

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: 12/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TERCIO MEDEIROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00758

CONTA: 000000074827-0

Nr. da Autenticação 46478FF1BC160DBA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190614492 **Cidade:** São João do Sabugi **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TERCIO MEDEIROS **Data do acidente:** 14/04/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA. P6,18

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

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 DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 08.534.385/0001-05 / INSC. Estadual: 20055.438-3
Adm. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4582

ENCHEIRO DE ARREBENTAMENTO
315
34252207

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
IMPRESSO EM 18/09/2019 ÀS 15:32:03

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA:	MÊS/ANO			
ERASMO NOBREGA MEDEIROS RUA LEAO F. DE BRITO, N. 105 - SAO JOAO DO SABUGI SAO JOAO DO SABUGI RN 59110-000		7428391	09/2019			
INSCRIÇÃO 449.001.593.0127.000	ROTA 3	SEQ.ROTA 6140	QUANTIDADE DE ECONOMIAS RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO			
HIDRÔMETRO Y17S051239	SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL				
CONSUMO AGUA (M3): 12		DATA LEITURA: 18/09/2019 LEIT. ATUAL: 221 LEIT. ANT.: 209 DIAS CONSUMO: 33				
HISTORICO DE CONSUMO						
REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
08/2019	7	06/2019	4	04/2019	10	7
07/2019	9	05/2019	6	03/2019	9	
DESCRIÇÃO AGUA		CONSUMO	TOTAL(R\$)			
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)						
ATE 10 M3 - 39,99 POR UNIDADE		10 M3	39,99			
11 M3 A 15 M3 - R\$ 4,46 POR M3		2 M3	8,92			
JUROS DE HORA 07/2019			0,41			
TRIBUTOS		BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO		
PIS		48,91	1,65	0,81		
COFINS		48,91	7,6	3,72		
VENCIMENTO:		25/09/2019	TOTAL A PAGAR:		49,32	
MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA AGUA DISTRIBUÍDA						
Parâmetros	Turbidez	PH	Cor. Total	Cloro Residual Livre	Nitrito (como N)	
VMP e Recomendações	≤ 5,0 uT	6,0 a 8,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L	
Valores Obtidos	0,43	0,95	100,0	4,75		



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 08.534.385/0001-05 / INSC. Estadual: 20055.438-3
Adm. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4582

ENCHEÍMTO DE ATENDIMENTO
14 - NÚMERO: 01/11/2019
15 - NÚMERO: 01/11/2019
315 - NÚMERO: 01/11/2019
34252207

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
IMPRESSO EM 18/09/2019 ÀS 15:32:03

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA:	MÊS/ANO		
ERASHO NOBREGA MEDEIROS RUA LEAO F. DE BRITO, N. 105 - SAO JOAO DO SABUGI SAO JOAO DO SABUGI RN 59110-000		7428391	09/2019		
INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS		
449.001.593.0127.000	3	6140	RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO		
HIDRÔMETRO	SITUAÇÃO AGUA	SITUAÇÃO ESGOTO			
Y17S051239	LIGADO	POTENCIAL			
CONSUMO AGUA (M3): 12		DATA LEITURA: 18/09/2019			
		LEIT. ATUAL: 221			
		LEIT. ANT.: 209			
		DIAS CONSUMO: 33			
HISTORICO DE CONSUMO					
REF	CONSUMO	REF	CONSUMO		
08/2019	7	06/2019	4		
07/2019	9	05/2019	6		
04/2019	10	03/2019	9		
DESCRICAÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)		
AGUA					
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)					
ATE 10 M3 - 39,99 POR UNIDADE		10 M3	39,99		
11 M3 A 15 M3 - R\$ 4,46 POR M3		2 M3	8,92		
JUROS DE HORA 07/2019			0,41		
TRIBUTOS					
PIS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO		
COFINS	48,91	1,65	0,81		
	48,91	7,6	3,72		
VENCIMENTO: 25/09/2019		TOTAL A PAGAR: 49,32			
MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA AGUA DISTRIBUÍDA					
Parâmetros	Turbidez	PH	Col. Totais	Cloro Residual Livre	Meta (como M)
VMP e Recomendações	≤ 5,0 uT	6,0 a 8,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Obtidos	0,43	0,95	100,0	4,75	5,5

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu KADIDJA KELLY NÓBREGA MEDEIROS inscrito (a) no CPF sob o Nº 091.782.514 / 43,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário TÉRCIO MEDEIROS inscrito
(a) no CPF sob o Nº 039.356.184 / 41, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ/DAMS da Vítima
TÉRCIO MEDEIROS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.356.184 / 41, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço RUA LEÃO F. DE BRITO		Número 105	Complemento
Bairro CENTRO	Cidade SÃO JOÃO DO SABUGI	Estado RN	CEP 59.310-000
Email caicoseguros@gmail.com		Telefone comercial(DDD) 84-99801-5199	Telefone celular (DDD) 84-99801-5199

CAICÓ RN, 21 de OUTUBRO de 2019.

Local e Data

x Kadidja Kelly N. Medeiros

Plantão do dia 13.04.2019

Equipe:

Médico = Drª Patrícia 24h

Téc. Enf. = Joiceira 24h

Alma 24h

Vigia = Zizinho 24h

Motorista = Umberto

ASG = Pyome

Recebemos o plantão sem pacientes em observação, extensor lim-
pou, organizado, abastecido. Foram realizados procedimentos médicos

de enfermagem (verificação de SSV, HV, curativos, UBT, monitora-
ção de saturação de O₂ e monitorização de O₂). Segue plantão noturno

Plantão noturno calma com ocorrências graves com alguns
atendimentos médicos e de enfermagem. Durante o período

limpo, organizado, abastecido. Téc. Joiceira

Alma

São João do Salgueiro RN - 14.04.2019

Plantão do dia 14.04.2019

Equipe:

Médico (a) = Drª Patrícia 24h.

Téc. enfermagem = Edna 12h, Edileuzia 12h.

Ana Valeria 12h, Silas 12h.

Vigia = Thieris

Motorista = Vafso

ASG = Daduca

Recebemos o plantão tranqüilo, atendimentos de curati-
vo, verificações de PA, feita infecções e internamentos, com

atendimento médico durante o dia. No final da tarde
foi acionado para busca de um paciente que havia

sofrido acidente na estrada carroável, fomos ao
local e constatamos que era o senhor de nome Tercio

fizemos os procedimentos necessários e trouxemos a unidade
para ser visto atendimento médico sendo o mesmo foi.

V N° 1104.1983

FICHA DE EVOLUÇÃO

Nome

Tarcio Medeiros

N. do Prontuário

Ano

2013

DATA

14/11/13

HISTÓRICO / EVOLUÇÃO

com 35 anos

DIAGNÓSTICO

Lesão
de
PDD

CONDUTA

paciente foi encaminhado para
de 24 horas de internação de
medida. O mesmo tem a de ser
severamente acidentado.
No momento do fato todos os
medicamentos prescritos, o mesmo
participa na unidade como sujeito
de pesquisa, por ser a seguir
na medicação e continua em
observação.

RUBRICA

Encaminhado a casa

velha e após 24

após 1 mês em

Dr. Fátima Lúcia
Medeiros
Med. Gen. Ex. 13

medicado e encaminhado para Circo, com suspeita⁹⁸
de fratura na perna esquerda, a seguir nada mais
além de atendimentos de rotina até as 19:00 hs com
as técnicas Ana Valéria e Edna no plantão.
A seguir no plantão noturno os técnicos Edileuza
e Silas.

Plantão do dia 14.04.2019 1º Turno

Equipe

Médico - Dra Patricia

Tec de Enferm - Edileuza 12x8 P/Abileia, Silas 12x8 P/ Danielle

Motorista - Adilson

Segur - Thierus

SE - Daudino

Ocorrência

Plantão noturno calmo sem ocorrência grave
com o atendimento de Dra Patricia, não foi usado
O₂, foi usado duas amp de diazepam. Recebi o Plantão
em 6 amp - fentanil 4 amp. Paracetamol 1000 mg
não funcionou, entregamos o Plantão organizado
atencioso

Tec Edileuza / Silas

// — //

BOLETIM DE ATENDIMENTO PRONTO SOCORRO

028738

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	DATA	HORA DE ENTRADA	Nº ATENDIMENTO
<i>Quar</i>	14.04.19	18:14	183

CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviaturas e de forma legível.			
NOME	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO
TERCIO MEDEIROS	11.04.83	36	M
CPF	RG	DATA DE EXPEDIÇÃO	CARTÃO SUS
039 356 184-41	15 639949	-	780 0040 3508 8506
NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	RAÇA/COR
SABUGI	C	ACÓRDEO	M
NOME DA MÃE	NOME DO PAI		
LINDALVA NILSA MEDEIROS	MERQUIADES MEDEIROS		
ENDEREÇO	BAIRRO		
CEAL FERNANDES DE ALMEIDA - 105	CENTRO		
CIDADE/ESTADO	TELEFONE DE CONTATO	ESCOLARIDADE	
SABUGI	9992 4835	ENS. MÉDIO COMA	
FORMA DE CHEGADA	PACIENTE REGULADO?		
☐ ESPONTÂNEA ☐ CORPO DE BOMBEIROS	☐ SAMU ☐ POLÍCIA MILITAR	☐ AMBULÂNCIA/MUNICÍPIO ☐ OUTRO:	☐ SIM ☐ NÃO

CAMPO 2 - SINAIS VITAIS							
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de saúde.							
PA: 149/99 mmHg	FC: 113 bpm	FR: 18 rpm	Temp. axilar: °C	SpO2: 97 %	Glicemia: mg/dL		

CAMPO 3 - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO																																				
Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro responsável pelo ACCR.																																				
VERMELHO AMARELO VERDE AZUL				ESCALA DE GLASGOW <table border="1"> <tr> <th>AO</th> <th>RV</th> <th>RM</th> <th>AP</th> <th>TOTAL</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td></td> </tr> </table>			AO	RV	RM	AP	TOTAL						6	7	8	9		ESCORE DE DOR <table border="1"> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> </table>			1	2	3	4					6	7	8	9
AO	RV	RM	AP	TOTAL																																
6	7	8	9																																	
1	2	3	4																																	
6	7	8	9																																	
QUEIXA PRINCIPAL				HISTÓRIA BREVE																																
ALERGIAS				COMORBIDADES																																
OBSERVAÇÃO OBJETIVA																																				
REAValiação		HORA	REAValiação		HORA	ENFERMEIRO PLANTONISTA/COREN																														
		18:02				Diógenis B. Moura Enfermeiro COREN-PE 306882-ENF																														

CAMPO 4 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.	
<i>Pront. de Contas e</i> <i>Pront. de Contas e</i> <i>Pront. de Contas e</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL	

CAMPO 5 - EXAMES SOLICITADOS			
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.			
☐ HEMOGRAMA + PLAQUETAS ☐ UREIA + CREATININA ☐ GLICEMIA	☐ TGO + TGP ☐ CKMB + CPK ☐ TROPONINA	☐ GASOMETRIA ARTERIAL ☐ COAGULOGRAMA ☐ EAS	☐ ELETROCARDIOGRAMA ☒ RAIO-X: <i>Peito e abdome</i> ☐ TOMOGRAFIA: ☐ OUTROS:

BOLETIM DE ATENDIMENTO PRONTO SOCORRO

028738

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

DATA

HORA DE ENTRADA

Nº ATENDIMENTO

NOME **TERCIO MEDEIROS**

DATA DE NASCIMENTO **11-04-83**

IDADE **36**

SEXO **M**

CPF **039 356 184-41**

RG **15 639949**

DATA DE EXPEDIÇÃO

CARTÃO SUS

780 0040 3508 8506

NATURALIDADE **SABUGI**

ESTADO CIVIL **C**

PROFISSÃO **ACORDUEIRO**

RAÇA/COR **M**

NOME DA MÃE **LINDALVA NILSA MEDEIROS**

NOME DO PAI **METRUIADES MEDEIROS**

ENDEREÇO **CEAL FERNANDES DE ALMEIDA - 105**

BAIRRO **CENTRO**

CIDADE/ESTADO **SABUGI**

TELEFONE DE CONTATO **9992 4835**

ESCOLARIDADE **ENS. MEDIO COMA**

FORMA DE CHEGADA

☐ ESPONTÂNEA

☐ SAMU

☐ AMBULÂNCIA/MUNICÍPIO

☐ CORPO DE BOMBEIROS

☐ POLÍCIA MILITAR

☐ OUTRO:

PACIENTE REGULADO?

☐ SIM

☐ NÃO

CAMPO 2 - SINAIS VITAIS

Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de saúde.

PA: **149/99** mmHg FC: **113** bpm FR: **18** irpm Temp. axilar: **36.5** °C SpO2: **97** % Glicemia: **100** mg

CAMPO 3 - ACOHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro responsável pelo ACCR.

☐ VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

ESCALA DE GLASGOW

ESCORE DE DOR

AO	RV	RM	AP	TOTAL	1	2	3	4	5
					6	7	8	9	1

QUEIXA PRINCIPAL **dores grade de mto**

ALERGIAS

OBSERVAÇÃO OBJETIVA

HISTÓRIA BREVE

COMORBIDADES

Diogenis B. Moura
Enfermeiro
COREN/PE 305882-ENF

REAValiação

HORA **18:02**

REAValiação

HORA

ENFERMEIRO
PLANTONISTA/COREN

CAMPO 4 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.

DIAGNÓSTICO INICIAL

CAMPO 5 - EXAMES SOLICITADOS

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.

☐ HEMOGRAMA + PLAQUETAS ☐ TGO + TGP ☐ GASOMETRIA ARTERIAL ☐ ELETROCARDIOGRAMA

☐ UREIA + CREATININA

☐ CKMB + CPK

☐ COAGULOGRAMA

☒ RAIO-X: **Peito e abdome**

☐ GLICEMIA

☐ TROPONINA

☐ EAS

☐ TOMOGRAFIA:

☐ OUTROS:

☐ OUTROS:

☐ OUTROS:

☐ OUTROS:

S**Telecila Freitas Fontes**Estrada do Perimetro Irrigado do Sabugi, S/N
Paulo VI - Calçô-RN | Contatos: 84 3421-9630 / 3421-9628
CNPJ : 08.241.754/0135-57GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO NORTE**AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR-AIH**

1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	2. CNES: 6.778.580
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: NOME: <i>FERDIO MEDEIROS</i>	4. Nº DO PRONTUÁRIO <i>030064</i>
CPF: <i>03935618441</i>	RG: <i>1563994909</i>

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>700004035088506</i>	6. DATA DE NASC. <i>11/10/83</i>	7. SEXO MASC. (X) FEM. ()		
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>LEONILDA MILSA MEDEIROS</i>	DDD	9. TELEFONE DE CONTATO <i>99924835</i>		
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>R. LEAO FERNANDES DE BRITO 105 CENTRO</i>	11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>SÃO JOÃO SABUGI</i>	12. COD. IBGE MUNICÍPIO	13. UF <i>RN</i>	14. CEP: <i>59310000</i>

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <i>Fratura do 1/3 proximal da perna e apresentando fixador externo em perna e</i>
16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <i>Limitações funcionais</i>

17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <i>Hc + Rx</i>			
18. DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>fratura fíbula e</i>	19. CID 10 PRINCIPAL:	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Refração de fixador externo</i>	23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
24. CLÍNICA	25. CARATER DA INTERNAÇÃO	26. DOCUMENTOS () CNS () CPF	27. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLIC./ASSIST.
28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST.	29. DATA DA SOLICITAÇÃO <i>/ /</i>	30. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

31. () ACID. DE TRANSITO	34. CNPJ DA SEGURADORA	35. Nº DO BILHETE	36. SÉRIE
32. () ACID. TRABALHO TÍPICO			
33. () ACID. TRABALHO TRAJETO	37. CNPJ DA EMPRESA	38. CNAE DA EMPRESA	39. CBOR
40. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () O EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	42. COD. ORGÃO EMISSOR	43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
44. DOCUMENTOS () CNS () CPF	45. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	
46. DATA DA AUTORIZAÇÃO	47. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)	



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ

Telecila Freitas Fontes

Estrada do Perimetro Irrigado do Sabugi, S/N
Paulo VI - Calco-RN | Contatos: 84 3421-9630 / 3421- 9628
CNPJ : 08.241.754/0135-57



SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE:

FÉRCIO MEDEIROS

REGISTRO/PRONTUÁRIO:

030064

DATA NASCIMENTO:

11.04.83

SEXO:

M

ENDEREÇO (Rua, Número)

R. LEAO FERNANDES 105

BAIRRO:

CENTRO

MUNICÍPIO:

SÃO JOÃO SABUGI

UF:

RN

CEP:

5931000

TELEFONE:

NOME DO PAI:

MELQUIADES MEDEIROS

NOME DA MÃE:

LEONARVA NEZA

RESPONSÁVEL:

KAROLINA

PREENCHIMENTO MÉDICO

(Preenchimento médico)

CLÍNICA:

☐ MÉDICA ☐ ORTOPÉDIA

☐ CIRÚRGICA ☐ PEDIATRIA

ENFERMARIA/LEITO:

INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE

☐ DE TRABALHO ☐ DE TRANSITO

☐ DE OUTROS FINS ☐ NÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL:

fratura da tíbia proximal e

MÉDICO SOLICITANTE

INTERNAÇÃO

ORIGEM RESIDÊNCIA?

UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE

DATA

HORA

☐ SIM

☐ NÃO

PROCEDÊNCIA:

CARATÉR DE INTERNAÇÃO:

☐ ELETIVA ☐ NORMAL ☐ EMERGÊNCIA

RESUMO DA SAÍDA

(Preenchimento médico)

RPOCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição)

Refredo de fixador externo

TIPO DE PROCEDIMENTO:

☐ LIMPO ☐ INFECTADO ☐ CONTAMINADO

☐ POTENCIAL M. CONTAMINADO

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/Descrição)

DATA:

HORA:

APRESENTOU IFECÇÃO?

☐ HOSPITALAR ☐ COMUNITARIA ☐ NÃO

FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO:

☐ PROFILATICAMENTE ☐ NÃO

☐ TERAPEUTICAMENTE

MOTIVO DA SAÍDA (AIH):

☐ ALTA ☐ REMOÇÃO ☐ ÓBITO ATÉ 24 HORAS

☐ ÓBITO APÓS 24 HORAS

SE MOTIVADO SAÍD =1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTODA ALTA

☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ INALTERADO ☐ A PEDIDO

☐ ADMINISTRATIVO ☐ POR INDICIPLINA ☐ EVASÃO

☐ INTER.P/DIAGNOSTICO ☐ P/COMPLEMETAÇÃO F.DE ACIDENTE

PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA:

DESTINO:

PREENCHER SE MOTIVA SAÍDA = ÓBITO

OCORREU ÓBITO CAUSADO
POR INFECÇÃO:

MÉDICO RESPONSÁVEL:
(carimbo/assinatura)



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECILA FREITAS FONTES
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugá, s/n – Bairro Paulo IV – Caicó/RN CEP:
59.300-000
CNPJ (MF): 08.24174/0135-57 – (84) 3421-9620, 9621 e 9628

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

DATA DE ADMISSÃO	13.08.19	Nº DO PRONTUÁRIO	030069
NOME DO PACIENTE	TERCIO MATEIRO		

[illegible]

ANAMNESE E EXAME FISICO

Nº DE REGISTRO: 030064

DATA: 13.08.19

NOME DO PACIENTE:

FELCIO MEDEIROS

QUEIXA PRINCIPAL, HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, ANTECEDENTES, EXAMES FISICO.

HIPOTESE DIAGNÓSTICA:

ASSINATURA DO MÉDICO:

S

HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas FontesEstrada do Fertilizante Irrigado do Sabugá, S/N
Praia VI - Calco-RI | Contatos: 84.3421-9630 / 3421-9628
CNPJ: 08.241.754/0135-57

NOME:

+ 208 MEQUINOS

LEITO:

114-
13.08.19

DATA:

DIAGNÓSTICO:

ADMISSÃO:

MEDICAMENTOS

DOSE

VIA

INTERV

HORÁRIOS

	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04
01-											
02-											
03-											
04-											
05-											
06-											
07-											
08-											
09-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
16-											
17-											
18-											
19-											
20-											
21-											

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas Fontes



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO NORTE

EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:

Leônio medeiros

Nº de Registro

Data Admissão

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
14/04/19	20:30ms	Paciente, consciente, orientado. O2 ambiente admitido nesta clínica cirúrgica, a realizar procedimento de ortopedia em MFE. membro superior esquerdo - febril. segue em observação aguardando mais avaliações. segue aos cuidados da equipe multiprofissional.	
15/04	16:00	Paciente consciente, orientado, em O2 ambiente. segue aguardando cirurgia em MFE. foi realizado Redução em membro. segue aos cuidados da equipe.	
16/4/19	13:30	Paciente evoluindo consciente, orientado febril, supneco e hipertenso no momento, com eliminação vesical presente, intestinais ausentes há 3 dias, aceita dieta oferecida com pouca quantidade, com o repouso preservado, nega DM, HAS e processo alérgico, apresentando edema de MFE com presença de bolhas no membro afetado. EGR segue aos cuidados da enfermagem	
16/4/19	13:30	A=120x100 mmHg T=37°C Hátiora Rosalva COREN 24595 Enfermeira	
16/04/19	15h15'	Paciente de 36 anos, masculino, foi admitido nesta Clínica Cirúrgica proveniente da Clínica de plástica para cirurgia em membro superior esquerdo. por Dr. João. Iniciando procedimento anestésico por Dr. Francisco monitorando pet. Após/digo com anestesia tipo Raque. Monitorando pet com parâmetros de PA: 135x78 mmHg, SpO2 = 94%, FC = 83 bpm às 15h40'. Iniciando pro-	



Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000

CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE: Glécia Medeiros

Nº de Registro

Data Admissão

4 4 0 4 1 9

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
4.5.04	9:45	Realizada visita psicológica avaliativa espontânea identificando-se que o usuário apresenta-se acometido e em boas condições cognitivas e emocionais. Queixava-se de dor. Realizada psicoeducação, no sentido de indicações de técnicas de relaxamento.	
		Glécia Medeiros Psicóloga CRP 47/304	
15/04/19	20:55h	Avaliação perante a pedido de equipe de enfermagem, observando-se paciente inquieto, referindo dor de forte intensidade em perna esquerda, associada a lesões bolhosas e edema de perna e pé esquerdo. Não foi possível sentir pulso pedal distal ou pedioso por consequência do edema de partes moles. HD: Dor por TVP? Dor consequente ao Tumor? CD: Solicito avaliação do ortopedista e Cirurgião Geral	
		Dr. Tiago P. R. Dias MEI CPF-0 CRM/RN 6005	

UTI	PACIENTE	Rômulo Medeiros		IDADE	33	SEXO	M	LEITO	04
	DATA DE ADMISSÃO HOSPITALAR			DATA DE ADMISSÃO EM UTI			REGISTRO	28438	
	DIAGNÓSTICO								

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA	HORA	EVOLUÇÃO CLÍNICA	ASSINATURA/ CARIMBO
18/04/19	11:10	Paciente no 3º DIN em UTI, EGR, consciente, orientado, SSVD dentro da normalidade, Corado, MIE edemaciado, cirurgado, imobilizado por fixadores, apresentando hemorragia de exudato sangüinolento. Q. em Jrente, SpO ₂ : 99%. AIP no MIE. Dieta oral com boa aceitação, diurese espontânea; fez os exames desde a admissão (SIC). Curativo realizado pela equipe de pele.	Fátia Sirley Pereira Enfermeira COREN/RN 15460
18/04/19	10h	Realizado curativo em fasciotomia bilateral em MIE, curativo anterior apresentando bastante exudato sangüinolento com formação de coágulo no leito. Realizada limpeza em área perilesional com SF a 0,9% e clorexidina degumante, inserção dos fixadores cobertos com gaze seca estéril. Realizado fôto de soro fisiológico em leito das lesões, retirado coágulo com gaze estéril. Cobertura Primária com carvão ativado e secundária com bastante gaze compressa estéril. O membro apresenta-se bastante edemaciado (+++/4+). O paciente relata forte dor. Realizada sedação conforme prescrição anteriormente ao curativo. Colocado colchão de ar vazado para prevenção de lesão por pressão. Segue com cuidados da equipe de enfermagem.	Inf. Thaly com 277336
19/04/19	13:30	Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, normocorado, apnéico em 2º ambiente, suspenso ao leito. Sem a repouso preservados. Acompanhando bem a dieta VO. Eliminações Urinárias e Intestinais presentes por quadro. Realizado curativo em MIE, apresentando menos exudato sangüinolento. A limpeza por área perilesional foi realizada com SF a 0,9% e clorexidina degumante. No leito das lesões	

DATA	HORA	EVOLUÇÃO-CLÍNICA	ASSINATURA/ CARIMBO
		cobertura de alginate de cálcio, fechado curativo com compressas e ataduras. Paciente relata muita dor, e apresenta edema. Realizado redação antes do curativo com prescrição. Paciente recebe alta para enfermagem.	Enf. para Paula COREAN 511330
20.04.19		6 DIL na Fa PLL Tálul E + Lx Tálul E + Fomtam len E Paciente evolui estável, recebeu alta de UTI orden, com medicação de dor leve em bolus de 10mg. Transf. de sangue a 600ml de sangue durante em Home.	
		cp: Sinto Novo R+ Jorlho Sintoma Clínico	Handerson Araújo Ortopeda - Traumatologia CRM-RN 6293 / T20114238
20.04.19	17:00	Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, contactante, em G ambiente, sono preservado, vacuolizado. Pulso forte, normotensão, estável no Arter. Queimado, característico. No exame físico: Ausculta pulmonar em 2T, abdômen globoso e flácido. Eliminações vesicais (+) em fralda. Eliminações intestinais (+) com características de diarréias. Realizado curativo em MIE, apresentando exudato sanguinolento. Feito limpeza em região perilesional com SF 0,9% e cloroxidina diluída. Realizado no leito da lesão limpeza com Jato de Soro 0,9%. Cobertura primária com hidrogel e na parte posterior, a sutura da região colocada cobertura de alginate de cálcio. Fechado curativo com compressas e ataduras. Paciente referir dor no ato do procedimento. Segue aos cuidados da Enfermagem.	
20.04.19	14:00	Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, colaborativo. Acute dista, eliminações presentes, sono e repouso prejudicados. Refere melhora nas queixas de dor e queixas nos MIE. Ao curativo em MIE, exudato sanguinolento, limpeza com SF 0,9%, cloroxidina diluída em região perilesional, no	Martha Clara Wanderley Cavalcanti COREAN 878.250



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas Fontes



EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE: Yercio Medeiros

Nº de Registro

Data Admissão

DATA

HORA

OBSERVAÇÕES

CIENTE

24.4.19

16L

Paciente evolui bem, consciente, acordado, relata que as dores estão diminuindo, porém as câmbrias ainda incomodam; foi prescrito amitriptilina de 25mg 2x ao dia, analgésico paracetamol e evoluindo bem, as cuidados

494818

26.4.19

17h

Paciente evolui bem, sem queixas, usando amitriptilina desde o dia 24.4; relata que sente-se bem, sem dor e câmbrias evoluindo bem, sem secreção; as cuidados

Cristina de M. Dantas
Enfermeira
COREN 494818

28.04.19

16:30

Paciente evolui em BGR, consciente e orientado, eufórico, aceitando dieta, normotensionado, sono e repouso preservado, AVP em MSE. Permanece sentado-se em cama e colocar os pés no chão, conforme orientações médicas. Eliminações fisiológicas presentes e normais. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem

Josilene Mariz
Enfermeira
COREN 563.259

29/04/19

11:05

Pt. evolui estável, consciente, orientado, eufórico, eliminações fisiológicas presentes (sc), medicado epm. Realizado curativo na comissura de pele. Segue aos cuidados da equipe

Enfermeira
COREN 563.259

30/4/19

18h

Paciente evoluindo consciente, orientado, afetuoso, eufórico e normotensionado no momento, com eliminações fisiológicas presentes, aceito dieta e exercitando, sono e repouso preservados evoluindo q queixas no momento. BGR. Segue aos cuidados da enfermagem.

Patricia Ramalho
COREN 24749

[illegible]



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

LAUDO DE CIRÚRGIA

Nome do Paciente:	Nº Registro	Data de Admissão
<i>Tercio Medeiros</i>		

Nome do Procedimento Cirúrgico:

Descrição do Ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)																					
Data				Início				Término				Duração				Gazes		Compr.		Dreno	

1. Anestesia
2. Antissepsia + campos
3. Redução da fratura + colocação de fixador externo
4. Fixação da perna esquerda para instrumento de Sind. Compartimental da perna D.
5. Curativo

Joan Jeronimo Barreto
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3300 - CPF 509.906.910-04



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ

Telecila Freitas Fontes

Estrada do Perímetro do Sabugi, S/N
Paulo VI - Calçado-RN | Contato: (085) 3421-9630 / 3421-9628
CNPJ: 08.241.705/0001-57



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO NORTE

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR-AIH

1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	2. CNES: 6.778.580
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: NOME: TERCIO MEDEIROS	4. Nº DO PRONTUÁRIO 028738
CPF: 03935618441	RG: 15639949

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 760004035088506	6. DATA DE NASC. 11/10/1983	7. SEXO MASC. ☒ FEM. ☐
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL LINDALVA NILSA MEDEIROS	DDD 84	9. TELEFONE DE CONTATO 999924835
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) LEAL FERNANDES DE SAUS 105		
11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA SABUGI	12. COD. IBGE MUNICÍPIO	13. UF RN
		14. CEP: 59310000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
História de fraturas e lesões da fíbula proximal

16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
Limitações funcionais

17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
Kc + 2x

18. DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura-luxação do joelho e fratura da fíbula proximal	19. CID 10 PRINCIPAL: S82B	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
---	--------------------------------------	------------------------	-------------------------------

22. CRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408050500 0408050527	
24. CLÍNICA	25. CARATER DA INTERNAÇÃO	26. DOCUMENTOS () CNS () CPF	27. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLIC./ASSIST.
28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST.		29. DATA DA SOLICITAÇÃO 26/10/19	30. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

31. () ACID. DE TRANSITO	34. CNPJ DA SEGURADORA	35. Nº DO BILHETE	36. SÉRIE
32. () ACID. TRABALHO TÍPICO			
33. () ACID. TRABALHO TRAJETO	37. CNPJ DA EMPRESA	38. CNAE DA EMPRESA	39. CBOR
40. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	42. COD. ORGÃO EMISSOR	43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
44. DOCUMENTOS () CNS () CPF	45. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas Fontes



ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Nº DE REGISTRO:

028 738

DATA:

14/04/19

NOME DO PACIENTE:

Tercio Medeiros

QUEIXA PRINCIPAL, HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, ANTECEDENTES, EXAMES FÍSICO.

Infarto do plano do fíbula
Interconsulta p/ Inf. cirúrgico

JOÃO DE DEUS
Cirurgião
Cirurgião
Cirurgião

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

ASSINATURA DO MÉDICO:

S

HOSPITAL REGIONAL DO SERIDO

Telecila Freitas Fontes



RELATÓRIO CIRURGIA SEGURA

DADOS DO PACIENTE

Nome: Leandro Medeiros
 Data de nascimento: 11/04/83 Idade: 36 Sexo: ☒ M ☐ F
 Nome da Mãe: Lindalva Melo de Medeiros
 Número do prontuário: 028738 Cartão do SUS: 700004035088506
 Endereço: Rua, Leão Fernando
 Cidade de procedência: João Pessoa

PRÉ-OPERATÓRIO

Data do procedimento: 16/04/19

Sector de procedência: ☒ Clin. cirúrgica ☐ Clin. médica ☐ UTI ☐ Urgência ☐ Enferm. ☐ _____

Jejum? ☒ Sim Tempo de Jejum: _____ ☐ Não Tipo de alimentação: _____

Alergias? ☐ Sim Quais? _____ ☒ Não

Tricotomia no local da incisão para cirurgia geral? ☐ Sim ☒ Não ☐ NA

Lateralidade? ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ NA

Retirada de adornos e/ou próteses? ☐ Sim ☒ Não ☐ NA

Uso de marcapasso? ☐ Sim ☒ Não ☐ NA

Profilaxia para TEV? ☒ Sim ☐ Não ☐ NA

Comorbidades? ☐ Sim Quais? _____ ☒ Não

Uso contínuo de medicamentos? ☐ Sim Quais? _____ ☒ Não

Sinais vitais: PA: 120x160 mmHg Glicemia: _____ mg/dL Tax: 37.0 °C

Porta exames complementares que auxiliem no procedimento? ☒ Sim ☐ Não

Prontuário? ☒ Sim ☐ Não

Transporte seguro até o centro cirúrgico? ☐ Sim ☒ Não

Tipo de transporte: ☒ Maca ☐ Cadeira de rodas

Paciente encaminhado para o centro cirúrgico às 15:02 min.

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem/COREN: MO V. F. de S.
 (Assinatura/Centro)

TRANS-OPERATÓRIO

Chegada do paciente às 15h15' Sala de cirurgia nº _____

Checkagem de equipamentos e da sala ☒ Oxigênio/oxímetro ☒ Focos de

☒ Carro de anestesia + alarmes ☒ Bisturi elétrico + placa ☐ BIC

☒ Aspirador ☒ Realizada desinfecção da sala ☒ Validação das embalagens esterilizadas

Tipo de procedimento: Troca de curativo para fratura de fêmur + fixação com placa + fio

Tipo de anestesia: Rapida

Equipe cirúrgica ☐ Cirurgião/Auxiliar: D. Gabriel

Cirurgião: D. F. de S. Anestesista: D. F. de S. Instrumentador: V. de S.

Circulante(s): Quintal

Transposição do paciente: ☒ Maca e mesa niveladas ☒ Trava da maca e da mesa cirúrgica

Risco de perda sanguínea? ☐ Sim (2 AVP calibrosos) ☒ Não

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE:

TERCIO MEDEIROS

REGISTRO/PRONTUÁRIO:

028 738

DATA NASCIMENTO:

11-04-83

SEXO:

M

ENDEREÇO (Rua, Número)

LEAL FERNANDES DE ALTO - 105

BAIRRO:

CENTRO

MUNICÍPIO:

SAO JOAO SABUGA

UF

RN

CEP:

55310000

TELEFONE:

99992 4835

NOME DO PAI:

MELQUIADES MEDEIROS

NOME DA MÃE:

LINDAIVA NEUSA DE ALTO

RESPONSÁVEL:

KADIDIA KELLY

PREENCHIMENTO MÉDICO

(Preenchimento médico)

CLÍNICA:

☐ MÉDICA ☐ ORTOPÉDIA

☐ CIRÚRGICA ☐ PEDIATRIA

ENFERMARIA/LEITO:

INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE

☐ DE TRABALHO ☐ DE TRANSITO

☐ DE OUTROS FINS ☐ NÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL:

fratura da fíbula proximal

MÉDICO SOLICITANTE

INTERNAÇÃO

ORIGEM RESIDÊNCIA?

UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE

DATA

16-04-19

HORA

☐ SIM

☐ NÃO

PROCEDÊNCIA:

CARATÉR DE INTERNAÇÃO:

☐ ELETIVA ☐ NORMAL ☐ EMERGÊNCIA

RESUMO DA SAÍDA

(Preenchimento médico)

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição)

TIPO DE PROCEDIMENTO:

☐ LIMPO ☐ INFECTADO ☐ CONTAMINADO

☐ POTENCIAL M. CONTAMINADO

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição)

DATA:

03-05-19

HORA:

APRESENTOU INFECÇÃO?

☐ HOSPITALAR ☐ COMUNITARIA ☐ NÃO

FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO:

☐ PROFILATICAMENTE ☐ NÃO

☐ TERAPEUTICAMENTE

MOTIVO DA SAÍDA (AIH):

☐ ALTA ☐ REMOÇÃO ☐ ÓBITO ATÉ 24 HORAS

☐ ÓBITO APÓS 24 HORAS

SE MOTIVADO SAÍDA = 1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTO DA ALTA

☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ INALTERADO ☐ A PEDIDO

☐ ADMINISTRATIVO ☐ POR INDICIPLINA ☐ EVASÃO

☐ INTER.P/DIAGNOSTICO ☐ P/COMPLEMENTAÇÃO F.DE ACIDENTE

PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA:

DESTINO:

PREENCHER SE MOTIVA SAÍDA = ÓBITO

OCORREU ÓBITO CAUSADO
POR INFECÇÃO:

MÉDICO RESPONSÁVEL:
(carimbo/assinatura)



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas Fontes
 Estrada do Perimetro Irrigado do Sabugi, S/N
 Paulo VI - Calco-RN | Contatos: 84 3421-9630 / 3421-9628
 CNPJ: 08.241.754/0135-57



URGENCIA E EMERGENCIA

NOME:	Tatiane Medeiros		
DATA:	3-5-19	LEITO:	
DIAGNÓSTICO:			
ADMISSÃO:			

	MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
					08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
01-																
02-																
03-																
04-																
05-																
06-																
07-																
08-																
09-																
10-																
11-																
12-																
13-																
14-																
15-																
16-																
17-																
18-																
19-																
20-																
21-																

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem



HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO
Telecilia Freitas Fontes
 Estrada do Perimetro Irigado do Sabugi, S/N
 Paulo VI - Calçado - Contão: 54.3421-0630 / 3421-9628
 CNPJ: 08.241.764/0135-07



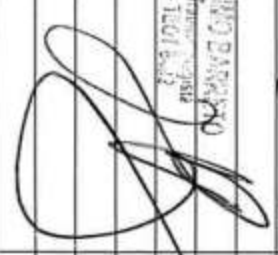
GOVERNO DO ESTADO
 DO CEARÁ

URGENTE

NOME:	Tereza Mendes	
DATA:	14.04.19	LEITO:
DIAGNÓSTICO:	Fome de	
ADMISSÃO:		

	MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS													
					08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	0			
01-	11 Sítio H100, 100																	
02-	Soi - Soe - 51																	
03-	11 Bexarona - 2 + 1311 In 266.																	
04-	31 Bexarona - 2 + 1311 In 266.																	
05-	11 Bexarona - 2 + 1311 In 266.																	
06-																		
07-																		
08-																		
09-																		
10-																		
11-																		
12-																		
13-																		
14-																		
15-																		
16-																		
17-																		
18-																		
19-																		
20-																		
21-																		

Carimbo Assinatura do médico:



Dr. João P. R. Dias
 CPF: 01.123.456-78
 CRM/RN: 5005

Carimbo e assinatura da Enfermagem



Enfermeira
 Assinatura

LEITO: 7

TERCIO MEDEIROS

ANOS

DATA:
18/04/19

ADMISSÃO:
UTI
16/04/2019

2 POS OP DE DESCOMPRESSÃO DA PERNA ESQ

ADMISSÃO NA UTI: PACIENTE LOTE DEU ENTRADA NESTA UTI PORVENIENTE DO BLOCO CIRURGICO ONDE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO DE DESCOMPRESSÃO DE SINDROME COMPARTIMENTAL PÓS FRATURA DE MIESQE EM DECORRENCIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO

EVOLUÇÃO:

PACIENTE SEGUE ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE, COM REDUÇÃO SUBSTANCIAL DA ALGIA. ALIMENTAÇÃO E SONO PRESERVADOS. ORTOPEDISTA AVALIOU HJ PELA MANHA E MANTEVE A CONDUTA. MELHORA DO LEUCOGRAMA.

ACV RTRC EM 2T BCNF

AP MV+ EM AHTX SEM RA

CD VPM

Dr. Tercio Medeiros
Ortopedista
CRM-PR 9693

LEITO: 6

ANOS

DATA:
16/04/19

TERCIO MEDEIROS

ADMISSÃO:
UTI
16/04/2019

ADMISSÃO NA UTI: PACIENTE LOTE DEU ENTRADA NESTA UTI PORVENIENTE DO BLOCO CIRURGICO ONDE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO DE DESCOMPRESSÃO DE SINDROME COMPARTIMENTAL PÓS FRATURA DE MIESQE EM DECORRENCIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO

FC: 95 BPM FR: 16 IRPM PA: 120X50 MMHG TEMP: 36 SPO2: 98 -%

ACV RTCR EM 2T BCNF

AP MV+ EM AHTX SEM RA

CD VPM


Pedro Augusto Dias Timoteo
Médico CRM-PB 1507 CRM-RN 1701
CPF 020 328 114-65
CNH 180016004213664

104/02



GOVERNO DO ESTADO RN
SEC. SAÚDE PÚBLICA
HOSP. REGIONAL DO SERTÃO-CAICÓ

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
11 - TELEFONE DE CONTATO	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO
15 - UF	16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICA (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
21 - CID DO PRINCIPAL	22 - CID DO SECUNDÁRIO
23 - CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓD. DO PROCEDIMENTO	26 - LEITO/CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
29 - DATA SOLICITADA	30 - ENDEREÇO	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)		

PREENCHA EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	34 - () ACID. TRABALHO TRAJETO	35 - CID DO PRINCIPAL	36 - CID DO SECUNDÁRIO	37 - CNPJ	38 - CNPJ	39 -	40 -	41 - Nº DO BILHETE	42 - BÔNUS
43 - () 44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA										

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	47 - DATA AUT.	48 - CNES / CPF	49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	51 - DATA AUT.	52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
--------------------------------------	----------------	-----------------	---	--	----------------	---	---

S

HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ

Telecila Freitas Fontes

Estrada do Perimetro Irrigado do Sabugi, S/N
Paralelo VI - Calçado-RN | Contatos: 84 3421-8630 / 3421-9628
CNPJ: 08.241.754/0135-57



URGENCIA E EMERGENCIA

NOME:

DATA:

DIAGNÓSTICO:

ADMISSÃO:

Carimbo Medeiros

26/9

LEITO:

304 - 23

MEDICAMENTOS

DOSE

VIA

INTERV

HORÁRIOS

	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04
01-											
02-											
03-											
04-											
05-											
06-											
07-											
08-											
09-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
16-											
17-											
18-											
19-											
20-											
21-											

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem

S

HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ

Telecilia Freitas Fontes

Estrada do Perimetro Irigado do Sábulo, S/N
Paulo VI - Calco-RI - Contatos: 02 3421-9630 / 3421-9628
CNPJ : 08.241.754/035-57

GOVERNO DO ESTADO
DO PARANÁ

NOME:

Técio Medeiros

LEITO:

301-5

DATA:

08/06/19

DIAGNÓSTICO:

ADMISSÃO:

HORÁRIOS

MEDICAMENTOS

DOSE

VIA

INTERV

08 10 12 14 16 18 20 22 24 02 04

01-

Dose Livre

02-

S.F. 0,9%. 500 ml 796/1ml

03-

Ticoplanina 600 mg 10ml ST 20 dias

04-

Diluição 0,21 cc + 0,818 cc 01/06/12

05-

Amfipilina 25 mg 01 camp 01/06/12

06-

Cela 8x10

07-

08-

09-

10-

11-

12-

13-

14-

15-

16-

17-

18-

19-

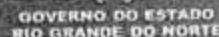
20-

21-

JOÃO JERONIMO BARRETO
ONCOLOGIA - TRAUMATOLOGIA
CRM 3300 - FIC 6432

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem

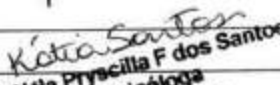
[illegible]

S**HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ**
Telecila Freitas FontesEstrada do Perimetro Irrigado do Sabugi, S/N
Paulo VI - Caicó-RN | Contatos: 84 3421-9630 / 3421- 9628
CNPJ : 08.241.754/0135-57GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO NORTE**EVOLUÇÃO**NOME DO PACIENTE: Jéneir Medeiros

Nº de Registro

Data Admissão

0 2 9 1 9 1 2 3 0 5 1 9

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
04.06	16h	Realizada visita psicológica por solicitação médica, sendo verificado que o usuário, no momento da visita, mostrou-se calmo e bem-humorado. Revelou "conformismo" com os procedimentos de seu quadro clínico e adaptação ao processo de adaptação, digamos, hospitalização.	
		 Katyanna Cristina Psicóloga CRP 1773047	
06.06	14h	Realizada visita no leito, pela psicóloga, em decorrência da solicitação médica. Foi possível verificar que o usuário, no momento da visita, encontrava-se calmo, consciente, orientado e muito comunicativo, porém, em decorrência do período de espera para ser transferido para Natal, relatou estar ansioso e um pouco angustiado.	
		 Kátia Pryscilla F dos Santos Psicóloga CRP-1773459	
08/06/19	8:30	Foi realizada visita ao leito pelo psicólogo, no momento da visita o paciente se encontrava calmo e tranquilo com a transferência para Natal. Porém um pouco angustiado e preocupado com um filho recorrente que vem apresentando.	
		 Délio B. Costa Psicólogo CRP: 171635	

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Nome: **TÉRCIO MEDEIROS**

Data: **03/06/2019**

Protocolo: **07 104-2**

Ensaio	Resultado	Unidades	V. de Ref.
CREATININA	0,62	mg/dL	0,7 A 1,3
UREIA	22	mg/dL	10 A 50



Alessandra M. Lucena

Química

CRM 2ª Região - 2763



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugá, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

LAUDO DE CIRÚRGIA

Nome do Paciente:

Tercio Medeiros

Nº Registro

Data de Admissão

Nome do Procedimento Cirúrgico:

Descrição do Ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Data

Início

Término

Duração

Gazes

Compr.

Dreno

1. Anestesia

2. Anestesia + campos

3. Redução da fratura + colocação de fixador externo

4. Fasciotomia da perna esquerda para
insuflamento de Sind. Compartimental
da perna D.

5. Curativo

João Jerônimo Barreto
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3300 - CPF 509.906.910-04

Enfi: 104-02

HOSPITAL REGIONAL DO SERIDO

Modo: Total

Hora: 03-06-2019 07:42

ID: 07

Nome: TERCIO MEDEIROS

Sexo:

Idade:

Nº gráfico:

Depto.:

Nº leito:

Parâmetro	Resultado	Interv. ref.
WBC	4.8 x 10 ⁹ /L	4.0 - 10.0
Lymph#	1.3 x 10 ⁹ /L	0.8 - 4.0
Mid#	0.2 x 10 ⁹ /L	0.1 - 1.5
Gran#	3.3 x 10 ⁹ /L	2.0 - 7.0
Lymph%	26.2 %	20.0 - 40.0
Mid%	4.4 %	3.0 - 15.0
Gran%	69.4 %	50.0 - 70.0
HGB	L 10.9 g/dL	11.0 - 16.0
RBC	3.99 x 10 ¹² /L	3.50 - 5.50
HCT	L 35.7 %	37.0 - 54.0
MCV	89.6 fL	80.0 - 100.0
MCH	27.3 pg	27.0 - 34.0
MCHC	L 30.6 g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV	H 16.8 %	11.0 - 16.0
RDW-SD	55.1 fL	35.0 - 56.0
PLT	259 x 10 ⁹ /L	100 - 300
MPV	7.4 fL	6.5 - 12.0
PW	15.6	9.0 - 17.0
PCT	0.191 %	0.108 - 0.282

Remetente:

Testador:

Verificador:

Bst: Lx

Sig: 53%

Eos: 2%

Linf: 35%

Mon: 9%



Alessandra Marinho M. Lucena

Enfermeira

CRM 7º Região - 2753



HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO

Telecila Freitas Fontes

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO NORTE

FICHA AVALIAÇÃO/EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA CLINICAS

Data: 06/06/19

Nome: Jairo Medeiros

Reg. Pront. N°: 29791

Leito: 009.2

Dias de Internação: 23/05/19

Idade: 36a

Sexo: ☐ F ☒ M

Procedência: ☐ Área amarela ☐ Área vermelha ☐ UTI ☐ C. cirúrgica ☐ Outro hospital

Diagnóstico médico: Fratura de tibia

Doenças crônicas:

Alcoolismo: ☐ Sim ☒ Não

Tabagismo: ☒ Não ☐ Atual ☐ Ex-tabagista

Estado Geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo

Nível Consciência: ☐ Com sedação ☒ Sem sedação

Escala de Coma Glasgow: 15

Escala de Ramsey: —

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta motora
Espontânea	4 Orientado e conversando	5 Obedece comandos
Ao Comando verbal	3 Desorientado e conversando	4 Localiza dor
A dor	2 Palavras inapropriadas	3 Flexão inespecífica (Retirada)
Ausente	1 Sons incompreensíveis	2 Flexão hipertônica
	Sem resposta	1 Extensão hipertônica
		Sem resposta

Paciente desperto	Níveis
Ansioso, agitado ou inquieto	1
Cooperativo, orientado ou tranquilo	2
Somente responde a comandos	3
Paciente adormecido	
Resposta rápida	4
Resposta vagarosa	5
Nenhuma resposta	6

Pupilas: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas: D ___ E ___ / ☐ Mióticas ☐ Midríaticas / ☐ Reagentes ☐ Não reagentes

Hemodinâmica: ☒ Estável ☐ Instável ☐ c/ DVA: — ΔFC: 95bpm ΔPA: — Pulso: —

Temperatura: ☐ Febril ☒ Afebril *toque* *SpO2=97%* Perfusão periférica: ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Cianose

Edema: ☐ localizado: — ☐ Extremidades superiores ☒ Extremidades inferiores ☐ Anasarca

Diurese: ☒ Normal ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Anúria ☐ Hematúria ☐ Hemodiálise

Ap. ventilatório: ☒ Sem suporte ventilatório ☒ Ar Ambiente ☐ Cat. Nasal/ FiO2=21+(4*fluxo: —) = —

☐ Venturi/FiO2 — ☐ Másc. c/ reservat.

Ritmo: ☐ Eupneico ☐ Dispneico ☐ Taquipneico ☐ Bradpneico ☐ Cheyne-Stokes ☐ Kussmaul ☐ Biot ☐ Suspiroso

Padrão ventilatório: ☐ Costal ☐ Diafragmática ☐ Mista ☐ Paradoxal ☐ Uso de musculatura acessória

Tórax: ☐ Normolíneo ☐ Brevilíneo ☐ Longilíneo ☐ Pectus excavatum ☐ Pectus Carinatum ☐ Tonel

Expansibilidade: ☐ Simétrica ☐ Assimétrica Dreno tórax: ☐ Não ☐ Sim → ☐ Oscilando ☐ Borbulhando

Aspecto secreção:

Drenagem (últimas 24h):

Ausculta Pulmonar: MVO e HFs x RT

EVOLUÇÃO: Paciente consciente, orientado e colaborativo. Conduta: Exercícios respiratórios e fisioterapia motora passiva, posicionado no leito e orientações gerais

ASSINATURA

[Assinatura]

OBSERVAÇÃO:



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecilia Freitas Fontes
 Estrada do Perimetro Irrigado do Seridó, S/N.
 Paulo VI - Calçado RN | Contatos: 04 3421-0030 / 3421- 9620
 CNPJ : 08.241.734/0135-57



GOVERNO DO ESTADO
 RIO GRANDE DO NORTE

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

NOME:

DATA:

DIAGNÓSTICO:

ADMISSÃO:

Tereza Medeiros

28/5/10

LEITO:

104

	MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
					08	10	12	14	16	18	20	22	24	02		
01-																
02-	Dose leve			40												
03-	Terapêutica 40 + 100ml 5Piv 120ml															
04-	Dose leve															
05-																
06-																
07-																
08-																
09-																
10-																
11-																
12-																
13-																
14-																
15-																
16-																
17-																
18-																
19-																
20-																
21-																

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas Fontes
 Entrada do Perímetro Irrigado do Sabugi, SN
 Paulo VI - Calce-RN | Contatos: 84.3421-9630 / 3421-9628
 CNPJ: 08.241.734/0135-57



GOVERNO DO ESTADO
 DO RIO GRANDE DO NORTE

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

NOME:

DATA:

DIAGNÓSTICO:

ADMISSÃO:

LEITO:

Tarcio Medeiros

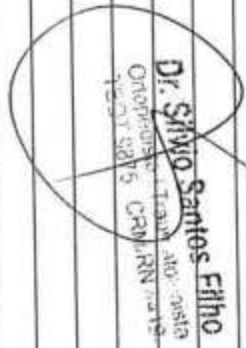
28-5-19

104-02

	MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
					08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	0	
01-																
02-																
03-																
04-																
05-																
06-																
07-																
08-																
09-																
10-																
11-																
12-																
13-																
14-																
15-																
16-																
17-																
18-																
19-																
20-																
21-																

Dr. Sílvia Santos Filho

Otorrinolaringologista
 CRM/RN nº 15.123.456



Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem

Raquel Teixeira

Enfermeira

CRM/RN nº 12.345.678



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ

Telecila Freitas Fontes

Estrada do Perimetro Irrigado do Sabugi, S/N
Paulo VI - Calçado-RN | Contatos: 84.3421-0630 / 3421-0628
CNPJ: 08.241.754/0135-57



COPIADO DO ESTADO
MÃO GARANTIDA DO NOITE

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

NOME:

DATA:

DIAGNÓSTICO:

ADMISSÃO:

LEITO:

104

	MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
					08	10	12	14	16	18	20	22	24	02		
01-																
02-																
03-																
04-																
05-																
06-																
07-																
08-																
09-																
10-																
11-																
12-																
13-																
14-																
15-																
16-																
17-																
18-																
19-																
20-																
21-																

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem

S

HOSPITAL REGIONAL DO SERIDO
Telecila Freitas FontesEstrada do Perimetro Irrigado do Sabugi, S/N
Praia VI - Caldeirão - RN | Contatos: 08.3421.9630 / 3421.9628
CNPJ: 08.241.754/0135-37GOVERNADOR DO ESTADO
RUI GARRAHO DO NORTE

URGENCIA E EMERGENCIA

NOME:

DATA:

DIAGNÓSTICO:

ADMISSÃO:

7 de Maio de 2019

LEITO:

104-2

MEDICAMENTOS

DOSE

VIA

INTERV

HORÁRIOS

	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02
01-										
02-		500	12							
03-										
04-										
05-										
06-										
07-										
08-										
09-										
10-										
11-										
12-										
13-										
14-										
15-										
16-										
17-										
18-										
19-										
20-										
21-										

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ

Telecila Freitas Fontes

Estrada do Perimetro Irrigado do Sabugi, S/N
 Paulo VI - Calco- RN | Contatos: 84.3421-9030 / 3421-9028
 CNPJ: 08.241.734/0135-97



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

URGENCIA E EMERGENCIA

NOME:

DATA:

LEITO:

DIAGNÓSTICO:

ADMISSÃO:

Tarcio Medeiros

1-6-19

104-82

	MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
					08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	0	
01-																
02-																
03-	Oneleline Siga 500ml 12h															
04-	Paracetamol 400 + 100ml 5h 11h 14h Aparição de febre															
05-																
06-																
07-																
08-																
09-																
10-																
11-																
12-																
13-																
14-																
15-																
16-																
17-																
18-																
19-																
20-																
21-																

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem



EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE: <u>Tercio Medeiros</u>	Nº de Registro					Data Admissão				

[illegible]

S

HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ Telecila Freitas Fontes

Estrada do Perimetro Irrigado do Sabugi, S/N
Paulo VI - Caicó-RN | Contatos: 84 3421-9630 / 3421-9628
CNPJ: 08.241.754/0135-57



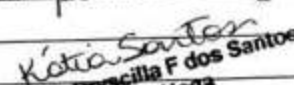
EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE: Jéneir Medeiros

Nº de Registro

Data Admissão

0 2 9 1 9 1 2 3 0 5 1 9

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
04.06	16h	Realizada visita psicológica por solicitação médica, sendo verificado que o usuário, no momento da visita, mostrou-se calmo e bem-humorado. Revelou "conformismo" com os procedimentos de seu quadro clínico e adaptação ao processo de adaptação, digo, hospitalização.	
		 Talyanna Cristina Psicóloga CRP 17/19417	
06.06	14h	Realizada visita no leito, pela psicóloga, em decorrência da solicitação médica. Foi possível verificar que o usuário, no momento da visita, encontrava-se calmo, consciente, orientado e muito comunicativo porém, em decorrência do período de espera para ser transferido para Natal, relatou estar ansioso e um pouco angustiado.	
		 Kátia Priscilla F dos Santos Psicóloga CRP: 173459	
08/06/19	8:30	Foi realizada visita no leito pela psicóloga, no momento da visita o paciente se encontrava calmo e animado com a transferência para Natal. Porém um pouco angustiado e preocupado com uma febre recorrente que vem apresentando.	
		 Denise Bezerra Psicóloga CRP: 1711633	

S

HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas FontesEstrada do Perimetro Irrigado de Sabugl, S/N
Paulo VI - Garibaldi - RN | Contatos: 84.3421-9630 / 3421-9628
CNPJ : 08.241.754/0135-57GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO NORTE

URGENCIA E EMERGENCIA

NOME:

DATA:

DIAGNÓSTICO:

ADMISSÃO:

Túlio Medeiros

LEITO:

304 - 20

MEDICAMENTOS

DOSE

VIA

INTERV

HORÁRIOS

	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02
01-										
02-										
03-										
04-										
05-										
06-										
07-										
08-										
09-										
10-										
11-										
12-										
13-										
14-										
15-										
16-										
17-										
18-										
19-										
20-										
21-										

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem



HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO

Telecila Freitas Fontes

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO NORTE

FICHA AVALIAÇÃO/EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA CLINICAS

Data: 08/06/19

Nome: Telcio Medeiros

Reg. Pront. Nº: 29.42

Leito: 104.2 Dias de internação: 23, 05, 19

Idade: 36a

Sexo: ☐ F ☒ M

Procedência: ☐ Área amarela ☐ Área vermelha ☐ UTI ☐ C. cirúrgica ☐ Outro hospital

Diagnóstico médico: Fract. de fêmur

Doenças crônicas:

Alcoolismo: ☐ Sim ☒ Não

Tabagismo: ☒ Não ☐ Atual ☐ Ex-tabagista

Estado Geral: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo

Nível Consciência: ☐ Com sedação ☒ Sem sedação

Escala de Coma Glasgow: 15

Escala de Ramsey:

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta motora
Esponânea	4 Orientado e conversando	6 Obedece comandos
Ao Comando verbal	3 Desorientado e conversando	4 Localiza dor
A dor	2 Palavras inapropriadas	3 Flexão inespecífica (Retirada)
Ausente	1 Sons incompreensíveis	2 Flexão hipertônica
	Sem resposta	1 Extensão hipertônica
		Sem resposta

Paciente desperto	Níveis
Ansioso, agitado ou inquieto	1
Cooperativo, orientado ou tranqüilo	2
Somente responde a comandos	3
Paciente adormecido	
Resposta rápida	4
Resposta vagarosa	5
Nenhuma resposta	6

Pupilas: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas: D ___ E ___ / ☐ Mióticas ☐ Midríáticas / ☐ Reagentes ☐ Não reagentes

Hemodinâmica: ☐ Estável ☐ Instável ☐ c/ DVA: ΔFC: 92bpm ΔPA: Pulso: 92

Temperatura: ☐ Febril ☐ Afebril SpO₂ 97% Perfusão periférica: ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Cianose

Edema: ☐ localizado: ☐ Extremidades superiores ☒ Extremidades inferiores ☐ Anasarca

Diurese: ☒ Normal ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Anúria ☐ Hematúria ☐ Hemodiálise

Ap. ventilatório: ☒ Sem suporte ventilatório ☒ Ar Ambiente ☐ Cat. Nasal/ FiO₂=21+(4*fluxo:) =

☐ Venturi/FiO₂ ☐ Másc. c/ reservat.

Ritmo: ☒ Eupneico ☐ Dispneico ☐ Taquipneico ☐ Bradpneico ☐ Cheyne-Stokes ☐ Kussmaul ☐ Biot ☐ Suspiroso

Padrão ventilatório: ☐ Costal ☐ Diafragmática ☒ Mista ☐ Paradoxal ☐ Uso de musculatura acessória

Tórax: ☒ Normolíneo ☐ Brevilíneo ☐ Longilíneo ☐ Pectus excavatum ☐ Pectus Carinatum ☐ Tonel

Expansibilidade: ☒ Simétrica ☐ Assimétrica Dreno tórax: ☐ Não ☐ Sim → ☐ Oscilando ☐ Borbulhando

Aspecto secreção: Drenagem (últimas 24h):

Ausculta Pulmonar: MVO - ATR - RA

EVOLUÇÃO: Paciente consciente, orientado e colaborativo. Condut. fisioterapia motora

1. avaliação geral

ASSINATURA

OBSERVAÇÃO:



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ

Telecilia Freitas Fontes

Estrada do Permetro Irrigado do Sabugi, S/N
 Pólo VI - Calce-RN | Contatos: 84 3421-9630 / 3421-9628
 CNPJ: 08.241.754/0135-57



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

NOME:

Técio Medeiros

DATA:

05-06-19

LEITO:

104

DIAGNÓSTICO:

ADMISSÃO:

	MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
					08	10	12	14	16	18	20	22	24	02		
01-	Dieta no Lixo															
02-	Sf 0,9% 1000 ml IV 24h															
03-	Ticloplavina 400 mg + 100 ml Sf															
04-	Depirona 1g IV 6/6h.															
05-	CCGO 50W															
06-																
07-																
08-																
09-																
10-																
11-																
12-																
13-																
14-																
15-																
16-																
17-																
18-																
19-																
20-																
21-																

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem

Dr. Tércio Medeiros de A. Dantas

ORÇAMENTO CIRÚRGICO

CRM 9723-SS-01 19021



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECILA FREITAS FONTES
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugá, s/n - Bairro Paulo IV - Caicó/RN
CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.24174/0135-57 - (84) 3421-9620, 9621 e 9628

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		ENFERMARIA: 2.	LEITO: 104
DATA DE ADMISSÃO: 11/05/19		Nº DO PRONTUÁRIO:	
NOME DO PACIENTE: Tercio Medeiros			
DATA E HORA:		HD:	
SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO ₂ %			
() Acamado () Deambulante, com ajuda:		Higiene: Corporal Oral	
Estado Geral: () Bom () Regular () Comprometido () Grave			
Pele: () Normocorada () Hipocorada () Cianose () Icterícia			
Nível de consciência: (Glasgow) Nível de sedação: (Ramsy)			
Oxigenoterapia: () MV % () Cateter nasal () VMI Desmame:			
Dieta:		() Sonda:	
Drogas vasoativas: () AVP () CVC () BIC () Gravidade			
Exames/cirurgias:		Preparo de exames: () Sim () Não	
Antibioticoterapia:		Parecer médico:	
Feridas e curativos:		Braden:	
		Morse:	
Diagnóstico de enfermagem:			
Prescrição de enfermagem:			
Evolução: Paciente avalia G.R. melhorado, T. 39°C, realizado curativo, Deu no local de ferida, segue em cuidados de enfermagem.			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		ENFERMARIA:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 23/05/19		Nº DO PRONTUÁRIO: 025181	
NOME DO PACIENTE: Tercio Medeiros			
DATA E HORA: 04/06/19: 14:30		HD: Trat. MIE + Processo infeccioso pós-operatório	
SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO ₂ %			
() Acamado () Deambulante, com ajuda:		Higiene: Corporal Oral	
Estado Geral: () Bom ☒ Regular () Comprometido () Grave			
Pele: ☒ Normocorada () Hipocorada () Cianose () Icterícia			
Nível de consciência: 15 (Glasgow) Nível de sedação: (Ramsy)			
Oxigenoterapia: () MV % () Cateter nasal () VMI Desmame: O2 Ambiente			
Dieta: Aceita		() Sonda:	
Drogas vasoativas: NAD () AVP () CVC () BIC () Gravidade			
Exames/cirurgias:		Preparo de exames: () Sim () Não	
Antibioticoterapia: SIM		Parecer médico:	
Feridas e curativos: Realizado pelo Equipe de Pele		Braden:	
		Morse:	
Diagnóstico de enfermagem: Processo Infeccioso pós-cirúrgico			
Prescrição de enfermagem: Curativo sendo realizado pelo equipe de pele			
Evolução: Paciente evoluindo consciente, orientado, agebil ao toque e supine no momento, com eliminação fisiológica presentes, aceita dieta oferecida, sono e repouso preservados. Evoluindo s/ queixas no momento em G.R. Segue aos cuidados da enfermagem.			

14:20 - Paciente fazendo Febre (38,4°C)

Fátima Ramalho
COREN 24995
enfermeira



GOV. DO ESTADO
DO RIO GRANDE
DO NORTE
Secretaria de Saúde
Fórum 2007



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECILA FREITAS FONTES
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo IV - Caicó/RN
CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.24174/0135-57 - (84) 3421-9620, 9621 e 9628

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		ENFERMARIA: 104	LEITO: 06
DATA DE ADMISSÃO: 23.05.19		Nº DO PRONTUÁRIO: 029 484	
NOME DO PACIENTE: Tarcis Medeiros		HD: Falt HIE	
DATA E HORA: 05.06.19		HD: Falt HIE	
SINAIS VITAIS: PA: _____ mmHg T: _____ °C FR: _____ rpm FC: _____ bpm SatO ₂ _____ %			
() Acamado () Deambulante, com ajuda:		Higiene: Corporal _____ Oral _____	
Estado Geral: () Bom () Regular () Comprometido () Grave			
Pele: () Normocorada () Hipocorada () Cianose () Icterícia			
Nível de consciência: _____ (Glasgow) Nível de sedação: _____ (Ramsy)			
Oxigenoterapia: () MV _____ % () Cateter nasal () VMI Desmame: _____			
Dieta: _____		() Sonda: _____	
Drogas vasoativas: _____		() AVP () CVC () BIC () Gravidade	
Exames/cirurgias: _____		Preparo de exames: () Sim () Não	
Antibioticoterapia: _____		Parecer médico: _____	
Feridas e curativos: _____		Braden: _____	
		Morse: _____	
Diagnóstico de enfermagem: _____			
Prescrição de enfermagem: _____			
Evolução: Paciente evolui em EGR, supnicio em O2 ambiente acuta a dieta especifica. Eliminação fisiológica (+) regular da no membro afetado. Realizando curativos - Sugestivos cuidados de enfermagem			

Assinatura do enfermeiro

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		ENFERMARIA:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO:		Nº DO PRONTUÁRIO:	
NOME DO PACIENTE:			
DATA E HORA:		HD:	
SINAIS VITAIS: PA: _____ mmHg T: _____ °C FR: _____ rpm FC: _____ bpm SatO ₂ _____ %			
() Acamado () Deambulante, com ajuda:		Higiene: Corporal _____ Oral _____	
Estado Geral: () Bom () Regular () Comprometido () Grave			
Pele: () Normocorada () Hipocorada () Cianose () Icterícia			
Nível de consciência: _____ (Glasgow) Nível de sedação: _____ (Ramsy)			
Oxigenoterapia: () MV _____ % () Cateter nasal () VMI Desmame: _____			
Dieta: _____		() Sonda: _____	
Drogas vasoativas: _____		() AVP () CVC () BIC () Gravidade	
Exames/cirurgias: _____		Preparo de exames: () Sim () Não	
Antibioticoterapia: _____		Parecer médico: _____	
Feridas e curativos: _____		Braden: _____	
		Morse: _____	
Diagnóstico de enfermagem: _____			
Prescrição de enfermagem: _____			
Evolução: _____			



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ

Telecila Freitas Fontes

Estrada do Perimetro Irrigado do Sabugi, S/N
 Paulo VI - Caldeirão RN | Contatos: 3421-9630 / 3421-9628
 CNPJ: 08.241.754/0135-97

GOVERNO DO ESTADO
 RIO GRANDE DO NORTE

URGENCIA E EMERGENCIA		015	
NOME:		DATA:	4-6-19
DIAGNÓSTICO:		LEITO:	104
ADMISSÃO:			

	MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
					08	10	12	14	16	18	20	22	24	02		
01-																
02-																
03-																
04-																
05-																
06-																
07-																
08-																
09-																
10-																
11-																
12-																
13-																
14-																
15-																
16-																
17-																
18-																
19-																
20-																
21-																

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDO
Telecia Freitas Fontes
Estrada do Perimetro Irrigado do Sabugi, S/N
Paulo VI - Calico-RN | Contatos: 84 3421-9630 / 3421- 9628
CNPJ : 08.241.754/0135-57



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

URGENCIA E EMERGENCIA

NOME:

DATA:

DIAGNÓSTICO:

ADMISSÃO:

LEITO:

Taísio Medeiros

5-6-19

104-00

	MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
					08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	0	
01-																
02-																
03-																
04-																
05-																
06-																
07-																
08-																
09-																
10-																
11-																
12-																
13-																
14-																
15-																
16-																
17-																
18-																
19-																
20-																
21-																

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECILA FREITAS FONTES
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugá, s/n - Bairro Paulo IV - Caicó/RN
CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.24174/0135-57 - (84) 3421-9620, 9621 e 9628

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		ENFERMARIA: 104	LEITO: 02
DATA DE ADMISSÃO: 23/5/19		Nº DO PRONTUÁRIO: 029194	
NOME DO PACIENTE: Jéssica Medeiros			
DATA E HORA: 06/6/19 20h		HD: Desbrulhamento 476	
SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO ₂ %			
☒ Acamado ☐ Deambulante, com ajuda:		Higiene: Corporal Boa Oral Boa	
Estado Geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave			
Pele: ☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Cianose ☐ Icterícia			
Nível de consciência: 15 (Glasgow) Nível de sedação: (Ramsy)			
Oxigenoterapia: ☐ MV % ☐ Cateter nasal ☐ VMI Desmame: O ₂ Ambiente			
Dieta: Acelt ☐ Sonda:			
Drogas vasoativas: ☐ AVP ☐ CVC ☐ BIC ☐ Gravidade			
Exames/cirurgias: Preparo de exames: ☐ Sim ☐ Não			
Antibioticoterapia: DIM Parecer médico:			
Feridas e curativos: Braden:			
Curativo 104 Equipe de Pele Morse:			
Diagnóstico de enfermagem:			
Prescrição de enfermagem:			
Evolução: Paciente evoluindo consciente, orientado, febril e eufórico no momento, com eliminação física e gas presentes, aceita dieta oferecida, sem o repouso preservado. S/ queixas no momento e a CCR segue as cuidados de enfermagem.			

Vai dia 10/10/19 Para Natal - PI 2 Fátima Romalho
Rua Pereira da Silva 2499 Enfermeira

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		ENFERMARIA: 104	LEITO: 09
DATA DE ADMISSÃO: 23/5/19		Nº DO PRONTUÁRIO:	
NOME DO PACIENTE: Jéssica Medeiros			
DATA E HORA: 06/06/2019		HD:	
SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO ₂ %			
☐ Acamado ☐ Deambulante, com ajuda:		Higiene: Corporal Oral	
Estado Geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave			
Pele: ☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Cianose ☐ Icterícia			
Nível de consciência: 15 (Glasgow) Nível de sedação: (Ramsy)			
Oxigenoterapia: ☐ MV % ☐ Cateter nasal ☐ VMI Desmame:			
Dieta: Luvet ☐ Sonda:			
Drogas vasoativas: ☐ AVP ☐ CVC ☐ BIC ☐ Gravidade			
Exames/cirurgias: Preparo de exames: ☐ Sim ☐ Não			
Antibioticoterapia: Parecer médico:			
Feridas e curativos: Braden:			
Morse:			
Diagnóstico de enfermagem:			
Prescrição de enfermagem:			
Evolução: Paciente evoluindo consciente, febril, eufórico, aceita dieta oferecida, sem queixas e a CCR segue as cuidados de enfermagem.			

Enfermeira
COREN 24995

S

HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecilia Freitas Fontes

Estrada do Perimetro Irrigado do Saburá, S/N
Paula VI - Caiçá-RN | Contatos: 04 3421-9630 / 3421- 9628
CNPJ : 08.241.754/0135-57

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO NORTE

URGENCIA E EMERGENCIA

NOME:

Frederico Medeiros

LEITO:

104-J

DATA:

6/6/20

DIAGNÓSTICO:

ADMISSÃO:

MEDICAMENTOS

DOSE

VIA

INTERV

HORÁRIOS

	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	0
01-											
02-											
03-											
04-											
05-											
06-											
07-											
08-											
09-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
16-											
17-											
18-											
19-											
20-											
21-											

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem

Enzf: 104-02

ID: 07
 Nome: TERCIO MEDEIROS
 Nº gráfico:
 HOSPITAL REGIONAL DO SERIDO
 Modo: Total
 Hora: 03-06-2019 07:42
 Sexo: ☐ Idade:
 Nº leito:

Parâmetro		Resultado	Interv. ref.
WBC		4.8 x 10 ⁹ /L	4.0 - 10.0
Lymph#		1.3 x 10 ⁹ /L	0.8 - 4.0
Mid#		0.2 x 10 ⁹ /L	0.1 - 1.5
Gran#		3.3 x 10 ⁹ /L	2.0 - 7.0
Lymph%		26.2 %	20.0 - 40.0
Mid%		4.4 %	3.0 - 15.0
Gran%		69.4 %	50.0 - 70.0
HGB	L	10.9 g/dL	11.0 - 16.0
RBC		3.99 x 10 ¹² /L	3.50 - 5.50
HCT	L	35.7 %	37.0 - 54.0
MCV		89.6 fL	80.0 - 100.0
MCH		27.3 pg	27.0 - 34.0
MCHC	L	30.5 g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV	H	16.8 %	11.0 - 16.0
RDW-SD		55.1 fL	35.0 - 56.0
PLT		259 x 10 ⁹ /L	100 - 300
MPV		7.4 fL	6.5 - 12.0
PW		15.6	9.0 - 17.0
PCT		0.191 %	0.108 - 0.282

Remetente:

Testador:

Verificador:

Bst: 1%

Sug: 53%

Eos: 2%

Linf: 35%

Mon: 9%



Alessandra Martinho M. Lucena

Enfermeira

CRM 78 Reação - 2763

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Nome: **TÉRCIO MEDEIROS**

Data: **03/06/2019**

Protocolo: **07 104-2**

Ensaio	Resultado	Unidades	V. de Ref.
CREATININA	0,62	mg/dL	0,7 A 1,3
UREIA	22	mg/dL	10 A 50



Alessandra Martins M. Lucena

Enfermeira

PRM 79 KEUNO - 2763

S

HOSPITAL REGIONAL DO SÉRIDO
Telecila Freitas Fontes

Estrada do Perimetro Irrigado do Sabugi, S/N
Pauão VI - Calce-RN | Contatos: 84 3421-9630 / 3421-9628
CNPJ: 08.241.754/0135-57

GOVERNADOR DO ESTADO
DO CARIÓTIPO DO NORTE

URGENCIA E EMERGENCIA

NOME:	Jéssica Medeiros		LEITO:	104.2
DATA:	7-6-19			
DIAGNÓSTICO:				
ADMISSÃO:				

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
				08	10	12	14	16	18	20	22	24	02		
01-															
02-															
03-	De 12 em 12h 500mg 2x/dia														
04-	Levofloxacina 500 + 1000ml 1x/dia														
05-	Paracetamol 650mg 4x/dia														
06-															
07-															
08-															
09-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
16-															
17-															
18-															
19-															
20-															
21-															

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem

S

HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas Fontes

Estrada do Perimetro Irrigado do Sabugi, S/N
Praça VI - Calce-RN | Contatos: 84.3421-9630 / 3421-9028
CNPJ : 08.241.764/0135-57

GOVERNO DO ESTADO
DO GRANDE DO NORTE

NOME:

Técio Medeiros

LEITO:

301

DATA:

08/06/19

DIAGNÓSTICO:

ADMISSÃO:

MEDICAMENTOS

DOSE

VIA

INTERV

HORÁRIOS

08 10 12 14 16 18 20 22 24 02

01-

Dieta livre

S.P. 0,9% 500 ml 7g/Linha

Feicoplanina 600 mg 10ml SF 20 dias

12

10 12

18

24

02

02-

Dieta livre

Feicoplanina 600 mg 10ml SF 20 dias

12

10 12

18

24

02

03-

Dieta livre

Feicoplanina 600 mg 10ml SF 20 dias

12

10 12

18

24

02

04-

Dieta livre

Feicoplanina 600 mg 10ml SF 20 dias

12

10 12

18

24

02

05-

Dieta livre

Feicoplanina 600 mg 10ml SF 20 dias

12

10 12

18

24

02

06-

Dieta livre

Feicoplanina 600 mg 10ml SF 20 dias

12

10 12

18

24

02

07-

Dieta livre

Feicoplanina 600 mg 10ml SF 20 dias

12

10 12

18

24

02

08-

Dieta livre

Feicoplanina 600 mg 10ml SF 20 dias

12

10 12

18

24

02

09-

Dieta livre

Feicoplanina 600 mg 10ml SF 20 dias

12

10 12

18

24

02

10-

Dieta livre

Feicoplanina 600 mg 10ml SF 20 dias

12

10 12

18

24

02

11-

Dieta livre

Feicoplanina 600 mg 10ml SF 20 dias

12

10 12

18

24

02

12-

Dieta livre

Feicoplanina 600 mg 10ml SF 20 dias

12

10 12

18

24

02

13-

Dieta livre

Feicoplanina 600 mg 10ml SF 20 dias

12

10 12

18

24

02

14-

Dieta livre

Feicoplanina 600 mg 10ml SF 20 dias

12

10 12

18

24

02

15-

Dieta livre

Feicoplanina 600 mg 10ml SF 20 dias

12

10 12

18

24

02

16-

Dieta livre

Feicoplanina 600 mg 10ml SF 20 dias

12

10 12

18

24

02

17-

Dieta livre

Feicoplanina 600 mg 10ml SF 20 dias

12

10 12

18

24

02

18-

Dieta livre

Feicoplanina 600 mg 10ml SF 20 dias

12

10 12

18

24

02

19-

Dieta livre

Feicoplanina 600 mg 10ml SF 20 dias

12

10 12

18

24

02

Carimbo Assinatura do médico:

DR. JERÔNIMO BARRETO
ORÇEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM 3300 - T101 6432

Carimbo e assinatura da Enfermagem



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas Fontes



AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR-AIH

1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ		2. CNES: 6.778.580
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: NOME: <i>Ferreira Mueleros</i>		4. Nº DO PRONTUÁRIO: <i>029791</i>
CPF: <i>03935618441</i>	RG: <i>1563984909</i>	

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <i>700004035088506</i>		6. DATA DE NASC.: <i>11/04/83</i>	7. SEXO: MASC. ☒ FEM. ☐
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: <i>Lincoln da Silva de Mueleros</i>		DDD: <i>99</i>	9. TELEFONE DE CONTATO: <i>9924835</i>
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): <i>R. Lúcio Fernando de Brito 105 Centro</i>		11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <i>São João do Sabugi</i>	12. COD. IBGE MUNICÍPIO: <i>59310000</i>

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <i>Pele quente espessa em parte Do + pele quente</i>
--

16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <i>Re</i>

17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <i>He</i>
--

18. DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Pele quente espessa</i>	19. CID 10 PRINCIPAL:	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
---	-----------------------	------------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: <i>Tecido pele quente espessa</i>		23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	
24. CLÍNICA:	25. CARÁTER DA INTERNAÇÃO:	26. DOCUMENTOS () CNS () CPF:	27. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLIC./ASSIST.:
28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST.:		29. DATA DA SOLICITAÇÃO: <i>13/05/19</i>	30. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

31. () ACID. DE TRANSITO	34. CNPJ DA SEGURADORA:	35. Nº DO BILHETE:	36. SÉRIE:
32. () ACID. TRABALHO TÍPICO	37. CNPJ DA EMPRESA:	38. CNAE DA EMPRESA:	39. CBOR:
33. () ACID. TRABALHO TRAJETO			

40. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () O EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
---	--	--	--

AUTORIZAÇÃO

41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR:	42. COD. ORGÃO EMISSOR:	43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
44. DOCUMENTOS () CNS () CPF:	45. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR:	
46. DATA DA AUTORIZAÇÃO:	47. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO):	



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ

Telecila Freitas Fontes



FICHA AVALIAÇÃO/EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA CLINICAS

Data: 03/06/19

Nome: Fátima Martins

Reg. Pront. Nº: 29191

Leito: 104.2

Dias de internação: 23.10.5.19

Idade: 36A

Sexo: ☐ F ☒ MProcedência: ☐ Área amarela ☐ Área vermelha ☐ UTI ☐ C. cirúrgica ☐ Outro hospital

Diagnóstico médico: Faltas + TB

Doenças crônicas:

Alcoolismo: ☐ Sim ☒ NãoTabagismo: ☒ Não ☐ Atual ☐ Ex-tabagistaEstado Geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ GravíssimoNível Consciência: ☐ Com sedação ☒ Sem sedação

Escala de Coma Glasgow: 16

Escala de Ramsey:

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta motora
Espontânea	4 Orientado e conversando	6 Obedece comandos
Ao Comando verbal	3 Desorientado e conversando	4 Localiza dor
À dor	2 Palavras inapropriadas	3 Flexão inespecífica (Retirada)
Ausente	1 Sons incompreensíveis	2 Flexão hipertônica
	Sem resposta	1 Extensão hipertônica
		Sem resposta

Paciente desperto	Níveis
Ansioso, agitado ou inquieto	1
Cooperativo, orientado ou tranquilo	2
Somente responde a comandos	3
Paciente adormecido	
Resposta rápida	4
Resposta vagarosa	5
Nenhuma resposta	6

Pupilas: ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas: D ___ E ___ / ☐ Mióticas ☐ Midríaticas / ☐ Reagentes ☐ Não reagentesHemodinâmica: ☒ Estável ☐ Instável ☐ c/ DVA: ___ ΔFC: ___ ΔPA: ___ Pulso: ___Temperatura: ☐ Febril ☒ AfebrilPerfusão periférica: ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ CianoseEdema: ☒ Localizado: ___ ☐ Extremidades superiores ☒ Extremidades inferiores ☐ AnasarcaDiurese: ☒ Normal ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Anúria ☐ Hematúria ☐ HemodíaliseAp. ventilatório: ☐ Sem suporte ventilatório ☒ Ar Ambiente ☐ Cat. Nasal/ FiO₂=21+(4*fluxo: ___)= ___☐ Venturi/FiO₂ ___ ☐ Másc. c/ reservat.Ritmo: ☒ Eupneico ☐ Dispneico ☐ Taquipneico ☐ Bradpneico ☐ Cheyne-Stokes ☐ Kussmaul ☐ Biot ☐ SuspirosoPadrão ventilatório: ☐ Costal ☒ Diafragmática ☐ Mista ☐ Paradoxal ☐ Uso de musculatura acessóriaTórax: ☒ Normolíneo ☐ Brevilíneo ☐ Longilíneo ☐ Pectus excavatum ☐ Pectus Carinatum ☐ TonelExpansibilidade: ☒ Simétrica ☐ Assimétrica Dreno tórax: ☒ Não ☐ Sim → ☐ Oscilando ☐ Borbulhando

Aspecto secreção:

Drenagem (últimas 24h):

Ausculta Pulmonar: MVD em ATXs S7 R2

EVOLUÇÃO: Paciente consciente, caliente, molhados, atentos + diminuídos cpm.

ASSINATURA

Dr. Francisco das Chagas Medeiros
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 186792-6

OBSERVAÇÃO:



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ

Telecila Freitas Fontes



FICHA AVALIAÇÃO/EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA CLINICAS

Data: 01/10/2019
Reg. Pront. Nº: 23191

Nome: FÉLIX MENDONÇA

Leito: 104.2 Dias de internação: 23.05.19

Idade: 36A

Sexo: ☐ F ☒ M

Procedência: ☐ Área amarela ☐ Área vermelha ☐ UTI ☐ C. cirúrgica ☐ Outro hospital

Diagnóstico médico: fratura joelho

Doenças crônicas:

Alcoolismo: ☒ Sim ☐ Não

Tabagismo: ☐ Não ☐ Atual ☒ Ex-tabagista

Estado Geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo

Nível Consciência: ☐ Com sedação ☒ Sem sedação

Escala de Coma Glasgow: 15

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta motora
Espontânea	4 Orientado e conversando	6 Obedece comandos
Ao Comando verbal	3 Desorientado e conversando	4 Localiza dor
À dor	2 Palavras inapropriadas	3 Flexão inespecífica (Retirada)
Ausente	1 Sons incompreensíveis	2 Flexão hipertônica
	Sem resposta	1 Extensão hipertônica
		Sem resposta

Escala de Ramsey:

Paciente desperto	Níveis
Ansioso, agitado ou inquieto	1
Cooperativo, orientado ou tranquilo	2
Somente responde a comandos	3
Paciente adormecido	
Resposta rápida	4
Resposta vagarosa	5
Nenhuma resposta	6

Pupilas: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas: D E / ☐ Mióticas ☐ Midríáticas / ☐ Reagentes ☐ Não reagentes

Hemodinâmica: ☐ Estável ☒ Instável ☐ c/ DVA: ΔFC: 117 bpm ΔPA: Pulso: 97

Temperatura: ☐ Febril ☒ Afebril

Perfusão periférica: ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Cianose

Edema: ☒ localizado: ☐ Extremidades superiores ☒ Extremidades inferiores E ☐ Anasarca

Diurese: ☒ Normal ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Anúria ☐ Hematúria ☐ Hemodíalise

Ap. ventilatório: ☐ Sem suporte ventilatório ☒ Ar Ambiente ☐ Cat. Nasal/ FiO₂=21+(4*fluxo:) =

☐ Venturi/FiO₂ ☐ Másc. c/ reservat.

Ritmo: ☒ Eupneico ☐ Dispneico ☐ Taquipneico ☐ Bradpneico ☐ Cheyne-Stokes ☐ Kussmaul ☐ Biot ☐ Suspiroso

Padrão ventilatório: ☐ Costal ☒ Diafragmática ☐ Mista ☐ Paradoxal ☐ Uso de musculatura acessória

Tórax: ☒ Normolíneo ☐ Brevilíneo ☐ Longilíneo ☐ Pectus excavatum ☐ Pectus Carinatum ☐ Tonel

Expansibilidade: ☒ Simétrica ☐ Assimétrica Dreno tórax: ☒ Não ☐ Sim → ☐ Oscilando ☐ Borbulhando

Aspecto secreção: Drenagem (últimas 24h):

Ausulta Pulmonar: MLC em AHA SI Ralos

EVOLUÇÃO: Paciente consciente, com boa mobilização articular + Okumetsu Cereb

ASSINATURA

Dr. Francisco das Chagas Medeiros
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 1967

OBSERVAÇÃO:



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDO
Telecilia Freitas Fontes

Estrada do Perimetro Irrigado de Sabugi, S/N
Paulo VI - Calço-RR | Contatos: 84.3421-9630 / 3421-9628
CNPJ : 08.241.754/0135-57



URGENCIA E EMERGENCIA

NOME:

DATA:

DIAGNOSTICO:

ADMISSAO:

Thaís de Aguiar
23/05/19

LEITO:

104-0

MEDICAMENTOS

DOSE

VIA

INTERV

HORÁRIOS

	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	0
01-											
02-											
03-											
04-											
05-											
06-											
07-											
08-											
09-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
16-											
17-											
18-											
19-											
20-											
21-											

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECILA FREITAS FONTES
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugá, s/n - Bairro Paulo IV - Caicó/RN
CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.24174/0135-57 - (84) 3421-9620, 9621 e 9628

ANAMNESE INICIAL DE ENFERMAGEM

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA DE ADMISSÃO: 23/5/19

Nº DO PRONTUÁRIO: 029191

NOME DO PACIENTE: Tereza Medeiros

Hora de admissão: 23/5/19 hora 10:40

DADOS SOCIAIS

Idade: 36 Estado civil: Casado Espiritualidade: Católica

Ocupação: Agricultor Sexo: Masculino

Procedência: (X) Residência () Serviço de saúde () Setor:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO

Queixa principal: Ferimento c/ necrose em MTC

Estado emocional: (X) Calmo () Ansioso () Irritado () Triste () Agitado () Agressivo () Coma

HISTÓRIA DE SAÚDE

Comorbidades: Fratura MTC Alergias: N/A

Medicações de uso contínuo: Não

Dor: (X) Sim () Não, local:

Medicamento para controle:

Intensidade: 8 (0 a 10)

Resolutividade: (X) Sim () Não



EXAME FÍSICO

Estado geral: () Bom (X) Regular () Comprometido () Grave

SINAIS VITAIS

PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO₂ % HGT:

FUNÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente () Inconsciente (X) Orientado () Desorientado () Torporoso

(X) Cooperativo () Não cooperativo (X) Comunicativo () Não comunicativo

Sono/reposo: Preservado

Responsivo aos estímulos: (X) Verbais (X) Dolorosos (X) Oculares () Térmicos

Crise convulsiva: () Sim (X) Não Se sim, quantos episódios:

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

PARÂMETRO	RESPOSTA	PONTOS
ABERTURA OCULAR	Abertura ocular espontânea	(4)
	Abertura ocular ao comando	3
	Abertura ocular à dor	2
	Ausente	1
	Não testável	NT
RESPOSTA VERBAL	Orientado e conversando	(5)
	Desorientado, confuso	4
	Palavras desconexas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Ausente	1
	Não testável	NT
RESPOSTA MOTORA	Obedece a comandos	(6)
	Localiza estímulo de dor	5
	Reflexo de retirada a dor	4
	Decorticação	3
	Descerebração	2
	Ausente	1
	Não testável	NT



GOVERNO
DO ESTADO
DO RIO GRANDE
DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE
RUA J. J. V. 1000



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECILA FREITAS FONTES
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugá, s/n - Bairro Paulo IV - Caicó/RN
CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.24174/0135-57 - (84) 3421-9620, 9621 e 9628

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		ENFERMARIA: 104	LEITO: 02
DATA DE ADMISSÃO: 23.05.2019		Nº DO PRONTUÁRIO:	
NOME DO PACIENTE: Jairo Medeiros			
DATA E HORA: 24.05.19		HD: Frotina MIE	
SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO ₂ %			
☒ Acamado ☐ Deambulante, com ajuda:		Higiene: Corporal ☒ Oral ☒	
Estado Geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave			
Pele: ☐ Normocorada ☒ Hipocorada ☐ Cianose ☐ Icterícia			
Nível de consciência: (Glasgow) Nível de sedação: (Ramsy)			
Oxigenoterapia: ☐ MV % ☐ Cateter nasal ☐ VMI Desmame: ☒ arribente			
Dieta: ☒ Oral ☐ Sonda:			
Drogas vasoativas: ☒ AVP ☐ CVC ☐ BIC ☐ Gravidade			
Exames/cirurgias:		Preparo de exames: ☐ Sim ☐ Não	
Antibioticoterapia:		Parecer médico:	
Feridas e curativos:		Braden:	
		Morse:	
Diagnóstico de enfermagem:			
Prescrição de enfermagem:			
Evolução: Paciente sofreu acidente há 10 dias, sofreu com infecção no membro IE, foi realizado debridamento em 23.05.19 Giza Fátima de Faria COREN/RN 220145/ENF			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		ENFERMARIA: 104	LEITO: 02
DATA DE ADMISSÃO: 23.05.2019		Nº DO PRONTUÁRIO:	
NOME DO PACIENTE: Jairo Medeiros			
DATA E HORA: 25.05.2019 09:40		HD:	
SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO ₂ %			
☒ Acamado ☐ Deambulante, com ajuda:		Higiene: Corporal ☒ Oral ☒	
Estado Geral: ☐ Bom ☐ Regular ☒ Comprometido ☐ Grave			
Pele: ☐ Normocorada ☒ Hipocorada ☐ Cianose ☐ Icterícia			
Nível de consciência: 15 (Glasgow) Nível de sedação: (Ramsy)			
Oxigenoterapia: ☐ MV % ☐ Cateter nasal ☐ VMI Desmame:			
Dieta: ☒ Oral ☐ Sonda:			
Drogas vasoativas: ☒ AVP ☐ CVC ☐ BIC ☐ Gravidade			
Exames/cirurgias:		Preparo de exames: ☐ Sim ☐ Não	
Antibioticoterapia:		Parecer médico: Dr. Gilvino Filho	
Feridas e curativos: MIE		Braden:	
		Morse:	
Diagnóstico de enfermagem:			
Prescrição de enfermagem:			
Evolução: Recebeu visita médica de Dr. Gilvino Filho, recebeu encaminhamento para nutrição e tratamento com oxigenoterapia. Entregue orientações a Roberto Assistentente Social.			

Fernanda M. Camara Gurgel
COREN/RN 241.815-ENF

Enq. 104

D: 11
Nome: TERCIO MEDEIROS
Nº gráfico:

HOSPITAL REGIONAL DO SERIDO
Modo: Total

Hora: 29-05-2019 07:42
Sexo: Idade:
Nº leito:

Depto.:

Parâmetro		Resultado	Interv. ref.
WBC		7.8 x 10 ⁹ /L	4.0 - 10.0
Lymph#		2.3 x 10 ⁹ /L	0.8 - 4.0
Wid#		0.7 x 10 ⁹ /L	0.1 - 1.5
Gran#		4.8 x 10 ⁹ /L	2.0 - 7.0
Lymph%		29.2 %	20.0 - 40.0
Wid%		8.8 %	3.0 - 15.0
Gran%		62.0 %	50.0 - 70.0
HB	L	10.2 g/dL	11.0 - 16.0
RBC		3.69 x 10 ¹² /L	3.50 - 5.50
HCT	L	33.3 %	37.0 - 54.0
MCV		90.5 fL	80.0 - 100.0
MCH		27.6 pg	27.0 - 34.0
MCHC	L	30.6 g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV	H	16.9 %	11.0 - 16.0
RDW-SD	H	57.9 fL	35.0 - 56.0
PLT	H	437 x 10 ⁹ /L	100 - 300
MPV		7.0 fL	6.5 - 12.0
PDW		15.6	9.0 - 17.0
PCT	H	0.305 %	0.108 - 0.282

Remetente:

Testador:

Verificador:

0
69%
25%
5%
1%

Plaquetose observada na lâmina.

Wesley Michael A. Santos
Biómedico
CRRM- 9011



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ

Telecilia Freitas Fontes

Estrada do Perimetro Irrigado do Sabugi, S/N
 Paulo VI - Calco- RN | Contatos: 08 3421-9630 / 3421-9628
 CNPJ : 08.241.794/0135-57



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

URGENCIA E EMERGENCIA

NOME:

DATA:

DIAGNÓSTICO:

ADMISSÃO:

24-5-19

Infecção grave pós-operatória

LEITO:

104-02

	MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
					08	10	12	14	16	18	20	22	24	02		
01-				iv												
02-	Aceto Line															
03-	25 1000u Litman															
04-	Furosemida 400 mg oral SE 1x 12/12h															
05-	Dexametasona 6mg															
06-	Felodipina 10mg															
07-	Insulina															
08-																
09-																
10-																
11-																
12-																
13-																
14-																
15-																
16-																
17-																
18-																
19-																
20-																
21-																

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem

Dr. Silvio Soares Filho
 Otorrinolaringologista
 CRM/RN 4419
 1512



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ

Telecia Freitas Fontes

Estrada do Perimetro Irrigado do Sabugi, S/N
Paulo VI - Calco-BA | Contatos: 84 3421-9630 / 3421- 9628
CNPJ : 08.241.754/0135-57



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

NOME:

DATA:

DIAGNÓSTICO:

ADMISSÃO:

LEITO:

	MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
					08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	0	
01-				Medicamentos												
02-																
03-																
04-																
05-																
06-																
07-																
08-																
09-																
10-																
11-																
12-																
13-																
14-																
15-																
16-																
17-																
18-																
19-																
20-																
21-																

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo Assinatura da Enfermagem



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecilia Freitas Fontes

Estrada do Perimetro Irrigado do Sabugi, S/N
Paulo VI - Caicó-RN | Contatos: 84 3421-9630 / 3421-9628
CNPJ : 08.241.754/0135-57



URGENCIA E EMERGENCIA

NOME:	Terecio Medeiros	
DATA:	26.05.2019	LEITO: 804-1
DIAGNÓSTICO:		
ADMISSÃO:		

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
				08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	0	
01-															
02-	Dextalim														
03-	25 500ml 4x8h														
04-	Terecio Plavina 400 + 100ml 500mg 1x8h														
05-	Digoxina 600g														
06-															
07-															
08-	Dr. Silvio Santos Filho														
09-	Ortopedista Traumatologista														
10-	JECOT 9875 / CRM/RN 4419														
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
16-															
17-															
18-															
19-															
20-															
21-															

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas Fontes
 Estrada do Perimetro Irrigação do Sabugi, S/N
 Paulo VI - Calçado-RN | Contatos: 84.3421-9630 / 3421-9628
 CNPJ: 08.241.754/0135-57



GOVERNO DO ESTADO
 DO RIO GRANDE DO NORTE

URGENCIA E EMERGENCIA

NOME:	Ferreira, Cleides		
DATA:	22/5/19	LEITO:	304-2
DIAGNÓSTICO:	Debridamento em MIE		
ADMISSÃO:			

	MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
					08	10	12	14	16	18	20	22	24	02		
01-																
02-																
03-																
04-																
05-																
06-																
07-																
08-																
09-																
10-																
11-																
12-																
13-																
14-																
15-																
16-																
17-																
18-																
19-																
20-																
21-																

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem



GOVERNO
DO ESTADO
DO RIO GRANDE
DO NORTE
Secretaria de Saúde
RHS - 2017



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECILA FREITAS FONTES
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugí, s/n - Bairro Paulo IV - Caicó/RN
CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.24174/0135-57 - (84) 3421-9620, 9621 e 9628

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		ENFERMARIA: 404	LEITO: 02
DATA DE ADMISSÃO: 23/05/2019		Nº DO PRONTUÁRIO: 029191	
NOME DO PACIENTE: Tercio Medeiros			
DATA E HORA: 28/05/19 8:00h		HD: Fratura MIE + Desbridamento MIE	
SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO ₂ %			
☒ Acamado ☐ Deambulante, com ajuda:		Higiene: Corporal BOA Oral BOA	
Estado Geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave			
Pele: ☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Cianose ☐ Icterícia			
Nível de consciência: 15 (Glasgow) Nível de sedação: (Ramsy)			
Oxigenoterapia: ☐ MV - % ☐ Cateter nasal ☐ VMI Desmame: 02 Ambiente.			
Dieta: Oral aceita		☐ Sonda:	
Drogas vasoativas:		☐ AVP ☐ CVC ☐ BIC ☐ Gravidade	
Exames/cirurgias:		Preparo de exames: ☐ Sim ☐ Não	
Antibioticoterapia:		Parecer médico:	
Feridas e curativos:		Braden:	
Realizado P/Equipe de Pele.		Morse:	
Diagnóstico de enfermagem:			
Prescrição de enfermagem:			

8h Evolução: Paciente evoluindo consciente, orientado, afeto ao toque e eupneico no momento, com eliminação fisiológicas presentes, aceita dieta oferecida, sono e repouso preservados. Evoluindo a seguir no momento. EGR. Segue aos cuidados de enfermagem.

Fátima Rinaldo
COREN 24999
Enfermeira

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		ENFERMARIA: 104	LEITO: 2
DATA DE ADMISSÃO: 23.05.19		Nº DO PRONTUÁRIO:	
NOME DO PACIENTE: Tercio Medeiros			
DATA E HORA: 29.05.19		HD: Fratura em MIE + Infecção pós-operatório	
SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO ₂ %			
☒ Acamado ☐ Deambulante, com ajuda:		Higiene: Corporal Oral	
Estado Geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave			
Pele: ☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Cianose ☐ Icterícia			
Nível de consciência: 15 (Glasgow) Nível de sedação: (Ramsy)			
Oxigenoterapia: ☐ MV - % ☐ Cateter nasal ☐ VMI Desmame:			
Dieta: Oral aceita		☐ Sonda:	
Drogas vasoativas:		☒ AVP ☐ CVC ☐ BIC ☐ Gravidade em MSE	
Exames/cirurgias:		Preparo de exames: ☐ Sim ☐ Não	
Antibioticoterapia:		Parecer médico:	
Feridas e curativos:		Braden:	
Realizado pela Equipe de Pele		Morse:	
Diagnóstico de enfermagem:			
Prescrição de enfermagem:			
Evolução: Paciente evolui estável, aguardando transferência para Natal.			

Raquel Oliveira
Enfermeira
UERN - Caicó/RN



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECILA FREITAS FONTES
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugá, s/n - Bairro Paulo IV - Caicó/RN
CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.24174/0135-57 - (84) 3421-9620, 9621 e 9628

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		ENFERMARIA: 104	LEITO: 02
DATA DE ADMISSÃO: 23.05.19 às 8:50		Nº DO PRONTUÁRIO: 029191	
NOME DO PACIENTE: Lucio Medeiros		HD: Satura HIE + Desbrincamento HIE	
DATA E HORA: 01.06.19 às		SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO ₂ %	
SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO ₂ %		Higiene: Corporal <u>satisfatório</u> Oral <u>satisfatório</u>	
☒ Acamado ☐ Deambulante, com ajuda:		Estado Geral: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave	
Pele: ☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Cianose ☐ Icterícia		Nível de consciência: (Glasgow) Nível de sedação: (Ramsy)	
Oxigenoterapia: ☐ MV % ☐ Cateter nasal ☐ VMI Desmame:		Dieta: ☐ Sonda:	
Drogas vasoativas: ☐ AVP ☐ CVC ☐ BIC ☐ Gravidade		Exames/cirurgias: ☐ Preparo de exames: ☐ Sim ☐ Não	
Antibioticoterapia:		Parecer médico:	
Feridas e curativos:		Braden:	
		Morse:	
Diagnóstico de enfermagem:			
Prescrição de enfermagem:			
Evolução: Paciente evoluindo sem queixas no momento segue aos cuidados de enfermagem			

[Handwritten signature]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		ENFERMARIA: 104	LEITO: 02
DATA DE ADMISSÃO: 23.05.19		Nº DO PRONTUÁRIO: 029191	
NOME DO PACIENTE: Lucio Medeiros		HD: Satura HIE + Desbrincamento HIE	
DATA E HORA: 02.06.19		SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO ₂ %	
SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO ₂ %		Higiene: Corporal <u>satisfatório</u> Oral <u>satisfatório</u>	
☐ Acamado ☐ Deambulante, com ajuda:		Estado Geral: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave	
Pele: ☐ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Cianose ☐ Icterícia		Nível de consciência: (Glasgow) Nível de sedação: (Ramsy)	
Oxigenoterapia: ☐ MV % ☐ Cateter nasal ☐ VMI Desmame:		Dieta: ☐ Sonda:	
Drogas vasoativas: ☐ AVP ☐ CVC ☐ BIC ☐ Gravidade		Exames/cirurgias: ☐ Preparo de exames: ☐ Sim ☐ Não	
Antibioticoterapia:		Parecer médico:	
Feridas e curativos:		Braden:	
		Morse:	
Diagnóstico de enfermagem:			
Prescrição de enfermagem:			
Evolução: Paciente evolui em CGE, suprimido em O2 ambiente realigado curativo. Repõe dor no membro afetado segue aos cuidados de enfermagem			

[Handwritten signature]



HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO

Telecila Freitas Fontes

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO NORTE

FICHA AVALIAÇÃO/EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA CLINICAS

Data: 04/06/19

Nome: Tarcio Medeiros

Reg. Pront. Nº: 29191

Leito: 104-2

Dias de internação: 23/05/19

Idade: 36a

Sexo: ☐ F ☒ M

Procedência: ☐ Área amarela ☐ Área vermelha ☐ UTI ☐ C. cirúrgica ☐ Outro hospital

Diagnóstico médico: Fratura de tíbia + fíbula + fêmur (P.O.)

Doenças crônicas:

Alcoolismo: ☐ Sim ☒ Não

Tabagismo: ☒ Não ☐ Atual ☐ Ex-tabagista

Estado Geral: ☒ Bom ☐ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo

Nível Consciência: ☐ Com sedação ☒ Sem sedação

Escala de Coma Glasgow:

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta motora
Espontânea	5 Orientado e conversando	5 Obedece comandos
Ao Comando verbal	3 Desorientado e conversando	4 Localiza dor
À dor	2 Palavras inapropriadas	3 Flexão inespecífica (Retirada)
Ausente	1 Sons incompreensíveis	2 Flexão hipertônica
	Sem resposta	1 Extensão hipertônica
		Sem resposta

Escala de Ramsey:

Paciente desperto	Níveis
Ansioso, agitado ou inquieto	1
Cooperativo, orientado ou tranquilo	2
Somente responde a comandos	3
Paciente adormecido	
Resposta rápida	4
Resposta vagarosa	5
Nenhuma resposta	6

Pupilas: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas: D ___ E ___ / ☐ Mióticas ☐ Midríaticas / ☐ Reagentes ☐ Não reagentes

Hemodinâmica: ☐ Estável ☐ Instável ☐ c/ DVA: ΔFC: 88bpm ΔPA: Pulso:

Temperatura: ☐ Febril ☐ Afebril

SpO₂: 88% Perfusão periférica: ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Cianose

Edema: ☐ localizado: ☐ Extremidades superiores ☒ Extremidades inferiores ☐ Anasarca

Diurese: ☒ Normal ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Anúria ☐ Hematúria ☐ Hemodiálise

Ap. ventilatório: ☒ Sem suporte ventilatório ☒ Ar Ambiente ☐ Cat. Nasal/ FiO₂=21+(4*fluxo:) =

☐ Venturi/FiO₂ ☐ Másc. c/ reservat.

Ritmo: ☒ Eupneico ☐ Dispneico ☐ Taquipneico ☐ Bradpneico ☐ Cheyne-Stokes ☐ Kussmaul ☐ Biot ☐ Suspiroso

Padrão ventilatório: ☒ Costal ☐ Diafragmática ☐ Mista ☐ Paradoxal ☐ Uso de musculatura acessória

Tórax: ☒ Normolíneo ☐ Brevilíneo ☐ Longilíneo ☐ Pectus escavatum ☐ Pectus Carinatum ☐ Tonel

Expansibilidade: ☒ Simétrica ☐ Assimétrica Dreno tórax: ☐ Não ☐ Sim → ☐ Oscilando ☐ Borbulhando

Aspecto secreção:

Drenagem (últimas 24h):

Ausculta Pulmonar: MVO em AHTx V. RA.

EVOLUÇÃO: Paciente consciente, orientado, colaborativo. Conduta: fisioterapia noturna passiva e exercícios gerais.

ASSINATURA

OBSERVAÇÃO:



HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO

Telecila Freitas Fontes

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO NORTE

FICHA AVALIAÇÃO/EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA CLINICAS

Data: 01/06/19

Nome: _____

Reg. Prof. N°: _____

Leito: _____

Dias de internação: _____ / _____ / _____

Idade: _____

Sexo: ☐ F ☒ M

Procedência: ☐ Área amarela ☐ Área vermelha ☐ UTI ☐ C. cirúrgica ☐ Outro hospital

Diagnóstico médico: _____

Doenças crônicas: _____

Alcoolismo: ☒ Sim ☐ Não

Tabagismo: ☐ Não ☐ Atual ☒ Ex-tabagista

Estado Geral: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo

Nível Consciência: ☐ Com sedação ☐ Sem sedação

Escala de Coma Glasgow: 15

Escala de Ramsey: _____

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta motora
Esontânea	6 Orientado e conversando	6 Obedece comandos
Ao Comando verbal	3 Desorientado e conversando	4 Localiza dor
A dor	2 Palavras inapropriadas	3 Flexão inespecífica (Retirada)
Ausente	1 Sons incompreensíveis	2 Flexão hipertônica
	Sem resposta	1 Extensão hipertônica
		Sem resposta

Paciente desperto	Níveis
Ansioso, agitado ou inquieto	1
Cooperativo, orientado ou tranquilo	2
Somente responde a comandos	3
Paciente adormecido	
Resposta rápida	4
Resposta vagarosa	5
Nenhuma resposta	6

Pupilas: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas: D _____ E _____ / ☐ Mióticas ☐ Midríáticas / ☐ Reagentes ☐ Não reagentes

Hemodinâmica: ☒ Estável ☐ Instável ☐ c/ DVA: _____ ΔFC: 87b/m ΔPA: _____ Pulso: 96x

Temperatura: ☒ Febril ☐ Afebril 39,2

Perfusão periférica: ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Cianose

Edema: ☒ Localizado: _____ ☐ Extremidades superiores ☒ Extremidades inferiores E ☐ Anasarca

Diurese: ☐ Normal ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Anúria ☐ Hematúria ☐ Hemodiálise

Ap. ventilatório: ☐ Sem suporte ventilatório ☒ Ar Ambiente ☐ Cat. Nasal/ FiO₂=21+(4*fluxo: _____) = _____

☐ Venturi/FiO₂ _____ ☐ Másc. c/ reservat.

Ritmo: ☒ Eupneico ☐ Dispneico ☐ Taquipneico ☐ Bradpneico ☐ Cheyne-Stokes ☐ Kussmaul ☐ Biot ☐ Suspiroso

Padrão ventilatório: ☐ Costal ☒ Diafragmática ☐ Mista ☐ Paradoxal ☐ Uso de musculatura acessória

Tórax: ☒ Normolíneo ☐ Brevilíneo ☐ Longilíneo ☐ Pectus excavatum ☐ Pectus Carinatum ☐ Tonel

Expansibilidade: ☒ Simétrica ☐ Assimétrica Dreno tórax: ☒ Não ☐ Sim → ☐ Oscilando ☐ Borbulhando

Aspecto secreção: _____

Drenagem (últimas 24h): _____

Ausculta Pulmonar: MVO em SHB, S2 R.

EVOLUÇÃO: PACIENTE em SHB, S2 R.

ASSINATURA

Dr. Francisco das Chagas Medeiros
FISIOTERAPEUTA
CREFITO. 186792-1

OBSERVAÇÃO:



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas Fontes



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO NORTE

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE:

REGISTRO/PRONTUÁRIO:	DATA NASCIMENTO:	SEXO:
ENDEREÇO (Rua, Número):	BAIRRO:	
MUNICÍPIO:	UF:	CEP:
NOME DO PAI:	NOME DA MÃE:	TELEFONE:
RESPONSÁVEL:		

PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)

CLÍNICA:	ENFERMARIA/LEITO:	INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE
ÉDICA ☐ ORTOPÉDIA		☐ DE TRABALHO ☐ DE TRANSITO
☐ CIRÚRGICA ☐ PEDIATRIA		☐ DE OUTROS FINS ☐ NÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL:	MÉDICO SOLICITANTE
----------------------	--------------------

INTERNAÇÃO	ORIGEM RESIDÊNCIA?	UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE
DATA	HORA	
	☐ SIM ☐ NÃO	

PROCEDÊNCIA:	CARATÉR DE INTERNAÇÃO:
	☐ ELETIVA ☐ NORMAL ☐ EMERGÊNCIA

RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)

RPROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição)	TIPO DE PROCEDIMENTO:
	☐ LIMPO ☐ INFECTADO ☐ CONTAMINADO
	☐ POTENCIAL M. CONTAMINADO

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/Descrição)	DATA:	HORA:
--	-------	-------

APRESENTOU IFECCÃO?	FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO:
☐ HOSPITALAR ☐ COMUNITARIA ☐ NÃO	☐ PROFILATICAMENTE ☐ NÃO
	☐ TERAPEUTICAMENTE

MOTIVO DA SAÍDA (AIH):	SE MOTIVADO SAÍDA = 1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTO DA ALTA
☐ ALTA ☐ REMOÇÃO ☐ ÓBITO ATÉ 24 HORAS	☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ INALTERADO ☐ A PEDIDO
☐ ÓBITO APÓS 24 HORAS	☐ ADMINISTRATIVO ☐ POR INDICIPLINA ☐ EVASÃO
	☐ INTER.P/DIAGNOSTICO ☐ P/COMPLEMENTAÇÃO F.DE ACIDENTE

PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA:	DESTINO:
PREENCHER SE MOTIVA SAÍDA = ÓBITO	OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECÇÃO:
CAUSA MORTE:	MÉDICO RESPONSÁVEL: (carimbo/assinatura)



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ

Telecila Freitas Fontes



FICHA AVALIAÇÃO/EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA CLINICAS

Data: 02/06/19

Reg. Pront. Nº: 29191

Nome: Lucio Medeiros

Leito: 1042 Dias de internação: 23/05/19

Idade: 36a

Sexo: ☐ F ☒ M

Procedência: ☐ Área amarela ☐ Área vermelha ☐ UTI ☐ C. cirúrgica ☐ Outro hospital

Diagnóstico médico: Ext. de fêmur, tibia e fíbula (R.O.)

Doenças crônicas:

Alcoolismo: ☐ Sim ☒ Não

Tabagismo: ☒ Não ☐ Atual ☐ Ex-tabagista

Estado Geral: ☒ Bom ☐ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo

Nível Consciência: ☐ Com sedação ☒ Sem sedação

Escala de Coma Glasgow: 15

Abertura ocular	Resposta Verbal	Resposta motora
Espontânea	<u>(4)</u> Orientado e conversando	<u>(5)</u> Obedece comandos
Ao Comando verbal	3 Desorientado e conversando	4 Localiza dor
À dor	2 Palavras inapropriadas	3 Flexão inespecífica (Retirada)
Ausente	1 Sons incompreensíveis	2 Flexão hipertônica
	Sem resposta	1 Extensão hipertônica
		Sem resposta

Escala de Ramsey:

Paciente desperto	Níveis
Ansioso, agitado ou inquieto	1
Cooperativo, orientado ou tranquilo	2
Somente responde a comandos	3
Paciente adormecido	
Resposta rápida	4
Resposta vagarosa	5
Nenhuma resposta	6

Pupilas: ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas: D E / ☐ Mióticas ☐ Midríaticas / ☐ Reagentes ☐ Não reagentes

Hemodinâmica: ☐ Estável ☐ Instável ☐ c/ DVA: ΔFC: 89bpm ΔPA: Pulso:

Temperatura: ☐ Febril ☐ Afebril SpO₂ 97% Perfusão periférica: ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Cianose

Edema: ☐ localizado: ☐ Extremidades superiores ☒ Extremidades inferiores ☐ Anasarca

Diurese: ☒ Normal ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Anúria ☐ Hematúria ☐ Hemodiálise

Ap. ventilatório: ☒ Sem suporte ventilatório ☒ Ar Ambiente ☐ Cat. Nasal/ FiO₂=21+(4*fluxo:) =

☐ Venturi/FiO₂ ☐ Másc. c/ reservat.

Ritmo: ☒ Eupneico ☐ Dispneico ☐ Taquipneico ☐ Bradpneico ☐ Cheyne-Stokes ☐ Kussmaul ☐ Biot ☐ Suspiroso

Padrão ventilatório: ☒ Costal ☐ Diafragmática ☐ Mista ☐ Paradoxal ☐ Uso de musculatura acessória

Tórax: ☒ Normolíneo ☐ Brevilíneo ☐ Longilíneo ☐ Pectus excavatum ☐ Pectus Carinatum ☐ Tonel

Expansibilidade: ☒ Simétrica ☐ Assimétrica Dreno tórax: ☒ Não ☐ Sim → ☐ Oscilando ☐ Borbulhando

Aspecto secreção:

Drenagem (últimas 24h):

Auscultas Pulmonar: MVB em AHA e RA

EVOLUÇÃO: Paciente consciente, orientado e colaborativo. Conduta: fisioterapia motora passiva e posicionamento no leito + oxigenação gases

ASSINATURA

OBSERVAÇÃO:



EVOLUÇÃO

Tercio Medeiros

0	2	9	1	9	1
---	---	---	---	---	---

2	3	0	5	1	9
---	---	---	---	---	---

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
23.05.19	22:00	Paciente admitido neste Centro Cirúrgico, proveniente da Clínica Cirúrgica, vindo de Mole, com febre, em jejum em 12 horas, para ser submetido a tratamento cirúrgico de desidradamento em laparoscopia. Ingresso vital estável, sem intercorrências. Ao término do procedimento, paciente encaminhado ao setor de UTI, com parâmetros: PA 126x67mmHg, FC 81 bpm, SpO2 96%.	Marcileide Medeiros de Souza Enfermeira CRP 108745
26.05.19	10:00	Paciente evolui bem, sem dor, foi avaliada pelo ortopedista, não foi realizado sangramento por, ele não tinha feridas, ficando para AMPLHA, já que foram se encontrando bem.	Dr. [Assinatura]
30.05.19	06:00	Paciente evoluiu bem e segue em regime de dieta de reidratação oral, com Soro Salino, sendo as curas de feridas.	Dr. [Assinatura]



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas Fontes



ANAMNESE E EXAME FISICO

Nº DE REGISTRO:

029191

DATA:

23/05/19

NOME DO PACIENTE:

Teixeira Mendes

QUEIXA PRINCIPAL, HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, ANTECEDENTES, EXAMES FISICO.

HIPOTESE DIAGNÓSTICA:

ASSINATURA DO MÉDICO:



SERVIÇO DE PSICOLOGIA HOSPITALAR
TRIAGEM

1 - Identificação:

Nome: Tereza Medeiros Idade: 6 anos
Setor/leito: CC/304-02 Informante: ☒ Próprio usuário ☐ Outro: _____

2 - Internação e diagnóstico

Motivo da internação: Realizar diagnóstico Data da internação: 23.05.19

3 - Limitações:

Patologia Limitante: ☒ Sim ☐ Não - Se SIM, qual limitação? ☐ Auditiva ☐ Visual ☒ Motora ☐ Fala
☐ Outra: _____

4 - Acompanhamento durante a hospitalização:

Acompanhante participante no quarto: ☒ Sim ☐ Não - Se SIM, quem? ☐ Pais ☒ Companheiro(o) ☐ filho
☐ outro: _____

5 - Aspectos Emocionais e Cognitivos:

Apresenta:

- | | |
|---|--|
| ☐ Alteração de Consciência | ☐ Alteração da atenção |
| ☐ Choro constante | ☐ Desorientação alo/auto psíquica |
| ☐ Tristeza/solidão | ☐ Memória não preservada |
| ☐ Transtorno emocional evidente | ☐ Expressão de afeto não condizente |
| ☐ Pensamento desorganizado | ☐ Inadequação de sono |
| ☐ Linguagem incoerente/desorganizada | ☐ Abuso de álcool e outras drogas |

6 - Com relação à equipe de saúde e internação, apresenta:

- ☐ Recusa/resistência ao cuidado ou tratamento
☐ Não adaptação à internação

7 - Encaminhamentos:

- ☐ Para avaliação psicológica mais minuciosa
☐ Para outra especialidade: _____
☐ Para outro serviço: _____

Caicó/RN, 24 / 05 / 2019

Tatvanna S. de Sousa
Psicóloga CRP 47/4047



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

LAUDO DE CIRÚRGIA

Nome do Paciente: <i>Sérvio Medeiros</i>	N° Registro				Data de Admissão				
					7	3	0	5	1

Nome do Procedimento Cirúrgico:

Descrição do Ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Data

Início

Término

Duração

Gazes

Compr.

Dreno

1° Auxiliar

2° Auxiliar

Cirurgião



HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO

Telecila Freitas Fontes

Estrada do Perimetro Irrigado do Sabugi, S/N
Paulo VI - Caico - RN | Contatos: 84 3421-9630 / 3421-9628

CNPJ: 08.241.754/0135-57



FICHA DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO SOCIAL

Nome: TÉRCIO MEDEIROS

FORMA DE ACESSO AO SERVIÇO

☐ Sozinho(a), procurou o serviço ☒ Trazido(a) por familiares ☐ Trazido pelo SAMU ☐ Socorrido(a) em via pública ☐ Encaminhado, Unidade de Origem: _____ Outros: _____

DADOS PESSOAIS

Data de Nascimento: 11/04/83 Idade Completa: 36 anos Estado Civil: CASADO
Endereço: R. LEO FERNANDES DE BRITO Nº: 105 Bairro: PEREIRA
Município: SÃO JOSÉ DO SABUGI / RN Telefone do Responsável: 9992-4835 / 9952-6318
Telefones Complementares: _____

Escolaridade: ☐ Não Escolarizado ☐ Ensino Fundamental ☒ Ensino Médio ☐ Ensino Superior ☐ Pós-Graduação
Ocupação/Profissão: AGRICULTOR Situação: ☐ Empregado ☐ Desempregado ☐ Autônomo ☐ Aposentado
O Usuário exerce outra atividade laboral remunerada paralela a principal? ☐ Sim ☒ Não. Qual: _____
Benefícios Sociais: ☐ Aposentadoria ☐ Pensão por Morte ☐ BPC ☐ Bolsa Família ☐ Seguro desemprego ☐ Auxílio Reclusão ☐ Benefício eventual ☒ Não recebe benefícios sociais

Un. de Internamento: ☐ Clínica Médica ☒ Clínica Cirúrgica ☐ Leitos de Psiquiatria ☐ UTI Leito: 104-02
Usuário com Acompanhante: ☒ Sim ☐ Não Quantidade: 01 Telefone: 9992-4835
Documentos Entregues: ☒ Identidade ☒ CPF ☒ Cartão SUS ☐ Comprovante de Residência

SITUAÇÃO DOMICILIAR E FAMILIAR

Usuário reside: ☒ Casa ☐ Apartamento ☐ Propriedade Rural Situação: ☒ Própria ☐ Alugada ☐ Cedida ☐ Outro
Condição: ☐ Sozinho ☒ Com familiares ☐ Em família extensa/ampliada ☐ em Instituição de longa permanência
☐ Pessoa em Situação de rua ☒ Com apoio afetivo e emocional de familiares ☐ Apoio parcial ☐ Sem apoio familiar

CONDIÇÕES DE SANEAMENTO BÁSICO

Esgoto: ☒ Rede Geral ☐ Fossa ☐ Vala ☐ a céu aberto ☐ Outros.
Coleta de Lixo: ☐ Queimado em casa ☐ Enterrado em casa ☒ Coletado pelo município Frequência: _____
Abastecimento Hídrico: ☒ CAERN ☐ Carro Pipa ☐ Cisterna ☐ Poço ☐ Açude ☐ Barreiro ☐ Rio ☐ Outro

RENDA E CUSTEIO DAS NECESSIDADES INDIVIDUAIS E COLETIVAS

☐ Não Possui renda ☐ Menor de 01 SM ☒ Entre 1 e 2 SM ☐ Entre 2 e 4 SM ☐ Entre 4 e 6 SM ☐ Mais que 6 SM
De que forma o Usuário contribui para as despesas da família? ☒ Integralmente ☐ Parcialmente ☐ Não contribui

CONDIÇÕES ADVERSAS

O usuário tem deficiência: ☐ Física ☐ Mental ☐ Intelectual ☐ Sensorial ☒ Não possui deficiência
Usuário acompanhado por Serviço ou Instituição? ☐ Sim ☒ Não Qual? _____

Encaminhamentos: _____

DEPENDÊNCIAS QUÍMICAS

Usuário fuma? ☐ Sim ☒ Não. A quanto tempo? _____ Já tentou parar? ☐ Sim ☐ Não Tem interesse? ☐ Sim ☐ Não
Usuário bebe? ☐ Sim ☒ Não. A quanto tempo? _____ Já tentou parar? ☐ Sim ☐ Não Tem interesse? ☐ Sim ☐ Não
Usa substâncias psicoativas? ☐ Sim ☒ Não Qual? _____ Com que frequência? _____
A quanto tempo? _____ Já tentou parar? ☐ Sim ☐ Não Tem interesse? ☐ Sim ☐ Não
Usuário acompanhado por Serviço ou Instituição? ☐ Sim ☐ Não Qual? _____

PERCEPÇÕES DE SERVIÇO SOCIAL (Incluso Violações de direitos)

PACIENTE SOFREU ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO E QUEBROU A PERNA

SAÍDA

Óbito: ☐ ITEP ☐ SVO ☐ DO
Alta Hospitalar: ☐ Médica ☐ A Pedido (Termo de Responsabilidade) ☐ Transferência _____
☐ Evasão

S

HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ

Telecila Freitas Fontes

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO NORTE

RELATÓRIO CIRURGIA SEGURA

DADOS DO PACIENTE

Nome: Tejácio Medeiros

Data de nascimento: 11/04/83 Idade: 36 Sexo: ☒ M ☐ F

Nome da Mãe: Lindalva Nílva de Medeiros

Número do prontuário: 029194 Cartão do SUS: _____

Endereço: Rua: João Fernandes de Paiva nº 105

Centro Cidade de procedência: São João do Salgado

PRÉ-OPERATÓRIO

Data do procedimento: 23/05/19

Sector de procedência: ☒ Clin. cirúrgica ☐ Clin. médica ☐ UTI ☐ Urgência Enfileirado: _____

Jejum? ☒ Sim Tempo de Jejum: _____ ☐ Não Tipo de alimentação: _____

Alergias? ☐ Sim Quais? _____ ☒ Não

Tricotomia no local da incisão para cirurgia geral? ☐ Sim ☒ Não ☐ NA

Lateralidade? ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ NA

Retirada de adomos e/ou próteses? ☐ Sim ☒ Não ☐ NA

Uso de marcapasso? ☐ Sim ☒ Não ☐ NA

Profilaxia para TEV? ☐ Sim ☒ Não ☐ NA

Comorbidades? ☐ Sim Quais? Neg ☒ Não

Uso contínuo de medicamentos? ☐ Sim Quais? _____ ☒ Não

Sinais vitais: PA: _____ mmHg Glicemia: _____ mg/dL Tax: _____ °C

Porta exames complementares que auxiliem no procedimento? ☐ Sim ☒ Não

Prontuário? ☐ Sim ☐ Não

Transporte seguro até o centro cirúrgico? ☒ Sim ☐ Não

Tipo de transporte: ☐ Maca ☒ Cadeira de rodas

Paciente encaminhado para o centro cirúrgico às _____

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem/COREN: Tejácio Medeiros
(Assinatura/Carimbo)

TRANS-OPERATÓRIO

Chegada do paciente às 21h30 Sala de cirurgia nº _____

Checkagem de equipamentos e da sala ☒ Oxiômetro/oxímetro ☒ Focos de

☒ Camo de anestesia + alambres ☒ Bisturi elétrico + placa ☐ BIC

☒ Aspirador ☒ Realizada desinfeção da sala ☒ Validação das embalagens esterilizadas

Tipo de procedimento: Desbridamento em MLE

Tipo de anestesia: Torale

Equipe cirúrgica

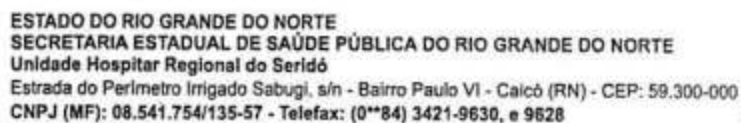
Cirurgião: Dr. Sérgio S. Silva Cirurgião/Auxiliar: Dr. Vitor

Anestesiista: Dr. Paulo Instrumentador: Luiz Manoel

Circulante(s): Adriana

Transposição do paciente: ☐ Maca e mesa niveladas ☒ Trava da maca e da mesa cin

Risco de perda sanguínea? ☐ Sim (2 AVP calibrosos) ☒ Não



EVOLUÇÃO ODONTOLÓGICA

E: Tecio medeiros

[illegible]



CLINICA SANT'ANA

DR. IRAN CAMPOS DE LIMA

Nome: Sr (a) **Tércio Medeiros**

Idade: 36A

Sexo: Masculino

PARECER MÉDICO

Paciente encaminhado para avaliação médica nesta data, internado no Hospital Regional de Caicó, vítima de acidente de motocicleta há cerca de 48h, com fratura de platô tibial esquerda, evoluiu nas últimas 24 horas com edema e empastamento de mie, associado hipoperfusão distal de pé.

Ao doppler apresenta fluxo bifásico em artéria tibial anterior, mas devido a dor do paciente e ao gesso, não foi possível avaliar artéria tibial posterior e a artéria poplítea.

Em virtude da elevada chance de lesão vascular associada a este tipo de fratura e da impossibilidade de examinar de forma adequada o paciente, solicito Angiotomografia de membro inferior esquerdo.

Caso não tenha lesão vascular, sugiro com urgência realizar fasciotomia descompressiva de perna esquerda.

Suspendo o uso do Clexane profilático assim como a dieta do paciente.

Caso apresente lesão vascular a angiotomografia, sugiro encaminhar paciente para o hospital de referência para este caso: Hospital Walfredo Gurgel, com urgência, para tratamento da mesma, sob risco de perda de membro.

Após realização de cirurgia (fasciotomia descompressiva) sugiro manter antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro e anticoagulação profilática (Clexane 40mg 1x/dia)

Caicó, 16/04/19


Dr. Yuri Diniz Campos
Cirurgião Vascular - Angiologista
CRM-PB 6840 / RN 5957

13:00

11:23Hs

Em Tempo

Angio TC de MIE sem evidência de lesão arterial, porém evidências de edema intenso de musculatura compartmental com lesões compartmental.

Oriento realizar Fasciotomia de Perna Esquerda com urgência

Atendimentos:

Clínica de Ultrassonografia Dr. Iran Campos

R. Joaquim Gregório 110

Bairro Penedo - Caicó - RN

Telefone (084) 3421-1634 e 33 9902 4841

Clínica Sant'Ana

R. Joaquim Gregório 692

Bairro Penedo - Caicó - RN

Telefax (084) 3421-2400 / 99978-4637

Dr. Yuri Diniz Campos
CRM-PB 6840 / RN 5957
Angiologia e Cirurgia Vascular

RECEITUÁRIO

P/ *Tercio Medeiros*

Paciente c/ história de acidente, apresentando fratura da tíbia proximal esquerda, evoluiu do com síndrome compartimental em perna E, há $\pm$ 60 dias realizado tratamentos cirúrgicos.

Apresentando hoje sinais de infecção em perna esquerda.

11/06/19

JOAN JERÔNIMO
 ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
 CRP 10.432



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas Fontes

Estrada do Perimetro Irrigado do Sabugi, S/N
Paulo VI - Caico-RN | Contatos: 84 3421-9630 / 3421-9628
CNPJ: 08.241.754/0135-57



RECEITUÁRIO

Relatório Médico

Tarcis Medeiros, 36a, O⁷, vítima
de acidente com faca esparta em puna
Ext. Gustilo III 4+ Sinais compatimental na 1^a 500g.
Sintetizado a Praxia externa e fasciotomia em
Puna 24. Encheu com aparente hemorragia perfusão
em musculatura do punho, milha esp. que apre-
sentava extensamente descalcificada e sem defini-
ção de contornos. Deu-se ser submetido a des-
bridamento extenso e enxerto de pele.
uso tri-cloplasma 400mg/die.

30-579

Dr. Silvio Santos Filho
Ortopedista / Traumatologista
TEC 0075 CRM/RN 4419



Clínica Sant'Ana

Dr. Iran Campos

Ex Tipo:

Resumo Golbyrui-400g no 8/18

22.04.19.

Dr. Yuri Dantas Campos
CRM-PB 6960 CRM-RN 5951
Angiologia e Cirurgia Vascular

P Tumor Maligno.

As Abundantes - Dr. Henderson

Quarta submetida a Fatores de MIB de
Edon, evoluindo com da interna e dependentes
MIB: do Lase poder Furof, T4 e TPD 50,
nem com edo de musculatura nos por ma
di plano, amon uma muiando divergentes inter
di plano, a cutis de edopmédio, amplexa por
no mudo de engo adion pufpuf

22.04.19

Atendimentos
Tel: (84) 3421-2400 (84) 99978-4637
Rua Joaquim Gregório, 692
Penedo - Caldeirão

Mamografia Digital
Radiografia Digital
Tomografia Computadorizada

Ultrassonografia Geral
Doppler Vascular
Dr. Ronnie - Urologista
Dr. Seston Wanderley - Ortopedia e Traumatologia
Dr. Seston Wanderley - Fisiologia e Fisiopatologia

Dr. Yuri Campos - Angiologia
Dr. Fialloma - Nutricionista
Dr. Diego Brito - Radiologia
Dr. Valenarques - Neurologia
Dr. Sésia Wanderley - Fisiologia
Dr. Antônio - Cirurgia



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

LAUDO DE CIRÚRGIA

Nome do Paciente:

Tércio Medeiros

Nº Registro

Data de Admissão

030064140819

Nome do Procedimento Cirúrgico:

Atto cirúrgico de retirada de fixador em MMII E - Tíbia

Descrição do Ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Data

Início

Término

Duração

Gazes

Compr.

Dreno

14/08/17 16:30h 16:50h 20min

1. Anestesia

2. Antissepsia + campos

3. Retirada de fixador externo

4. Curativo



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECILA FREITAS FONTES
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugá, s/n – Bairro Paulo IV – Caicó/RN CEP:
59.300-000
CNPJ (MF): 08.24174/0135-57 – (84) 3421-9620, 9621 e 9628

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

DATA DE ADMISSÃO		Nº DO PRONTUÁRIO	
NOME DO PACIENTE			

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
14.08.2019	17h	Paciente admitido em Centro Cirúrgico, proveniente da Clínica Cirúrgica, para retirada de fixador externo. EGB, consciente, orientado, aguil, eufórico em O ₂ ambiente, normotenso, normotenso, com AUP E. Procedimento realizado sem intercorrências. Paciente retorna a Clínica.	
15.08.2019	10:00	Realizado curativo de lesão colostomia secundária apresentando exulção protraída. Feito limpeza de região perilestomal com diposidina e lavado com SF09. Feito lavagem com SF09 em jato manobra de Valsalva por forçamento. Apresenta tudo de granuloso e a mais área já de epitelização. Feito limpeza das áreas da margem do fixador (que por retirada). Adesão de 2x2 de gaze com gaze de 10x10 e aderente secundário com gaze seca e aladição.	 Flávia Regina A. de Vasconcelos Enfermeira COREN-RN 347215



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

PRESCRIÇÃO MÉDICA	
NOME:	Tarciso Medeiros
DATA:	
LEITO:	
DIAGNÓSTICO:	
ADMISSÃO:	

	MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
					08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
01-																
02-																
03-																
04-																
05-																
06-																
07-																
08-																
09-																
10-																
11-																
12-																
13-																
14-																
15-																
16-																
17-																
18-																
19-																
20-																
21-																

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem

Dr. Silvio Santos Filho
Otorrinolaringologista
CRM/RN 4410
FEQ 9875





PNCQ
Programa Nacional de
Controle de Qualidade

Paciente: **TERCIO MEDEIROS**
R.G: **1563994909**
Médico: **Silvio Santos Filho**
Convênio: **Sempre**

CPF: **039.356.184-41**

Procedência: Unidade Matriz

Idade: 36 Anos
Data Coleta: 06/06/2019
Data Emissão ..: 11/06/2019



00127378

Ácido Láctico

Material : Plasma Fluoretado
Método : Colorimétrico

Valores de Referência:

Plasma : 0,4 a 2,0 mmol/L

1,3 mmol/L

Obs.: Exame realizado pelo Lab. Alvaro



Paciente **TERCIO MEDEIROS**

R.G.

Médico **A Pedido**

Convênio **Sempre**

CPF **039.356.184-41**

Procedência **Unidade Matriz**

Idade **36 Anos**

Data Coleta **07/05/2019**

Data Emissão **07/05/2019**



Hemograma

Material **Sangue (EDTA)**

Método **ABX Pentra 80**

Eritrograma

Eritrócitos	3,63 milhões/mm³
Hemoglobina	10,50 g/dL
Hematócrito	33,50 %
R.D.W.	13,0 %
V.C.M.	92,3 μ³
H.C.M.	28,9 pg
C.H.C.M.	31,3 %

V.R.: Masculino

4,50 - 5,90 milhões/mm ³
14,0 - 18,0 g/dL
41,0 - 54,0 %
10,0 - 15,0 %
80,0 - 100,0 μ ³
26,0 - 34,0 pg
31,0 - 37,0 %

V.R.: Feminino

4,00 - 5,20 milhões/mm ³
12,0 - 16,0 g/dL
36,0 - 45,0 %
10,0 - 15,0 %
80,0 - 100,0 μ ³
26,0 - 34,0 pg
31,0 - 37,0 %

Leucograma

Leucócitos	12.600 /mm³
Blastos	0,0 %
Promielócitos	0,0 %
Mielócitos	0,0 %
Metamielócitos	0,0 %
Bastonetes	5,0 %
Segmentados	72,6 %
Eosinófilos	1,0 %
Basófilos	0,2 %
Linfócitos Típicos	12,7 %
Linfócitos Atípicos	0,0 %
Monócitos	8,5 %

Valores de Referência

4.000 - 12.000 /mm ³
0 /mm ³
0 /mm ³
0 /mm ³
0 /mm ³
0 - 400 /mm ³
1.800 - 7.500 /mm ³
40 - 450 /mm ³
0 - 100 /mm ³
1.200 - 5.200 /mm ³
0 /mm ³
80 - 800 /mm ³
150 - 450 mil/mm ³

Plaquetas **386 mil/mm³**

Observações: Hemácias normocíticas e normocrômicas.
Análise automatizada pelo sistema pentra XL 80.

Valcete Medeiros Cavido V&F
Farmacêutica Bioquímica
CRE/RN 0432



Clínica Sant'Ana

Dr. Iran Campos

P/Terça Mediana

Quintais

Paciente em Boa Evolução de Ferimento Devido a
de membro inferior esquerdo, com boa evolução, gradiente
de lesão profunda em face medial de puno, com impureza tendão,
assim como em face lateral de puno esquerdo, presença
de deslucamento Quilométrico em Círculo.
Caso Qto por Deslucamento Quilométrico Siga um de
Cirurgia de Reparação em 10% + sempre com Reparação 22%
Siga Antibióticos Quilométrico pelo Culturas

Atendimentos

Tel: (84) 3421-2400 (84) 99978-4637 99914-5503

Dr. Yury Diniz Campos
CRM-PA 6840
Angiologia e Cirurgia Vascular

Mamografia - Radiografia Digital - Tomografia Computadorizada - Ultrassonografia Geral

Doppler Vascular

Dr. Ronnie - Urologista

Dr. Sésia Wanderley - Ortopedia e Traumatologia

Dra. Anne Valéria - Pneumologista/Alergologista

Dr. Diego Brito - Radiologista

Dr. Yury Campos - Angiologista

Dra Sésia Wanderley - Pediatra

Dr. Antônio - Cirurgião Plástico

Dra. Palloma - Nutricionista

Dr. Valvenarques - Neurologista



Clínica Sant'Ana

Dr. Iran Campos

P/ Ferido Medico

2 Uso Externo

- ① Biquersap 0,1% ————— 1 frasco

- Zepelina
Aplicar no local do Ferido.

- ② Creme de Reparação a 10% ————— 1 frasco
Aplicar 1x/dia no Curativo; amarrar estêtil
no gabelão.

Atendimentos

Tel: (84) 3421-2400 (84) 99978-4637 99914-5503

Mamografia- Radiografia Digital -Tomografia Computadorizada- Ultrassonografia Geral

Doppler Vascular

Dr. Ronnie - Urologista

Dr. Sésia Wanderley - Ortopedia e Traumatologia

Dra. Anne Valéria - Pneumologista/Alergologista

Dr. Diego Brito - Radiologista

Dr. Yury Campos - Angiologista

Dra Sésia Wanderley - Pediatra

Dr. Antônio - Cirurgião Plástico

Dra. Palloma - Nutricionista

Dr. Valvenarques - Neurologista

1306/19
Dr. Iran Campos
CRM 1840 - SAM-RN 5957
Rua Gregório, 692 Penedo - Calço-RN

RECEITUÁRIO

P/ fênis Medeiros

Rp

uso ext

1. Ceftriaxona 1g Intramuscular 30 amp

Aplicar

01 amp

14, 12/12h

Gracilaris Control
 Rua Gov. Dix-Sept Rosado, 20
 Centro - Caicó - RN

02/05/19

[Handwritten signature]
 MARIA JERÔNIMO DE FÉLIX
 Farmacêutica
 CRM 10.824.754/0135-67

11/08/19

Rx do Prof. A

7/10/19

[Signature]

inferencia p/
refirido de
fixador.
[Signature]

r/ Técnico Medeiros
Rx

Atestado

Reformo: 13/08/19
7:00h

Rx da perna e
Atc A

Rx do Joelho
2.2.2
[Signature]

RECEITÁRIO

Tércio Medeiros

10 INT.

- ① Clindamicina 300mg — 12 cp.
1 cp a 8/8h por 4 dias
- ② Lisinapril 1g — 20 cp
1 cp a 6/6h - 10 dias.

1 INT.

- ③ Ceftriaxona 1g — OD FA
1 FA IM 12/12h, 04 dias

Retirar p/ Ambulatório de Traumas (Dr. Jean
 Barros) em 29-05-19 às 07:00h.

Dr. Tércio Medeiros P. de A. Dantas
 COORDENADOR DE DO URGÊNCIA
 19/05/19

105/19

RECEITÁRIO

Tércio Medeiros

Rp

1. Ciprofloxacino 500 — 40 cp
1 cp a 12/12h
2. Clindamicina 300 — 41
1 cp a 6/6h

Referência: 02/07/19
 19/06/19

Dr. Tércio Medeiros P. de A. Dantas
 COORDENADOR DE DO URGÊNCIA
 19/06/19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO DE POLICIA
COORDEADORIA E DE IDENTIFICACAO

CARTeira DE IDENTIDADE

Nome: KADIDJA KELLY NOBREGA MEDEIROS

POLEGAR DIREITO

04/10/2005

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

002.706.372

DATA DE EXPIRACAO

04/10/2005

DATA DE NASCIMENTO

21/10/1968

CPF

091.782.514-43

Nome

KADIDJA KELLY NOBREGA MEDEIROS

Nascimento

21/10/1968

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição

091.782.514-43

CPF

Correios

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição

091.782.514-43

CPF

Correios

Emissão

21/10/1968

Nome

KADIDJA KELLY NOBREGA MEDEIROS

Nascimento

21/10/1968

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

002.706.372

DATA DE EXPIRACAO

04/10/2005

DATA DE NASCIMENTO

21/10/1968

CPF

091.782.514-43

Nome

KADIDJA KELLY NOBREGA MEDEIROS

Nascimento

21/10/1968

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição

091.782.514-43

CPF

Correios

Emissão

21/10/1968

Nome

KADIDJA KELLY NOBREGA MEDEIROS

Nascimento

21/10/1968

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

002.706.372

DATA DE EXPIRACAO

04/10/2005

DATA DE NASCIMENTO

21/10/1968

CPF

091.782.514-43

Nome

KADIDJA KELLY NOBREGA MEDEIROS

Nascimento

21/10/1968

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO DE POLICIA
COORDEADORIA E DE IDENTIFICACAO

CARTeira DE IDENTIDADE

Nome: KADIDJA KELLY NOBREGA MEDEIROS

POLEGAR DIREITO

04/10/2005

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

002.706.372

DATA DE EXPIRACAO

04/10/2005

DATA DE NASCIMENTO

21/10/1968

CPF

091.782.514-43

Nome

KADIDJA KELLY NOBREGA MEDEIROS

Nascimento

21/10/1968

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição

091.782.514-43

CPF

Correios

Emissão

21/10/1968

Nome

KADIDJA KELLY NOBREGA MEDEIROS

Nascimento

21/10/1968

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

002.706.372

DATA DE EXPIRACAO

04/10/2005

DATA DE NASCIMENTO

21/10/1968

CPF

091.782.514-43

Nome

KADIDJA KELLY NOBREGA MEDEIROS

Nascimento

21/10/1968

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 014529022168

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COTA RENOVAM R.A.T.R.C. EXERCÍCIO
1 0026833714 2019

JOACI DE MEDEIROS LOES

CPF/CNPJ

PLACA

035.641.454-00

CHASSI
NNV3419

PLACA ANT/UF
NNV3419 / RN

9C2KNC1670BR304618

ESPECIE TIPO

COMBUSTÍVEL
ALCOOL GASOL

PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/VEICULO

MARCA/MODELO

ANO FAB. ANO MOD.
2010 2011

HONDA/CG 150 FAN EST

CAP/POT/CIL

CATEGORIA

COOR. PREDOMINANTE
VERMELHA

OCV/149 CILINDRAÇAS

FABRIL CULAR

COTA ÚNICA

VENO. COTA ÚNICA

VENO. COTAS
1º PAGO
2º PAGO
3º PAGO

P
V
A
0026833714

PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$)

ICF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: KC1657B304618

SELO JORO DO S

DATA
01/07/2019

Cartão de Registro de Veículo
Documento de Registro de Veículo
Código: 0026833714

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014529022168 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO 15 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 035.641.454-00

OPF / CNPJ

EXERCÍCIO
2019

DATA EMISSÃO
01/07/2019

RENOVAM

MARCA / MODELO

0026833714

HONDA/CG 150 FAN EST

ANO FAB. CAT. INF.

Nº CHASSI
9C2KNC1670BR304618

PREMIO TARIFARIO

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

ICF (R\$)

TOTAL A SER PAGO (R\$)

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITACÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.608/0001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0381211/19

Vítima: TERCIO MEDEIROS

CPF: 039.356.184-41

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/04/2019

Titular do CPF: TERCIO MEDEIROS

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

KADIDJA KELLY NOBREGA MEDEIROS : 091.782.514-43

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

TERCIO MEDEIROS : 039.356.184-41

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/10/2019
Nome: KADIDJA KELLY NOBREGA MEDEIROS
CPF: 091.782.514-43

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2019
Nome: BRENO SANTANA DE ANDRADE
CPF: 106.762.784-77

KADIDJA KELLY NOBREGA MEDEIROS

BRENO SANTANA DE ANDRADE

PROCURAÇÃO

Outorgante:

Tércio Medeiros, brasileiro, casado, agricultor, Portador do RG de nº 15.639.949-09 – SSP/BA e, Inscrito no CPF/MF sob o nº 039.356.184-41, residente e domiciliado na Rua Leão F. de Brito, 105, Centro, São João do Sabugi-RN, CEP.: 59310-000, telefone nº 84- 99952-6318.

Outorgado (a):

Kadidja Kelly Nóbrega Medeiros, brasileira, casada, agricultora, portadora do RG sob o nº 2.706.372 – SSP/RN e, Inscrição no CPF/MF sob o nº 091.782.514-43, residente e domiciliada na Rua Rua Leão F. de Brito, 105, Centro, São João do Sabugi-RN, CEP.: 59310-000, telefone nº 84 – 99992-4835.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu (ua) bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, ao pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Senhor, **Tércio Medeiros**, ocorrido em 14.04.2019, por volta das 15:31 horas, na Cidade de Caicó-RN, conforme **Boletim de Ocorrência - BO e Outros Documentos**, em anexo.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o (a) outorgado (a) dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.

Caicó-RN, 08 de Outubro de 2019.



Outorgante

CPF Nº. 039.356.184-41.

OBS: Reconhecer firma em cartório por Autenticidade Verdadeira.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0381211/19

Vítima: TERCIO MEDEIROS

CPF: 039.356.184-41

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/04/2019

Titular do CPF: TERCIO MEDEIROS

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

KADIDJA KELLY NOBREGA MEDEIROS : 091.782.514-43

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

TERCIO MEDEIROS : 039.356.184-41

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/10/2019
Nome: KADIDJA KELLY NOBREGA MEDEIROS
CPF: 091.782.514-43

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2019
Nome: BRENO SANTANA DE ANDRADE
CPF: 106.762.784-77

KADIDJA KELLY NOBREGA MEDEIROS

BRENO SANTANA DE ANDRADE

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190614492

Vítima: TERCIO MEDEIROS

Data do Acidente: 14/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KADIDJA KELLY NOBREGA MEDEIROS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TERCIO MEDEIROS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190614492

Vítima: TERCIO MEDEIROS

Data do Acidente: 14/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KADIDJA KELLY NOBREGA MEDEIROS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TERCIO MEDEIROS

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 joelho 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: TERCIO MEDEIROS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000758

Conta: 000000074827-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: 039.356.184-41	Nome completo da vítima: TÉRCIO MEDEIROS
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: TÉRCIO MEDEIROS		CPF: 039.356.184-41
Profissão: AGRICULTOR	Endereço: RUA LEÃO F. DE BRITO	Número: 105 Complemento:
Bairro: CENTRO	Cidade: SÃO JOÃO DO SABUGI	Estado: RN CEP: 59310-000
E-mail: caicoseguros@gmail.com		Tel (DDD): 84-99801-5199

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

RENDAS MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)		Nome do BANCO: _____	
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 0758	CONTA: 00074827	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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, **Caicó-RN, 21 de Outubro de 2019.**
 Nome: **TÉRCIO MEDEIROS**
 CPF: **039.356.184-41**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
x Tercio Medeiros
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 3ª DELEGACIA REGIONAL - DE CAICÓ
Endereço: AVENIDA CEL. MARTINIANO, S/N, JARDIM SATELITE, CAICÓ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019073000350

1.2 Data de Expedição: 17/09/2019 09.59.51

1.3 Tipo: COMUNICAÇÃO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 14/04/2019 15.31.00

2.2 Autoria: Conhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Rural

2.7 Logradouro: SÍTIO RIACHO DO SALGADO

2.8 Número: S/N

2.9 CEP:

2.10 Complemento: PRÓXIMO AO SÍTIO TIAGO CHA

2.11 Ponto de Referência:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.13 Cidade: SÃO JOÃO DO SABUGI

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: TERCIO MEDEIROS

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: MELQUIADES MEDEIROS

3.5 Etnia: Parda

3.6 Mãe: LINDALVA NILSA DE MEDEIROS

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual: Ignorado

3.9 CPF:

3.10 Identidade de Gênero: Ignorado

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 11/04/1983

3.13 Profissão: AGRICULTOR

3.14 RG: 1563994909

3.15 Telefone(s): 84 999526318

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 105

3.18 Naturalidade: SÃO JOÃO DO SABUGI

3.19 Bairro: CENTRO

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA LEÃO F DE BRITO

3.23 Cidade: SÃO JOÃO DO SABUGI

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: *****04618

7.1.4 Renavam: 00265933714

7.1.5 Placa: NNW3419

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: CG 150 FAN ESI

7.1.9 Ano do Modelo: 2011

7.1.10 Ano de Fabricação: 2010

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: JOACI DE MEDEIROS LOPES

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE INFORMA QUE NA DATA ACIMA CITADA SE DIRIGIA PARA PESCAR, CONDUZINDO SUA MOTO ACIMA QUALIFICADA, QUANDO NA ALTURA DO SÍTIO RIACHO SALGADO UMA MOTO QUE VINHA NA CONTRA MÃO DE DIREÇÃO, VINDO A SER IDENTIFICADO POSTERIORMENTE COMO A PESSOA CONHECIDA POR EVANIEL DE ARISTEU; QUE SE CHOCOU COM SUA MOTO; VINDO A CAIR; QUE DEVIDO A GRAVIDADE DO DO ACIDENTE NÃO PODE SE LEVANTAR, E FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DA CIDADE DE SÃO JOÃO DO SABUGI/RN, ONDE DEVIDO A GRAVIDADE DAS FRATURAS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ, ONDE FOI CONSTATADO FRATURA DA TÍBIA E NA FÍBULA, SENDO SUBMETIDO A CIRURGIA, O QUE O INCAPACITOU PARA O TRABALHO POR TEMPO INDETERMINADO. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

B. O PARA DA ENTRADA NO SEGURO DPVAT.

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data 17/09/2019 09.59.51


Policial


Interessado



Polegar direito

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: 039.356.184-41	Nome completo da vítima: TÉRCIO MEDEIROS
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: TÉRCIO MEDEIROS		CPF: 039.356.184-41
Profissão: AGRICULTOR	Endereço: RUA LEÃO F. DE BRITO	Número: 105 Complemento:
Bairro: CENTRO	Cidade: SÃO JOÃO DO SABUGI	Estado: RN CEP: 59310-000
E-mail: caicoseguros@gmail.com		Tel. (DDD): 84-99801-5199

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

RENDAS MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)		Nome do BANCO: _____	
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 0758	CONTA: 00074827	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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, **Caicó-RN, 21 de Outubro de 2019.**
 Nome: **TÉRCIO MEDEIROS**
 CPF: **039.356.184-41**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
x Tercio Medeiros
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

BOLETIM DE ATENDIMENTO PRONTO SOCORRO

028738

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	DATA	HORA DE ENTRADA	Nº ATENDIMENTO
Quar	14.04.19	18:14	183

CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviaturas e de forma legível.			
NOME	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO
TERCIO MEDEIROS	11.04.83	36	M
CPF	RG	DATA DE EXPEDIÇÃO	CARTÃO SUS
039 356 184-41	15 639949	-	780 0040 3508 8506
NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	RAÇA/COR
SABUGI	C	ACONSELHEIRO	M
NOME DA MÃE	NOME DO PAI		
LINDALVA NILSA MEDEIROS	MERQUIADES MEDEIROS		
ENDEREÇO	BAIRRO		
CEAL FERNANDES DE SAZ - 105	CENTRO		
CIDADE/ESTADO	TELEFONE DE CONTATO	ESCOLARIDADE	
SABUGI	9992 4835	ENS. MEDIO COMA	
FORMA DE CHEGADA	PACIENTE REGULADO?		
☐ ESPONTÂNEA ☐ CORPO DE BOMBEIROS	☐ SAMU ☐ POLÍCIA MILITAR	☐ AMBULÂNCIA/MUNICÍPIO ☐ OUTRO:	☐ SIM ☐ NÃO

CAMPO 2 - SINAIS VITAIS							
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de saúde.							
PA: 149/99 mmHg	FC: 113 bpm	FR: lpm	Temp. axilar: °C	SpO2: 97 %	Glicemia: mg/dL		

CAMPO 3 - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO									
Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro responsável pelo ACCR.									
VERMELHO AMARELO VERDE AZUL				ESCALA DE GLASGOW			ESCORE DE DOR		
				AO	RV	RM	AP	TOTAL	1 2 3 4
									6 7 8 9
QUEIXA PRINCIPAL				HISTÓRIA BREVE					
ALERGIAS				COMORBIDADES					
OBSERVAÇÃO OBJETIVA									
REAValiação		HORA	REAValiação		HORA		ENFERMEIRO PLANTONISTA/COREN		
		18:02					Diógenes B. Moura Enfermeiro COREN-PE 306882-ENF		

CAMPO 4 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.	
Diagnóstico Inicial Prontidão de socorro	

CAMPO 5 - EXAMES SOLICITADOS			
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.			
☐ HEMOGRAMA + PLAQUETAS ☐ UREIA + CREATININA ☐ GLICEMIA	☐ TGO + TGP ☐ CKMB + CPK ☐ TROPONINA	☐ GASOMETRIA ARTERIAL ☐ COAGULOGRAMA ☐ EAS	☐ ELETROCARDIOGRAMA ☒ RAIO-X: <i>Peito e abdome</i> ☐ TOMOGRAFIA: ☐ OUTROS: