIOS PARTIC. SOCIETARIAS LTDA Nº de Ocupantes: 01
Condutor: FABIO HENRIQUE DE SOUZA Data de Nasc.: 15/08/1979
Endereço: RUA PETRUNKIS Nº: 26 Fone: 98881-3690
Bairro: GUARAPES Cidade: NATAL UF: RN
CPF Nº: 033 704 164 41 CNH Nº: 03706633695 Validade: 20/08/2020 Categoria: AD
Local de Trabalho: Fone: 3673-5672
End.: AV. HERMES DA FONSECA Nº: 880 Bairro: TIROL Cidade: NATAL

5 - VEICULO 03 :

Placa ou Chassi: Cidade: UF:
Marca/Mod.: Cor: Ano: /
Proprietário: Nº de Ocupantes:
Condutor: Data de Nasc.: / /
Endereço: Nº: Fone:
Bairro: Cidade: UF:
CPF Nº: CNH Nº: Validade: / / Categoria:
Local de Trabalho: Fone:
End.: Nº: Bairro: Cidade:

6 - VEICULO 04 :

Placa ou Chassi: Cidade: UF:
Marca/Mod.: Cor: Ano: /
Proprietário: Nº de Ocupantes:
Condutor: Data de Nasc.: / /
Endereço: Nº: Fone:
Bairro: Cidade: UF:
CPF Nº: CNH Nº: Validade: / / Categoria:
Local de Trabalho: Fone:
End.: Nº: Bairro: Cidade:

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. FELIZARDO FIRMINO MOURA

Em que sentido? QUINTAS / IGAPÓ **Em que faixa?** (ESQUERDA) DIREITA

Versão do condutor ALEGA QUE TRAFEGAVA NORMALMENTE NA VIA CITADA QUANDO O V-2 PAROU DE VEZ O V-1 TENTOU DESVIAR MAIS NÃO TEVE COMO EVITAR A COLISÃO.

Assinatura do condutor V1:

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. FELIZARDO FIRMINO MOURA

Em que sentido? QUINTAS / IGAPÓ **Em que faixa?** DIREITA

Versão do condutor ALEGA QUE TRAFEGAVA NORMALMENTE NA VIA CITADA QUANDO O SEMÁFARO FECHOU O V-2 ESTAVA PARADO SÓ SENTIU O IMPACTO NA TRASEIRA DO SEU VEÍCULO.

Assinatura do condutor V2:

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido? **Em que faixa?**

Versão do condutor

Assinatura do condutor V3:

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido? **Em que faixa?**

Versão do condutor

Assinatura do condutor V4:

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade
- [ ] Amanhecendo
- [x] Pleno Dia
- [ ] Anoitecendo
- [ ] Noite c/Iluminação
- [ ] Noite s/ Iluminação
- [ ] Iluminação Deficiente

Cond./ Tempo
- [x] Bom
- [ ] Nublado
- [ ] Chuva
- [ ] Neblina
- [ ] Outros_____

Tipo da Pista
- [x] Asfalto
- [ ] Paralelepípedo
- [ ] Concreto
- [ ] Cascalho
- [ ] Terra
- [ ] Outros_____

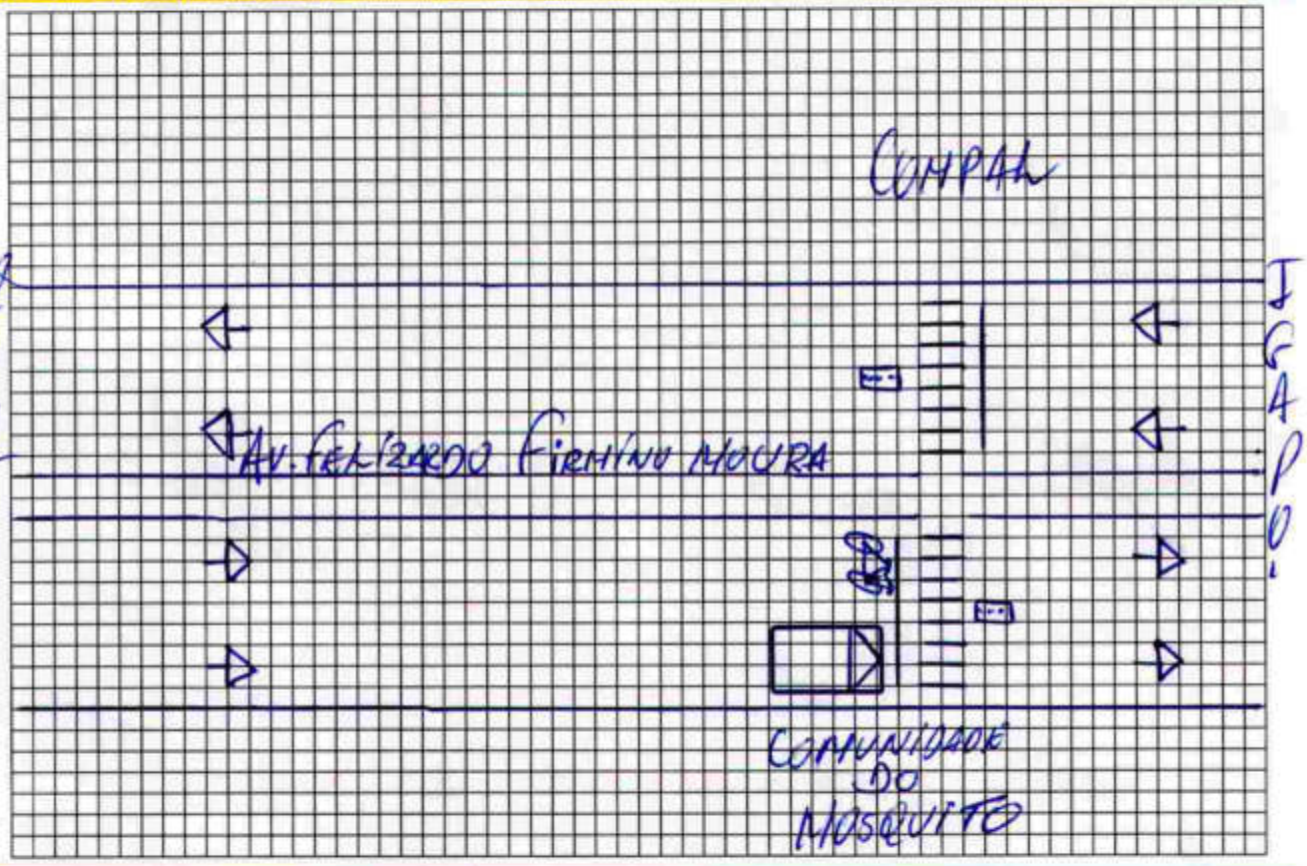
Caract./ Pista
- [ ] Reta
- [ ] Curva
- [ ] Aclive íngreme
- [ ] Aclive Suave
- [ ] Declive Íngreme
- [x] Declive Suave
- [ ] Lombada
- [ ] Cruzamento
- [ ] Rotatória
- [ ] Retorno
- [ ] Entrocamento
- [ ] Birfucação
- [ ] _____

Cond./ Pista
- [x] Seca
- [ ] Molhada
- [ ] Inundade
- [ ] Poças D´agua
- [ ] Oleosa
- [ ] Enlameada
- [ ] Em Obras
- [ ] Com Buraco
- [ ] Com Areia
- [ ] _____
- [ ] _____
- [ ] _____
- [ ] _____

Sinalização
- [ ] Inexistente
- [ ] Do Agente de Trânsito
- [x] Do Semáforo
- [x] Faixa de Pedestre
- [ ] Linha_____
- [ ] Placa(s)_____
- [ ] Lombada eletrônica
- [ ] Vel. Máx. Perm.____ KM/H
- [ ] _____
- [ ] _____
- _____

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

ÁRVORE
VESTÍGIOS
SEMÁFOROS
PEDESTRE
BICICLETA OU MOTO
CARRO DE PEQUENO PORTE
CAMINHÃO OU ÔNIBUS
CARRETA



10 - AVARIAS VISUALIZADA PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

STRIBO L. DIREITO E ESQUERDO E PINTURA AVARIADA.

AVARIAS DO VEÍCULO 2

LANTERNA TRASEIRA, E PNEU TRASEIRA.

AVARIAS DO VEÍCULO 3

AVARIAS DO VEÍCULO 4

11 - ■ Vítima: condutor de ■ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: H. Clovis Sarinho Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome SHYJLENE CALINE DE LIMA
RG N° 2965237 órgão Expedidor SSP/RN Data de Nascimento 30 / 10 / 1994
Endereço AV. PROPRIA N° 1800 Fone / /
Bairro JGAPO Cidade NATAL UF RN
Versão
Assinatura Hora

12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciou: ☐ 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 ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciou: ☐ 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 ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciou: ☐ 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 NATAL RG° O´rgão Exp.
Endereço N°
Bairro Cidade Fone

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

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

INFORMO QUE O VEÍCULO V-1 FOI ENTREGUE AO SR. DEYVISSON RODRIGUES VARELA CPF: 085 971 354 76 CNH: 05980303099 CAT. AB ASS. [illegible] E A CONDUTORA DE V-1 FOI CONDUZIDA AO H. CLOVIS SARINHO PELO SAMU NATAL O CONDUTOR DE V-1 NÃO TEVE CONDIÇÕES DE ASSINAR A VERSÃO.

Nome Completo do Agente CARLOS ADON ABOON
POSTO / GRAD. 2º SGT PM N° 86422 Viatura DRE-106 Subunidade 1º DPRE
Local e Data NATAL, 20 de FEVEREIRO de 2020.
Assinatura do Agente de Trânsito

Seguradora LÍDER

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: 113413254-90

4 - Nome completo da vítima: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

DADOS CADASTRAIS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 845/2017

5 - Nome completo: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

6 - CPF: 113413254-90

7 - Profissão: PROMOTORA

8 - Endereço: RUA. SAMPAIO CORREIA

9 - Número: 4415

10 - Complemento: AP. 202

11 - Bairro: N.S NAZARE

12 - Cidade: NATAL

13 - Estado: RN

14 - CEP: 59.062-450

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)

AGÊNCIA: 0034 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 00068108 0 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (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

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 ressarcimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médico 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.

MORTE

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 do 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(viriascer)? ☐ 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.

DECLARAÇÃO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário (dedo polegar)

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 23.06.2020

X SHYSLENE CALINE P. DE LIMA

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00034

CONTA: 000000068108-0

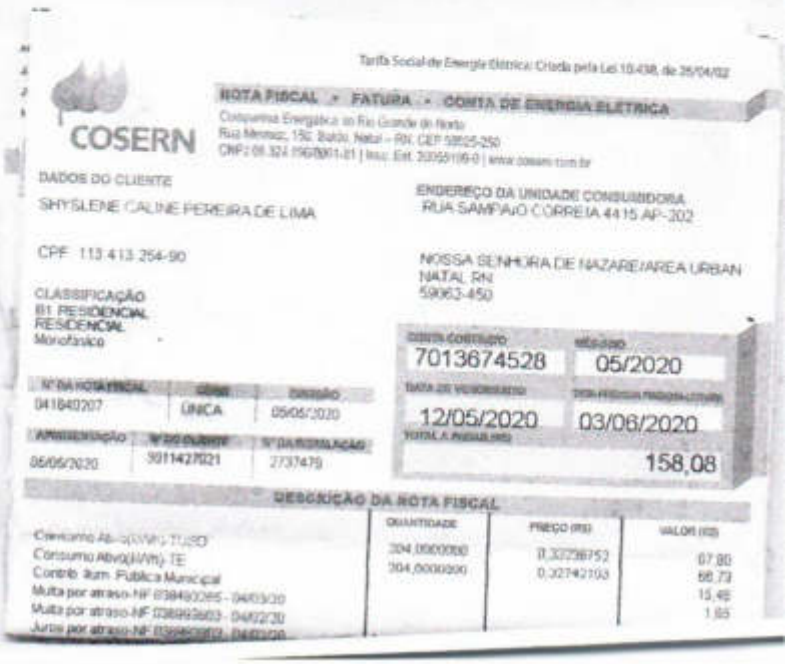
Nr. da Autenticação C7EA691529F444E9

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA
DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF: 2965237 SSP RN
CPF: 113.413.254-90
DATA NASCIMENTO: 30/10/1994
FILIAÇÃO: EDSON DE LINA
ROSILENIDE DA ROCHA PEREIRA
PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB. AB
Nº REGISTRO: 06699193615
VALIDADE: 11/09/2021
1ª HABILITAÇÃO: 12/09/2016
OBSERVAÇÕES: A
LOCAL: NATAL, RN
DATA EMISSÃO: 17/10/2017
Laticie Maria Galvão Gomes
Coordenador de Registro de Condutores
69971535313
RN702707387
RIO GRANDE DO NORTE
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1484842370
PROIBIDO PLASTIFICAR
1484842370

CAIXA
POUPANÇA
débito
603689 0010 75493 3539
10/24
SHYSLENE CALINE P DE LIMA
0034 013 00068108-0
mastercard

COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE
BOAT Nº 104792
DATA: 30/03/2020
PLACA:
Solicitação de Boletim através de e-mail:
cpre5setordetrafego@hotmail.com
Sede do CPRE: Av. Cap. Mor Gouveia, 524
Sugestões, reclamações e dúvidas acessar:
CPRE Setor de Tráfego (84) 3232.1514



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

COSERN

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mossoró, 152, Bairro Natal – RN, CEP 59025-250
CNPJ: 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055109-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA
CPF 113.413.254-90
CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SAMPAIO CORREIA 4415 AP-202
NOSSA SENHORA DE NAZARE/AREA URBAN
NATAL RN
59063-450

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7013674528	05/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PARA LEITURA
12/05/2020	03/06/2020
TOTAL A PAGAR (R$)	
	158,08

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
041840207	ÚNICA	05/05/2020

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
05/05/2020	3011427021	2737479

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh) - TUSD	304,0000000	0,22298752	67,80
Consumo Ativo(kWh) - TE	304,0000000	0,22142103	66,73
Contrib Ilum. Publica Municipal			15,46
Multa por atraso-NF 038490295 - 04/03/20			1,85
Multa por atraso-NF 038993603 - 04/02/20			
Juros por atraso-NF 038993603 - 04/02/20			

Imprimir Segunda Via de Conta

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0

COSERN
www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Ligações Gratuitas:
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
-Ouvidoria 0800 084 0404
Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte
ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ANTONIO ANTONINO DE FREITAS

CPF: 057.363.744-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TROVADOR GUMERCINDO SARAIVA 701
VILAGE DAS DUNAS

PAJUCARA/AREA URBANA
59122-740 NATAL RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
29/06/2020	22/06/2020	000163931010
TOTAL A PAGAR (R$)	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
138,15	22/06/2020	3000028698
	NÚMERO DA NOTA FISCAL	Nº DA INSTALAÇÃO
	044214079	0000895577
	Série: U	

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO
038C.820E.1AE7.8A9E.FAA6.4B59.3869.983F

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	177,00	0,33419947	59,15
Consumo Ativo(kWh)-TE	177,00	0,32922572	58,27
Contrib. Ilum. Pública Municipal			13,42
Multa por atraso-NF 039578478 - 23/03/20			2,58
Juros por atraso-NF 039578478 - 23/03/20			2,58
Atualização IGPM-NF 039578478 - 23/03/20			2,15
TOTAL DA FATURA			138,15

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencto	Dt Reav	Valor
29/05/20	22/06/20	129,68
04/05/20	22/05/20	147,65

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Aneel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,25466000
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25087000

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
JUN	20	177
MAI	20	168
ABR	20	200
MAR	20	196
FEV	20	160
JAN	20	171
DEZ	19	140
NOV	19	198
OUT	19	189
SET	19	182
AGO	19	181
JUL	19	176
JUN	19	194

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R$	%
Geração de Energia	41,54	35,38
Transmissão	4,59	3,91
Distribuição (Cosern)	28,90	24,61
Encargos Setoriais	6,71	5,71
Tributos	27,93	23,79
Perdas de Energia	7,75	6,60
TOTAL	117,42	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
117,42	18,00	21,13	117,42	1,03	1,20	117,42	4,77	5,60

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000002130968719	CAT	22/05/2020	12.237,00	22/06/2020	12.414,00	31	1,00000	0,00	177,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 23/07/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		abr/2020			
DIC-No.de horas sem Energia	POTENGI	0,00	4,95	9,91	19,82
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		

EUSD-Valor do Encargo de Uso = R$ 45,07

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de voce! comercial menezes: moema tinoco da cunha lima, pajucara / francisco lopes trindade me: av moema tinoco da cunha lima,2965, pajucaraLista completa em www.cosern.com.br."
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000163931010	06/2020	138,15	29/06/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

COSERN

AVISO IMPORTANTE!
Utilizar a opção "TÍTULO" quando for pagar em terminais de Auto-Atendimento.

Comprovante do Cliente Autenticação Mecânica

DESTAQUE AQUI

BANCO DO BRASIL S/A 001	Vencimento	Agência/Cod.Cedente	Espécie	Quantidade	Valor do Documento	(-)Desconto/Abatimento
	29/06/2020	3064-3/209344-8	R$		138,15	

(-) Outras deduções	(+) Mora/multa p/ dia de atraso	(+) Outros acréscimos	Ficha do Caixa Autenticação Mecânica
Nosso Número	Nº do Documento	(=) Valor Cobrado	
32174760101669195	0501363109	138,15	

DESTAQUE AQUI

BANCO DO BRASIL S/A | **001-9** | **00190.00009 03217.476013 01669.195172 1 83010000013815**

Local de Pagamento					Vencimento
PAGÁVEL NA REDE BANCÁRIA					29/06/2020
Cedente					**Agência/Cod.Cedente**
COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE					3064-3/209344-8
Data Documento	**Nº do Documento**	**Espécie**	**Aceite**	**Data do Processamento**	**Nosso Número**
22/06/2020	0501363109		N	22/06/2020	32174760101669195
Uso Banco	**Carteira**	**Moeda**	**Quantidade**	**Valor**	**(=) Valor do Documento**
	17	R$			138,15

Instruções

1-Multa por atraso de pagamento: 2% a ser cobrada na próxima fatura, resolução 414/2010/ANEEL.
2-Juros por atraso no pagamento: 1% a.m. a ser cobrado na próxima fatura, resolução 414/2010/ANEEL.
3-Atualização Monetária - sobre IGPM - Res. 414/ANEEL de 09/09/10 a ser cobrado na próx. fatura.
4-Pagável nos canais de recebimento da rede bancária.
5-Usar a opção "TÍTULOS" para pagamento em caixas eletrônicos ou internet.

(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa p/dia de atraso
(+) Outros acréscimos
(=) Valor Cobrado 138,15

Sacado

ANTONIO ANTONINO DE FREITAS
057.363.744-04
O PAGAMENTO DESTA NOTA FISCAL/FATURA
DEVE SER FEITO SOMENTE EM ESPÉCIE

000163931010

Sacador/Avalista

Ficha do Caixa Autenticação Mecânica

SUS Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL CNES: 2653923
Executante: O solicitante ou CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **138825 SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA**
CNS: Nascimento: 30/10/1994 Sexo: Feminino Prontuário: 1194311
Mãe: ROSILENE DA ROCHA PEREIREA Pai: EDSON DE LIMA Cor: PARDA
Endereço: RUA SAMPAIO CORREIA, 1595 - NOSSA SENHORA DE NAZARÉ - NATAL
Município: NATAL Código Municipal IBGE: 240810 UF: RN Fone: 88277587 / CEP: 59062-450

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 6940 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:
TRAUMA EM TNZ POR QUEDA DE MOTO, COM DEFORMIDADE E EDEMA NO LOCAL, 3/4+

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
CIRURGIA

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 06 / 03 / 20
MAT. Nº
SAME
ASSINATURA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
EX. FISICO E RADIOGRAFIA

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:
S82.8 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA*408050497.TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIM
S82.8 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA*408050543.TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PILAO TIBIAL

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?
PILAO TIBIAL, FX;1 TORNOZELO BI/TRI, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:
☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Obesidade ☐ Faz Antibioticoterapia ☐ Lesão por pressão ☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assitente:
HAUSEMANN HELIO GABARO LOPES DE MORAIS CRM: 5314 / RN Data da Solicitação 20/02/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

( ) Acidente de Trabalho
( ) Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete:_____ Série:_____
( ) Acidente de Trabalho Trajeto CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.:_____ CBOR:_____
Vínculo com previdência: ( )Empregado ( )Empregador ( )Autônomo ( )Desempregado ( )Aposentado ( )Não Segurad

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador:_____ Orgão Emissor:_____ **Número da Autorização:**
Data da Autorização: ___/___/___ Assinatura/Carimbo:_____

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CCMV004_R - **Relatório de Cirurgia** Período 20/02/2020 18:37 a 20/02/2020 18:37 06/03/2020 13:56

FIA / BAA: 1938 / 2020 **Paciente:** SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA
Convênio: SUS **Categoria:** GRATUITO
Unidade: 3 ANDAR **Quarto / Leito:** 3 / 317
Tipo de Cirurgia: 4 **Prontuário:** 1194311 **Data Agendamento:** 20/02/2020 18:00

Cirurgia: TTO CIR FRATURA BI/TRIMALEOLAR/LUXACAO TORNOZELO
Data Realização: 20/02/2020 17:45 **Potencial de Contaminação:** Limpa
Cirurgião: MARIO ARNAUD MELO DE ABREU
Anestesista: ANDREA KARLA FONSECA PINTO
Tipo Anestesia: RAQUE
Instrumentador: SHEILA - Hospital
Equipe:

Data do Relatório: 20/02/2020 18:37 **Profissional:**

Relato da Cirurgia: Paceinte em decubito dorsal, sob anestesia,assepsia, campos cirurgicos, redução e fixação da fratura fechada com fixador externo, curativo.

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 06 / 03 / 20
MAT. Nº SAME
ASSINATURA

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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **9760 /2020**
Admissão: **20/02/2020 10:52:07**

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente:138825 - SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA (25 a 4 m 7 d)
Nascimento: 30/10/1994 Natural: NATAL.BRASIL Sexo: F Cor: PARDA
CNS: CPF: 11341325490 Prof:
Mãe: ROSILENE DA ROCHA PEREIREA Pai: EDSON DE LIMA
Logradouro: SAMPAIO CORREIA, 1595
CEP: 59062450 Bairro: NOSSA SENHORA DE NAZARÉ Cidade: NATAL
Telefone:84 .88277587 Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISÃO
Origem: AMBUL. SAMU NATAL

Tipo: REFERENCIADO
*Empresa:

Fluxograma:	Discriminador:
OBS:	Classificação: 20/02/2020 10:44:01

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: acidente de moto com trauma em tornozelo direito
Hora:___:___

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 06 / 03 / 20
MAT. Nº SAME
ASSINATURA

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída:20/02/2020 14:56:44 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS DE BRITO. Impresso em 06 de Março de 2020.

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇAO DE AUTORIZAÇAO DE INTERNAÇAO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

0- DATA: 25/02/2020

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

2- CNES: 3515168

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES: 3515168

IdentificaÇão do Paciente

5- PACIENTE: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

6- NUMERO DO PRONTUÁRIO: 168941

7- CARTAO NACIONAL/SUS: 704 8055 5716 1740

CPF: 113 413 254 90

8-DATA DE NASCIMENTO: 30/10/1994

9- SEXO: FEMININO

10- RAÇA/COR: PARDA

11- NOME DA MAE: ROSILEIDE DA ROCHA PEREIRA

12- TELEFONE DE CONTATO: 991594465

13- NOME DO RESPONSÁVEL: DEYVISSON RODRIGUES VARELA

14- TELEFONE DE CONTATO:

15- ENDEREÇO (RUA, Nº): RUA SAMPAIO CORREIA,4415,AP-202

16- MUNICIPIO: NATAL

17- BAIRRO: N.S.DE NAZARE

18- UF: RN

19- CEP: 59062 450

Justificative de internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇAO

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

23- DIAGNOSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CODIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLINICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇAO

31- DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

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

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

35- ( ) AC. TRÂNSITO

36- ( ) AC. TRABALHO TIPICO

37- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO

38- CNPJ DA SEGURADORA

39- Nº DO BILHETE

40- SÉRIE

41- CNPJ DA EMPRESA

42- CNAE DA EMPRESA

43- CBOR

44- VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NAO SEGURADO

Autorização

45- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46- DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

47- COD. ORGAO EMISSOR

48- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49- DATA DA AUTORIZAÇAO

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

52- Nº DA AUTORIZAÇAO DE INTERNAÇAO HOSPITALAR

HRDML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Parnamirim-RN. 20/03/2020
Mat. 1558005

Hospital Deoclécio M. Lucena
H DML
Parnamirim / RN

PRONTUÁRIO DE INTERNAÇAO

CLINICA	REGULAÇÃO	OBS
CIRURGICA	WALFREDO GURGEL	

ENFERMARIA Nº	LEITO		PRONTUÁRIO
			168941

DATA	HORA	CATEGORIA	GIH
25/02/2020	14:30		

PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO
SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA	30/10/1994

ESTADO CIVIL	PROFISSAO
SOLTEIRA	PROMOTORA

ENDEREÇO (RUA, Nº)
RUA SAMPAIO CORREIA,4415,AP-202

MUNICIPIO	BAIRRO	UF	CEP
NATAL	N.S.DE NAZARE	RN	59062 450

LOCAL DE TRABALHO	TELEFONE

FILIAÇAO	
ROSILEIDE DA ROCHA PEREIRA	EDSON DE LIMA

RESPONSÁVEL	TELEFONE
DEYVISSON RODRIGUES VARELA *	991594465

ENDEREÇO
113 413 254 90

DIAGNOSTICO PROVISORIO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO FRATURA DE COLO FEMORAL D

DATA DE ADMISSAO	ALTA	OBITO

HISTORIA CLINICA

Trauma com Queda [illegible] Apresentou [illegible]
A direita [illegible]
Nega [illegible] Relatou que estava [illegible]
Sem queixa abdominal
Aguardo avaliação pela C.O.

Ramon [illegible]
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN - [illegible]

HRDML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Parnamirim-RN. 20 /03/2020
Mat. 1558005

MAE DA ROSILENE MARIA PEREIRA

Hospital Deoclécio M. Lucena
H+DML
Parnamirim / RN

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM /RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA 27 ***Nº*** 002 W-4

NOME: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

IDADE: 30/10/94 COR: PARDA SEXO: FEM ESTADO CIVIL: SOLTEIRA

NATURALIDADE: NATAL PROFISSÃO: DOMESTICA PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: RUA SIMPLICIO GURGEL, 1395 BAIRRO: LOJEA S MARTH

CIDADE: NATAL DATA: 23/02/20 HORA: 19:50

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNÉIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐

C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

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

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

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

HRDML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Parnamirim-RN. 30/03/2020
Mat. 1558005

Parnamirim / RN

LEITO 06

AD. : 23/02/20

PACIENTE: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

DATA: 03.03.20

1	DIETA LIVRE	12	18	24	06
2	DIPIRONA 40 GTS ,VO, 6/6H	12	18	24	06
3	CEFALEXINA 500 MG – 01 COMP,VO, 6/6H (DO 24/03/20)				
4	SSVV CCGG				

EVOLUÇÃO:

Mat de fina aceitável.

Agendado transferência / Hrt Natal

HRDML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Parnamirim-RN. 20 /03 /2020
Mat./558005

Hospital Deoclécio M. Lucena
H+DML
Parnamirim / RN

Nome: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA CNS: 704.8055.5716.1740
Endereço: Rua Sampaio Correia nº1595, N. Senhora de Nazaré CEP: 59.062-450
Cidade: Natal Idade: 30/10/1994
Estado Civil: Solteira
Médico Solicitante: Drº Fabio Freitas
Data: 25/02/2020

ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL.

D.U.M.: 21/12/2019

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento marca PHILIPS, modelo AFFINITI 50, com sonda convexa, multifrequêncial.

BEXIGA: vazia.

ÚTERO: com forma, contornos e ecogenicidade normais. Não se observou imagens nodulares ou cistos em sua topografia.
Endométrio: 1,3 cm. Imagem cística na posição fúndica da cavidade uterina medindo 0,5 cm.

Dimensões uterinas:

Diâmetro longitudinal: 3,4cm
Diâmetro ântero-posterior: 4,9 cm
Diâmetro látero-lateral: 5,7 cm
Volume uterino: 121cm³ (N= 25 a 90 cm³).

ANEXOS: ovários tópicos, com dimensões, forma, contornos e ecotextura habituais.

Ovário direito: 4,1 x 2,5 x 2,9 cm Volume = 16 cm³.
Ovário esquerdo: 3,3 x 2,2 x 2,1 cm Volume = 8,0 cm³.
Volume ovariano normal: 3,0 a 9,0 cm³.

Corpo lúteo à direita medindo 2,0 cm.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Imagem cística na cavidade uterina, compatível com saco gestacional, sugerindo IG de 4 semanas (paciente com BHCG positivo).

Corpo lúteo no ovário direito.

DRA. DEBORAH MESQUITA
Radio Diag.
CRM 4993

HRDML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Parnamirim-RN. 20/03/2020
Mat. 1558005

Hospital Deocleciano M. Lacerda
H+DML
Parnamirim / RN

PRESCRIÇÃO MÉDICA - TRAUMATOLOGIA

ORTOPEDIA I

LEITO 06

AD. : 23/02/20

PACIENTE: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

DATA: 02.03.20

		SAD			
1	DIETA LIVRE				
2	DIPIRONA 40 GTS ,VO, 6/6H				
3	**CEFALEXINA 500 MG – 01 COMP,VO, 6/6H (D0 24/02/20)**				
4	**SSVV CCGG**				

EVOLUÇÃO:

Pc sob TVR desde 19/02
Evoluindo
Rx: Rg trauf menor

Dr. Ricardo Gonçalves H. Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5387 - TEOT 12425

HRDML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Parnamirim-RN. 20/03/2020
Mat. 1558001-

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: 12/03/2020 13:53

FICHA DE INTERNAMENTO

Registro: **145260**

Paciente: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA**
Num. RG: **2965237** CPF: **113.413.254-90** Nascimento: **30/10/1994** **26** anos Sexo: **Feminino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **SAMPAIO CORREIA - DE 3849/3850 A 3951/39** N.: **4415** Bairro: **NOSSA SENHORA DE NAZARÉ**
Cidade : **NATAL** UF: **RN** CEP: **59062450** Fone: **84988277587**
Profissão: Mãe: **ROSILEIDE DA ROCHA PEREIRA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **2** Entrada: **12/03/2020 12:53** Previsão saida: **14/03/2020 17:00** Atendente: **JAILMAMA**
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Matrícula/CNS: **704805557161740**
Médico : **Dr. FILIPPI RANIERI ALVES** CRM: **6963** **ENFERMARIA 101-B**

Dados do Responsável

Responsável: CPF: RG:
Parentesco:

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

Shyslene caline P. de Lima

Observações
COM AIH,PARECER OBSTETRICO,USG PELVICA,UMA PELICULA DE RX, MEDICO NAO CIENTE

HOSPITAL MEMORIAL SÃO FRANCISCO
Av.Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep:59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, 26/05/20

MedicWare

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: 12/03/2020 13:53

FICHA DE INTERNAMENTO

Dados do Paciente

Registro: **145260**

Paciente: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA**
Num. RG: **2965237** CPF: **113.413.254-90** Nascimento: **30/10/1994** **26** anos Sexo: **Feminino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **SAMPAIO CORREIA - DE 3849/3850 A 3951/39** N.: **4415** Bairro: **NOSSA SENHORA DE NAZARÉ**
Cidade : **NATAL** UF: **RN** CEP: **59062450** Fone: **84988277587**
Profissão: Mãe: **ROSILEIDE DA ROCHA PEREIRA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **2** Entrada: **12/03/2020 12:53** Previsão saida: **14/03/2020 17:00** Atendente: **JAILMAMA**
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Matrícula/CNS: **704805557161740**
Médico : **Dr. FILIPPI RANIERI ALVES** CRM: **6963** **ENFERMARIA 101-B**

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ _____ **Motivo:** _____

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

Doc. Apresentado: _____ **Diagnostico Definitivo:** _____

Procedencia:: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatorio sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratorios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurologico: _____

Ap. Urinario e Ginecologico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

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

MedicWare

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: 12/03/2020 13:53

Dados do Paciente

Registro: **145260**

Paciente: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA**

Num. RG: **2965237** CPF: **113.413.254-90** Nascimento: **30/10/1994** **26** anos Sexo: **Feminino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **SAMPAIO CORREIA - DE 3849/3850 A 3951/39** N.: **4415** Bairro: **NOSSA SENHORA DE NAZARÉ**

Cidade : **NATAL** UF: **RN** CEP: **59062450** Fone: **84988277587**

Profissão: Mãe: **ROSILEIDE DA ROCHA PEREIRA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **2** Entrada: **12/03/2020 12:53** Previsão saida: **14/03/2020 17:00** Atendente: **JAILMAMA**

Convênio: **SUS MUNICIPAL** Matrícula/CNS: **704805557161740**

Médico : **Dr. FILIPPI RANIERI ALVES** CRM: **6963** **ENFERMARIA 101-B**

Dados do Responsável

Responsável: CPF: RG:

Parentesco:

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) **Dr. FILIPPI RANIERI ALVES** , a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia:
2. - O(A) **Dr. FILIPPI RANIERI ALVES** , expliclu-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

Shyslene Caline P. de Lima

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. FILIPPI RANIERI ALVES - CRM 6963

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

Código Solicitação: **330743914**

Número AIH: **242010023265-0**

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MEMORIAL

CNES:
2408252

Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL

CNES:
2408252

25398

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

Município Executante
NATAL

Central Reguladora	NATAL		
Data de Solicitação	13.03.2020 - 07:55:32	**Operador**	08243509445ANDRIKELLY
Data de Autorização	13/03/2020 - 08:20:30	**Operador**	ADRIANOMAGNO
Data de Reserva	14.03.2020		
Data de Internacao	13.03.2020	**Operador**	ANDRIKELLYMORAIS
Data Prevista de Alta	28.07.2047		
Data de Alta	18/03/2020 - 08:58:23	**Operador**	ANDRIKELLYMORAIS
Motivo da Alta	1.2 ALTA MELHORADO		

DADOS DO PACIENTE

CNS:
704805557161740

Nome do Paciente
SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

Nome Social/Apelido:
SHYSLENE

Nome da Mãe
ROSILEIDE DA ROCHA PEREIRA

Naturalidade:
NATAL - RN

Sexo:
FEMININO

Raça:
PARDA

Data de Nascimento:
30/10/1994 (25 anos)

Tipo Sanguíneo:

Tipo Logradouro:
TRAVESSA

Logradouro:
BARAO DE MAUA

Complemento:

Número:
15

Bairro:
BOM PASTOR

CEP:
59060-225

País de Residência:
BRASIL

Município de Residência:
NATAL

UF:
RN

Telefone(s):
(84) 3213-0854 • (84) 98734-4685 *(Exibir Lista Detalhada)*

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
12411337434

Nome do Médico Solicitante:
EDUARDO LOPES DE SANTANA

Status da Solicitação:
APROVADA

CPF do Médico Executante:
12411337434

Nome do Médico Executante:
EDUARDO LOPES DE SANTANA

Diagnóstico Inicial - CID:
S826 - FRATURA DO MALÉOLO LATERAL

Caráter
11 - Urgencia

Classificação de Risco
Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível

Clínica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Clínica Complementar:
Nenhuma

Procedimento Solicitado:
OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

Código:
0415020034

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
PACIENTE COM DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO "D"./td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
RX + EXAME FISICO

Condições que Justificam a Internação:
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TORNOZELO + REDUÇÃO.

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:
13.03.2020 - 07:55:32

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

Data da Extração dos Dados: 19/03/2020 09:11:26

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

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL MEMORIAL	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: Shirlene C. P. Lima			6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL/SUS: 704805557161740	8 - DATA DE NASCIMENTO: 30.10.1994	9 - SEXO: F	MASCULINO 1 / FEMININO 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº): Rua Sampaio Correia, 2415 Apto 202			
13 - MUNICÍPIO: Natal	14 - BAIRRO: Nazaré	15 - UF: RN	16 - CEP: 59062-450

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Dor, edema e limitação funcional do tornozelo D. gôn Bauma

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TTD. cirúrgica

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)
Rx de tornozelo D. AP/P

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS
Entorse de tornozelo			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Redução cirúrgica + Fixação	26 - LEITO/CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
25 - COD. DO PROCEDIMENTO			29 - DT. SOLICITAÇÃO: 12/03/2020
			30 - CNS / CPF
			31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG NO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

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)	

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

Hospital Memorial
São Francisco

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA**

Data do Procedimento: **16032020**

Registro: **145260** IH: **2**

Diagnóstico pré operatório: S825 FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL| | TÍBIA, ENVOLVENDO:| - MALÉOLO| - TORNOZELO

Código do procedimento	Cirurgia realizada
0408050578	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR
0408060190	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE

Equipe cirúrgica:

		CRM
Cirurgião:	EDUARDO LOPES DE SANTANA	2156
Anestesiologista:	ESAU BARBOSA MAGALHÃES FILHO	1163
Instrumentador:	patircia	

Grau de Contaminação: Limpo
Profilaxia Antimicrobiana:
Anatomopatológico: Não
Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:
parafusos maleolares 02

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:
PACINTE EM DECUBITO DORSAL NA MESA CIRURGICA;ASSEPSSIA E ANTISSEPSSIA;CAMPOS OPERATORIOS;OSTEWOTOMIA DECALO OSSEO;REDUÇÃO CIRURGICA E FIXAÇÃO COM PARAFUSOS MALEOLARES E ARRUELAS;FECHAMENTO.

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

CRM: 2156 - EDUARDO LOPES DE SANTANA
17/03/2020 17:02:02

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

BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

Dados do Paciente

Paciente: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA** SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA IH: 2

			Data 16/03/20
Cirurgia Realizada RAQUIANESTESIA			Anestesiologistas DR ESAU
Cirurgião DR EDUARDO	1º Auxiliar	2º Auxiliar	

HORA

RINGER LACTATO 1000 CC
NACL 0,9 % 500 CC

Monit.: O2, ECG, PANI, PVC, Diurese, SpO2, ETCO2

V P. Sist. ∧ P. Diast. ● F.C. ✕ PAM

200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

Exames Laboratoriais

pH			
PaCO2			
HCO3			
CO			
EB2			
PaO2			
SHbO2			
Hb			
Hc			
Na			
K			
Ca			
Glicose			

PRODROGAS		
FENTANIL	500MG	
MIDAZOLAN	15MG	01
NEOCAINA	0,5%	
DIMORF	0,2MG	01 UN
SUFENTANIL	10MCG	
ROCURONIO	50MG	
ATRACURIO	25MG	
PROPOVAN	1%	
EFEDRINA	50MG	01 UN
ARAMIN	10MG	
CEFAZOLINA	1G	
DIPIRONA	1G	
DRAMIN	3MG	
DEXAMETASONA	10MG	
RANITIDINA	50MG	
ONDASETRONA	8MG	
NEOCAINA	0,5%	
ISOBÁRICA	0,5X	01 UN
CETOPROFENO	100mg	

TÉCNICA ANESTÉSICA: RAQUIANESTESIA
TIPO:
BLOQUEIO:
LATÊNCIA: 10 MIN
LOCAL DA PUNÇÃO: L3/L4
AGULHA: 25 G
LIQUOR: CLARO
NÍVEL ANESTESIA: T 10
BLOQUEIO MOTOR: 3
POSIÇÃO: Antes: Depois:
APARELHO:
TÉCNICA: ABERTO
INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: CATETER NASAL
V.T.: F.R.:
TRAUMÁTICA: NAO
Nº V.M.: P.I.T.:
SONDA:
CUFF:
INDUÇÃO:
MANUTENÇÃO:
CONDIÇÃO FINAL: REFLEXOS: CONSCIÊNCIA:

BALANÇO

16/03/20

Esau Magalhães Filho
Médico
CRM - 1163

OBSERVAÇÕES

PANI
OXIMETRO DE PULSO
ECG CONTINUO

OXIGENIO 3L 60 MIN

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

DURAÇÃO: 50 MIN INÍCIO: 18 30 FINAL: 19 20

Hospital Memorial São Francisco

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

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: **145260** IH: **2** Paciente: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA**
Nascimento: **30/10/1994** **26 anos** Internação: **12/03/2020 12:53:10** Leito: **ENFERMARIA 101-B**

ANTES DO ATO CIRÚRGICO 16/03/2020 17:21:02 COREN - 975123 - RAFAEL OLIVEIRA SILVA

Observações:
CLIENTE ADMITIDO(A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO EM TORNOZELO, CONSCIENTE, ORIENTADA (O), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, PUNCIONADO (A) EM MS VIABILIZANDO SF0,9%, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Doença pré-existente: **NÃO**

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

Exame Laboratorial: **SIM** Risco Cirúrgico: **SIM** Raio X: PRÉ: **SIM-QTD: 02**

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

Outros Exames:

Assinatura Responsável

SRPA COREN - 975123 - RAFAEL OLIVEIRA SILVA

Nível consciência: **CONSCIENTE E ORIENTADA** Oxigenotrerapia: **EM O² AMBIENTE**

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

Hipotensão: **NÃO** Raio X de Controle: **SIM-QTD: NO LE**

Medicação administradas:

Encaminhamento:
CLIENTE DE POI, CONSCIENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA HVP. VIABILIZANDO SF0,9%, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, PRECISA REALIZAR RX PÓS DE CONTROLE, ANEXO AO PRONTUARIO EXAMES, SEGUE ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM.

Assinatura Responsável

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

Hospital Memorial São Francisco

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

Data: 16/03/2020 19:34

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: **145260** IH: **2** Paciente: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA**
Nascimento: **30/10/1994** **26 anos** Internação: **12/03/2020 12:53:10** Leito: **ENFERMARIA 101-B**

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: **RAQUE + SEDAÇÃO**

Anestesiologista: **DR. EZAU**

Tipo: **FRATURA DE TORNOZELO d**

Cirurgião: **DR. EDUARDO**

Instrumentador: **STHEPANNE**

Circulante: **EDELMAR**

Tipo curativo: **LIMPPO**

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

Inf.sanguinea: **NÃO**

Monitoração correta: **SIM**

Placa de bisturi: **NÃO**

Antibiótico profilático?: **CEFAZOLINA 2G**

Inicio da cirurgia: **18:00**

Fim da cirurgia: **19.15**

Tempo de cirurgia:

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:
CLIENTE ADMITIDO EM SALA PARA DAR INICIO AO PROCEDIMENTO CONSCIENTE ORIENTADO EM O2 AMBIENTE NA HVP EM MSE COM JELCO Nº 18 , A MESMA NEGA HAS,AME, APÓS PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRÊNCIA E ENCAMINHADO AO SRPA ,CONCIENTE ORIENTADO , EM O2 AMBIENTE , SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Pontencial de Contaminação: -

EDELMAR MARTINS DA SILVA
Técnico(a) COREN - 980343

MCI

CAIXA DE PEQUENOS FRAGMENTOS N°4 (AMARELA)

ITEM	COD.	LOTE	QUANT.	UND.
PLAC. DCP 04 F	4420/03 4420/03	0320F14 0866D16	01 01	
PLAC. DCP 05 F	4420/04	2524E14 35034	01 01	
PLAC. DCP 06 F	1107-15-0000006	37858	02	
PLAC.DCP 07 F	4420/06	19G004073 19B000151	01 01	
PLAC.DCP 08 F	4420/07	19B000154	02	
PLAC.DCP 10 F	4420/08 1107-15-0000010	3906L17 37893	01 01	
PLAC.DCP 12 F	4420/09 1107-15-0000012	18L003040 34929	01 01	
PLAC. 1/3 04 F	4430/03	021329	02	
PLAC. 1/3 05 F	4430/04	4566B18	02	
PLAC. 1/3 06 F	1107-16-0000006 4430/05	37006 18E000059	01 01	
PLAC. 1/3 07 F	1107-16-0000007 4430/06	36988 18E001898	01 01	
PLAC. 1/3 08 F	4430/07	4529A17	02	
PLACA T 3X3 F	4442	4504G17 T06666	01 01	
PLACA T 3X4 F	1108-67-0300004	36872 37625	01 01	
PLACA T 3X5 F	4443	2914J15	02	
PLACA T 4X4 F	4438	2038D17 19D004932	01 01	
PLACA T 4X6 F	4439	1028H14 R02643	01 01	
PLACA TREVO 3 F	4605/01	S 21931	01	
PLACA TREVO 4 F	4605/02	3464L14	01	
PLAC.MULT.FRAG.	4446	R 13532	01	

ITEM	COD.	LOTE	QUANT.	UND.
PAR. CORT.3,5N° 12	3079 3079 1117-56-3500012	0772F14 0862C16 ONIX	01 01 02	
PAR. CORT. 3,5N° 14	3080 3080 3080 3080 1670 1117-56-3500014	0458F17 1873B17 2209G17 2476B17 004307690 9599Y	01 01 01 01 01 01	
PAR.CORT. 3,5 N° 16	1117-56-3500016 1670.16 1670.16 3081 3081 1600.16	SEM LOTE 4300431 004314338 19G001646 19G001647 005354772	02 01 04 01 02 02	
PAR.CORT. 3,5N° 18	1670.18 3082 3082 1117-56-3500018 3082	004311186 18F000646 18F000661 9598Y 18F000672	01 01 02 01 07	
PAR. CORT. 3,5N° 20	3083	18F000695	06	
PAR.CORT. 3,5N° 22	3084	18F000719 3765E16	04 02	
PAR. CORT. 3,5N° 24	3085	R 24435 0806F14 R 26270 0804F14	02 02 01 01	
PAR. CORT. 3,5N° 26	3086 3086 3086	S25616 0818F14 25344 ONIX	02 01 01 02	
PAR. CORT. 3,5 N° 28	3087 3087 3087	0535C14 P21376 S18768 3061I14	01 02 01 02	
PAR. CORT. 3,5 N° 30	3088 3088 3088 3088 3088	P 30859 S28213 Q20024 T12197 P16124	01 02 01 01 01	
PAR. CORT. 3,5N° 32	3089			
PAR. CORT. 3,5N° 34	3090			
ARRUELA	1112-65-3500000 515.70	35992 5423956	01 01	02

HOSPITAL:
PACIENTE:
N° PRONTUÁRIO: Shysdene Calixto Pereira de Souza
DATA DA CIRURGIA: 16.03.20 **CONVÊNIO:** SUS
CIRURGIÃO: Dr. Eduardo.

CAIXA CONFERIDA POR:
DATA: **HORA:**

HOSPITAL MEMORIAL SÃO FRANCISCO
Av.Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep:59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ___/___/___
17.03.20

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: 18/03/2020 10:45

BOLETIM DE SALA

Dados do paciente

Paciente: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA** Registro: **145260**

Convênio: SUS MUNICIPAL Nº: 120.86958

Local : SALA 003 Início: 16/03/2020 10:37 Fim: 16/03/2020 10:37

Cirurgia: OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE — Cirurgia Principal
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

Equipe:		CRM	Especialidade	CPF
Cirurgião	EDUARDO LOPES DE SANTANA	2156	ORTOPEDIA TRAUMATOLO	12411337434
Anestesista	ESAU BARBOSA MAGALHÃES FILHO	1163	ANESTESIOLOGIA	10633561487
Instrumentador	PATRICIA SANTOS BERTO	468075	TECNICO ENFERMAGEM	06930431486
Circulante	EDELMAR MARTINS DA SILVA	980343	TECNICO ENFERMAGEM	05609276497

MATERIAL

Código	Descrição	QTD	UND
206953	AGULHA DESCARTAVEL 25X8	2	UND
64010	AGULHA PARA RAQUE 25G	1	UND
105353	ARRUELA	2	UND
60590	ATADURA DE CREPOM 15CMX1.8M	7	UND
65012	ATADURA GESSADA NEVE 15CMX3M	3	UND
65227	CAMPO OPERATORIO 25X28CM ESTÉRIL	4	UND
51021	CATGUT SIMP 2-0 C/AG 3CM	1	UND
61989	ELETRODO DESCARTAVEL	5	UND
60131	EQUIPO MACROGOTAS C/INJ.FLEXIVEL	1	UND
65037	ESPARADRAPO 10CM X 4,5	20	CM
62278	GAZE EST 11 FIOS 7,5X7,5 ESTÉRIL	5	PCT
62364	GORRO DESCARTAVEL	4	UND
61925	JELCO 18 G	1	UND
60149	LAMINA DE BISTURI N.20	1	UND
62000	LUVA CIR DESC EST 6.5	1	PAR
62429	LUVA CIR DESC EST 8.0	4	PAR
50621	MONONYLON PRETO 3-0 C/AG 3CM	1	UND
S7267	PARAFUSO CANULADO 3,5 MM	2	
60930	POLIFIX 2 VIAS	1	UND
60733	SAPATILHA DESCARTAVEL	4	UND
63209	SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA	1	UND
63216	SERINGA DESCARTAVEL 20ML SEM AGULHA	3	UND
62475	SERINGA DESCARTAVEL 5ML SEM AGULHA	2	UND

MEDICAMENTOS

Código	Descrição	QTD	UND
326	AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA	1	AMP
3987	BUPIVACAINA ISOBARICA 5MG/ML - NEOCAÍNA	1	AMP
8148	CEFAZOLINA SODICA 1G FRASCO AMPOLA	2	UND
12764	CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5%	100	ML
3060	MIDAZOLAM 15MG (5MG/ML) AMPOLA	1	AMP
16920	MORFINA 0,2MG/ML (DIMORF)	1	AMP
8718	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML	5	UND
8829	SORO RINGER LACTATO 500ML	1	UND
8449	SORO RINGER SIMPLES 500ML	1	FRS

TAXAS

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

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

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Hospital Memorial São Francisco

Paciente: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA** Idade: **25 anos**
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Reg.: **145260** Prontuário:
Unidade: **UNIDADE I**
Leito: **ENFERMARIA 101-B**
Admissão: **12/03/20 12:53** **0 dia(s) de internação**
Diag.: **M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebra**

12/03/2020 17:22

		Horários de Aplicação	2156
1)	DIETA LIVRE, Ao dia	(SND)	
2)	DIETA LIVRE, Ao dia	(REPETIDO)	
3)	DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	20:00 04:00	12:00
4)	METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, A critério médico.	(ACM)	
5)	METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, A critério médico.	(REPETIDO)	
6)	TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, A critério médico.	(ACM)	
7)	TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, A critério médico.	(REPETIDO)	
8)	RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia. suspender 1 dia antes da cirurgia	10:00	
9)	RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia. suspender 1 dia antes da cirurgia	(REPETIDO)	
10)	DIPIRONA 500mg/mL 40gotas FLT Uso: 1 flaconete, via oral, 06 em 06 horas A critério médico.	(ACM)	
11)	DIPIRONA 500mg/mL 40gotas FLT Uso: 1 flaconete, via oral, 06 em 06 horas A critério médico.	(REPETIDO)	
12)	SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), Três vezes ao dia	(M T	
13)	SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), Três vezes ao dia	(REPETIDO)	

Eduardo

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

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

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Hospital Memorial São Francisco

Paciente:	**SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA**		Idade: **25 anos**
Convênio:	**SUS MUNICIPAL**	Reg.: **145260**	Prontuário:
Unidade:	**UNIDADE I**		
Leito:	**ENFERMARIA 101-B**		
Admissão:	**12/03/20 12:53**	**1 dia(s) de internação**	
Diag.:	**M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebra**		

13/03/2020 07:00	**Horários de Aplicação**			**2156**
1) DIETA LIVRE, Ao dia	(SND)			
2) DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	20:00	04:00	12:00	
3) METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, A critério médico.	(ACM)			
4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, A critério médico.	(ACM)			
5) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia. suspender 1 dia antes da cirurgia	10:00			
6) DIPIRONA 500mg/mL 40gotas FLT Uso: 1 flaconete, via oral, 06 em 06 horas A critério médico.	(ACM)			
7) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), Três vezes ao dia	(M T N)			

Eduardo

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

CURATIVOS (GTM/TOT AVC/FO/UPP/LESÕES TRAUM)	M	T	N
LUVA ESTÉRIL (PAR)			
LUVA DE PROC(PAR)			
GAZE (PCT C/ 10)			
MÁSCARA			
COMPRESSA (UN)			
ATAD. CREPOM			
SERINGA TAM. ___			
SF. 0,9% 100 ml			
SF. 0,9% 10 ml			
CLOREX. AQUOSA(ML)			
CLOREX. ALCOOLICA			
MICROPORE (CM)			
ESPARADRAPO(CM)			
LÂMINA Nº ____			
DERSANI (10 ml)			
SAF- GEL (5gr)			
SOLOSITE (5gr)			
PURILON (5gr)			
DUODERM EF 10X10			
DUODERM EF 15X15			
DUODERM CGF			
KALTOSTAT			
CARBOFLEX			
AQUACEL TAM			
IV 3000			
IRRIGAFIX			
ASS. RESPONSÁVEL:			

SONDAS	M	T	N
LUVA ESTÉRIL(par)			
LUVA PROC.(PAR)			
GAZE (PCT C/10)			
SONDA ____Nº __			
SONDA ____Nº __			
LIDOCAÍNA GEL			
SERINGA 20CC			
ABD(10ML)			
COLETOR FECHADO			
COLETOR ABERTO			
AGULHA			
CLOREX DEGERM.			
CLOREX AQUOSA			
SF 0,9%. ____ML			
MÁSCARA			

PUNÇÃO	M	T	N
LUVA PROC. (PAR)			
JELCO Nº 18			
JELCO Nº 20			
JELCO Nº 22			
JELCO Nº 24			
ATADURA CREPON			
EQUIPO MACRO			
POLIFIX			
ALCOOL 70%(ML)			
MICROPORE (cm)			
ESPARADRAPO (cm)			
SCALP			

MEDICAÇÕES	M	T	N
LUVA DE PROC(PAR)	L	L	
SERINGA 1CC			
SERINGA 5cc			
SERINGA 10cc			
SERINGA 20cc			
AGULHA 40X12			
AGULHA 25X7			
ABD 10 ML			
SF 0,9%			
SF 0,9%			
SF 0,9%			

DISP. URINÁRIO	M	T	N
PRESERVATIVO MASC.			
COLETOR ABERTO			
MICROPORE (CM)			
LUVA PROC.(PAR)			

LAVAGEM INTEST.	M	T	N
EQUIPO MACRO			
LIDOCAINA GEL			
MICROPORE (cm)			
LUVA PROC.(PAR)			

EQUIPOS	M	T	N
EQUIPO BIC DIETA			
EQUIPO BIC MED			
EQUIPO DE TRANSF			

ASPIRAÇÃO	M	T	N
SONDA DE ASPIRAÇÃO			
GAZE (PCT C/ 10)			
SF.0,9% 10 ml			
ABD			
LUVA ESTÉRIL (par)			

SALIN./HIDRA./ HEP./DO CATETER	M	T	N
SF 0,9% 10ml			
ABD (10ML)			
HEPARINA (1ML)			
SERINGA TAM___			
AGULHA Nº___			
LUVA ESTÉRIL (PAR)			

CONTROLE HGT		
HORA	RESULTADO INSULINA?	GLICOSE?
	→ ____UI	AMP.
	→ ____UI	AMP.
	→ ____UI	AMP.
	→ ____UI	AMP.
	→ ____UI	AMP.
	→ ____UI	AMP.
	→ ____UI	AMP.
	→ ____UI	AMP.
	→ ____UI	AMP.
	→ ____UI	AMP.

OUTROS	M	T	N

OUTROS	M	T	N

ASS. TEC ATRIBUIDO M	ASS. TEC ATRIBUIDO T	ASS. TEC ATRIBUIDO N	VISTO ENFERMEIROS			DATA: / /
			MANHÃ	TARDE	NOITE	
Maue	Marie				Rosete	

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Hospital Memorial São Francisco

Paciente:	**SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA**	Idade:	**25 anos**
Convênio:	**SUS MUNICIPAL**	Reg.: **145260**	Prontuário:
Unidade:	**UNIDADE I**		
Leito:	**ENFERMARIA 101-B**		
Admissão:	**12/03/20 12:53**	**2 dia(s) de internação**	
Diag.:	**M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais**		

14/03/2020 07:00 — Horários de Aplicação — 2156

1)	DIETA LIVRE, Ao dia	D1	(SND)			
2)	DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	D1	~~12:00~~ 11:00	20:00 Aplicado	04:00 Aplicado	
3)	METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, A critério médico.	D1	(ACM)			
4)	TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, A critério médico.	D1	(ACM)	15:00		
5)	RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia. suspender 1 dia antes da cirurgia	D1	~~10:00~~			
6)	DIPIRONA 500mg/mL 40gotas FLT Uso: 1 flaconete, via oral, 06 em 06 horas A critério médico.	D1	(ACM)			
7)	SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), Três vezes ao dia	D1	(ROTINA)			

Eduardo

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

CURATIVOS (GTM/TQT/AVC/FO/UPP/LESÕESTRAUM.)	M	T	N
LUVA ESTÉRIL (PAR)			
LUVA DE PROC(PAR)			
GAZE (PCT C/ 10)			
MÁSCARA			
COMPRESSA (UN)			
ATAD. CREPOM			
SERINGA TAM. ___			
SF. 0,9% 100 ml			
SF. 0,9% 10 ml			
CLOREX. AQUOSA(ML)			
CLOREX. ALCOOLICA			
MICROPORE (CM)			
ESPARADRAPO(CM)			
LÂMINA Nº ____			
DERSANI (10 ml)			
SAF- GEL (5gr)			
SOLOSITE (5gr)			
PURILON (5gr)			
DUODERM EF 10X10			
DUODERM EF 15X15			
DUODERM CGF			
KALTOSTAT			
CARBOFLEX			
AQUACEL TAM			
IV 3000			
IRRIGAFIX			
ASS. RESPONSAVEL:			

SONDAS	M	T	N
LUVA ESTÉRIL(par)			
LUVA PROC.(PAR)			
GAZE (PCT C/10)			
SONDA ____Nº __			
SONDA ____Nº __			
LIDOCAÍNA GEL			
SERINGA 20CC			
ABD(10ML)			
COLETOR FECHADO			
COLETOR ABERTO			
AGULHA			
CLOREX DEGERM.			
CLOREX AQUOSA			
SF 0,9%. ____ML			
MÁSCARA			
PUNÇÃO	**M**	**T**	**N**
LUVA PROC. (PAR)			
JELCO Nº 18			
JELCO Nº 20		/	
JELCO Nº 22			
JELCO Nº 24			
ATADURA CREPON			
EQUIPO MACRO			
POLIFIX		/	
ALCOOL 70%(ML)			
MICROPORE (cm)			
ESPARADRAPO (cm)			
SCALP			

MEDICAÇÕES	M	T	N
LUVA DE PROC(PAR)			☐☐
SERINGA 1CC			
SERINGA 5cc		/	
SERINGA 10cc			
SERINGA 20cc			
AGULHA 40X12		/	
AGULHA 25X7			
ABD 10 ML			
SF 0,9%			
SF 0,9%			
SF 0,9%			
DISP. URINÁRIO	**M**	**T**	**N**
PRESERVATIVO MASC.			
COLETOR ABERTO			
MICROPORE (CM)			
LUVA PROC.(PAR)			
LAVAGEM INTEST.	**M**	**T**	**N**
EQUIPO MACRO			
LIDOCAINA GEL			
MICROPORE (cm)			
LUVA PROC.(PAR)			
EQUIPOS	**M**	**T**	**N**
EQUIPO BIC DIETA			
EQUIPO BIC MED			
EQUIPO DE TRANSF.			
Equipo macrogo		/	

ASPIRAÇÃO	M	T	N
SONDA DE ASPIRAÇÃO			
GAZE (PCT C/ 10)			
SF.0,9% 10 ml			
ABD			
LUVA ESTÉRIL (par)			
OUTROS	**M**	**T**	**N**

SALIN./HIDRA./ HEP./DO CATETER	M	T	N
SF 0,9% 10ml			
ABD (10ML)			
HEPARINA (1ML)			
SERINGA TAM___			
AGULHA Nº___			
LUVA ESTÉRIL (PAR)			
OUTROS	**M**	**T**	**N**

CONTROLE HGT		
HORA	RESULTADO INSULINA?	GLICOSE?
	→ ____UI	AMP.
	→ ____UI	AMP.
	→ ____UI	AMP.
	→ ____UI	AMP.
	→ ____UI	AMP.
	→ ____UI	AMP.
	→ ____UI	AMP.
	→ ____UI	AMP.
	→ ____UI	AMP.

ASS. TEC ATRIBUIDO **M**	ASS. TEC ATRIBUIDO **T**	ASS. TEC ATRIBUIDO **N**	VISTO ENFERMEIROS			DATA 14 03 20
		Aparecida	MANHÃ	TARDE	NOITE Rosa	

Hospital Memorial São Francisco

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA**
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Reg.: **145260** Idade: **25 anos**
Unidade: **UNIDADE I** Prontuário:
Leito: **ENFERMARIA 101-B**
Admissão: **12/03/20 12:53**
Diag.: **M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais**

3.dia(s) de internação

15/03/2020 07:00

		Horários de Aplicação				2156
1) DIETA LIVRE, Ao dia	D2	(SND)				
2) DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	D2	12:00	20:00	04:00		
3) METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, A critério médico.	D2	(ACM)	22:30			
4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, A critério médico.	D2	(ACM)				
5) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia. suspender 1 dia antes da cirurgia	D2	10:00				
6) DIPIRONA 500mg/mL 40gotas FLT Uso: 1 flaconete, via oral, 06 em 06 horas A critério médico.	D2	(ACM)				
7) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), Três vezes ao dia	D2	(ROTINA)				

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

CURATIVOS (GTM/TOT/AVE/FO/UPP/LESÕES TRAUM)	M	T	N
LUVA ESTÉRIL (PAR)			
LUVA DE PROC(PAR)			
GAZE (PCT C/ 10)			
MÁSCARA			
COMPRESSA (UN)			
ATAD. CREPOM			
SERINGA TAM. ___			
SF. 0,9% 100 ml			
SF. 0,9% 10 ml			
CLOREX. AQUOSA(ML)			
CLOREX. ALCOOLICA			
MICROPORE (CM)			
ESPARADRAPO(CM)			
LÂMINA Nº ____			
DERSANI (10 ml)			
SAF- GEL (5gr)			
SOLOSITE (5gr)			
PURILON (5gr)			
DUODERM EF 10X10			
DUODERM EF 15X15			
DUODERM CGF			
KALTOSTAT			
CARBOFLEX			
AQUACEL TAM			
IV 3000			
IRRIGAFIX			
ASS. RESPONSAVEL:			

ASPIRAÇÃO	M	T	N
SONDA DE ASPIRAÇÃO			
GAZE (PCT C/ 10)			
SF.0,9% 10 ml			
ABD			
LUVA ESTÉRIL (par)			
OUTROS	M	T	N
ASS. TEC ATRIBUIDO M	ASS. TEC ATRIBUIDO T		

SONDAS	M	T	N
LUVA ESTÉRIL(par)			
LUVA PROC.(PAR)			
GAZE (PCT C/10)			
SONDA ____Nº __			
SONDA ____Nº __			
LIDOCAÍNA GEL			
SERINGA 20CC			
ABD(10ML)			
COLETOR FECHADO			
COLETOR ABERTO			
AGULHA			
CLOREX DEGERM.			
CLOREX AQUOSA			
SF 0,9%. ____ML			
MÁSCARA			
PUNÇÃO	**M**	**T**	**N**
LUVA PROC. (PAR)			
JELCO Nº 18			
JELCO Nº 20			
JELCO Nº 22			
JELCO Nº 24			
ATADURA CREPON			
EQUIPO MACRO			
POLIFIX			
ALCOOL 70%(ML)			
MICROPORE (cm)			
ESPARADRAPO (cm)			
SCALP			
SALIN./HIDRA./ HEP./DO CATETER	**M**	**T**	**N**
SF 0,9% 10ml			
ABD (10ML)			
HEPARINA (1ML)			
SERINGA TAM___			
AGULHA Nº___			
LUVA ESTÉRIL (PAR)			
OUTROS	M	T	N
ASS. TEC ATRIBUIDO N			

MEDICAÇÕES	M	T	N
LUVA DE PROC(PAR)			
SERINGA 1CC			
SERINGA 5cc			
SERINGA 10cc			
SERINGA 20cc			
AGULHA 40X12			
AGULHA 25X7			
ABD 10 ML			
SF 0,9%			
SF 0,9%			
SF 0,9%			
DISP. URINÁRIO	**M**	**T**	**N**
PRESERVATIVO MASC.			
COLETOR ABERTO			
MICROPORE (CM)			
LUVA PROC.(PAR)			
LAVAGEM INTEST.	**M**	**T**	**N**
EQUIPO MACRO			
LIDOCAINA GEL			
MICROPORE (cm)			
LUVA PROC.(PAR)			
EQUIPOS	**M**	**T**	**N**
EQUIPO BIC DIETA			
EQUIPO BIC MED			
EQUIPO DE TRANSF.			

CONTROLE HGT		
HORA	RESULTADO INSULINA?	GLICOSE?
	→____UI	AMP.
	→____UI	AMP.
	→____UI	AMP.
	→____UI	AMP.
	→____UI	AMP.
	→____UI	AMP.
	→____UI	AMP.
	→____UI	AMP.
	→____UI	AMP.

VISTO ENFERMEIROS			DATA
MANHÃ	TARDE	NOITE	25/03/2020

Jaqueline

Aline Moreira C. Lima
COREN Fed 005-TE

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

CURATIVOS (GTM/TOT, AVC/FO/UPP/LESÕES TRAUM	M	T	N	SONDAS	M	T	N	MEDICAÇÕES	M	T	N
LUVA ESTÉRIL (PAR)				LUVA ESTÉRIL(par)				LUVA DE PROC(PAR)			
LUVA DE PROC(PAR)				LUVA PROC.(PAR)				SERINGA 1CC			
GAZE (PCT C/ 10)				GAZE (PCT C/10)				SERINGA 5cc			
MÁSCARA				SONDA ____Nº __				SERINGA 10cc			
COMPRESSA (UN)				SONDA ____Nº __				SERINGA 20cc			
ATAD. CREPOM				LIDOCAÍNA GEL				AGULHA 40X12			
SERINGA TAM. ___				SERINGA 20CC				AGULHA 25X7			
SF. 0,9% 100 ml				ABD(10ML)				ABD 10 ML			
SF. 0,9% 10 ml				COLETOR FECHADO				SF 0,9% 500ml			
CLOREX. AQUOSA(ML)				COLETOR ABERTO				SF 0,9%			
CLOREX. ALCOOLICA				AGULHA				SF 0,9%			
MICROPORE (CM)				CLOREX DEGERM.							
ESPARADRAPO(CM)				CLOREX AQUOSA				**DISP. URINÁRIO**	**M**	**T**	**N**
LÂMINA Nº ____				SF 0,9%. ____ML				PRESERVATIVO MASC.			
DERSANI (10 ml)				MÁSCARA				COLETOR ABERTO			
SAF- GEL (5gr)								MICROPORE (CM)			
SOLOSITE (5gr)				**PUNÇÃO**	**M**	**T**	**N**	LUVA PROC.(PAR)			
PURILON (5gr)				LUVA PROC. (PAR)				**LAVAGEM INTEST.**	**M**	**T**	**N**
DUODERM EF 10X10				JELCO Nº 18				EQUIPO MACRO			
DUODERM EF 15X15				JELCO Nº 20				LIDOCAINA GEL			
DUODERM CGF				JELCO Nº 22				MICROPORE (cm)			
KALTOSTAT				JELCO Nº 24				LUVA PROC.(PAR)			
CARBOFLEX				ATADURA CREPON							
AQUACEL TAM				EQUIPO MACRO				**EQUIPOS**	**M**	**T**	**N**
IV 3000				POLIFIX				**EQUIPO BIC DIETA**			
IRRIGAFIX				ALCOOL 70%(ML)				**EQUIPO BIC MED**			
				MICROPORE (cm)				EQUIPO DE TRANSF.			
				ESPARADRAPO (cm)							
ASS. RESPONSAVEL:				SCALP				[redacted]			
ASPIRAÇÃO	**M**	**T**	**N**	**SALIN./HIDRA./ HEP./DO CATETER**	**M**	**T**	**N**	HORA	RESULTADO INSULINA	GLICOSE?
SONDA DE ASPIRAÇÃO				SF 0,9% 10ml					→ ____UI	AMP.
GAZE (PCT C/ 10)				ABD (10ML)					→ ____UI	AMP.
SF.0,9% 10 ml				HEPARINA (1ML)					→ ____UI	AMP.
ABD				SERINGA TAM___					→ ____UI	AMP.
LUVA ESTÉRIL (par)				AGULHA Nº___					→ ____UI	AMP.
				LUVA ESTÉRIL (PAR)					→ ____UI	AMP.
OUTROS	M	T	N	OUTROS	M	T	N		→ ____UI	AMP.
									→ ____UI	AMP.
									→ ____UI	AMP.
ASS. TEC ATRIBUIDO **M**	ASS. TEC ATRIBUIDO **T**			ASS. TEC ATRIBUIDO **N**	VISTO ENFERMEIROS			DATA: / /			
				Viana	MANHÃ	TARDE	NOITE				

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

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Hospital Memorial
São Francisco

Paciente: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA** Idade: **25 anos**
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Reg.: **145260** Prontuário:
Unidade: **UNIDADE I**
Leito: **ENFERMARIA 101-B**
Admissão: **12/03/20 12:53** **5 dia(s) de internação**
Diag.: **M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebr**

17/03/2020 07:00 — Horários de Aplicação — 2156

DIETA LIVRE, Ao dia	D1	(SND)		
SORO FISIOLOGICO 0,9% - 500ML Uso: 01 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	D1	14:00	22:00	06:00
CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	D1	08:00	16:00	00:00
RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	D1	10:00	22:00	
DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	D1	12:00 06:00	18:00	00:00
METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.	D1	(SN)		
RIVAROXABANA 15MG comprimido ..... 1 comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única. 06H APÓS CIRURGIA.	D1	00:00		
	D1			
SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas	D1	14:00	22:00	06:00
CURATIVO, Ao dia	D1	08:00		
SVA, Se necessário	D1	(SN)		

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

CURATIVOS (GTM/TQT AVC/FO/UPP/LESÕES TRAUM	M	T	N	SONDAS	M	T	N	MEDICAÇÕES	M	T	N
LUVA ESTÉRIL (PAR)				LUVA ESTÉRIL(par)				LUVA DE PROC(PAR)	✓		
LUVA DE PROC(PAR)				LUVA PROC.(PAR)				SERINGA 1CC			
GAZE (PCT C/ 10)				GAZE (PCT C/10)				SERINGA 5cc			
MÁSCARA				SONDA ____Nº __				SERINGA 10cc	✓		
COMPRESSA (UN)				SONDA ____Nº __				SERINGA 20cc			
ATAD. CREPOM				LIDOCAÍNA GEL				AGULHA 40X12	✓		
SERINGA TAM. ___				SERINGA 20CC				AGULHA 25X7			
SF. 0,9% 100 ml				ABD(10ML)				ABD 10 ML	✓		
SF. 0,9% 10 ml				COLETOR FECHADO				SF 0,9% 500 ML	1		
CLOREX. AQUOSA(ML)				COLETOR ABERTO				SF 0,9%			
CLOREX. ALCOOLICA				AGULHA				SF 0,9%			
MICROPORE (CM)				CLOREX DEGERM.							
ESPARADRAPO(CM)				CLOREX AQUOSA				**DISP. URINÁRIO**	**M**	**T**	**N**
LÂMINA Nº ____				SF 0,9%. ____ML				PRESERVATIVO MASC.			
DERSANI (10 ml)				MÁSCARA				COLETOR ABERTO			
SAF- GEL (5gr)								MICROPORE (CM)			
SOLOSITE (5gr)				**PUNÇÃO**	**M**	**T**	**N**	LUVA PROC.(PAR)			
PURILON (5gr)				LUVA PROC. (PAR)				**LAVAGEM INTEST.**	**M**	**T**	**N**
DUODERM EF 10X10				JELCO Nº 18				EQUIPO MACRO			
DUODERM EF 15X15				JELCO Nº 20				LIDOCAINA GEL			
DUODERM CGF				JELCO Nº 22				MICROPORE (cm)			
KALTOSTAT				JELCO Nº 24				LUVA PROC.(PAR)			
CARBOFLEX				ATADURA CREPON							
AQUACEL TAM				EQUIPO MACRO				**EQUIPOS**	**M**	**T**	**N**
IV 3000				POLIFIX				**EQUIPO BIC DIETA**			
IRRIGAFIX				ALCOOL 70%(ML)				**EQUIPO BIC MED**			
				MICROPORE (cm)				EQUIPO DE TRANSF.			
				ESPARADRAPO (cm)							
ASS. RESPONSAVEL:				SCALP				[redacted]			

ASPIRAÇÃO	M	T	N	SALIN./HIDRA./ HEP./DO CATETER	M	T	N	HORA	RESULTADO INSULINA?	GLICOSE?
SONDA DE ASPIRAÇÃO				SF 0,9% 10ml					→ ____UI	AMP.
GAZE (PCT C/ 10)				ABD (10ML)					→ ____UI	AMP.
SF.0,9% 10 ml				HEPARINA (1ML)					→ ____UI	AMP.
ABD				SERINGA TAM___					→ ____UI	AMP.
LUVA ESTÉRIL (par)				AGULHA Nº___					→ ____UI	AMP.
				LUVA ESTÉRIL (PAR)					→ ____UI	AMP.
OUTROS	M	T	N	OUTROS	M	T	N		→ ____UI	AMP.
									→ ____UI	AMP.
									→ ____UI	AMP.

ASS. TEC ATRIBUIDO M	ASS. TEC ATRIBUIDO T	ASS. TEC ATRIBUIDO N	VISTO ENFERMEIROS		DATA: / /
			MANHÃ	TARDE	NOITE

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

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Hospital Memorial
São Francisco

Paciente:	SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA		Idade: 25 anos
Convênio:	SUS MUNICIPAL	Reg.: 145260	Prontuário:
Unidade:	UNIDADE I		
Leito:	ENFERMARIA 101-B		
Admissão:	12/03/20 12:53	5 dia(s) de internação	
Diag.:	M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com		

17/03/2020 16:42 Horários de Aplicação 2156

1) ALTA HOSPITALAR, A Tarde

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

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: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA** Registro: **145260** IH: **2**

Nascimento: **30/10/1994** **26 anos** Data Internação: **12/03/2020 12:53:10** Leito: **ENFERMARIA 101-B**

Turno: Tarde Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: PRÉ DE FRATURA DE TIBIA DIREITA+FIXADOR EXTERNO

Isolamento de contato: Não

Estado Geral: Bom Coloração da Pele: Normocorado

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas: NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSA E ALIMENTAR

Sinais Vitais

Temperatura: 36,2 °C Saturação O2: 98% Respiração: 19 RPM

Pressão Arterial: 100x80 Frequência Cardíaca: 63

Oxigênioterapia

Em O2 Ambiente

AR AMBIENTE

Acesso Venoso

Dieta

VO

LIVRE

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.:

Intestinais: PRESENTE

Aspectos:

HGT

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

PELE LIMPA E HIDRATADA

Medicações:

Intercorrência:

AS 13:45HRS ADMITO PCT ENCAMINHADA VIA REGULAÇÃO DO HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES A MESMA ESTÁ GESTANTE HÁ MAIS DE CINCO SEMANAS, CONSCIENTE E ORIENTADA EM O² AMBIENTE , NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES , AFERIDO SVV ESTAVÉIS , DIETA VIA ORAL BEM ACEITA , DIURESE ESPONTANEA EM APARADEIRA , COMUNICADO A NUTRIÇÃO DE SUA CHEGADA.
OBS: VINDO ANEXADO EM SEU PRONTUARIO AIH+PARECER OBSTETRICO+USG PELVICA+UMA PELICULA DE RX.

Maria dos Prazeres

COREN: 1370559 - MARIA DOS PRAZERES DA SILVA CLEMENTINO
12/03/2020 13:58:25

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

Hospital Memorial São Francisco

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

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA** Registro: **145260** IH: **2**

Nascimento: **30/10/1994** **26 anos** Data Internação: **12/03/2020 12:53:10** Leito: **ENFERMARIA 101-B**

Turno: **Diurno** Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **PACIENTE EM PRE OPERATORIO DE TIBIA D COM FIXADOR EX** Isolamento de contato: **Não**

Estado Geral: **Bom** Coloração da Pele: **Normocorado** Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSA E ALIMENTAR**

Sinais Vitais

Temperatura: **35,9 °C** Saturação O2: **97%** Respiração:

Pressão Arterial: **120x80** Frequência Cardíaca: **73**

Oxigênioterapia

Em O2 Ambiente

AR AMBIENTE

Acesso Venoso

Dieta

VO

LIVRE

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.:

Intestinais: **PRESENTE**

Aspectos:

HGT

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

PELE LIMPA E HIDRATADA

Medicações:

ADM MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA

Intercorrência:

AS 07HRS RECEBO PLANTÃO COM PCT EM PRE OPERATORIO DE TIBIA D COM FIXADOR EXTERNO, CONSCIENTE E ORIENTADA EM O² AMBIENTE , AFERIDO SVV SEM ANORMALIDADES , PELE LIMPA E HIDRATADA , DIETA VIA ORAL BEM ACEITA , DIURESE ESPONTANEA EM WC , HIGIENIZADA NO WC REALIZADO TROCA DE ROUPA DE CAMA E VESTES PESSOAIS , A MESMA SEGUE ESTAVÉL AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Maria dos Prazeres

COREN: 1370559 - MARIA DOS PRAZERES DA SILVA CLEMENTINO
13/03/2020 12:05:54

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

Hospital Memorial São Francisco

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

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA Registro: 145260 IH: 2
Nascimento: 30/10/1994 26 anos Data Internação: 12/03/2020 12:53:10 Leito: ENFERMARIA 101-B

Turno: Diurno Antecedentes:
Hipótese Diagnóstica PRÉ DE TIABIA D+FIXADOR EXTERNO Isolamento de contato:
Estado Geral: Bom Coloração da Pele Normocorado Nível de Consciência Consciente/Orientado
Alergias Medicamentosas NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSA E ALIMENTAR

Sinais Vitais
Temperatura: 36,2 °C Saturação O2 89% Respiração: 20 RPM
Pressão Arterial: 110x70 Frequência Cardíaca: 78

Oxigênioterapia
Em O2 Ambiente

Acesso Venoso
Periférico
JELCO HIDRATADO EM M

Dieta
VO

Eliminações Fisiológicas
Diurese: ESPONTÂNEA
Obs.:
Intestinais: AUSENTE
Aspectos:

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

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

Curativo:

Medicações:
MEDICAÇÃO VO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA.
ADM MEDICAÇÃO EV CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA.

Intercorrência:
AS 07:00H RECEBI O PACIENTE RESTRITA EM SEU LEITO, CONSCIENTE ORIENTADA EM O2 AMBIENTE, GESTANTE SSVV SEM ANORMALIDADES, REALIZADO BANHO DE ASPERSÃO+TROCA DE ROUPAS PESSOAS+LENÇOIS DE CAMA. SEGUE SEM ACESO MEDICAÇÃO VO. ACEITANDO DIETA VO, DIURESE PRESENTE ELIMINAÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS ATÉ O MOMENTO. AS 11:00H FOI ADM O DICLOFENACO SODICO VO POR MOTIVO DE DOR. AS 15:00H PACIENTE APRESENTOU DOR FOI ADM TRAMAL100MG EV CONFORME PRESCRIÇÃO E PERMANECER COM JELCO HIDRATADO PARA NECESSIDADE DE ADM DE MEDICAÇÃO EV POR ORDEM DA ENFERMEIRA DO HORARIO.

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

ÓREN: 648586 - KATIENE ALVES CRUZ PINHEIRO LUCEN
14/03/2020 09:40:5(

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: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA** Registro: **145260** IH: **2**

Nascimento: **30/10/1994** **26 anos** Data Internação: **12/03/2020 12:53:10** Leito: **ENFERMARIA 101-B**

Turno: **Manhã** Antecedentes: **NEGA**

Hipótese Diagnóstica: **PRÉ DE TÍBIA (D)+ FIXADOR.** Isolamento de contato: **Não**

Estado Geral: **Bom** Coloração da Pele: **Normocorado** Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSA E ALIMENTAR**

Sinais Vitais

Temperatura: **36,2 °C** Saturação O2: **89%** Respiração: **20 RPM**

Pressão Arterial: **110x70** Frequência Cardíaca: **78**

Oxigênioterapia

Em O2 Ambiente

EUPNEICA

Acesso Venoso

Dieta

VO

BOA ACEITAÇÃO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **ATÉ O MOMENTO**

HGT

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

ADM CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Intercorrência:

ÀS 7H RECEBI PACIENTE EM O² AMBIENTE, CONSCIENTE E ORIENTADA, COM FIXADOR EM TÍBIA D, NEGA ALERGIAS, COM ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, REALIZADO BANHO EM WC, FEITO HIGIENE DE LEITO, AFERIDO SSVV, MANTIDOS E PRESERVADOS, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Aline Moreira C. Lima
COREN-RN-754.005-TE

COREN: 754005 - ALINE MOREIRA CARDOSO
15/03/2020 12:34:57

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: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA — Registro: 145260 — IH: 2

Nascimento: 30/10/1994 — 26 anos — Data Internação: 12/03/2020 12:53:10 — Leito: ENFERMARIA 101-B

Turno: Noturno — Antecedentes: NEGA

Hipótese Diagnóstica: PACIENTE EM PRE DE TIBIA (D) COM FIXADOR, — Isolamento de contato: Não

Estado Geral: Bom — Coloração da Pele: Normocorado — Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas: NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSA E ALIMENTAR

Sinais Vitais

Temperatura: 36 °C — Saturação O2: 99% — Respiração: 20 RPM

Pressão Arterial: 120x80 — Frequência Cardíaca: 82

Oxigênioterapia

Em O2 Ambiente

Acesso Venoso

Periférico
EM MSD COMJELCO HID

Dieta

VO
BEM ACEITA

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA
Obs.: PRESENTE
Intestinais: AUSENTE
Aspectos: ATÉ O MOMENTO

HGT

Correção: — Correção:
Correção: — Correção:
Correção: — Correção:

Drenos

Data:
Tipo:
Local:
Aspecto:
Obs.:

Curativo:

Medicações:
PACIENTE APRESENTOU EPSÓDIO DE VÔMITO PORÉM ESTA GRAVIDA DE 2 MESES SUSPENSA AS MEDICAÇÕES POR ORDEM DO ENFERMEIRO DE PLANTÃO...

Intercorrência:
PACIENTE EM PRE DE TIBIA (D) COM FIXADOR, EM 02 AMBIENTE, SINAIS VITAIS VERIFICADOS, COM JELCO HID EM MSD. VIABILIZANDO MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO, DIURESE PRESENTE, SEGUE EM JEJUM APÓS CAFÉ PARA CIRURGIA AS 14H...

OREN: 588218 - JAQUELINE NICACIO DE OLIVEIRA SILV
15/03/2020 21:42:2

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

Registro: 145260 IH: 2

Paciente: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

Nascimento: 30/10/1994 26 anos Data Internação: 12/03/2020 12:53:10 Leito: ENFERMARIA 101-B

Turno: Diurno Antecedentes: NEGA

Isolamento de contato: Não

Hipótese Diagnóstica: PRÉ DE TÍBIA (D)+ FIXADOR.

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Estado Geral: Bom Coloração da Pele: Normocorado

Alergias Medicamentosas: NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSA E ALIMENTAR

Sinais Vitais

Temperatura: 36,8 °C Saturação O2: 97% Respiração: 20 RPM

Pressão Arterial: 120x80 Frequência Cardíaca: 72

Oxigênioterapia

Em O2 Ambiente

Acesso Venoso

-
S/ACESSO

Dieta

VO
boa aceitação

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA
Obs.: PRESENTE
Intestinais: AUSENTE
Aspectos: ATÉ O MOMENTO

HGT

Correção: Correção:
Correção: Correção:
Correção: Correção:

Drenos

Data:
Tipo:
Local:
Aspecto:
Obs.:

Curativo:
pele integra.

Medicações:
adm. conofrme prescrição medica.

Intercorrência:
ÀS 8H RECEBI PACIENTE EM O² AMBIENTE, CONSCIENTE E ORIENTADA. COM FIXADOR EM TÍBIA D, NEGA ALERGIAS. COM ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES. REALIZADO BANHO EM WC, FEITO HIGIENE DE LEITO. AFERIDO SSVV, MANTIDOS E PRESERVADOS, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

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

COREN: 60894 - EDNA CABRAL DE LIMA VIDIGAL
16/03/2020 10:17:2

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: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA** Registro: **145260** IH: **2**
Nascimento: **30/10/1994** **26 anos** Data Internação: **12/03/2020 12:53:10** Leito: **ENFERMARIA 101-B**

Turno: Diurno Antecedentes: NEGA
Hipótese Diagnóstica: POS DE FRATURA DE TIBIA D + TALA BOTA EM MID Isolamento de contato: Não
Estado Geral: Bom Coloração da Pele: Normocorado Nível de Consciência: Consciente/Orientado
Alergias Medicamentosas: NEGA

Sinais Vitais
Temperatura: 36,2 °C Saturação O2: 99%% Respiração: 18 RPM
Pressão Arterial: 120x80 Frequência Cardíaca: 56

Oxigênioterapia
Em O2 Ambiente
EUPNEICA

Acesso Venoso
Periférico
MSE 16/03

Dieta
VO
DIETA LIVRE LAXANTE COM ACEITAÇÃO PARCI/

Eliminações Fisiológicas
Diurese: ESPONTÂNEA
Obs.: AGUARDA
Intestinais: PRESENTE
Aspectos: PELA MANHÃ

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

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

Curativo:
REALIZADO PELA COMISSAO

Medicações:
AS 08:00 HRS ADM O ATB DE HORARIO IV CPM
AS 12:00 HRS ADM A MEDICACAO DE HORARIO IV CPM
AS 14:00 HRS AINSTALADO SF 0,9% 500ML IV CPM
AS 16:00 HRS ADM O ATB DE HORARIO IV CPM
AS 17:30 HRS PCTE REFERE DOR E NAUSEA, FOO ADM A MEDICACAO DE HORARIO IV CPM

Intercorrência:
AS 07:00 HRS RECEBO PLANTAO COM PCTE NO LEITO CONSCIENTE ORIENTADO EM O2 AMBIENTE, DIETA POR VO, SSVV ESTAVEIS , MANTENDO AVP EM MSE VIABILIZANDO A VH, ELIMINACOES FISIOLOGICAS ESPONTANEAS E PRESENTES, REALIZADO BANHO NO LEITO MAIS MASSAGEM DE CONFORTO E TROCA DE ROUPA DE CAMA.
AS 10:00 HRS REALIZADO MUDANCA DE DECUBITO NO LEITO
AS 18:00 HRS PCTE SAIU DE ALTA HOSPITALAR ACOMPANHADA DE FAMILIAR, LEVANDO CONSIGO SEUS PERTENCES PESSOAIS E RCEITUARIOS DE ALTA, RETIRADO AVP.

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

COREN: 1013377 - JOSE LAIRTE SABINO DA SILVA
17/03/2020 13:22:18

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 NUTRICIONISTA - DIÁRIA

Dados do Paciente

Paciente: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA** Registro: **145260** Nº Internação: **2**
Nascimento: **30/10/1994 26 anos** Data Internação: **12/03/2020 12:53:10** Leito: **ENFERMARIA 101-B**

INDICAÇÕES NUTRICIONAIS

PACIENTE ADMITIDA PARA TRATAMENTO CIRURGICO DE TIBIA D COM FIXADOR EXTERNO. NEGA CO-MORBIDADES. SEGUE TERAPIA NUTRICIONAL POR VIA ORAL. RECEBENDO DIETA LIVRE LAXANTE COM BOA ACEITAÇÃO. DIURESE PRESENTE. EVACUAÇÃO PRESENTE. OFERTAR LIQUIDOS.

Adriana de Queiroz Xavier
Nutricionista - CRN6-2257
Especialista em Nutrição Clínica

16/03/2020 08:23:49
CRN - 2257
ADRIANA DE QUEIROZ XAVIER

INDICAÇÕES NUTRICIONAIS

PACIENTE ADMITIDA PARA TRATAMENTO CIRURGICO DE TIBIA D COM FIXADOR EXTERNO. NEGA CO-MORBIDADES. SEGUE TERAPIA NUTRICIONAL POR VIA ORAL. RECEBENDO DIETA LIVRE LAXANTE COM ACEITAÇÃO PARCIAL. PACIENTE RELATANDO ENJOO. DIURESE PRESENTE. EVACUAÇÃO PRESENTE. OFERTAR LIQUIDOS.

Adriana de Queiroz Xavier
Nutricionista - CRN6-2257
Especialista em Nutrição Clínica

17/03/2020 08:24:55
CRN - 2257
ADRIANA DE QUEIROZ XAVIER

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

Hospital Memorial São Francisco

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

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA**

Nascimento: **30/10/1994** **26 anos** Data Internação: **12/03/2020 12:53:10** Registro: **145260** IH: **2**

Leito: **ENFERMARIA 101-B**

Turno: Tarde Antecedentes: NEGA

Hipótese Diagnóstica: PRÉ DE TÍBIA (D)+ FIXADOR.

Estado Geral: Bom Coloração da Pele: Normocorado

Isolamento de contato: Não

Alergias Medicamentosas: NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSA E ALIMENTAR

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Sinais Vitais

Temperatura: 36,9 °C Saturação O2: 91%% Respiração: 20 RPM

Pressão Arterial: 111x70 Frequência Cardíaca: 80

Oxigênioterapia

Em O2 Ambiente

EUPNEICA

Acesso Venoso

Periférico

EM MSD DE 14/03

Dieta

VO

LIVRE LAXANTE

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.: PRESENTE

Intestinais: AUSENTE

Aspectos: ATÉ O MOMENTO

HGT

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

MANTEEM FIXADOR EXTERNO

Medicações:

SEM MEDICAÇÕES PRESCRITA NO HORARIO

Intercorrência:

PACIENTE JOVEM EM PRÉ DE TÍBIA (D)+ FIXADOR , CONSCIENTE E ORIENTADA EM 02 AMBIENTE AFERIDO SSVV SEM ANORMALIDADES DIETA LIVRE LAXANTE POR VO , MANTENDO AVP EM MSD COM HV POR GRAVIDADE, MANTENDO FIXADOR EXTERNO EM MID , ELIMINAÇOES FIS. ESPONTANEAS REALIZADO CCGG , SEGUE SEM QUEIXAS.

Marcellane Gomes do Nascimento Souza
COREN-RN 691021-TE

COREN: 691021 - MARCELIANE GOMES DO NASCIMENTO SOUZA
15/03/2020 16:48:58

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

Hospital Memorial São Francisco

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

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA** Registro: **145260** IH: **2**

Nascimento: **30/10/1994** **26 anos** Data Internação: **12/03/2020 12:53:10** Leito: **ENFERMARIA 101-B**

Turno: Noturno Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: PRÉ DE TIABIA D+FIXADOR EXTERNO

Isolamento de contato:

Estado Geral: Bom Coloração da Pele: Normocorado

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas: NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSA E ALIMENTAR

Sinais Vitais

Temperatura: 36,5 °C Saturação O2: % Respiração: 18 RPM

Pressão Arterial: 110x60 Frequência Cardíaca:

Oxigênioterapia

Em O2 Ambiente

Acesso Venoso

Periférico

JELCO HIDRATADO.

Dieta

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.: PRESENTE

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

HGT

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

ADM TODAS MEDICAÇOES NO HORARIO CONFORME PRESCRIÇAO MEDICA.

Intercorrência:

19H,RECEBO PLANTAO COM CLIENTE SEM QUEIXAS NO HORARIO,AFERIDOS SSVV,ACEITA BEM A DIETA VO,REALIZADO TROCA DE FRALDAS SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

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

COREN: 346940 - MARIA APARECIDA BARBOSA
14/03/2020 23:24:39

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: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

Nascimento: 30/10/1994 26 anos Data Internação: 12/03/2020 12:53:10 Registro: 145260 IH: 2

Leito: ENFERMARIA 101-B

Turno: Noturno Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica PACIENTE EM PRE OPERATORIO DE TIBIA D COM F Isolamento de contato:

Estado Geral: Bom Coloração da Pele Normocorado Nível de Consciência Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSA E ALIMENTAR

Sinais Vitais

Temperatura: 36,7 °C Saturação O2 96% Respiração: 20 RPM

Pressão Arterial: 120x80 Frequência Cardíaca: 75

Oxigênioterapia

Em O2 Ambiente

Acesso Venoso

Central

Dieta

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.:

Intestinais: PRESENTE

Aspectos:

HGT

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

ADM MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA

Intercorrência:

AS 19:08 HRS RECEBO PACIENTE JOVEM DE 25 ANOS EM PRE OPERATORIO DE TIBIA D COM FIXADOR EXTERNO, CONSCIENTE E ORIENTADA EM O² AMBIENTE , AFERIDO SVV SEM ANORMALIDADES , DIETA VIA ORAL BEM ACEITA , DIURESE ESPONTANEA SEGUE ESTAVEL AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Francisca Goreti Henrique Gomes

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

Francisca Goreti H Gomes

OREN: 571216 - FRANCISCA GORETE HENRIQUE GOME

13/03/2020 20:06:49

CONFERE COM ORIGINAL
EM,____/____/____

Hospital Memorial São Francisco

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

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA** Registro: **145260** IH: **2**

Nascimento: **30/10/1994** **26 anos** Data Internação: **12/03/2020 12:53:10** Leito: **ENFERMARIA 101-B**

Turno: **Noturno** Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **PACIENTE EM PRE OPERATORIO DE TIBIA D COM FIXADOR EX** Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom** Coloração da Pele: **Normocorado** Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSA E ALIMENTAR**

Sinais Vitais

Temperatura: **36,7 °C** Saturação O2: **92%** Respiração: **RPM**

Pressão Arterial: **120x80** Frequência Cardiaca: **68**

Oxigênioterapia

Em O2 Ambiente

Acesso Venoso

-

S/ACESSO

Dieta

VO

ACEITANDO.

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.:

Intestinais: **PRESENTE**

Aspectos:

HGT

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

Intercorrência:

PACIENTE SEM QUEIXAS NO MOMENTO, ADM MEDICAÇÕES DE HORARIO, ACEITANDO DIETA OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLOGICAS PRESENTES, AFERIDO SSVV, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

THAZIA

COREN: 670726 - THAZIA JANIELE DOS SANTOS SILVA
12/03/2020 19:37:05

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

CLÍNICA OITAVA ROSADO

Laudo Médico

Shyslene Colene Pereira de Lima - 25 anos

Data do Acidente: 20/02/2020

Paciente sofreu acidente motociclístico que resultou em fratura de maléolo (bimalleolar) lateral direito. Cirurgia corretiva.

Atualmente refere dor e perda de 50% de flexão plantar.

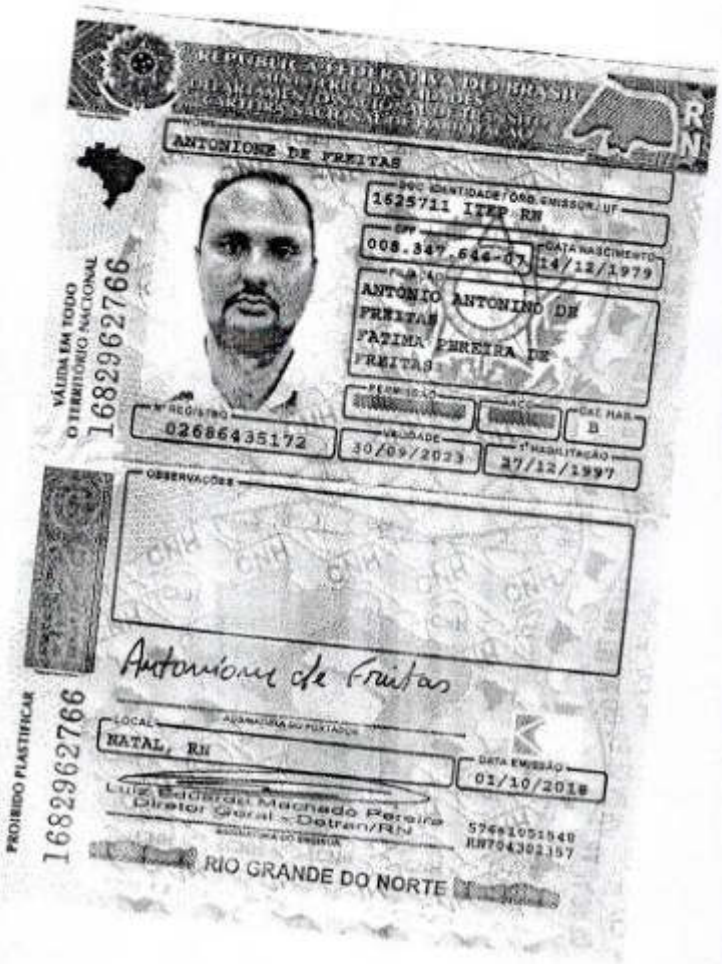
T93

Alta médica

Dr. Tiago Andrade Rodrigues
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 5224

Dr(a):

Data: 18/09/2020



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTOS ESTADUAIS DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

RN

ANTONIONE DE FREITAS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 1625711 ITEP RN

CPF: 008.347.646-07

DATA NASCIMENTO: 14/12/1979

FILIAÇÃO: ANTONIO ANTONINO DE FREITAS
FATIMA PEREIRA DE FREITAS

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.: B

Nº REGISTRO: 02686435172

VALIDADE: 30/09/2023

1ª HABILITAÇÃO: 27/12/1997

OBSERVAÇÕES

Antonione de Freitas

LOCAL: NATAL, RN

ASSINATURA DO PORTADOR

DATA EMISSÃO: 01/10/2018

Luiz Eduardo Machado Pereira
Diretor Geral - Detran/RN

574810515-49
RN704302157

RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1682962766

PROIBIDO PLASTIFICAR

1682962766

18 ABR 2019

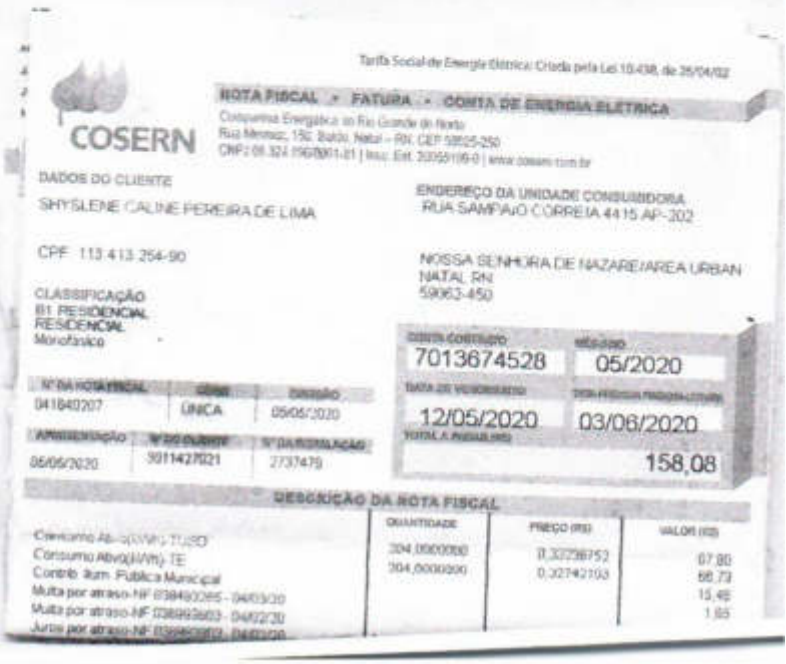
PROT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA
DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF: 2965237 SSP RN
CPF: 113.413.254-90
DATA NASCIMENTO: 30/10/1994
FILIAÇÃO: EDSON DE LINA
ROSILENIDE DA ROCHA PEREIRA
PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB. AB
Nº REGISTRO: 06699193615
VALIDADE: 11/09/2021
1ª HABILITAÇÃO: 12/09/2016
OBSERVAÇÕES: A
LOCAL: NATAL, RN
DATA EMISSÃO: 17/10/2017
Laticie Maria Galvão Gomes
Coordenador de Registro de Condutores
69971535313
RN702707387
RIO GRANDE DO NORTE
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1484842370
PROIBIDO PLASTIFICAR
1484842370

CAIXA
POUPANÇA
débito
603689 0010 75493 3539
10/24
SHYSLENE CALINE P DE LIMA
0034 013 00068108-0
mastercard

COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE
BOAT Nº 104792
DATA: 30/03/2020
PLACA:
Solicitação de Boletim através de e-mail:
cpre5setordetrafego@hotmail.com
Sede do CPRE: Av. Cap. Mor Gouveia, 524
Sugestões, reclamações e dúvidas acessar:
CPRE Setor de Tráfego (84) 3232.1514



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

COSERN

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mossoró, 152, Bairro Natal – RN, CEP 59025-250
CNPJ: 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055109-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA
CPF 113.413.254-90
CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SAMPAIO CORREIA 4415 AP-202
NOSSA SENHORA DE NAZARE/AREA URBAN
NATAL RN
59063-450

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7013674528	05/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PARA LEITURA
12/05/2020	03/06/2020
TOTAL A PAGAR (R$)	
	158,08

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
041840207	ÚNICA	05/05/2020

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
05/05/2020	3011427021	2737479

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh) - TUSD	304,0000000	0,22298752	67,80
Consumo Ativo(kWh) - TE	304,0000000	0,22142103	66,73
Contrib Ilum. Publica Municipal			15,46
Multa por atraso-NF 038490295 - 04/03/20			1,85
Multa por atraso-NF 038993603 - 04/02/20			
Juros por atraso-NF 038993603 - 04/02/20			

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0173685/20

Vítima: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

Data do acidente: 20/02/2020

CPF: 113.413.254-90

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIONE DE FREITAS : 008.347.644-07

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

SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA : 113.413.254-90

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 23/06/2020	Data do cadastramento: 23/06/2020
Nome: ANTONIONE DE FREITAS	Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 008.347.644-07	CPF: 017.593.304-93
ANTONIONE DE FREITAS	ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

PROCURAÇÃO

Outorgante:

SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA, brasileiro (a), estado civil SOLTEIRA, profissão PROMOTORA, residente e domiciliado à Rua SAMPAIO CORREIA, Nº 4415 - APTO 02, Bairro N.S NAZARÉ, Município de NATAL, Estado de (o) RIO GRANDE NORTE, CEP 59, portador (a) do RG nº 2965237 SSP/ RN e CPF nº 113413254-90.

Outorgado:

ANTONIONE DE FREITAS, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão NÃO DECLARA, residente e domiciliado à Rua TRAV. GUMERCINDO SARAIVA, Nº 7-1, Bairro PASCOAL, Município de NATAL, Estado de (o) RIO GRANDE NORTE, CEP 59.122.740, portador (a) do RG nº 026 864 351 72, SSP/ RN e CPF nº 008 347 644-07.

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. (a) SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA, ocorrido em 20/02/2020, 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, 19 de Junho de 2020

6º OFÍCIO DE NOTAS

X SHYSLENE CALINE P. DE LIMA

Outorgante

CPF Nº 113 413 254-90

OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade verdadeira.

6º OFÍCIO DE NOTAS

Reconheço a firma de SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA por AUTENTICIDADE pelo registro existente e comparecimento a esta Serventia

Natal, 19 de Junho de 2020 11:45:35

Em testemunho ____ da verdade

João Bruno de Almeida - Escrevente

Selo Digital: RN20200093989001623 0VMI

Confira a autenticidade: https://selodigital.tjrn.jus.br

AB625141

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0173685/20

Vítima: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

Data do acidente: 20/02/2020

CPF: 113.413.254-90

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIONE DE FREITAS : 008.347.644-07

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

SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA : 113.413.254-90

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 23/06/2020	Data do cadastramento: 23/06/2020
Nome: ANTONIONE DE FREITAS	Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 008.347.644-07	CPF: 017.593.304-93
ANTONIONE DE FREITAS	ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200224313 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA **Data do acidente:** 20/02/2020 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: @44 - LAUDO MÉDICO - VALORAÇÃO.
PÁG. 2/15 _CIRURGIA

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**