



Número: **0836474-44.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **07/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LUCIANO DA SILVA (AUTOR)	RICARDO JOSE SILVA REIS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11852 435	16/08/2017 13:41	<u>PROCURAÇÃO</u>	Procuração
11852 464	16/08/2017 13:41	<u>DOCUMENTOS PESSOAIS E COMPROVANTE DE RESIDENCIA</u>	Documento de Comprovação
11852 498	16/08/2017 13:41	<u>Boletim de Atendimento Urgência - HOSPITAL WALFREDO GURGEL</u>	Documento de Comprovação
11852 522	16/08/2017 13:41	<u>DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DO SAMU</u>	Documento de Comprovação
11852 548	16/08/2017 13:41	<u>INTERNAMENTO PARA CIRURGIA HOSP. DEOCLECIO MARQUES.</u>	Documento de Comprovação
11852 556	16/08/2017 13:41	<u>PAGAMENTO DO SINISTRO</u>	Documento de Comprovação



Cabral & Reis
Advogados Associados



OAB/RN 215
Página 1 de 1

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Pelo presente instrumento de Procuração Particular, como Outorgante(s) LUCIANO DA SILVA, brasileiro, casado, cozinhheiro, inscrito no CPF/MF sob o nº 156.473.744-68, com RG de nº 332.328 - SSP/RN, domiciliado na Rua Mira Mangue, nº 66, Felipe Camarão, Natal/RN CEP: 59.074-180, para o feito. Outorga e constitui como seus bastantes advogados e procuradores Breno Cabral Cavalcanti Ferreira, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/RN sob o nº 5.810, e-mail: brenocabral@cabralreis.com.br; Ricardo José Silva Reis, brasileiro, divorciado, advogado inscrito na OAB/RN sob o nº 5.815, e-mail: ricardosilvareis@hotmail.com; e Douglas Bartolomeu Moura da Silva, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RN sob o nº 7.857, e-mail: douglas@cabralreis.com.br. Integrantes do Escritório de Advocacia Cabral & Reis Advogados. Associados, pessoa jurídica de direito privado com inscrição no CNPJ/MF sob o nº 08.418.830/0001-45, e registro na OAB/RN sob o nº 215, situado na Av. Capitão-Mor Gouveia, 3005, sala 15, Shopping Ceasa, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59076-400, a quem são conferidos todos os poderes abalizados e os demais necessários ao cumprimento com diligência e apreço do exercício de defesa do outorgante, especialmente para propor Ação de Cobrança de Seguro DPVAT.

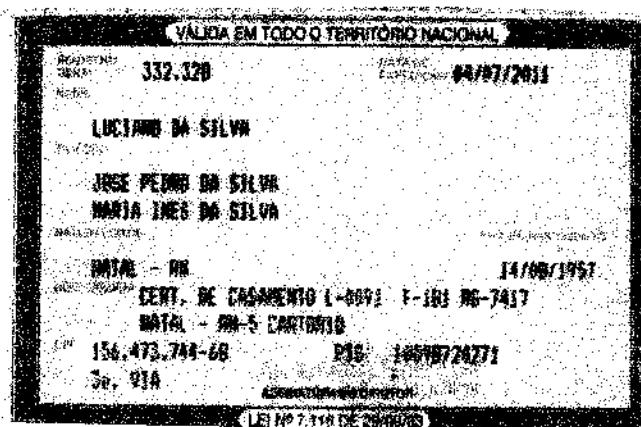
A presente Procuração Particular, com as cláusulas **ad judicata**, habilita os advogados em epígrafe a praticarem todos os atos do processo, inclusive para receber agravos, citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, subsistir ou extinguir com ou sem resava de podeses, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, recorrer, dar quitação e firmar compromisso, **até mesmo para declarar hipossuficiência econômica e requerer o benefício da justiça gratuita**.

CLÁUSULA DE HONORÁRIOS – Fica acordado entre OUTORGANTE(S) e os advogados OUTORGADOS, qualificados acima, que os(s) primeiro(s) pagará(á) os(s) segundos, a título de honorários advocatícios, pelos serviços de virão a ser executados em cumprimento aos poderes outorgados por este mandato, o percentual de 30% (trinta por cento) sobre qualquer vantagem financeira que venha a receber ou auferir, direta ou indiretamente, tanto na esfera judicial como administrativa, executados os honorários sucumbências, ou voluntariamente pagos pela parte contrária, garantindo o valor mínimo de R\$ 1.000,00 (um mil reais), devendo seu pagamento ocorrer de uma única vez quando os(s) OUTORGANTE(S) receber(em) seu(s) crédito(s). Em caso de resolução, por parte dos(s) OUTORGANTE(S), será assegurado aos advogados OUTORGADOS o valor correspondente ao percentual aqui pactuado, por ocasião da disponibilização do(s) crédito(s) ao(s) OUTORGANTE(S). Desde já, os(s) OUTORGANTE(S) autorizam expressamente a retenção do percentual supracitado em favor dos advogados OUTORGADOS.

Natal/RN, 11 de Maio de 2017.

LUCIANO DA SILVA.

LUCIANO DA SILVA



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 58025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



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

Ligações Grátias:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

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

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligaçāo Grātiā de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA LUCINEIDE DA SILVA
CPF: 106.019.024-91 NIS: 10869365859

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MIRA MANGUE 66
FELIPE CAMARAO/AREA URBANA
59074-180 NATAL 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

DATA DE VENCIMENTO

20/04/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

12/04/2017

DATA DA APRESENTAÇÃO

12/04/2017

NÚMERO DA NOTA FISCAL

000589336

Série: U

CONTA CONTRATO

000112687017

Nº DO CLIENTE

3000436184

Nº DA INSTALAÇÃO

9000711603

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

BD27.6B13.1EF0.6158.31AB.C2E1.9BD8.9FF3

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRICAÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	36,00	0,16127117	4,83
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,27546488	19,35
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	94,00	0,41469732	38,98
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,05
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,17
Contribuição Iluminação Pública			7,88
ICMS-Parcela Subvenzionada			5,79
Doação LIGA CONTRA O CANCER - 4009-5578			4,00
TOTAL DA FATURA			85,05

INFORMAÇĀOES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS		COFINS					
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
67,38	18,00	12,12	67,38	0,65	0,43	67,38	3,38	2,26

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 30 kWh 0,12577539
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,21561498
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh 0,32342244

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
ABR	17	194
MAR	17	205
FEV	17	182
JAN	17	198
DEZ	16	189
NOV	16	166
OUT	16	168
SET	16	163
AGO	16	143
JUL	16	164
JUN	16	155
MAI	16	157
ABR	16	171

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$ %
Geração de Energia 24,82 56,54
Transmissão 1,37 2,03
Distribuição (Cosern) 16,52 24,52
Encargos Setoriais 0,01 0,02
Tributos 14,61 21,38
TOTAL 67,38 100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇĀOES

DESCRICAÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Fev/2017					

DIC-No de horas sem Energia

FIC-No de vezes sem Energia

DMC-Duração máxima de

Interrupção contínua

DICR-Duração de

Interrupção em dia útil

Linha DICR: 12,22

EUZO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 22,15

Todo Consumidor pode solicitar a atualização dos indicadores DIC, FIC, UNIC e DICR a qualquer tempo.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000921202B9986	CAT	14/03/2017 10.321,00	12/04/2017 10.715,00	28	1.00000	0,00	194,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 13/05/2017

INFORMAÇĀOES IMPORTANTES

De 1 a 30/04, tarifa de consumo reduzida em R\$0,06755/kWh (a incidir tributos e descontos) para revertar a previsão do Encargo de Energia de Reserva da Usina Angra III (REH2214/17). Efeito conforme ciclo de fatura.

Mais informações: www.aneel.gov.br

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.

Na data da leitura é 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.

Pagamento em atraso gera: Multa 2% (Res. 414/ANEEL-09/09/10) e Juros 1% a.m. (Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês.

Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 32,47.

O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Artº 7º REN 581/13.

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000112687017	04/2017	0,00	20/04/2017	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

NÍVEIS DE TENSĀO

TENSĀO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIACĀO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
ORTOPEDIA ORTOPEDIA

PACIENTE	LUCIANO DA SILVA							
DATA DE ENTRADA	27/11/2016 HORA 13:34 N° BAA 221160							
IDADE	59	SEXO	M	ETNIA	Pardo			
CARTÃO SUS	700001984746302							
CPF	156.473.744-68	RG	332328	ESTADO	Casado(a)			
NOME DA MÃE	MARIAINES DA SILVA							
NOME DO PAI	JOSE PEDRO DA SILVA							
NASCIMENTO	14/08/1957							
TELEFONE	(84) 8634-5117							
RUA/AV.	Travessa Mar E Céu N° 4725							
COMPLEMENTO								
CEP	59074-125							
ORIGEM	Não	MOTIVO	Cozinheiro					
ACID. DE TRABALHO	Acidente de Trânsito / Moto							
	Erivaldo							
	BAIRRO Felipe Camarão							
	CIDADE Natal-RN							

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)
Paciente vítima de acidente de moto se moveu em círculos

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES

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

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID

Copyright © 2016 | Sistema Amazing | (84) 99613-4442

 <p>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho</p>		<p style="text-align: right;"><i>det</i></p> <p>LAUDO / SOLICITAÇÃO</p>	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES <i>9621</i>	
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE <i>Luciano da Silva</i>		6 - N° DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS <i>F00001984746302</i>		8 - DATA DE NASCIMENTO <i>14-08-1959</i>	9 - SEXO MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Maria Tonís da Silve</i>		11 - TELEFONE DE CONTATO <i>86345114</i>	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°) <i>Rua. Man. e Cia 4725</i>		13 - MUNICÍPIO <i>Na Fil</i>	
14 - BAIRRO <i>Kelype Camarão</i>		15 - UF	16 - CEP <i>86279-077</i>
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
<p><i>FX clavícula esq</i></p> <p><i>to anorápico</i></p>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
<p><i>Anamnese + OT + Rx</i></p>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
<p><i>Anamnese + OT + Rx</i></p>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Infracôssis nos</i>	21 - CID INICIAL <i>038016019</i>	22 - CID SECUNDÁRIO <i>038016019</i>	23 - LAUDOS ASSOCIADOS <i>Zélio Cesar</i>
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Infracôssis nos</i>	25 - LEITO / CLÍNICA <i>ortop</i>	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>urgência</i>	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Zélio Cesar</i>
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>038016019</i>			29 - DT SOLICITAÇÃO <i>28/11</i>
			30 - CNS / CPF
			31 - ASSINATURA E CARMIMBO (Nº REG. C)
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - N° DO SÍNTELE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL		DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ()	44 - () GRAVE
			45 - () GRAVISSIMO
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - N° DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.		
48 - CNS / CPF	52 -		
49 - ASSINATURA E CARMIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARMIMBO (Nº REG. CONSELHO)		



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA N° 59 ORT

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL (PSA)

MATRÍCULA DATA HORA
161.323-5 12/12/2016 16:16

DADOS DO PACIENTE

VIDENTE
LUCIANO DA SILVA

NACIONALIDADE
BRASILEIRO

ESTADO DE
Sergipe

NOME DA MÃE

MARIA INES DA SILVA

CPF
156.473.744-68

ENDERECO

TRAV. MAR E CEU, 425

BAIRRO

FELIPE CAMARAO

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

MARIA DO ROSARIO RIBEIRO

DATA DE NASCIMENTO

14/08/1957

ESTADO CIVIL

CASADO

IDADE

59

PROFISSÃO

COZINHEIRO

NOME DO PAI

JOSE PEDRO DA SILVA

UF CARTÃO DO SUS

RN

COMPLEMENTO

UF

RN

PARENTESCO

COMPANHEIRA

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO

Regulado SAMU Demanda Espontânea

PRIORIDADE

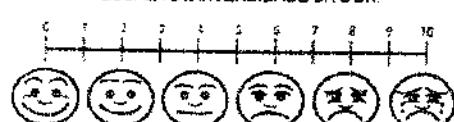
EXODRAMA

DOENÇAS PREEXISTENTES

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR:



PRIORIDADE

AZUL VERDE AMARELO LARANJA VERMELHO

HISTÓRIA CLÍNICA

EXAME FÍSICO

CONFIRME COM ORIGINAL

Tatiane Reis
Sócio-Diretor
1564620

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	3624
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE	6 - N.º DO PROTOCOLO		
Luciano da Silva	6 - N.º DO PROTOCOLO		
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - FEMININO
100001984746302	14-08-1959	MASCULINO	1
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	12 - TELEFONE DE CONTATO		
Maria Tereza da Silva	56345114		
12 - ENDERECO (RUA, N.º)	13 - MUNICÍPIO		
Rua: Manoel 4725	Natal	14 - BAIRRO	15 - UF
		Felipe Camarão	16 - CEP
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Fx clavícula			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Hematoma			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
Anamnese + DT + R			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
Intusse	01	02	03
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PRÓCEDIMENTO SOLICITADO	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Intussus	01	02	Dr. S. S. S.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			28 - DT SOLICITAÇÃO
03651009			28/11/16
31 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º REG. CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
32 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGUROADORA	34 - N.º DO BILHETE	35 - BONUS
36 -) ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 -) ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL		42 - DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ()	44 - () GRAVE
45 - () GRAVÍSSIMA			
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.		
48 - CNS / CPF	52 -		
49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º REG. CONSELHO)	CONFERIDA AUTOMATICAMENTE	

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



Sistema Único de Saúde - Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2- CNES	
1- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA		4- CNES 3515168	
Identificação do Paciente			
5- PACIENTE LUCIANO DA SILVA	6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO 146247	7- RACIAÇÃO PARDA	
11- CARTÃO NACIONAL SUS 1009872427100041	8- DATA DE NASCIMENTO 14/08/1987	9- SEXO MASCULINO	12- FONE DE CONTATO 987693809
11- NOME DA MÃE MARIA INES DA SILVA	13- NOME DO RESPONSÁVEL MARIA DO ROSARIO RIBEIRO		
13- ENDERECO (RUA, N°) TV. MAR E CÉU	14- FONE DE CONTATO		
15- MUNICÍPIO NATAL	17- BAIRRO FELIPE CAMARÃO	18- UF RN	19- CEP 59074120
Justificativa de Internação			
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>... ruim ... ruim ...</i>			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO <i>... ruim ... ruim ...</i>			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>S/N</i>			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL <i>... ruim ... ruim ...</i>	24- CID 10 PRINCIPAL <i>... ruim ... ruim ...</i>	25- CID 10 SECUND. <i>... ruim ... ruim ...</i>	26- CID 10 SINAIS ASSOCIADOS <i>... ruim ... ruim ...</i>
Procedimento Solicitado			
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>... ruim ... ruim ...</i>		28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>... ruim ... ruim ...</i>	
29- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO	32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	() CNS () CPF	35- ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE CONSELHO <i>Manoel Correia Neto Ortopedia- Traumatologia CRM- 848</i>
Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)			
36- IAC TRÂNSITO	37- CNPJ DA SEGURADORA	40- N° D.O. BILHETE	41- SÉRIE
37- IAC TRABALHO TÍPICO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNPJ DA EMPRESA	44- CEDR
38- IAC TRABALHO TRAJETO			
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO	() EMPREGADOR	() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		Autorização	
() CNS () CPF		47- CÓD. ORGÃO EMISSOR	
48- DATA DA AUTORIZAÇÃO		52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR	
() ASSINATURA E CARIMBO N° DO REGISTRO DO CONSEJO			

EXAMES COMPLEMENTARES

LABORATORIAL RADIOLOGICO ECO TOMOGRAFIA USG OUTROS

CONSULTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NIR

CLÍNICA MÉDICA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA CLÍNICA ORTOPÉDICA PEDIATRIA/NEONATO

CLÍNICA OBSTÉTRICA CLÍNICA GERAL UTI OUTROS

DIAGNÓSTICO

CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

ABERTURA DE HORÁRIO / CHECAGEM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DESTINO DO PACIENTE

Manoel Correia Neto
Ortopedia Traumatologia
CRM-349

<input type="checkbox"/> OBITO	<input type="checkbox"/> EVASÃO	<input type="checkbox"/> SOLICITADO INTERNAMENTO NO SERVIÇO DE
<input type="checkbox"/> HTEP <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO		507005900



Prefeitura Municipal do Natal
A nossa cidade

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU 192 NATAL

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **LUCIANO DA SILVA** foi vítima de colisão carro x moto, no dia 27/11/2016, aproximadamente às 13h38min, na Avenida das Fronteiras, Nossa Senhora da Apresentação, nesta Cidade. Tendo sido atendido pelo SAMU 192 Natal, sob nº de ocorrência 130222/1, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão e removido para o Hospital Walfredo Gurgel.

Natal, 28 de dezembro de 2016.


Alfredo Galvão da Silva Júnior
Coordenador Administrativo SAMU 192 Natal
Matrícula 44.986-5

Rua Potiguares, 300 - Dix Sept Rosado - Natal/RN - CEP: 59054-280
Tel.: (84) 3232-9222 - (84) 3232-9211

28/12/2016

samunatal.np-ip.org/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=130222&Digito=1&ReadOnly=1

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: **130222/1**

Data: **27/11/2016**

REGULACAO

TARM: JANAILSON GABRIEL DA CRUZ FERREIRA

Rádio Operador: ELLIO PEIXOTO DOS SANTOS

Equipe Enfermagem Cena:

VTR: USB 14 (BASE DESCENTRALIZADA LEIDE MORAIS)

Médico Regulação: ROGERIO OSCAR FERNANDES

Médico Cena: THAISA GÉOVANINE DE CARVALHO FIGUEIRA

Usuário Pós-Cena:

Equipe VTR: FRANCISCO FABIO LEONARDO DOS SANTOS - CONDUTOR
DE VÉHICULO DE EMERGÊNCIA
GIZÉLIA C. DA SILVA - TECNICO DE ENFERMAGEM

Regulação Médica	Trote	Informação	Engano	Queda da ligação	Sem Médico	Transf./Internação	Eletivo
------------------	-------	------------	--------	------------------	------------	--------------------	---------

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: JOAB

Telefone: (84) 9990-0492

Nome do Paciente:

LUCIANO DA SILVA

Idade: *

59

ANO(S)

▼

Sexo: *

MASCULINO

▼

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: -5.7562223 **Longitude:** -35.2636893

Endereço: AVENIDA DAS FRONTEIRAS

Nº: VP

Bairro: NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO

Outro Bairro:

Referência/Complemento: ENTRADA DA BOA SORTE // PX A DROGARIA AMADEUS // PX A LEIDE MORAIS

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Observações Rádio Operador: AGUARDANDO DISPONIBILIDADE DE VIATURAS DEVIDO A GREVE.

Queixa Paciente: ACIDENTE AUTO X MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

27/11/2016 13:41:57 - **Dr(a). ROGERIO OSCAR FERNANDES**

APH: TRAUMA / **MD:** ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: UMA VÍTIMA, CONSCIENTE E ORIENTADO, RESPIRA BEM, SEM SINAL DE FRATURA APARENTE, SEM SANGRAMENTO, DOR EM REGIÃO COSTAL, JOAB RELATA QUE TEM CURSO DE PRIMEIROS SOCORROS E QUE IRÁ TENTAR REMOVER O PACIENTE AO SANTA. ORIENTO QUE SE REMOVER O PACIENTE POR CONTA E RISCO ENTRE EM CONTATO CANCELANDO A FICHA.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE:

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO:

POSSUI CONVÉNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:



Acesse: http://samunatal.no-ip.org/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=130222&Digito=1&ReadOnly=1

Tipo de APH:

TRAUMA - ACIDENTE AUTO X MOTO

Hipótese Diagnóstica:

Sinais Vitais:

27/11/2016 14:15

1º PA - 110x70
2º FC - 84
3º FR - 16
4º SAT - 98% (AA)

Antecedentes:

Cardiopatia Diabetes Epilepsia Etilismo Hipertensão HIV Nefropatia Neoplasia Pneumopatia Sequela AVC

Outros Antecedentes:

Nível de consciência:

Normal Confuso

Torporoso

Inconsciente

Respiração:

Não Respira Normal

Ruidosa / Dispnéia

Via aérea obstruída

Via aérea pélvia

Sudorese:

- SELECIONE -

Coloração da pele:

- SELECIONE -

Sangramento:

- SELECIONE -

Uso de algum Medicamento:

Alergia:

Prioridade:

Vermelho

Verde

Azul

Observação:

COLISAO CARRO X MOTO-ERA A CARONA DA MOTO-SE ENCONTRAVA AO SOLO-CAPACETE RETIRADO POR ELE MESMO.NEGA DESMAIO.CONSCIENTE E ORIENTADO.DOR EM CLAVICULA ESQUERDA-COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM MSE-DOR+DEFORMIDADE.

Paciente possui convênio médico particular?*

Sim Não Não informado

Atendimento / Residência

Óbito

Removido por terceiros

Conduta VTR

Endereço não localizado

Evasão do local

Remoção / Transferência

Recusa atendimento

Recusa remoção

Conduta Médico Regulador:

27/11/2016 14:18:15 - THAISA GEOVANINE DE CARVALHO FIGUEIRA
IMOB CONF PROTOCOLO

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

F:

Recebido por:

Vaga Negada

Motivo da entrada:

Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE -

H. ligação ao serv prop.:

Vaga Zero

Nome receptor:

Cargo receptor:

28/12/2016

http://semunatal.no-ip.org/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=130222&Digito=1&ReadOnly=1

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

27/11/2016 13:52:49

Chamado:	Regulação Médica:	Solicitação VTR:	Saída VTR:	Chegada Local:
27/11/2016 13:38:21	27/11/2016 13:41:57	27/11/2016 13:52:49	27/11/2016 13:52:51	27/11/2016 13:59:13
Saída Local:	Chegada Destino:	Liberação Destino:	Liberação VTR:	
27/11/2016 14:19:05	27/11/2016 14:46:55	27/11/2016 15:30:17	27/11/2016 15:30:18	

 [Imprimir](#)

http://semunatal.no-ip.org/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=130222&Digito=1&ReadOnly=1

3/3



PRONTUÁRIO DE INTERNACAO

CLINICA
ORTOPEDIA

CONFIDENTIAL

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

data	H/DMC	Enfermaria	Leito	Nº prontuário																														
Licitário da Silva				Idade	Sexo	Cor																												
SANGUÍNEO	Pressão arterial	P脉	Respiração	Temperatura	Peso	Outros																												
	Hematíes	Hemoglobina	Hemotorrito	Glicemia	Uréia																													
Urina																																		
respiratório				Asma		Bronquite																												
circulatório				Eletrocardiograma																														
digestivo		Dentes	Pescoco	Ap. urinário																														
ido mental		Atacados	Corticoides	Alergia	Hipotensores																													
Indstico pré-operatório				Estado fílico		Risco																												
estesias anteriores																																		
Inicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito																													
1600 1200																																		
<p>Ó</p> <table border="1"> <tr><td>260</td><td>250</td><td>240</td><td>230</td><td>220</td><td>210</td><td>200</td></tr> <tr><td>190</td><td>180</td><td>170</td><td>160</td><td>150</td><td>140</td><td>130</td></tr> <tr><td>120</td><td>110</td><td>100</td><td>90</td><td>80</td><td>70</td><td>60</td></tr> <tr><td>50</td><td>40</td><td>30</td><td>20</td><td>10</td><td></td><td></td></tr> </table> <p>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> <p>MBOLOS X X</p> <p>E</p> <p>OTACÔ</p> <p>OSIÇÃO</p> <p>entes</p> <p>cnica</p> <p>eração</p> <p>urgiões</p> <p>estesistas</p> <p>serviços</p> <p>strar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias</p> <p>CONFIRA COM ORIGINAL Foto em desenho</p> <p>15545</p>							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		
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																														



Hospital

Nome do paciente

Nº protocolo

Data operação

Operador

2º auxiliar

Anestesista

Diagnóstico pré-operatório

Enf.

Leito

auxiliar

auxiliar

auxiliar

auxiliar

anestesista

Instrumentador

Tipo de operação

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

Operação realizada em 27/01/1998
Pelo Dr. Ricardo Silva Reis



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

(-) Hemoconcentrado _____ Unid. _____
(-) Álbumina _____ Unid. _____

(-) Plasma _____ Unid. _____
(-) Expansor plasmático _____ Unid. _____

(-) Plaquetas _____ Unid. _____

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: _____
h: _____
h: _____

h: _____
h: _____
h: _____

h: _____
h: _____
h: _____

(-) Soro Fisiológico: _____ ml
(-) Soro Glicosado: _____ ml

(-) Soro Ringer Simples: _____ ml
(-) Soro Ringer Lactato: _____ ml

Quantidade total de volume administrado: 2.500 ml

HIDRATAÇÃO VENOSA

(X) Não () Sim Peca:
Swab para cultura: _____

Peca para sepultamento: () Não () Sim
Líquido: _____

ANÁTOMO PATOLÓGICO

(X) Não () Sim Peca:

Peca para sepultamento: () Não () Sim

Swab para cultura: _____

Líquido: _____

CURATTIVOS E IMOBILIZAÇÕES

PO de aspecto: () Limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Taisas () Outros:

INTERCORRÊNCIAS: *Perda de sangue interoperatoriário, medido 200 ml, p/ ex. anestesia. Pct. de que o EPC perdeu 200 ml para a anestesia.*

Ass: *Aleme C. 16* Coren: *62-16*

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: (X) Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado

Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () O₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colestomia () Outro:

Diurese: () Espontânea (X) Normal () Hematuria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: *EEG*

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

Hora: *16:40* Data: *09/12/16* Nível de consciência: (X) Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado
() Desorientado () Agitado () Charoso Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ () O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venólise: () Não () Sim Tipo: *ANP* Local: *M56* Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Succión () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____

Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () PA

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

Relato:

SINAIS VITAIS

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat. %	Dor
Admissão	<i>37,1</i>					<i>N/</i>
30'	<i>37,0</i>					<i>N/</i>
60'	<i>37,0</i>					<i>N/</i>
Alta						

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: _____ ml

Soro Fisiológico: _____ ml

Ringer: _____ ml

Irrigação vesical contínua: _____ ml

Medicações administradas URPA:

Eliminações:

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: *Pact. adotado na SRA: EOB mantém AFP + anatuc.*

Após recuperar-se, encaminhado p/ PR

CONFIRMADO
Tutor: *Alme*
Ass: *Alme C.* Coren: *62-16*
Faturado: *1554* euc



Claudia E.
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: *Luciano da Silva* Idade: *39* D/N: *14/08/98*
 Front: *14624* Município: *Natal* Procedência: Interno Externo
 Data da cirurgia: *10/12/16* Hora Admissão: Bloco: *1* Sala: *1* Hora Saída: Peso:
 Alergias: Não Sim Comorbidades: H.S DM Outras: *negra*
 Uso de medicações: Não Sim Jejum: Não Sim
 SSVV Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm Fl: rpm FC: bpm SpO₂: %: °C:
 Enfermeiro(a): *Juliana* Instrumentado (a): *Sim* Circulante: *Clínica* Enfermeiro(a): *Juliana*
 Cirurgia: *Fez cirurgia em artrose* Especialidade: *Ortopédica* Sala:
 Hora Início: *15:45* Hora Término: *16:30* Tipo de cirurgia: Eletiva Urgência Limpa Contaminada Infectada
 Cirurgião: *D. Pedro R. Aux: Dr. Francisco* Residente:
 Anestesia: Local Sedação Geral TOT: Bloqueio Raquidiana Ag. n°: Peridural c/cateter s/cateter
 Ag. n°: Cateter n°: Início: *15:35* Garrote: Smarch Pneumático Início: Término:
 Anestesiologista: *Dr. Cláudio Almeida*

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"/> Jelco m SE	<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"/> Clamótica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Fistula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input 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 checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfigmico	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input checked="" 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"/> Parapléxico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Tetrapléxico	<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	Inicio	Meio	Fim	Unid.
FC	<i>142</i>	<i>05</i>	<i>02</i>	Bpm
Pulso	<i>140</i>	<i>02</i>	<i>05</i>	Bpm
Oximetria	<i>074</i>	<i>01</i>	<i>01</i>	%
Capnografia	—	—	—	%
PA	<i>112/72</i>	<i>100/136/121</i>	mmHg	

ACESSO VENOSO	
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Venosa Periférica
<input type="checkbox"/>	Punção Venosa Central
<input type="checkbox"/>	Dissecção venosa
Local:	<i>AVC</i>
Cateter:	<i>SE 16/18</i>

SONDAGEM GÁSTRICA	
<input type="checkbox"/>	S/G n°
Retorno:	
CATETERISMO VESICAL	
<input type="checkbox"/>	SVF n°
	SVA n°
Diurese:	
Profissional responsável:	
EXAMES SOLICITADOS:	
<input type="checkbox"/>	Hemograma <input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/>	Coagulograma <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/>	Tipagem Sanguínea <input type="checkbox"/> Glicosimetria
<input type="checkbox"/>	Radioscopia (Raio X)

POSIÇÃO	CDXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeca	<input type="checkbox"/> Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> Pescoco	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos
<input checked="" type="checkbox"/> Litotómica	<input checked="" type="checkbox"/> Lombar	<input type="checkbox"/> MMII
<input checked="" type="checkbox"/> Trendelenburg		<input type="checkbox"/> Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Canivete		<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Prólide		<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Descartável
Local:	<i>Clínica</i>	
DEGERMAÇÃO		
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Local:	<i>NSE</i>	Local:
Solução:	<i>70%</i>	

IMPLANTE CIRÚRGICO		
Drenos:		
Tela:		
Cateter:		
Ostomia:		
Fio de KC:	<i>1/2 (6 mm)</i>	Parafuso - tipo:
Placa - tipo:		
Outros:		

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
 Caixa cirúrgica: *22,4557* Quant. Material: *5*
 Val. *2016/01/18* Contagem de gaze e compressa: Não Sim



()

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170021167 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUCIANO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARUANA SEGUROS S/A

BENEFICIÁRIO LUCIANO DA SILVA

CPF/CNPJ: 15647374468

Posição em 05-05-2017 10:34:29

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

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

26/01/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50
------------	--------------	----------	--------------

ACESSIBILIDADE



</Pages/Acessibilidade.aspx>



</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

A A A O



COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](#)

[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](#)

[Documento Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](#)

[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)