



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	
SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA (AUTOR)		ERIC TORQUATO NOGUEIRA (ADVOGADO) CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO) BRUNO HENRIQUE CORTEZ DE PAULA (ADVOGADO)	
MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A. (RÉU)			
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
61115699	05/10/2020 17:22	<a href="#">2755088_CONTESTACAO_Anexo_02</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: SHYSLINE CALINE PEREIRA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00034

CONTA: 000000068108-0

---

---

Nr. da Autenticação C7EA691529F444E9



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200224313 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA **Data do acidente:** 20/02/2020 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 25/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE MALÉOLO LATERAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos  
complementares:**

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

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





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: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA**

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

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANTONIONE DE FREITAS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000000034**

**Conta: 0000068108-0**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

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

Número do documento: 20100517221571800000058630395

Num. 61115699 - Pág. 3



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 113413254-90 4 - Nome completo da vítima: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA 6 - CPF: 113413254-90  
7 - Profissão: PROMOTORA 8 - Endereço: Rua. São João CORDEIA 9 - Número: 4415- 10 - Complemento: AP. 202  
11 - Bairro: M.S. MARCARE 12 - Cidade: NATAL 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.062-450  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (85) 98833-6586

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR.  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itiú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0034

CONTA: 00068108

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 enviada e apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessária, da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Caso de Planejamento com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(vários)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e preencherem 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 - Representante legal da vítima ou beneficiário

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: NATAL RN 23.06.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019



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

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

Número do documento: 20100517221571800000058630395





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. CONPAL  
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 / CB 125 Cor PRETA Ano 2015 / 2015  
Proprietário SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA Nº de Ocupantes 01  
Conductor SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA Data de Nasc. 30/10/1994  
Endereço (RUA) AV. PROPRIA Nº 1800 Fone 99159-4466  
Bairro J. GARO Cidade NATAL UF RN  
CPF Nº 113 413 254 90 CNH Nº 06699193615 Validade 11 / 05 / 2021 Categoria AB  
Local de Trabalho AUTÔNOMO Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

4 - VEICULO 02:

Placa ou Chassi AGR-2054 Cidade NATAL UF RN  
Marca/Mod. FIAT / FIORINO Cor BRANCA Ano 2018 / 2018  
Proprietário GENTIL NEGÓCIOS PARTIC. SOCIETARIAS LTDA Nº de Ocupantes 01  
Conductor FABIO HERIQUÊ DE SOUZA Data de Nasc. 19/08/1979  
Endereço RUA DE TRAVELIS Nº 26 Fone 98881-3690  
Bairro GUARAPES Cidade NATAL UF RN  
CPF Nº 033 704 164 43 CNH Nº 03706633695 Validade 20 / 08 / 2020 Categoria AD  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone 3673-5672  
End. AV. HERNES DA FONSECA Nº 880 Bairro TIROL Cidade NATAL

5 - VEICULO 03:

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

6 - VEICULO 04:

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

Bo Nº do Boletim: 104792 Nº 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.trjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100517221571800000058630395>

Número do documento: 20100517221571800000058630395

## 7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

**SOBRE V1** - Em que Rua/ Av. Transitava?

AV. FELIZARDOS FIRMINDO MOURA

Em que sentido?

QUINTAS / IGARU

Em que faixa?

(ESQUERDA) DIREITA

Versão do condutor

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

Assinatura do condutor V1:

**SOBRE V2** - Em que Rua/ Av. Transitava?

AV. FELIZARDOS FIRMINDO MOURA

Em que sentido?

QUINTAS / IGARU

Em que faixa?

DIREITA

Versão do condutor

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

Assinatura do condutor V2:

Firmind Moura

**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:

Boletim: 104792 Nº 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.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100517221571800000058630395>









Número do documento: 20100517221571800000058630395



## 8 - CONDIÇÕES DA VIA

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

## 9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

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

UINTE  
 4  
 5

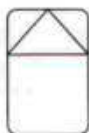
COMPAN  
 JGAPO

Av. FELIZIANO FERREIRA MOURA  
 COMUNIDADE DO MOSQUITO

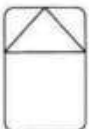
## 10 - AVARIAS VISUALIZADA PELO AGENTE DE TRÂNSITO

## AVARIAS DO VEÍCULO 1

STRIBO L. DIREITO E ESQUERDA E PINTURA AVARIADA.

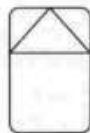


## AVARIAS DO VEÍCULO 3



## AVARIAS DO VEÍCULO 2

LANTERNA TRASEIRA, E PINTURA TRASEIRA.



## AVARIAS DO VEÍCULO 4





11 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha  
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: H. CLÓVIS SARINHA Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome SHYJLENE CALINE DE LIMA  
 RG N° 2965337 órgão Expedidor SSP/RN Data de Nascimento 30/10/1994  
 Endereço AV. PROPIA N° 1800 Fone /  
 Bairro JGARU Cidade NATAL UF RN  
 Versão /

Assinatura / Hora /

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

Nome /  
 RG N° / órgão Expedidor / Data de Nascimento /  
 Endereço / N° / Fone /  
 Bairro / Cidade / UF /  
 Versão /

Assinatura / Hora /

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

Nome /  
 RG N° / órgão Expedidor / Data de Nascimento /  
 Endereço / N° / Fone /  
 Bairro / Cidade / UF /  
 Versão /

Assinatura / Hora /

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

Nome /  
 RG N° / órgão Expedidor / Data de Nascimento /  
 Endereço / N° / Fone /  
 Bairro / Cidade / UF /  
 Versão /

Assinatura / Hora /

#### 15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa / Cidade / UF / Marca/ Modelo /  
 Nome SAMU NATAL RG° / O'rgão Exp. /  
 Endereço / N° /  
 Bairro / Cidade / Fone /

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO AIT N° / Cód/DESC /

#### 17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

INFORMO QUE O VEÍCULO V-1 FOI ENTREGUE AO Sr. DEYVISON RODRIGUES DA REILA (CPF: 085.971.354-76 CNH: 05980302099 CAT. AB ASS. ( ) E A CONDIÇÃO DE V-1 FOI CONDUZIDO AO H. CLÓVIS SARINHA PELA SAMU NATAL O CONDUTOR DE V-1 NÃO TEVE CONDIÇÕES DE ASSINAR A VERSÃO.

Nome Completo do Agente Carlos Dion Abdon  
 POSTO / GRAD 2-SGT PM N° 86422 Viatura DRE-106 Subunidade J-UPRE  
 Data NATAL 30 de FEVEREIRO de 2020

Assinatura do Agente de Trânsito /

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





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 945/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0034 CONTA: 00068108

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau da Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Fallecidos: 30 - Vítima deixou neta(s) (viva(s) ou falecida(s))? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Fallecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: NATAL RN 23.06.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

IPS 001 V002/2019





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

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL  
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923  
CNES:

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

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

CNS:

Nascimento: 30/10/1994

Sexo: Feminino

Prontuário: 1194311

Mãe: ROSILENE DA ROCHA PEREIRA

Pai: EDSON DE LIMA

Cor: PARDA

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

Município: NATAL

Código Municipal IBGE:

240810 UF: RN

Fone: 88277587 /

CEP: 59062-450

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 6940 / 2020

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS 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 / Assistente:

HAUSEMANN HELIO GABARO LOPES DE MORAIS

CRM: 5314 / RN

Data da Solicitação 20/02/2020

**PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

( ) Acidente de Trabalho

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:

Órgão 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

**Paciente:** SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

**Categoria: GRATUITO**

**Quarto / Leito: 3 / 317**

Prontuário: 1194311

**Data Agendamento: 20/02/2020 18:00**

**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

**Professional:**

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





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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 9760 /2020

Admissão: 20/02/2020 10:52:07



**CIRURGIA GERAL - AMARELO**

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

Nascimento: 30/10/1994 Natural: NATAL.BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: CPF: 11341325490

Prof:

Mãe: ROSILENE DA ROCHA PEREIRA

Pai: EDSON DE LIMA

Logradouro: SAMPAIO CORREIA, 1595

CEP: 59062450

Bairro: NOSSA SENHORA DE NAZARÉ Cidade: NATAL

Telefone: 84 .88277587

Compl:

**Motivo:** MOTO X CARRO - COLISÃO

**Tipo:** REFERENCIADO

**Origem:** AMBUL. SAMU NATAL

\*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 20/02/2020 10:44:01				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FI02	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.



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



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

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

0- DATA 25/02/2020	1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA	2- CNES 3515168
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA	4- CNES 3515168	
5- PACIENTE SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA		
6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO 168941		
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 704 8055 5716 1740	8- DATA DE NASCIMENTO 30/10/1994	9- SEXO FEMININO
10- NOME DA MÃE ROSILEIDE DA ROCHA PEREIRA	11- RAÇA/COR PARDA	
12- NOME DO RESPONSÁVEL DEYVISSON RODRIGUES VARELA	13- TELEFONE DE CONTATO 991594465	
14- ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA SAMPAIO CORREIA, 4415, AP-202	15- TELEFONE DE CONTATO	
16- MUNICÍPIO NATAL	17- BAIRRO N.S. DE NAZARE	18- UF RN
19- CEP 59062 450		
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Transtorno de ansiedade generalizada</i>		
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Transtorno de ansiedade</i>		
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>MC + 0</i>		
23- DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Transtorno de ansiedade</i>	24- CID 10 PRINCIPAL <i>F41.1</i>	25- CID 10 SECUND. <i>F41.1</i>
26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Tratamento farmacológico e psicológico</i>		
28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
29- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO
32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	33- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
34- ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		
35- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (RISTEN)		
36- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
37- N° DO BILHETE		
38- N° DO BILHETE		
39- N° DO BILHETE		
40- N° DO BILHETE		
41- SÉRIE		
42- CNPJ DA EMPRESA		
43- CNPJ DA EMPRESA		
44- CBOR		
45- VINCULO COM A PREVIDÊNCIA		
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
47- COD. ORÇAO EMISSOR		
48- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO		
51- ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		
52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		

HRDML / SESAP  
CONFERI C/ O ORIGINAL  
Parnamirim-RN, 20/03/2020  
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 001 w-g

NOME: SHYLLINE ELYNE PEREIRA DE LIMA  
IDADE: 30/10/1994 COR: parda SEXO: FEM. ESTADO CIVIL: Solteira  
NATURALIDADE: Natal PROFISSÃO: Secretária PROCEDENCIA:  
ENDEREÇO: Rua S. M. do Carmo, 1575 BAIRRO: Nossa S. Maria  
CIDADE: Natal DATA: 23/03/2020 HORA: 19:50

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

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

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

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

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





PACIENTE: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

DATA: 03.03.20

LEITO 06

AD: 23/02/20

1	DIETA LIVRE	12	18	24	06
2	DIPIRONA 40 GTS ,VO, 6/6H	12	18	24	06
3	CEFALEXINA 500 MG -- 01 COMP.VO, 6/6H ( DO 24/02/20 )	12	18	24	06
4	SSV CCGG				

evolução:

pac. de frim. estável.  
Apresentando transformação 1 Hsp. melhorado!

Dr. Fábio S. Siqueira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 120112-1

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

Cidade: Natal

Estado Civil: Solteira

Médico Solicitante: Drº Fabio Freitas

Idade: 30/10/1994

Data: 25/02/2020

## ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSVAGINAL.

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

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

BEXIGA: vazia.

ÚTERO: com forma, contornos e ecogenidade normais. Não se observou imagens nodulares ou cistos em sua topografia.

Endométrio: 1,3 cm. Imagem cística na porção fúndica da cavidade uterina medindo 0,5 cm.

Dimensões uterinas:

Diâmetro longitudinal: 8,4 cm

Diâmetro ântero-posterior: 4,9 cm

Diâmetro látero-lateral: 5,7 cm

Volume uterino: 121 cm<sup>3</sup> (N= 25 a 90 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 cística na cavidade uterina, compatível com saco gestacional, sugerindo IG de 4 semanas (paciente com beta positivo).

Corpo lúteo no ovário direito.

DRA. DEBORAH MESQUITA

CRM: 0515-8  
CBO: 4998

HRDML / SESAP  
CONFERIDO O ORIGINAL  
Parnamirim-RN, 20/03/2020  
Mat. 1558005





Hospital Memorial  
São Francisco

## Hospital Memorial de Natal

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

Data: 12/03/2020 13:53

### FICHA DE INTERNAMENTO

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

#### Dados do Internamento

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

**ENFERMARIA 101-B**

#### Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

#### Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora esta autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Autorizo a liberação da documentação do meu caso médico, através de fotografia, ou de exames gráficos ou de imagens, bem como o seu arquivamento por meio digital, papéis, fotografias ou quaisquer meios para os seguintes fins:

- Diagnóstico;
- Planejamento e Terapêutico;
- Ensino e Pesquisa.

Assinatura: [ ] Paciente [ ] Responsável

*SHYSLENE CALINE P. DE LIMA*

#### Observações

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

HOSPITAL MEMORIAL

SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, 26/03/20

Página 1

MediWare



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. 18





Hospital Memorial  
São Francisco

# Hospital Memorial de Natal

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

Data: 12/03/2020 13:53

## FICHA DE INTERNAMENTO

### Dados do Paciente

Paciente: SHYSLINE CALINE PEREIRA DE LIMA

Num. RG: 2965237

CPF: 113.413.254-90 Nascimento: 30/10/1994 26 anos

Sexo: Feminino

Registro: 145260

Est. Civil: Solteiro(a)

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

N.: 4415

Bairro: NOSSA SENHORA DE NAZARÉ

CEP: 59062450

Fone: 84988277587

UF: RN

Mãe: ROSILEIDE DA ROCHA PEREIRA

Cidade: NATAL

Profissão:

### Dados do Internamento

Num. Internamento: 2

Convênio: SUS MUNICIPAL

Médico: Dr. FILIPPI RANIERI ALVES

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

Data/Hora Alta: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Data da Baixa: \_\_\_\_\_ No. de dias de hospitalização: \_\_\_\_\_ No. de US: \_\_\_\_\_

Doc. Apresentado: \_\_\_\_\_ Diagnostico Definitivo: \_\_\_\_\_

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

História da Doença atual: \_\_\_\_\_

Interrogatorio sobre diversos aparelhos: \_\_\_\_\_

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

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

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

Ap. Cardiorespiratorios: \_\_\_\_\_

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

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

Ap. Urinario 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



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. 19





Hospital Memorial  
São Francisco

## Hospital Memorial de Natal

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

Data: 12/03/2020 13:53

### Dados do Paciente

Paciente: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA** Registro: **145260**  
Num. RG: **2965237** CPF: **113.413.254-90** Nascimento: **30/10/1994** 26 anos Sexo: **Feminino** Est. Civil: **Solteiro(a)**  
Endereço: **SAMPAIO CORREIA - DE 3849/3850 A 3951/39** N.: **4415** Bairro: **NOSSA SENHORA DE NAZARÉ**  
Cidade: **NATAL** UF: **RN** CEP: **59062450** Fone: **84988277587**  
Profissão: Mãe: **ROSILEIDE DA ROCHA PEREIRA**

### Dados do Internamento

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

### Dados do Responsável

Responsável: CPF: RG:  
Parentesco:

### TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) Dr. FILIPPI RANIERI ALVES, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia:
2. - O(A) Dr. FILIPPI RANIERI ALVES, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

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

Assinatura: [ ] Paciente [ ] Responsável

*SHYSLENE CALINE P. DE LIMA*

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

**Dr. FILIPPI RANIERI ALVES - CRM 6963**

MedicWare

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

Página 1 /



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

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

Número do documento: 20100517221571800000058630395

Num. 61115699 - Pág. 20



Código Solicitação: 330743914

Número AIH: 242010023265-0

### IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:

HOSPITAL MEMORIAL

Unidade Executante:

HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL

Central Reguladora

NATAL

Data de Solicitação

13.03.2020 - 07:55:32

Data de Autorização

13/03/2020 - 08:20:30

Data de Reserva

14.03.2020

Data de Internação

13.03.2020

Data Prevista de Alta

28.07.2047

Data de Alta

18/03/2020 - 08:58:23

Motivo da Alta

1.2 ALTA MELHORADO

CNES:

2408252

CNES:

2408252

Município Executante

NATAL

Operador

08243509445ANDRIKELLY

Operador

ADRIANOMAGNO

Operador

ANDRIKELLYMORAIS

Operador

ANDRIKELLYMORAIS

### DADOS DO PACIENTE

CNS:

704805557161740

Nome do Paciente

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:

BARÃO DE MAUA

Bairro:

BOM PASTOR

Município de Residência:

NATAL

Complemento:

CEP:

59060-225

UF:

RN

### DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

12411337434

CPF do Médico Executante:

12411337434

Diagnóstico Inicial - CID:

S826 - FRATURA DO MALÉOLO LATERAL

Caráter

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

Nome do Médico Solicitante:

EDUARDO LOPES DE SANTANA

Nome do Médico Executante:

EDUARDO LOPES DE SANTANA

Status da Solicitação:

APROVADA

Classificação de Risco

Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0415020034

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

PACIENTE COM DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO "D".

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

RX + EXAME FÍSICO

Condições que Justificam a Internação:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TORNOZELO + REDUÇÃO.

### PARER

Motivo de Impedimento do Regulador:

---

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

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

Data da Extração dos Dados: 19/03/2020 09:16



# SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE	Shirley C. P. Lima			6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL/SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
704805557161740	30/10/1994	F		
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº)	12 - MUNICÍPIO	13 - BAIRRO	14 - UF	15 - CEP
Rua Sampaio Cavaca, 4415 Apto 202	Natal	Nazare	RN	59062-450

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	Dor, edema e hiperemia no dorso do tornozelo. Gô-Boaena		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	T.W. cirúrgico		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	Ex de tornozelo D. AP/P		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS
Ex de tornozelo			

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO
		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO
17 - DT. AUT.	18 - CNES / CPF	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)
/ /		
<p>HOSPITAL MEMORIAL</p> <p>SÃO FRANCISCO</p> <p>Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol</p> <p>Cep: 59022-020 - Natal/RN</p> <p>CONFERE COM ORIGINAL</p>		







**Hospital Memorial**  
**São Francisco**

## DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

Data do Procedimento: 16032020

Registro: 145260 IH: 2

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

Código do procedimento

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;ASSEPSSIA E ANTISSEPSSIA;CAMPOS OPERATORIOS;OSTEWOTOMIA DECALO OSSEO;REDUÇÃO CIRURGICA E FIXAÇÃO COM PARAFUSOS MALEOLARES E ARRUELAS;FECHAMENTO.

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

Av.Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep:59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, 1 / 1 / 1

CRM: 2156 - EDUARDO LOPES DE SANTANA

17/03/2020 17:02:02

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=20100517221571800000058630395>

Número do documento: 20100517221571800000058630395

Num. 61115699 - Pág. 23

## REGISTRO DOS TÉCNICOS

### Dados do Paciente

Paciente: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA**

Registro: **145260**

IH: **2**

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

Leito: **ENFERMARIA 101-B**

Turno: **Tarde**

Antecedentes:

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

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

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

Isolamento de contato: **Não**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Sinais Vitais

Temperatura: **36,2 °C**

Saturação O2: **98%**

Respiração: **19 RPM**

Pressão Arterial: **100x80**

Frequência Cardíaca: **63**

Oxigenioterapia

**Em O2 Ambiente**

**AR AMBIENTE**

Acesso Venoso

Dieta

**VO**

**LIVRE**

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.:

Intestinais: **PRESENTE**

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

**PELE LIMPA E HIDRATADA**

Medicações:

Intercorrência:

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



**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, \_\_\_\_\_







Hospital Memorial  
São Francisco

## Hospital Memorial de Natal

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

### REGISTRO DOS TÉCNICOS

#### Dados do Paciente

Paciente: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA**

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

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

Leito: **ENFERMARIA 101-B**

Turno: **Diurno**

Antecedentes:

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

Isolamento de contato: **Não**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

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

Sinais Vitais

Temperatura: **35.9 °C**

Saturação O2: **97%**

Respiração:

Pressão Arterial: **120x80**

Frequência Cardíaca: **73**

Oxigenioterapia

**Em O2 Ambiente**

**AR AMBIENTE**

Acesso Venoso

Dieta

**VQ**

**LIVRE**

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.:

Intestinais: **PRESENTE**

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

**PELE LIMPA E HIDRATADA**

Medicações:

**ADM MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA**

Intercorrência:

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

*Maria dos Prazeres*

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

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

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=20100517221571800000058630395>

Número do documento: 20100517221571800000058630395

Num. 61115699 - Pág. 25



Hospital Memorial  
São Francisco

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

### REGISTRO DOS TÉCNICOS

#### Dados do Paciente

Paciente: SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA

Registro: 145260 IH: 2

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

Leito: ENFERMARIA 101-B

Turno: Diurno

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: PRÉ DE TIABIA D+FIXADOR EXTERNO

Isolamento de contato:

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas: NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSA E ALIMENTAR

Sinais Vitais

Temperatura: 36.2 °C Saturação O2: 89% Respiração: 20 RPM

Pressão Arterial: 110x70 Frequência Cardíaca: 78

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Acesso Venoso

Periférico

JELCO HIDRATADO EM IV

Dieta

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.:

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

MEDICAÇÃO VO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA

ADM MEDICAÇÃO EV CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA

Intercorrência:

AS 07:00H RECEBI O PACIENTE RESTRITA EM SEU LEITO. CONSCIENTE ORIENTADA EM O2 AMBIENTE. GESTANTE SSVV SEM ANORMALIDADES. REALIZADO BANHO DE ASPERSÃO+TROCA DE ROUPAS. PESSOAS+LENÇÓIS 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 SÓDICO 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

REN: 648586 - KATIENE ALVES CRUZ PINHEIRO LUCEN  
14/03/2020 09:40:51

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=20100517221571800000058630395>

Número do documento: 20100517221571800000058630395

Num. 61115699 - Pág. 26



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA**

Registro: **145260**

IH: **2**

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

Leito: **ENFERMARIA 101-B**

Turno: **Manhã**

Antecedentes: **NEGA**

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

Isolamento de contato: **Não**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

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

Sinais Vitais

Temperatura: **36,2 °C**

Saturação O2: **89%**

Respiração: **20 RPM**

Pressão Arterial: **110x70**

Frequência Cardíaca: **78**

Acesso Venoso

Dieta

**VO**

**BOA ACEITAÇÃO**

Oxigenioterapia

**Em O2 Ambiente**

**EUPNEICA**

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **ATÉ O MOMENTO**

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

**ADM CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.**

Intercorrência:

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

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

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



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: SHYSLINE CALINE PEREIRA DE LIMA

Registro: 145260

IH: 2

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

Leito: ENFERMARIA 101-B

Turno: Noturno

Antecedentes: NEGA

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

Isolamento de contato: Não

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas: NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSA E ALIMENTAR

Sinais Vitais

Temperatura: 36 °C

Saturação O2: 99%

Respiração: 20 RPM

Pressão Arterial: 120x80

Frequência Cardíaca: 82

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Acesso Venoso

Periférico

Dieta

VO

EM MSD COM JELCO HID

BEM ACEITA

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.: PRESENTE

Intestinais: AUSENTE

Aspectos: ATÉ O MOMENTO

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

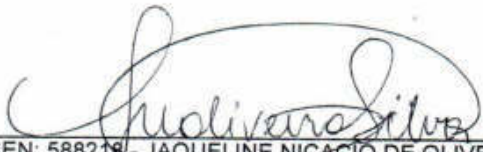
Curativo:

Medicações:

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

Intercorrência:

PACIENTE EM PRE DE TIBIA (D) COM FIXADOR, EM O2 AMBIENTE, SINAIS VITAIS VERIFICADOS, COM JELCO HID, EM MSD, VIABILIZANDO MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO, DIURESE PRESENTE, SEGUE EM JEJUM APÓS CAFÉ PARA CIRURGIA AS 14H...

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







Hospital Memorial  
São Francisco

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

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

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: PRÉ DE TÍBIA (D)+ FIXADOR.

Isolamento de contato: Não

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Alergias Medicamentosas: NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSA E ALIMENTAR

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Sinais Vitais

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

Pressão Arterial: 120x80 Frequência Cardíaca: 72

Acesso Venoso

Dieta

S/ACESSO

VO

boa aceitação

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.: PRESENTE

Intestinais: AUSENTE

Aspectos: ATÉ O MOMENTO

HGT

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

pele íntegra.

Medicações:

adm. conforme prescrição médica.

Intercorrência:

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

HOSPITAL MEMORIAL  
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

16/03/2020 - Natal/RN

COREN: 60894 - EDNA CABRAL DE LIMA VIDIGAL

16/03/2020 10:17:27

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=20100517221571800000058630395

Número do documento: 20100517221571800000058630395

Num. 61115699 - Pág. 29

**REGISTRO DOS TÉCNICOS**

**Dados do Paciente**

Paciente: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA**

Registro: **145260**

IH: **2**

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

Leito: **ENFERMARIA 101-B**

Turno: **Diurno**

Antecedentes: **NEGA**

Hipótese Diagnóstica: **POS DE FRATURA DE TIBIA D + TALA BOTA EM MID**

Isolamento de contato: **Não**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **NEGA**

**Sinais Vitais**

Temperatura: **36,2 °C**

Saturação O2: **99% %**

Respiração: **18 RPM**

Pressão Arterial: **120x80**

Frequência Cardíaca: **56**

Oxigenioterapia

**Em O2 Ambiente**

**EUPNEICA**

**Acesso Venoso**

**Periférico**

**MSE 16/03**

**Dieta**

**VO**

**DIETA LIVRE LAXANTE COM ACEITAÇÃO PARCI**

**Eliminações Fisiológicas**

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **AGUARDA**

Intestinais: **PRESENTE**

Aspectos: **PELA MANHÃ**

**HGT**

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

**Drenos**

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

**Curativo:**

**REALIZADO PELA COMISSAO**

**Medicações:**

**AS 08:00 HRS ADM O ATB DE HORARIO IV CPM**

**AS 12:00 HRS ADM A MEDICACAO DE HORARIO IV CPM**

**AS 14:00 HRS AINSTALADO SF 0,9% 500ML IV CPM**

**AS 16:00 HRS ADM O ATB DE HORARIO IV CPM**

**AS 17:30 HRS PCTE REFERE DOR E NAUSEA, FOO ADM A MEDICACAO DE HORARIO IV CPM**

**Intercorrência:**

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



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

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







Hospital Memorial  
São Francisco

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

## EVOLUÇÃO NUTRICIONISTA - DIÁRIA

### Dados do Paciente

Paciente: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA**

Registro: **145260** Nº Internação: **2**

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

#### INDICAÇÕES NUTRICIONAIS

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

Adriana de Queiroz Xavier  
Nutricionista - CRN 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: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA**

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

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

Leito: **ENFERMARIA 101-B**

Turno: **Tarde**

Antecedentes: **NEGA**

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

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

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

Isolamento de contato: **Não**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

#### Sinais Vitais

Temperatura: **36.9 °C** Saturação O2: **91%%** Respiração: **20 RPM**

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

Oxigenioterapia

**Em O2 Ambiente**

**EUPNEICA**

Acesso Venoso

**Periférico**

**EM MSD DE 14/03**

Dieta

**VO**

**LIVRE LAXANTE**

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **ATÉ O MOMENTO**

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

**MANTEEM FIXADOR EXTERNO**

Medicações:

**SEM MEDICAÇÕES PRESCRITA NO HORARIO**

Intercorrência:

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

Marcellane Gomes do Nascimento Souza  
COREN-RN 691021-TE

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

HOSPITAL MEMORIAL  
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, \_\_\_\_\_





REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **SHYSLENE CALINE PEREIRA DE LIMA**

Registro: **145260**

IH: **2**

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

Leito: **ENFERMARIA 101-B**

Turno: **Noturno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **PRÉ DE TIABIA D+FIXADOR EXTERNO**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

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

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Sinais Vitais

Temperatura: **36,5 °C**

Saturação O2: **%**

Respiração: **18 RPM**

Pressão Arterial: **110x60**

Frequência Cardíaca:

Acesso Venoso

**Periférico**

Dieta

**VO**

**UELCO HIDRATADO**

IGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Oxigenioterapia

**Em O2 Ambiente**

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

**ADM TODAS MEDICAÇÕES NO HORARIO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA.**

Intercorrência:

**19H, RECEBO PLANTAO COM CLIENTE SEM QUEIXAS NO HORARIO, AFERIDOS SSVV, ACEITA BEM A DIETA VO, REALIZADO TROCA DE FRALDAS SEGUER 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





Hospital Memorial  
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: SHYSLINE 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 F Isolamento de contato:

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorada

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas: NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSA E ALIMENTAR

Sinais Vitais:

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

Pressão Arterial: 120x80 Frequência Cardíaca: 75

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Acesso Venoso

Central

Dieta

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.:

Intestinais: PRESENTE

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

ADM MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA

Intercorrência:

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

HOSPITAL MEMORIAL  
SÃO FRANCISCO

Francisca Gorete Henrique Gomes

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

CEP: 59022-020 - Natal/RN

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

13/03/2020 20:06:45 EM:            /            /           







Hospital Memorial  
São Francisco

## Hospital Memorial de Natal

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

### REGISTRO DOS TÉCNICOS

#### Dados do Paciente

Paciente: **SHYSLNE CALINE PEREIRA DE LIMA**

Registro: **145260**

IH: **2**

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

Leito: **ENFERMARIA 101-B**

Turno: **Noturno**

Antecedentes:

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

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

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

Sinais Vitais

Temperatura: **36,7 °C**

Saturação O2: **92%**

Respiração: **RPM**

Pressão Arterial: **120x80**

Frequência Cardíaca: **68**

Oxigenioterapia

**Em O2 Ambiente**

Acesso Venoso

**S/ACESSO**

Dieta

**VO**

**ACEITANDO.**

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.:

Intestinais: **PRESENTE**

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

Intercorrência:

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

HAZIA

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

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

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=20100517221571800000058630395>

Número do documento: 20100517221571800000058630395

Num. 61115699 - Pág. 35



# CLÍNICA OCTAVA RODADO

Louco Pedro

# Shypleur Colene Porro de lino - 25ans

# Data do Atendimento: 20/02/2020

# Perante exame auditivo notouse que  
resultou em falha de notado (completo)  
lateral direita. Ouvido esquerdo.

# Abundante refluxo de e perda de  
50% de flexão plantar.

# T93

# *[assinatura]*

Dr. Tiago Andrade Rodrigues  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1224

Data: 18/02/2020

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

**BARAUNA:**  
Rua Espedito Alves, 514  
Centro

**SERRA DO MEL:**  
R. Col. Severiano Lacerda da Costa, 2234  
Vila Brasília  
Fone: (84) 9.8782-0474

**ASSU:**  
Av. Senador João Câmara, 1304  
Centro

**PARNAMIRIM:**  
Av. Belia Parnamirim, 880  
Vila Nova

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

