

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



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

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



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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 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 442/2012

5 - Nome completo: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA 6 - CPF: 113413254-90
7 - Profissão: PROMOTORA 8 - Endereço: Rua. São João CORDEIA 9 - Número: 4415 10 - Complemento: AP. 202
11 - Bairro: M.S. NAZARE 12 - Cidade: NATAL 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.062-450
15 - E-mail: (84) 98833-6586

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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): ☐ Itaú (341) ☐ Bradesco (237) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0034 CONTA: 00068108 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 necessária, da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Caso 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 rasatura (ou rasuras)? ☐ 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 comprovarem 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.

ASSINATURAS

34 - Assinatura do titular do veículo ou do representante legal do veículo: 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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 104792

1 - LOCAL E DATA

Local AV. FELIZARDO FIRMINO MOURA Bairro QUINTAS
Cidade/UF NATAL - RN P.Ref. CONPAC
Data 30/03/2020 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
☒ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outros(s) _____

3 - VEICULO 01 :

Placa ou Chassi QGE4H67 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 J. GARO Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 11341325490 CNH Nº 06699193615 Validade 11 / 05 / 2031 Categoria AB
Local de Trabalho AUTÔNOMO Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEICULO 02 :

Placa ou Chassi QGR-2054 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. FIAT/FIRED Cor BRANCA Ano 2018 / 2018
Proprietário GENTIL NEGÓCIOS PARTIC. SOCIETARIAS LTDA Nº de Ocupantes 01
Condutor FABIO HENRIQUE DE SOUZA Data de Nasc. 19/08/1979
Endereço RUA DE TROVAKIS Nº 26 Fone 98835-3690
Bairro GUARAPES Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 03370416441 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. FELIZARDOS FIRMINO MOURA

Em que sentido?

QUINTAS / IGAPU

Em que faixa? (ESQUERDA) DIREITA

Versão do condutor

ALGAS QUE TRAFEGAVAM NORMALMENTE NA VIA CITADA QUANDO O V-2 PAROU DEVEZ O V-1 TENTOU DESVIAR MAIS NÃO TEVE COMO EVITAR A COLISÃO

Assinatura do condutor V1:

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava?

AV. FELIZARDOS FIRMINO MOURA

Em que sentido?

QUINTAS / IGAPU

Em que faixa?

DIREITA

Versão do condutor

ALGAS QUE TRAFEGAVAM NORMALMENTE NA VIA CITADA QUANDO O SEMÁFORO FECHADO O V-2 ESTAVA PARADO SÓ SENTIU O IMPACTO NA TRASEIRA DO SEU VEÍCULO.

Assinatura do condutor V2:

Filipe

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

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

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

UIN 45

JGA 10

←

△

→

→

AV. FELIZ 2000 FERNANDO MOURA

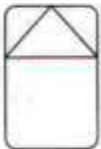
COMUNIDADE DO MOSQUITO

COMPANH

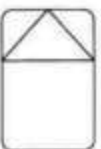
10 - AVARIAS VISUALIZADA PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

STRIBO L. DIREITO E ESQUERDA E
PINTURA AVARIADA.

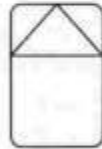


AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 2

LANTERNA TRASEIRA E PNEU
TRASEIRA.



AVARIAS DO VEÍCULO 4



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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 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 SUSER Nº 945/2012

5 - Nome completo: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA 6 - CPF: 113413254-90
7 - Profissão: PROMOTORA 8 - Endereço: RUA SAM PAIO CORDEIA 9 - Número: 4415 10 - Complemento: AP. 202
11 - Bairro: M.S. NUNES 12 - Cidade: NATAL 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.062-450
15 - E-mail: (84) 98933-6586

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0034 CONTA: 00068108 0

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 exigências da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por terceiro, 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, desde que não discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau da 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: Fallecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Fallecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura do declarante

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: NATAL RN 23.06.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

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

CNES: 2653923
CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **138825 SHYSLINE CALINE PEREIRA DE LIMA**

CNS: _____ Nascimento: 30/10/1994

Sexo: Feminino

Prontuário: 1194311

Mãe: ROSILENE DA ROCHA PEREIRA

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

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

() Acidente de Trabalho Trajeto

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____

Série: _____

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____

CBOR: _____

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Orgão Emissor: _____

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

Número da Autorização:

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





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 PEREIRA

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

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*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: ____: ____



EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

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

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

0- DATA
25/02/2020

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

2- CNES
3515168

4- CNES
3515168

5- PACIENTE
SHYSLINE CALINE PEREIRA DE LIMA

6- NUMERO DO PRONTUÁRIO
168941

7- CARTÃO 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 MÃE
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- MUNICÍPIO
NATAL

17- BAIRRO
N.S. DE NAZARE

18- UF
RN

19- CEP
59062 450

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Justificativa de internação

Transtorno de ansiedade generalizada

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Transtorno de ansiedade

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

TC + D

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento Solicitado

28- CLÍNICA

29- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30- DOCUMENTO

31- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

32- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

33- ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

34- () AC. TRÂNSITO

35- () AC. TRABALHO TIPO

36- () AC. TRABALHO TRAJECTO

37- CNPJ DA SEGURADORA

38- N° DO BILHETE

39- SÉRIE

40- CNPJ DA EMPRESA

41- CNAE DA EMPRESA

42- CBOR

43- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

44- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Autorização

45- COD. ORGÃO EMISSOR

46- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47- DOCUMENTO

() CNS () CPF

48- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49- DATA DA AUTORIZAÇÃO

50- ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

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



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA CIRURGICA		REGULAÇÃO WALFREDO GURGEL		OBS
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		PROFISSÃO		
SOLTEIRA		PROMOTORA		
ENDEREÇO (RUA, Nº)				
RUA SAMPAIO CORREIA, 4415, AP-202				
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF	CEP	
NATAL	N.S. DE NAZARE	RN	59062 450	
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE	
FILIAÇÃO		EDSON DE LIMA		
ROSILEIDE DA ROCHA PEREIRA				
RESPONSÁVEL			TELEFONE	
DEYVISSON RODRIGUES VARELA *			991594465	
ENDEREÇO				
113 413 254 90				
DIAGNOSTICO PROVISÓRIO				
DIAGNOSTICO DEFINITIVO				
FRATURA DE CILIO HIPÓFISE				

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

OBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

Tram na Unidade (), Parnamirim RN
A Unidade recebeu
No dia 25/02/2020, paciente com trauma
sem lesões ósseas
Paciente recebeu 14 G.O.
Ramon Almeida, M.D.
Ortopedia e Traumatologia
CRM - RN

HRDML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Parnamirim-RN, 20/10/2020
Mat. 1558005



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 021 w4

NOME: SHYLLINE CAIUE PEREIRA DE LIMA

IDADE: 30/10/94 COR: parda SEXO: Fm ESTADO CIVIL: Solteira

NATURALIDADE: RN PROFISSÃO: Agente de Saúde PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: Av. Siqueira Albuquerque, 1575 BAIRRO: Nova S. Maria

CIDADE: Natal DATA: 23/05/20 HORA: 19:50

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

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

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

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

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. 20/03/2020
Cue Mat. 1558005

PACIENTE: SHYSELENE CALINE PEREIRA DE LIMA

DATA: 03.03.20

AD.: 23/02/20

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 24/02/20)	12	18	24	06
4	SSV CCGG				

EVOLUÇÃO:

1^o mot de fric. estabil.
 Prescritos: Amoxicilina 1^o Hosp. Parnamirim

Dr. Fábio S. Serrão A Freire
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 103416



Nome: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

Endereço: Rua Sampaio Correia nº1595, N. Senhora de Nazaré

Cidade: Natal

Estado Civil: Solteira

Médico Solicitante: Drº Fabio Freitas

Data: 25/02/2020

CNS: 704.8055.5716.1740

CEP: 59.062-450

Idade: 30/10/1994

ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL.

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

Exame realizado em modo B-Mode, com equipamento marca PHILIPS, modelo AFFINITY 50, com sonda convexa, multifrequencial.

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 porção fúndica da cavidade uterina medindo 0,5 cm.

Dimensões uterinas:

Diâmetro longitudinal: 8,4 cm

Diâmetro ântero-posterior: 4,9 cm

Diâmetro látero-lateral: 5,7 cm

Volume uterino: 121 cm³ (N= 25 a 90 cm³).

ÂNEXOS: 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

CRM: 4893

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Paciente: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA**

Registro: **145260**

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 saída: **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

Hospital Memorial de Natal

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

Data: 12/03/2020 13:53

FICHA DE INTERNAMENTO

Dados do Paciente

Paciente: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA**

Num. RG: **2965237**

CPF: **113.413.254-90**

Nascimento: **30/10/1994**

26 anos Sexo: **Feminino**

Registro: **145260**

Est. Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **SAMPAIO CORREIA - DE 3849/3850 A 3951/39**

N.: **4415**

Bairro: **NOSSA SENHORA DE NAZARÉ**

CEP: **59062450**

Fone: **84988277587**

Cidade: **NATAL**

UF: **RN**

Mãe: **ROSILEIDE DA ROCHA PEREIRA**

Profissão:

Dados do Internamento

Num. Internamento: **2**

Entrada: **12/03/2020 12:53**

Previsão saída: **14/03/2020 17:00**

Atendente: **JAILMAMA**

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Matrícula/CNS: **704805557161740**

CRM: **6963**

ENFERMARIA 101-B

Médico: **Dr. FILIPPI RANIERI ALVES**

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: _____

MedicWare

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

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

Página

Dados do Paciente

Paciente: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA** Registro: **145260**
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 saída: **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 explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

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

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

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

Código Solicitação: 330743914

Número AIH: 242010023265-0

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:

HOSPITAL MEMORIAL

Unidade Executante:

HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL

Central Reguladora

NATAL

Data de Solicitação

13.03.2020 - 07:55:32

Data de Autorização

13/03/2020 - 08:20:30

Data de Reserva

14.03.2020

Data de Internação

13.03.2020

Data Prevista de Alta

28.07.2047

Data de Alta

18/03/2020 - 08:58:23

Motivo da Alta

1.2 ALTA MELHORADO

CNES:

2408252

CNES:

2408252

Município Executante

NATAL

Operador

08243509445ANDRIKELLY

Operador

ADRIANOMAGNO

Operador

ANDRIKELLYMORAIS

Operador

ANDRIKELLYMORAIS

DADOS DO PACIENTE

CNS:

704805557161740

Nome do Paciente

SHYSLERNE CALINE PEREIRA DE LIMA

Nome da Mãe

ROSILEIDE DA ROCHA PEREIRA

Sexo:

FEMININO

Data de Nascimento:

30/10/1994 (25 anos)

Tipo Logradouro:

TRAVESSA

Número:

15

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(84) 3213-0854 • (84) 98734-4685 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:

SHYSLERNE

Naturalidade:

NATAL - RN

Raça:

PARDA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

BARAO DE MAUA

Bairro:

BOM PASTOR

Município de Residência:

NATAL

Complemento:

CEP:

59060-225

UF:

RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

12411337434

CPF do Médico Executante:

12411337434

Diagnóstico Inicial - CID:

S826 - FRATURA DO MALÉOLO LATERAL

Caráter

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

Nome do Médico Solicitante:

EDUARDO LOPES DE SANTANA

Nome do Médico Executante:

EDUARDO LOPES DE SANTANA

Status da Solicitação:

APROVADA

Classificação de Risco

Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível

Clínica Complementar:

Nenhuma

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 FÍSICO

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:

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

Data da Extração dos Dados: 19/03/2020 09:14:26



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

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE	S. Henrique C. P. Lima		6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL/SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
704805557161740	30/10/1994	F	
11 - TELEFONE DE CONTATO			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)	Rua Sampaio Cavalcanti, 4315 Apto 202		
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP
Natal	Nazaré	RN	59062-450

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Dor, edema e hiperemia periorbitária - mol do tornozelo D. gôr - baneira			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
+ W. cirúrgico			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
Bx de tornozelo D. AP/P			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS
Exatoma			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AHH)
17 - DT. AUT. / /	51 - DT. AUT. / /	55 - Nº DE AVALIAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AHH)
18 - CNS / CPF		
9 - 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



Hospital Memorial
São Francisco

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: SHYSLNE 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

0408050578

0408060190

Cirurgia realizada

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: EDUARDO LOPES DE SANTANA

CRM

2156

Anestesiologista: ESAU BARBOSA MAGALHÃES FILHO

1163

Instrumentador: patricia

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:ASSEPSIA 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, 1 / 1 / 1

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

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**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

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

Isolamento de contato: **Não**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Sinais Vitais

Temperatura: **36,2 °C**

Saturação O2: **98%**

Respiração: **19 RPM**

Pressão Arterial: **100x80**

Frequência Cardíaca: **63**

Oxigenioterapia

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 ESTÁVEIS, 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

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____

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



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**

Oxigenioterapia

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 SEQUE ESTAVEL AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Maria dos Prazeres

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

COREN: 1370559 - MARIA DOS PRAZERES DA SILVA CLEMENTINO

13/03/2020 12:05:54

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: Normocorada

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas: NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSA E ALIMENTAR

Oxigenioterapia:

Em O2 Ambiente

Sinais Vitais

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

Pressão Arterial: 110x70 Frequência Cardíaca: 78

Eliminações Fisiológicas:

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.:

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

Acesso Venoso

Periférico

JELCO HIDRATADO EM N

Dieta

VO

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+LENCOIS DE CAMA, SEGUE SEM ACESO MEDICAÇÃO VO, ACEITANDO DIETA VO, DIURESE PRESENTE ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS 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 TRAMAL 100MG 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

OREN: 648586 - KATIENE ALVES CRUZ PINHEIRO LUCEN

14/03/2020 09:40:50

CONFERE COM ORIGINAL
EM, / /

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **SHYSLNE 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**

Acesso Venoso

Dieta

VO

BOA ACEITAÇÃO

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

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.

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

EUPNEICA

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **ATÉ O MOMENTO**

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Aline Moreira Lima
COREN-RN-754.005-TE

COREN: 754005 - ALINE MOREIRA CARDOSO

15/03/2020 12:34:57

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: Normocorada

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas: NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSA E ALIMENTAR

Sinais Vitais

Temperatura: 36 °C

Saturação O2: 99%

Respiração: 20 RPM

Oxigenioterapia:

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: 120x80

Frequência Cardíaca: 82

Acesso Venoso

Periférico

EM MSD COM JELCO 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.:

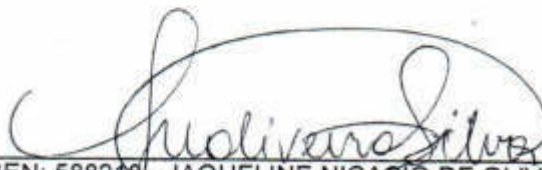
Curativo:

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 O2 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 NICÁCIO DE OLIVEIRA SILV.
15/03/2020 21:42:2

Dados do Paciente

Registro: 145260

IH: 2

Paciente: SHYSLNE 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

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

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

Acesso Venoso

S/ACESSO

Dieta

VO

boa aceitação

Isolamento de contato: Não

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

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. conforme 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
Natal/RN

COREN: 60894 - EDNA CABRAL DE LIMA VIDIGAL
16/03/2020 10:17:21

CONFERE COM ORIGINAL

EM, _____/_____/_____/_____ Página 1 / 1

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****Oxigenioterapia****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.**COREN: 1013377 - JOSE LAIRTE SABINO DA SILVA
17/03/2020 13:22:18**HOSPITAL MEMORIAL**
SÃO FRANCISCOAv. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN**CONFERE COM ORIGINAL**EM:

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 - CRN 6-2257
Especialista em Nutrição

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 - CRN 6-2257
Especialista em Nutrição

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**

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: **NEGA**

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

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

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

Sinais Vitais

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

Pressão Arterial: **111x70** Frequência Cardíaca: **80**

Acesso Venoso

Periférico

EM MSD DE 14/03

Dieta

VO

LIVRE LAXANTE

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

EUPNEICA

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.:

MANUTENÇÃO:

MANTENEM FIXADOR EXTERNO

Medicações:

SEM MEDICAÇÕES PRESCRITA NO HORARIO

Intercorrência:

**PAÇIENTE JOVEM EM PRÉ DE TÍBIA (D)+ FIXADOR, CONSCIENTE E ORIENTADA EM O2 AMBIENTE AFERIDO SSVV SEM ANORMALIDADES
DIETA LIVRE LAXANTE POR VO, MANTENDO AVP EM MSD COM HV POR GRAVIDADE, MANTENDO FIXADOR EXTERNO EM MID,
ELIMINAÇÕES FIS. ESPONTANEAS REALIZADO CCGG, SEGUE SEM QUEIXAS.**

Marceliane Gomes do Nascimento Souza
COREN-RN 691021-TE

COREN: 691021 - MARCELIANA 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, ____/____/____

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**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

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

Sinais Vitais

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

Pressão Arterial: **110x60** Frequência Cardíaca:

Acesso Venoso

Periférico

UELCO HIDRATADO

Dieta

VO

IGT

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

ADM. TODAS MEDICAÇÕES NO HORARIO CONFORME PRESCRIÇÃO 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

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

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: SHYSLNE 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

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Acesso Venoso

Central

Dieta

VO

HGT

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.:

Intestinais: PRESENTE

Aspectos:

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.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

cep: 59022-020 - Natal/RN

Francisca Gorete Henrique Gomes
OREN: 571216 - FRANCISCA GORETE HENRIQUE GOMES ORIGINAL

13/03/2020 20:06:48

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 Cardíaca: **68**

Oxigenioterapia

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 FISIOLÓGICAS PRESENTES. AFERIDO SSVV. SEQUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

HAZIA

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 OTÁVIA ROSADO

Laudo Físico

- # Shylerne Colene Peres de Lencastre - 25ans
- # Data do Atendimento: 20/02/2020
- # Perante exame auditivo notificado que
resultou em falha de audição (bilateral)
lateral direita. Audição esquerda.
- # Aludido refere dor e perda de
50% de flexão plantar.

T93

Alto

Dr. Tiago Andrade Rodrigues
Otorrinolaringologista
CRM 5224

Data: 18/02/2020

MOSSORÓ:
Rua Juvenal Lamiartine, 119
Centro
Fones: (84) 3315-6900 / 3315-6901
9.8866-6069

BARAÚNA:
Rua Expedito Alves, S/N
Centro

SERRA DO MEL:
R. Col. Severiano Lázaro da Costa, 221A
Vila Brasília
Fone: (84) 9.8782-0474

ASSU:
Av. Senador João Câmara, 1304
Centro

PARNAMIRIM:
Av. Bella Parnamirim, 880
Vila Nova

NATAL:
Av. Presidente Medice, 256
Igapo - Zona Norte