



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)
PORTE SEGURU S/A (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13934 627	12/12/2017 11:50	<a href="#">1 atendimento</a>	Documento de Comprovação
13934 639	12/12/2017 11:50	<a href="#">adm</a>	Documento de Comprovação
13934 652	12/12/2017 11:50	<a href="#">bo</a>	Documento de Comprovação
13934 665	12/12/2017 11:50	<a href="#">doc da cirurgia</a>	Documento de Comprovação
13934 675	12/12/2017 11:50	<a href="#">id</a>	Documento de Identificação
13934 679	12/12/2017 11:50	<a href="#">procuração</a>	Procuração

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAMIRIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MÁRCIO MARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO URGÊNCIA



PARNAMIRIM

Nº

64

NOME: José Ma. Monteiro da Silv. Data Nasc.: 28-04-92  
NOME DA MÃE: José Clei. B. Gomes Fone:  
Sexo: Masc (X) Fem ( ) Est. Civil: Solteiro Bairro: Pitanga  
Rua: Manoel Batista da Cunha Nº 04 Cidade: Parna  
Data: 02/01/17 Hora Entrada: 17:45

#### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

	HORA	SSVV	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

DISPNEIA ( ) 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)

Dia - pe de repouso  
(quadro de sono)

#### EXAME - LESÕES OU AFECÇÕES ENCONTRADAS

#### DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

Acidentado com corte.  
Diagnóstico provisório:  
Trombo venoso profundo.

Registrado CRM do Estado  
CRM-E773  
Clínica Geral  
Geral

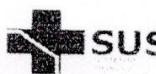
#### CONDUTA

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ENFERMAGEM
<p>L - Decalvarengas r/c Vulvopatia r/c/vm</p>	18:12	<p>Aline Rodrigues dos Santos Tec. de Enfermagem COREN/RN 001.087.833</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 MEDICA	
	À PEDIDO	
	À REVELIA	
DATA:	/ /	às _____ h
		ÓBITO EM: / /
		ENTREGUE À:
		FAMÍLIA
		IML
<p>Reginaldo do Amaral Modesto CRM 3273 (RN) Clínica Geral</p>		

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

4- CNES

HOSPITAL DE OCÉLIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

JOSE MARIA MONTEIRO DA SILVA *Heunes*

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

148524

7- CARTÃO NACIONAL SUS

160 6537 1846 0006

8- DATA DE NASCIMENTO

28/04/1991

9- SEXO

MASCULINO

10- RACA/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

JANE CLEIA BARBOSA GOMES

12- TELEFONE DE CONTATO

99195-8390

13- NOME DO RESPONSÁVEL

O GENITOR

15- ENDERECO (RUAS, Nº)

RUA ANTONIO DE SOUZA, 4

16- MUNICÍPIO

PARNAMIRIM

7- BAIRRO

PIRANGI-NORTE

18- UF

RN

19- CEP

59140-001

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Fevereiro*

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Infecção*

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

*Exames*

23- DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

24- CID-10 PRINCIPAL

25- CID-10 SEGUND.

26- CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CODIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DA PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

( ) CNS ( ) CPF

35- ASSINATURA

36- N° DO CARIMBO NO REGISTRO DO CONSELHO

*Manoel Correia*

*Ortopedia e Traumatologia*

*CNPJ 249*

*DO REGISTRO DO CONSELHO*

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- FAC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- N° DO BILHETE

41- SÉRIE

37- FAC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNPJ DA EMPRESA

44- CBDR

38- FAC. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. DRPA EMISSOR

48- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO NO REGISTRO DO CONSELHO

*198567-8*

*W. B. 198567-8*



## PRONTUARIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA  
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUARIO
		148524
DATA	HORA	CATEGORIA
24/07/2017	17:17	GIH
PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO	
JOSE MARIA MONTEIRO DA SILVA	28/04/1991	
ESTADO CIVIL	PROFISSAO	
SOLTEIRO	AUTONOMO	
ENDERECO (RUA, N°)		
RUA ANTONIO DE SOUZA - 4		
MUNICIPIO	BARRA	UF
PARNAMIRIM	PIRANGI-NORTE	RN
LOCAL DE TRABALHO		CEP
		59140-001
FILIAÇÃO	TELEFONE	
JANE CLEIA BARBOSA GOMES	RUBENS MONTEIRO DA SILVA	
RESPONSÁVEL		
O GENITOR	99195-6390	
ENDEREÇO		
O MESMO		

DIAGNOSTICO PROVISÓRIO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO

ALTA:

ÓBITO:

30-07-2017

HISTÓRIA CLÍNICA

178578  
2

**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 0200261201	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ / _____ / _____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA _____ / _____ / _____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/> HORA _____
ÓBITO _____ / _____ / _____	HORA _____	
ENTREGUE <input type="checkbox"/> Manger Correia Neto Ortopedia - Traumatologia	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/> <i>Obs: Paciente é extomado e vacinado.</i>

## 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



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

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2017005001044      1.2 Data de Expedição: 21/08/2017 12:10:51  
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO      1.4 Ligou CIOSP: Não

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 02/07/2017 16:40:00      2.2 Autoria: Conhecida  
2.3 Fato: Consumado      2.4 Flagrante: Não  
2.5 Meio(s) empregado(s): Outros      2.7 Logradouro: RUA: MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA  
2.6 Tipo do local: Via Pública      2.9 CEP:  
2.8 Número: SN      2.11 Ponto de Referência:  
2.10 Complemento:      2.13 Cidade: PARNAÍRAM  
2.12 Bairro: PIRANGI      2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: JOAO MARIA MONTEIRO DA SILVA      3.2 Estado civil: Solteiro(a)  
3.3 Nome Social:      3.4 Pai: RUBENS MONTEIRO DA SILVA  
3.5 Etnia: Parda      3.6 Mãe: JANE CLEIA BARBOSA GOMES  
3.7 Sexo: MASCULINO      3.8 Orientação Sexual:  
3.9 CPF: 09155032478      3.10 Identidade de Gênero:  
3.11 Nacionalidade:      3.12 Data de Nascimento: 28/04/1991  
3.13 Profissão: JARDINEIRO      3.14 RG: 003015319 - Itep/RN  
3.15 Telefone(s): 84 991879267      3.16 Passaporte:  
3.17 Número: 04      3.18 Naturalidade: NATAL - RN  
3.19 Bairro: PIRANGI DO NORTE      3.20 E-Mail:  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE      3.22 Logradouro: RUA: MAMOEL PATRICIO DE SOUZA  
3.23 Cidade: PARNAÍRAM      3.24 CEP: -

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)**

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

**7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

7.1.1 Segurado: Não      7.1.2 Seguradora:  
7.1.3 Chassi:      7.1.4 Renavam:  
7.1.5 Placa: QGI6589      7.1.6 Estado:  
7.1.7 Marca: HONDA      7.1.8 Modelo: CG 160 FAN ESDI  
7.1.9 Ano do Modelo: 2017      7.1.10 Ano de Fabricação: 2016  
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: RUBENS MONTEIRO DA SILVA      7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:  
7.1.17 Nome do condutor:      7.1.18 Observações:

**8. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**9. DOS FATOS**

**9.1 Histórico**

O COMUNICANTE COMPARECEU A 2ª DP DE PARNAÍRAM-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 - PARNAÍRAM-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-PARNAÍRAM-RN EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DEOCLÉCIO MARQUES EM PARNAÍRAM-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)**

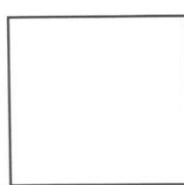
**11. DECLARAÇÃO**

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 - Código de autenticação: 44accb48b98d2e23cf4f1966bf646497

Página 1 2



Hospital

HDMC

Nº prontuário

Nome do paciente

Isaias M<sup>g</sup> Monteiro

Data operação

Enf.

Leito

Operador

Isaias M. Monteiro

1º auxiliar

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Fratura de Perna

Tipo de operação

TBO Críptolito

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

## DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Paceli em dorso dorsi non arteria

Anterioris osteopidice de retin

Colocação de colga esten

Incisão medel redusão e colocação de

plano para estabilização da fratura e progress

lateral em 30,90

friso / anel / lata preso

0608030500

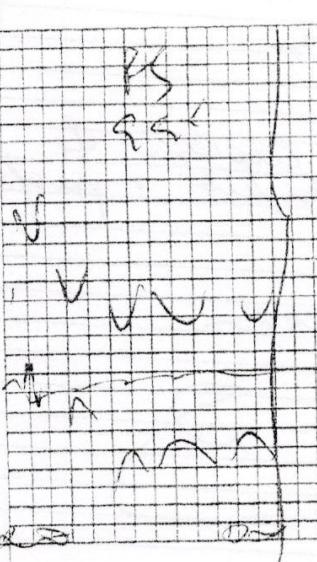
145562-8

15

582.2

MCD

# Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria	Leito	Nº prontuário			
Name:	José Maria Monteiro da Silva	Idade	26	Sexo	M	Cór	
Data:	28/04/2017	Pressão arterial	P脉	Respiração	Temperatura	Peso	Outros
Tipo sanguíneo	Hematílias	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia		
Ap. respiratório	Paciente com fístula na peneira. Nose constipado e alergia					Asma	Bronquite
Ap. circulatório						Eletrocardiograma	
Ap. digestivo	Dentes	Pescoço	Ap. urinário				
Estado mental	Ataracicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores			
Diagnóstico pré-operatório						Estado físico	Risco
Anestesias anteriores							
Medicação pre-anestésica	Aplicada às			Efeito			
Agentes Anestésicos	O <sub>2</sub>						
Líquidos							
Opac.	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	<p>(1) Procainamida - 150g      (2) chinina - 150g      (3) cefalotina - 250g</p> 					
Anest.							
O Resp.							
O Ppulse							
SÍMBOLOS							
E							
ANOTAÇÕES							
POSIÇÃO							
Agentes							
Técnica	Rapaneante						
Operação	Trombose na peneira						
Cirurgiões	Dr. José Dr. Michel						
Anestesistas	Dr. Lauro Góes						
Observações	<p>Lançamento</p> <p>4442</p>						



HOSPITAL REGIONAL DE OLÉLIO MARQUES DE LIMA  
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome: José Maria Monteiro da Silva Idade: 26 D/N: 28/04/01  
 Pront.: 148524 Município: Rondonópolis Procedência:  Interno  Externo  
 Data da cirurgia: 28/08/17 Hora Admissão: Bloco: 18-2, Sala:  Hora Saída:  Peso: ± 7  
 Alergias:  Não  Sim Comorbidades:  H/S  DM  Outras: negra  
 Uso de medicações:  Não  Sim Jejum:  Não  Sim  
 SSV: Admissão: PA: 160x90 mmHg Pulso: bpm F1: rpm FC: bpm SpO<sub>2</sub>: % T: °C  
 Enfermeiro(a): Lidiane Instrumentado (a): funcione Circulante: Dr. Lauro  
 Cirurgia: TTT Cirúrgico fratura tarsometatarsal Especialidade: Ortopédia Saia: 01  
 Hora Início: 23:00 Hora Término: 23:40 Tipo de cirurgia:  Eletiva  Urgência  Limpa  Contaminada  Infectada  
 1º Cirurgião: Dr. Rechetti Aux.: enrei Residente:  
 Anestesia:  Local  Sedação  Geral TOT:  Bloqueio  Raquidiana Ag.nº 25 Peridural  c/cateter  s/cateter  
 Ag.nº  Cateter nº:  Início: 22:40 Garrot:  Smarch  Pneumático Início: 22:50 Término: 23:30  
 Anestesiologista: Dr. Lucas

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Selco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input 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 type="checkbox"/> Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnôgrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Diprifusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfíglico	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/> t/dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	
<input type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas		<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>77</u>			Bpm
Pulso	<u>78</u>			Bpm
Oximetria	<u>100</u>			%
Capnografia	<u>-</u>			%
PAr	<u>160x8</u>			mmHg

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

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Descartável
Local:		
DEGERMAÇÃO		TRICOTOMIA
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Local:	pente	Solução: etanol gel

IMPLANTE CIRÚRGICO		
Drenos:		
Tela:		
Cateter:		
Ostomia:		
Fio de KC:		
Placa - Tipo:	<u>DCP</u>	Parafuso - tipo: <u>corte c/</u>
Outros:		

ASPECTOS DO MATERIAIS CIRÚRGICO  
met 415 Quant. Material: \_\_\_\_\_

ACCESSO VENOSO		
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Arterial		
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica		
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Central		
Dissecção venosa		
Local:	<u>MS</u>	
Cateter:	<u>selco 18</u>	

SONDAGEM GÁSTRICA		
<input checked="" type="checkbox"/> SNG nº		
Retorno:		
SVF nº	<u>/</u>	SVA nº
Díurese:		

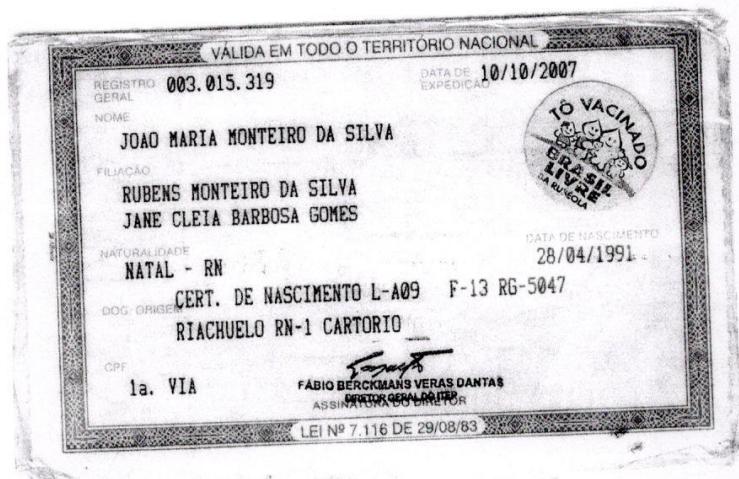
EXAMES SOLICITADOS:		
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input checked="" type="checkbox"/> Gasometria	
	<input type="checkbox"/> Outros	



HOSPITAL REGIONAL DE OCÉCIO MARQUES DE LACERDA  
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

		HEMOTRANSFUSÃO:			
<input type="checkbox"/> Hemoconcentrado	Unid.	<input type="checkbox"/> Plasma	Unid.	<input type="checkbox"/> Plaquetas	Unid.
<input type="checkbox"/> Albumina	Unid.	<input type="checkbox"/> Expansor plasmático	Unid.		
MEDICAÇÕES UTILIZADAS					
Sedatives 2g t/a 28:00		h:	h:	h:	h:
		h:	h:	h:	h:
		h:	h:	h:	h:
HIDRATAÇÃO VENOSA					
<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico:	ml	<input type="checkbox"/> Soro Ringer Simples:	1000 ml	Quantidade total de volume administrado:	
<input type="checkbox"/> Soro Glicosado:	ml	<input type="checkbox"/> Soro Ringer Lactato:	ml		
ANÁTOMO PATOLÓGICO					
<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Peça:	Peça para sepultamento: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
Swab para cultura: Líquido:					
CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES					
FO de aspecto: <input type="checkbox"/> limpo <input type="checkbox"/> c/exsudato <input type="checkbox"/> Contaminada <input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado <input type="checkbox"/> Bandagens <input type="checkbox"/> Talas <input type="checkbox"/> Outros:					
INTERCORRÊNCIAS:					
Ass: <u>Ana</u> Coren: <u>364245</u>					
CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO					
Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Narcose <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Vigil <input type="checkbox"/> Agitado					
Respiratório: <input type="checkbox"/> Intubado <input type="checkbox"/> Extubado <input type="checkbox"/> Cânula de Guedel <input checked="" type="checkbox"/> O <sub>2</sub> ambiente Curativo: <input type="checkbox"/> Oclusivo <input type="checkbox"/> Compressivo <input type="checkbox"/> Boia de colostomia <input type="checkbox"/> Outro:					
Diurese: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Irrigação vesical <input type="checkbox"/> Oligúrico Destino após a cirurgia: <input type="checkbox"/> SRPA					
UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO					
Hora:	Data:	Nível de consciência:	<input type="checkbox"/> Acordado	<input type="checkbox"/> Sonolento	<input type="checkbox"/> Narcose
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Choroso	Vias aéreas:	<input type="checkbox"/> Intubado	<input type="checkbox"/> Extubado
<input type="checkbox"/> Diminuída	<input type="checkbox"/> Sem mobilidade	Mobilização MMII:	<input type="checkbox"/> Cateter O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> Cânula de Guedel	<input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> Ambiente
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diminuída	Mobilização MMSS:	<input type="checkbox"/> Oclusivo	<input type="checkbox"/> Compressivo	<input type="checkbox"/> Boia de
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Tipo:	Local:	<input type="checkbox"/> Gástrica	<input type="checkbox"/> Enteral	<input type="checkbox"/> Vesical
Sondas:					
Drenos:	<input type="checkbox"/> Sucção	<input type="checkbox"/> Torácico	<input type="checkbox"/> Penrose	<input type="checkbox"/> Knerr Ostomias:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especifique:
Irrigação vesical contínua:	<input type="checkbox"/> Retorno satisfatório	<input type="checkbox"/> Retorno Insuficiente	<input type="checkbox"/> Coágulos		
Curativo:	<input type="checkbox"/> Oclusivo	<input type="checkbox"/> Descoberto	<input type="checkbox"/> Limpo	<input type="checkbox"/> Sulo Monitorização:	<input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Oxímetro <input type="checkbox"/> IPA
INTERCORRÊNCIAS NA URPA ( <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Bexigoma <input type="checkbox"/> Alteração PA <input type="checkbox"/> Alteração FC					
Relate:					
SINAIS VITAIS					
Líquidos administrados na URPA:					
Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%
Admissão	36.8	100	100x20	100	100
30'	36.6	109	100x20	135	100
60'	35.8	107	100x20	107	100
Alta					
Medicações administradas URPA:			Eliminações:		
Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura	
Recebido da SO					
Desprezado					
URPA					
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:					
<u>paciente em ótima evolução após cirurgia</u>					



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

22/08/2017

2a Via de Fatura

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

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE  
RUA MERMZOZ, 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 Gratuítas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

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

-Ouvíndia 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

## ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV FRANCISCO DE SOUZA 4

PIRANGI DO NORTE/DISTRITO LITORAL  
59140-001 PARNAMIRIM RN

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.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br)

## 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

DESCRÍÇÃO	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
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>77,46</b>

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencido	Dt Reav	Valor
12/07/17	04/08/17	82,08

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,41800000

## HISTÓRICO DO CONSUMO

		KWh
AGO	17	116
JUL	17	128
JUN	17	154
MAI	17	147
ABR	17	149
MAR	17	150
FEV	17	145
JAN	17	149
DEZ	16	130
NOV	16	123
OUT	16	122
SET	16	107
AGO	16	103

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	RS	%
Geração de Energia	23,54	35,10
Transmissão	2,89	4,31
Distribuição (Cosern)	15,06	22,46
Encargos Setoriais	5,17	6,60
Tributos	16,10	24,01
TOTAL	67,06	100

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRÍÇÃO	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
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			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

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](http://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.

## 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
000746074018	08/2017	77,46	11/08/2017	



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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: *João Maria Monturo da Silva*

NACIONALIDADE: *Brasileiro* ESTADO CIVIL: *sócio*

PROFISSÃO: *Advogado*

IDENTIDADE: *003 055 319* CPF: *091.550.324-78*

ENDEREÇO: *Tv. Francisco de Souza, 4*

BAIRRO: *Pirangi do Norte* CIDADE: *Parnamirim/RN*

TELEFONE: *91 32 92 76*

OUTORGADOS: ITAMAR OLIMPIO 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 nº13.561, LARISSA DE OLIVEIRA MAIA, brasileira, solteira, inscrito na OAB/RN sob o nº nº13.421 com escritório profissional na Rua Edgar Dantas, nº454, "C", Santos Reis, Parnamirim/RN. Email: [Oliveiramaiaadvogados@outlook.com](mailto:Oliveiramaiaadvogados@outlook.com); [bcitamaia@hotmail.com](mailto: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 ao atos de representação e defesa extrajudiciais, perante quaisquer pessoas físicas em geral, e, finalmente, praticar (em) todos ao 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, oque 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 juiz 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 ADESÃO, formalizado, para qualquer eventualidade futura.

Parnamirim, *22/08/2017*

*- do sócio da f. va*

OUTORGANTE