

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/04/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINALDO GOMES DE FRANCA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00760

CONTA: 000000020306-2

Nr. da Autenticação 6FEC3E3A48735FB5

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170192914

Data do acidente: 10/08/2016

Vítima: REGINALDO GOMES DE FRANCA

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: João Câmara

UF: RN

Análise: Primeira Análise

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data: 12/04/2017 16:46:26

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO ANTEBRACO FRAT DO
ANTEBRACO PARTE NE -

Internação: Não

Tratamento: CIRURGICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Hospital (Taxas/Diárias)	0014	DIÁRIA ENFERMARIA (02 LEITOS)	200,00	104,07
Materiais			6598,41	2719,77
Medicamentos			51,59	51,59
Total da Análise Atual			6850,00	2875,43

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde**Observações:**

AS DESPESAS NO VALOR DE R\$3.878,64 NÃO FORAM AVALIADAS VISTO QUE O VALOR MÁXIMO PARA ESTE PROCESSO JÁ FOI ATINGIDO.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: REGINALDO GOMES DE FRANCA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	6850,00	2875,43	2700,00
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	6850,00	2875,43	2700,00

TOTAL PLEITEADO: 6850,00

TOTAL AVALIADO: 2875,43

TOTAL PAGO + À PAGAR: 2700,00

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

MARIA DE FATIMA FURTADO VELOSO DE MELO

GERENTE

CRM: 52.49515-5/RJ

JOSE VITAL SOARES

SUPERVISOR

Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2017

Carta nº: 10800193

A/C: REGINALDO GOMES DE FRANCA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170192914 ASL-0106028/17
Vítima: REGINALDO GOMES DE FRANCA
Data Acidente: 10/08/2016
Natureza: DAMS
Procurador: THALITA RAQUEL CANDIDO DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Abril de 2017

Carta nº: 10868990

A/C: REGINALDO GOMES DE FRANCA

Sinistro: 3170192914 ASL-0106028/17
Vitima: REGINALDO GOMES DE FRANCA
Data Acidente: 10/08/2016
Natureza: DAMS
Procurador: THALITA RAQUEL CANDIDO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **REGINALDO GOMES DE FRANCA**

Valor: **R\$ 2.700,00**

Banco: **104**

Agência: **000000760**

Conta: **0000020306-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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



BOLETIM DE Ocorrência

Unidade Policial: 10ª DELEGACIA REGIONAL - JOÃO CÂMARA
Endereço: RUA RITA FERREIRA DE FARIAS, 3, CENTRO, JOÃO CÂMARA

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: 0201508001505
1.2 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO
2. DADOS DO LOCAL DO FATO

1.2 Data de Expedição: 31/10/2016 10:53:05
1.4 Ligou CIOSP: Não

2.1 Data/hora do Fato: 08/08/2016 07:30:00
2.1.1 Local: Comunidade

2.2 Autoria: Desconhecida
2.4 Flagrante: Não

2.1.2 Tipo de Veículo: Veículo

2.1.3 Tipo de Veículo: Rural

2.1.4 Marca: FORD 1543

2.1.5 Cor: Prata

2.1.6 Endereço: RUA RITA FERREIRA DE FARIAS, 3, CENTRO, JOÃO CÂMARA

2.7 Logradouro: ESTRADA CARROÇAVEL PARA PEREIRÓS

2.8 CEP:

2.11 Ponto de Referência: PROXIMO A LAGOA DE VERA CRUZ

2.13 Cidade: PARAZINHO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: REGINALDO GOMES DE FRANCA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Etnia: Sem Informação

3.4 Pai: MAXIMIANO GOMES FRANCA

3.5 Mãe: MARIA LUCIA GOMES FRANCA

3.6 Data de Nascimento: 11/08/1989

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 RG: 003216662 - ITEP/RN

3.9 CPF: 01799589476

3.10 Passaporte:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Nacionalidade: PARAZINHO RN

3.13 Profissão: AGRICULTOR

3.14 E-Mail:

3.15 Telefone(s): 84 908594379

3.16 Logradouro: FAZENDA ALVIM - RUA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

3.17 Número: 19

3.18 CEP:

3.19 Bairro: ZONA RURAL

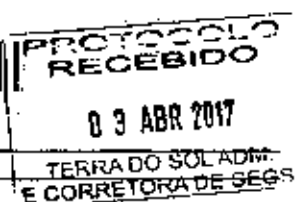
3.20 Cidade: PARAZINHO

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

DOCUMENTO 1 "T10"



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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Seguradora: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: 00000000000000000000

7.1.4 Renavam: 00261899520

7.1.5 Placa: NVR3407

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: FORD

7.1.8 Modelo: NXR150 BROS ES

7.1.9 Ano do Modelo: 2011

7.1.10 Ano da Fabricação: 2010

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: DOMICIANO AUGUSTO PIMENTA

7.1.16 Vinculo com a

7.1.17 Nome do condutor: DAVID GOMES DE FRANCA

Ocorrência:

7.1.18 Observações: CPF DO CONDUTOR: 016.841.234-92

IDENTIDADE DO CONDUTOR: 003.156.846 ITEP/RN.

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE SEGUIA NA GARUPA DE UMA MOTOCICLETA ABAIXO QUALIFICAÇÃO PELA ESTRADA CARROÇAVEL QUANDO O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA E AMBOS CAIRAM, QUE SOMENTE O COMUNICANTE SOFREU LESÃO QUE FOI SOCORRIDO POR FAMILIARES PARA O HOSPITAL DE PARAZINHO, NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

10. COMPLEMENTOS

Data do Complemento: 23/11/2016

Assinado: 21/12/2016 - WAGNER MARINHO FERNANDES

O COMUNICANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA RETIFICAR A DATA CORRETA DO ACIDENTE: QUE O FATO TERIA SIDO POR volta das 07:30H AO INVÉS DE 08/08/2016 COMO FOI INFORMADO ANTERIORMENTE: QUE O DECLARANTE ACRESCENTOU AINDA QUE PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO ACIMA DESCRITO NO MOMENTO QUE PASSOU POR UMA "LOMBADA", VINDO A CAIR AO SOLO JUNTAMENTE COM O CONDUTOR (DAVID GOMES DE FRANCA / CNH: 06491988795); QUE SOMENTE O DECLARANTE SOFREU LESÕES, COMO JÁ HAVIA SIDO RELATADO, E QUE, DEPOIS DE ATENDIDO NO HOSPITAL MUNICIPAL DE PARAZINHO, FOI ENCAMINHADO EM UMA AMBULÂNCIA PARA O HOSPITAL MONSENHOR DOMINGOS BRUNO, EM NATAL/RN.

11. DECLARAÇÃO

O COMUNICANTE, sob as penas da Lei, confirma que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Wagner Marinho Fernandes
Agente Polícia Civil
Mat. 219.794.4

Reginaldo Gomes de Franca
Interessado

Polegar direito

PROTOCOLO
RECEBIDO
[Assinatura]
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

PROTOCOLO
RECEBIDO
03 ABR 2017
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 *T196*

Nº DO SINISTRO



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, REGINALDO GOMES DE FRANÇA PORTADOR(A) DO RG Nº 3.218.168-2 EXPEDIDO POR SSP/RM EM 07/08/10 E CPF 017.996.899-78
PROFISSÃO DOCUERO E RENDA MENSAL DE R\$ 1200,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA REGINALDO GOMES DE FRANÇA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário Oficial.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular.
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal.
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão de crédito ou identificação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0960 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 20306-2

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0960 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 20306-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodoitransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204.

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

033-014506468-8

02/FEV/2017

HORA DE 12:22:50

TERM 040978

LOT 17.018275-4
LOCALIDADE: JOAO CAMARA
AG. VINCULADA: 0760

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

0760.00020300-2

NOME: REGINALDO COMLS DE FRANCA

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 01/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DIA LIMITE
10/01

SALDO

RESUMO EM 01/02
SALDO

RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO
SALDO DISPONIVEL
SALDO TOTAL

033-014506468-8

13 VIA

CA

CAIXA Loterias

CA

PROTOCOLO
RECEBIDO
03 ABR 2017
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS

PROTOCOLO
RECEBIDO
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



DOCUMENTO 2 1726

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE REGINALDO GOMES DE FRANCA
DATA DE ENTRADA 10/08/2016 **HORA** 09:38 **Nº BAA** 197402

IDADE 26 **SEXO** M **ETNIA** Pardo
CARTÃO SUS 700404441562447 **ESTADO** Solteiro(a)
CIVIL

CPF 017.996.894-76 **RG** -
NOME DA MÃE MARIA LUCIA GOMES FRANCA
NOME DO PAI MAXIMIANO GOMES FRANCA
NASCIMENTO 11/08/1989 **NATURALIDADE** Parazinho-RN
TELEFONE (84) 8859-4379 **PROFISSÃO** Agricultor
RUA/AV. ASSETAMENTO ALIVIO Nº SN **BAIRRO** AREA RURAL
CEP 59586-000 **CIDADE** Parazinho-RN
ORIGEM Ambulância - Interior **MOTIVO** Acidente de Trânsito / Queda de moto
ACID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Enviado

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Est vítima de queda de moto em uma rua asfaltada, ocorrendo a queda com o veículo e com danos de natureza física. Não houve lesões de natureza grave.

RECEBIDO

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

TERÇA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS

- A. *Lesões de natureza física, com contusões.*
B. *M.V.B., sem alterações, com RA - Ressonância de abdômen.*
C. *Lesões de natureza física, com contusões.*
D. *Lesões de natureza física.*
E. *Lesões de natureza física, com contusões.*

OUTRAS OBSERVAÇÕES

RECEBIDO

03 ABR 2017

TERÇA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATORIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID

ATO DECLARATÓRIO

10/08/2016 09:39

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

Percentual intimação de acidente de trânsito após um mês

EXAME FÍSICO

fratura exposta do osso do antebraço

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura exposta do antebraço

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

antebraço

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Cefalotrim 2g, E.V. copora
Ao C.C.

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

copora 10/29/17

PROTÓTIPO RECEBIDO

TERAPIA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

PROTÓTIPO RECEBIDO

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA: 03 ABR 2017

SAÍDA:

DATA: / /

TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

Méico (Carimbo)

Dr. Kleidson Bastos
ORTOPEDISTA
CRM 4421

CONFERE COM ORIGINAL
MATERIAL 13 140-15-48-25
ASSINADO

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. ☐



Gean Guarniere
Ortopedia e Traumatologia

DOCUMENTO 3 "T396"



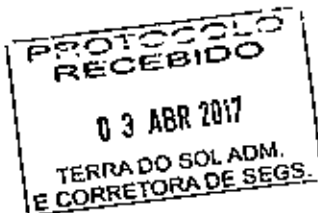
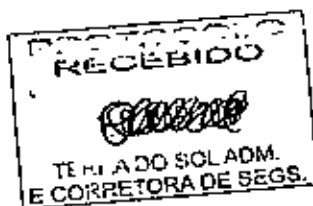
RECIBO

Recebi do Sr. REGINALDO GOMES DE FRANÇA,
CPF: 017.996.894-76 a importância de R\$ 3.000,00 (TRÊS MIL
REAIS), referente a honorários médicos.

Pelo que firmo o presente recibo, dando quitação da
quantia recebida.

Natal-RN 25 de outubro de 2016.

DR. GEAN GUARNIERE R. DANTAS
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 478 / TEO 11044





Prefeitura Municipal do Natal
Secretaria Municipal de Tributação
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
Nota Natalense

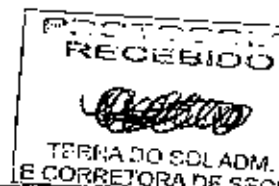
Nº da Nota 0000001954	Nº da Substituída
Data/Hora de Emissão 24/10/2016 às 09:23:31	Competência OUT/2016
Código de Verificação 213747702	Data Prestação Serviço 24/10/2016

Prestador de Serviços

CNPJ: 10.867.687/0001-10 **Inscrição Municipal:** 108.759-2
Razão Social: CLINICA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA DE NATAL LTDA
Endereço: AV GOVERNADOR JUVENAL LAMARTINE, 979, TIROL, 59022-020
Município: NATAL **UF:** RN
Telefone: **E-mail:**

Tomador de Serviços

Nome/Razão Social: REGINALDO GOMES DE FRANCA
CPF/CNPJ: 017.996.894-76 **Inscrição Municipal:**
Endereço: FAZENDA ALVIO, 19, ZONA RURAL, 59586-000
Município: PARAZINHO **UF:** RN
Telefone: **E-mail:**



Serviços

403 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÓMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS

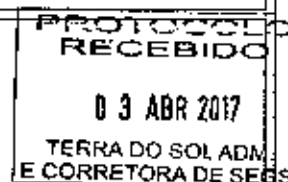
Item	Descrição	Quant.	Vir. Unitário	Valor Total
1	REFERENTE A DESPESAS HOSPITALARES COM O MESMO. NO DIA 24/08/2016	1,0000	3.850,00	3.850,00

Valor Total da NFS-e R\$:

3.850,00

Deduções (R\$) 1.540,00	Base Cálculo (R\$) 2.310,00	Alíquota (%) 5,00	Valor do ISS (R\$) 115,50	Outras Retenções (R\$)
INSS (R\$)	IRPJ (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)

Outras Informações



CONTA MÉDICO HOSPITALAR

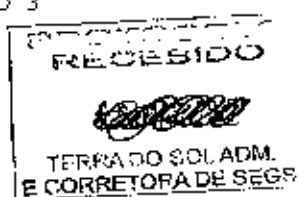
Dados do Paciente

Paciente: **REGINALDO GOMES DE FRANCA** Registro: **116133**
 Num RG: **003216682** CPF: **017.996.894-76** Nascimento: **11/08/1989** 27 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
 Endereço: **FAZENDA ALIVIO (NOSSA SENHORA DE FATIMA) N.º 19** Bairro: **ZONA RURAL**
 Cidade: **1904** UF: **RN** CEP: **59586000** Fone: **84988594379**

Dados da Internação

Num.Internação: **01** Conta: **01** Admissão: **24/08/2016 11:27** Alta: **25/08/2016 18:27** Atendente: **CLAUDIAF**
 Convênio: **PARTICULAR - 26** Matrícula/CNS:
 Médico: **Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS** CRM: **4781**

Item	Código	Descrição	HE	Qt.	Unit/CH/UPH	Valor
Data: 24/08/2016						
Taxas						
001		TAXA BOMBA INFUSAO		1	100,00	100,00
002		TAXA DE SALA CIRURGICA PORTE ANESTESICO 3		1	280,00	280,00
003		TAXA MONITOR DE PRESSAO		1	180,00	180,00
004		TAXA OXIGENIO SOB PRESSAO 1/4		1	100,00	100,00
005		TAXA OXIMETRO		1	47,00	47,00
006		TAXA PERFURAD ELETRICO -CRANIO		1	50,00	50,00
007		TAXA SALA REC POS ANESTESICA		1	31,20	31,20
Total da Classe.....						788,20
Medicamentos						
008		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	UNC	4	7,37	29,48
SubTotal.....						29,48
Materiais						
009	9526406	AGUA P/ INJECAO 10ML	AMT	2	0,43	0,86
010		AGULHA DESCARTAVEL 25X7	UNI	1	0,52	0,52
011	64920	ATADURA DE CREPOM 10CMX1,8M	UNI	3	1,94	5,82
012		CAMPO OPERATORIO 25X28CM ESTÉRIL	UNI	5	0,88	4,40
013		CATETER P/OXIGENIO TIPO OCULOS	UNI	1	7,10	7,10
014		CANGUI CROMADO 2-0 C/AG	UNI	1	28,75	28,75
015		CATGUT SIMP 2-0 C/AG 3CM	UNC	1	15,18	15,18
016		CEFALOTINA 1G FA (KEFLIN)	UNC	2	5,57	11,14
017		CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5%	ML	50	0,06	3,00
018		CLOREXIDINA AQUOSA 0,2%	ML	50	0,01	0,50
019		DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5MT. (DECADRON)	AMT	1	2,80	2,80
020		DIPIRONA 500MG/ML INJ (NOVALGINA)	AMT	2	1,45	2,90
021		ELETRODO DESCARTAVEL 3M	UNI	5	0,54	2,70
022		EQUIPO MACROGOTAS C/INJ.FLEXIVEL	UNI	1	11,33	11,33
023		ESPARADRAPO 10CM X 4,5	CM	50	0,01	0,50
024		GORRO DESCARTAVEL	UNI	6	1,05	6,30



End. do Paciente: FAZENDA ALIVIO (NOSSA SENHORA DE FATIMA) ZONA RURAL, PARAZINHO-RN

CONTA MÉDICO HOSPITALAR

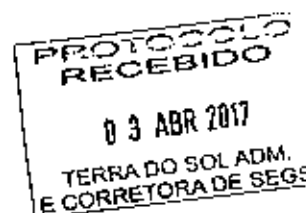
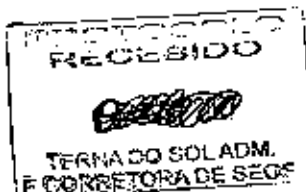
Dados do Paciente

Paciente: **REGINALDO GOMES DE FRANCA** Registro: **116133**
 Num RG: **003216682** CPF: **017.996.894-76** Nascimento: **11/08/1989** 27 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
 Endereço: **FAZENDA ALIVIO (NOSSA SENHORA DE FATIMA) N.º 19** Bairro: **ZONA RURAL**
 Cidade: **1904** UF: **RN** CEP: **59586000** Fone: **84988594379**

Dados da Internação

Num.Internação: **01** Conta: **01** Admissão: **24/08/2016 11:27** Alta: **25/08/2016 18:27** Atendente: **CLAUDIAF**
 Convênio: **PARTICULAR - 26** Matrícula/CNS:
 Médico: **Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS** CRM: **4781**

Item	Código	Descrição	HE	Qt.	Unit/CH/UPH	Valor
Data: 24/08/2016						
Materiais						
025		JELCO 20 G	UNC	1	19,05	19,05
026		LAMINA DE BISTURI N.20	UNC	1	2,20	2,20
027	00C06038	LEVOBUPIVACAINA S/V 0,5% 20ML (NOVABUPI)	UNC	1	23,67	23,67
028		HYDOCAINA 2% S/V 20ML INJ (XYLOCAINA)	MM	2	1,66	3,32
029	62332	LUVA CIR DESC EST 7,0	UNC	1	3,22	3,22
030		LUVA CIR DESC EST 7,5	UNC	2	3,22	6,44
031		LUVA CIR DESC EST 8,0	UNC	1	3,22	3,22
032		LUVA PROCEDIMENTO TAM. M	UNC	6	1,61	9,66
033		LUVA PROCEDIMENTO TAM.XP	UNC	6	1,61	9,66
034		MASCARA DESC C/ ELASTICO	UNC	3	0,32	0,96
035		MICROPOR 2,5CM X 10 METROS	CM	50	0,01	0,50
036		MICROPOR 5,0CM X 10 METROS	FINC	50	0,26	13,00
037		MONONYLON PRETO 3-0 C/AG 3CM	UNC	4	13,50	54,00
038		SAPATILHA DESCARTAVEL	UNC	12	0,20	2,40
039		SERINGA DESC. 05ML C/AG	UNC	1	1,95	1,95
040		SERINGA DESC. 10ML C/AG	UNC	2	1,65	3,30
041		SERINGA DESC. 20ML C/AG	UNC	2	4,28	8,56
042		TOUCA CIRURGICA DESCARTAVEL	UNC	6	0,98	5,88
SubTotal.....						274,79
SADT						
043	40803082	RX DE ANTEBRACO		1	50,00	50,00
Total da Classe.....						50,00
Medicamentos						
044		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	UNC	2	7,37	14,74
SubTotal.....						14,74
Materiais						
045	9526406	AGUA P/ INJECAO 10ML	AME	6	0,43	2,58
046		CEFALOTINA 1G FA (KEFLIN)	UNC	3	5,57	16,71



CONTA MÉDICO HOSPITALAR

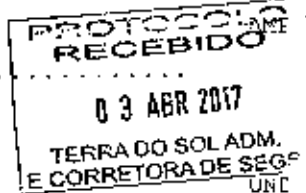
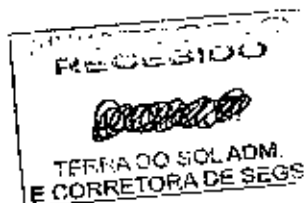
Dados do Paciente

Paciente: **REGINALDO GOMES DE FRANCA** Registro: **116133**
 Num RG: **003216682** CPF: **017.996.894-76** Nascimento: **11/08/1989** 27 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
 Endereço: **FAZENDA ALVIO (NOSSA SENHORA DE FATIMA) N.º 19** Bairro: **ZONA RURAL**
 Cidade: **1904** UF: **RN** CEP: **59586000** Fone: **84988594379**

Dados da Internação

Num.Internação: **01** Conta: **01** Admissão: **24/08/2016 11:21** Alta: **25/08/2016 18:21** Atendente: **CLAUDIAF**
 Convênio: **PARTICULAR - 26** Matrícula/CNS:
 Médico: **Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS** CRM: **4781**

Item	Código	Descrição	HE	Qt.	Unit/CH/UPH	Valor
Data: 24/08/2016						
Materiais						
047		DICLOFENACO SÓDICO 50 MG COM (VOLTAREN)	CPF	2	0,56	1,12
048		DTMENIDRINATO B6 INJ 10ML (DRAMIN)	AME	2	1,83	3,66
049		DIPÍRONA 500MG/ML INJ (NOVALGINA)	AME	3	1,45	4,35
050		ESPARADRAPO 10CM X 4,5	CM	16	0,01	0,16
051		FAIXA DE SMARCH 20 CM.	UNC	1	400,00	400,00
052		RANITIDINA 150MG COM (ANTAK)	UNC	2	1,12	2,24
053		SERINGA DESC. 05ML C/AG	UNC	2	1,95	3,90
054		SERINGA DESC. 10ML C/AG	UNC	7	1,65	11,55
055		SERINGA DESC. 20ML C/AG	UNC	1	4,28	4,28
056		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML	UNC	3	7,93	23,79
057		TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG/2ML (TRAMAL)	AME	2	10,32	20,64
SubTotal.....						494,98
Materiais Especiais						
058	102594	PARAFUSO CORTICAL 3,5 MM		15	30,00	450,00
059	104724	PLACA DE COMPRESSÃO DINAM 3,5M	UNC	2	750,00	1.500,00
SubTotal.....						1.950,00



Item	Código	Descrição	HE	Qt.	Unit/CH/UPH	Valor
Data: 25/08/2016						
Diárias						
060		DIÁRIA DE ENFERMARIA		1	200,00	200,00
Total da Classe.....						200,00
Medicamentos						
061		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	UNC	1	7,37	7,37
SubTotal.....						7,37
Materiais						
062	9526406	ÁGUA P/ INJEÇÃO 10ML	AME	1	0,43	0,43
063		AGULHA DESCARTÁVEL 25X7	UNC	1	0,52	0,52
064		ATADURA DE CREPOM 15CMX1,8M	UNC	1	3,49	3,49

End. do Paciente: **FAZENDA ALVIO (NOSSA SENHORA DE FATIMA) ZONA RURAL, PARAZINHO-RN**



HOSPITAL MEMORIAL DE NATAL LTDA

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

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

hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 24/10/2016 09:18

CONTA MÉDICO HOSPITALAR

Dados do Paciente

Paciente: **REGINALDO GOMES DE FRANCA**

Registro: **116133**

Num RG: **003216682** CPF: **017.996.894-76** Nascimento: **11/08/1989** 27 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **FAZENDA ALIVIO (NOSSA SENHORA DE FATIMA) 19**

Bairro: **ZONA RURAL**

Cidade: **1904**

UF: **RN**

CEP: **59586000**

Fone: **84988594379**

Dados da Internação

Num.Internação: **01** Conta: **01** Admissão: **24/08/2016 11:27** Alta: **25/08/2016 18:27** Atendente: **CLAUDIAF**

Convênio: **PARTICULAR - 26**

Matricula/CNS:

Médico: **Dr. GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS**

CRM: **4781**

Item	Código	Descrição	HE	Qt.	Unid/CH/UPH	Valor
Data: 25/08/2016						
Materiais						
065		CETAFOTINA 1G PA (KEFLIN)	UNC	1	5,57	5,57
066		DICLOFENACO SÓDICO 50 MG COM (VOLTAREN)	CPF	1	0,56	0,56
067		DIPIRONA 500MG/ML INJ (NOVALGINA)	AME	1	1,45	1,45
068		GAZE EST 11 FIOS 7,5X7,5 ESTÉRIL	UNC	5	0,30	1,50
069		LUVA CIR DESC EST 6.5	UNC	1	3,22	3,22
070		SERINGA DESC. 05ML C/AG	UNC	1	1,95	1,95
071		SERINGA DESC. 10ML C/AG	UNC	2	1,65	3,30
072		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML	UNC	1	7,93	7,93
073		SORO FISIOLÓGICO 9% 10ML	AME	1	0,20	0,20
074		TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG/2ML (TRAMAL)	AME	1	10,32	10,32
SubTotal.....						40,44

TOTAL DA CONTA

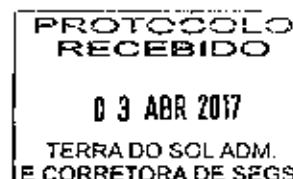
3.850,00

DESCONTO

0

TOTAL GERAL

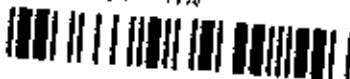
3.850,00



End. do Paciente: **FAZENDA ALIVIO (NOSSA SENHORA DE FATIMA) ZONA RURAL, PARAZINHO-RN**

Pixeon - 24/10/2016 09:18 (U63/INTERN.514) / (DWO:9)

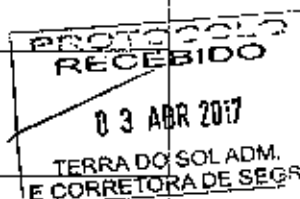
Página 4 / 4



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, THALITA RAQUEL CANDIDO DA SILVA RG nº 13.595.641 data de expedição 31/03/11 Órgão SSP/PN CPF nº 700.443.554-75 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo, descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	NOSSA SENHORA DE FÁTIMA	
Número	19	
Apto / Complemento		
Bairro	ZONA NOROCCIDENTAL	
Cidade	PARAZINHA	
Estado	RN	
CEP	59589-000	
Telefone de Contato		
Telefone da Vitima		



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Parazinha 16/03/2017

Assinatura do Declarante: Thalita Raquel Candido da Silva

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE**
RUA MERMOS, 160, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.224.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055189.0



www.casern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

• TELEATENDIMENTO CÔSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Quvidoria 0800 034 0404

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE MARIA LUCIA GOMES FRANCA CPF: 737.801.104-10	DATA DE VENCIMENTO 09/11/2016 TOTAL A PAGAR (R\$): 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 01/11/2016 DATA DA APRESENTAÇÃO 01/11/2016 NÚMERO DA NOTA FISCAL 000060459 Série: U	CONTA CONTRATO 007003956010 Nº DO CLIENTE 3010367388 Nº DA INSTALAÇÃO 0001121718
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA FZ ALVÍO 18 RUA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA ZONA RURAL/ÁREA RURAL 53536-000 PARAZINHO RN	CLASSIFICAÇÃO B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL Manufásico		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cesern.com.br	RESERVADO AO FISCO 21C5.BDB0.E5F0.435E.2AC6.56D6.A602.6CC7		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	134,00	0,37780479	50,55
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,00
Cobrança de ICMS sobre Subvenção ODE			3,90
TOTAL DA FATURA			54,45

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMB			PIB			Cofins		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
80.68	10.00	8.12	30.98	1.10	0.35	30.68	3.75	2.81

Tarifas Aplicables

Cen4um @ Ailv@kWh! 0,2837020

HISTÓRICO DO CONSUMO

NOV	16	11111111111111111111	136
OCT	16	11111111111111111111	148
SET	16	11111111111111111111	148
AGO	16	11111111111111111111	187
JUL	16	11111111111111111111	147
JUN	16	11111111111111111111	145
MAY	16	11111111111111111111	154
ABR	16	11111111111111111111	160
MAR	16	11111111111111111111	160
FEV	16	11111111111111111111	162
JAN	16	11111111111111111111	142
DEZ	15	11111111111111111111	151
NOV	15	11111111111111111111	151

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	18,04	57,61
Transmissão	0,29	0,85
Distribuição (CCEE)	13,02	23,74
Energias Alternativas	6,03	11,98
Tributos	12,68	24,82
TOTAL	50,06	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO PESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FLUXO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE D	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0000000000020330520	CAT	04/01/2016	17.781,00	01/12/2016	17.915,00	28	1,00000	0,00	134,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LETURA: 06/12/2016

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES DE RETORNO

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR A PAGAR	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
set/2016					
OTC-Mo de horas sem Energia	SÃO B MONTE	16,75	11,59	23,19	46,38
OTC-Mo de vigia sem Energia		6,00	7,74	15,49	30,99
OTC-Duração máxima de Interrupção contínua		5,18	6,39	0,00	0,00
OTC-Duração de Interrupção em diário			Limite OTC: 16,50		
FUSO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 17,51					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal/Estutura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Pagamento em atraso gera: Multa 2% (Res. 414/ANEEL/DE/DB/11) e Juros 1% a.m. (Lei 10.430-26/04/02), no próximo mês.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão do fornecimento.
Desconto incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL A R\$ 21,08.
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para a conclusão de atendimento comercial.
Gobrança ICMS sobre subvencão CDE, conforme Solução de Consulta N. 36/2012 - COJUP.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007003956010	11/2016	0,00	09/11/2016	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cartão será usado em leitora ótica.

Evite dobrar, perfurar ou resurar.
Este canhoto será usado em leitores ópticos

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



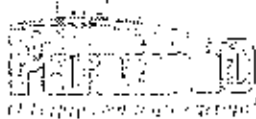
ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Governo Municipal de Parazinho

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Vice-Prefeito Eronildes Teixeira da Silva, Nº 122 - Centro - CNPJ (MF) 11.959.203/0001-26

Fone: (84) 3697-0031 - e-mail: smsparazinho@rn.gov.br



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 02

CAPTÃO SUS: 70040424356-21117 RG: 003-276.042
 FONE: 3697-0031 ALAC GOMES DO PRADO DATA DE NASC. 11/01/74
 NOME DA MÃE: RITA ALAC GOMES PRADO
 12 ANOS COR: _____ SEXO: _____ MAS: _____ FEM: _____ ESTADO CIVIL: _____
 NATURALIDADE: Parazinho PROFISSÃO: Agricultor INSTITUTO: _____
 ENDEREÇO: 311/3 BAIRRO: 2.111
 CIDADE: Parazinho RUA HORA DE ENTRADA: 07:27 DATA: 10/03/17

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM _____ REGULAR _____ COM DISPNEIA _____ CHOUCADO _____ COMATOSO _____
 COM HEMORRAGIA _____ EM CONVULSÃO _____ POLITRAUMATISMO _____ AGITADO _____ OUTROS _____

SINAIS VITAIS

PA _____ mmHg PULSO: _____ pm FR: _____ m TEMP: 36,5°C PESO: _____ KG

DOR: _____ VÔMITO: _____ ALERGIA A MEDICAMENTOS: _____

MEDICAÇÃO EM USO QUAIS? _____ ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM _____ NÃO _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Vermelho às _____ hs Azul às _____ hs verde às _____ hs Amarelo às _____ hs

HISTÓRIA-CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALCADA)

TRATAMENTO AUTODIRETO
 1. FRATURA FIBULA DE 10 CM DE EXTENSÃO

EXAME FÍSICO-LESÕES OU AFECÇÕES ENCONTRADAS

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

EXAMES COMPLEMENTARES (COM REGISTRO):



AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé que a presente fotocópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido.

Parazinho/RN 08/03/2017

Ismael W. dos Santos Araújo
 Secretário Autorizado de Parazinho/RN

PROTOCOLO RECEBIDO

TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.

PROTOCOLO RECEBIDO

03 ABR 2017

TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.

Ismael W. dos Santos Araújo
 Secretário Autorizado de Parazinho/RN

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

☐ AO ACOLHIMENTO ☐ ESPECIALISTA, QUAL? _____

☐ OUTROS SERVIÇOS, QUAIS? _____

CONDUTA:

QUEDAR 25 m 1 m de

SP/ROM 25 de 1 m

ETC. P/ COMPROMISSO 02/02/17

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé que a presente
fotocópia é a reprodução fiel do
original que me foi exibido.

Parazinho, 08/02/2017

Wilson Marcelino Pires e Silva
Médico - CRM 1579

Ismael W. dos Santos Araújo
Escritor Autorizado de Parazinho/RN
CPF 701.174.354-57

PROTOCOLO
RECEBIDO
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

FICOU NO LOCAL ☐

INTERNADO NO SERVIÇO DE: _____

REMOVIDO EM ____/____/____

HORA: _____ HS

HORA: _____ HS

PARA: _____

ACIDENTE DE TRABALHO

RETIROU-SE POR DECISÃO MÉDICA ☐

ÓBITO EM ____/____/____

APELIDO ☐

ÀS _____ HS

A REVELIA ☐

ENTREGUE À FAMÍLIA ☐

INST. MÉDICO LEGAL ☐

DATA: ____/____/____

ÀS: _____ HS

OBSERVAÇÃO:

PROTOCOLO
RECEBIDO
03 ABR 2017
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE REGINALDO GOMES DE FRANCA
DATA DE ENTRADA 10/08/2016 **HORA** 09:38 **Nº BAA** 197402

IDADE 26 **SEXO** M **ETNIA** Pardo
CARTÃO SUS 700404441562447 **ESTADO** Solteiro(a)
CIVIL

CPF 017.996.894-76 **RG** -
NOME DA MÃE MARIA LUCIA GOMES FRANCA
NOME DO PAI MAXIMIANO GOMES FRANCA
NASCIMENTO 11/08/1989 **NATURALIDADE** Parazinho-RN
TELEFONE (84) 8859-4379 **PROFISSÃO** Agricultor
RUA/AV. ASSETAMENTO ALIVIO **Nº** SN
COMPLEMENTO - **BAIRRO** AREA RURAL
CEP 59586-000 **CIDADE** Parazinho-RN
ORIGEM Ambulância - Interior **MOTIVO** Acidente de Trânsito / Queda de moto
ACID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Enviado

PROTOCOLO RECEBIDO
03 ABR 2017
TERMINADO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS

HISTÓRIA CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Pat. vítima de queda de moto em 10/08/2016, às 09:38h, no bairro de Parazinho, apresentando dor no local e com sinais de fratura. Após exames, exames e exames de imagem.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A. *Um osso fraturado com hematoma.*
B. *M.V.O. normal, sem RA. Respiração normal.*
C. *Reflexo aniquilado / reflexo de Babinski.*
D. *Glauco (S).*
E. *Planos em boa e com sinais de fratura.*

OUTRAS OBSERVAÇÕES

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP. 35.5	FREQ. RESPIRATORIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura em trans e

CID

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

Paciente vítima de acidente de trânsito após colisão

EXAME FÍSICO

fratura exposta dos ossos do antebraço

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura exposta do

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

antebraço

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Cefalotina 2g, EV, 12/12

AO CC

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

12/12

Assinatura e Carimbo do Responsável

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. ☐

Médico (Carimbo)

Dr. Kleidson Bastos
ORTOPEDISTA
CRM 4421

CONFERE COM ORIGINAL
DATA: 13/10/2016
HORA: 15:48
S.A.M.E.
ASSINATURA

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. ☐

**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: REGINALDO GOMES DE FARIAS Reg. NºDiagnóstico pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO ESQUERDOIndicação terapêutica: Torniquete com Urgência () Eletiva ()**INTERVENÇÃO**

Data: Início: Término: Duração:

Operador: MARIO ALEMANO CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

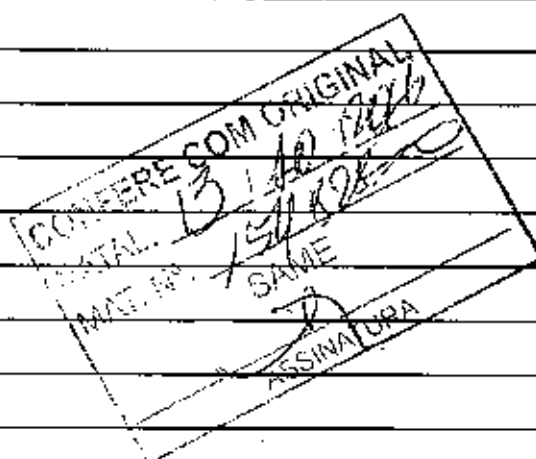
2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Paciente em decúbito dorsal 503 anos, com
ASSERVA + ANTISSERVA - CAMPES EDUARDO, DENTENTE
DA FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO, + SUPLEN
+ TPA AXILAR PRONTO



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

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



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: REGINALDO GOMES DE FARIAS Reg. NºDiagnóstico pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO ESQUERDOIndicação terapêutica: Tratamento cirúrgico Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: Início: Término: Duração:

Operador: MARCO ALEMAO CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

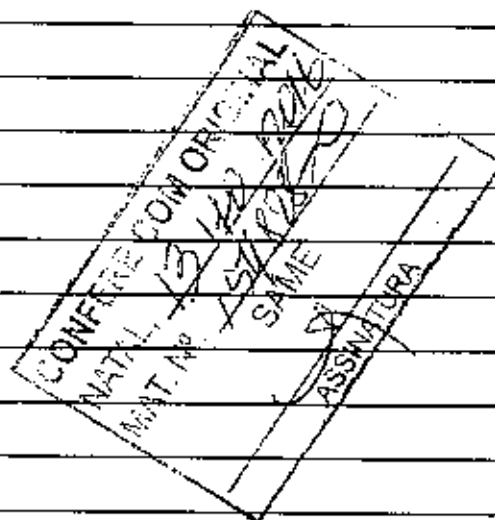
Instrumentador:

Anestesista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia geral com sedação + ANTISÉPTICA - CAMPOS ESTERILIZADOS, Drenagem da fratura exposta de antebraço esquerdo, + Sutura + Tala axial Plástica

Dr. Marco Alemao
CRM 1018 - ROR
Cirurgião Geral



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

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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



POLEGAR DIREITO



Reginaldo Gomes de Franca

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

003.216.682

DATA DE
EXPEDIÇÃO

07/08/2010

NOME

REGINALDO GOMES DE FRANCA

FILIAÇÃO

MAXIMIANO GOMES FRANCA

MARIA LUCIA GOMES FRANCA

NATURALIDADE

PARAZINHO RN

DATA DE NASCIMENTO

11/08/1989

DOC. ORIGEM CERT. DE NASCIMENTO L-21 F-180 RG-17233

MAXARANGUAPE RN-1 CARTÓRIO

CPF 017.996.894-76

1a. VIA

Reginaldo
ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

DOCUMENTO 6 *T64*



Reginaldo

PROTOCOLO
RECEBIDO

03 ABR 2017

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS

PROTOCOLO
RECEBIDO

Reginaldo

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL NOME: **RAQUEL CAVALCANTE DA SILVA**

DATA DE EXPEDIÇÃO: **31/03/2011**

FILIAÇÃO: **HELIO DE ARAUJO SILVA**

NATURALIDADE: **JOÃO CAVALCANTE DA SILVA**

DATA DE NASCIMENTO: **25/10/1935**

DOC/ORGEM: **CERT. DE NASCIMENTO LAIO P-28 RG-6361**

CPF: **700.442.554-75**

ASSINATURA DO DETENTOR: **RAQUEL CAVALCANTE DA SILVA**

1a. VIA

ITIP RN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

RAQUEL CAVALCANTE DA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DOCUMENTO 3 *T396*



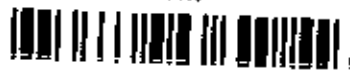
RECEBIDO

TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEG

PROTOCOLO RECEBIDO

03 ABR 2017

TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEG



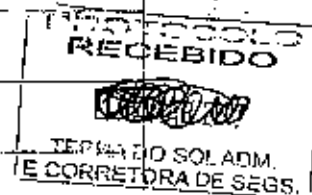
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Reginaldo Gomes de Franca
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	agricultor
IDENTIDADE:	003.216.682
ENDEREÇO:	Ass: Alivio

OUTORGADO

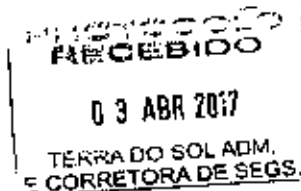
NOME:	Thalita Raquel Condido da Silva
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	agricultora
IDENTIDADE:	003.295.641
ENDEREÇO:	Ass: Alivio



Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

João Câmara-PR, 04.10.2016

LOCAL E DATA



Reginaldo Gomes de Franca

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

