



Número: **0839994-07.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **26/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado		
<b>SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA (AUTOR)</b>	<b>ERIC TORQUATO NOGUEIRA (ADVOGADO)</b> <b>CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO)</b> <b>BRUNO HENRIQUE CORTEZ DE PAULA (ADVOGADO)</b>		
<b>MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A. (RÉU)</b>			
<b>GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)</b>			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
61115 699	05/10/2020 17:22	<a href="#"><u>2755088_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros documentos

# 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



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 05/10/2020 17:22:19  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100517221571800000058630395>  
Número do documento: 20100517221571800000058630395

Num. 61115699 - Pág. 1

## 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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: SHYSELENE CALINE PEREIRA DE LIMA**

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

**Procurador: ANTONIONE DE FREITAS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), SHYSELENE 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: SHYSELENE 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](http://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: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA** 6 - CPF: **113413254-90**  
 7 - Profissão: **PROMOTORA** 8 - Endereço: **RUA. SAMPAIO CORRÊA** 9 - Número: **4415** 10 - Complemento: **AP. 202**  
 11 - Bairro: **M.S. NARARE** 12 - Cidade: **NATAL** 13 - Estado: **RN** 14 - CEP: **59.062-450**  
 15 - E-mail: **(89) 98833-6586** 16 - Tel. (DDD): **(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\$1.000 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):

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0034**

CONTA: **000 68108**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso da 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 da 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 ministrada, apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, à curadoria da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por vítima automotriz, 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, de acordo com o 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:

Sim

Não

30 - Vítima deixou residir (verificar):  Sim  Não

31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

listou cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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 de quem assina o pedido (a rogo)

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

**NATAL RN 23.06.2020**

**X Shyslene Caline Pereira Lima**

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

115.001.0002/2019

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 FERMINO MOURA Bairro QUINTAS  
Cidade/UF NATAL - RN P. Ref. COMPAL  
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 QGE 4H67 Cidade NATAL UF RN  
Marca/Mod. HONDA / CEF 175 Cor PRETA Ano 2015 / 2015  
Proprietário SHYSLENE CALING PEREIRA DE LIMA Nº de Ocupantes 01  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. 30/10/1994  
Endereço (RUA) AV. PRÓPRIA Nº 1800 Fone 99159-4465  
Bairro IGAPÓ Cidade NATAL UF RN  
CPF Nº 113 413 254 90 CNH Nº 066699193615 Validade 11/05/2021 Categoria AB  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

### 4 - VEICULO 02 :

Placa ou Chassi AGR-2054 Cidade NATAL UF RN  
Marca/Mod. FIAT / FIAT RENO Cor BRANCA Ano 2018 / 2018  
Proprietário GENTIL NEGOÇIOS PÁTIC. SOLUÇÕES LTDA Nº de Ocupantes 03  
Condutor FÁBIO HERÍQUIQUE DE SOUZA Data de Nasc. 19/08/1979  
Endereço RUA DE TRUANIS Nº 26 Fone 98835-3690  
Bairro GUARAPES Cidade NATAL UF RN  
CPF Nº 033 704 164 93 CNH Nº 03706633695 Validade 20/08/2020 Categoria AD  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone 3673-5672  
End. AV. HARNES 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 \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF 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 \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF Nº \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

Índice N° do Boletim: 104792 N° da Ocorrência: 339659 Data Registro: 27/02/2020 Hora Registro: 10:33:24 Número/Controle: 5FBA2A7FC982DC03



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 05/10/2020 17:22:19  
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100517221571800000058630395>  
Número do documento: 20100517221571800000058630395

Num. 61115699 - Pág. 5

## 7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

**SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava?** *AV. FELIZASAS FERNANDO MOURA*

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

**Versão do condutor** *ALÉGA QUE TRAFEGAVA NORMALMENTE NA VIA (1/3) QUANDO O V-3 PAROU DE VÉZ O V-2 TENTOU DESVIAR MAIS NÃO TEVE COMO EVITAR A COLISÃO.*

## Assinatura do condutor V1:

**SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava?** *AV. FELIZASAS FERNANDO MOURA*

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

**Versão do condutor** *ALÉGA QUE TRAFEGAVA NORMALMENTE NA VIA (1/3) QUANDO O SEMÁFORO FECHADO O V-3 ESTAVA PARADO SÓ SENTIU O IMPACTO NA TRASEIRA DO SEU VÉHICULO.*

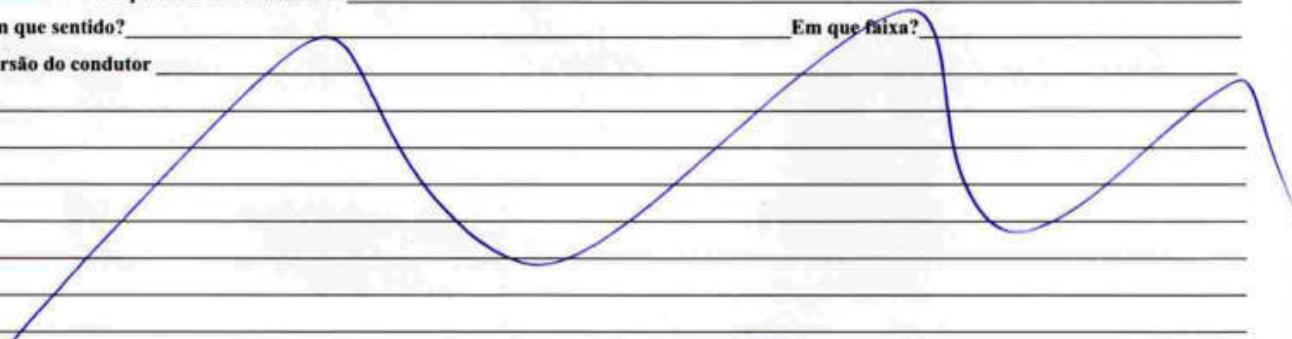
## Assinatura do condutor V2:

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

**Em que sentido?**

**Em que faixa?**

**Versão do condutor**



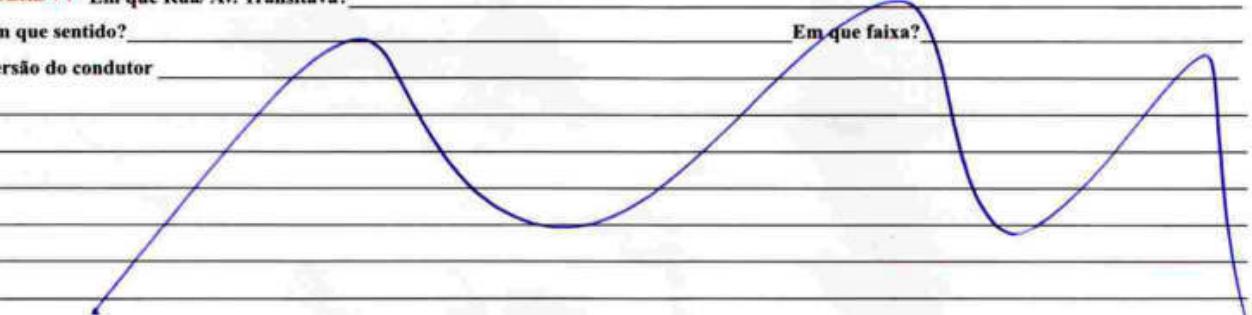
## Assinatura do condutor V3:

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

**Em que sentido?**

**Em que faixa?**

**Versão do condutor**



## Assinatura do condutor V4:

Índice N° do Boletim: 104792 N° da Ocorrência: 339659 Data Registro: 27/02/2020 Hora Registro: 10:33:24 Número/Controle: 5FBA2A7FC982DC03



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 05/10/2020 17:22:19

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100517221571800000058630395>

Número do documento: 20100517221571800000058630395

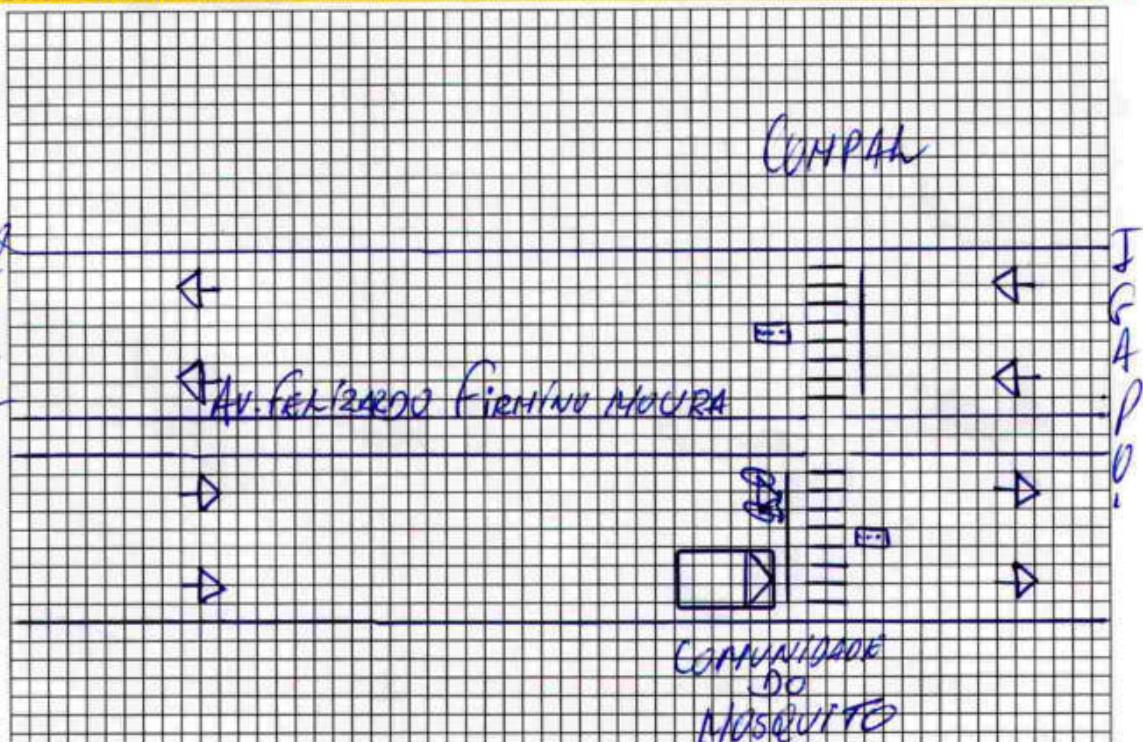
104792

## 8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Cond./ 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"/> Aclive Ingreme	<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"/> Aclive 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 Ingreme	<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"/> Lombada eletrônica
				<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco
				<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia
				<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____
				<input type="checkbox"/> Entrocamento	<input type="checkbox"/> _____
				<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____

## 9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

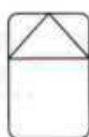
-  ÁRVORE
-  VESTÍGIOS
-  SEMÁFOROS
-  PEDESTRE
-  BICICLETA OU MOTO
-  CARRO DE PEQUENO PORTO
-  CAMINHÃO OU ÔNIBUS
-  CARRETA



## 10 - AVARIAS VISUALIZADA PELO AGENTE DE TRÂNSITO

## AVARIAS DO VEÍCULO 1

STRIBO L. OPORTO N. ESQUERDA E PINTURA AVARIA.




---



---

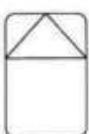


---



---

## AVARIAS DO VEÍCULO 3




---



---



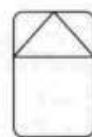
---



---

## AVARIAS DO VEÍCULO 2

LANTERNA TRASEIRA, E PNEU TRASEIRO.




---



---

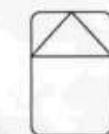


---



---

## AVARIAS DO VEÍCULO 4




---



---



---



---



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

Nome SHYJLENE CALINE DE LIMA Órgão Expedidor SSP / RN Data de Nascimento 30/10/1994  
RG N° 3965337 Endereço AV. PROPIA Nº 1800 Fone 11111111  
Endereço AV. PROPIA Bairro JG 00 Cidade NATAL UF RN  
Versão

**Assinatura** \_\_\_\_\_ **Hora** \_\_\_\_\_

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

Nome \_\_\_\_\_ RG N.º \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Versão \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

**Assinatura** \_\_\_\_\_ **Hora** \_\_\_\_\_

13 -  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
Passageiro de  V1  V2  V3  V4 Conduzido para: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ RG N° \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Versão \_\_\_\_\_

**Assinatura** \_\_\_\_\_ **Hora** \_\_\_\_\_

14 -  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
Passageiro de  V1  V2  V3  V4 Conduzido para: \_\_\_\_\_

Nome	RG N°	órgão Expedidor	Data de Nascimento	/	/
Endereço			Nº	/	/
Bairro		Cidade	Fone		
Versão				UF	
Assinatura			Horas		

#### 15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

**15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO**

Nome SANDRA RGº 0 O'raão Exp. 0

Endereço JATU NAIA N° 100

**Bairro** **Cidade** **fone**

16 - IMAGENS / FOTOS  SIM  NÃO AUTUAÇÃO  SIM  NÃO ALT. N.º CÓD/DESC

17. OBSERVADOR/A GENTE DE TRÂNSITO

INFORMO QUE O VEÍCULO V-1 FOI ENTRAR NA PROPRIEDADE DA SR. DEYVISSON RODRIGUES VAZ  
RELA (CPF: 085 971 359 76 CNH: 059 803 020 99 CAT. AB ASS.  E A CONDU-  
TORES DE V-1 FOI CONDUZIDA PELA H. CLAUDIO SARTORIO DEU SANTO NATALE O CONDUZIDA  
DE V-1 NAO TEVE CONSIDERAÇÕES DE ASSINAR A DEPOIMENTO.

Nome Completo do Agente Carlos Leon ABON A  
POSTO / GRAD.: 2ISGT PM N° 86422 Viatura JRE-106 Subunida JOPRE  
Data 11/11/11 de FEVEREIRO de 2010 02

Ucão N° do Boletim: 104792 N° da Ocorrência: 339659 Data Registro: 27/02/2020 Hora Registro: 10:33:24 Número/Controle: 5ERA2A7EC982DC03 Assinatura do Agente de Trânsito





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

<b>DADOS CADASTRAIS</b>		<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP 16/05/2012</b>					
<b>16 - CPF do sinistro ou ASI:</b> <input type="text" value="113413254-90"/>		<b>3 - CPF da vítima:</b> <input type="text" value="113413254-90"/>		<b>4 - Nome completo da vítima:</b> <input type="text" value="SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA"/>			
<b>5 - Nome completo:</b> <input type="text" value="SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA"/>		<b>6 - CPF:</b> <input type="text" value="113413254-90"/>		<b>7 - Profissão:</b> <input type="text" value="Promotora"/>		<b>8 - Endereço:</b> <input type="text" value="RUA. SAM PAULO, CONCEIA"/>	
<b>9 - Número:</b> <input type="text" value="4415"/>		<b>10 - Complemento:</b> <input type="text" value="AP. 202"/>		<b>11 - Bairro:</b> <input type="text" value="M.S. NARARE"/>		<b>12 - Cidade:</b> <input type="text" value="NATAL"/>	
<b>13 - Estado:</b> <input type="text" value="RN"/>		<b>14 - CEP:</b> <input type="text" value="59.062-450"/>		<b>15 - E-mail:</b> <input type="text" value="18919833-6586"/>		<b>16 - Tel. (DDO):</b> <input type="text" value="18919833-6586"/>	
<b>DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADORIA</b>							
<b>17 - Nome completo do Representante Legal:</b>							
<b>18 - CPF do Representante Legal:</b>				<b>19 - Profissão do Representante Legal:</b>			
<i>Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).</i>							
<b>20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:</b>							
<input type="checkbox"/> RECUZO 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"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
<input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>21 - DADOS BANCÁRIOS</b>							
<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO				<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTU)			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)				Nome do BANCO: _____			
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)				AGENCIA: _____ CONTA: _____			
AGENCIA: <input type="text" value="0034"/> CONTA: <input type="text" value="00068108"/> 0				(Informar o dígito se existir)      (Informar o dígito se existir)      (Informar o dígito se existir)      (Informar o dígito se existir)			
<i>Autorizo a Seguradora Lider 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.</i>							
<b>22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</b>							
<input checked="" type="checkbox"/> 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:							
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul>							
<i>Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação nela apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, à critério da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por motorista automóvel, conforme o disposto na Lei 6.194/74.</i>							
<i>Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a future avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica discutida do seu conteúdo.</i>							
<b>DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</b>							
<b>23 - Estado civil da vítima:</b>		<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		<b>24 - Data do óbito da vítima:</b>			
<b>25 - Grau de parentesco com a vítima:</b>		<b>26 - Vítima deixou companheiro(s):</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<b>27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:</b>	
<b>28 - Vítima:</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<b>29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:</b>		<b>30 - Vítima deixou nascituro (varíaseco):</b>	
<b>31 - Vítima:</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<b>32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:</b>		<b>33 - Vítima deixou pais/avós vivos:</b>	
<i>Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e preverem 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.</i>							
<b>34</b> <i>Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)</i>		<b>35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)</b>		<b>36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)</b>		<b>38 - 1º   Nome: _____</b> <b>CPF: _____</b> <i>Assinatura da testemunha</i>	
<i>Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)</i>		<i>Assinatura da testemunha</i>		<b>39 - 2º   Nome: _____</b> <b>CPF: _____</b> <i>Assinatura da testemunha</i>			
<b>40 - Local e Data:</b> <input type="text" value="NATAL RN 23.06.2020"/> <b>41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):</b> <input type="text" value="SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA"/>							
<b>42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):</b> <input type="text" value="18919833-6586"/>				<b>43 - Assinatura do Procurador (se houver):</b>			
<small>IPS.001 V002/2019</small>							



**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 SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA**

CNS: \_\_\_\_\_ Nascimento: 30/10/1994

Sexo: Feminino

Prontuário: 1194311

Cor: PARDA

Mãe: ROSILENE DA ROCHA PEREIREA

Pai: EDSON DE LIMA

Fone: 88277587 /

Endereço: RUA SAMPAIO CORREIA, 1595 - NOSSA SENHORA DE NAZARÉ - NATAL

CEP: 59062-450

Município: NATAL

Código Municipal IBGE:

240810 UF: RN

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 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 Trajeto

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

**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

**Número da Autorização:** \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_\_ Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_



**HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL**

CCMV004\_R - Relatório de Cirurgia

Período 20/02/2020 18:37 a 20/02/2020 18:37

Página 1 de 1

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.



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 9760 /2020  
Admissão: 20/02/2020 10:52:07



### CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **138825 - SHYSELE CALINE PEREIRA DE LIMA** (25 a 4 m 7 d)

Nascimento: 30/10/1994 Natural: NATAL.BRASIL Sexo: F Cor: PARDA  
CNS: CPF: 11341325490 Prof:  
Mãe: ROSILENE DA ROCHA PEREIREA Pai: EDSON DE LIMA  
Logradouro: SAMPAIO CORREIA, 1595  
CEP: 59062450 Bairro: NOSSA SENHORA DE NAZARÉ Cidade: NATAL  
Telefone: 84 .88277587 Compl:

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

**Tipo:** REFERENCIADO

\*Empresa:

Fluxograma:	Discriminador:								
OBS:	Classificação: 20/02/2020 10:44:01								
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

### HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: acidente de moto com trauma em tornozelo direito

Hora: \_\_\_\_:



### EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

### OUTRAS OBSERVAÇÕES:

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

### DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

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





Sistema Único de Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

0-DATA 1-ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 2-CNES  
25/02/2020 HOSPITAL DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA 3515168  
3-ESTABELECIMENTO EXECUTANTE 4-CNES  
HOSPITAL DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA 3515168

Identificação do Paciente			
5-PACIENTE	SHYSLÈNE CALINE PEREIRA DE LIMA	6-NÚMERO DO PRONTUÁRIO	168941
7-CARTÃO NACIONAL SUS	CPF	8-DATA DE NASCIMENTO	30/10/1994
704 8055 5716 1740	113 413 254 90	9-SEXO	FEMININO
11-NOME DA MÃE	ROSILEIDE DA ROCHA PEREIRA	10-RAÇA/COR	PARDA
13-NOME DO RESPONSÁVEL	DEYVISSON RODRIGUES VARELA	12-TELEFONE DE CONTATO	991594465
15-ENDEREÇO (RUA, N°)	RUA SAMPAIO CORREIA, 4415, AP-202	14-TELEFONE DE CONTATO	
16-MUNICÍPIO	NATAL	17-BAIRRO	18-UF
		N.S. DE NAZARE	RN
20-PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	Justificativa de Internação		

para o atendimento da paciente com suspeita de  
abandono, com sintomas de

21-CONDICIONES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Internar agora

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

23-DIAGNÓSTICO INICIAL	24-CÓD 10 PRINCIPAL	25-CÓD 10 SECUND.	26-CÓD 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Internar para exames			
27-DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	Procedimento Solicitado		
28-CLÍNICA	30-CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31-DOCUMENTO	32-Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
		( ) CNS ( ) CPF	Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)
33-NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASISTENTE	34-PROFISSIONAL SOLICITANTE	35-CNPJ DA SEGURADORA	40-Nº DO BILHETE
36-( ) AC. TRÂNSITO	42-CNPJ DA EMPRESA	43-CNAE DA EMPRESA	41-SÉRIE
37-( ) AC. TRABALHO TÍRICO			44-CBOR
38-( ) AC. TRABALHO TRAJETO			
45-VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)			
46-NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47-CÓD. ORGÃO EMISOR	52-Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

36-( ) EMPREGADO	( ) EMPREGADOR	( ) AUTÔNOMO	( ) DESINTEGRADO	( ) APOSENTADO	( ) NÃO SEGURO
48-DOCUMENTO	49-Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	50-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	51-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
( ) CNS ( ) CPF			HRDML / SESAP CONFERI C/ O ORIGINAL Parnamirim-RN. 20/03/2020 Mat. 1558005		
50-DATA DA AUTORIZAÇÃO					



## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA CIRURGICA	REGULAÇÃO WALFREDO GURGEL	OBS
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO 168941
DATA	HORA	CATEGORIA GH
25/02/2020	14:30	
PACIENTE SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA		DATA DE NASCIMENTO 30/10/1994
ESTADO CIVIL SOLTEIRA	PROFISSAO PROMOTORA	
ENDEREÇO (RUA, Nº) 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
ENDEREÇO 113 413 254 90		
DIAGNOSTICO PROVISÓRIO		
DIAGNOSTICO DEFINITIVO <i>Franca de 2000 m/Bras 37</i>		
DATA DE ADMISSAO	ALTA	OBITO
HISTÓRIA CLINICA		
<i>Travou em ferro velho (2). Permeou tecido</i>		
<i>Atravessou braço</i>		
<i>No braço havia 30 cm de ferida</i>		
<i>Sem óssea exposta</i>		
<i>Aberto ao ar</i>		
<i>Ramón Alves de Melo -</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>Carapau - PA</i>		

HRDML / SESAP  
CONFERI C/ O ORIGINAL  
Parauapebas - PA 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 0028-W4

Nome: Shylock quebrou perna de urso  
Idade: 30/10/1944 COR: PAR SEXO: BR ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: Itaú PROFISSÃO: Agropecuária PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: Rua: Rio Branco nº 175 BAIRRO: Vila S. M. de F.

CIDADE: Itaú DATA: 23/02/20 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)

Fora de casa

EXAME FÍSICO

BDL

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

HRDML / SESAP

CONFERTO ORIGINAL  
Parnamirim-RN. 30/03/2020

Cle Mat. 1558005



L'ESPRESSO  
Parma/Emilia / RN

PACIENTE: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

DATA 03.03.20

AD: 23/02/20

LETO 06

PACIENTE: SHYSLINE CALINE PEREIRA DE SOUZA					
1	DIETA LIVRE	12	18	24	06
2	DIPIRONA 40 GTS, VO, 6/6H	15	19	24	02

HRDML / SESAP  
CONFERI C/O ORIGINAL  
Parnamirim-RN. 00 103 / 2020  
u Mat. / 558003





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

### ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL.

DATA: 21/12/2019

Exame realizado em modo b-line, com o equipamento marca PHILIPS, modelo AFFINITI 50, com sondas convexas, multifrequêncial.

BEXIGA: vazia.

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

Dimensões uterinas:

Diâmetro longitudinal: 3,4 cm  
Diâmetro antero-posterior: 4,9 cm  
Diâmetro latero-lateral: 5,7 cm  
Volume uterino: 121 cm<sup>3</sup> (N= 25 a 30 cm<sup>3</sup>).

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

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

Corpo lúteo à direita medindo 2,0 cm.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Imagem distica na cavidade uterina, compatível com seco gestacional, sugerindo IG de 4 semanas (paciente com SINC positivo).

Corpo lúteo no ovário direito.

DRA. DEBORAH MESQUITA

Debora Mesquita  
25/02/2020

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



# Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228

hmemorial@veloxmail.com.br

## FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 12/03/2020 13:53

Paciente: SHYSELENE 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

Bairro: NOSSA SENHORA DE NAZARÉ

Cidade : NATAL

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

CPF:

RG:

Responsável:

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

*Shyselene Caline P. de Lima*

### Observações

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

MedicWare

**HOSPITAL MEMORIAL**

**SAO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, 26/03/20

Página



**FICHA DE INTERNAMENTO**

**Dados do Paciente**

Paciente: SHYSELENE CALINE PEREIRA DE LIMA CPF: 113.413.254-90 Nascimento: 30/10/1994 26 anos Sexo: Feminino Est.Civil: Solteiro(a) Registro: 145260  
Num. RG: 2965237 N.: 4415 Bairro: NOSSA SENHORA DE NAZARÉ<sup>E</sup>  
Endereço: SAMPAIO CORREIA - DE 3849/3850 A 3951/39 UF: RN CEP: 59062450 Fone: 84988277587  
Cidade : NATAL 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  
Médico : Dr. FILIPPI RANIERI ALVES CRM: 6963 **ENFERMARIA 101-B**

**Termo de Responsabilidade**

Motivo: \_\_\_\_\_

Data/Hora Alta: \_\_\_\_\_ No. de dias de hospitalização: \_\_\_\_\_ No. de US: \_\_\_\_\_

Data da Baixa: \_\_\_\_\_ Diagnóstico Definitivo: \_\_\_\_\_

Doc. Apresentado: \_\_\_\_\_

Procedencia: \_\_\_\_\_

História da Doença atual: \_\_\_\_\_

Interrogatório sobre diversos aparelhos: \_\_\_\_\_

Antecedentes pessoais: \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares: \_\_\_\_\_

Estado geral: \_\_\_\_\_

Ap. Cardiorespiratórios: \_\_\_\_\_

Ap. digestivo: \_\_\_\_\_

Ap. Locomotor e Neurológico: \_\_\_\_\_

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, \_\_\_\_\_

Página



## Hospital Memorial de Natal

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

Data: 12/03/2020 13:53

### Dados do Paciente

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: **Dr. FILIPPI RANIERI ALVES**, explicito-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.
2. - O(A) **Dr. FILIPPI RANIERI ALVES** 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**

**MedicWare**

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

Página 1 /

Código Solicitação: 330743914

Número AIH: 242010023265-0

**IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**

<b>Unidade Solicitante:</b>	<b>CNES:</b>
HOSPITAL MEMORIAL	2408252
<b>Unidade Executante:</b>	<b>CNES:</b>
HOSPITAL MEMORIAL	2408252
<b>Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro</b>	<b>Município Executante</b>
JUVENTAL LAMARTINE - 979 - - TIROL	NATAL
<b>Central Reguladora</b>	<b>NATAL</b>
<b>Data de Solicitação</b>	13/03/2020 - 07:55:32
<b>Data de Autorização</b>	13/03/2020 - 08:20:30
<b>Data de Reserva</b>	14/03/2020
<b>Data de Internação</b>	13/03/2020
<b>Data Prevista de Alta</b>	28/07/2047
<b>Data de Alta</b>	18/03/2020 - 08:58:23
<b>Motivo da Alta</b>	1.2 ALTA MELHORADO

20398

**DADOS DO PACIENTE**

<b>CNS:</b>	<b>Nome Social/Apelido:</b>
704805557161740	SHYSELENE
<b>Nome do Paciente</b>	<b>Naturalidade:</b>
SHYSELENE CALINE PEREIRA DE LIMA	NATAL - RN
<b>Nome da Mãe</b>	<b>Raça:</b>
ROSILEIDE DA ROCHA PEREIRA	PARDA
<b>Sexo:</b>	<b>Tipo Sanguíneo:</b>
FEMININO	---
<b>Data de Nascimento:</b>	<b>Logradouro:</b>
30/10/1994 (25 anos)	BARAO DE MAUA
<b>Tipo Logradouro:</b>	<b>Complemento:</b>
TRAVESSA	
<b>Número:</b>	<b>Bairro:</b>
15	BOM PASTOR
<b>País de Residência:</b>	<b>Município de Residência:</b>
BRASIL	NATAL
<b>Telefone(s):</b>	<b>CEP:</b>
(84) 3213-0854 • (84) 98734-4685 (Exibir Lista Detalhada)	59060-225
	<b>UF:</b>
	RN

**DADOS DA SOLICITAÇÃO**

<b>CPF do Médico Solicitante:</b>	<b>Nome do Médico Solicitante:</b>	<b>Status da Solicitação:</b>
12411337434	EDUARDO LOPES DE SANTANA	APROVADA
<b>CPF do Médico Executante:</b>	<b>Nome do Médico Executante:</b>	
12411337434	EDUARDO LOPES DE SANTANA	
<b>Diagnóstico Inicial - CID:</b>	<b>Classificação de Risco</b>	
S826 - FRATURA DO MALÉOLO LATERAL	Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível	
<b>Caráter</b>	<b>Clínica Complementar:</b>	
11 - Urgencia	Nenhuma	
<b>Clínica:</b>	<b>Código:</b>	
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	0415020034	
<b>Procedimento Solicitado:</b>		
OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS		

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTENSAÇÃO****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. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol  
Cep: 59022-020 Natal/RN  
CONFERE COM ORIGINAL

Data da Solicitação: 13/03/2020 07:55:32

13/03/2020 07:55:32

Cep: 59022-020 Natal/RN

Data da Extração dos Dados: 19/03/2020 09:15:26 / / /

**SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**  
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		
2 - CNES	<i>HOSPITAL MEMORIAL</i>		
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES		

5 - NOME DO PACIENTE	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
6 - Nº DO PRONTUÁRIO	<i>Silvânia C. P. Souza</i>		
7 - CARTÃO NACIONAL/SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
704805557161740	30/10/1994	F	MASCULINO 1 FEMININO 2
12 - ENDEREÇO (RUA, N°)	11 - TELEFONE DE CONTATO		
Rua Sampaio Corrêa, 2315 Apto 303	59062-450		
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP
Natal	Nazaré	RN	59062-450

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
<i>Dor, edema e líquido no joelho - mal de tornozelo d. gás banada</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	<i>FW. cirúrgico</i>		
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	<i>Ex de tornozelo d. AP/1</i>		
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS
<i>Fratura</i>	<i>Tornozelo</i>		

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

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		41 - DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - ( ) CID. 10 SECUNDÁRIO		43 - ( ) GRAVE	44 - ( ) GRAVÍSSIMA

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AH)
17 - DT. AUT. / /	51 DT AUT / /	SÃO FRANCISCO DE TIROL 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 MALÉOLO MEDIAL | TÍBIA, ENVOLVENDO: - MALÉOLO | - TORNOZELO

**Código do procedimento**

0408050578

0408060190

**Cirurgia realizada**

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ

**Equipe cirúrgica:**

Cirurgião: EDUARDO LOPES DE SANTANA

**CRM**

2156

Anestesiologista: ESAU BARBOSA MAGALHÃES FILHO

1163

Instrumentador: Patrícia

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:**

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL NA MESA CIRÚRGICA; ASSEPSIA E ANTISSEPSIA; CAMPOS OPERATORIOS; OSTEOTOMIA DECALEOOSSEO; REDUÇÃO CIRÚRGICA 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

Página 1 / 1

**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: 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:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

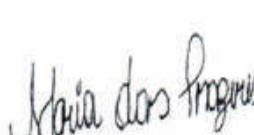
Curativo:

**PELE LIMPA E HIDRATADA**

Medicações:

Intercorrência:

**AS 13:45HRS ADMITO PCT ENCAMINHADA VIA REGULACAO DO HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES A MESMA ESTA GESTANTE HÁ MAIS DE CINCO SEMANAS, CONSCIENTE E ORIENTADA EM O<sup>º</sup> AMBIENTE , NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES , AFERIDO SVV ESTAVEIS , 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.**

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

COREN: 1370559 - MARIA DOS PRAZERES DA SILVA CLEMENTINO  
12/03/2020 13:58:25  
**CONFERE COM ORIGINAL**  
**EM, \_\_\_\_\_**

Página 1 / 1





## Hospital Memorial de Natal

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

### REGISTRO DOS TÉCNICOS

#### Dados do Paciente

Paciente: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

Registro: 145260 IH: 2

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

Leito: ENFERMARIA 101-B

Turno: Diurno

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: PACIENTE EM PRE OPERATORIO DE TIBIA D COM FIXADOR EX

Isolamento de contato: Não

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas: NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSA E ALIMENTAR

#### Sinais Vitais

Temperatura: 35,9 °C

Saturação O2: 97%

Respiração:

Pressão Arterial: 120x80

Frequência Cardíaca: 73

#### Oxigênioterapia

Em O2 Ambiente

AR AMBIENTE

#### Acesso Venoso

Dieta

VO

LIVRE

#### Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.:

Intestinais: PRESENTE

Aspectos:

#### HGT

#### 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<sup>º</sup> 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.

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

HOSPITAL MEMORIAL  
SÃO FRANCISCO  
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol  
Cep: 50022-020 - Natal/RN  
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:

Hipótese Diagnóstica PRÉ DE TIABIA D+FIXADOR EXTERNO

Estado Geral: Bom Coloração da Pele Normocorado

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

Periférico

JELCO HIDRATADO EM N

Dieta

VO

Isolamento de contato:

Nível de Consciência Consciente/Orientado

Oxigêniooterapia

Em O2 Ambiente

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. SEGUO 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

*Katia*  
 CREN: 648586 - KATIENE ALVES CRUZ PINHEIRO LUCENA

14/03/2020 09:40:51

CONFERE COM ORIGINAL

EM: / /

Página 1 / 1



## 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**

Isolamento de contato: **Não**

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

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Estado Geral: **Bom** Coloração da Pele: **Normocorado**

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

Oxigênioterapia

**Em O2 Ambiente**

**EUPNEICA**

Sinais Vitais

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

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

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **ATÉ O MOMENTO**

Acesso Venoso

Dieta

**VO**  
**BOA ACEITAÇÃO**

Drenos

Data:

Local:

Aspecto:

Obs.:

HGT

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

Local:

Curativo:

Aspecto:

Obs.:

Medicações:

**ADM CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.**

Intercorrência:

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

*Aline Moreira Lima*  
COREN-RN-754.005-TE

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

Página 1 / 1



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: NEGA

Hipótese Diagnóstica: PACIENTE EM PRE DE TIBIA (D) COM FIXADOR.

Estado Geral: Bom Coloração da Pele: Normocorado

Alergias Medicamentosas: NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSA E ALIMENTAR

Sinais Vitais

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

Pressão Arterial: 120x80 Frequência Cardíaca: 82

Acesso Venoso

Periférico

EM MSD COM JELCO HID

Dieta

VO

BEM ACEITA

Isolamento de contato: Não

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Oxigênioterapia

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.:

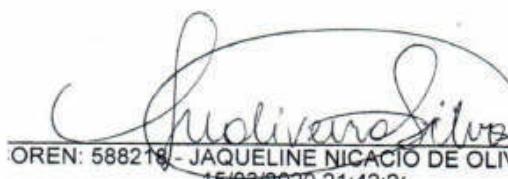
Curativo:

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, SEGUO EM JEJUM APÓS  
CAFÉ PARA CIRURGIA AS 14H...

  
OREN: 588218 - JAQUELINE NICÁCIO DE OLIVEIRA SILV.  
15/03/2020 21:42:21

Página 1 / 1





**REGISTRO DOS TÉCNICOS**
**Dados do Paciente**

Paciente: <b>SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA</b>	Registro: <b>145260</b>	IH: <b>2</b>
Nascimento: <b>30/10/1994</b> 26 anos	Data Internação: <b>12/03/2020 12:53:10</b>	Leito: <b>ENFERMARIA 101-B</b>
Turno: <b>Diurno</b>	Antecedentes: <b>NEGA</b>	Isolamento de contato: <b>Não</b>
Hipótese Diagnóstica: <b>POS DE FRATURA DE TIBIA D + TALA BOTA EM MID</b>	Nível de Consciência: <b>Consciente/Orientado</b>	
Estado Geral: <b>Bom</b>	Coloração da Pele: <b>Normocorado</b>	Oxigênioterapia
Alergias Medicamentosas: <b>NEGA</b>	<b>Em O2 Ambiente</b>	
Sinais Vitais		
Temperatura: <b>36,2 °C</b>	Saturação O2: <b>99%</b>	Respiração: <b>18 RPM</b>
Pressão Arterial: <b>120x80</b>	Frequência Cardíaca: <b>56</b>	
Acesso Venoso	Dieta	Eliminações Fisiológicas
<b>Periférico</b>	<b>VO</b>	Diurese: <b>ESPONTÂNEA</b>
<b>MSE 16/03</b>	<b>DIETA LIVRE LAXANTE COM ACEITAÇÃO PARCIAL</b>	Obs.: <b>AGUARDA</b>
HGT		
Correção:	Correção:	Intestinais: <b>PRESENTE</b>
Correção:	Correção:	Aspectos: <b>PELA MANHÃ</b>
Correção:	Correção:	Drenos
		Data:
		Local:
		Aspecto:
		Obs.:

Curativo:

**REALIZADO PELA COMISSAO**

## Medicações:

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

## Intercorrência:

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

**HOSPITAL MEMORIAL  
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL



COREN: 1013377 - JOSE LAIRTE SABINO DA SILVA

17/03/2020 13:22:18

EM: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Página 1 / 1



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 05/10/2020 17:22:19

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010051722157180000058630395

Número do documento: 2010051722157180000058630395

Num. 61115699 - Pág. 30

## EVOLUÇÃO NUTRICIONISTA - DIÁRIA

### Dados do Paciente

Paciente: SHYSELE 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 CIRÚRGICO 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 LÍQUIDOS.

Adriana de Queiroz Xavier  
Nutricionista CRN-2257  
Especialista em Nutrição Clínica  
Assinatura

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

#### INDICAÇÕES NUTRICIONAIS

PACIENTE ADMITIDA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO 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 LÍQUIDOS.

Adriana de Queiroz Xavier  
Nutricionista CRN-2257  
Especialista em Nutrição Clínica  
Assinatura

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: **SHYSENE 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.**

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**

Isolamento de contato: **Não**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Oxigênioterapia

**Em O2 Ambiente**

**EUPNEICA**

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **ATÉ O MOMENTO**

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

MANTEEM

**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. ESPONTÂNEAS REALIZADO CCGG, SEGUE SEM QUEIXAS.**

**HOSPITAL MEMORIAL  
SÃO FRANCISCO**

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

**CONFIRME COM ORIGINAL  
EM, \_\_\_\_\_**

**Marcelliane Gomes do Nascimento Souza  
COREN-RN 691021-TE  
COREN: 691021 - MARCELIANE GOMES DO NASCIMENTO SOUZA  
15/03/2020 16:48:58**

Página 1 / 1

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

Registro: 145260

IIH: 2

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

Leito: ENFERMARIA 101-B

Turno: Noturno

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: PRE DE TIABIA D+FIXADOR EXTERNO

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Alergias 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

JELCO HIDRATADO

Dieta

VO

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Oxigênioterapia

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.: PRESENTE

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

ADM TODAS MEDICAÇOES 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 SEGUO 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, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Página 1 / 1



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 05/10/2020 17:22:19

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010051722157180000058630395>

Número do documento: 2010051722157180000058630395

Num. 61115699 - Pág. 33

## 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  
 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

Acesso Venoso: Central  
 HGT

Dieta:  
VO

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 O<sup>º</sup> AMBIENTE, AFERIDO SVV SEM ANORMALIDADES, DIETA VIA ORAL BEM ACEITA, DIURESE ESPONTANEA SEGUO ESTAVEL AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

**HOSPITAL MEMORIAL**  
**SÃO FRANCISCO**

Fernanda Gómez Henrique Gómez

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cap: 59022-020 - Natal/RN

OREN: 571216 - FRANCISCA GORETE HENRIQUE GÓMEZ  
 13/03/2020 20:06:48  
 COMPRIMINAL  
 EM, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Página 1 / 1



**REGISTRO DOS TÉCNICOS**
**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: **Noturno** Antecedentes:

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

 Estado Geral: **Bom** Coloração da Pele: **Normocorado**

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

 Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**
**Sinais Vitais**

Temperatura: **36,7 °C** Saturação O2: **92%** Respiração: **RPM**  
 Pressão Arterial: **120x80** Frequência Cardíaca: **68**

**Oxigêniooterapia**
**Em O2 Ambiente**
**Acesso Venoso**
**S/ACESSO**
**Dieta**
**VO  
ACEITANDO.**
**Eliminações Fisiológicas**
**Diurese: ESPONTÂNEA**
**Obs.:**
**Intestinais: PRESENTE**
**Aspectos:**
**HGT**
**Drenos**
**Data:**
**Tipos:**
**Local:**
**Aspecto:**
**Obs.:**
**Curativo:**
**Medicações:**
**Intercorrência:**

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


**HAZIA**
**HOSPITAL MEMORIAL**
**SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

CEP 59022-020 - Natal/RN

COREN: 670726 - THAZIA JANIELE DOS SANTOS SILVA

12/03/2020 19:37:05

**CONFERE COM ORIGINAL**
**EM, / /**

Página 1 / 1





# CLÍNICA OCTÁVIO ROSADO

Lauda Fiduci

- # Shyslene Colene Pereira de Lira - 25a/s
- # Data do Acidente: 20/02/2020
- # Paciente com 04 (quatro) notabilidades que  
resultou em fratura de mola do tornozelo
- Edema direto. Susto crônico.
- Ausência reflexa dor e perda de  
50% de flexão plena.

# T93

# Atendimento

Dr(a):

Dr. Tiago Andrade Rodrigues  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM: 124.0224

18/10/2020

Data:

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

BARAÚNA:  
Rua Espírito Santo, S/N  
Centro  
Fone: (84) 9.8782-0474

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

ASSU:  
Av. Senator Ivan Camara, 1304  
Centro

PARNAMIRIM:  
Av. Bessa Parnamirim, 880  
Vila Nova

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

