



Número: **0813398-88.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO SUMÁRIO**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **26/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 0,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RUTHINEA ALVES DA SILVA (AUTOR)		ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
9937568	04/04/2017 09:56	<a href="#">bo</a>	Documento de Comprovação
9937685	04/04/2017 09:56	<a href="#">boletim de urgencia 2</a>	Documento de Comprovação
9937794	04/04/2017 09:56	<a href="#">boletim de urgencia 1</a>	Documento de Comprovação
9937829	04/04/2017 09:56	<a href="#">comprovante</a>	Documento de Comprovação
9937868	04/04/2017 09:56	<a href="#">doc pessoais</a>	Documento de Identificação
9937966	04/04/2017 09:56	<a href="#">prontuario cirurgico 2.1</a>	Documento de Comprovação
9938054	04/04/2017 09:56	<a href="#">prontuario cirurgico 2.3</a>	Documento de Comprovação
9938121	04/04/2017 09:56	<a href="#">samu</a>	Documento de Comprovação
9938385	04/04/2017 09:56	<a href="#">prontuario cirurgico 1</a>	Documento de Comprovação
9938267	04/04/2017 09:56	<a href="#">prontuario cirurgico 2.2</a>	Documento de Comprovação
9938291	04/04/2017 09:56	<a href="#">prontuario cirurgico 2</a>	Documento de Comprovação
10085284	17/04/2017 09:46	<a href="#">Petição</a>	Petição
10085336	17/04/2017 09:46	<a href="#">procuração</a>	Procuração



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR  
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
**BOAT 92018**

1 - LOCAL E DATA

Local RN 263 Bairro PRÓX A PINEIRA  
Cidade/UF PUREZA P. Ref. \_\_\_\_\_  
Data 23/05/2016 Hora do acidente 14:40 Hora do registro 17:40 Dia da semana DOMINGO

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- Colisão Frontal       - Colisão Lateral       - Capotamento       - Atropelamento  
 - Colisão Posterior       - Colisão Transversal       - Choque       - Outro(s) \_\_\_\_\_

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi LVE 2336 Cidade S. GONCALO DO ANADANTE UF RN  
Marca/Mod. FIAT LUND MILIE FIRE Cor CIUZA Ano 2002 / 2002  
Proprietário LUCIO GAVINO COPELA Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor ABINDEL MADAB DA SILVA Data de Nasc. 21/08/1975  
Endereço \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF Nº \_\_\_\_\_ CNH Nº \_\_\_\_\_ Validade 1 / 1 / \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

4 - VEÍCULO 02:

~~Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF Nº \_\_\_\_\_ CNH Nº \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_~~

5 - VEÍCULO 03:

~~Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF Nº \_\_\_\_\_ CNH Nº \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_~~

6 - VEÍCULO 04:

~~Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF Nº \_\_\_\_\_ CNH Nº \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_~~

Autenticação: Número do Boletim: 92018 Número da Ocorrência: 983341 Data Registro: 02/06/2016 Hora Registro: 18:50:10 Número/Controle: D98785656W

**7 - VERSÕES DOS CONDUTORES**

**SOBRE V1** - Em que Rua/ Av. Transitava? \_\_\_\_\_

Em que sentido? \_\_\_\_\_ Em que faixa? \_\_\_\_\_

Versão do condutor \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Assinatura do Condutor do V1** \_\_\_\_\_

**SOBRE V2** - Em que Rua/ Av. Transitava? \_\_\_\_\_

Em que sentido? \_\_\_\_\_ Em que faixa? \_\_\_\_\_

Versão do condutor \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Assinatura do Condutor do V2** \_\_\_\_\_

**SOBRE V3** - Em que Rua/ Av. Transitava? \_\_\_\_\_

Em que sentido? \_\_\_\_\_ Em que faixa? \_\_\_\_\_

Versão do condutor \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Assinatura do Condutor do V3** \_\_\_\_\_

**SOBRE V4** - Em que Rua/ Av. Transitava? \_\_\_\_\_

Em que sentido? \_\_\_\_\_ Em que faixa? \_\_\_\_\_

Versão do condutor \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Assinatura do Condutor do V4** \_\_\_\_\_








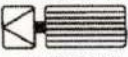
Autenticação: Número do Boletim: 92018 Número da Ocorrência: 983341 Data Registro: 02/06/2016 Hora Registro: 18:50:10 Número/Controle: D98785656W

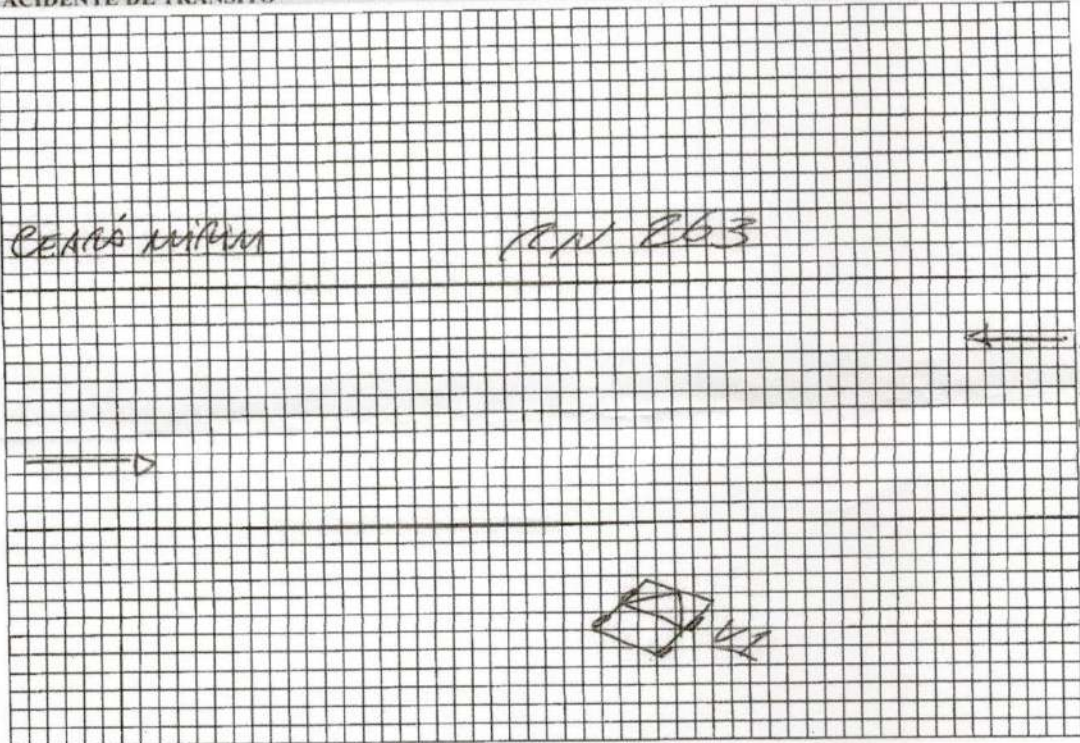


8 - CONDIÇÕES DA VIA

<b>Luminosidade</b>	<b>Cond./ Tempo</b>	<b>Tipo da Pista</b>	<b>Caract./ Pista</b>	<b>Cond./ Pista</b>	<b>Sinalização</b>
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Pleno Dia	<input checked="" type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input checked="" type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Aclive Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Neblina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclive Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s) _____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. ____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

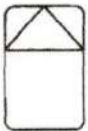
-  **ÁRVORE**
-  **VESTÍGIOS**
-  **SEMÁFORO**
-  **PEDESTRE**
-  **BICICLETA OU MOTO**
-  **CARRO DE PEQUENO PORTE**
-  **CAMINHÃO OU ONIBUS**
-  **CARRETA**



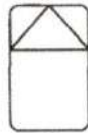
10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

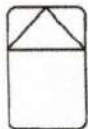
PERDA TOTAL



AVARIAS DO VEÍCULO 2



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 4



Autenticação: Número do Boletim: 92018 Número da Ocorrência: 983341 Data Registro: 02/06/2016 Hora Registro: 18:50:10 Número/Controle: D98785656W



11 -  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  Testemunha  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4 Conduzido para: CLÓVIS SARINHO Presenciou:  Fato  Registro

Nome AQUARÉ MOAB DA SILVA  
 RG N° \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento 27 10 1975  
 Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 Versão \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

12 -  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  Testemunha  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4 Conduzido para: CLÓVIS SARINHO Presenciou:  Fato  Registro

Nome KUTINEA ALVES DA SILVA  
 RG N° \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento 06 10 1979  
 Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 Versão \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

13 -  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  Testemunha  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4 Conduzido para: \_\_\_\_\_ Presenciou:  Fato  Registro

Nome \_\_\_\_\_  
 RG N° \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 Versão \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

14 -  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  Testemunha  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4 Conduzido para: \_\_\_\_\_ Presenciou:  Fato  Registro

Nome \_\_\_\_\_  
 RG N° \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 Versão \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa MW 7567 Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ Marca/Modelo FIAT DUCATO  
 Nome RAIMUNDO OLIVEIRA RG N° \_\_\_\_\_ Órgão Exp. \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_

16 - IMAGENS / FOTOS  SIM  NÃO AUTUAÇÃO  SIM  NÃO AIT N° 118034284 Cód/DESD S10-0

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

CONDUTOR DE V1 E PASSAGEIRO DE V1, AMBOS SEM DREU  
 MENTAL CAD. MOTIVO DA AUSÊNCIA DE DADOS NO CAMPO  
 03 DO BOAT, BEM COMO NO CAMPO 14 E 12 DO DES-  
 RECTIVO. NÃO FOI POSSÍVEL A VER SAO DO CONDUC-  
 TOR, E NEM DA PASSAGEIRA DE V1, PDA MOTIVO  
 DO ATENDIMENTO DO SAMU, E POSTEROR, NO CLÓVIS  
 SARINHO, DIANTE DA COMPLEXIDADE DO SINISTRO E DAS  
 CONDIÇÕES FÍSICAS DOS ENVOLVIDOS, AUSÊNCIA DAS VERSÕES.  
 VEÍCULO DO SOCORRIMENTO 1º SOCORRISTA  
 MW 7692 (FIAT) USB 30 PAULO MARTINS  
 VEÍCULO CAPOTADO FIAT UND: MILLE LVE 3336 ENTRE-  
 QUE A GILSON FERREIRA IDT 110 1003 Gilson Ferrreira  
 FONE - 99158 6582. RUSTON MAGNO FERREIRA SAUTOS

Nome Completo do Agente \_\_\_\_\_  
 POSTO/GRAD.: SD PM N° 2000092 Viatura 01E 104 Subunid.: 1º DP RE  
 Local e Data NATAL - RN, 29 de MAIO de 2016. Ruston Magno F. Sautos  
 Assinatura do Agente de Trânsito 93815 1090

Autenticação: Número do Boletim: 92018 Número da Ocorrência: 983341 Data Registro: 02/06/2016 Hora Registro: 18:50:10 Número/Controle: D98785656V



**RIO GRANDE DO NORTE**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL**  
**POLÍCIA MILITAR**  
**COMANDO DE POLICIAMENTO RODOVIÁRIO ESTADUAL**  
**1º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL**  
**SETOR DE TRÁFEGO**

Av. Capitão-Mor Gouveia, 924, Cidade da Esperança - Natal - Rio Grande do Norte.  
Fone: (84) 3232-1514 - E-mail: cpresetordetrafegeo@hotmail.com

Natal/RN, 03 de Junho de 2016.

**BOAT nº:** 92018


**Data:** 29/05/2016

**Local:** RN 263 - Zona Rural - Pureza/RN

**Veículos envolvidos:**

(V-1) FIAT/ UNO MILLE FIRE - LVZ 3336

Deixo de emitir parecer por falta de informações (versão e qualificação de V-1) sobre o referido acidente.

  
José Delfino Filho 1º Ten. QOAPM  
Mat. 052.923-0  
**CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO**

Verificação de autenticidade na internet: <http://www.pm.rn.gov.br> na tela de consulta de boletim.

Autenticação: Número do Boletim: 92018 Número da Ocorrência: 983341 Data Registro: 02/06/2016 Hora Registro: 18:50:10 Número/Controle: D98785656W

\*Somente possuem valor legal os pareceres que estejam assinados pelo chefe do setor ou auxiliar.

arrac



EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS): \_\_\_\_\_

M (MEDICAÇÃO EM USO): \_\_\_\_\_

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): \_\_\_\_\_

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS): \_\_\_\_\_

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): \_\_\_\_\_

V (PASSADO VACINAL): \_\_\_\_\_

<p>EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) ***</p> <p>RX tórax AP</p> <p>RX antebraço, punho e mão (AP/P)</p> <p>RX mão (D) (AP/P)</p> <p>RX joelho e perna (E) (AP/P)</p> <p>RX joelho (D) (AP/P)</p> <p>RX pé (AP)</p>	<p>LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS</p> <p>OUTROS</p>
---	---

<p>CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)</p> <p>SFO 9% 1000ml EV</p> <p>Aguardando exames</p> <p>Le de tórax e uso de Abdomin</p> <p>sem alterações relacionadas</p> <p>ao tórax</p> <p>alta CB</p> <p>sem BNF e NRC e Ent gastro</p> <p><i>Assinatura e Carimbo do Responsável</i></p>	<p>ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM</p> <p><i>Assinatura e Carimbo do Responsável</i></p>
--	--

PARECERES

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE			
ESPECIALISTA 1:	NCR	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2:	Ortopedia	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	BNF	HORA:	DATA:

*Assinatura e Carimbo do Responsável*

Daniel C. A. de Medeiros  
MÉDICO  
CRM 32208

O preenchimento correto do Boletim de atendimento produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e protege o profissional de saúde. Contribua para a melhoria da assistência no HAMBH



FIQUE ATENTO À SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL A CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS. DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: Alta

ANAMNESE  
Paciente vítima de acidente de trânsito que  
apresenta dor no punho (D) e 3ª e 4ª  
dedos (D).

EXAME FÍSICO  
Ausente de edema nos punhos e  
dedos no punho (D) e 3ª e 4ª

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA  
Fratura exposta do rádio (D) e fêmur (D)

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

LABORATÓRIO Sociedade  
OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)  
1) Colar gesso no antebraço e mão  
2) Analgésico  
3) Ao controle clínico (R) e (D)  
4) Curativos (de acordo)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM  
Bruno Mariz L. Borges  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 5975 - SBO 1424

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ Nº do Boletim de Atendimento: \_\_\_\_\_

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: Neurocirurgia DATA: 29 de 12 de 2016 HORA: 08:00

SAÍDA: \_\_\_\_\_ DATA: / / HORA: \_\_\_\_\_

Decisão Médica  À Revelia  Transferido para: \_\_\_\_\_

ÓBITO: \_\_\_\_\_ DATA: / / HORA: \_\_\_\_\_

Entregue à família com Atestado  S.V.O.  I.T.E.P.

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTACAR

DESTINO DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ Nº do Boletim de Atendimento: \_\_\_\_\_

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: \_\_\_\_\_ DATA: / / HORA: \_\_\_\_\_

SAÍDA: \_\_\_\_\_ DATA: / / HORA: \_\_\_\_\_

Decisão Médica  À Revelia  Transferido para: \_\_\_\_\_

ÓBITO: \_\_\_\_\_ DATA: / / HORA: \_\_\_\_\_

Entregue à família com Atestado  S.V.O.  I.T.E.P.



2/6 - Melh de semmentes

ECG=15

Relat em m. mão d

cd: Nov TC controle p/ 3/6

DR ANGELA S. S. NETO  
NEUROLOGIA  
CRM/RN 428  
EPP/AN-HEMUT 1.4.207

03/06/16

ND

# Ds TCE

paciente estável  
sem queixas neurológicas  
Evolve com sinais de recuperação

TC cabed: contusão polo-lateral em dorso.

Tem fôlego estéril em abdome (E)

cd: Alta da r - ferimento recente + escarificantes

acompanha com D. Gentil (atendente) - amministra a

André Lima Bastos  
Neurocirurgia  
CRM/RN 419

04/06/16

# MCA

# D6 TCE

SEGUE ESTÁVEL  
AFEBRIL  
GLASGOW 15PTS  
SEM DEFICÍTI FOCAL

cd. ESTÁ DE ALTA DA MCA  
AGUARDANDO ORTOPEDIA  
ASSUMIR

Natal, / /

Assinatura do Médico - CRM

Dr. Thiago Nóbrega F. Soares  
Neurocirurgia  
CRM/RN 4283

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



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

**BOLETIM  
 OPERATÓRIO**

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome: *Flávia Maria de Souza* Reg. Nº \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico pré-operatório: *Fratura exposta do pulso esquerdo*  
 Indicação terapêutica: *Fixação cirúrgica de fratura exposta do pulso esquerdo* Urgência ( ) Eletiva ( )

**INTERVENÇÃO**

Data: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_  
 Operador: *Leandro* CRM/CRO: \_\_\_\_\_  
 1º Auxiliar: \_\_\_\_\_ CRM/CRO: \_\_\_\_\_  
 2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ CRM/CRO: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_  
 Anestesiologista: \_\_\_\_\_ CRM/CRO: \_\_\_\_\_

**RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO**

*1) Anestesia em circuito aberto sob máscara  
 2) Lavagem da ferida com solução fisiológica  
 3) Solução de povidão iodado  
 4) Preparação com penicilina e vancomicina  
 5) Sutura*

*(Circular stamp: Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel)*

0408020407(2)  
 5526 (253,80)

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

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

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 à luz dos valores éticos e humanitários.





Nome do Paciente: RUTINEA ALVES DA SILVA (MOB)

Cód. Paciente: 22222

Data Exame: 20/02/2016 - 09:12

DR. OLÍMPIO

Idade: 37 anos (a)

### TC DO CRÂNIO

#### TECNICA:

Exame realizado em aparelho de Tomografia Computadorizada Multislice.

#### RELATÓRIO:

##### \* INFRATENTORIAL:

Parênquima cerebral e fronte cerebral com densidade preservada.  
Cisterna ventricular apresenta calibre e topografia normal.  
Sulcos e fissuras cerebrais normais.  
Sistema basal normal.

##### \* SUPRATENTORIAL:

Contusão hemorrágica na região frontal esquerda.  
Cavidades ventriculares apresentam calibre normal, apresentando sangue em seu interior.  
Não se observa desvio da linha média.  
Sulcos e fissuras cerebrais preservados.  
Fraturas na ramificação esquerda.

Este documento foi assinado eletronicamente em 20/02/2016 às 09:12:12. Para verificar a validade das assinaturas, acesse o link: <https://pje.tjm.jus.br>

SEAP. MAT. Nº 1704040956012420000009392954  
NATAL-RN, 20/02/2016  
OLÍMPIO

*Olímpio*

Dr. Olímpio  
Médico Radiologista

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA**  
CIRURGIA GERAL

<b>PACIENTE</b>	<b>RUTINEA ALVES DA SILVA</b>		
<b>DATA DE ENTRADA</b>	29/05/2016	<b>HORA</b>	18:42
<b>Nº BAA</b>	182051		
<b>IDADE</b>	37	<b>SEXO</b>	-
<b>ETNIA</b>	-		
<b>CARTÃO SUS</b>	-	<b>ESTADO CIVIL</b>	-
<b>CPF</b>	- RG ---		
<b>NOME DA MÃE</b>	-		
<b>NOME DO PAI</b>	-		
<b>NASCIMENTO</b>	01/01/1979	<b>NATURALIDADE</b>	-
<b>TELEFONE</b>	-		
<b>RUA/AV.</b>	- Nº -	<b>PROFISSÃO</b>	-
<b>COMPLEMENTO</b>	Pureza Via Publica	<b>BAIRRO</b>	-
<b>CEP</b>	-	<b>CIDADE</b>	Pureza-RN
<b>ORIGEM</b>	Ambulância - SAMU	<b>MOTIVO</b>	Consulta de urgência / Ouvido
<b>ACID. DE TRABALHO</b>	Não	<b>USUÁRIO</b>	Lima

**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)**  
 Paciente vítima de espatamento aparentemente "arre-  
 messado" do veículo, deu entrada com rebaixamen-  
 to do nível de consciência e lesões em fôrex e  
 membros.

**EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)**

A VA p/veas, cl color central

B Eupneica, respiração espontânea, AP: m(+), simétrico

C FC = 100bpm TA = 110x70

D ECG = AO: 4 II RV: 2 III RM: 5 = 11. Pupilas isocóricas

E Traumatismo craniofacial, escoriações extensas em

**OUTRAS OBSERVAÇÕES** HX, imobilização em MSE, mão @,  
 MIE e joelhos

Abdomen flácido

CONFERE COM ORIGINAL  
 NATALIRN, 29/05/16  
 SESAP. MAT. Nº 1520873

29.05.16 19:26  
 Jara e Marta  
 tc de campo / cm  
 Ricardo

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

**DIAGNÓSTICO INICIAL** Politraumalismo

**CID**

**ULTRASSONOGRAFIA**  
 Realizado em 29/05/16 19:30h  
 Téc. Ent.: [Assinatura]



ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPOSTA DA VÍTIMA 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPIAIS), E PEÇA UM DESFIBRILADOR (DEDA). 3 - ABARA VIA AÉREA. 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 5 - SE APNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSÃO, VALVULA, MÁSCARA) 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO. 7 - SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSÕES TORÁCIAS. 8 - INICIE COMPRESSÕES TORÁCIAS. 9 - INICIE COMPRESSÕES TORÁCIAS. 10 - INICIE COMPRESSÕES TORÁCIAS. 11 - AVALIE O RÍTIMO A CADA 5 CICLOS. 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE LEVANTE, OU CASO A VÍTIMA SE LEVANTE. 13 - COLOQUE A VÍTIMA EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: .....

ANAMNESE UC: 19:20L 29/10/2016  
 p/ceeb q' pedes de queda de 10m  
 deficit q' (il)

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*\*  
 A de campo +  
 coluna cervical

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS  
 OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)  
 Dr. Fernando L. St. Cunha  
 Neurocirurgia  
 CRM 2.240  
 30/05/16  
 #Nca 10:30h  
 TC col cervical: mt. distodorsal e 1º protrusão.  
 TC crânio: fratura parietal E 1º defeito de  
 crânio; HSAE + hemorragias; hm tálamo; cist  
 nos ventrículos.  
 Ptx de parede lateral do orbito  
 esquerdo + veio subaracnóide  
 CA: Observação  
 liberar pt procedimento ortopé-  
 dico; somar placa  
 crânio cervical.

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM  
 CONFERE COM ORIGINAL  
 NATAL/RN, 12/10/16  
 SESAP. MAT. Nº 15702  
 Dr. Cláudio V. Pereira  
 NEUROCIRURGIA  
 CRM - 5169  
 Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde conscientemente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, está, o porquê, a data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Para aleatória, mas sem troca conversacional.)	3
Sons inteligíveis. (Comando sem articular palavras.)	2
Ausência.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. ( Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica a dor.	4
Padrão flexo à dor (Decorticação).	3
Padrão extensor à dor (Decerebração).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-150 = 4
	9-120 = 3
	6-80 = 2
	4-50 = 1
	30 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-200 = 4
	>200 = 3
	6-90 = 2
	1-50 = 1
	00 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4
	70-90 = 3
	50-70 = 2
	1-40 = 1
	00 = 0

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)  
 03- 08=grave (necessidade de intubação imediata);  
 09- 14=moderado;  
 14-15=leve

\* Referência: TEASDALE G. JENNET B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

\*\* A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 2 anos. Na Escala Quantitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

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

\*\*Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.J. Copes, et al; A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1990.

CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL; REQUISIÇÃO DE EXAMES; FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXO B. BOLETEM.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Nome: Rafael de Aguiar de Aguiar Nº Registro: \_\_\_\_\_  
Serviço: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

HISTÓRIA CLÍNICA

paciente admitido de captação de sangue  
devido a este episódio de hipertensão  
especializada

exame neurológico:  
sem sinais de déficit motor ou sensitivo  
déficit BII

CT de crânio: contusão parietal esquerda

reiterado

Repetir CT AMPLIADA

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL/RN, 12/10/16  
07  
SESAP. MAT. Nº 152011

Dr. Fernando L. M. Cunha  
Neurocirurgião  
CRM 2.240

30/05/16 9:26  
Ubeli Lima  
exame  
Gabriela

30/05/16 08:30h  
GCS = 15, MSE = 2, 2, 2, 2, 2, 2  
paciente com insucesso exposto do membro E.  
liberado para internação de observação.  
Seguir internado pelo neu + ortopedico

30/05/16 08:00  
Manter do exame  
= CG AO 3 RV. 4 RN. G = 13  
sem hipertensão

Ribeiro Ferreira Arruda  
Neurocirurgião  
CRM RN 7235

cd: TC de controle

RM



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

**FICHA DE ACOMPANHAMENTO SOCIAL**

Enfermaria: MC Leito: 203  
UTI: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Data de admissão: 29 / 05 / 16  
Alto: 1 / 1

CPF 07824305465

**Identificação**

Nome: Rutinea Alves de Silva Naturalidade: Natal

Idade: 37 Sexo:  Masculino  Feminino Data de Nascimento: 06 / 02 / 1979

RG: 2.755.094 Estado Civil: solteira Nível de Instrução: \_\_\_\_\_

Relação: PAI: Silverio Cordeiro da Silva

MÃE: Mrs Izidimar Alves Matias

Endereço: Rua Dom Rafael - ZA - Nossa S<sup>ra</sup> - Natal - RN Cidade: Natal - RN

Telefone: ( 98784.793 )  Residencial  Trabalho  Recado

Contato: Wacom Outros telefones: 98636-8250 - Guilherme

Responsável pelo paciente: (Ex-maio) Parentesco: filho

Endereço do Responsável: Guilherme

Nº SUS = 702 3021 1236 3616

**Situação Ocupacional do Paciente e Vinculação Previdenciária**

Atividade que desenvolve: Comerciante

Trabalha com vínculo empregatício  Sim  Não

Desempregado  Sim  Não Benefício da LOAS  Sim  Não Renda: \_\_\_\_\_

Composição familiar: Mãe de 03 filhos - Rende atualmente e um companheiro e 02 filhos.

**Forma de Acesso ao Serviço:**

Sozinho - procurou atendimento  Trazido por familiares

Socorrido em via pública

ENCAMINHADO: Hospital de origem: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Trazido pelo SAMU  
**CONFERE COM ORIGINAL**  
 NATAL/RN, 12/07/16  
 \_\_\_\_\_  
 Sim  Não  
**SESAP. MAT. Nº 15**

**4. Paciente encontra-se nos requisitos para ter acompanhamento**

Em caso positivo, qual o motivo? \_\_\_\_\_

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

Vítima de acidente automobilístico. Filho que acompanha a mãe e documentos da paciente no momento do atendimento.  
Quedou-se qto rotina hospitalar e documentos.  
Abante



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO Dr. CLÓVIS SARINHO

Nome do Paciente: RUTINEA ALVES DA SILVA (NC04)

Cód. Paciente: 25832

DN: 01/01/1979

Idade: 37 ano (s);

Data Exame: 30/05/2016 - 09:25

TC DO CRÂNIO

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de Tomografia Computadorizada Multislice.

RELATÓRIO:

\* INFRATENTORIAL:

Parênquima cerebelar e tronco cerebral com densidade preservada.

Quarto ventrículo apresenta calibre e topografia normais.

Sulcos e fissuras cerebelares normais.

Cisternas basais normais.

\* SUPRATENTORIAL:

Contusão hemorrágica na região frontal esquerda

Cavidades ventriculares apresentam calibre normal, apresentando sangue em seu interior.

Não se observa desvio da linha média.

Sulcos e fissuras cerebrais preservados.

Fraturas na hemiface esquerda.

Laudo gerado no dia: 30/05/2016 09:42. Uma cópia digital encontra-se disponível acessando o link <http://validar.whsrad.com.br> e utilize a data/hora e chave: 06Zmofku para acesso.



*Gme*

Laudado Por:

Dra. Gabriela Martins de Carvalho

CRM-RN 6071 / RADILOGISTA



## SINISTRO 3160691125 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** RUTHINEA ALVES DA SILVA

**COBERTURA** Invalidez

**SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO** TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E  
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

**BENEFICIÁRIO** RUTHINEA ALVES DA SILVA

**CPF/CNPJ:** 07824305465

### Posição em 08-03-2017 11:15:17

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
04/01/2017	R\$ 3.881,25	R\$ 0,00	R\$ 3.881,25

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO



POLEGAR DIREITO



*Ruthine Alves da Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CENAL: 002.755.034

DATA DE EXPIRACAO: 23/07/2016

DATA DE NASCIMENTO: 06/02/1979

NOME: RUTHINE ALVES DA SILVA

FILIAÇÃO: S. ALVES DA SILVA

MARIA LUIZMAR ALVES MATEUS

NACIONALIDADE: NATAL - RN

OCCUPACAO: CAPT. DE NASCIMENTO L-4139 F-202

DATA DE EXPIRACAO: 23/07/2016

CPF: 078.243.054-65

ASSINATURA DO TITULAR: *Ruthine Alves da Silva*

ASSINATURA DO DIRETOR DO INSTITUTO: *Joselias Ferreira do Nascimento*

ASSINATURA DO DIRETOR DO ITCR: *Joselias Ferreira do Nascimento*

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83



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: 116  
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116  
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
-Ouvidoria 0800 084 0404  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167  
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

**DADOS DO CLIENTE**  
ABIMAEL MOAB DA SILVA  
CPF: 791.474.534-00

**DATA DE VENCIMENTO**  
**11/07/2016**  
**TOTAL A PAGAR (R\$)**  
**0,00**

**DATA DA EMISSÃO DA NOTA FISCAL**  
**04/07/2016**  
**DATA DA APRESENTAÇÃO**  
**04/07/2016**  
**NÚMERO DA NOTA FISCAL**  
**000128857**  
Série: U

**CONTA CONTRATO**  
**0852921773**  
**Nº DO CLIENTE**  
3000690093  
**Nº DA INSTALAÇÃO**  
742523

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
RUA SANTO AGOSTINHO 383 A  
**IGAPO/AREA URBANA**  
59104-240 NATAL RN

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Monofásico

**RESERVADO AO FISCO**

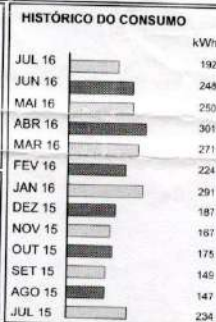
F3BD.5837.EAD5.DF55.8635.F996.C48B.537B

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO(R\$)	VALOR(R\$)
Consumo Ativo(kWh)	192,000000	0,53276393	102,29
Contribuição Iluminação Pública			11,67
Multa por atraso-NF 000131948 - 02/06/16			2,64
Juros por atraso-NF 000131948 - 02/06/16			0,17

**Tarifas Aplicadas**

Consumo Ativo(kWh)	0,40538000
--------------------	------------



**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

	R\$	%
Geração de Energia	38,82	37,96
Transmissão	2,03	1,98
Distribuição (Cosern)	24,58	24,03
Encargos Setoriais	12,41	12,13
Tributos	24,45	23,90
<b>Total</b>	<b>102,29</b>	<b>100</b>

**TOTAL DA FATURA** 116,77

**INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS**

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
102,29	18,00	18,41	1,04	102,29	4,87
			1,06		4,98

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
2150289435	CAT	02/06/2016	1.772,00	04/07/2016	1.964,00	32	1,00000		192,00

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LEITURA: 03/08/2016

**DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES**

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APROVADO	LIMITE MENSAL	LIMITE SEM	LIMITE ANUAL
DIC-Nº de horas sem Energia	IGAPO	mai/2016	5,43	10,86	21,73
FIC-Nº de vezes sem Energia		1,0786	3,36	6,72	13,45
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		1,0786	3,11	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICR: 12,22		

EUSD-Valor do Encargo de uso do sistema de distribuição = R\$ 35,84  
Nota: Consumidor pode solicitar a suspensão dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICR 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 Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.  
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.  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

**NÍVEIS DE TENSÃO**

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

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

**DESTAQUE AQUI:**

<b>CONTA CONTRATO</b> 0852921773	<b>MÊS/ANO</b> 07/2016	<b>TOTAL A PAGAR(R\$)</b> 0,00	<b>VENCIMENTO</b> 11/07/2016
-------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

**TALÃO DE PAGAMENTO**  
**Evite dobrar, perfurar ou rasurar.**  
**Este canhoto será usado em leitora ótica.**

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

**FATURA PAGA**



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 RUTHINEIA ALVES DA SILVA	6- NUMERO DO PRONTUÁRIO 144326		
7- CARTAO NACIONAL/SUS 702302111363616	8-DATA DE NASCIMENTO 06/02/1979	9- SEXO FEMININO	10- RAÇA/COR PARDA
11- NOME DA MAE MARIA LUZIMAR ALVES MATIAS	12- TELEFONE DE CONTATO 999324745		
13- NOME DO RESPONSÁVEL VILMA MARCELINO DA SILVA MATIAS - (TIA)	14- TELEFONE DE CONTATO		
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) TV. DOM RAFAEL, 02-A			
16- MUNICIPIO NATAL	17- BAIRRO NSA. APRESENTAÇÃO	18- UF RN	19- CEP

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

PACIENTE REFERE CAQOTAMENTO DE CARRO, COM FRACTURA DE PUNHO (RSC)

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Trauma cirurgico

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

E-F + RADIO - X

23- DIAGNOSTICO INICIAL  
FRAT. PUNHA (E)

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO DORCOSTITUBO PUNHO (E)	28- CODIGO DO PROCEDIMENTO		
29- CLINICA JOSIVAN F. NUNES	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO CONS. ( )	31- DOCUMENTO CPF	32- Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. JOSIVAN F. NUNES Ortopedia / Traumatologia CRM-RN 5763
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- ( ) AC. TRÂNSITO	39- CNPJ DA SEGURADORA	40- Nº DO BILHETE	41- SERIE
37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CBOR
38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO			
45- VINCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NAO SEGURADO			

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47- COD. ORGAO EMISSOR	52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48- DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	49- Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA  
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO	
		144326	
DATA	HORA	CATEGORIA	GIH
05/06/2016	16:55		
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO	
RUTHINEIA ALVES DA SILVA		06/02/1979	
ESTADO CIVIL	PROFISSAO		
SOLTEIRA	DO LAR		
ENDEREÇO (RUA, Nº)			
TV. DOM RAFAEL, 02-A			
MUNICIPIO	BAIRRO	UF	CEP
NATAL	NSA. APRESENTAÇÃO	RN	
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE
FILIAÇÃO			
MARIA LUZIMAR ALVES MATIAS		SILVERIO CARDOSO DA SILVA	
RESPONSÁVEL			TELEFONE
VILMA MARCELINO DA SILVA MATIAS - (TIA)			999324745
ENDEREÇO			
O MESMO			

DIAGNOSTICO PROVISORIO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSAO

5/6/2016

ALTA

9/6/2016

OBITO

HISTORIA CLINICA

Handwritten signature and stamp in the clinical history section.



Sistema Único de Saúde  
Mini dº Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168  
PARNAMIRIM - RN

nr 175

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 18 RET

SEMPRE O RESPONSÁVEL (PSA) MATRICULA DATA HORA  
KATIA 05/08/2016 11:14

DADOS DO PACIENTE

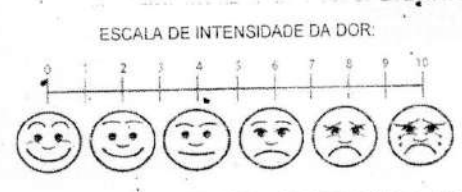
PACIENTE: RUTHINEA ALVES DA SILVA  
 NACIONALIDADE: BRASILEIRO  
 ESCOLARIDADE: [ ]  
 DATA DE NASCIMENTO: 06/02/1979  
 IDADE: 37  
 RELIGIÃO: [ ]  
 RAÇA/COR: Parda  
 TELEFONE: 98636 8210  
 ESTADO CIVIL: SOLTEIRA  
 PROFISSÃO: DO LAR  
 NOME DO PAI: SILVERIO CARDOSO DA SILVA  
 NOME DA MÃE: MARIA LUZIMAR ALVES MATIAS  
 CPF: 078 243 054 65  
 RG: 002 755 094  
 ORG EXP: ITEP  
 UF: RN  
 CARTÃO DO SUS: 702 3021 1136 3616  
 COMPLEMENTO: [ ]  
 ENDEREÇO: TV DOM RAFAEL 02 A  
 BAIRRO: SRA APRESENTACAO  
 MUNICÍPIO: NATAL  
 UF: RN  
 CEP: 59 000  
 RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE: ADRIANA DE LIMA  
 PARENTESCO: AMIGA  
 TELEFONE: [ ]

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

TIPO DE ENCAMINHAMENTO: ( ) Regulado ( ) SAMU ( ) Demanda Espontânea  
 MOTIVO: [ ]  
 CATEGORIA PRINCIPAL: [ ]

FLUXOGRAMA: [ ] DESCRIMINADOR: [ ]  
 DOENÇAS-PREEXISTENTES: [ ] ALERGIAS: [ ]

PESO: [ ] ALTURA: [ ] SSVV: [ ] FC: [ ] FR: [ ] T: [ ] SO2: [ ] PA: [ ] GLICEMIA: [ ]  
 PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: [ ] COREN: [ ] DATA: [ ] HORA: [ ]



PRIORIDADE  
 ( ) AZUL ( ) VERDE ( ) AMARELO ( ) LARANJA ( ) VERMELHO

- ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
- SALA VERMELHA
  - URGÊNCIA
  - ORTOPEDIA
  - CONSULTA MÉDICA
  - BUCOMAXILO
  - PEQUENA CIRURGIA
  - ACIDENTE DE TRABALHO
  - VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
  - QUEDA
  - OUTROS

Abertura Ocular	Esponânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
Resposta Motora	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
	Pede comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

HISTÓRIA CLÍNICA

*história de acidente de auto col.  
 8 dias. el fixador utero no ponto*

EXAME FÍSICO

*[Handwritten signatures and stamps]*  
 Auditor Geral de Contas  
 CPF 008.404.774-44

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA





HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LENCASTRE  
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Ruthmécia Alves da Silva Idade: 36 D/N: 08/02/79  
 Pront.: 144326 Município: Natal Procedência:  Interno ( ) Externo  
 Data da cirurgia: 10/06/16 Hora Admissão: Bloco 8 Sala: 05 Hora Saída: 19:45 Peso: \_\_\_\_\_  
 Alergias:  Não ( ) Sim Comorbidades: ( ) HAS ( ) DM ( ) Outras \_\_\_\_\_  
 Uso de medicações:  Não ( ) Sim Jejum: ( ) Não  Sim  
 SSVV Admissão: PA: \_\_\_\_\_ mmHg Pulso: \_\_\_\_\_ bpm FI: \_\_\_\_\_ rpm FC: \_\_\_\_\_ bpm SpO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ % T: \_\_\_\_\_ °C  
 Enfermeiro(a): LUCIANA Instrumentado(a): ROQUIYON Circulante: ALVES  
 Cirurgia: ITA POSTERIOR DE PÊNIS ES Especialidade: urologia Sala: \_\_\_\_\_  
 Hora Início: 09:20 Hora Término: 11:40 Tipo de cirurgia:  Eletiva ( ) Urgência  Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada  
 1º Cirurgião: DR. PEDRO UNO Aux.: GOARV Residente: \_\_\_\_\_  
 Anestesia: ( ) Local  Sedação ( ) Geral TOT: \_\_\_\_\_ ( ) Bloqueio ( ) Raquidiana Ag. nº \_\_\_\_\_ ( ) Peridural ( ) Cateter ( ) s/cateter  
 Ag. nº \_\_\_\_\_ Cateter nº: \_\_\_\_\_ Início: 09:15 Garrota: ( ) Smarch ( ) Pneumático Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_  
 Anestesiologista: DR. MAURO

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>86</u>	<u>88</u>	<u>89</u>	Bpm
Pulso	<u>86</u>	<u>88</u>	<u>89</u>	Bpm
Oximetria	<u>99</u>	<u>99</u>	<u>97</u>	%
Capnografia	<u>5</u>	<u>5</u>	<u>5</u>	%
PA	<u>120/80/77</u>	<u>107/80</u>		mmHg

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

**ACESSO VENOSO**

Punção Arterial

Punção Venosa Periférica

Punção Venosa Central

Dissecção venosa

Local: \_\_\_\_\_

Cateter: \_\_\_\_\_

**PLACA DO BISTURI ELÉTRICO**

( ) Sim  Não ( ) Metal ( ) Descartável

Local: \_\_\_\_\_

**DEGERMAÇÃO** **TRICOTOMIA**

Sim ( ) Não ( ) Sim  Não

Local: MSD Solução: clorox Local: \_\_\_\_\_

**SONDAGEM GÁSTRICA**

SNG nº \_\_\_\_\_

Retorno: \_\_\_\_\_

**CATETERISMO VESICAL**

SVF nº \_\_\_\_\_ SVA nº \_\_\_\_\_

Diurese: \_\_\_\_\_

Profissional responsável: \_\_\_\_\_

**IMPLANTE CIRÚRGICO**

Drenos: \_\_\_\_\_

Tela: \_\_\_\_\_

Cateter: \_\_\_\_\_

Ostomia: \_\_\_\_\_

Fio de KC: Nº 02 UNO 20 Pêssimo - tipo: \_\_\_\_\_

Placa - Tipo: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

**EXAMES SOLICITADOS:**

( ) Hemograma ( ) Gasometria

( ) Coagulograma ( ) Outros

( ) Tipagem Sanguínea ( ) Glicosimetria

( ) Radioscopia (Raio X)

**ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO**

Caixa cirúrgica: PC9 Quant. Material: 5

Val.: 14/06/16 Contagem de gaze e compressa:  Não ( ) Sim





Hospital

Nome do paciente: *Antônio Carlos de Silva* Nº prontuário

Data operação: *10/06/2017* Ent. Leito

Operador: *Pedro Ferreira de Melo Filho* 1º auxiliar

2º auxiliar: *Alcides* 3º auxiliar Instrumentador

Anestesiologista: *Alcides* Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório: *fratura de punho*

Tipo da operação: *artroscopia de fixador externo + redução + pinos*

Diagnóstico pós-operatório: *es*

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

1) Artroscopia de fixador externo do punho

2) Antissepsia

3) Manobra de redução + fixação de 2 pinos de tamanho 2.0

4) Curativo + tala (lav)

*Chiff*

Pedro Ferreira de Melo Filho  
Ortopedista - CRM 1308  
TEOT 1327

- ( ) CIRURGIAS MÚLTIPLAS (0415010001-2)
- ( ) POLITRAUMATIZADO (041503001-3)
- ( ) PROC. CLÍNICO
- ( ) PROC. CIRÚRGICO
- (x) CBO. 225225
- (x) CBO. 225270
- (2) DIAS
- ( ) CID 552.5





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168  
PARNAMIRIM - RN

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 62 ORT RET**

SERVIDOR RESPONSÁVEL (PSA)

MATRÍCULA: 161.323-5  
DATA: 26/09/2016  
HORA: 14:58

**DADOS DO PACIENTE**

MASCULINO FEMININO  
FEMININO

PACIENTE  
RUTHINEA ALVES DA SILVA

NACIONALIDADE  
BRASILEIRO

ESCOLARIDADE  
ENSINO MÉDIO

NOME DA MÃE

MARIA LUZIMAR ALVES MATIAS

CPF  
078 243 054 65

ENDEREÇO

TV DOM RAFAEL, 02 A

BAIRRO

SRA APRESENTAÇÃO

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

ABIMAEEL MOAB DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO

06/02/1979

ESTADO CIVIL

SOLTEIRA

IDADE

38

PROFISSÃO

DO LAR

NOME DO PAI

SILVERIO CARDOSO DA SILVA

UF

RN

RELIGIÃO

CATÓLICA

DO LAR

NOME DO PAI

SILVERIO CARDOSO DA SILVA

CARTÃO DO SUS

702 3021 1136 3616

COMPLEMENTO

UF

RN

PARENTESCO

COMPANHEIRO

Núcleo de Epidemiologia

NHUE / HRED

INVESTIGADOR

89636 8210

702 3021 1136 3616

COMPLEMENTO

COMPLEMENTO

COMPLEMENTO

UF

RN

PARENTESCO

COMPANHEIRO

TELEFONE

988067195

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

FORMA DE ENCAMINHAMENTO

( ) Regulado ( ) SAMU ( ) Demanda Espontânea

MOTIVO

QUEIXA PRINCIPAL

FLUXOGRAMA

DESCRIMINADOR

DOENÇAS PREEEXISTENTES

ALERGIAS

PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ SSVV: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ SO2: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ GLICEMIA: \_\_\_\_\_

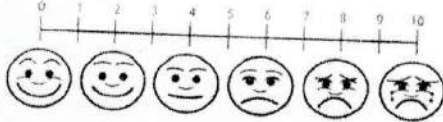
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

COREN

DATA

HORA

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR



PRIORIDADE

( ) AZUL ( ) VERDE ( ) AMARELO ( ) LARANJA ( ) VERMELHO

ACOLHIMENTO

COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- SALA VERMELHA
- URGÊNCIA
- ORTOPEDIA
- CONSULTA MÉDICA
- BUCOMAXILO
- PEQUENA CIRURGIA
- ACIDENTE DE TRABALHO
- VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
- QUEDA
- OUTROS

	Esponânea	
Abertura Ocular	À voz	4
	A dor	3
	Nenhuma	2
	Orientada	1
	Confusa	0
Resposta Verbal	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
	Pede comandos	4
	Localiza dor	3
Resposta Motora	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

**HISTÓRIA CLÍNICA**

*Atenção para dor*

**EXAME FÍSICO**

*f. loubo E*

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA**

CONFERE COM ORIGINAL  
Servidor 161552

*[Assinatura]*



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168  
PARNAMIRIM - RN

608

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 25/ORT/RET**

SERVIDOR RESPONSÁVEL (PSA)

GÉZIA

MATRÍCULA

DATA

HORA

23/09/2016

7:46

**DADOS DO PACIENTE**

PACIENTE

RUTHINEA ALVES DA SILVA

MASCULINO

FEMININO

NACIONALIDADE

BRASILEIRO

DATA DE NASCIMENTO

06/02/1979

IDADE

38

RELIGIÃO

CATÓLICA

ESCOLARIDADE

ENSINO MÉDIO

ESTADO CIVIL

SOLTEIRA

PROFISSÃO

DO LAR

RACIA/COR

PARDA

TELEFONE

98636 8210

NOME DA MÃE

MARIA LUZIMAR ALVES MATIAS

NOME DO PAI

SILVERIO CARDOSO DA SILVA

CPF

078 243 054 65

RG

002 755 094

ORG EXP

ITEP

UF

RN

CARTÃO DO SUS

702 3021 1136 3616

ENDEREÇO

TV DOM RAFAEL, 02 A

COMPLEMENTO

BAIRRO

SRA APRESENTACAO

MUNICÍPIO

NATAL

UF

RN

CEP

59.500-001

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

ABIMAEEL MOAB DA SILVA

PARENTESCO

COMPANHEIRO

TELEFONE

988067195

**CLASSIFIC. DE RISCO**

FORMA DE ENCAMINHAMENTO

( ) Regulado ( ) SAMU ( ) Demanda Espontânea

MOTIVO

QUEIXA PRINCIPAL

FLUXOGRAMA

DISCRIMINADOR

DOENÇAS PREEIXISTENTES

ALERGIAS

PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ SSV: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ SO2: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ GLICEMIA: \_\_\_\_\_

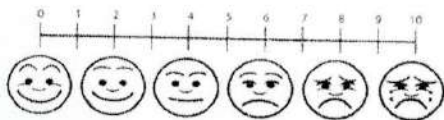
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

COREN

DATA

HORA

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR:



PRIORIDADE

( ) AZUL ( ) VERDE ( ) AMARELO ( ) LARANJA ( ) VERMELHO

ACOLHIMENTO

COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SALA VERMELHA

URGÊNCIA

ORTOPEDIA

CONSULTA MÉDICA

BUCOMAXILO

PEQUENA CIRURGIA

ACIDENTE DE TRABALHO

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

QUEDA

OUTROS

Abertura Ocular	Esponânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	4
	Confusa	3
	Palavras inapropriadas	2
	Palavras incompreensivas	1
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Pede comandos	4
	Localiza dor	3
	Movimento de retirada	2
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

**HISTÓRIA CLÍNICA**

*Fratura do punho e  
hct + Gases*

**EXAME FÍSICO**

*fl imobiliz*

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA**

CONFERE COM ORIGINAL  
*Maria*  
Servidor 181352.1







Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

2- CNES

4- CNES  
3515168

5- PACIENTE

RUTHINEA ALVES DA SILVA

### Identificação do Paciente

6- NUMERO DO PRONTUÁRIO  
144326

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

702302111363616

8- DATA DE NASCIMENTO

06/02/1979

9- SEXO

FEMININO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MAE

MARIA LUZIMAR ALVES MATIAS

12- TELEFONE DE CONTATO

986368210

13- NOME DO RESPONSÁVEL

ABIMAE MOAB DA SILVA

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

TV DOM RAFAEL, 02 A

16- MUNICÍPIO

NATAL

17- BAIRRO

SRA APRESENTAÇÃO

18- UF

RN

19- CEP

59500001

### Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*DM + hipertensão pulmonar*

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*AF-bron*

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

*S.A.*

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

*I.T. - Insuficiência cardíaca*

### Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

*Insuficiência cardíaca*

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

**Manoel Correia Neto**

CRM - 849

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

*Ortopedia e Traumatologia*

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

### Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- ( ) AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SERIE

37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

*CONFERE COM ORIGINAL*  
*Assinado*  
*1615521*





PRESCRIÇÃO MÉDICA - TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: RUTHINEA ALVES DA SILVA

1	DIETA LIVRE	DATA: 09.10.2016	IDADE:
2	DIPIRONA-40GTS VO DE 6/6HS SN	SND	
3	SSVV E CCGG	18 24 OG	
4	Dex clonazepam 2mg 1 p vo	Retirar	
5		18 OG	
6		12/11/16	
8			
9			
10			
11			
12			

CONFERE COM ORIGINAL

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DIAGNÓSTICO:

Lesões visuais de mola distal

QUEIXAS

NEUROVASCULAR EM MEMBRO AFETADO: ( ) SEM ANORMALIDADES OBS:

PRESENÇA DE FERIDA ( ) NÃO ( ) SIM ASPECTO:

MOBILIZAÇÃO: QUAL?

TROCAR? SIM ( ) NÃO ( )

AS - punção  
angus de m.s.

SOLICITO RADIOGRAFIA:

SOLICITO OUTROS EXAMES:

Alte retorno 5/11/16

Eison Santos Miranda  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 600 - TEOT 13807

Pedro Ferreira de Melo Filho  
Ortopedista - CRM 1306  
TEOT 1327

EXAMES COMPLEMENTARES  
LABORATORIAIS RADIOLOGICOS ESC TMOGRAFIA

Rx do punho e ACP

JOAO FERDINANDO BARRETO  
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
CRM 37000 - RCT 6437

CONDUZA MEDICA PARA REGULACAO NA REDE DE ATENDIMENTO  
 CLINICA MEDICA  CLINICA PSIQUIATRICA  CLINICA GERAL  CLINICA GINECOLOGICA  CLINICA PEDIATRICA

DIAGNOSTICO

CONDLTA / PRESCRICAO MEDICA

ABERTURA DE FOLHAS

EVOLUCAO DE ENFERMAGEM

ASSINADO ELETRONICAMENTE





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**  
SAMU 192 RN



### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que em busca no sistema informatizado do SAMU 192 RN que foi encontrado a ocorrência N° S219362 referente ao paciente **RUTHINEIA ALVES DA SILVA** 38 anos, atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 29/05/2016 em Ceara Mirim/RN conforme ficha anexa.

Natal, 28 de junho de 2016

SABRINA CAVALCANTE DE MACEDO  
Coordenadora Regulação Médica do SAMU 192 RN  
MAT.195846-6

**SAMU 192 RN**  
END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 - BARRO VERMELHO - NATAL/RN  
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS  
CEP: 59.022-545  
FONE: 84 3209-5316



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA

FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA

FICHA DE ATENDIMENTO :	S219362
DATA DA OCORRÊNCIA:	29/05/2016 16:18:26
CIDADE:	CEARA-MIRIM
BAIRRO:	
LOGRADOURO:	NA ESTRADA QUE LIGA CEARA MIRIM A PUREZA.
INTERESSADO:	DOUGLAS
TELEFONE:	99117-0555
TIPO:	TRA
NATUREZA:	TRAUMA
SUB-TIPO:	TRA14
NATUREZA:	CAPOTAGEM
IMPRESSO POR:	IVAN JOSE DE ARAUJO CARDOSO
DATA DA IMPRESSÃO:	28/06/2016 15:43:55

DATA	HORA	TERMINAL	OPERADOR	EVENTOS
29/05/2016	16:18:26	tam1	90140494	ACD DE CARRO
29/05/2016	16:18:26	tam1	90140494	E DEPOIA EOLICA
29/05/2016	16:18:48	tam1	90140494	PROX A SUBSTAÇÃO
29/05/2016	16:18:51	tam1	90140494	*****
29/05/2016	16:20:06	regsamu02	13237234	CAPOTAMENTO, NÃO PRESENCIADO, 03 VITIMAS, SENDO UMA ARREMESSADA, COM FRATURAS
29/05/2016	16:20:06	regsamu02	13237234	EXPOSTAS, SANGRAMEBNTOS IMPORTANTES, ESTA DESACORDADA
29/05/2016	16:21:04	regsamu02	13237234	Ô SOLICITANTA NÃO ESTA NO LOCAL PQ NÃO PEGA CELULAR
29/05/2016	16:21:21	despsamu1	19385794	VIATURA USA II DESPACHADA - Comandante da VTR - (CIODS CIODS)
29/05/2016	16:22:04	despsamu2	67875484	VIATURA USB30 DESPACHADA
29/05/2016	16:22:18	regsamu02	13237234	LEBEREI USA DESDE O INICIO DA REGULAÇÃO E USB COD 3
29/05/2016	16:22:37	regsamu02	13237234	** Event Priority changed from 4 to 0 at: 05/29/16 16:22:37
29/05/2016	16:22:37	regsamu02	13237234	** Tipo do evento alterado de M01 para TRA(TRA14) às 29/05/16 16:22:37
29/05/2016	16:22:37	regsamu02	13237234	** >>>> by: ANDRESSA CHRYSTINE SILVA REBOUÇAS on terminal: regsamu02
29/05/2016	16:22:37	regsamu02	13237234	** >>>> by: ANDRESSA CHRYSTINE SILVA REBOUÇAS on terminal: regsamu02
29/05/2016	16:23:27	despsamu1	19385794	VIATURA USB30 EM ROTA
29/05/2016	16:25:24	despsamu1	19385794	
29/05/2016	16:25:36	despsamu1	19385794	USB30 C MIRIM SAINDO DE C MIRIM NO QTI
29/05/2016	16:25:42	despsamu1	19385794	USA11 SAIU DA BASE MACAIBA
29/05/2016	16:29:43	despsamu2	67875484	VIATURA USA II EM ROTA
29/05/2016	16:31:00	despsamu1	19385794	SOLICITANTE INFORMA QUE SAINDO DE C.MIRIM UNS 10 MIN NA ENTRADA DE PUREZA
29/05/2016	16:33:57	despsamu1	19385794	PERTO DO NOVO PRESIDIO
29/05/2016	16:34:03	despsamu1	19385794	EM CONSTRUÇÃO
29/05/2016	16:36:38	despsamu1	19385794	EQUIPE DE JCAM NOS PASSA QUE É UNS 50KM PRA CHEGAR NO LOCAL DE MACAIBA UNS 40MIN
29/05/2016	16:37:28	despsamu1	19385794	MENOS TEMPO DA USA JCAM SAINDO DE LA PRA ENTRADA DE PUREZA VINDO DE C.MIRIM
29/05/2016	16:37:35	despsamu1	19385794	
29/05/2016	16:41:46	despsamu1	19385794	VIATURA USA06 DESPACHADA
29/05/2016	16:42:38	despsamu1	19385794	ENVIADA USA06 JCAM
29/05/2016	16:42:44	despsamu1	19385794	SAINDO DO PA JCAM
29/05/2016	16:43:22	despsamu2	67875484	VIATURA USA II INFORMOU O CÓDIGO UC
29/05/2016	16:43:30	despsamu2	67875484	VIATURA USB30 CHEGOU AO LOCAL
29/05/2016	16:45:09	despsamu1	19385794	VIATURA USA06 EM ROTA
29/05/2016	16:47:01	despsamu1	19385794	USA11 SE SAISSE DA BASE MACAIBA SERIA + OU - 1H20MIN
29/05/2016	16:50:10	despsamu1	19385794	
29/05/2016	17:06:14	despsamu1	19385794	USA06 JCAM INFORMA QUE TEM QUE IR PRA C.MIRIM UNS 30 MINUTOS E DEPOIS SOBE PRA



29/05/2016	17:06:14	despsamu1	19385794	PUREZA UNAS 40 MINUTOS (IH20) MESMO TEMPO RESPOSTA
29/05/2016	17:06:20	despsamu1	19385794	
29/05/2016	17:07:39	despsamu1	19385794	COMO SO TINHAMOS UMA USA NA BASE ENVIAMOS A DE JCAM MESMO
29/05/2016	17:07:45	despsamu1	19385794	
29/05/2016	17:41:30	despsamu1	19385794	VIATURA USA06 CHEGOU AO LOCAL
29/05/2016	17:57:39	regsamu02	13237234	QTC DA USA 06
29/05/2016	17:57:54	regsamu02	13237234	1ª VITIMA
29/05/2016	17:58:21	regsamu02	13237234	RUTINEIA ALVES DA SILVA, 37 ANOS
29/05/2016	17:59:23	regsamu02	13237234	VITIMA DE CAPOTAMENTO, ENCONTREDA NA USB, SONOLENTA, TEVE AGITAÇÃO INICIAL E
29/05/2016	17:59:23	regsamu02	13237234	DESSATURAÇÃO
29/05/2016	18:00:32	regsamu02	13237234	FRATURA FECHADA EM MIE, MSE, EDEMA E EQUIMOSE PERIORBITAL A ESQ, PUPILAS
29/05/2016	18:00:32	regsamu02	13237234	ISOCORICAS E FOTORREAGENTES
29/05/2016	18:00:39	regsamu02	13237234	GLASGOW 12
29/05/2016	18:00:45	regsamu02	13237234	NÃO VOMITOU
29/05/2016	18:01:15	regsamu02	13237234	SANGRAMENTO EM CORTE DE SUPERCILIO ESQ, SEM SINAIS DE AFUNDAMENTO DE CRANIO
29/05/2016	18:01:34	regsamu02	13237234	TORAX E ABDOME PRESERVADOS
29/05/2016	18:01:57	regsamu02	13237234	TA: H0X70, FC: 95, FR: 23, SAT: 99% EM MV 50A5
29/05/2016	18:02:22	regsamu02	13237234	IMOBILIZADA CONFORME PROTOCOLO AVP COM RINGR SIMPLES, FEITO 500ML
29/05/2016	18:02:37	regsamu02	13237234	SEM OTORRAGIA
29/05/2016	18:03:00	regsamu02	13237234	CONDUTA: MANTER SUPORTE, QTI CLOVIS
29/05/2016	18:03:23	regsamu02	13237234	
29/05/2016	18:07:28	coordsamu	55377254	ENTRO EM CONTATO COM DR. PAULO NO PSCS, PASSO QUADRO E O MESMO ME CONFIRMA O
29/05/2016	18:07:28	coordsamu	55377254	ATENDIMENTO DA PACIENTE. ENFA VIVIANNE.
29/05/2016	18:12:36	regsamu04	61424284	USB 30
29/05/2016	18:13:44	regsamu04	61424284	ABIMAE MOAB DA SILVA, 40A
29/05/2016	18:13:55	regsamu04	61424284	VITIMA DE CAPOTAMENTO, CONDUZIA O VEICULO
29/05/2016	18:14:03	regsamu04	61424284	USAVA CINTO DE SEGURANÇA
29/05/2016	18:14:07	regsamu04	61424284	SE ENCONTRAVA AO SOLO
29/05/2016	18:14:13	regsamu04	61424284	CONSCIENTE E ORIENTADO
29/05/2016	18:14:21	regsamu04	61424284	NEGA DESMAIO, NAUSEA OU VOMITO
29/05/2016	18:14:28	regsamu04	61424284	INFORMA HAVER INGERIDO BEBIDA ALCOOLICA
29/05/2016	18:14:40	regsamu04	61424284	REFERE DOR A PALPAÇÃO EM ABDOMEN
29/05/2016	18:14:57	regsamu04	61424284	ESCORIAÇÃO EM MIE COM FRATURA EXPOSTA EM MAO ESQUERDA
29/05/2016	18:15:19	regsamu04	61424284	PA 140X90, FC 101, FR 22, SPO2 99%AA
29/05/2016	18:15:28	regsamu04	61424284	SOB PROTOCOLO
29/05/2016	18:16:05	regsamu04	61424284	ACESSO VENOSO COM SRL + DIPIRONA 1G + SEGUIR AO CLOVIS
29/05/2016	18:20:09	despsamu2	67875484	VIATURA USA06 INFORMOU O CÓDIGO UG
29/05/2016	18:20:09	despsamu2	67875484	VIATURA USA06 INFORMOU O CÓDIGO CL
29/05/2016	18:20:23	despsamu2	67875484	VIATURA USB30 INFORMOU O CÓDIGO UG
29/05/2016	18:20:23	despsamu2	67875484	VIATURA USB30 INFORMOU O CÓDIGO CL
29/05/2016	18:33:35	coordsamu	55377254	
29/05/2016	18:34:18	coordsamu	55377254	ENTRO EM CONTATO COM DR. DANIEL NO PSCS, PASSO O QUADRO, MAS ELE ME PEDE PARA
29/05/2016	18:34:18	coordsamu	55377254	TENTAR MANDAR A PACIENTE PARA O SANTA CATARINA. ENFA VIVIANNE.
29/05/2016	18:34:51	coordsamu	55377254	ENTRO EM CONTATO COM DRA. ELANE NO SANTA CATARINA, PASSO O QUADRO DO PACIENTE E
29/05/2016	18:34:51	coordsamu	55377254	A MESMA ME CONFIRMA O ATENDIMENTO DESTA ENFA VIVIANNE.
29/05/2016	18:37:59	despsamu2	67875484	VIATURA USB30 INFORMOU O CÓDIGO UG
29/05/2016	18:37:59	despsamu2	67875484	VIATURA USB30 INFORMOU O CÓDIGO CL
29/05/2016	18:57:46	despsamu2	67875484	VIATURA USA06 FINALIZOU A OCORRÊNCIA COMO (HSP) [ENCAMINHADO HOSPITAL] <b>COMENTÁRIO ADICIONAL:</b> DR DANIEL
29/05/2016	19:09:51	despsamu2	67875484	VIATURA USB30 INFORMOU O CÓDIGO CL
29/05/2016	19:09:51	despsamu2	67875484	VIATURA USB30 INFORMOU O CÓDIGO UG
29/05/2016	20:06:15	despsamu2	52412064	VIATURA USB30 INFORMOU O CÓDIGO CL
29/05/2016	20:06:15	despsamu2	52412064	VIATURA USB30 INFORMOU O CÓDIGO UG
29/05/2016	21:01:02	despsamu1	56330184	VIATURA USB30 FINALIZOU A OCORRÊNCIA COMO (HSP) [ENCAMINHADO HOSPITAL] <b>COMENTÁRIO ADICIONAL:</b> SEM COMENTARIO

  
SABRINA CAVALCANTE DE MACEDO  
COORDENADORA DE REGULAÇÃO MÉDICA



Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168  
PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 25/ORT/RET

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL (PSA) SOCORRO CUNHA MATRICULA DATA HORA  
13/10/2016 7:35

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE RUTHINEA ALVES DA SILVA  
MASCULINO FEMININO FEMININO  
RAÇA/COR PARDA  
TELEFONE 98636 8210  
DATA DE NASCIMENTO 06/02/1979 IDADE 38 RELIGIÃO CATÓLICA  
Núcleo de Epidemiologia NHUE / HRDM INVESTIGADO  
PROFISSÃO DO LAR  
NOME DO PAI SILVERIO CARDOSO DA SILVA  
RG 002 755 094 ORG EXP ITEP UF RN CARTÃO DO SUS 702 3021 1136 3616  
COMPLEMENTO  
ENDEREÇO TV DOM RAFAEL, 02 A  
MUNICIPIO NATAL UF RN CEP 59.500-001  
TELEFONE 988067195  
PARENTESCO COMPANHEIRO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO  
REGULADO ( ) SAMU ( ) Demanda Espontânea  
DESCRIMINADOR  
ALERGIAS  
PESO ALTURA SSVV FC FR T SO2 PA GLICEMIA



- ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
- SALA VERMELHA
- URGÊNCIA
- ORTOPEDIA
- CONSULTA MÉDICA
- BUCOMAXILO
- PEQUENA CIRURGIA
- ACIDENTE DE TRABALHO
- VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
- QUEDA
- OUTROS

Abertura Ocular	Espontânea
Resposta Verbal	Palavras inapropriadas
Resposta Motora	Flexão anormal

HISTÓRIA CLÍNICA

# pulso arq há 5 meses, estou intencionalmente no HDML e fui até domingo.

EXAME FÍSICO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA  
CONTENCIOSA

DATA		HORA	CATEGORIA	144326
13/10/2016		9:00		GIH
PACIENTE			DATA DE NASCIMENTO	
RUTHINEA ALVES DA SILVA			06/02/1979	
ESTADO CIVIL		PROFISSAO		
SOLTEIRA		DO LAR		
ENDEREÇO (RUA, Nº)				
TRAVESSA DOM RAFAEL 02 A				
MUNICIPIO	BAIRRO	UF	CEP	
NATAL	Nsa da Apresentação	RN	59500-000	
LOCAL DE TRABALHO				TELEFONE
FILIACAO				
MARIA LUZIMAR ALVES MATIAS			SILVERIO CARDOSO DA SILVA	
RESPONSÁVEL				TELEFONE
ÁBIMAEI MOAB DA SILVA				99638-8210
ENDEREÇO				
O MESMO				
DIAGNOSTICO PROVISORIO				
DIAGNOSTICO DEFINITIVO				

DATA DE ADMISSAO

ALTA

16.10.2016

OBITO

HISTORIA CLINICA

paciente com fratura proximal  
consolidada no ant. de radio distal  
manuseio de 16 meses.

Dr. Ural de Oliveira  
CRM/RN 4315  
13 OUT. 2016

Assinado  
615511



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 REGIONAL MACHADO DE OLIVEIRA		4- CNES 0545100	
Identificação do Paciente			
5- PACIENTE RUTHINEA ALVES DA SILVA		6- NUMERO DO PRONTUARIO 144326	
7- CARTAO NACIONAL/SUS 702 3021 1136 3618	8- DATA DE NASCIMENTO 06/02/1979	9- SEXO FEMININO	10- RAÇA/COR PARDA
11- NOME DA MAE MARIA LUZIMAR ALVES MATIAS		12- TELEFONE DE CONTATO 99638-8210	
13- NOME DO RESPONSÁVEL ABIMAELO MOAB DA SILVA		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) TRAVESSA DOM RAFAEL 02 A			
16- MUNICIPIO NATAL	17- BAIRRO Nsa da Apresentação	18- UF RN	19- CEP 59500-000
Justificativa de Internação			
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS <i>Fratura visivelmente consolidada ao nível de antebraço esp. Necessita de Hto cirúrgica</i>			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Anamnese + exame físico + Rx</i>			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>As auscultas</i>			
23- DIAGNOSTICO INICIAL <i>Fratura de antebraço esp</i>	24- CID 10 PRINCIPAL	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Hto cirúrgica</i>		28- CODIGO DO PROCEDIMENTO	
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
34- DATA DA SOLICITAÇÃO		36- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Ural de Oliveira CRM/RN 4316 13-08-2018</i>	
Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)			
39- ( ) AC. TRÂNSITO	39- CNPJ DA SEGURADORA	40- Nº DO BILHETE	41- SERIE
37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CBOR
38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO	45- VINCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO		
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47- COD. ORGAO EMISSOR	52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48- DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		<i>Assinado 16/05/2018</i>
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		





Hospital

Nome do paciente

Wathinyr Flores dos Santos

Nº prontuário

Data operação

14/10/16

Ent.

Feito

Operador

D. Michel Freire de Araújo

1º auxiliar

L. Medeiros

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesiologista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Condicionamento Nervoso do rádio distal (E)

Tipo de operação

Estetomio + osteomiotomia

Diagnóstico pós-operatório

Ótimo

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - lições - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vicárias

Paciente em decúbito dorsal sob sistema oxigênio e monitorização específica de tempo nervo, imobilização por meio de tala lateral, fixação com gesso e parafusos, sistema anestésico base periferico distal.

14/10/16

DR. MICHEL FREIRE DE ARAÚJO  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM 4422 TEGT 10751

CIRURGIAS MÚLTIPLAS

(0415010012)

TRAUMATIZADO

(0415030013)

PROC. CLÍNICO

7º FRO. CIRURGICO

040802040

CBO 225225

CBO 225270

DIAS

CID S00.5





HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LENCINA  
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  
 \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_

HIDRATAÇÃO VENOSA  
 Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml     Soro Ringer Simples: \_\_\_\_\_ ml    Quantidade total de volume administrado: \_\_\_\_\_  
 Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml     Soro Ringer Lactato: \_\_\_\_\_ ml

ANATOMO PATOLÓGICO  
 Não  Sim Peça: \_\_\_\_\_    Peça para sepultamento:  Não  Sim  
 Swab para cultura: \_\_\_\_\_    Líquido: \_\_\_\_\_

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES  
 FO de aspecto:  Limpo  c/exsudato  Contaminada  Aparelho gessado  Bandagens  Talas  Outros: \_\_\_\_\_

INTERCORRÊNCIAS: *medicações reparadoras e administradas pelo anestesiologista. Procedimento concluído sem intercorrências.*

Ass: *Sayonara Rodrigues de Araujo*    Técnica Enfermagem    Coren: *59.0057*

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO  
 Nível de consciência:  Consciente  Inconsciente  Narcose  Coma  Vigil  Agitado  
 Respiratório:  Intubado  Extubado  Cânula de Guedel  O<sub>2</sub> ambiente    Curativo:  Oclusivo  Compressivo  Colostomia  Outro: \_\_\_\_\_  
 Diurese:  Espontânea  Normal  Hematúria  Irrigação Vesical  Oligúrico    Destino após a cirurgia: *SALA*

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 O<sub>2</sub>  O<sub>2</sub> Amb.  
 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  Kherr    Ostomias:  Sim  Não Especifique: \_\_\_\_\_  
 Irrigação vesical contínua:  Retorno satisfatório  Retorno Insuficiente  Coágulos  
 Curativo:  Oclusivo  Descoberto  Limpo  Sulo    Monitorização:  ECG  Oxímetro  PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA  Náuseas  Vômitos  Sangramento  Dor  Bexigoma  Alteração PA  Alteração RR  
 Relate: \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS							Líquidos administrados na URPA:	
Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor	Soro glicosado: _____ ml	
Admissão	—	88	—	—	99	—	Soro Fisiológico: _____ ml	
30'	—	86	—	—	100	—	Ringer: _____ ml	
60'	—	86	—	—	98	—	Irrigação vesical contínua: _____ ml	
Alta	—	95	—	—	98	—		

Medicações administradas URPA:					Eliminações:				
Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: *Paciente admitida no CRO, sem intercorrências até o momento. Paciente encaminhado para clínica ortopédica.*

Ass: *Convidoria*    Coren: *9382*



## Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome		Idade	Sexo	Cor
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura
Tipo sanguíneo	Hemátias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia
Urina		Peso		Outros
Ap. respiratório		Asma		Bronquite
Ap. circulatório		Eletrocardiograma		
Ap. digestivo		Dentes	Pescoço	Ap. urinário
Estado mental		Atarácicos	Corticóides	Alergia
Diagnóstico pré-operatório		Estado físico		Risco
Anestésias anteriores		Aplicada às		
Medicação pré-anestésica		Efeito		

Agentes Anestésicos	0		
Líquidos	LSP		

	Oper.	Anest.	O Resp.:	P Pulso	
260					1. Diprivan 2g Propofol 4g Morfio, Cur 100g Dexmed 2g 2. Propofol 20g 3. Cur 200g
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					

SIMBOLOS	X @
ANOTAÇÕES	
POSICÃO	
Agentes	
Técnica	Jacob (Luisa - Jota)
Operação	Desobstrução de ureter, ortostase med
Cirurgiões	Dr. Paulo + equipe
Anestésistas	Dr. Luciano
Observações	

Cristiano Madurn Velloso  
 CRM: 10575 - CPF: 011.657.547-44  
 Perda sanguínea





HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LENCENA  
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**  
*Dexametasona* h: \_\_\_\_\_  
*Dexametasona* h: \_\_\_\_\_  
*Dexametasona* h: \_\_\_\_\_

**HIDRATAÇÃO VENOSA**  
 Soro Fisiológico: 1000 ml     Soro Ringer Simples: \_\_\_\_\_ ml    Quantidade total de volume administrado: \_\_\_\_\_  
 Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml     Soro Ringer Lactato: \_\_\_\_\_ ml

**ANATOMO PATOLÓGICO**  
 Não  Sim Peça: \_\_\_\_\_ Peça para sepultamento:  Não  Sim  
 Swab para cultura: \_\_\_\_\_ Líquido: \_\_\_\_\_

**CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES**  
 FO de aspecto:  limpo  c/exsudato  Contaminada  Aparelho gessado  Bandagens  Talas  Outros:

**INTERCORRÊNCIAS:**  
*pac e suas sequelas por sua gestão a partir de acidente e imobilização de fratura de 2ª e 3ª falange distal do 2º dedo da mão direita*

Ass: *Silvia* Coren: *297201*

**CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO**  
 Nível de consciência:  Consciente  Inconsciente  Narcose  Coma  Vigil  Agitado  
 Respiratório:  Intubado  Extubado  Cânula de Guedel  O<sub>2</sub> ambiente Curativo:  Oclusivo  Compressivo  Bolsa de colostomia  Outro: \_\_\_\_\_  
 Diurese:  Espontânea  Normal  Hematúria  Irrigação Vesical  Oligúrico Destino após a cirurgia: *CS*

**UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO**  
 Hora: *09:50* Data: *10/06/16* Nível de consciência:  Acordado  Sonolento  Narcose  Orientado  
 Desorientado  Agitado  Choroso Vias aéreas:  Intubado  Extubado  cânula de Guedel  Cateter O<sub>2</sub>  O<sub>2</sub> Ambiente  
 Mobilização MMII:  Normal  Diminuída  Sem mobilidade Mobilização MMSS:  Normal  Diminuída  Sem mobilidade  
 Venoclise:  Não  Sim Tipo: *UCG* Local: *MSD* Sondas:  Gástrica  Enteral  Vesical  
 Drenos:  Sucção  Torácico  Penrose  Kherr Ostomias:  Sim  Não Especifique: \_\_\_\_\_  
 Irrigação vesical contínua:  Retorno satisfatório  Retorno Insuficiente  Coágulos  
 Curativo:  Oclusivo  Descoberto  Limpo  Sujo Monitorização:  ECG  Oxímetro  PA

**INTERCORRÊNCIAS NA URPA**  Náuseas  Vômitos  Sangramento  Dor  Bexigoma  Alteração PA  Alteração FC  
 Relate: \_\_\_\_\_

**SINAIS VITAIS**

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	/	<i>87</i>	/	/	<i>100</i>	/
30'	/	<i>87</i>	/	/	<i>100</i>	/
60'						
Alta						

**Líquidos administrados na URPA:**  
 Soro glicosado: \_\_\_\_\_ ml  
 Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml  
 Ringer: \_\_\_\_\_ ml  
 Irrigação vesical contínua: \_\_\_\_\_ ml

**Medicações administradas URPA:**

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

**Eliminações:**

Recebido da SO	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:** *paciente recebeu alta do CRO após realização de anestesia para cirurgia ortopédica*

Ass: *Priscila* Coren: *15356413*



EXAMES COMPLEMENTARES

LABORATORIAL     RADIOLÓGICO     ECC     TOMOGRAFIA     USG     OUTROS

CONDUTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NIR

CLÍNICA MÉDICA     CLÍNICA PSIQUIÁTRICA     CLÍNICA ORTÓPÉDICA     PEDIATRIA/NEO  
 CLÍNICA OBSTÉTRICA     CLÍNICA GERAL     UTI     OUTROS

DIAGNÓSTICO

CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA	ABERTURA DE HORÁRIO / CHEGADA
<p><i>Px Junho E (F&amp;P)</i></p> <p><i>Rx do joelho @ Al/Perd</i></p> <p><i>Rx do joelho @ Al/Perd</i></p> <p><i>Pedro Ferreira de Melo Filho</i>  Ortopedista - CRM/1308  TEO7 1327</p>	<p><i>Dr. Fabio Ferreira Freire</i>  Ortopedia e Neurologia  CRM 5864 - TEO7 13197</p>

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

---



---



---



---



---



---

DESTINO DO PACIENTE

ALTA     ÓBITO     EVASÃO

SVG     ITIP     DECLARAÇÃO

SOLICITADO INTERNAMENTO NO SERVIÇO DE *Ortopedia*

# Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital: H.P.D.M.L.

Nome: ADRIANA ALVES DA SILVA

Data: 14/10/96

Pressão arterial: 110/70 Pulso: 60 Respiração: 18 Temperatura: 36,5

Tipos sanguíneos: Negativo Hematias: 1000 Hemoglobina: 100 Hematócrito: 100 Glicemia: 100 Urina: 100

Ap. respiratório: Sintetizado

Ap. circulatório: Sintetizado

Ap. digestivo: Sintetizado

Estado mental: Late

Diagnóstico pré-operatório: NO UTERO

Anestésias anteriores: Sintetizado

Medicação pré-anestésica: Sintetizado

Aplicada às: 15:40 Efeito: AS 70

Agentes Anestésicos: Sintetizado

Líquidos: Sintetizado

Gráfico de Monitorização:

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
Open																									
Anest.																									
D. Resp.																									
P. Pulso																									

SIMBOLOS: Sintetizado

ANOTAÇÕES: 14:40 - 15:40

POSICÃO: Sintetizado

Agentes: Sintetizado

Técnica: Sintetizado

Operação: Sintetizado

Cirurgiões: Sintetizado

Anestésistas: Sintetizado

Observações: Sintetizado

Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias

Perda sanguínea





EXAMES COMPLEMENTARES

LABORATORIAL     RADIOLÓGICO     ECG     TOMOGRAFIA     USG     OUTROS

CONDLTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NIR

CLÍNICA MÉDICA     CLÍNICA PSIQUIÁTRICA     CLÍNICA ORTOPÉDICA     PEDIATRIA / NEO  
 CLÍNICA OBSTÉTRICA     CLÍNICA GERAL     UTI     OUTROS

DIAGNÓSTICO

CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

ABERTURA DE HORÁRIO / CHECAGEM

*Solicito interconsulta por fúscula de pulso*  
*Rx de pulso E+g (AIP)*

Dr. Ural de Oliveira  
CRM/RN 4315

13. OUT. 2016

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

*go*  
Núcleo Interno de Regulação  
NIR / IRDML  
AUTORIZADO

DESTINO DO PACIENTE

ALTA     CEMTE     EVASÃO     SOLICITADO INTERNO NO SERVIÇO  
 SVO     INTES     DECLARAÇÃO



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL  
DA COMARCA DE NATAL, ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE.**

**Processo:** 0813398-88.2017.8.20.5001

**Autor:** RUTHINEA ALVES DA SILVA

**Ré:** PORTO SEGURO CIA. DE SEGUROS GERAIS

RUTHINEA ALVES DA SILVA, já devidamente qualificado nos autos, neste ato devidamente representada por seu procurador advogado, legalmente habilitado, vêm, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência emendar a inicial juntando procuração

Nestes Termos,

Pede e espera deferimento.

Natal/RN, 17 de abril de 2017

***ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA***

***OAB/RN nº 11.925***





# M&O

Maia | Oliveira

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Ruthimna Alves da Silva  
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira

PROFISSÃO: doloar

IDENTIDADE: 002755094 CPF: 078.243.054-65

ENDEREÇO: R. Santo Agostinho, 383-A

BAIRRO: Sopro CIDADE: Natal RN

TELEFONE:

**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 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](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 judicialmente com ação de cobrança do Seguro DPVAT, 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. Assim, fica configurado CONTRATO DE ADESÃO, formalizado, para qualquer eventualidade futura.

Parnamirim, 30/09/17

Ruthimna Alves da Silva

OUTORGANTE

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