

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 10.631,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IEDA ARAUJO DE FREITAS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05885-8

CONTA: 000000004352-4

Nr. Autenticação

BRADESCO16012020050000000000237058850000000043521063125 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190693606 **Cidade:** São Pedro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IEDA ARAUJO DE FREITAS **Data do acidente:** 16/08/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO, TÍBIA DIREITA E TRAUMATISMO CRANIANO.

Descrição do exame físico: APRESENTA AFUNDAMENTO TEMPORAL CRANIANO À DIREITA, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE JOELHO ESQUERDO E DIREITO PARA FLEXÃO PERFAZENDO 100 GRAUS, HIPOTROFIA MODERADA DE MUSCULATURA DE COXAS DIREITA E ESQUERDA, CLAUDICAÇÃO E DIFICULDADE PARA DEAMBULAÇÃO, FERIMENTOS OPERATÓRIOS CICATRIZADOS.

Resultados terapêuticos: RADIOGRAFIAS DE PERNAS DEMONSTRAM FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA FIXADA COM PLACA MEDIAL E PARAFUSOS, FRATURA DE TÍBIA DIREITA FIXADA COM PLACA E PARAFUSOS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO JOELHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			78,75 %	R\$ 10.631,25

Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190693606

Vítima: IEDA ARAUJO DE FREITAS

Data do Acidente: 16/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IEDA ARAUJO DE FREITAS

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\$ 10.631,25

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: IEDA ARAUJO DE FREITAS

Valor: R\$ 10.631,25

Banco: 237

Agência: 000005885-8

Conta: 000004352-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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,



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: 737.245.214-72 4 - Nome completo da vítima: Ieda Araújo de Freitas

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

5 - Nome completo: Ieda Araújo de Freitas 6 - CPF: 737.245.214-72
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Povoado Lagoa de Fara 9 - Número: 8900 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: São Pedro 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59480-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (84) 99134-3008(84) 99806-1091

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 3883 CONTA: 000 43 52 4
(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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vairasor)? ☐ 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, Baranizim, 04 de Dezembro de 2019.

Ieda Araújo de Freitas

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190693606
Nome do(a) Examinado(a): Ieda Araujo de Freitas
Endereço do(a) Examinado(a): Povoado Lagoa de Fora, 8900 Casa
Zona Rural Sao Pedro RN CEP: 59480-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 644513
Data local do acidente: [16/08/2019]
Data local do exame: [10/01/2020] NATAL [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO, TÍBIA DIREITA E TRAUMATISMO CRANIANO.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTOS CIRÚRGICOS EM PERNAS E NA REGIÃO CRANIANA. CRANIECTOMIA FRONTO-TEMPORO-PARIETAL DIREITA.
Data da Alta: 04/12/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

APRESENTA AFUNDAMENTO TEMPORAL CRANIANO À DIREITA, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE JOELHO ESQUERDO E DIREITO PARA FLEXÃO PERFAZENDO 100 GRAUS, HIPOTROFIA MODERADA DE MUSCULATURA DE COXAS DIREITA E ESQUERDA, CLAUDICAÇÃO E DIFICULDADE PARA DEAMBULAÇÃO, FERIMENTOS OPERATÓRIOS CICATRIZADOS.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

INVALIDEZ AO NÍVEL DE JOELHO ESQUERDO, MEMBRO INFERIOR DIREITO E EM ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☒ (X) 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


DR. URAÍ DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4315



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO PAULO DO POTENGI - SÃO
PAULO DO POTENGI - RN

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 036506/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/08/2019 13:28 Data/Hora Fim: 21/08/2019 14:10
Delegado de Polícia: Otacílio de Medeiros Guedes Filho

DADOS DA Ocorrência

Afeto: 1ª Delegacia Regional de Polícia Civil de São Paulo do Potengi

Data/Hora do Fato: 16/08/2019 17:50

Local do Fato

Município: São Pedro (RN)
Logradouro: sítio lagoa de fora

Bairro: zona rural
Nº: s/n
CEP: 59.025-250

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
23: Lesão corporal de natureza grave se resulta perigo de vida (Art. 129, § 1º, Inc. II do CPB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: NIVIANE ARAÚJO DOS SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - São Pedro Sexo: Feminino Nasc: 27/12/1990
Profissão: Atendente de Restaurante Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a) Nome do Pai: Anesiano Jose dos Santos
Nome da Mãe: Iran de Araújo

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 101.721.514-65

Endereço

Município: São Pedro - RN Nº: 18
Logradouro: sítio lagoa de fora CEP: 59.025-250
Complemento: próximo as torres
Bairro: zona rural
Telefone: (84) 99440-7502 (Celular) (84) 98630-3665 (Celular)

Nome Civil: IEDA ARAÚJO DE FREITAS (VÍTIMA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - São Pedro Sexo: Feminino Nasc: 18/07/1958
Profissão: Agricultor Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Casado(a) Nome do Pai: João Manoel de Araújo
Nome da Mãe: Raimunda Araújo

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 737.245.214-72

Endereço

Município: São Pedro - RN Nº: 18
Logradouro: sítio lagoa de fora CEP: 59.025-250
Complemento: próximo a torre
Bairro: zona rural



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO PAULO DO POTENGI - SÃO
PAULO DO POTENGI - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036506/2019

Telefone: (84) 99440-7502 (Celular)

Nome Civil: JAILSON IRMÃO DE OZAIR (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 38

Endereço

Município: São Pedro - RN

Logradouro: rua do poço

Complemento: próximo ao club de neilton

Bairro: centro

Nº: s/n

CEP: 59.025-250

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Desconhecido 1

Proprietário

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Jailson Irmão de Ozair

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Compareceu a esta Unidade Policial a comunicante para informar que a vítima, IEDA ARAÚJO DE FREITAS, é sua tia e que no dia 16/08/2019, estava caminhando no sítio onde mora em direção a sua residência quando a pessoa de JAILSON pilotando uma moto não identificada em alta velocidade lhe atropelou; QUE, as pessoas de NETO e DUER presenciaram o atropelamento e disseram que foi a pessoa de JAILSON irmão de OZAIR, o qual estava pilotando a moto em alta velocidade e atropelou a vítima; QUE, segundo as testemunhas tinha outra pessoa em outra moto e vinham tipo pegando "racha", porém, não souberam informar quem eram; QUE, a comunicante não sabe informar as características da moto em que estava a pessoa de JAILSON; QUE, IEDA ARAÚJO DE FREITAS já saiu desmaiada do local e foi socorrida para o Hospital Walfredo Gurgel em Natal/RN; QUE, teve as duas pernas fraturas, sendo que uma ficou com parte do osso esmagado, além de um coágulo na cabeça; QUE, ela permanece internada no Walfredo Gurgel e o seu estado de saúde inspira cuidados; QUE, a comunicante soube que JAILSON foi socorrido para o Hospital Regional de São Paulo do Potengi/RN e foi liberado; QUE, teve informação de que ele (JAILSON) não foi mais visto em sua residência. Nada mais disse nem lhe foi perguntado.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO PAULO DO POTENGI - SÃO
PAULO DO POTENGI - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036506/2019

ASSINATURAS

Francisco Erinaldo Bezerra
Agente de Polícia
Matrícula: 1945491
Responsável pelo Atendimento

Niviane Araújo dos Santos
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Cômputação do Código Penal Brasileiro."

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: 4 - Nome completo da vítima:

737.245.214-72 Ieda Araújo de Freitas

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

5 - Nome completo: Ieda Araújo de Freitas 6 - CPF: 737.245.214-72
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: Povoado Lagoa de Faro 9 - Número: 8900 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: São Pedro 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59480-000
15 - E-mail: (84) 99134-3008 (SU) 99806-1091 16 - Tel. (DDD):

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 5885 CONTA: 0004352
(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) ☐ Divorçado ☐ 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 (a) nascido? ☐ 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, Parnamirim 04 de dezembro de 2019.

Ieda Araújo de Freitas

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Procurador Bernardino de Souza

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



ОГЛАВЛЕНИЕ

#hardtofind

How: Jedn Akrifio 15 Trails

Nome: JENNYFER DE SOUZA
Idade: 61 anos # Belo Horizonte - 16/03/19

Poulti seque deaplanato fue para poltron
poult. con poltron de oro de ouro, jelle
+ 10 Poulti de ouro de ouro, jelle.

Absolute poverty was described, defined
as inability to afford basic needs
of food, clothing, shelter, etc.
do

793/791

Date: 06/12/19

Handwritten signature: *Handwritten signature*

Add Label

2002-2003

Assu:

PARANAMIRIM

NATAL:

Forms: (04) 3315-6900 / 3315-6901

Product

Vita Brevis

Castro

FACEBOOK
800.762.2874

Phone: (84) 9.9639-0260



SES PRN - HOSPITAL MONSEÑOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHA



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 41991 /2019

Admissão: 16/08/2019 20:24:40

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **139422 - IEDA ARAUJO DE FREITAS** (61 a 29 d)

Nascimento: 18/07/1958 Natural: SAO PEDRO BRASIL

CNS: 706701550502910

CPF: 73724521472

Sexo: F Cor: PARDA
Prof:

Mãe: RAIMUNDA ARAUJO

Pai:

Logradouro: LAGOA DE FORA 1

Cidade: SAO PEDRO

CEP: 59480000

Cairro: AREA RURAL

Telefone: 84 32542127

Motivo: ATROPELAM. POR MOTO

Origem: AMBUL. INTERIOR

Compl:

Tip: REFERENCIADO

Empresa:

Fluxograma:

OBS:

Discriminador:

Classificação: 16/08/2019 20:19:26

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	E.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: trauma em mie e joelho d apos atropelamento por moto

Hora: 20:30

Freia usa vias do interior por ferir
no ano por ser por moto (trau).
nao olhando.

EXAME FISICO (PRIMARIO)

A	VPP
B	Exame
C	phno capto FC = 80 bpm
D	PRFJUELOS
E	

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

- Deformidade no tornozelo - punho D
- Deformidade tornozelo e

*Saída:

ferir: Exa vez Abomi. Fracos

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Gerado via SX por WELLINGTON GOMES DO NASCIMENTO. Impresso em 16 de Agosto de 2019.

RAIOS-X
16/08/19 Hora: 21:09
Técnico:

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALÉRGICAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

- De fêmur / Píneo @ AP/P

- De Joelho @ AP/P

CONDUTA PRIMÁRIA(MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

sem procedimentos para

exame no local

23:00h

- NO MISTO DE CRIAR PRIMEIRA

- OBRIGADO POR HUGO - (AV) PARECE (feito)

22:00h

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

Orto de Rio

HORA: 21:00

DATA:

ESPECIALISTA 2

Clínica de Rio

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

Dr. Rafael Rosas

Cirurgião Geral e do Ap. Digestivo

CRM/RN 0001

HORA

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DESTINO DO PACIENTE:

DATA / /

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

ÓBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

Doença crônica com melhora (SGL)
Sobrinha com MAF

EXAME FÍSICO *peito Presença*

na ecocardiografia
na fun. de 205 (40)

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Doença crônica com melhora (SGL)

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

Naix 2500000
AR+Pul

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

DAS CC (incluindo curativos)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Bruno M. L. Borges
CRM 58013
Assinatura e Carimbo do Responsável

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 06/11/19
MAT. Nº 154475
SAME

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPOSTA DA VÍTIMA 2 - PEÇA A JUIZ A OUTRA PESSOA QUANTO ESTIVER FORA DE RESPOSTA 3 - PEÇA UM DESFIBRILADOR (IDEAL) 3 - ABRAÇA VÍTIMA 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 5 - SE APNEIA, ABRAQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA) 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE) 7 - SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSIONES TORÁICAS 100/MIN (PROPORÇÃO 30:2 ATÉ A CHEGADA DO DEJA) 8 - DEJA DISPONÍVEL - AVALIE O RÍTMO 9 - RÍTMO CHOCÁVEL: APlique 1 CHOQUE 100 J - RÍTMO NÃO CHOCÁVEL: REINICIE RCP 11 - AVALIE CIRCULAÇÃO 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MOVIMENTE 13 - COLOQUE A VÍTIMA EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Atendimento Carveo
Paciente vem para este serviço por alteração de estado. No momento, instável.
TA: 96 x 59 / FC: 63 / SAT: 97%. Sem alteração de sinais no momento que precisa de oxigenação.
Cd: alto de CM.

Em tempo: paciente apresenta sinais de apneia. Houve episódio de hemorragia em bórna de capilares. Paciente, preservado pela equipe de emergência.

Prescreva omeprazol.
- paciente hemodinamicamente estável.

- Omeprazol 40 mg - 02 doses + diluente
- SFO 91. 500 ml, ev, em 02 horas.
- Acompanhamento conjunto de CM.

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Lucy Magalhães
Médica
CRM 8740

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASSOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Pelo comando com o desportar de uma pessoa atendida, se não for marque 4, se não 3)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	5
Orientado (responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, mês, e ano, e dia e hora)	5
Consciente (responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Falava incoerentemente (falava aleatoriamente, mas não havia nenhuma coerência)	3
Bons hálaxia (responde com palavras soltas)	2
Resposta verbal (responde com palavras soltas)	1
Resposta verbal (responde com palavras soltas)	1
Melhor resposta verbal (MRV)	5
Orientado (responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, mês, e ano, e dia e hora)	5
Consciente (responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Falava incoerentemente (falava aleatoriamente, mas não havia nenhuma coerência)	3
Bons hálaxia (responde com palavras soltas)	2
Resposta verbal (responde com palavras soltas)	1

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS"	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASSOW	15-16 = 4
	13-14 = 3
	10-12 = 2
	6-9 = 1
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4
	12-20 = 3
	6-10 = 2
	1-5 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90-120 = 4
	70-89 = 3
	50-69 = 2
	1-49 = 1

"Escala de Triagem do Trauma (RTS): Guia para a triagem de pacientes de trauma. Publicado pelo Departamento de Cirurgia da Universidade de Chicago, 1988. W.J. Copes, et al. A revision of the Trauma score. J. Trauma 29(4) 624, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2009)

E3 - 80-90% (necessidade de intervenção imediata):
E2 - 60-79% (necessidade de intervenção imediata):
E1 - 40-59% (necessidade de intervenção imediata):
E0 - 0-39% (necessidade de intervenção imediata):

* Referência: TRAUMATA G. JENNET, B. Assessment of coma and level of consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:91-94

** A escala proposta aplica-se a pacientes com lesões de nível de consciência e nível de consciência. A prática de escala de nível de consciência.

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

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

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou _____

CNES: 2653923
CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **139422 IEDA ARAUJO DE FREITAS**
CNS: 706701550502910 Nascimento: 18/07/1958 Sexo: Feminino
Mãe: RAIMUNDA ARAUJO Pai: _____
Endereço: SÍTIO LAGOA DE FORA, 1 - AREA RURAL - SAO PEDRO
Município: SAO PEDRO Código Municipal IBGE: 241270 UF: RN

Prontuário: _____
Cor: PARDA
Fone: 32542127 /
CEP: 59480-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 21512 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

DOR + EDEMA + DEFORMIDADE NA PERNA DIREITA + JOELHO ESQUERDO
FRATURA DE TIBIA E FÍBULA DIREITA + FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO (MEDIAL/SUBLUZAÇÃO)

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CONTROLE DE DANOS / FIXADOR EXTERNO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX _____



Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.1 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA*408050551. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANAL

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

PLATO TIBIAL, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes

☐ Hipertensão

☐ Obesidade

☐ Faz Antibioticoterapia

☐ Lesão por pressão ☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

MAURO CARNEIRO CALHAU

3063 / RN

Data da Solicitação 16/08/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____ Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

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



Nome Ieda Araújo de Freitas
Leito: _____ Idade: _____ Nº Registro: _____

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 17 AGO. 2019

Hora: _____

Paciente com histórico de
atropelamento por moto
apresentando fraturas
luxações de punho ^(E) e
fratura fechada dos
ossos da perna ^(D)
Apresenta 02 episódios
hematêmese. Etilista crônico
Episódios de apneia
H.D. Fratura fechada dos ossos
da perna ^(D) + Fratura
- luxação fechada de punho ^(D)
- H.D. ^(D)

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL. 06/12/19
MAT. Nº. 123
SAME
FI

Dr. Kleidson Bastos
Ortopedia
CRM-4421

17/08/19 # Carlos Almeida # 24151
Seu avô para avaliar quadro clínico. Paciente encontra-se
em regular estado geral, aparência anterior afim. (Paciente
34/4+, hidratado. Taquicardia (120bpm). Taquipneia em
ar ambiente (F.R. = 28bpm). Consciente porém algo sonolento.
Apresentando vômito em grande quantidade após ingestão de
alimento. AC = RTCP 2T BUNF 5/1 supra // AP = M60 RHT 1/1A // N/A
fundo, olhos, sem sinais de congestão pulmonar. // HA = HDA? //
CD = zero hita; puno SUG elvta; Omgel dose dobrada 12/12h;
comentando de hemisferios 02 balões IV. Supra realizar EDA
e Soluton 10/14 de conduta pós transfusão.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

** Vigente **

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Isela Araújo de Faria Idade: _____ N° Reg.: _____
Serviço: Ortopedia Enf.: _____ Leito: 417

AO SERVIÇO: Neurocirurgia

MOTIVO DA CONSULTA: - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

Paciente com histórico de
atropelamento e alcoolismo
há 48 h.
Excluído sangramento.
Solicitado avaliação da Neuro-
cirurgia.

20 AGO. 2019

Natal/RN, _____ de _____ de _____

de

de

Médico que solicita o parecer

Dr. Kleidson Bastos
Ortopedia
CRM 4421

PARECER: _____

SC: Volume contusão temporal direita.

40 centos unguis

Dr. Bruno Gols
Neurocirurgião
CRM 5823

20/08/19 12:32
Vigência
Crânio

Natal/RN, _____ de _____ de _____

de

de

Médico que emite o parecer



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Leide Brando de Freitas Idade: _____ Nº Reg.: _____
Serviço: UTI - RPA-I Enfº _____ Leito: 747

AO SERVIÇO: Fonaudiologia

MOTIVO DA CONSULTA: - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

Paciente vítima de atropelamento
com RNC novo por HSDC, tendo sido
suspensado o desmame.
Excluído no 28h e melhora do
nível de consciência e hiperreflexia
devido ao linco e conduta
cardiológica

Natal/RN, 25 de 08 de 19

[Assinatura]
Médico que solicita o parecer
Angélica N. Lima
Médica
CRM-992

PARECER: Paciente avaliada e admitida pela Fonaudiologia.
apresentando disritmia funcional no teste V.O. e
episódios de tosse.
cd. SUE + teste V.O. lig/pant. 3x ao dia.
os. autárgia pl. desmame de SUE.

[Assinatura]
FONOAUDIÓLOGA
CPF 9748/RN
26/10/19

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 06/12/19
MAT. Nº 152-513
SAME
[Assinatura]
ASSINATURA

Natal/RN, _____ de _____ de _____

Médico que emite o parecer

**GOVERNO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL****Identificação**

Enfermaria: nefro Leito: 417/08 UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 16, 08, 19 Alta: _____
Nome: Leodor Araújo de Freitas Naturalidade: São Pedro/RN
Idade: 64 Sexo: () Masculino (X) Feminino Data de Nascimento: 18/07/1952
RG: 644.513 Estado Civil: Solteira Nível de Instrução: E.F. Inc.
Filiação: Pai: João Manoel de Araújo
Mãe: Raimunda Araújo
Endereço: Sítio Lagoa de Fera Cidade: São Pedro - RN.
Telefone: 99440-7502 Sobrinha () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: Niviane Outros telefones: 98719-3885 (irmã)
Composição familiar: Vive com a mãe.
Outras informações: Faz uso de (X) Alcool (X) Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Agricultora Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim
(X) Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs () SAD
Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa _____

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares
() Socorrido em via pública () Outros meios
(X) Encaminhado: Hospital de origem: São Pedro

Crterios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não (X) Sim Qual o motivo? Idoso
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Iram de Araújo
Parentesco: Irmã 3423-7136 Telefone: 98719-3885
Endereço do Responsável: _____

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Paciente admitida aos cuidados da ortopedia. A sobrinha infer-
ma que a idosa não tem filhos, é alcoólica. A sobrinha foi ouien-
tada quanto as normas da unidade, solicitadas as cópias dos do-
cumentos. S. Oliveira

Solidariaty G.O. Patrício de Silva
Assistente Social
CRESS 2509

Saída 20/08/19 seguida a

óbito: Encaminhamento: ITP () SVO () DO () Obs. irmã a parente deu
Alta hospitalar () Transferência () Destino: entrega por acompanhante.
Orientações/Encaminhamentos: Prescrição: RG + CPF + SUS +
Residência.

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergência clínicas, crônicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as
melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

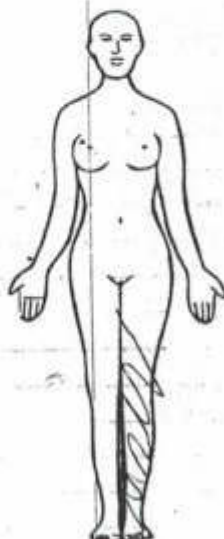
Ofélia Dantas
A-Saup - 916



FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Yeda Araújo de Freitas
DATA DE NASCIMENTO: 18/08/1958 IDADE: 61 anos
REGISTRO: 139422
DATA DE ADMISSÃO: 14/08/2019 HORA: 13:05
ADMISSÃO DO PACIENTE:
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Ortopedia
HIDRATAÇÃO: SIM (X) NÃO () VIA: PERIFÉRICO () ACESSO CENTRAL ()
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE (X) ORIENTADO () VIGIL () AGITADO ()
INCONSCIENTE: ()
ESTADO GERAL: BOM () REGULAR (X) GRAVE ()
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE (X) M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()
ALÉRGICO: SIM () NÃO (X)
DIABÉTICO: SIM () NÃO (X)
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO (X) OUTRAS PATOLOGIAS:
MEDICAÇÕES EM USO: uap
CIRURGIAS ANTERIORES: uap
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM (X) NÃO ()
OBSERVAÇÃO:

ÁREA DE TRICOTOMIA: HORA:
ÁREA DE PUNÇÃO: nao esq. e d. HORA:
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



Lote: 000325 Código: AF35 8 680
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
X C X 4,5 X 200 X T

Fab.: 16/08/2018 Val.: 08/2023
Registro Anvisa N° 80083650026
Material ACO INOX F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 001035 Código: F08 2 209
SISTEMA DE FIXACAO OSSEA
SARTORI - LINEFIX FEMUR T
350 - ESTERIL

Fab.: 12/08/2018 Val.: 08/2023
Registro Anvisa N° 80083650031
Material ACO INOX/ALUMINIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

JALECO N°

Lote: 000195 Código: F08 2 209
SISTEMA DE FIXACAO OSSEA
SARTORI - LINEFIX FEMUR T
350 - ESTERIL

Fab.: 14/08/2018 Val.: 08/2023
Registro Anvisa N° 80083650031
Material ACO INOX/ALUMINIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 000035 Código: AF35 8 680
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
X C X 4,5 X 200 X T

Fab.: 15/08/2018 Val.: 08/2023
Registro Anvisa N° 80083650026
Material ACO INOX F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 06/12/19
MAT N° 152-173
ACESSO CENTRAL

INSTRUMENTADO: Ruth
CIRCULANTE: Rosane Vieira
TIPO DE ANESTESIA: GERAL (X) RAQUI (X) PERIDUAL ()
OBS.:
ANESTESISTA: Dra. Andrea
INÍCIO DE ANESTESIA: 14:00
TÉRMINO DE ANESTESIA:
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO:
HORA:

B. PESSOA LOCAL ()



IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ieda Azeiteiro de Freitas Reg. Nº
Diagnóstico pré-operatório: Furto de joelho (F)
Indicação terapêutica: Traumatismo Urgência () Eletiva () Fechadura

INTERVENÇÃO

Data: 17 AGO, 2019 Início: Término: Duração:

Operador: Kleidson CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador: CRM/CRO:

Anestesista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- 1- Paciente anestesiado
- 2- Ants - sepsis e assepsia
- 3- Aposição de campos estéreis
- 4- Redução Inerente
- 5- Controle com fisioterapia externa
- 6- Cirurgia
- 7- Talas caxo - pedúnculo (D)

08050683 (4) 5821

R\$ 397,15

0702030406 R\$ 648,

0702030805 R\$ 28,00

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

Kleidson Bastos
Ortopedia
CRM 4421



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: IEDS ANAJO DE FREI

Reg. Nº 139122

Diagnóstico pré-operatório: HEMORRAGIA TUMORAL DA DURA

Indicação terapêutica: CRANIOTOMIA DESCOMPRESSION

Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 20/03/19

Início: 17:40

Término: 19:50

Duração: 2h 10m

Operador: DR Bruno Boas

CRM/CRO:

1º Auxiliar: DR GUILHERME LIMA

CRM/CRO:

2º Auxiliar: DR JOÃO BATISTA

CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista:

CRM/CRO:

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL. 06/12/19
MAT. Nº 152485
SAME
CH
ASSINATURA

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- PACIENTE EM DE CUBO SUPINO, CABEÇA EM POSIÇÃO NA ESQUERDA
- TRICOTOMIA, DEBEPURACÃO, ANTISSÉPSIS, ALOSIÇÃO DA CABELA
- INCISÃO EM BECCA, ABERTURA DA FENDA, REVISÃO DA HEMOSTASE
- EXPLORAÇÃO DO TUMOR, EXISTÊNCIA DE BLOQUEIO
- TRAFEGAMENTO EM 4/5/6/7/8/9/10/11/12/13/14/15/16/17/18/19/20/21/22/23/24/25/26/27/28/29/30/31/32/33/34/35/36/37/38/39/40/41/42/43/44/45/46/47/48/49/50/51/52/53/54/55/56/57/58/59/60/61/62/63/64/65/66/67/68/69/70/71/72/73/74/75/76/77/78/79/80/81/82/83/84/85/86/87/88/89/90/91/92/93/94/95/96/97/98/99/100/101/102/103/104/105/106/107/108/109/110/111/112/113/114/115/116/117/118/119/120/121/122/123/124/125/126/127/128/129/130/131/132/133/134/135/136/137/138/139/140/141/142/143/144/145/146/147/148/149/150/151/152/153/154/155/156/157/158/159/160/161/162/163/164/165/166/167/168/169/170/171/172/173/174/175/176/177/178/179/180/181/182/183/184/185/186/187/188/189/190/191/192/193/194/195/196/197/198/199/200/201/202/203/204/205/206/207/208/209/210/211/212/213/214/215/216/217/218/219/220/221/222/223/224/225/226/227/228/229/230/231/232/233/234/235/236/237/238/239/240/241/242/243/244/245/246/247/248/249/250/251/252/253/254/255/256/257/258/259/260/261/262/263/264/265/266/267/268/269/270/271/272/273/274/275/276/277/278/279/280/281/282/283/284/285/286/287/288/289/290/291/292/293/294/295/296/297/298/299/300/301/302/303/304/305/306/307/308/309/310/311/312/313/314/315/316/317/318/319/320/321/322/323/324/325/326/327/328/329/330/331/332/333/334/335/336/337/338/339/340/341/342/343/344/345/346/347/348/349/350/351/352/353/354/355/356/357/358/359/360/361/362/363/364/365/366/367/368/369/370/371/372/373/374/375/376/377/378/379/380/381/382/383/384/385/386/387/388/389/390/391/392/393/394/395/396/397/398/399/400/401/402/403/404/405/406/407/408/409/410/411/412/413/414/415/416/417/418/419/420/421/422/423/424/425/426/427/428/429/430/431/432/433/434/435/436/437/438/439/440/441/442/443/444/445/446/447/448/449/450/451/452/453/454/455/456/457/458/459/460/461/462/463/464/465/466/467/468/469/470/471/472/473/474/475/476/477/478/479/480/481/482/483/484/485/486/487/488/489/490/491/492/493/494/495/496/497/498/499/500/501/502/503/504/505/506/507/508/509/510/511/512/513/514/515/516/517/518/519/520/521/522/523/524/525/526/527/528/529/530/531/532/533/534/535/536/537/538/539/540/541/542/543/544/545/546/547/548/549/550/551/552/553/554/555/556/557/558/559/560/561/562/563/564/565/566/567/568/569/570/571/572/573/574/575/576/577/578/579/580/581/582/583/584/585/586/587/588/589/590/591/592/593/594/595/596/597/598/599/600/601/602/603/604/605/606/607/608/609/610/611/612/613/614/615/616/617/618/619/620/621/622/623/624/625/626/627/628/629/630/631/632/633/634/635/636/637/638/639/640/641/642/643/644/645/646/647/648/649/650/651/652/653/654/655/656/657/658/659/660/661/662/663/664/665/666/667/668/669/670/671/672/673/674/675/676/677/678/679/680/681/682/683/684/685/686/687/688/689/690/691/692/693/694/695/696/697/698/699/700/701/702/703/704/705/706/707/708/709/710/711/712/713/714/715/716/717/718/719/720/721/722/723/724/725/726/727/728/729/730/731/732/733/734/735/736/737/738/739/740/741/742/743/744/745/746/747/748/749/750/751/752/753/754/755/756/757/758/759/760/761/762/763/764/765/766/767/768/769/770/771/772/773/774/775/776/777/778/779/780/781/782/783/784/785/786/787/788/789/790/791/792/793/794/795/796/797/798/799/800/801/802/803/804/805/806/807/808/809/810/811/812/813/814/815/816/817/818/819/820/821/822/823/824/825/826/827/828/829/830/831/832/833/834/835/836/837/838/839/840/841/842/843/844/845/846/847/848/849/850/851/852/853/854/855/856/857/858/859/860/861/862/863/864/865/866/867/868/869/870/871/872/873/874/875/876/877/878/879/880/881/882/883/884/885/886/887/888/889/890/891/892/893/894/895/896/897/898/899/900/901/902/903/904/905/906/907/908/909/910/911/912/913/914/915/916/917/918/919/920/921/922/923/924/925/926/927/928/929/930/931/932/933/934/935/936/937/938/939/940/941/942/943/944/945/946/947/948/949/950/951/952/953/954/955/956/957/958/959/960/961/962/963/964/965/966/967/968/969/970/971/972/973/974/975/976/977/978/979/980/981/982/983/984/985/986/987/988/989/990/991/992/993/994/995/996/997/998/999/1000/1001/1002/1003/1004/1005/1006/1007/1008/1009/1010/1011/1012/1013/1014/1015/1016/1017/1018/1019/1020/1021/1022/1023/1024/1025/1026/1027/1028/1029/1030/1031/1032/1033/1034/1035/1036/1037/1038/1039/1040/1041/1042/1043/1044/1045/1046/1047/1048/1049/1050/1051/1052/1053/1054/1055/1056/1057/1058/1059/1060/1061/1062/1063/1064/1065/1066/1067/1068/1069/1070/1071/1072/1073/1074/1075/1076/1077/1078/1079/1080/1081/1082/1083/1084/1085/1086/1087/1088/1089/1090/1091/1092/1093/1094/1095/1096/1097/1098/1099/1100/1101/1102/1103/1104/1105/1106/1107/1108/1109/1110/1111/1112/1113/1114/1115/1116/1117/1118/1119/1120/1121/1122/1123/1124/1125/1126/1127/1128/1129/1130/1131/1132/1133/1134/1135/1136/1137/1138/1139/1140/1141/1142/1143/1144/1145/1146/1147/1148/1149/1150/1151/1152/1153/1154/1155/1156/1157/1158/1159/1160/1161/1162/1163/1164/1165/1166/1167/1168/1169/1170/1171/1172/1173/1174/1175/1176/1177/1178/1179/1180/1181/1182/1183/1184/1185/1186/1187/1188/1189/1190/1191/1192/1193/1194/1195/1196/1197/1198/1199/1200/1201/1202/1203/1204/1205/1206/1207/1208/1209/1210/1211/1212/1213/1214/1215/1216/1217/1218/1219/1220/1221/1222/1223/1224/1225/1226/1227/1228/1229/1230/1231/1232/1233/1234/1235/1236/1237/1238/1239/1240/1241/1242/1243/1244/1245/1246/1247/1248/1249/1250/1251/1252/1253/1254/1255/1256/1257/1258/1259/1260/1261/1262/1263/1264/1265/1266/1267/1268/1269/1270/1271/1272/1273/1274/1275/1276/1277/1278/1279/1280/1281/1282/1283/1284/1285/1286/1287/1288/1289/1290/1291/1292/1293/1294/1295/1296/1297/1298/1299/1300/1301/1302/1303/1304/1305/1306/1307/1308/1309/1310/1311/1312/1313/1314/1315/1316/1317/1318/1319/1320/1321/1322/1323/1324/1325/1326/1327/1328/1329/1330/1331/1332/1333/1334/1335/1336/1337/1338/1339/1340/1341/1342/1343/1344/1345/1346/1347/1348/1349/1350/1351/1352/1353/1354/1355/1356/1357/1358/1359/1360/1361/1362/1363/1364/1365/1366/1367/1368/1369/1370/1371/1372/1373/1374/1375/1376/1377/1378/1379/1380/1381/1382/1383/1384/1385/1386/1387/1388/1389/1390/1391/1392/1393/1394/1395/1396/1397/1398/1399/1400/1401/1402/1403/1404/1405/1406/1407/1408/1409/1410/1411/1412/1413/1414/1415/1416/1417/1418/1419/1420/1421/1422/1423/1424/1425/1426/1427/1428/1429/1430/1431/1432/1433/1434/1435/1436/1437/1438/1439/1440/1441/1442/1443/1444/1445/1446/1447/1448/1449/1450/1451/1452/1453/1454/1455/1456/1457/1458/1459/1460/1461/1462/1463/1464/1465/1466/1467/1468/1469/1470/1471/1472/1473/1474/1475/1476/1477/1478/1479/1480/1481/1482/1483/1484/1485/1486/1487/1488/1489/1490/1491/1492/1493/1494/1495/1496/1497/1498/1499/1500/1501/1502/1503/1504/1505/1506/1507/1508/1509/1510/1511/1512/1513/1514/1515/1516/1517/1518/1519/1520/1521/1522/1523/1524/1525/1526/1527/1528/1529/1530/1531/1532/1533/1534/1535/1536/1537/1538/1539/1540/1541/1542/1543/1544/1545/1546/1547/1548/1549/1550/1551/1552/1553/1554/1555/1556/1557/1558/1559/1560/1561/1562/1563/1564/1565/1566/1567/1568/1569/1570/1571/1572/1573/1574/1575/1576/1577/1578/1579/1580/1581/1582/1583/1584/1585/1586/1587/1588/1589/1590/1591/1592/1593/1594/1595/1596/1597/1598/1599/1600/1601/1602/1603/1604/1605/1606/1607/1608/1609/1610/1611/1612/1613/1614/1615/1616/1617/1618/1619/1620/1621/1622/1623/1624/1625/1626/1627/1628/1629/1630/1631/1632/1633/1634/1635/1636/1637/1638/1639/1640/1641/1642/1643/1644/1645/1646/1647/1648/1649/1650/1651/1652/1653/1654/1655/1656/1657/1658/1659/1660/1661/1662/1663/1664/1665/1666/1667/1668/1669/1670/1671/1672/1673/1674/1675/1676/1677/1678/1679/1680/1681/1682/1683/1684/1685/1686/1687/1688/1689/1690/1691/1692/1693/1694/1695/1696/1697/1698/1699/1700/1701/1702/1703/1704/1705/1706/1707/1708/1709/1710/1711/1712/1713/1714/1715/1716/1717/1718/1719/1720/1721/1722/1723/1724/1725/1726/1727/1728/1729/1730/1731/1732/1733/1734/1735/1736/1737/1738/1739/1740/1741/1742/1743/1744/1745/1746/1747/1748/1749/1750/1751/1752/1753/1754/1755/1756/1757/1758/1759/1760/1761/1762/1763/1764/1765/1766/1767/1768/1769/1770/1771/1772/1773/1774/1775/1776/1777/1778/1779/1780/1781/1782/1783/1784/1785/1786/1787/1788/1789/1790/1791/1792/1793/1794/1795/1796/1797/1798/1799/1800/1801/1802/1803/1804/1805/1806/1807/1808/1809/1810/1811/1812/1813/1814/1815/1816/1817/1818/1819/1820/1821/1822/1823/1824/1825/1826/1827/1828/1829/1830/1831/1832/1833/1834/1835/1836/1837/1838/1839/1840/1841/1842/1843/1844/1845/1846/1847/1848/1849/1850/1851/1852/1853/1854/1855/1856/1857/1858/1859/1860/1861/1862/1863/1864/1865/1866/1867/1868/1869/1870/1871/1872/1873/1874/1875/1876/1877/1878/1879/1880/1881/1882/1883/1884/1885/1886/1887/1888/1889/1890/1891/1892/1893/1894/1895/1896/1897/1898/1899/1900/1901/1902/1903/1904/1905/1906/1907/1908/1909/1910/1911/1912/1913/1914/1915/1916/1917/1918/1919/1920/1921/1922/1923/1924/1925/1926/1927/1928/1929/1930/1931/1932/1933/1934/1935/1936/1937/1938/1939/1940/1941/1942/1943/1944/1945/1946/1947/1948/1949/1950/1951/1952/1953/1954/1955/1956/1957/1958/1959/1960/1961/1962/1963/1964/1965/1966/1967/1968/1969/1970/1971/1972/1973/1974/1975/1976/1977/1978/1979/1980/1981/1982/1983/1984/1985/1986/1987/1988/1989/1990/1991/1992/1993/1994/1995/1996/1997/1998/1999/2000/2001/2002/2003/2004/2005/2006/2007/2008/2009/2010/2011/2012/2013/2014/2015/2016/2017/2018/2019/2020/2021/2022/2023/2024/2025/2026/2027/2028/2029/2030/2031/2032/2033/2034/2035/2036/2037/2038/2039/2040/2041/2042/2043/2044/2045/2046/2047/2048/2049/2050/2051/2052/2053/2054/2055/2056/2057/2058/2059/2060/2061/2062/2063/2064/2065/2066/2067/2068/2069/2070/2071/2072/2073/2074/2075/2076/2077/2078/2079/2080/2081/2082/2083/2084/2085/2086/2087/2088/2089/2090/2091/2092/2093/2094/2095/2096/2097/2098/2099/2100/2101/2102/2103/2104/2105/2106/2107/2108/2109/2110/2111/2112/2113/2114/2115/2116/2117/2118/2119/2120/2121/2122/2123/2124/2125/2126/2127/2128/2129/2130/2131/2132/2133/2134/2135/2136/2137/2138/2139/2140/2141/2142/2143/2144/2145/2146/2147/2148/2149/2150/2151/2152/2153/2154/2155/2156/2157/2158/2159/2160/2161/2162/2163/2164/2165/2166/2167/2168/2169/2170/2171/2172/2173/2174/2175/2176/2177/2178/2179/2180/2181/2182/2183/2184/2185/2186/2187/2188/2189/2190/2191/2192/2193/2194/2195/2196/2197/2198/2199/2200/2201/2202/2203/2204/2205/2206/2207/2208/2209/2210/2211/2212/2213/2214/2215/2216/2217/2218/2219/2220/2221/2222/2223/2224/2225/2226/2227/2228/2229/2230/2231/2232/2233/2234/2235/2236/2237/2238/2239/2240/2241/2242/2243/2244/2245/2246/2247/2248/2249/2250/2251/2252/2253/2254/2255/2256/2257/2258/2259/2260/2261/2262/2263/2264/2265/2266/2267/2268/2269/2270/2271/2272/2273/2274/2275/2276/2277/2278/2279/2280/2281/2282/2283/2284/2285/2286/2287/2288/2289/2290/2291/2292/2293/2294/2295/2296/2297/2298/2299/2300/2301/2302/2303/2304/2305/2306/2307/2308/2309/2310/2311/2312/2313/2314/2315/2316/2317/2318/2319/2320/2321/2322/2323/2324/2325/2326/2327/2328/2329/2330/2331/2332/2333/2334/2335/2336/2337/2338/2339/2340/2341/2342/2343/2344/2345/2346/2347/2348/2349/2350/2351/2352/2353/2354/2355/2356/2357/2358/2359/2360/2361/2362/2363/2364/2365/2366/2367/2368/2369/2370/2371/2372/2373/2374/2375/2376/2377/2378/2379/2380/2381/2382/2383/2384/2385/2386/2387/2388/2389/2390/2391/2392/2393/2394/2395/2396/2397/2398/2399/2400/2401/2402/2403/2404/2405/2406/2407/2408/2409/2410/2411/2412/2413/2414/2415/2416/2417/2418/2419/2420/2421/2422/2423/2424/2425/2426/2427/2428/2429/2430/2431/2432/2433/2434/2435/2436/2437/2438/2439/2440/2441/2442/2443/2444/2445/2446/2447/2448/2449/2450/2451/2452/2453/2454/2455/2456/2457/2458



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RECEITUÁRIO

NOME: Isela Araújo de F. Costa MATRÍCULA: _____

Declaro aos fins necessários
que a paciente encontra-
-se internada neste
hospital p. tratamento
de fraturas de membros
inferiores e hemorragia
digestiva alta. Não
tem necessidade de alta
hospitalar.

CID: 582, K92

DATA 20/08/19

MÉDICO - CRM

Dr. Kleidson Bastos
Ortopedia
CRM 4421

FUMAR FAZ MAL À SAÚDE - USE CINTO DE SEGURANÇA
PILOTE SEMPRE COM CAPACETE - NÃO BEBA AO DIRIGIR
ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



Secretaria de Saúde Pública
Hospital Deoclécio M. Lucena

RECEITUÁRIO MÉDICO

P/ Ieda A. de
Freitas.

Solicito:

Fisioterapia
Materna
(20 sessões)

HD: Freitas
de 14 anos (D) e
Filato Tibério (D)

21/11/19.

Dr. [illegible]
OAB: [illegible]
CRM: [illegible]

Hospital Decicléio M. Lucena
H+DAL
Parnamirim / RN

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

☒ Sistema de Regulação
☒ NMR / HDML
☒ AUTORIZADO

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 1432

BOLETIM DE REGISTRO

NOME: TERESA ADRIANO DE FREITAS

IDADE: 10/07/90 COR: morena SEXO: mulher ESTADO CIVIL: solteira

NATURALIDADE: São Paulo PROFISSÃO: desempregada PROCEDÊNCIA: _____

ENDEREÇO: R. Sifina Fabra 704-1 BAIRRO: 2.º Prd. Distrito

CIDADE: São Paulo DATA: 09/09/019 HORA: 15-59

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ COMATOSO

CONDICÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

CONDICÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	COM DISPNEIA <input type="checkbox"/>	CHOCADO <input type="checkbox"/>	COMATOSO <input type="checkbox"/>
C/ HEMORRAGIA <input type="checkbox"/>	EM CONVULSÃO <input type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO <input type="checkbox"/>	AGITADO <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>
		NÃO <input type="checkbox"/>		

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐☐ NÃO

ALEGA AC
PUPILAS,

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

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

TEMP.

RESPIRAÇÃO

PULSO

T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (LESÃO)
 Paciente
 DE PONTA

Con
ESD

FRATURA

~~Josivan F. Nunes
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RN 5763~~

EXAME FÍSICO

INTERNAL DESK
NUMBER OF COPIES
EXAMINED: 01/12/04

Mat. 4692-4

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS						
HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

Josivan F. Nui.
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM-RN 5763

Josivan E. Nunez
Ortopedia / Traumatología
CRM-RM 5763

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PÁCIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

CONDUTA

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <u>Ortopedia</u>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/>
ENTREGUE A FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

MÉDICO (Carimbo)

1
JOSIVAN F. NUNES
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RN 5783
CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

IEDA ARAUJO DE FREITAS

6- NUMERO DO PRONTUARIO

167458

7- CARTÃO NACIONAL SUS

706 7015 5050 2910

8- DATA DE NASCIMENTO

19/07/1958

9- SEXO

#REF!

10- RAÇA/COR

#REF!

11- NOME DA MÃE

RAIMUNDA ARAUJO

12- TELEFONE DE CONTATO

994407502

13- NOME DO RESPONSÁVEL

IRANIR DE ARAUJO

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

SITIO LAGOA DE FORA

16- MUNICÍPIO

SAO PEDRO

17- BAIRRO

ZONA RURAL

18- UF

RN

19- CEP

59480000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM FRATURA
DE PERNA (ESQ.)

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

RX - FÊMUR ESQ. Y

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

FRAT. TIBIA (ESQ.)

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

OSTEOPEDINIA TIBIA (E)

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

ORTOPEDIA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

() CNS () CPF

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JOSILAN F. RUIZ

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

36- () AC. TRANSITO

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

38- () AC. TRABALHO TRAJETO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CHAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- CÓD. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

IRDM/SESAP
CONFERÊNCIA DE REGISTRO
Paciente: R. J. A. 014
Dr. Mat. de A. 11

Paciente: 139422 - IEDA ARAUJO DE FREITAS

FIA: 4-7691/2019

Idade: 61 ano(s) 1 mes(es) e 18 dia(s)

Prescrição Nº: 20

Hospital / Unidade: WG - 2 ANDAR

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1187967

Peso:

Data Internação: 16/08/2019 22:22

Início Validade: 05/09/2019 08:52 até 06/09/2019 18:52

Quarto / Leito: 1 - 202

Médico Resp.: 237-MAURO CARNEIRO CALHAU

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

05/09/2019 08:53:22 - EVOLUINDO SEM INTERCORRENCIAS.

EM BOM ESTADO GERAL.

FO CICATRIZADA.

ECG: 15. HEMIPARESIA ESQUERDA

TC 04/09: BOM RESULTADO CIRURGICO. ARÉAS DE CONTUSÃO RESIDUAL EM ABSORÇÃO AVANÇADA.

CD: ALTA NCR. PARECER PARA SEGUIMENTO AMBULATORIA. PARECER PARA ORTOPEDIA ASSUMIR O CASO.

Retirar pontos

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

1 - BRANDA PADRAO

Nutrição

3h/3h

08:52 11:52 14:52 17:52

20:52 23:52 02:52 05:52

08:52 11:52 14:52 17:52

MEDICAMENTO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

2 - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML
SIST. F

1

BOLS

IV

6h/6h

12 18 00 06 12 18

3 - FENITOINA 50MG/ML 5 ML

2

ML

IV

8h/8h

14 22 06 14 22

Obs.: fazer LENTO

Diluição: 18ml SF0,9%

4 - RANITIDINA 25MG/ML - 2 ML

1

AMP

IV

8h/8h

14 22 06 14 22

Diluição: 18ml SF0,9%

5 - TRAMADOL 50MG/ML - 2ML

1

AMP

IV

8h/8h

3 N

S/N sn

Diluição: 100ml SF0,9%

6 - ONDANSETRONA 2 MG/ML - 4 ML

1

AMP

IV

8h/8h

3 N

S/N se náuseas ou vômitos

Diluição: 20ml SF0,9%

7 - DÍPIRONA SÓDICA 500MG/ML 2 ML

1

AMP

IV

8h/8h

3 N 18

S/N dor ou febre

Diluição: 8ml SF0,9%

CUIDADOS

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

8 - PARECER

CONTÍNUO

08:52 08:52

Obs.: ORTOPEDI

9 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

6h/6h

08:52 14:52 20:52 02:52

08:52 14:52

06 12 18

10 - HIGIENE ORAL

3X

14 20 06 14

Obs.: COM CLOREXIDINA 0,12%

SERVIÇO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

11 - FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA

3

Retirar pontos

Mh

RAFAEL DE ALBUQUERQUE BARBOSA

CRM-8715/RN



PEDIDO DE PARECER

033 I
L=03

Unidade Solicitante: _____ Município: _____

Paciente: EDS ARAUJO DE LIMA Prontuário: _____

Motivo da Consulta: E.C.G. com Risco CIRURGICO

REC
PS
MED

OTC CANS
DECO

Médico

CRM

Data

Encaminhado à especialidade: CARDIOLOGISTA

Consulta marcada para a Unidade: _____ Município: _____

Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia _____/_____/_____ 13/09/14

RESPOSTA DE PARECER

NO C.C.

Unidade Solicitante: _____ Município: _____

Paciente: EDS ARAUJO / 61 ANOS Prontuário: _____

(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)

Fx TIDM

ANTES DO ACIDENTE TINHA
AUTISMO PLEN, TUBERCULO
NO CORP.

API: TABAGISTA

DESCOHECE HASIOM
DESCOHECE QUALQUER DENG

ECO: NORMAL
PA: 130x80 AC: PER 25/5
Hb: 126 PLQ: 350000 Glc:
UN: 23 U: 0,6 TAP: 87%

RISCO MODERADO PL EVENTOS

Diagnóstico: cardíaco

SUGIRO MANTER ALEXIA MAFIETOS
ECO NOS RISO CONHE-INDICAR O RISO

Médico

CRM

Data

Retornar à clínica solicitante: _____ Unidade _____

Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia _____/_____/_____ 20/09/14

Hospital

Nº prontuário

Nome do paciente

LEDA ARZUO DE FREITAS

Data operação

30/09/19

Enf.

Leito

Operador

MARCELO MOREIRA

1º auxiliar

LEONARDO MAGALHÃES

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

RIKA

Anestesista

IGOR

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

FRATURA DE PERNA DIREITA

Tipo de operação

TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXAÇÃO INTERNA

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

PARIENTE SOB ANESTESIA ASSEPSIA
CAMPOS INENSÃO, DISSECARÃO, RESUÇÃO PLACA
COM OS FURIOS, 107 PARAFUSOS CORTEIS,
SUTURADO POR TRAÇOS, CURETILHO

<input checked="" type="checkbox"/>	CIRURGIAS MÚLTIPLAS
<input checked="" type="checkbox"/>	(8415010012)
<input checked="" type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO
<input checked="" type="checkbox"/>	(8415030013)
<input checked="" type="checkbox"/>	PROC. CLÍNICO
<input checked="" type="checkbox"/>	PROC. CIRURGICO
<input checked="" type="checkbox"/>	0408050551
<input checked="" type="checkbox"/>	SBO. 225225
<input checked="" type="checkbox"/>	GBD. 225270
<input checked="" type="checkbox"/>	DIAS
<input checked="" type="checkbox"/>	CID S - 821

Dr. Carlos Magalhães F. do Carmo
Ortopedista - Traumatologista
Perito em Traumatologia
CRM 2198 - JEOT 5981
CPF: 188.304.894-47

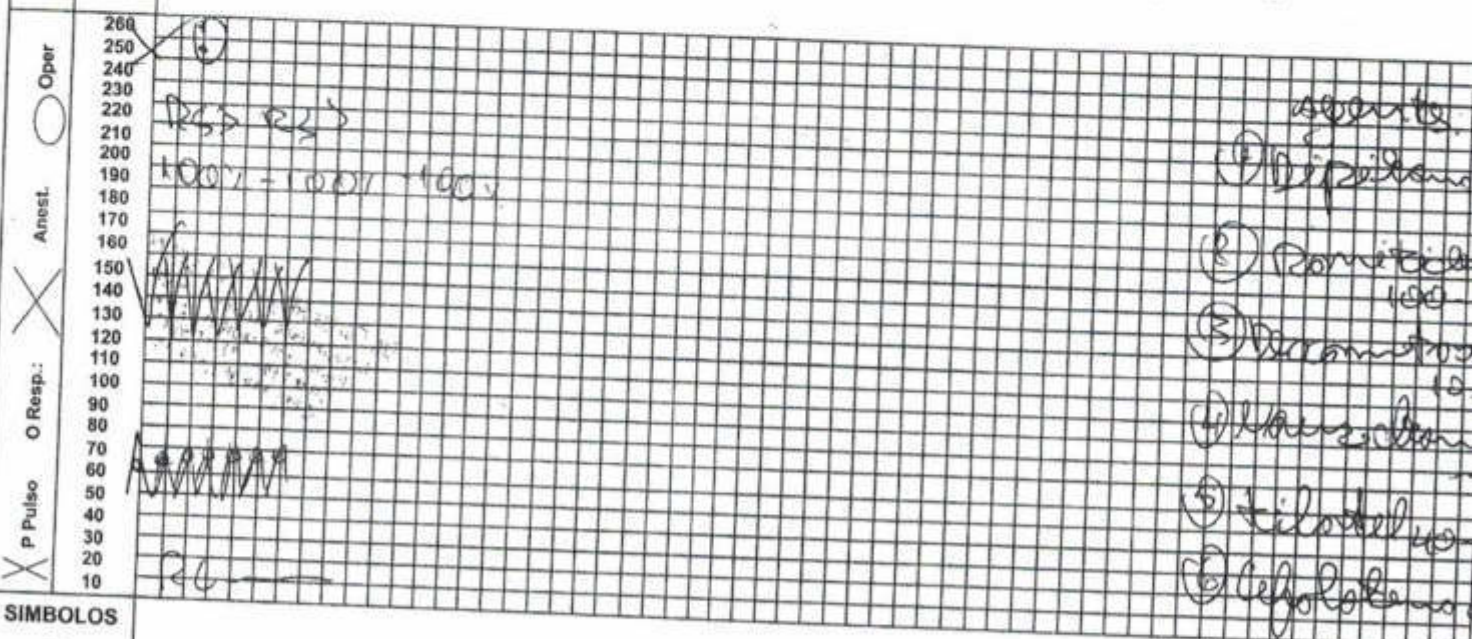
BRDML / SESAP
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL
Pelo médico: 04/12/2019

via: 869214

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria		Leito		Nº prontuário	
Nome <i>Teodor Stoeizo de Figueira</i>				Idade <i>61</i>		Sexo <i>M</i>		Cor	
Data <i>30/09/2019</i>	Pressão arterial <i>130x80 mmHg</i>	Pulso <i>64 bpm</i>	Respiração		Temperatura	Peso	Outros		
Tipo sanguíneo	Hematomas	Hemoglobina	Hematócrito		Glicemia	Uréia			
	Urina								
Ap. respiratório						Asma		Bronquite	
Ap. circulatório						Eletrocardiograma			
Ap. digestivo						Dentes		Pescoço	
Estado mental <i>Lotado, vígil</i>						Ataracicos		Corticoides	
Diagnóstico pré-operatório						Alergia <i>Não</i>		Hipotensores	
Anestesias anteriores <i>1ª de tórax (D)</i>						Estado físico <i>ASA II</i>		Risco	
Medicação pré-anestésica						Aplicada às		Efeito	

Agentes Anestésicos	Líquidos
<i>Midazolam 0.2 mg</i>	
<i>Propofol 50 mg</i>	
<i>O₂ - 3 L/min</i>	
	<i>ASA II</i>
	<i>Respiração</i>
	<i>Filantol 20 mg</i>
	<i>Morfina 80 mg</i>



SIMBOLOS	
E	
ANOTAÇÕES	
POSIÇÃO	

Agentes	
Técnica	<i>ASA II, RSAC PML L/L, C1A 27 Gw, Lippes (D, Lippes)</i>
Operação	<i>445 Coleção de f. e de tórax (D)</i>
Cirurgiões	<i>Morcelo Noleto e Carlos</i>
Anestesiistas	<i>Teodor Figueira</i>
Observações	<i>Teodor Figueira</i>

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: LEDA ARAÚJO DE FREITAS Idade: 61 D/N: 19/07/1958
Pront.: 167458 Município: SÃO PEDRO Procedência: Interno () Externo
Data da cirurgia: 30/09/19 Hora Admissão: Bloco: 08:20 Sala: 07-50 Hora Saída: 11:00 Peso:
Alergias: Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras
Uso de medicações: Não () Sim Jejum: () Não () Sim
SSW Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm FL: rpm FC: bpm SpO₂: % T: °C

Enfermeiro(a): LUCIANA Instrumentador (a): RITA Circulante: AUGUSTO

Cirurgia: III CIRÚRGICO TIRIA DIA Especialidade: ORT Sala: 01
Hora Início: 10:15 Hora Término: Tipo de cirurgia: 4 Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: MARCELO M. S. SILVA 2º: CARLOS M. M. S. Residente:

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: () Bloqueio () Raquidiana Ag. n.º 27 () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag. n.º Cateter n.º Início: 09:50 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: 10:00 Término: 10:45
Anestesiologista: DR. L. G. S.

NEUROMUSCULAR

<input checked="" type="checkbox"/>	Consciente
<input checked="" type="checkbox"/>	Letárgico
<input checked="" type="checkbox"/>	Coma
<input checked="" type="checkbox"/>	Orientado
<input checked="" type="checkbox"/>	Desorientado
<input checked="" type="checkbox"/>	Sedado
<input checked="" type="checkbox"/>	Ansioso
<input checked="" type="checkbox"/>	Deambula
<input checked="" type="checkbox"/>	V/ dificuldade
<input checked="" type="checkbox"/>	Acamado
<input checked="" type="checkbox"/>	Paraplégico
<input checked="" type="checkbox"/>	Tetraplégico
<input checked="" type="checkbox"/>	Amputações

PELE/HIGIENE

<input checked="" type="checkbox"/>	Normocorada
<input checked="" type="checkbox"/>	Hipocorada
<input checked="" type="checkbox"/>	Cianótica
<input checked="" type="checkbox"/>	Ictérica
<input checked="" type="checkbox"/>	Desidratada
<input checked="" type="checkbox"/>	Íntegra
<input checked="" type="checkbox"/>	C/lesões
<input checked="" type="checkbox"/>	Sudorese
<input checked="" type="checkbox"/>	Cicatriz cirúrgica
<input checked="" type="checkbox"/>	Higiene Satisfatória
<input checked="" type="checkbox"/>	Higiene deficiente
<input checked="" type="checkbox"/>	Manchas
<input checked="" type="checkbox"/>	S/Tricotomia

CARDIOVASCULAR/
RESPIRATÓRIO

<input checked="" type="checkbox"/>	Normotenso
<input checked="" type="checkbox"/>	Hipotensão
<input checked="" type="checkbox"/>	Hipertensão
<input checked="" type="checkbox"/>	Normocárdico
<input checked="" type="checkbox"/>	Bradicardia
<input checked="" type="checkbox"/>	Taquicardia
<input checked="" type="checkbox"/>	Choque
<input checked="" type="checkbox"/>	Normoesfígmico
<input checked="" type="checkbox"/>	Eupnéia
<input checked="" type="checkbox"/>	Dispnéia
<input checked="" type="checkbox"/>	Dispositivo O ₂

DISPOSITIVOS

<input checked="" type="checkbox"/>	Jelco
<input checked="" type="checkbox"/>	Acesso V. Central
<input checked="" type="checkbox"/>	Cat. Diálise
<input checked="" type="checkbox"/>	Fístula
<input checked="" type="checkbox"/>	Arteriovenosa
<input checked="" type="checkbox"/>	SNG
<input checked="" type="checkbox"/>	SVD
<input checked="" type="checkbox"/>	Colostomia
<input checked="" type="checkbox"/>	Cistostomia
<input checked="" type="checkbox"/>	Dreno:
<input checked="" type="checkbox"/>	Aparelho gessado
<input checked="" type="checkbox"/>	Tração
<input checked="" type="checkbox"/>	Talas

MONITORIZAÇÃO

<input checked="" type="checkbox"/>	ECG
<input checked="" type="checkbox"/>	Oximetria
<input checked="" type="checkbox"/>	Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/>	PA
<input checked="" type="checkbox"/>	Estimul. Nervo
<input checked="" type="checkbox"/>	Diprifusor
<input checked="" type="checkbox"/>	BIC
<input checked="" type="checkbox"/>	Desfibrilador

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	69	70	60	Bpm
Pulso	69	70	60	Bpm
Oximetria	100%	97%	100%	%
Capnografia	135/51	124/41	135/51	%
PA	135/51	124/41	135/51	mmHg

ACESSO VENOSO

<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Venosa Periférica
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Venosa Central
<input checked="" type="checkbox"/>	Dissecção venosa

Local:

Cateter:

SONDAGEM GÁSTRICA

SNG n.º

Retorno:

CATETERISMO VESICAL

SVF n.º

SVA n.º

Diurese:

Profissional responsável:

EXAMES SOLICITADOS

☒ Gasometria

POSIÇÃO

<input checked="" type="checkbox"/>	Dorsal
<input checked="" type="checkbox"/>	Ventral
<input checked="" type="checkbox"/>	Lateral
<input checked="" type="checkbox"/>	Litotômica
<input checked="" type="checkbox"/>	Trendlemburg
<input checked="" type="checkbox"/>	Canivete
<input checked="" type="checkbox"/>	Proclive

COXIM

<input checked="" type="checkbox"/>	Cabeça
<input checked="" type="checkbox"/>	Pescoço
<input checked="" type="checkbox"/>	Tórax
<input checked="" type="checkbox"/>	Lombar

MMSS

<input checked="" type="checkbox"/>	Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/>	Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/>	Fletidos
<input checked="" type="checkbox"/>	MMII
<input checked="" type="checkbox"/>	Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/>	Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/>	Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

☒ Sim () Não ☒ Metal () Descartável

Local: DORSO DIA

DEGERMAÇÃO

☒ Sim () Não

Local: MD

Solução: CLOR

TRICOTOMIA

() Sim ☒ Não

Local:

IMPLANTE CIRÚRGICO

Drenos:

Tela:

Cateter:

Ostomia:

Fio de KC:

Placa - Tipo: DLP 8 Furos ESTREITA + PM

Outros:

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

() Hemoconcentrado _____ Unid. () Plasma _____ Unid. () Plaquetas _____ Unid.
() Albumina _____ Unid. () Expansor plasmático _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: 1000 ml () Soro Ringer Simples: 500 ml () Soro Ringer Lactato: _____ ml
() Soro Glicosado: _____ ml Quantidade total de volume administrado: _____

ANATOMO PATOLÓGICO

() Não () Sim Peça: _____
Swab para cultura: _____ Peça para sepultamento: () Não () Sim
Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: () limpo () c/ exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros:

INTERCORRÊNCIAS: pac sus. metor. a um. cirurg. a
taxia dir. em estado de pânico de pânico de pânico
ROT @ parafuso

Ass: Lucas Coren: 29724

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () O₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: _____
Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: CKD

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: 11:00 Data: 30/07/12 Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ () O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não () Sim Tipo: AVP Local: _____ Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC

Relate:

SINAIS VITAIS

Líquidos administrados na URPA:

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	—	61	—	—	97	20
30'	—	64	—	—	96	20
60'	—	62	—	—	96	20
Alta	—	75	—	—	98	20

Soro glicosado: _____ ml
Soro Fisiológico: _____ ml
Ringer: _____ ml
Irrigação vesical contínua: _____ ml

Medicações administradas URPA:

Eliminações:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura	Recebido da SO	Desprezado URPA	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: A ce. ostomia I e rio
x, consciente, orientada (algo),
me O₂ ambiente

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome <u>TEOA DAVID DE FREITAS</u>				Idade		Sexo	Cor
Data <u>27.09.19</u>	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros	
Tipo sanguíneo	Hematomas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia		
	Urina						
Ap. respiratório				Asma		Bronquite	
Ap. circulatório				Eletrocardiograma			
Ap. digestivo				Dentes	Pescoço	Ap. urinário	
Estado mental				Atarácicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório				Estado físico		Risco	
Anestesias anteriores							
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito		

Agentes Anestésicos	
Líquidos	
Oper	
Anest.	
O Resp.	
P Pulso	
260	
250	
240	
230	
220	
210	
200	
190	
180	
170	
160	
150	
140	
130	
120	
110	
100	
90	
80	
70	
60	
50	
40	
30	
20	
10	

Monitorização com ec os R/L/b DNE

SÍMBOLOS

E

ANOTAÇÕES

POSIÇÃO

Agentes

Técnica

Operação

Cirurgiões

Anestesiistas

Observações

Notar no verso as complicações...

Leonardo Barros
Coordenador HRDM
Matrícula 194 270-0

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Jeda Araújo de Freitas Idade: 19 D/N: 07/1958
Pront.: 167458 Município: São Pedro Procedência: ☒ Interno () Externo
Data da cirurgia: 25/09/19 Hora Admissão: Bloco: Sala: : Hora Saída: : Peso: :
Alergias: ☒ Não () Sim Nega Comorbidades: () HAS () DM () Outras Nega
Uso de medicações: () Não () Sim Nega Jejum: () Não () Sim
SSW Admissão: PA: : mmHg Pulso: : bpm FL: : rpm FC: : bpm SpO₂: : % T: : °C

Enfermeiro(a): Lidiane Instrumentador (a): Fernanda C Circulante: Cynthia

Cirurgia: III. Cir. de fix. de Placa de Tibial E. Especialidade: Ortopedia Sala: 03
Hora Início: 08:50 Hora Término: 09:30 Tipo de cirurgia: ☒ Eletiva () Urgência ☒ Limpa () Contaminada () Infectada

1º Cirurgião: Dr. Alípio Aux.: Dr. Ricardo E. Residente: :

Anestesia: () Local ☒ Sedação () Geral TOT: : () Bloqueio ☒ Raquidiana Ag.º 25 () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag.º : Cateter nº : Início: 08:30 Garrote: ☒ Smarch () Pneumático Início: 08:30 Término: 09:33

Anestesiologista: Leonardo

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco <u>MSE</u>	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input checked="" type="checkbox"/> Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input checked="" type="checkbox"/> Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Fistula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input checked="" type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input checked="" type="checkbox"/> Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input checked="" type="checkbox"/> Diprifusor
<input checked="" type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input checked="" type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador
<input checked="" type="checkbox"/> t/ dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	
<input checked="" type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Dispneia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:	
<input checked="" type="checkbox"/> Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input checked="" type="checkbox"/> Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas		<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
<input checked="" type="checkbox"/> Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>71</u>	<u>74</u>	<u>72</u>	Bpm
Pulso	<u>70</u>	<u>73</u>	<u>73</u>	Bpm
Oximetria	<u>94%</u>	<u>95%</u>	<u>97%</u>	%
Capnografia	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	%
PA	<u>144/69</u>	<u>78/36</u>	<u>81/35</u>	mmHg

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> Pescoço	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos
<input checked="" type="checkbox"/> Litotômica	<input checked="" type="checkbox"/> Lombar	<input checked="" type="checkbox"/> MMII
<input checked="" type="checkbox"/> Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Canivete		<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Proclive		<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos

ACESSO VENOSO
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Central
<input checked="" type="checkbox"/> Dissecção venosa
Local: <u>MSE</u>
Cateter: <u>nº 20</u>

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não <input checked="" type="checkbox"/> Metal () Descartável
Local: <u>Dorsal direita</u>
DEGERMAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não
Local: <u>MSE</u> Solução: <u>clor. de g.</u>
TRICOTOMIA
() Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

SONDAGEM GÁSTRICA
<input checked="" type="checkbox"/> SNG nº <u>:</u>
Retorno: <u>:</u>
CATETERISMO VESICAL
<input checked="" type="checkbox"/> SVF nº <u>:</u> <input checked="" type="checkbox"/> SVAnº <u>:</u>
Diurese: <u>:</u>
Profissional responsável: <u>:</u>

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos: <u>:</u>
Tela: <u>:</u>
Cateter: <u>:</u>
Ostomia: <u>:</u>
Fio de KC: <u>:</u>
Placa - Tipo: <u>MT 3 Juros.</u>
Outros: <u>:</u>

EXAMES SOLICITADOS

IMPLANTE CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

() Hemoconcentrado _____ Unid. () Plasma _____ Unid. () Plaquetas _____ Unid.
() Albumina _____ Unid. () Expansor plasmático _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: _____ ml () Soro Ringer Simples: _____ ml
() Soro Glicosado: _____ ml () Soro Ringer Lactato: _____ ml
Quantidade total de volume administrado: _____

ANATOMO PATOLÓGICO

☒ Não () Sim Peça: _____
Swab para cultura: _____ Peça para sepultamento: ☒ Não () Sim
Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: ☒ Limpo () exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros:

INTERCORRÊNCIAS: Paciente estável procedimento realizado com sucesso e sem intercorrências.

Ass: _____ Coren: _____

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: ☒ Consciente () Inconsciente () Narcoze () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () O₂ ambiente Curativo: ☒ Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro:
Diurese: ☒ Espontânea ☒ Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: CRO.

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: 09:51 Data: 25/09/19 Nível de consciência: () Acordado ☒ Sonolento () Narcoze () Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ ☒ O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal ☒ Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: ☒ Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não ☒ Sim Tipo: AP Local: MBE Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique:
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: ☒ Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: ☒ ECG ☒ Oxímetro () PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC

Relate:

SINAIS VITAIS

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão		60			97%	
30'		53			100%	
60'		56			100%	
Alta						

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: _____ ml
Soro Fisiológico: _____ ml
Ringer: _____ ml
Irrigação vesical contínua: _____ ml

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

Paciente encaminhada para clínica odontológica acompanhada pelo enfermeiro, após liberação do anestésico, Dr. Leonardo, às 11:36. Sem intercorrências.

167458



Hospital		Nº prontuário	
Nome do paciente IEDA ARAUJO DE FREITAS			
Data operação	Enf.	Leito	Enferm. ARAUJO
Operador PESSO JACOB	1º auxiliar	Instrumentador ROMA	
2º auxiliar LUIZA	3º auxiliar	Tipo de anestesia	
Anestesista			
Diagnóstico pré-operatório FRATURAS DE PÉRSUA + LESÃO LIGAMENTAR			
Tipo de operação EM SOCUHO ESQUERDO			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

PACIENTE SOB ANESTESIA AUSEPSIA
CAUAS, TOLGADO AS COVERGOS, RETIRADO
HASTES, RETIRADO PINOS DE SCHWITS. CURATIVO
TALA TINO CILINDRO

<input type="checkbox"/>	QUIRURGIA MULTIPLAS
<input type="checkbox"/>	(415010012)
<input type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO
<input type="checkbox"/>	(415030013)
<input type="checkbox"/>	PROC. CLINICO
<input type="checkbox"/>	PROC. CIRURGICO
<input checked="" type="checkbox"/>	040806036
<input type="checkbox"/>	NBO. 225225
<input checked="" type="checkbox"/>	CBO. 225270
<input type="checkbox"/>	2 DIAS
<input type="checkbox"/>	CID T-131

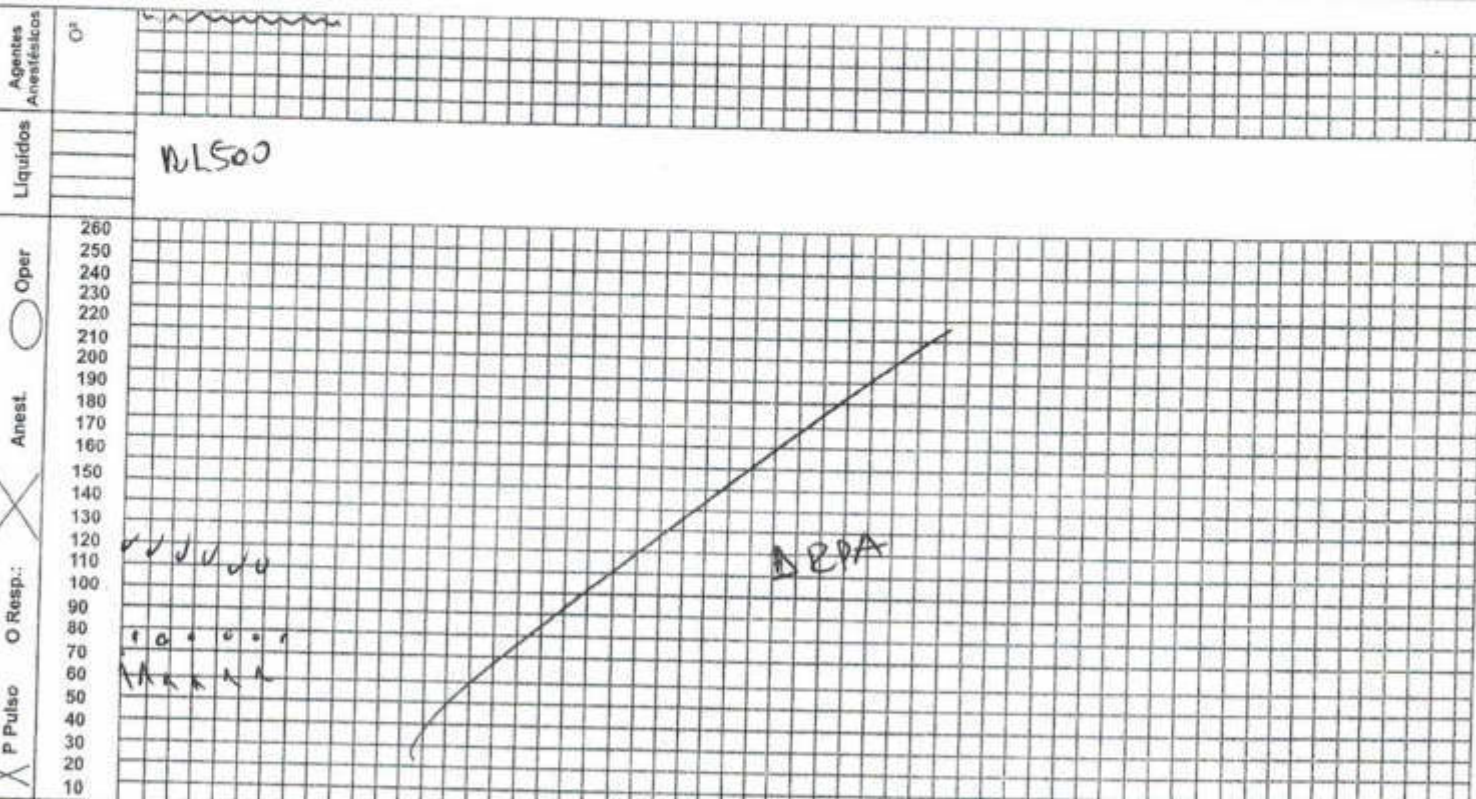
Dr. Carlos Magno P. do Carmo
Ortopedista - Traumatologista
Ponto em: Traumatologia
CRM 2106 - TEOT 5981
CPF: 188.304.864-14

NRDML / SESAP
CONFERI C/O ORIGINAL
Parnamirim-RN, 04/12/04

Mat 96924

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital Delecio H. Lucena				Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome Ieda Araújo de Freitas				Idade		Sexo	Cor
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros	
Tipo sanguíneo	Hematias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Urêa		
	Urina						
Ap. respiratório					Asma		Bronquite
Ap. circulatório					Eletrocardiograma		
Ap. digestivo			Dentes	Pescoço	Ap. urinário		
Estado mental			Atarácicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório Retenção de material de síntese					Estado físico		Risco
Anestésias anteriores							
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito		



SIMBOLOS	Avaliação pré-anest		Venoclin prévia
E	Cheio sala op		Sedação
ANOTAÇÕES	monitorização	Propofol 50mg	
POSIÇÃO			
Agentes	Propofol		
Técnica	Sedação		
Operação			
Cirurgiões			
Anestésistas			
Observações			

Dr. Panosso Macedo
Anestesiologista



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

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

2- CNES

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515168

Identificação do Paciente

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

167458

5- PACIENTE

IEDA ARAUJO DE FREITAS

10- RAÇA/COR

#REF1

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

706 7015 5050 2910

8- DATA DE NASCIMENTO

19/07/1958

9- SEXO

#REF1

12- TELEFONE DE CONTATO

994407502

14- TELEFONE DE CONTATO

11- NOME DA MÃE

RAIMUNDA ARAUJO

13- NOME DO RESPONSÁVEL

IRANIR DE ARAUJO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

SITIO LAGOA DE FORA

16- MUNICÍPIO

SAO PEDRO

17- BAIRRO

ZONA RURAL

18- UF

RN

19- CEP

59480000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com fratura
de PERNA (ESQ)

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FRATURA

(S)

S. 22

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

OSTEOSINTESE TIBIAL (A)

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

36- () AC. TRANSITO

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

38- () AC. TRABALHO TRAJETO

39- CNPJ DA SEGURADORA

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CHAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- CGO. ÓRGÃO EMISSOR

48- DOCUMENTO

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Paulo Ney Ometin Guedes
CPF: 242.541.724-72
COREN 18.269

HRDML / SESAP



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA



Paciente: IEDA ARAUJO DE FREITAS
Data: 20/09/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TÉCNICA:

Os cortes obtidos no plano axial, sem a administração EV do meio de contraste iodado, mostram:

RELATÓRIO:

Sinais de craniectomia fronto-temporo-parietal direita.

Lesão hipodensa leuco-cortical frontal inferior e temporal á direita, com efeito atrófico, caracterizado por acentuação dos sulcos entre os giros acometidos e do ventrículo lateral correspondente, compatível com área de encefalomalácia.

Não há evidências de lesões parenquimatosas agudas.

Restante do sistema ventricular de situação, morfologia e dimensões normais.

Não há evidencia de processos expansivos acima ou abaixo do tentório.

O parênquima encefálico esquerdo apresenta coeficientes de atenuação normais.

Demais sulcos corticais, fissuras e cisternas de aspecto normal para a faixa etária.

Laudado gerado: 20/09/2019 18:46. Para baixar uma cópia, acesse <https://validar.wbtsrad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: Ezrobiky.

Laudado Por:

THADEU ALEXANDRE PAULINO DE SOUSA
CRM-RN 5447 / RADIOLOGISTA

Validação



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **139422 IEDA ARAUJO DE FREITAS**
CNS: 706701550502910 Nascimento: 18/07/1958 Sexo: Feminino
Mãe: RAIMUNDA ARAUJO Pai:
Endereço: SÍTIO LAGOA DE FORA, 1 - AREA RURAL - SAO PEDRO
Município: SAO PEDRO Código Municipal IBGE: 241270 UF: RN

Prontuário:
Cor: PARDA
94407502
Fone: 32542127 /
CEP: 59480-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 21512 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

DE EDEMA + DEFORMIDADE NA PERNA DIREITA + JOELHO ESQUERDO
FLEXÃO DE TIBIA E FIBULA DIREITA + FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO (MEDIAL/SUBLUZAÇÃO)

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CONTROLE DE DANOS / FIXADOR EXTERNO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.1 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA*408050551. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

PLATO TIBIAL, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Obesidade ☐ Faz Antibioticoterapia ☐ Lesão por pressão ☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

MAURO CARNEIRO CALHAU

CRM: 3063 / RN

Data da Solicitação 16/08/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: Nº do bilhete: Série:

() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:

() Acidente de Trabalho Trajetória

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: Órgão Emissor:

Número da Autorização:

Data da Autorização: Assinatura/Carimbo:

ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO

DADOS DO PACIENTE:

NOME: IEDA ARAÚJO

SEXO: F

DATA DO EXAME: 19/09/19

Peso: 45 kg Altura: 1,55m

MEDIDAS E CÁLCULOS:

Seio aórtico: 32mm (VN: 27 a 35mm)

Átrio esquerdo: 32mm (VN: 27 a 38mm)

Diâmetro diastólico do VD (basal): 30mm (VN: 25 a 41 mm)

Diâmetro diastólico do VE: 43mm (VN: 38 a 52 mm)

Diâmetro sistólico do VE: 29mm

Septo: 07 mm (VN: 6 a 9mm)

Parede posterior: 07mm (VN: 6 a 9mm)

Fração de ejeção do VE (Teichholz): 60% (VN: 54 a 74%)

Espessura relativa da parede: 0,33 (VN: < 0,42)

Índice de massa do VE: 63 g/m² (VN: < 95g/m²)

COMENTÁRIOS:

Exame realizado com regular qualidade técnica e janela ecocardiográfica adequada.

Ritmo cardíaco regular

Câmaras Cardíacas

Câmaras cardíacas de tamanhos normais.

Ventrículos

Ventrículo esquerdo apresenta função sistólica e espessura miocárdica preservadas, não sendo observadas alterações na mobilidade segmentar de parede.

Diástole: normal

Ventrículo direito apresenta função sistólica normal.

Valvas

Valva mitral apresenta aspecto e movimentação normais de suas cúspides. Estudo Doppler e mapeamento com fluxo em cores são normais.

Valva aórtica apresenta aspecto e movimentação normais de suas válvulas. Estudo Doppler e mapeamento com fluxo em cores são normais.

Valva tricúspide apresenta aspecto e movimentação normais de suas cúspides. Estudo Doppler e mapeamento com fluxo em cores são normais.

Valva pulmonar apresenta aspecto e movimentação normais de suas válvulas. Estudo Doppler e mapeamento com fluxo em cores são normais.

Aorta


Seios aórticos, aorta ascendente e arco aórtico com diâmetros e fluxo normais.

Pericárdio

Pericárdio com aspecto ecocardiográfico normal.

CONCLUSÃO:

Ecocardiograma normal



Dr. George Barreto Miranda
Cardiologia e Ecocardiografia
CRM/RN 5778

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 644.513 DATA DE EXPEDIÇÃO: 15/06/2015

NOME: TIEDA ARAUJO DE FREITAS

FILIAÇÃO: JOAO MANOEL DE ARAUJO
RAINUNDA ARAUJO

NATURALIDADE: SAO PEDRO RN DATA DE NASCIMENTO: 18/07/1958

DCC ORIGIN: CERT. DE NASCIMENTO 1-807-15-58-450
SAO PEDRO RN-CARTORIO UNICO CARIOID

CNP: 737.249.214-72

Josebias Ferreira do N. Junior, VIA
Assessoria de Identificação - ITEP/RN

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

ION EGAR DIREITO

Tieda Araújo de Freitas

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1760741813



PEDRO BERNARDINO DE SOUZA

1896254 SUP RN

061.069.154-RN DATA NASCIMENTO 29/12/1982

PEDRO BERNARDINO DE
SOUZA
MARIA JOSE DE LIMA

03348753108

20/04/2024

06/08/2024



PRIMEIRO PLANTILHA
1760741813

Pedro Bernardino de Souza

NATAL, RN

29/04/2019

27454310511
RN-05411304

RIO GRANDE DO NORTE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446560/19

Número do Sinistro: 3190693606

Vítima: IEDA ARAUJO DE FREITAS

Data do acidente: 16/08/2019

CPF: 737.245.214-72

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IEDA ARAUJO DE FREITAS

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 23/12/2019
Nome: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA
CPF: 061.089.354-80

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019
Nome: CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA
CPF: 026.685.584-92

CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA