

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: 28/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE AILTON CACIANO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02380

CONTA: 000000008461-6

Nr. da Autenticação 95EB6EA1927E4FE0

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200352886 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AILTON CACIANO DA SILVA **Data do acidente:** 21/03/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO ÚMERO PROXIMAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.14 - ANEXO 2
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME LAUDO PELO DR FABIANO DANTAS DE CARVALHO, CRMN: 6872, NA DATA DE 16/08/2020.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200352886 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE AILTON CACIANO DA SILVA **Data do acidente:** 21/03/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO ÚMERO PROXIMAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.14 - ANEXO 2 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200352886

Vítima: JOSE AILTON CACIANO DA SILVA

Data do Acidente: 21/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE AILTON CACIANO DA SILVA

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 dos ombros

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: JOSE AILTON CACIANO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002380

Conta: 000008461-6

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

722.827.034-72

4 - Nome completo da vítima:

Jose Alton Caciama da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Jose Alton Caciama da Silva

6 - CPF:

722.827.034-72

7 - Profissão:

agricultor

8 - Endereço:

Rua: Galdino Filho

9 - Número:

45

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Pintos

12 - Cidade:

Monção

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59626-030

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(84) 98170-0593

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2380

CONTA:

8961

6

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

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

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Monção 08/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A aceitação deste documento está condicionada a verificação de sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defesasocial.m.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL
Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001023598

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 04/06/2020 10:38:15

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 21/03/2020 08:30:00

2.3 Número: S/N

2.5 Complemento:

2.7 Bairro: VINGT ROSADO

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: RUA ROSEMIRO FONTES

2.4 CEP: 59.626-250

2.6 Ponto de Referência: PRÓXIMO AO BAR DO COQUEIRO

2.8 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSÉ AILTON CASSIANO DA SILVA

3.3 Etnia: PARDO

3.5 Mãe: SEVERINA SILVINA DA SILVA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 72282703472

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: AGRICULTOR

3.15 Telefone(s):

3.17 Número: 45

3.19 Bairro: PINTOS

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: JOSÉ CASSIANO DA SILVA

3.6 Data de Nascimento: 14/07/1970

3.8 RG: 001229710 - SSP/RN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: BARAÚNA/RN

3.14 E-Mail: MOSSOROSEGUROS8@GMAIL.COM

3.16 Logradouro: RUA GALDINO FILHO

3.18 CEP: 59626030

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S)

(NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

A vítima informa que no dia, local e horário acima descritos transitava, como condutor, em um ciclomotor Traxx QL50 Q2, Chassi 951BXKB08B015856, Renavam 01084733460, Placa QGF 9647/RN, de cor preta, licenciada em nome de Ronaldo Felipe da Silva, quando foi surpreendido outro motociclista, não identificado, colidiu contra a vítima, momento em que caiu ao solo bruscamente, sofrendo lesões em membro inferior, sendo socorrido por populares e encaminhado ao Hospital Regional Dr. Tarceio da Vasconcelos Maia, em Mossoró/RN.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

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

Comunicante: JOSÉ AILTON CASSIANO DA SILVA

Data: 04/06/2020 11:17:44

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

FOI ORIENTADO A PROCURAR A DELEGACIA DO LOCAL DO FATO, PARA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS. A 2ª DELEGACIA P... DE MOSSORÓ-RN

Atendimento: 1691368 - WELLIGTON ALVES

Impresso por: WEB em 05/06/2020 09:17:06

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

* 2020001023598

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 59426 - JOSE AILTON CACIANO DA SILVA (49 a 8 m 15 d)

Nascimento: 14/07/1970

Natural: BARAUNA.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700906979076090

CPF: 72282703472

Prof.

Mãe: SEVERINA SILVINA DA SILVA

Pai: JOSE CACIANO DA SILVA

Logradouro: ANTONIO GALDINO FILHO, 97

CEP: 59626030

Bairro: RINCAO

Cidade: MOSSORO

Telephone: 84.968122735

Cempl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

OBS: REGULADO COM O ORTOPEDISTA

Classificação:

29/03/2020 09:28:52

PESO:

[illegible]

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: QUEDA DE MOTO HÁ 08 DIAS, APRESENTA DOR E LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DO OMBRO D.

Dt e Hora: _____

— Além queda de peso há 28 dias
e 1/2 m de S. S (def t
de equine not es. S (def t
menor. X = freq. número Pres. not D

Diagn. Inicial:

Assin:

[illegible]

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data: ____/____/20. Hr: ____:

Médico:

*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA. Impresso em 29 de Março de 2020.
Carimbar)

(Assinar e

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSOR

~~SAME / ABOVE~~

WQZ. 150.343-0



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Ao UATM

(ortopedico)

Registado cl

Dr. WANDER

Encaminho o paciente José Ailton
C. do Silveira, 49 anos, vítima
de queda de moto na rua
Apresenta dor e limitação de
movimento em ombro (D) com
hematoma em prog
Realizado: ultrassom 75mg im
Dipirona 500mg 1ml im
Soro

Data: 29/03/2020

Dra. Marina Albuquerque
Assistente de Carimbo

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (54) 3315-0048 - Mossoró - RN

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 28/03/2020

T. Kennedy J. L. Lemos
SANE / ARQUIVO

mat. 150.343-0



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐ 1

Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fratura simples proximal do
húmero esquerdo.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

An. Acima C.T.

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

Anon + Exame físico + rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura simples proximal do

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04.98.02.03.04

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

29.09.2012

34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Kêilerte Gurgel
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6766- TEOT 14293- RQE 3304

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

PEDIDO
DE
EXAME

NOME: João da Silva MATRÍCULA: _____

IDADE

AMBULATÓRIO

ENFERMARIA

SEXO

SAU

LEITO

NATUREZA DO EXAME: EKG

INDICAÇÃO CLÍNICA:

Dr. Kárlene Gurgel
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 114233-RNE 3301

REQUISITANTE: _____

CRM: _____

DATA: 27/03/2020



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

PEDIDO
DE
EXAME

NOME: Paulo Roberto

MATRÍCULA: _____

IDADE

AMBULATÓRIO ☐

ENFERMARIA ☐

SEXO

SAU ☐

LEITO ☐

NATUREZA DO EXAME:

*Exame completo
Coleta para (Cálculo)
V.D. K. (Vermelha) e Glicose*

INDICAÇÃO CLÍNICA:

Glicose

DATA: 29/07/2020

REQUISITANTE: _____

CRM: _____

Dr. Kêllente Gurgel
Ortopedia e Traumatologia
TEO 14283 RQE 3301
CONPIM 6156



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

AO UATM
(ortopedico)

Regimento cl
Dr. WANDER

Encomendo o paciente José Ailton
C. do Silveira, 49 anos, vítima
de queda de moto na rodovia
Apresenta dor e limitação de
movimento em ombro (D) com
hematoma em prog
Realizado: ultrassom 45mg im
Opinero 500mg 1ml im
snato

Data: 29/03/2020

Dra. Marina Albuquerque

Assinatura e Carimbo

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (84) 3315-0018 - Mossoró - RN

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ

T. Kennedy J. P. P. P.

SAME / ARQUIVO

mat. 150.343-0



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CHES

4 - CHES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐ 1

Fem. ☐ 2

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

fratura simples proximal do
humerus direito.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

An. Acum. C. fr.

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

Artr. + R. hum. fr. + rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fratura simples proximal do
humerus direito

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

01.4.08.01.203.3.4

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Kêilerte Gurgel

Ortopedia e Traumatologia

CRM/RN 6766-TE-01-14293-RQE 3304

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE DA EMPRESA

42 - SÉRIE

43 - CBOR

44 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - Cód. EMISSÃO EMISSOR

47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

PEDIDO
DE
EXAME

NOME: _____

MATRÍCULA: _____

IDADE

AMBULATÓRIO

ENFERMARIA

SEXO

SAU

LEITO

NATUREZA DO EXAME: ECG

INDICAÇÃO CLÍNICA:

DATA: 27, 23, 2020

REQUISITANTE: _____

CRM: _____

Dr. Kárlerte Gurgel
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11293-RNE 3301



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

PEDIDO
DE
EXAME

NOME: Paulo Jr

MATRÍCULA: _____

IDADE

AMBULATÓRIO

ENFERMARIA

SEXO

SAU

LEITO

NATUREZA DO EXAME:

Exame completo
Coleta para (Cálculo)
Na K - Urina - Glicose -

INDICAÇÃO CLÍNICA:

Glicose

DATA: 29/11/2020

REQUISITANTE: _____

CRM: _____

Dr. Kéllito Gurgel
Ortopedia e Traumatologia
TE01 14203 RQE 3301
CRM 6768

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
3 - NOME DO PACIENTE
4 - NOME DO RESPONSÁVEL
5 - ENDEREÇO INCL. Nº, BAIRRO
6 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO
10 - NOME DA MÃE
11 - CID - BASE ATUAL
12 - CID - BASE ANTERIOR
13 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
14 - JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO
15 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
16 - DIAGNÓSTICO INICIAL
17 - DESIGNAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
18 - CLÍNICA
19 - CARACTER DA INTERNAÇÃO
20 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
21 - CID - BASE ATUAL
22 - CID - BASE ANTERIOR
23 - CID - BASE ATUAL
24 - CID - BASE ANTERIOR
25 - CID - BASE ATUAL
26 - CID - BASE ANTERIOR
27 - CID - BASE ATUAL
28 - CID - BASE ANTERIOR
29 - CID - BASE ATUAL
30 - CID - BASE ANTERIOR
31 - CID - BASE ATUAL
32 - CID - BASE ANTERIOR
33 - CID - BASE ATUAL
34 - CID - BASE ANTERIOR
35 - CID - BASE ATUAL
36 - CID - BASE ANTERIOR
37 - CID - BASE ATUAL
38 - CID - BASE ANTERIOR
39 - CID - BASE ATUAL
40 - CID - BASE ANTERIOR
41 - CID - BASE ATUAL
42 - CID - BASE ANTERIOR
43 - CID - BASE ATUAL
44 - CID - BASE ANTERIOR
45 - CID - BASE ATUAL
46 - CID - BASE ANTERIOR
47 - CID - BASE ATUAL
48 - CID - BASE ANTERIOR
49 - CID - BASE ATUAL
50 - CID - BASE ANTERIOR
51 - CID - BASE ATUAL
52 - CID - BASE ANTERIOR
53 - CID - BASE ATUAL
54 - CID - BASE ANTERIOR
55 - CID - BASE ATUAL
56 - CID - BASE ANTERIOR
57 - CID - BASE ATUAL
58 - CID - BASE ANTERIOR
59 - CID - BASE ATUAL
60 - CID - BASE ANTERIOR
61 - CID - BASE ATUAL
62 - CID - BASE ANTERIOR
63 - CID - BASE ATUAL
64 - CID - BASE ANTERIOR
65 - CID - BASE ATUAL
66 - CID - BASE ANTERIOR
67 - CID - BASE ATUAL
68 - CID - BASE ANTERIOR
69 - CID - BASE ATUAL
70 - CID - BASE ANTERIOR
71 - CID - BASE ATUAL
72 - CID - BASE ANTERIOR
73 - CID - BASE ATUAL
74 - CID - BASE ANTERIOR
75 - CID - BASE ATUAL
76 - CID - BASE ANTERIOR
77 - CID - BASE ATUAL
78 - CID - BASE ANTERIOR
79 - CID - BASE ATUAL
80 - CID - BASE ANTERIOR
81 - CID - BASE ATUAL
82 - CID - BASE ANTERIOR
83 - CID - BASE ATUAL
84 - CID - BASE ANTERIOR
85 - CID - BASE ATUAL
86 - CID - BASE ANTERIOR
87 - CID - BASE ATUAL
88 - CID - BASE ANTERIOR
89 - CID - BASE ATUAL
90 - CID - BASE ANTERIOR
91 - CID - BASE ATUAL
92 - CID - BASE ANTERIOR
93 - CID - BASE ATUAL
94 - CID - BASE ANTERIOR
95 - CID - BASE ATUAL
96 - CID - BASE ANTERIOR
97 - CID - BASE ATUAL
98 - CID - BASE ANTERIOR
99 - CID - BASE ATUAL
100 - CID - BASE ANTERIOR

3315-4994/331



Regulação Mossoró <regulacaomossoro@gmail.com>

SOLICITAÇÃO DE CONSULTA DE AVALIAÇÃO: JOSÉ AILTON CACIANO DA SILVA

2 mensagens

Regulação Mossoró <regulacaomossoro@gmail.com>
Para: Ortopedia CER <ortopediasesaprn@gmail.com>

15 de julho de 2020 15:38

BOA TARDE

Por gentileza, solicito avaliação cirúrgica para o seguinte paciente de alta complexidade:
JOSE AILTON CACIANO DA SILVA, CNIS 700906979076010, PACIENTE COM FRATURA ÚMERO PROXIMAL O, NECESSITA
DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. SOLICITAÇÃO DO MÉDICO E DOCUMENTOS DO PACIENTE EM ANEXO.

TELEFONE DE CONTATO: 99132-2991 / 8330-4772

Agradeço e aguardo retorno,
Tatiana Ariana

Complexo Regulador do Oeste
Secretaria Municipal de Saúde - Mossoró
(84) 3316-2902 | 3315-4775



Livre de vírus. www.avast.com.

CamScanner 07.15.2020 15.26.31.pdf
2928K

Ortopedia <ortopediasesaprn@gmail.com>
Para: Regulação Mossoró <regulacaomossoro@gmail.com>

16 de julho de 2020 15:03

Boa tarde!!!

Informamos o agendamento da Avaliação de Ortopedia do paciente JOSE AILTON CACIANO DA SILVA, no HOSPITAL
MEMORIAL dia 03/08/2020 de 08:00h às 11:00h com DR. MARCOS por ordem de chegada. Devendo o familiar ou
responsável entregar a documentação (LAUDO + RG, xerox de Comprovante de Residência, Cartão do SUS, RG com CPF)
na Recepção e aguardar posteriormente a ligação do Hospital.
(Texto das mensagens anteriores omitido)

Atenciosamente,
Núcleo Estadual de Ortopedia - NOE
Central Metropolitana de Regulação/CER/SESAP
Fone: 3209-5330



José Ailton Caciono da Silva

Laudo

Paciente portador de
sequela de fratura do
úmero proximal direito,
apresentando dor aos
movimentos. Perca
total da elevação do
ombro. Paciente não
consegue desempenhar
suas funções profissio-
nais. Solicito auxílio
por tempo indeterminado
junto ao INSS

CID = S42.2

T92

16/08/2020

Fabiano Dantas de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia Pediátrica
TEOT: 15176 - CRMN: 6672



José Ailton Cacionio do Silva

Laudo

Paciente sofreu acidente
de moto e fraturou
o úmero proximal
direito. Realizar
tratamento conservador
por 4 meses. Hoje encon-
tra-se com sequelas
permanente sem conseguir
elevar o ombro e
apresenta dor aos pequenos
movimentos.
Paciente de alta definitiva
da ortopedia.

CID=542.2

16/08/2020

Fabiano Dantas de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia Pediátrica
TEOT: 15176 - CRM/RN: 6672



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

José Ailton Caviano de Silva

Ortopedia-Cirurgia do ombro

- Sinal de fatura
do ombro proximal

Urgente!

Fabiano Dantas de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
~~Ortopedia~~ Pediátrica
TEOT: 15176 - CRMN: 6672

16/08/2020



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Jo SIRTUBI NIK

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com história de trauma no
membro D.
Rx. Fr. unguis proximal

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Indicada Cirurgia

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

Rx + Ex físico -

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fr. unguis proximal

S92.2

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

osteossíntese de fr. unguis proximal

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Igo Wale
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM RN 6429

12/09/2020

Dr. Igo Wale
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM RN 6429

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 59426 - JOSE AILTON CACIANO DA SILVA (49 a 8 m 15 d)

Nascimento: 14/07/1970

Natural: BARAUNA.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700906979076090

CPF: 72282703472

Prof.

Mãe: SEVERINA SILVINA DA SILVA

Pai: JOSE CACIANO DA SILVA

Logradouro: ANTONIO GALDINO FILHO, 97

CEP: 59626030

Bairro: RINCAO

Cidade: MOSSORO

Telephone: 84.988122735

Cempl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

OBS: REGULADO COM O ORTOPEDISTA

Classificação:

29/03/2020 09:26:52

PESO:

[illegible]

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: QUEDA DE MOTO HÁ 08 DIAS , APRESENTA DOR E LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DO OMBRO D.

Dt e Hora: _____

— Além queda de peso há 28 dias
e com sede de S.
e de equívocos noturnos. S(def t
menor. x = freq. número Pres. no D

Diagn. Inicial:

Assin:

[illegible]

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data: ___/___/20. Hr: ___:

Médico:

*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA. Impresso em 29 de Março de 2020.
Carimbar)

(Assinar e

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSOR

~~SAME / ABOVE~~

WQZ. 150.343-0



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Ao UATM

(ortopedico)

Registado cl

Dr. WANDER

Encaminho o paciente José Ailton
C. do Silveira, 49 anos, vítima
de queda de moto na rua
Apresenta dor e limitação de
movimento em ombro (D) com
hematoma em prog
Realizado: ultrassom 75mg im
Dipirona 500mg 1ml im
Soro

Data: 29/03/2020

Dra. Marina Albuquerque
Assistente de Carimbo

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (54) 3315-0048 - Mossoró - RN

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 28/05/2020

T. Kennedy J. L. Lemos
SANE / ARQUIVO

mat. 150.343-0



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐

Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fra fraca rinite nasal
ho + 081 em 1 glom.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

An. Acima Cto

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

Anon + Ectom fraca + r

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Prostata Unica Prostata 540.2

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Prost. Unica

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04.98.02.03.04

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

29.99.10.12

34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Kêilerte Gurgel

Oncologia e Traumatologia

CRM/RN 6766- TEOT 14293- RQE 3304

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

36 - SÉRIE

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNAE DA EMPRESA

40 - CBOR

41 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - COD. EMISSÃO EMISSOR

44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

PEDIDO
DE
EXAME

NOME: João da Silva MATRÍCULA: _____

IDADE

AMBULATÓRIO

ENFERMARIA

SEXO

SAU

LEITO

NATUREZA DO EXAME: EKG

INDICAÇÃO CLÍNICA:

Dr. Kárlene Gurgel
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 114233-RNE 3301

REQUISITANTE: _____

CRM: _____

DATA: 27/03/2020



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

PEDIDO
DE
EXAME

NOME: <u>Paula D. S.</u>	MATRÍCULA: _____	
IDADE	AMBULATÓRIO	ENFERMARIA
SEXO	SAU	LEITO
NATUREZA DO EXAME: <u>Exame completo</u> <u>Exame de função (FEL) (C)</u> <u>Exame de função (FEL) (C)</u>		
INDICAÇÃO CLÍNICA: <u>Glaucoma</u>		
DATA: <u>29/07/2020</u>	REQUISITANTE: <u>Dr. Kêllente Gurgel</u> <u>Ortopedia e Traumatologia</u> <u>CRM: 6156</u>	



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 6182 /2020

Admissão: 29/03/2020 09:30:35

8/5

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 59426 - JOSE AILTON CACIANO DA SILVA (49 a 8 m 15 d)

Nascimento: 14/07/1970

Natural: BARAUNA.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700906979076090

CPF: 72282703472

Prof:

Pai: JOSE CACIANO DA SILVA

Mãe: SEVERINA SILVINA DA SILVA

Logradouro: ANTONIO GALDINO FILHO, 97

CEP: 59626030

Bairro: RINCAO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.988122735

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO
Origem: FAMILIA

Tipo: REGULADO

*Empresa:

OBS: REGULADO COM O ORTOPEDISTA

Classificação:						PESO:			
29/03/2020 09:28:52									
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: QUEDA DE MOTO HÁ 08 DIAS, APRESENTA DOR E LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DO OMBRO D.

Dt e Hora: _____

Apresenta queda de moto há 08 dias, com dor e limitação do movimento do ombro direito. Exame físico: sem alterações notáveis. Sinal de Hoffmann positivo. Exame de força: força normal.

Diagn. Inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:

Dr. Kleber Gurgel
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15765 TEOT 14293 RDE 3301

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data:

/ /20.

Hr:

Médico:

*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA. Impresso em 29 de Março de 2020.

(Assinar e

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORO

28/05/2020

SAME / ARQUIVO

mat. 150.343-0



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

AO UATM
(ortopedico)

Regimento cl
Dr. WANDER

Encomendo o paciente José Ailton
C. do Silveira, 49 anos, vítima
de queda de moto na rodovia
Apresenta dor e limitação de
movimento em ombro (D) com
hematoma em prog
Realizado: ultrassom 45mg im
Opinário 500mg 1ml im
snato

Data: 29/03/2020

Dra. Marina Albuquerque

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (84) 3315-0018 - Mossoró - RN

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ

T. Kennedy J. P. P. P.

SAME / ARQUIVO

mat. 150.343-0



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CHES

4 - CHES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐ 1

Fem. ☐ 2

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

fratura simples proximal do
humerus direito.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

An. Acum. C. fr.

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

Artr. + Exame fratura + rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura simples proximal do

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Kêilerte Gurgel

Ortopedia e Traumatologia

CRM/RN 6766-TE-01-14293-RQE 3301

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - SÉRIE

42 - CBOR

43 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. EMISSÃO EMISSOR

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

PEDIDO
DE
EXAME

NOME: _____

MATRÍCULA: _____

IDADE

AMBULATÓRIO

ENFERMARIA

SEXO

SAU

LEITO

NATUREZA DO EXAME: ECG

INDICAÇÃO CLÍNICA:

DATA: 27, 23, 2020

REQUISITANTE: _____

CRM: _____

Dr. Kárlerte Gurgel
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11293-RNE 3301



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

PEDIDO
DE
EXAME

NOME: Paulo Jr

MATRÍCULA: _____

IDADE

AMBULATÓRIO

ENFERMARIA

SEXO

SAU

LEITO

NATUREZA DO EXAME:

*Exame completo
Coleta para (Cálculo)
Vál. Kif (Vene) (Gest.)*

INDICAÇÃO CLÍNICA:

Glicemia

DATA: 29/01/2020

REQUISITANTE: _____

CRM: _____

*Dr. Kéllito Gurgel
Ortopedia e Traumatologia
TE01 14203 RQE 3301
CRM/RN 6766*

[illegible]



Regulação Mossoró <regulacaomossoro@gmail.com>

SOLICITAÇÃO DE CONSULTA DE AVALIAÇÃO: JOSÉ AILTON CACIANO DA SILVA

Regulação Mossoró <regulacaomossoro@gmail.com>
Para: Ortopedia CER <ortopediasesaprn@gmail.com>

15 de julho de 2020 15:38

BOA TARDE

Por gentileza, solicito avaliação cirúrgica para o seguinte paciente de alta complexidade:
JOSE AILTON CACIANO DA SILVA, CNIS 700906979076010, PACIENTE COM FRATURA ÚMERO PROXIMAL O, NECESSITA
DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. SOLICITAÇÃO DO MÉDICO E DOCUMENTOS DO PACIENTE EM ANEXO.

TELEFONE DE CONTATO: 99132-2991 / 8330-4772

Agradeço e aguardo retorno,
Tatiana Ariana

Complexo Regulador do Oeste
Secretaria Municipal de Saúde - Mossoró
(84) 3316-2902 | 3315-4775

Libre de vírus. www.avast.com.

CamScanner 07-15-2020 15:26:31.pdf
2928K

Ortopedia <ortopediasesaprn@gmail.com>
Para: Regulação Mossoró <regulacaomossoro@gmail.com>

16 de julho de 2020 15:03

Boa tarde!!!

Informamos o agendamento da Avaliação de Ortopedia do paciente **JOSE AILTON CACIANO DA SILVA**, no HOSPITAL
MEMORIAL dia 03/08/2020 de 08:00h às 11:00h com DR. MARCOS por ordem de chegada. Devendo o familiar ou
responsável entregar a documentação (LAUDO + RG, xerox de Comprovante de Residência, Cartão do SUS, RG com CPF)
na Recepção e aguardar posteriormente a ligação do Hospital.
(Texto das mensagens anteriores omitido)

Atenciosamente,
Núcleo Estadual de Ortopedia - NOE
Central Metropolitana de Regulação/CER/SESAP
Fone: 3209-5330



José Ailton Caciono da Silva

Laudo

Paciente portador de
sequela de fratura do
úmero proximal direito,
apresentando dor aos
movimentos. Perca
total da elevação do
ombro. Paciente não
consegue desempenhar
suas funções profissio-
nais. Solicito auxílio
por tempo indeterminado
junto ao INSS

CID = S42.2

T92

16/08/2020

Fabiano Dantas de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia Pediátrica
TEOT: 15176 - CRMN: 6672



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

José Ailton Cacionio do Silva

Laudo

Paciente sofreu acidente
de moto e fraturou
o úmero proximal
direito. Realizar
tratamento conservador
por 4 meses. Hoje encon-
tra-se com sequelas
permanente sem conseguir
elevar o ombro e
apresenta dor aos pequenos
movimentos.
Paciente de alta definitiva
da ortopedia.

CID=542.2

16/08/2020

Fabiano Dantas de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia Pediátrica
TEOT: 15176 - CRM/RN: 6672



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

José Ailton Caviano de Silva

Ortopedia - Cirurgia do ombro

- Sinal de fatura
do ombro proximal

Urgente!

Fabiano Dantas de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
~~Ortopedia~~ Pediátrica
TEOT: 15176 - CRMN: 6672

16/08/2020



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Jo SIRTUBI NIK

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com história de trauma no
membro D.
Rx. Fratura proximal

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Indicada Cirurgia

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

Rx + Ex físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura proximal

S92.2

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

osteossíntese de fratura proximal

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Igo Wale
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 6429

12/09/2020

Dr. Igo Wale
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 6429

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 59426 - JOSE AILTON CACIANO DA SILVA (49 a 8 m 15 d)

Nascimento: 14/07/1970

Natural: BARAUNA.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700906979076090

CPF: 72282703472

Prof.

Mãe: SEVERINA SILVINA DA SILVA

Pai: JOSE CACIANO DA SILVA

Logradouro: ANTONIO GALDINO FILHO, 97

CEP: 59626030

Bairro: RINCAO

Cidade: MOSSORO

Telephone: 84.968122735

Cempl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

OBS: REGULADO COM O ORTOPEDISTA

Classificação:

29/03/2020 09:28:52

PESO:

[illegible]

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: QUEDA DE MOTO HÁ 08 DIAS, APRESENTA DOR E LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DO OMBRO D.

Dt e Hora: _____

— Além queda de peso há 28 dias
e 1/2 m de S.
de equine notiss. 5 (def 1
menor). x = freq. número Pres. no D

Diagn. Inicial:

Assin:

[illegible]

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data: ____/____/20. Hr: ____:

Médico:

*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA. Impresso em 29 de Março de 2020.
Carimbar)

(Assinar e

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSOR

SAME / ABOVE

WAZ. 150.343-0



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Ao UATM

(ortopedico)

Registado cl

Dr. WANDER

Encaminho o paciente José Ailton
C. do Silveira, 49 anos, vítima
de queda de moto na rua
Apresenta dor e limitação de
movimento em ombro (D) com
hematoma em prog
Realizado: ultrassom 75mg im
Dipirona 500mg 1ml im
Soro

Data: 29/03/2020

Dra. Marina Albuquerque
Assistente de Carimbo

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (54) 3315-0048 - Mossoró - RN

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 28/05/2020

T. Kennedy J. L. Lemos
SANE / ARQUIVO

mat. 150.343-0



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐ 1

Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fra fraca sem em (proximal) D
ho + 081 em f | glen.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

An. Acima Cto

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

Anon + Ectom fipe + 14

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Prostema Unes (prox) 540.2

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Prost. Unes

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04.98.02.03.04

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

29.99.10.12

34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Kêilerte Gurgel

Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6766- TEOT 14293- RQE 3304

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

36 - SÉRIE

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNAE DA EMPRESA

40 - CBOR

41 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - Cód. EMISSÃO EMISSOR

44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

PEDIDO
DE
EXAME

NOME: João da Silva MATRÍCULA: _____

IDADE

AMBULATÓRIO

ENFERMARIA

SEXO

SAU

LEITO

NATUREZA DO EXAME: EKG

INDICAÇÃO CLÍNICA:

Dr. Kárlene Gurgel
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 114233-RNE 3301

REQUISITANTE: _____

CRM: _____

DATA: 27/03/2020



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

PEDIDO
DE
EXAME

NOME: Paulo Roberto

MATRÍCULA: _____

IDADE

AMBULATÓRIO

ENFERMARIA

SEXO

SAU

LEITO

NATUREZA DO EXAME:

*Exame completo
Coleta para (Cálculo)
V.D. K. (Vermelha) Gerd...*

INDICAÇÃO CLÍNICA:

Glicose

DATA: 29/07/2020

REQUISITANTE: _____

CRM: _____

Dr. Kêllente Gurgel
Ortopedia e Traumatologia
TEO 14283 RQE 3301
CONJUN 6156



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Jo SIRTUBI NIK

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com história de trauma no
membro D.
Rx. Fratura proximal

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Indicada Cirurgia

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

Rx + Ex físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura proximal

S42.2

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

osteossíntese de fratura proximal

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Igo Wale
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 6429

12/09/2020

Dr. Igo Wale
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 6429

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
722.827.034-72

Nome
JOSE AILTON CACIANO DA SILVA

Nascimento
14/07/1970

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA
 COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR
Jose Ailton da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
756F.1DDF.E798.5F1E

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
 Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 14:28:25 do dia 10/07/2012 (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 04

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
 NOME
JOSE AILTON CACIANO DA SILVA

DATA DE EXPEDIÇÃO
11/07/2012

FILIAÇÃO
JOSE CACIANO DA SILVA
SEVERINA SILVINA DA SILVA

NATURALIDADE
PARANÁ

DATA DE NASCIMENTO
14/07/1970

CDT. DE NASCIMENTO L-4 10 F-159 RG-4047
BARBONA EN-I CAETORIO

DOC. **722.827.034-72**

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.115 DE 29/09/83

2a. VIA

9.8170-0593

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278279/20

Vítima: JOSE AILTON CACIANO DA SILVA

CPF: 722.827.034-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/03/2020

Titular do CPF: JOSE AILTON CACIANO DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE AILTON CACIANO DA SILVA : 722.827.034-72

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: 01/10/2020
Nome: JOSE AILTON CACIANO DA SILVA
CPF: 722.827.034-72

JOSE AILTON CACIANO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2020
Nome: Maria Luíza Gonçalves da Silva
CPF: 122.394.894-30

Maria Luíza Gonçalves da Silva