

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: SHYSENE 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

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

113413254-90

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

5 - Nome completo:

SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

6 - CPF:

113413254-90

7 - Profissão:

Promotora

8 - Endereço:

RUA: SSM PAIO CORNEIA

9 - Número:

4415-

10 - Complemento:

AP. 202

11 - Bairro:

M.S. NARARE

12 - Cidade:

NATAL

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

57.062-450

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDO):

(89) 98833-6586

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

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/TUTU) CONTA POUPANÇA (Indique para os bancos abaixo, assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0034

CONTA:

00068108 0

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo à 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 que sou apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, à custa 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, discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

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

28 - Vítima:

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: _____

Falecidos: _____

30 - Vítima deixou

residuo/vivessos? _____

 Sim Não

31 - Vítima

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: _____

Falecidos: _____

33 - Vítima deixou

pais/avós/vovós? _____

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

34

Suplentes
devidamente
informados
sobre a
condição
de beneficiário

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

NATAL RN 23.06.2020

X SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOAT 104792

1 - LOCAL E DATA

Local AV. FELIZARDO FIRMINO MOURA Bairro QUINTAS
Cidade/UF NATAL - RN P.Ref. CONPAL
Data 30/03/2020 Hora do acidente 09:00 Hora do registro 09:30 Dia da semana QUINTA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> - Colisão Frontal | <input type="checkbox"/> - Colisão Lateral | <input type="checkbox"/> - Capotamento | <input type="checkbox"/> - Atropelamento |
| <input checked="" type="checkbox"/> - Colisão Posterior | <input type="checkbox"/> - Colisão Transversal | <input type="checkbox"/> - Choque | <input type="checkbox"/> - Outros(s) _____ |

3 - VEÍCULO 01 :

Placa ou Chassi QGE 4H67 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. HONDA / CE 125 Cor PRETA Ano 2015 / 2019
Proprietário SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA Nº de Ocupantes 01
Condutor (RVA) AV. PROPRIA Data de Nasc. 30/10/1994
Endereço J. GABO Cidade NATAL UF RN
Bairro CIDADE AUTÔNOMA Nº 1800 Fone 99159-9466
CPF Nº 113 913 254 90 CNH Nº 06699193615 Validade 11/05/2021 Categoria AB
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02 :

Placa ou Chassi AGR-2054 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. FIAT / FIATINO Cor BRANCA Ano 2018 / 2018
Proprietário GENTIL NEGÓCIOS PARTIC. SOCIEDADES LTDA Nº de Ocupantes 01
Condutor FÁBIO HERIRIQUE DE SOUZA Data de Nasc. 19/08/1979
Endereço RUA PETRÓPOLIS Nº 26 Fone 98885-3690
Bairro GUARAPES Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 033 704 164 43 CNH Nº 037066733695 Validade 20/08/2020 Categoria AD
Local de Trabalho _____ Fone 3673-5672
End. AV. HARMES DA GANSCOS Nº 880 Bairro TIROL Cidade NATAL

5 - VEÍCULO 03 :

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

6 - VEÍCULO 04 :

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

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE VI - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. FELIPE DE FREITAS FIRMINO MOURA

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

Versão do condutor ALÉGS QUE TRAFEGAVA NORMALMENTE NA VIA (IRIA) QUANDO O V-2 PAROU DEVEREZ O V-1 TENTOU DESVIAR MAS NÃO TEVE COMO EVITAR A COLISÃO.

Assinatura do condutor VI: 

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. FELIPE DE FREITAS FIRMINO MOURA

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

Versão do condutor ALÉGS QUE TRAFEGAVA NORMALMENTE NA VIA (IRIA) QUANDO O SEMÁFORO FECHADO O V-2 ESTAVA PARADO SÓ SENTIU O IMPACTO NA TRASEIRA DO SEU VÍCULO.

Assinatura do condutor V2: 

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Versão do condutor

Em que faixa?

Assinatura do condutor V3: 

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Versão do condutor

Em que faixa?

Assinatura do condutor V4: 

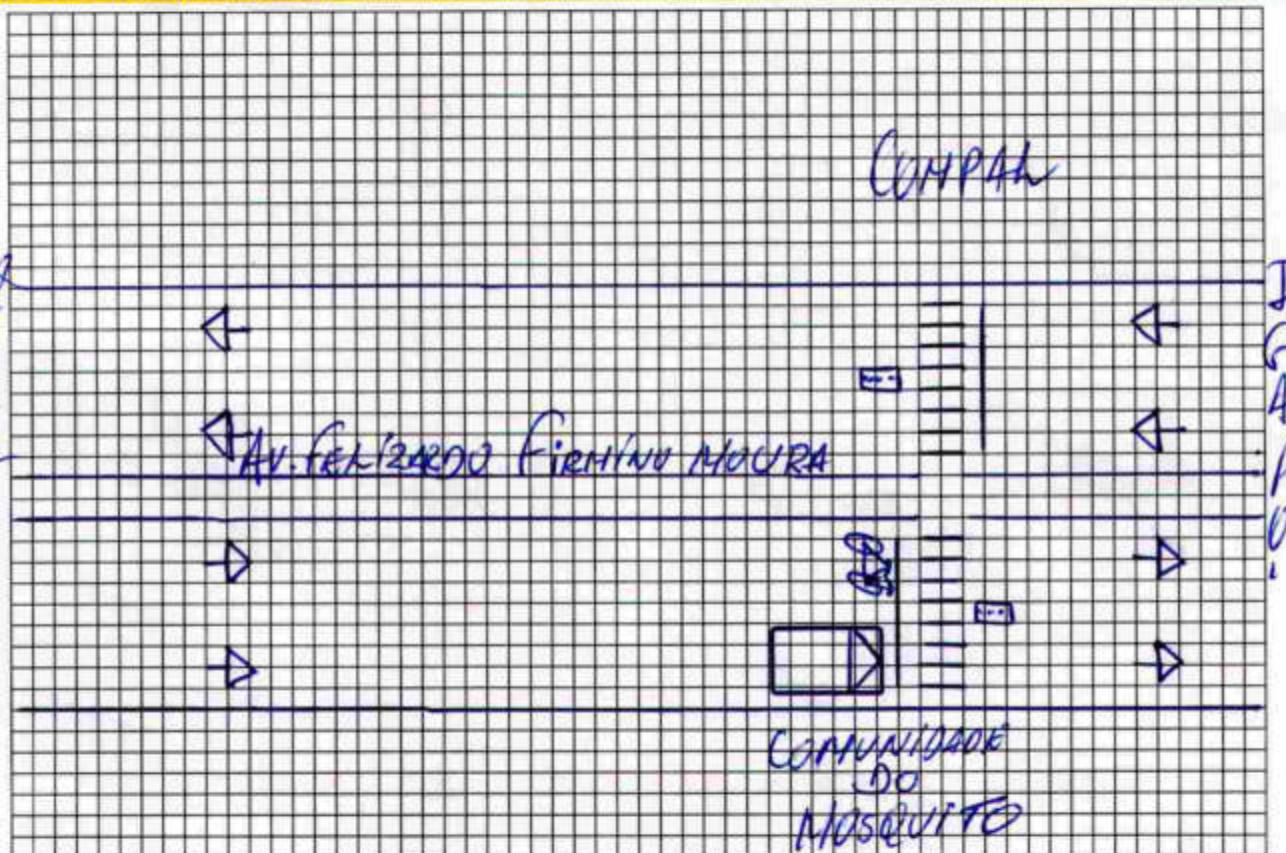
8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Asfalto
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedos
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto
<input type="checkbox"/> Noite c/Illuminação	<input type="checkbox"/> Nebulina	<input type="checkbox"/> Cascalho
<input type="checkbox"/> Noite s/ Illuminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra
<input type="checkbox"/> Illuminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros

Sinalização

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

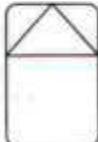
9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



10 - AVARIAS VISUALIZADA PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

STRIBO L. OPORTO N'ESQUECE PINTURA AVARIAOS.

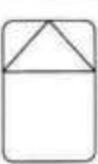


AVARIAS DO VEÍCULO 2

LANTERNA TRASGIDA, E PUNTO TRASERA.

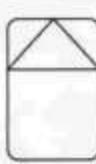


AVARIAS DO VEÍCULO 3



VEICULO 3

AVARIAS DO VEÍCULO 4



A Cartesian coordinate system with a horizontal x-axis and a vertical y-axis. The axes intersect at the origin (0,0). A straight line passes through the points (0, 1) and (1, 2), representing the equation y = x + 1.

11 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: H. CLOVIS SARINHO Testemunha
Presenciou: Fato Registro

Nome SHYVILENE CALINE DE LIMA
RG N° 2965233 Órgão Expedidor SSP / RN Data de Nascimento 30 / 10 / 1994
Endereço AV. PROPIA Nº 1800 Fone / / /
Bairro JGAPO Cidade NATAL UF RN
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

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

Nome _____
RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

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

Nome _____
RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

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

Nome _____
RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/ Modelo _____

Nome _____ RG ° _____ Órgão Exp. _____ Nº _____

Endereço _____ Cidade _____ Fone _____

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 DA BELA CPF: 085.971.359-76 CNH: 059.803.020-99 CAT. AB ASS. O CONDUTOR DERA DE V-1 FOI CONDUZIDO PELA H. CLOVIS SARINHO PELA SAMU/NATAL O CONDUTOR DR V-1 NAO TEVE CONDIÇOES DE ASSINAR A PRESTAN.

Nome Completo do Agente Carlos Bon Abdon
POSTO / GRAD.: 2ISGT PM N° 86422 Viatura DPE-106 Subunid. 1:IPRE
Local e Data NATAL 30 de FEVEREIRO de 2020

Assinatura do Agente de Trânsito



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE
 2 - N° 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 N° 945/2012

5 - Nome completo: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA	6 - CPF: 113413254-90		
7 - Profissão: Promotora	8 - Endereço: RUA SANTO ANTONIO NATAL	9 - Número: 4415	10 - Cidade: AP. 202
11 - Bairro: M.S. NARANCA	12 - Cidade: NATAL	13 - Estado: RN	14 - CEP: 59.062-650
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDDD): (89) 98833-6586	

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

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de renegociação da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
 • Não há IML que atende 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 (noveenta) 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, ao Instituto Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 descrente do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data de 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: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(viviscer): Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Não

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

34

Assinatura
de quem
assina o
pedido
e declarante

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

NATAL RN 23-06-2020

X Shylene Caline P. Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PS.001 V002/2019

SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
 Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923
 CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **138825 SHYSELENE 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

Fone: 88277587 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE:

240810 UF: RN

CEP: 59062-450

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo N° 6940 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

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. FÍSICO E RADIOGRAFIA

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.8 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA Perna*408050497. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIM
 S82.8 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA Perna*408050543. TRATAMENTO CIRÚRGICO 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 VIOLENCIAS) Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____

 Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

 Acidente de Trabalho TrajetoVínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: _____ Orgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

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

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



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **138825 - SHYSELENE 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

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			
D- 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	
5- PACIENTE SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA	Identificação do Paciente		
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 704 8055 5716 1740	CPF 113 413 254-90	8- DATA DE NASCIMENTO 30/10/1994	6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO 168941 -
11- NOME DA MÃE ROSILEIDE DA ROCHA PEREIRA			9- SEXO FEMININO
13- NOME DO RESPONSÁVEL DEYVISSON RODRIGUES VARELA			10- RACA/COR PARDA
15- ENDEREÇO (RUA, N°) RUA SAMPAIO CORREIA, 4415, AP-202			12- TELEFONE DE CONTATO 981594465
6- MUNICÍPIO IA TAL			14- TELEFONE DE CONTATO
17- BAIRRO N.S. DE NAZARE	18- UF RN	19- CEP 59062 450	
Justificativa da Internação			
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			

21- CONDIÇÕES DAS HABITAÇÕES

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

23- DIAGNOSTICO INICIAL 24- CID 10 PRINCIPAL 25- CID 10 SECUND. 26- CID 10 CAUSAS ASOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

36-229130-00 Revision A

30- CARÁTER DA INTENÇÃO 31- DOCUMENTO

() CNS () CPF

22 ASSINATURA E CARMÍO (Nº DO REGISTRO DO TÍTULO)

Preencher em caso de causas externas (acidentes, etc.)

38- FABRICANTE
39- NOME DA SEGURADORA
40- N° DO BILHETE
41- DATA DA VENDA
42- NOME DO CONSUMIDOR
43- ENDERECO DO CONSUMIDOR
44- NOME DO VENDEDOR
45- ENDERECO DO VENDEDOR
46- NOME DO ESTABELECIMENTO
47- ENDERECO DO ESTABELECIMENTO
48- NOME DO FABRICANTE
49- NOME DA SEGURADORA
50- NOME DO CONSUMIDOR
51- ENDERECO DO CONSUMIDOR
52- NOME DO VENDEDOR
53- ENDERECO DO VENDEDOR
54- NOME DO ESTABELECIMENTO
55- ENDERECO DO ESTABELECIMENTO

42- CNPJ DA EMPRESA

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA _____ 46- CARGA
47- CARGA DE CARGA _____ 48- CBOR

EMPREGADO EMPREGADAS AUTÔNOMO OUTRO _____

6- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO: _____

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERLOCUTOR

- DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____ HRDML / SESAP

CONFER C/ O ORIGINAL

Mat. 15580

[View Details](#) [Edit](#) [Delete](#)

HRDML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Paranamirim-RN. 20/03/2020
Mat 155 R005



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA CIRÚRGICA	REGULAÇÃO WALFREDO GURGEL	OBS	
ENFERMARIA N°	LEITO	PRONTUÁRIO: 168941	
DATA 25/02/2020	HORA 14:30	CATEGORIA GIH	
PACIENTE SHYSELE CALINE PEREIRA DE LIMA		DATA DE NASCIMENTO 30/10/1994	
ESTADO CIVIL SOLTEIRA	PROFISSAO PROMOTORA		
ENDERECO (RUA, N°) RUA SAMPAIO CORREIA, 4415, AP-202			
MUNICÍPIO NATAL	BAIRRO N.S. DE NAZARE	UF RN	CEP 59062 450
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE
FILIAÇÃO ROSILEIDE DA ROCHA PEREIRA	EDSON DE LIMA		
RESPONSÁVEL DEYVISSON RODRIGUES VARELA *		TELEFONE 991594465	
ENDERECO 113 413 254 90			

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

OBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

Travou em Tomar o D. - sentiu dor no braço
A dor não durou
Na manhã seguinte sua mão estava dolorida
sem dor mas obstruída
ficou com dor de 6.0.

Ramon Nunes de Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRASUN - SESAPE

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 024 w4

NOME: SAYSCOV ANNE VENELLA DE AGUIAR
IDADE: 30/10/94 COR: 0001 SEXO: FEM ESTADO CIVIL: Solteira

Digitized by srujanika@gmail.com

NATURALIDADE: _____ PROFISSÃO: _____ PROCEDÊNCIA: _____

ENDEREÇO: Av. Silviano Brandão, 313 BAIRRO: Vila São Mateus
CIDADE: Fortaleza DATA: 23/07/2013 HORA: 19:58

CONDICÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM REGULAR COM DISPNEIA CHOCADO COMATOSO
C/ HEMORRAGIA EM CONVULSAO 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

DIAGNÓSTICO INICIAL

HRDML / SESAP

CONFERT C/ O ORIGINAL
Parnamirim-RN. 30/03/2020
Mat. ISSR005

PACIENTE: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

DATA: 03.03.20

AD.: 23/02/20

LEITO 06

1	DIETA LIVRE	12	18	24	06
2	DIPIRONA 40 GTS, VO, 6/6H	12	18	24	06
3	CEFALEXINA 500 MG - 61 COMPR, VO, 6/6H (100% Dose)	12	18	24	06
4	SSV CCGG	12	18	24	06

EVOLUÇÃO:

Não é fato seu de

projeto médico suspeito. I. Dr. Mello

*Dr. Edson Pacheco
Ortopedista e Traumatologista
FCT 1366*

HRDML / SESAP
CONFERI C/ O ORIGINAL
Parnamirim-RN. 00 103/2020
(W) Mat. 1558005



Nome: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

CNS: 704.8055.5716.1740

Endereço: Rua Sampaio Correia nº1595, N. Senhora de Nazaré CEP: 59.062-450

Idade: 30/10/1994

Cidade: Natal

Estado Civil: Solteira

Médico Solicitante: Drº Fábio Freitas

Data: 25/02/2020

ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL.

D,II M.: 21/12/2019.

Exame realizado em modo bidimensional com o equipamento marca PHILIPS, modelo AFFINITI 50, com so da 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 região fundica da cavidade uterina medindo 0,5 cm.

Dimensões uterinas:

Diâmetro longitudinal: 8,4cm

Diâmetro antero-posterior: 4,9 cm

Diâmetro 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 SHBG positivo).

Corpo lúteo no ovário direito.

DRA. DEBORAH MESQUITA

Parnamirim - RN

2016 - 1993

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

Mat. 1558005

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^E
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 está 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

Shy whole caline P. de Lima

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

HOSPITAL MEMORIAL

SAO FRANCISCO
Av.Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, 26/03/20

Página 1

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 Est.Civil: Solteiro(a)

Registro: 145260

Endereço: SAMPAIO CORREIA - DE 3849/3850 A 3951/39 N.: 4415

UF: RN

Bairro: NOSSA SENHORA DE NAZARÉ

Cidade : NATAL

Profissão:

Mãe: ROSILEIDE DA ROCHA PEREIRA

CEP: 59062450

Fone: 84988277587

Num. Internamento: 2

Convênio: SUS MUNICIPAL

Médico : Dr. FILIPPI RANIERI ALVES

Dados do Internamento

Entrada: 12/03/2020 12:53 Previsão saída: 14/03/2020 17:00

Atendente: JAILMAMA

Matrícula/CNS: 704805557161740

CRM: 6963

ENFERMARIA 101-B

Termo de Responsabilidade

Motivo:

Data/Hora Alta:

No. de dias de hospitalização:

Data da Baixa:

No. de US:

Doc. Apresentado:

Diagnóstico Definitivo:

Procedencia::

História da Doença atual:

Interrogatório sobre diversos aparelhos:

Antecedentes pessoais:

Antecedentes familiares:

Estado geral:

Ap. Cardiorespiratórios:

Ap. digestivo:

Ap. Locomotor e Neuroológico:

Ap. Urinário e Ginecológico:

Impressão geral:

Conduta:

MedicWare

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

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

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

Shy whole 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 Internacao

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

26398

DADOS DO PACIENTE**CNS:**

704805557161740

Nome do Paciente

SHYSLENE 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:

SHYSLENE

Naturalidade:

NATAL - RN

Raça:

PARDA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

BARAO DE MAUA

Complemento:**Bairro:**

BOM PASTOR

CEP:

59060-225

Município de Residência:

NATAL

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 - Urgencia

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

Nome do Médico Solicitante:

EDUARDO LOPES DE SANTANA

Status da Solicitação:

APROVADA

Nome do Médico Executante:

EDUARDO LOPES DE SANTANA

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".

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

RX + EXAME FÍSICO

Condições que Justificam a Internação:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TORNOZELO + REDUÇÃO.

PAREcer**Motivo de Impedimento do Regulador:**

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)**CRM:****HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av.Juvinal Lamartine, 979 - Tirol

13-03-2020 07:19:53

Cep:59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

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

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	<i>HOSPITAL MEMORIAL</i>		

2 - CNES

4 - CNES

5 - NOME DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL SUS

704 805557161740

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/10/1994

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

9 - SEXO

F

1

2

2

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)

Rua Sampaio Corrêa, 2715 Apto 203

13 - MUNICÍPIO

Natal.

14 - BAIRRO

Nazari

15 - UF

RN

16 - CEP

59062-450

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Dor, edema e ligeira hipertermia -
nao de formigelo d. góz banho*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

T.T. cirúrgico

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

Ex de formigelo d. ap/1

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

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 VIOLENCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

33 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - Nº DO BILHETE

35 - BÔNUS

36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO

37 - CNPJ

38 -

40 -

38 - () ACID. TRABALHO TRAJETO

40 - () CID. 10 PRINCIPAL

42 - () CID. 10 SECUNDÁRIO

DESCRÍÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL

43 - () GRAVE 44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

HOSPITAL MEMORIAL

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE
AVALIAÇÃO54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO
HOSPITALAR (AH)

17 - DT. AUT. / /

51 DT AUT

/ /

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN

18 - CNS / CPF

CONFERE COM ORIGINAL

9 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)

53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)



DESCRÍÇÃO 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 MALEÓLO MEDIAL | TÍBIA, ENVOLVENDO: | - MALEÓLOI - 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 ANTISSEPSIA; 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

REGISTRO DOS TÉCNICOS
Dados do Paciente
Paciente: SHYSENE 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

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

Pressão Arterial: 100x80 **Frequência Cardíaca:** 63

Acesso Venoso
Dieta
VO
LIVRE
HGT
Correção: **Correção:**
Correção: **Correção:**
Correção: **Correção:**
Isolamento de contato: Não

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Oxigênio terapia
Em O2 Ambiente
AR AMBIENTE
Eliminações Fisiológicas
Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.:
Intestinais: PRESENTE

Aspectos:
Drenos
Data:
Tipos:
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 O^º AMBIENTE, NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES, AFERIDO SVV ESTAVÉIS, DIETA VIA ORAL BEM ACEITA, DIURESE ESPONTÂNEA EM APARADEIRA, COMUNICADO A NUTRIÇÃO DE SUA CHEGADA.
 OBS: VENDO ANEXADO EM SEU PRONTUARIO AIH+PARECER OBSTETRICO+USG PELVICA+UMA PELICULA DE RX.

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONEPES - COM ORIGINAL
EM, _____ / _____ / _____

COREN: 1370559 - MARIA DOS PRAZERES DA SILVA CLEMENTINO

12/03/2020 13:58:25

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

Acesso Venoso
Dieta
VO
LIVRE
Oxigênio terapia
Em O2 Ambiente
AR AMBIENTE
Eliminações Fisiológicas
Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.:
Intestinais: PRESENTE

Aspectos:
HGT
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 O^º AMBIENTE, AFERIDO SVV SEM ANORMALIDADES, PELE LIMPA E HIDRATADA, DIETA VIA ORAL BEM ACEITA, DIURESE ESPONTÂNEA EM WC, HIGIENIZADA NO WC REALIZADO TROCA DE ROUPA DE CAMA E VESTES PESSOAIS, A MESMA SEGUE ESTAVEL AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.


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: / / /

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

Oxigênioterapia

Em O2 Ambiente

Sinais Vitais

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

 Pressão Arterial: 110x70

 Frequência Cardíaca: 78

Acesso Venoso

Periférico

JELCO HIDRATADO EM N

Dieta

VO

Eliminações Fisiológicas

 Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.:

 Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

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 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 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:59027-020 - Natal/RN


 CNP: 648586 - KATIENE ALVES CRUZ PINHEIRO LUCEN

14/03/2020 09:40:51

CONFERE COM ORIGINAL

EM,

/

/

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: SHYSELE 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

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.: PRESENTE

Intestinais: AUSENTE

Aspectos: ATÉ O MOMENTO

Acesso Venoso

Dieta

VO

BOA ACEITAÇÃO

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Curativo:

Medicações:

ADM CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Intercorrência:

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

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: SHYSENE 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

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

Oxigênioterapia

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: 120x80

Frequência Cardíaca: 82

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.: PRESENTE

Intestinais: AUSENTE

Aspectos ATÉ O MOMENTO

Acesso Venoso Periférico

EM MSD COMJELCO HID

Dieta:

VO

BEM ACEITA

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

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 21:42:21

Dados do Paciente

Paciente: SHYSLANE 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

 Isolamento de contato Não

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

 Nível de Consciência Consciente/Orientado

 Estado Geral: Bom

 Coloração da Pele Normocorado

Oxigênioterapia

 Alergias Medicamentosas: NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSA E ALIMENTAR

Em O2 Ambiente

Sinais Vitais

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

 Pressão Arterial: 120x80

 Frequência Cardíaca: 72

Acesso Venoso

Dieta

Eliminações Fisiológicas

S/ACESSO

VO

 Diurese: ESPONTÂNEA
boa aceitação

 Obs.: PRESENTE

HGT

 Intestinais: AUSENTE

Correção:

Correção:

Aspectos ATÉ O MOMENTO

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

pele integra.

Medicações:

adm. conofrme prescrição medica.

Intercorrência:

ÀS 8H RECEBI PACIENTE EM O^º 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

59020-020 - 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

Oxigênioterapia
Pressão Arterial: 120x80

Frequência Cardíaca: 56

Em O2 Ambiente
Acesso Venoso
Periférico
MSE 16/03
Dieta
VO
DIETA LIVRE LAXANTE COM ACEITAÇÃO PARCIAL
Eliminações Fisiológicas
Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.: AGUARDA

Intestinais: PRESENTE

Aspectos: PELA MANHÃ

HGT
Correção:
Correção:
Drenos
Correção:
Correção:
Data:
Correção:
Correção:
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 RECEITUARIOS DE ALTA, RETIRADO AVP.
**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av.Juvenal Lamartine,979 - Tirol

Cep:59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL


COREN: 1013377 - JOSE LAIRTE SABINO DA SILVA

17/03/2020 13:22:18

EM: _____ / _____ / _____

EVOLUÇÃO NUTRICIONISTA - DIÁRIA

Dados do Paciente

Paciente: SHYLENE 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-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 CRN-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, _____/_____/_____

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **SHYSELE CALINE PEREIRA DE LIMA**

Nascimento: **30/10/1994** 26 anos Data Internação: **12/03/2020 12:53:10**

Registro: **145260**

IH: **2**

Turno: **Tarde** Antecedentes: **NEGA**

Leito: **ENFERMARIA 101-B**

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

Isolamento de contato: **Não**

Estado Geral: **Bom**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

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

Oxigênioterapia

Em O2 Ambiente

EUPNEICA

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

HGT

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipos:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Intervenções:

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 , ELIMINAÇÕES FIS. ESPONTANEAS REALIZADO CCGG , SEGUE SEM QUEIXAS.

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

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av.Juvénal Lamartine,979 - Tirol

Cep:59022-020 - Natal/RN

**CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____**

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **SHYSELENE 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**

Oxigênioterapia

Em O2 Ambiente

Sinais Vitais

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

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

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VO

JELCO HIDRATADO

HGT

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

Local:

Curativo:

Aspecto:

Obs.:

Medicações:

ADM TODAS MEDICAÇÕES NO HORARIO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA.

19H, RECEBO PLANTAO COM CLIENTE SEM QUEIXAS NO HORARIO, AFERIDOS SSVV, ACEITA BEM A DIETA VO, REALIZADO TROCA DE FRALDAS SEGUO OS 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: _____ / _____ / _____

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: SHYSELE CALINE PEREIRA DE LIMA

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

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

Oxigênio terapia

Em O₂ Ambiente

Acesso Venoso

Central

Dieta

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.:

Intestinais: PRESENTE

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

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**

Franca Gorete Henrique Gómez

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

CEP: 59022-020 - Natal/RN

Francisco Gorete Henrique Gómez

OREN: 571216 - FRANCISCA GORETE HENRIQUE GÓMEZ

13/03/2020 20:06:45

EM,

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **SHYSELE 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**

Oxigênioterapia

Em O₂ Ambiente

Acesso Venoso

S/ACESSO

Dieta

VO
ACEITANDO.

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.:

Intestinais: **PRESENTE**

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Correção:

Tipo:

Correção:

Local:

Aspecto:

Curativo:

Obs.:

Medicações:

Intercorrência:

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

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
ÓITAVA ROSADO**

Lando Sledes

- # Shyslene Colene Pernis de Lino - 25a/s
- # Data do Acidente: 20/02/2020
- # Reunião com os adultos notificáveis que
relataram a forma da lesão (lombos) e
direção. Quase sempre
lateral direito.
- # Alguns relataram dor e perda de
50% de flexão plena.

T93

H. Allo Niduo

Oral:

Dr. Tiago Andrade Rodrigues
Oficina de Traumatologia
084 9 9999-5224

Data: 18/02/2020

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

BARAÚNA:
Rua Espírito Santo, 51/N
Centro

SERRA DO MEL:
P.R. Serrinha Lameira da Costa, 221A
Via Brasil
Fone: (84) 9 5792-0474

ASSU:
Av. Senador Ivan Camara, 120A
Centro

PARNAMIRIM
Av. Bela Parnamirim, 880
Vila Nova

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