



Número: **0819377-31.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **26/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JUCIANO ALVES RODRIGUES (AUTOR)		CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS (RÉU)			
EUCIMAR PEREIRA GUIMARAES (TERCEIRO INTERESSADO)			

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10470524	15/05/2017 15:08	<a href="#">ATO ADMINISTRATIVO DE JUCIANO</a>	Ato Administrativo
10470531	15/05/2017 15:08	<a href="#">JUCIANO</a>	Outros documentos

**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 2014884170 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA** JUCIANO ALVES RODRIGUES

**COBERTURA** Invalidez

**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO**

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**BENEFICIÁRIO** JUCIANO ALVES RODRIGUES

**CPF/CNPJ:** 07523059481

**Posição em 15-05-2017 14:57:47**

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
23/10/2014	R\$ 1.012,50	R\$ 0,00	R\$ 1.012,50

87076045

**LV**  
**LINS & VELHO**  
Claudirir José Ferreira Velho

**PROCURAÇÃO PARTICULAR**

**OUTORGANTE:**

Nome: Juliano Alves Rodrigues  
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro  
Profissão: D. de carpinteiro Identidade: 002.656.117 Exp: 02/10/2004  
CPF: 075.230.594-81 Telefone: 98707-6045  
Endereço: Sítio Raposa 122  
Bairro: Zona Rural Cidade: Sumão - RN Estado: RN  
CEP: 59570-000

**OUTORGADOS: CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/RN sob o nº 7268, com escritório profissional a Rua do Dr. Sadi Mendes, 1010ª A - Santos Reis - Parnamirim/RN, CEP 59.141-085

**PODERES:** Das cláusulas "ad-judicia e "extra", para o foro em geral e os especiais de transigir, desistir, receber e dar quitação, com finalidade de defender os direitos e interesses do(a) outorgante em qualquer causa ou demanda, movida ou de mover, perante a qualquer juízo, instância ou Tribunal, inclusive Juizado Especiais, PROCON e órgãos similares, firmar acordo em audiência de conciliação e de instrução e julgamento, assumir compromissos, praticando e promovendo tudo que se fizer necessário ao mencionado fim, agindo os outorgados em conjunto ou separadamente e independente de ordem de nomeação, podendo ainda substabelecer um Advogado indicado pelo mandante, ou resolver administrativamente, tendo poderes para retirar alvará e levantar valores destes. Podendo, ainda, reter o percentual de 30% (trinta por cento) do valor recebido na ação supracitada pelo outorgante como honorários advocatícios em favor dos outorgados.

Natal, 08 de maio 2017.

Juliano Alves Rodrigues  
OUTORGANTE

Rua Dr Sadi Mendes, 1010ª A - Santos Reis Parnamirim/RN, CEP 59.145-085.  
Fone/Fax (84) 99403-4017 - 99969-7011 - 32726277 - 98788-4353





Govorno do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria de Estado da Seguranca Pùblica e da Defesa Social  
Polícia Civil  
Delegacia Eletrônica



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE CEARÁ MIRIM  
Endereço: RUA PRISCOTRÓCHA, 1245, CENTRO, CEARÁ MIRIM

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2014020091462 1.2 Data/Hora de Expedição: 11/02/2014 13:08:40  
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÁFICO COM DANO

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 15/02/2014 16:00:00 2.2 Endereço Comarcado:  
2.3 Fone: Desconhecido 2.4 Flagrante/Não  
2.4 Localidade empregadora: Outros  
2.5 Tipo de Local: Via Pública 2.7 Logradouro: ESTRADA ENTRE O PROJETO SANTA AGUEDA E PUREZA  
2.6 Número: 500000000 2.8 CEP:  
2.9 Complemento: 2.10 Nome de Referência:  
2.12 Status: NÃO INFORMADO 2.12 Cidade: CEARÁ MIRIM  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

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

3.1 Nome Completo: JUCIANO ALVES RODRIGUES 3.7 Estado Civil: Solteiro  
3.2 Sexo: Masculino 3.8 CPF: FRANCISCO DE LIMA RODRIGUES  
3.3 Nome: JUCIANO 3.9 Data de Nascimento: 05/08/1987  
3.4 Nome Completo: JUCIANO ALVES RODRIGUES 3.10 RG: 002658117 - ITERRN  
3.5 Sexo: MASCULINO 3.11 Profissão: 3.11 Profissão:  
3.6 CPF: 3.12 Município: CEARÁ MIRIM RN  
3.7 Estado Civil: 3.13 E-Mail:  
3.8 Nome: 3.14 Logradouro: SÍTIO RAPOSA  
3.9 Nome Completo: 3.15 CEP:  
3.10 Número: 3.16 Cidade: CEARÁ MIRIM  
3.11 Bairro: ZONARURAL DE CEARÁ MIRIM RN  
3.12 Endereço: RIO GRANDE DO NORTE

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)**

4.1.1 DECLARANTE E A PRÓPRIA VÍTIMA

**5. DADOS PESSOAIS DOS(A) ACUSADOS(S) (NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)**

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

**7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLUIDOS VEÍCULOS)**

**8. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**8.1 DOS FATOS**

8.1.1 Histórico  
O DECLARANTE INFORMA QUE ESTAVA DE CARONA EM UMA MOTOCICLETA HONDA XR 250 TORNADEO, ANO 2003/2003, R111AVAM 893611053, CHASSI 100M34003R1110115, EM NOME DO SENHOR WALDEDIR MARTINS DA SILVA, E PULSADA PELO SENHOR FRANCISCO DE LIMA RODRIGUES, GENITOR DO MENINO, MUNDO DE PUREZA, COM DESTINO AO PROJETO SANTA AGUEDA EM CEARÁ MIRIM RN, QUANDO NO LOCAL ACIMA UM VEÍCULO QUE VINHA NO MESMO SENTIDO DEU UMA FRENADA NA MOTOCICLETA DOS MESMOS, LEVANDO AMBOS A SOFREREM UMA QÜEDA, QUE A VÍTIMA E SEU GENITOR, CONSEQUIRAM LEVANTAR SE E PROCURARAM ATENDIMENTO MÉDICO NO HOSPITAL WALFREDO GURGEL, EM NATAL RN, NADA MAIS PODENDO INFORMAR.  
8.2 Informações do CIOEP

**10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)**

**11. DECLARAÇÃO**

Cada declarante(s), sob as penas da lei, confirma que as informações aqui registradas são verdadeiras.  
Data: 11/02/2014 13:08:40

190.9677  
Polícia

Francisco

Polícia

Endereço: 1685292 - KLEYNA BRITO DE VASCONCELOS  
Endereço: 1685292 - KLEYNA BRITO DE VASCONCELOS em 11/02/2014 13:08:43

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA  
CIRURGIA GERAL **R-1855**

**PACIENTE JUCIANO ALVES RODRIGUES**  
**DATA** 15/06/2014 **HORA** 22:13 **Nº BAA** 8999  
**IDADE** 26 **SEXO** M **ETNIA** Pardo **CARTÃO SUS** 162224641070002  
**CPF** - **RG** - **ESTADO CIVIL** Solteiro(a)  
**NOME DA MÃE** VERA LUCIA ALVES RODRIGUES  
**NOME DO PAI** FRANCISCO DE LIMA RODRIGUES  
**NASCIMENTO** 09/08/1987 **NATURALIDADE** Ceará-Mirim-RN  
**TELEFONE** (84) 8707-6045 **PROFISSÃO** ASG  
**RUA/AV.** SÍTIO RAPOSA Nº 00  
**COMPLEMENTO** - **BAIRRO** ZONA RURAL  
**CEP** - **CIDADE** Ceará-Mirim-RN  
**ORIGEM** Ambulância - Interior **MOTIVO** Acidente de Trânsito / Moto - Queda  
**ACID. DE TRABALHO** Não **USUÁRIO** Macedo

**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)**

*Queda de moto, em perda de consciência momentânea  
 nos momentos. Refere trauma em mãos. Encaminhado  
 de base porém com imobilização em mãos*

**EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)**

- A) *Vigilantes, pupilas isocóricas, reage a luz*
- B) *Arterial livre, NVE, limítrofe S7 PA*
- C) *Hemodinâmica, consciente, hidratado*
- D) *Abdomem livre*
- E) *Extremidades livres, pele intacta*

**OUTRAS OBSERVAÇÕES**

36106114  
ACIDENTE DE TRÂNSITO  
NOTIFICADORA  
Marta RRS

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

**DIAGNÓSTICO INICIAL** *Fratura exposta de 2.º metacarpo do 1.º dedo* **CID** *S80.0*

*15/06/14  
 [Assinatura]*

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL	CNES 2653923
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL	CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE		Nº DO PRONTUÁRIO	
JUCIANO ALVES RODRIGUES		11009	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	RACIA/DOR
162224641070002	09/08/1987	MASCULINO	PARDO
NOME DA MÃE		DDD TELEFONE DE CONTATO	
VERA LUCIA ALVES RODRIGUES		87076045	
RESPONSÁVEL		DDD TELEFONE DE CONTATO	
Vera Lucia		87076045	
ENDEREÇO (LOGRADOURO, Nº, COMPLEMENTO)			
SÍTIO RAPOSA, DO.			
BARRIO	MUNICÍPIO DE PROCEDÊNCIA	UF	CEP
ZONA RURAL	CEARÁ-MIRIM	RN	-

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Pacell de lúcia			
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO			
Mãe no calor			
PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVA DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
UX + CC FEN			
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOC
Pac de UAS			

PROCEDIMENTO SOLICITADO			
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
CLÍNICA	CARÁTER DA INTERNAÇÃO	DOCUMENTO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
CENTRO CIRÚRGICO - CRO		( ) CNS ( ) CPF	Gustavo M. Soares
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	DATA DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
GUSTAVO MONTENEGRO SOARES	16/06/2014 00:23		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
ACIDENTE	CNRJ DA SEGURADORA	Nº DO BULETE	SÉRIE
( ) TRÂNSITO			
( ) TRABALHO TÍPICO	CNRJ EMPRESA	CNAE DA EMPRESA	OSOR
( ) TRABALHO TRAJETO			
VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO	
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	CÓD. ÓRGÃO EMISSOR
DOCUMENTO	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR
( ) CNS ( ) CPF	
DATA DA AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

OK!

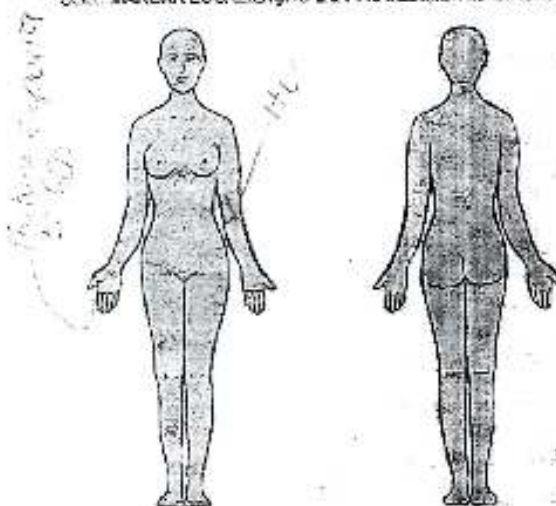


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
 Secretaria de Estado de Saúde Pública  
 Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
 Prédio SCS/Ima Clávis Araújo  
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Juliano Alves Rodrigues  
 DATA DE NASCIMENTO: 09.08.87 IDADE: 26  
 REGISTRO: BA 8397  
 DATA DE ADMISSÃO: 16.06.17 HORA: 00:10  
 ADMISSÃO DO PACIENTE:  
 CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Clínica ortopédica  
 HIDRATAÇÃO: SIM ( ) NÃO (x) VIA: PERIFÉRICO ( ) ACESSO CENTRAL ( )  
 NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE (x) ORIENTADO (x) VIGIL ( ) AGITADO ( )  
 INCONSCIENTE ( )  
 ESTADO GERAL: BOM ( ) REGULAR (x) GRAVE ( )  
 SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE (x) M.V. ( ) ENTUBADO ( ) TRAQUEOSTOMIZADOR ( )  
 ALÉRGICO: SIM ( ) NÃO (x) HIPERTENSO: SIM ( ) NÃO (x)  
 DIABÉTICO: SIM ( ) NÃO (x) ASMÁTICO: SIM ( ) NÃO (x)  
 DOENÇA RENAL: SIM ( ) NÃO (x) OUTRAS PATOLOGIAS:  
 MEDICAÇÕES EM USO:  
 CIRURGIAS ANTERIORES:  
 EXAMES COMPLEMENTARES: SIM ( ) NÃO (x)  
 OBSERVAÇÃO:

ÁREA DE TRICOTOMIA: HORA:  
 ÁREA DE PUNÇÃO: HORA:  
 OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



JELCO Nº 22 ACESSO CENTRAL: periférico

INSTRUMENTADOR:  
 CIRCULANTE: Gláucia (A) Imoira  
 TIPO DE ANESTESIA: GERAL ( ) RAQUÍ ( ) PERIDURAL ( ) S.P.B. ( ) LOCAL (x)  
 OBS:  
 ANESTESISTA: U. F. Imoira  
 INÍCIO DE ANESTESIA: 00:25 R  
 TÉRMINO DE ANESTESIA: 01:25 R  
 ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: Kanabon 9gr EV  
 HORA: 00:30 R

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  
 DIVISÃO DE ENFERMAGEM

### BOLETIM OPERATÓRIO

Nome: Juciano A. Noronha , Reg. Nº \_\_\_\_\_

Diagnóstico pré-operatório: Fratura Externa no Membro

Indicação terapêutica: Fixação + Desbridamento

### INTERVENÇÃO

INÍCIO: Gustavo M. Soares Fim: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_  
Enfermeiro Especialista em Cirurgia

Operador: \_\_\_\_\_

1º Auxiliar: \_\_\_\_\_

2º Auxiliar: 408020377(2)

3º Auxiliar: 5624

Instrumentador: \_\_\_\_\_

Anestesiologista: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Via de acesso – Incisão – Aspecto nos órgãos e lesões encontradas – Técnicas empregadas  
 e descrição dos processos – Ligaduras e suturas empregadas – Drenagem – Curativos  
 Diagnóstico Operatório – Prognóstico Operatório – Obs.:

- ① Realizada a redução das fraturas com técnicas
- ② Aplicado o aparelho
- ③ Desbridamento cirúrgico
- ④ Aplicado o curativo
- ⑤

ESTE HOSPITAL É MEU, É SEU, É NOSSO.

PROCESSO DESTINADO PARA EXAMENES DE LAHISEG CIENTÍFICA DE IMPRESSÃO PROFISSIONAL DO ACERTE DO RASCUNHO: NÃO DE GRAVAREM. FOLHA Nº 01 DE 01 E ANEXO Nº 01.

**ATENDIMENTO ESPECIALIZADO** # *Ortopedia #*

**ANAMNESE**  
*Prezado paciente, em 24/05/2014 foi realizado o exame físico e a radiografia do membro superior direito, apresentando-se com lesão do manguito rotador.*

**EXAME FÍSICO**

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA** *Lesão do manguito rotador*

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

**LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**

**DUTROS**

**CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)**  
*DAO em 24/05/2014*

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

*Assinatura e Carimbo do Responsável*

ACRESCENTAR O NOME DO RESPONSÁVEL DA VITÓRIA... SE O EXAME FOR REALIZADO EM LOCAL DIFERENTE DO LOCAL DE ATENDIMENTO... SE O EXAME FOR REALIZADO EM LOCAL DIFERENTE DO LOCAL DE ATENDIMENTO... SE O EXAME FOR REALIZADO EM LOCAL DIFERENTE DO LOCAL DE ATENDIMENTO...

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

Atividade	Pontuação
Atividade de alta complexidade	5
Atividade de complexidade média	4
Atividade de baixa complexidade	3
Atividade de rotina	2
Atividade de apoio	1

Título	Ponderação
ESCALA DE COMPLEXIDADE	5,00
ESCALA DE COMPLEXIDADE	4,00
ESCALA DE COMPLEXIDADE	3,00
ESCALA DE COMPLEXIDADE	2,00
ESCALA DE COMPLEXIDADE	1,00

**CLASSIFICAÇÃO DO SEU ATIVIDADE**

00 - Atividade de alta complexidade

01 - Atividade de complexidade média

02 - Atividade de baixa complexidade

03 - Atividade de rotina



04 - Atividade de apoio

Assinatura e Carimbo do Responsável

INÍCIO DE CIRURGI: 08:20  
 CIRURGIÃO: Dr. Gustavo  
 1ª AUXILIAR:  
 2ª AUXILIAR:  
 3ª AUXILIAR:  
 TIPO DE CIRURGI: Trt cirúrgico de 2ª quadrante do abdome

TÉRMINO DE CIRURGI: 09:25  
 SONDAGEM VESICAL: SIM ( ) NÃO (x)  
 Nº DA SONDA:   
 SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM ( ) NÃO (x)  
 Nº DA SONDA:   
 EXAMES LABORATORIAIS: SIM ( ) NÃO (x) RX: SIM (x) NÃO ( )  
 RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM ( ) NÃO (x) TIPO:   
 RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM ( ) NÃO (x) TIPO:   
 ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM ( ) NÃO (x) FEITO FICHA: SIM ( ) NÃO (x)  
 MEMBRO AMPUTADO: SIM ( ) NÃO (x) ENCAMINHADO AO RECROTÉRIO: SIM ( ) NÃO (x)  
 FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM ( ) NÃO (x)  
 DESPREZADO NO LIXO: SIM ( ) NÃO (x)  
 COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM (x) NÃO ( ) QUANTIDADE: 05  
 GAZES CONFERIDAS: SIM (x) NÃO ( ) QUANTIDADE: 3x  
 CALÇA CIRÚRGICA: Roupa cirúrgica  
 COMPLETA: SIM (x) NÃO ( ) OBS:   
 ÓBITO: SIM ( ) NÃO (x) HORA:   
 REALIZADO RCP: SIM ( ) NÃO ( )  
 RESPONSÁVEL PELA RCP:   
 PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (x) UTI ( ) ALTA ( )  
 EM AR AMBIENTE: SIM (x) NÃO ( ) TRAQUEOSTOMIZADO: SIM ( ) NÃO ( )  
 ENTUBADO: SIM ( ) NÃO (x)  
 PREENCHIDO AIN: SIM ( ) NÃO ( )  
 FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM ( ) NÃO ( )  
 FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM ( ) NÃO ( )

OBSERVAÇÕES: Paciente submetido ao RCP, apresentando  
 em avaliação inicial instabilidade hemodinâmica necessitando  
 de suporte de 08/05/2014 com o uso de dopamina, norepinefrina e  
 vasopressina para obtenção de pressão arterial satisfatória.  
 O paciente encontra-se em estado de coma no pós-operatório.  
 Não há reflexos de tosse e vômito. Não há secreções no tubo  
 endotraqueal. Não há sinais de desidratação e não há  
 sinais de sobrecarga de líquidos. O paciente encontra-se em  
 estado de choque séptico com necessidade de suporte com 08/05/2014  
 de 08/05/2014. Paciente encaminhado para UTI para continuar o tratamento.

   
 Assinatura do(a) Enfermeiro(a) Assinatura do Cirurgião  
 18-994 ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

Assinatura do Instrumentador

**EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)**

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS): Não

M (MEDICAÇÃO EM USO): 0

P (PAILOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): 0

L (LÍQUIDO E ALIMENTOS INGERIDOS): 0

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): 0

V (PASSADO VAGINAL): Desenvolvida

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

Rx tórax AP 10/10/2010

Fidel de Sá

CP

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

**ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE**

ESPECIALISTA 1:	<u>DHF</u>	HORA:	<u>12:30</u>	DATA:	<u>15/10/2010</u>
ESPECIALISTA 2:	<u>D. Topolovic</u>	HORA:	<u>12:30</u>	DATA:	
ESPECIALISTA 3:		HORA:		DATA:	

Fidel de Sá

Medico (Gerente)



PREFEITURA DE CEARÁ MIRIM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DR. PERCÍLIO ALVES

NOME: NO V. Lopes

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

Ceará Mirim, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Constat o Acidente  
Yaem Abri Regina  
e Trabalho de  
Casa e Prejuizo  
no trabalho @

Car. am

15/08/2020

M. J. FERREIRA VELHO  
CRM 17581

Médico

CRM: \_\_\_\_\_



Companhia Saneamento de Pernambuco - Companhia de Saneamento Rural  
 Rua Manoel de Aguiar, 100 - Jd. Santa Helena - Recife - PE - CEP: 51000-000  
 Fone: (51) 3442.1000 - Fax: (51) 3442.1001 - E-mail: atendimento@cosern.pe.gov.br

CONSUMIDOR CLIENTE  
**VERALUCIA GUILHERME ALVES**

ENDEREÇO DO CLIENTE (COMPLEMENTO)  
**RD SAPOGA 02**

CPF: 444.297.904-49 NIS: 10544220408

RAZÃO SOCIAL RURAL  
**CE-RAMBRM/RN**  
 99010-000

TIPO DE SERVIÇO  
**01 RESIDENCIAL**  
**SANARPELCA COMMS**  
**SEM T.M.T.**

CODIGO DE SERVIÇO  
**0340846017** DATA  
**07/2014**

IP SA MOTO/VEICUL: 0000000  
 UNIC: UNICA  
 QTRAM: 1480281

DATA DE INSCRIÇÃO: 24/07/2014  
 DATA DE VENCIMENTO: 14/08/2014

VALOR DA FATURA: R\$ 31,73

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	PREÇO TOT.	ALÍQUOTA
Consumo Água até 50 MW	3,00	3,00	9,00	4,0
Consumo Abastecimento até 30 m³ (50 MW)	1,00	17,00	17,00	17,0
Consumo Resíduos até 100 m³ (30 MW)	2,00	1,00	2,00	2,0
Contribuição Saneamento Rural	1,00	2,73	2,73	2,7
ICMS - Parcela Subvenção	1,00	0,00	0,00	0,0
Multiplicador de 0,00 (0,00)	1,00	0,00	0,00	0,0
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>31,73</b>	

IPED	TIPO DE	ANEXO	DATA	VALOR	IPED	CONDIÇÃO	VALOR	IPED	CONDIÇÃO	VALOR
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000

IPED	TIPO DE	ANEXO	DATA	VALOR	IPED	CONDIÇÃO	VALOR	IPED	CONDIÇÃO	VALOR
00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000