



Número: **0857406-53.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **18/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO MARIA MONTEIRO DA SILVA (AUTOR)		ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13934 627	12/12/2017 11:50	1 atendimento	Documento de Comprovação
13934 639	12/12/2017 11:50	adm	Documento de Comprovação
13934 652	12/12/2017 11:50	bo	Documento de Comprovação
13934 665	12/12/2017 11:50	doc da cirurgia	Documento de Comprovação
13934 675	12/12/2017 11:50	id	Documento de Identificação
13934 679	12/12/2017 11:50	procuração	Procuração

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAMIRIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MÁRCIO MARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO URGÊNCIA



PARNAMIRIM

Nº 64

NOME: João M^o Monteiro da Silva Data Nasc.: 28-04-91
NOME DA MÃE: Jane Clea B. Gomes Fone:
Sexo: Masc (X) Fem () Est. Civil: Solteiro Bairro: Pirangi
Rua: Manoel Patricio da Costa Nº 04 Cidade: Parnamirim
Data: 02/04/17 Hora Entrada: 17:45

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

	HORA	SSV	ESCORE DE GLASGOW
VERMELHO		PA _____ S02 _____	1 a 3 ()
LARANJA		FC _____ PESO _____	4 a 8 ()
VERDE		FR _____	9 a 12 ()
AZUL		TEMP _____	13 a 15 ()

ATENÇÃO PARA OS SINAIS DE ALERTA

DISPNÉIA ()	SÍNCOPE/DESMAIO ()	AGITAÇÃO PSICOMOTORA ()
CIANOSE ()	SUDORESE ()	POLITRAUMATIZADO ()
PELE FRIA ()	VÔMITO ()	DOENÇA OU ACIDENTE TRABALHO ()
PALIDEZ ()	CONVULSÃO ()	APARENTEMENTE BEM ()

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (REFERIDA)

Doença - pé direito
(Acido de urato)

EXAME - LESÕES OU AFECÇÕES ENCONTRADAS

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

Hidradenoma com urato
Tumor não inflamatório

CONDUTA

Reginaldo do Amaral Modesto
CRM 3273 (RM)
Clínica Geral

PREScrição Médica	HORÁRIO	ENFERMAGEM
<p>1 - Decisão médica</p> <p><i>[Assinatura]</i></p>	18:12	<p>Aline Rodrigues dos Santos Téc. de Enfermagem COREN/RN 001.061.833</p> <p>Reginaldo do Amaral Modesto CRM 3273 (RN) Clínica Geral</p>

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DESTINO DO PACIENTE	
OBSERVAÇÃO	REMOVIDO PARA _____ HORA: _____ H
LIBERADO ÀS	
RETIROU-SE POR: DECISÃO MÉDICA	ÓBITO EM: ____/____/____
À PEDIDO	
À REVELIA	
DATA: ____/____/____ às ____ h	ENTREGUE À:
	FAMÍLIA
	IML

Reginaldo do Amaral Modesto
CRM 3273 (RN)
Clínica Geral

M dico - 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 HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		4- CNES 3515168	
Identificação do Paciente			
5- PACIENTE JOSE MARIA MONTEIRO DA SILVA <i>Heena</i>		6- NUMERO DO PRONTUARIO 148524	
7- CARTAO NACIONAL/SUS 160 6537 1646 0006	8- DATA DE NASCIMENTO 28/04/1991	9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR PARDA
11- NOME DA MÃE JANE CLEIA BARBOSA GOMES		12- TELEFONE DE CONTATO 99195-8390	
13- NOME DO RESPONSÁVEL O GENITOR		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA Nº) RUA ANTONIO DE SOUZA 4			
16- MUNICÍPIO PARNAMIRIM	17- BAIRRO PIRANGI-NORTE	18- UF RN	19- CEP 59140-001
Justificativa de Internação			
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>fratura</i>			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>pt. lesion</i>			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>S.O.T.</i>			
23- DIAGNÓSTICO MÚLTIPLE <i>fr. femur</i>	24- CID PRINCIPAL <i>S22.0</i>	25- CID SECUNDÁRIO	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Procedimento Solicitado			
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
28- CLÍNICA	29- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	30- DOCUMENTO () CNS () CPF	31- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
32- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	33- DATA DA SOLICITAÇÃO	34- ASSINATURA E CARRIBELO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO <i>Manoel Correia Neto</i> <i>Ortopedia - Traumatologia</i> <i>CRM/RN 248</i>	
Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)			
35- () AC. TRÂNSITO	36- CNPJ DA SEGURADORA	37- Nº DO BILHETE	38- SÉRIE
39- () AC. TRABALHO TÍPICO	40- CNPJ DA EMPRESA	41- CNIE DA EMPRESA	42- CÉDOR
43- () AC. TRABALHO TRAJETO			
44- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
Autorização			
45- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		46- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
47- CID DO PACIENTE EMISSOR			
48- DOCUMENTO () CNS () CPF	49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARRIBELO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO		

178507-8

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<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 checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>ORTOPEDIA</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/> <i>obp: Paciente + validado e retornado hj.</i>
ENTREGUE À FAMÍLIA <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>		

Manoel Correia Neto
Ortopedia - Traumatologia

SINISTRO 3170548470 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOAO MARIA MONTEIRO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TERRA DO

SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO JOAO MARIA MONTEIRO DA SILVA

CPF/CNPJ: 09155032478

Posição em 24-11-2017 12:16:06

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
17/11/2017	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50



Govorno 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: 4ª DELEGACIA DE POLÍCIA DE NATAL
Endereço: RUA JOÃO XXIII, S/N, MÃE LUIZA, NATAL

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2017005001044
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 21/08/2017 12.10.51
1.4 Ligu CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 02/07/2017 16.40.00
2.3 Fato: Consumado
2.5 Meio(s) empregado(s): Outros
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.8 Número: SN
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: PIRANGI
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida
2.4 Flagrante: Não
2.7 Logradouro: RUA: MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência:
2.13 Cidade: PARNAMIRIM

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOAO MARIA MONTEIRO DA SILVA
3.3 Nome Social:
3.5 Etnia: Parda
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF: 09155032478
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: JARDINEIRO
3.15 Telefone(s): 84 991879267
3.17 Número: 04
3.19 Bairro: PIRANGI DO NORTE
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.23 Cidade: PARNAMIRIM

3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.4 Pai: RUBENS MONTEIRO DA SILVA
3.6 Mãe: JANE CLEIA BARBOSA GOMES
3.8 Orientação Sexual:
3.10 Identidade de Gênero:
3.12 Data de Nascimento: 28/04/1991
3.14 RG: 003015319 - ITEP/RN
3.16 Passaporte:
3.18 Naturalidade: NATAL - RN
3.20 E-Mail:
3.22 Logradouro: RUA: MAMOEL PATRICIO DE SOUZA
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.3 Chassi:
7.1.5 Placa: QGI6589
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.9 Ano do Modelo: 2017
7.1.11 Cor do veículo: PRETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: RUBENS MONTEIRO DA SILVA
7.1.17 Nome do condutor:
7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:
7.1.4 Renavam:
7.1.6 Estado:
7.1.8 Modelo: CG 160 FAN ESDI
7.1.10 Ano de Fabricação: 2016
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.14 Número do Motor:
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE COMPARECEU A 2ª DP DE PARNAMIRIM-RN PARA RELATAR QUE NO DIA 02/07/2017 POR VOLTA DAS 16:40 HORAS, NO MOMENTO EM QUE O COMUNICANTE SE ENCONTRAVA NA GARUPA DA MOTO DE PLACA QGI 6589 - PARNAMIRIM-RN, RENAVAM 01101899341, SENDO PILOTADA PELO PROPRIETÁRIO O SR. RUBENS MONTEIRO DA SILVA E NO MOMENTO EM ESTAVAM PASSANDO NA RUA: MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA FOI QUANDO A MOTO DERRAPOU NA AREIA FAZENDO A MOTO CAIR COM O COMUNICANTE E O SR. RUBENS MONTEIRO DA SILVA E NA QUEDA A MOTO FICOU EM CIMA DA PERNA DO COMUNICANTE, EM SEGUIDA CHAMARAM A AMBULÂNCIA QUE CONDUZIU O COMUNICANTE PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MÁRCIO MARINHO EM PIRANGI DO NORTE-PARNAMIRIM-RN EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA PARA O HOSPITAL DEOCLÉCIO MARQUES EM PARNAMIRIM-RN ONDE FICOU INTERNADO PARA SER SUBMETIDO A UMA CIRURGIA. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP


9.3 Outras Providências

REGISTRO DO BO PARA SER SOLICITADO O SEGURO DPVAT.

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data 21/08/2017 12.10.51


Policial


Interessado



Polegar direito

Atendimento: 75.447-1 - CARLOS ALBERTO DANTAS DE ASSIS
Impresso por: 75.447-1 - CARLOS ALBERTO DANTAS DE ASSIS em 21/08/2017 12:11:04

Protocolo: J2017005001044 - Cdigo de autenticao: 44accb48b98d2e23cf4f1966bf646497



Hospital

HDMC

Nº prontuário

Nome do paciente

João M.ª Monteiro

Data operação

Enf.

Leito

Operador

HDMC / MICHA

1º auxiliar

Instrumentador

2º auxiliar

3º auxiliar

Tipo de anestesia

Anestesista

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de operação

FRATURA DE PERNA

Diagnóstico pós-operatório

FR. CRURAL

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 - víceras

Pavilhão em dorso dorsal com anestesia

Antesepara ortopédica de retine

Colocação de corpo estéril

Início medial, redução, colocação de

placa para estabilização de fratura e perfuração

largura com S.F.D. 960

sutura / pontos / talco final

0408050500

198502-8

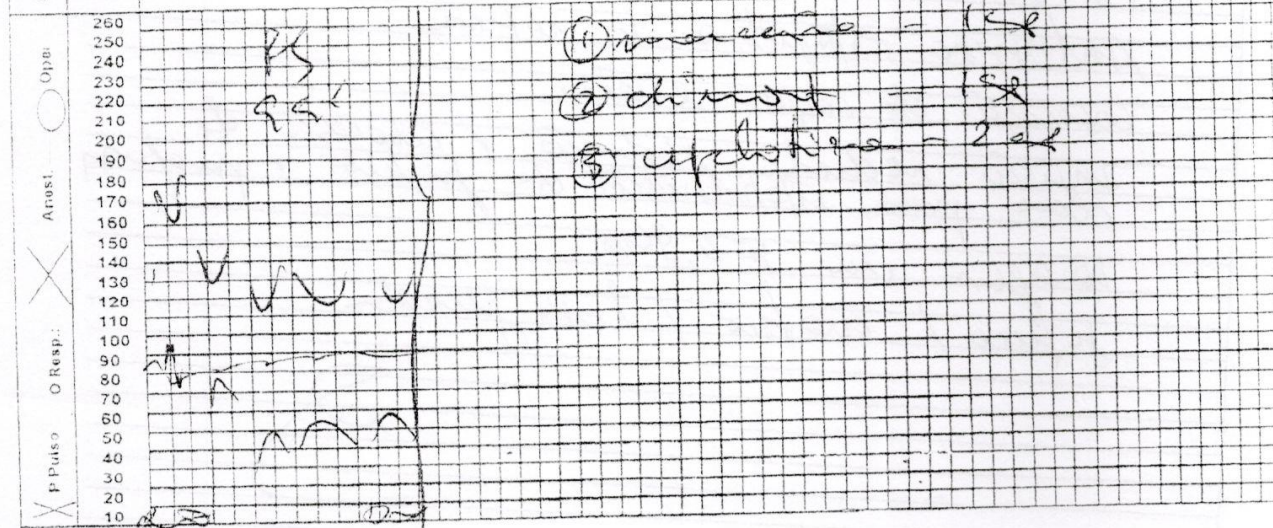
5

580.2

VCD

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital					Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome <i>João Manoel Monteiro de S. Ve</i>					Idade <i>26</i>	Sexo <i>M</i>	Cor	
Data <i>28.04.2017</i>	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso		Outros	
Tipo sanguíneo	Hemáticas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia			
	Urina	<i>Paciente com fratura em punho E.</i> <i>Nega convulsões e alergia</i>						
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	
Anestésias anteriores								
Medicação pré-anestésica				Aplicada às		Efeito		

[illegible][illegible]

SIMBOLOS

3

ANOTAÇÕES

POSIÇÃO

Agentes

Técnica

Operação

Cirurgiões

Anestesistas

Observações

LARICA ALONSO
4442



HOSPITAL REGIONAL DE ORLENCIO MARQUES DE LENCINA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: João Maria Monteiro da Silva Idade: 26 D/N: 8/04/91
Pront.: 148524 Município: Panamirim Procedência: ☒ Interno () Externo
Data da cirurgia: 28/03/11 Hora Admissão: Bloco: 18:45 Sala: 1 Hora Saída: 19:00 Peso: 75
Alergias: ☒ Não () Sim Comorbidades: () H/S () DM () Outras nequ
Uso de medicações: () Não () Sim Jejum: () Não () Sim
SSV: Admissão: PA: 160x90 mmHg Pulso: 75 bpm FI: 12 rpm FC: 75 bpm SpO₂: 98 % T: 36 °C
Enfermeiro(a): Lidiane Instrumentado(a): Luciane Circulante: Paula
Cirurgia: TT Cirurgia Jatoia torçozelo Especialidade: Ortopedia Sala: 01
Hora Início: 23:00 Hora Término: 23:40 Tipo de cirurgia: ☒ Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: Dr. Michel Aux.: Enferm Residente: Enferm
Anestesia: () Local ☒ Sedação () Geral TOT: 23:40 () Bloqueio ☒ Raquidiana Ag. nº 25 () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag. nº 25 Cateter nº: 25 Início: 23:40 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: 23:50 Término: 23:50
Anestesiologista: Dr. Lourenço

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	75			Bpm
Pulso	78			Bpm
Oximetria	100			%
Capnografia				%
PA	160x8			mmHg

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

ACESSO VENOSO

☒ Punção Arterial

☒ Punção Venosa Periférica

☐ Punção Venosa Central

☐ Dissecção venosa

Local: MS

Cateter: Jelco 18

SONDAGEM GÁSTRICA

☐ SNG nº

Retorno: 18

CATETERISMO VESICAL

☐ SVF nº

☐ SVA nº

Diurese:

Profissional responsável:

EXAMES SOLICITADOS:

☐ Hemograma

☐ Gasometria

☐ Outros:

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

() Sim ☒ Não () Metal () Descartável

Local:

DEGERMAÇÃO

☒ Sim () Não

Local: perna Solução: clorhexidina

IMPLANTE CIRÚRGICO

Drenos:

Tela:

Cateter:

Ostomia:

Fio de KC:

Placa - Tipo: DCP

Outros:

Parafuso - tipo: contes

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

1985078

Quant. Material:



HOSPITAL REGIONAL DE CLECIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

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

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

efedrina 2g/4 h: 23:00 h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

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

ANATOMO PATOLÓGICO

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

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

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

INTERCORRÊNCIAS: _____
Ass: Pmo Coren: 364245

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

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

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

Hora: _____ Data: _____/_____/____ 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: _____ Local: _____ Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Knerr Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Suo 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	<u>36,9</u>	<u>100</u>	<u>100/60</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	
30'	<u>36,5</u>	<u>109</u>	<u>100/60</u>	<u>105</u>	<u>100</u>	
60'	<u>37,0</u>	<u>104</u>	<u>100/60</u>	<u>107</u>	<u>100</u>	
Alta						

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: _____ ml 500
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 em boas condições após
anestesia e cirurgia

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 003.015.319 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/10/2007

NOME JOAO MARIA MONTEIRO DA SILVA

FILIAÇÃO RUBENS MONTEIRO DA SILVA
JANE CLEIA BARBOSA GOMES


NATURALIDADE NATAL - RN DATA DE NASCIMENTO 28/04/1991

DOG ORIGEM CERT. DE NASCIMENTO L-A09 F-13 RG-5047
RIACHUELO RN-1 CARTORIO

CPI 1a. VIA

FABIO BERGIMANS VERAS DANTAS
ASSINADO ELETRONICAMENTE

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



CARTÃO DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR JOAO MARIA MONTEIRO DA SILVA



POLEGAR DIREITO 

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
091.550.324-78

Nome
JOAO MARIA MONTEIRO DA SILVA

Nascimento
28/04/1991

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

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

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

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

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE RUBENS MONTEIRO DA SILVA CPF: 852.841.064-15	DATA DE VENCIMENTO 11/08/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 77,46	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 04/08/2017 DATA DA APRESENTAÇÃO 04/08/2017 NÚMERO DA NOTA FISCAL 000118556 Série: U	CONTA CONTRATO 000746074018 Nº DO CLIENTE 3000410268 Nº DA INSTALAÇÃO 0001272294
	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
RESERVADO AO FISCO 1B53.8D8D.F541.5FFA.8636.EFB3.73DE.3B7C			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	116,00	0,55021719	63,82
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,64
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,60
Contribuição Iluminação Pública			7,64
Multa por atraso-NF 000156759 - 05/06/17			1,84
Juros por atraso-NF 000156759 - 05/06/17			0,92
TOTAL DA FATURA			77,46

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
67,06	18,00	12,07	67,06	1,07	0,71	67,06	4,96
							3,32

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
Geração de Energia	R\$	%	
Transmissão	23,54	35,10	
Distribuição (Cosern)	15,06	22,46	
Encargos Setoriais	5,77	8,60	
Tributos	16,10	24,01	
TOTAL	67,06	100	

HISTÓRICO DO CONSUMO			
Mês	Consumo Ativo(kWh)	Valor	kWh
AGO 17	116	63,82	116
JUL 17	128	70,42	128
JUN 17	154	84,79	154
MAI 17	147	80,73	147
ABR 17	149	82,08	149
MAR 17	150	82,53	150
FEV 17	145	80,18	145
JAN 17	149	82,08	149
DEZ 16	130	72,54	130
NOV 16	123	68,58	123
OUT 16	122	67,94	122
SET 16	107	58,87	107
AGO 16	103	56,68	103

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000002009089632	CAT	05/07/2017	10.588,00	04/08/2017	10.704,00	30	1,00000	0,00	116,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 05/09/2017									

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Jun/2017					
DIC-No.de horas sem Energia	LITORAL SUL	0,00	10,73	21,46	42,92
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,59	15,19	30,39
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	5,78	0,00	0,00
Limite DICRI: 16,60					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 22,64					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO	
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.		TENSÃO NOMINAL(V) LIMITE DE VARIAÇÃO(V) 220 202 231	
		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000746074018	08/2017	77,46	11/08/2017	

838300000004 774600384002 746074018208 007916839831



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

M&O

Maia | Oliveira

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: João Maria Monturo da Silva

NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: solteiro

PROFISSÃO: pedreiro

IDENTIDADE: 003 055 319 CPF: 093.550.324-78

ENDEREÇO: Tr. Francisco de Souza, 4

BAIRRO: Piranga do Norte CIDADE: Parnamirim/RN

TELEFONE: 91 97 92 76

OUTORGADOS: ITAMAR OLÍMPIO DE VASCONCELOS MAIA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.925, NÚSIA LEILA FERNANDES DE OLIVEIRA, brasileira, casada, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.561, LARISSA DE OLIVEIRA MAIA, brasileira, solteira, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.421 com escritório profissional na Rua Edgar Dantas, nº 454, "C", Santos Reis, Parnamirim/RN. Email: Oliveiramaiaadvogados@outlook.com ; bcitamaia@hotmail.com

PODERES: A quem concedo (ermos) amplos, limpos e ilimitados poderes, para em conjunto ou separadamente, no foro em geral, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, propor em quaisquer medidas preliminares preventivas ou assecuratórias dos nossos direitos e interesses, ingressar com o pedido de indenização de seguro DPVAT na via administrativa e/ou judicialmente com ação de cobrança do Seguro DPVAT, pedir desistência em caso de não comparecimento em audiência, requerer e receber junto ao CPRE, complemento do BOLETIM ACIDENTE DE TRANSITO, usando, para tantos os poderes da cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA" e mais os especiais para transpor (em) compromissos, fazer acordo, receber (em), dar (em) quitação, representarmos juntos as repartições públicas, Estaduais, Municipais, Federa e autárquicas e sociedades de Economia Mista, praticando todos os atos de representação e defesa extrajudiciais, perante quaisquer pessoas físicas em geral, e, finalmente, praticar (em) todos os atos que se tornem mister para o fiel e completo desempenho deste mandato, inclusive interpor (em) total ou parcialmente, com ou sem reservas de poderes, o que tudo darei (ermos) por bom firme e valioso.

CONTRATO: Fica CONTRATADO, desde já, que os devidos honorários advocatícios serão na base de 20% (vinte por cento) sobre o valor bruto a receber (no caso de indenização e outros recebimentos congêneres), os quais, quando for o caso, serão descontados em favor do constituído (art. 22 §4 da Lei 8.906/94), com expedição do respectivo Alvará pelo juízo da ação, constando a soma dos honorários sucumbenciais e os contratuais, tudo em favor do outorgado que o requerer e conforme pacto através do presente instrumento, sendo que, quando houver prestações continuadas (benefícios mensais previdenciários, pensão alimentícia e congêneres), serão pagos, além os honorários sobre atrasados, também sobre os valores recebidos durante os 12 (doze) meses seguintes. Nas ações que não visem qualquer recebimento em espécie, os honorários serão os constantes da tabela da OAB do Estado onde for ajuizada a Ação. Em caso de recebimento da indenização do seguro DPVAT pela via administrativa, o outorgante também pagará o valor de 20% (vinte por cento) sobre o valor bruto a receber aos outorgados. Assim, fica configurado CONTRATO DE ADESAO, formalizado, para qualquer eventualidade futura.

Parnamirim, 22/08/2017

João Maria Monturo da Silva

OUTORGANTE

Rua Edgar Dantas, nº 454, "C", Santos Reis, Parnamirim/RN, CEP – 59.076-000.
Email: bcitamaia@hotmail.com