

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: 008.495.594-56 CPF da Vítima: 008.495.594-56 Nome completo da vítima: ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA		CPF titular da conta 008.495.594-56	Profissão RECUSOU
Endereço AVENIDA DAS FRONTEIRAS		Número 87	Complemento CASA 03
Bairro NOVO SANTO ANTONIO	Cidade SAO GONCALO DO AMARANTE	Estado RN	CEP 59290-000
Email			Telefone (DDD) (84)99451-0943

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA NRO. 1585 D/V CONTA NRO. 00069289 D/V 8
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.
 AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Natal 13 de Julho de 2018
 Local e Data

x André Guiliane de O. Silva
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PROTÓCOLO
RECEBIDO
02 AGO 2018
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE Ocorrência

Unidade Policial: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

Endereço: Complexo de Delegacias Especializadas, Av. Ayrton Senna, 3134, NEÓPOLIS, NATAL, FONE/FAX: 32321565

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018031000220

1.2 Data de Expedição: 26/06/2018 16:24:05

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.4 Llgou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 20/04/2018 17:58:00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.7 Logradouro: AV. FELIZARDO MOURA

2.8 Número: 0000

2.9 CEP: 59.000-000

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência:

2.12 Bairro: NORDESTE

2.13 Cidade: NATAL

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: JEOBOAO DA SILVA

3.5 Etnia: Sem Informação

3.6 Mãe: VERA LUCIA DE OLIVEIRA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 00849559458

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 07/06/1980

3.13 Profissão: MOTOBOY

3.14 RG: 1809448 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s): 84 988714265

3.16 Passaporte:

3.17 Número: B7

3.18 Nacionalidade: NATAL - RN

3.19 Bairro: NOVO SANTO ANTÔNIO

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: AVENIDA DAS FRONTEIRAS

3.23 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE

3.24 CEP: 59297591

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi:

7.1.4 Renavam: 00323046348

7.1.5 Placa:

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: CG 150 FAN

7.1.9 Ano do Modelo: 2011

7.1.10 Ano de Fabricação: 2011

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: O COMUNICANTE

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: O COMUNICANTE/VÍTIMA

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL E INFORMOU QUE NA DATA E HORA CITADOS CONDUZIA A MOTOCICLETA EM TELA E AO DERRAPAR NA AREIA NA PISTA VEIO DESEQUILIBRAR E CAIR E SOFRER LESÕES CONFORME BAA DE NÚMERO 19029/2018, ORIUNDO DO PRONTO SOCORRO CLÓVIS BARINHO.

DISSE QUE FORA CONDUZIDO PELO SAMU PARA O REFERIDO PRONTO SOCORRO CONFORME OCORRÊNCIA DE NÚMERO 200491/1, ORIUNDO DA SMS. NADA MAIS DISSE

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

REGISTRO PARA FINS DE REQUERIMENTO DE SEGURO DPVAT

10. COMPLEMENTOS

Data do Complemento: 30/07/2018

Usuário: 1702343 - JANIR AZEVEDO DE PAIVA

Complemento: NO ITEM 7.1.5, PLACA LEIA-SE NOF-0292

NO ITEM 7.1.3, LEIA-SE CHASSI 9C2KC1670BR539060

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 26/06/2018 16:24:05

Janir Azevedo de Paiva

Policial

Andre Guiliane de Oliveira Silva

Interessado



Polegar direito



Atendimento: 1702343 - JANIR AZEVEDO DE PAIVA
Impresso por: 1702343 - JANIR AZEVEDO DE PAIVA em 30/07/2018 13:07:08

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

13:07:08

COPIA
1702343
13/07/2018
13:07:08

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

ANDRÉ GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA

CPF da Vítima

008.495.594-56

Data do Acidente

20/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(84) 99453-0943

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Natal, 13 de julho de 2018

Local e Data

André Guiliane de O. Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



 NATAL	PREFEITURA DO NATAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA SAMU 192 NATAL	 SAMU 192
--	---	---

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 20/04/2018, aproximadamente às 17h58min, na Avenida Felizardo Moura, Nordeste, nesta Cidade. **Sob nº de ocorrência 200491/1**, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 21 de junho de 2018.


Everton da Silva Rocha
Coordenador Administrativo SAMU 192 Natal
Matrícula nº 61.096-08



21/03/2018

10.0.0.100/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=200491&Digito=1&ReadOnly=1

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 200491/1

Data: 20/04/2018

CHAMADO

TARM: PAULA FRANCINETE FERREIRA BARROS BERGSON

Rádio Operador: VIVIAN TAVARES DO NASCIMENTO

Equipe Enfermagem Cena: COMUNICADOR

VTR: USB 06 (BASE DESCENTRALIZADA SÃO JOÃO)

Médico Regulação: ROGERIO OSCAR FERNANDES

Médico Cena: DAYANNA PATRÍCIA DE CARVALHO BARRETO

Usuário Pós-Cena:

Equipe VTR: GENNER CARLOS DE OLIVEIRA LIMA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
JUCELINO RUBITCHEK DE ROCHA - TECNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

TRANSE./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: RAIANE

Telefone: (84) 98859-3683

Nome do Paciente:

ANDRÉ GUILIANE DE OLIVEIRA

Idade: *

37 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: Longitude:

Endereço: AVENIDA FELIZARDO FIRMINO MOURA

Bairro: NORDESTE

Outro Bairro:

Referência/Complemento: PX A PARAIBA ESTOPADOS /// PX AO POSTO DE GASOLINA /// SENTIDO ZONA NORTE

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Primária: QUEDA DE MOTO

Nº: VP

Quem Solicitou: Transcunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

20/04/2018 18:00:32 - Dr(a). ROGERIO OSCAR FERNANDES

APH: TRAUMA / HD: QUEDA DE MOTO

REGULAÇÃO: UMA VÍTIMA, CONSCIENTE E ORIENTADA, RESPIRA BEM, POSSÍVEL FRATURA EM PERNA, SEM SANGRAMENTO.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 2

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
20/04/2018
17:58:40
Saída Local:
20/04/2018
18:44:27Regulação Médica:
20/04/2018
18:00:32
Chegada Destino:
20/04/2018
19:07:44Solicitação VTR:
20/04/2018
18:03:22
Liberação Destino:
20/04/2018
19:33:46Saída VTR:
20/04/2018
18:03:23
Liberação VTR:
20/04/2018
19:33:48Chegada Local:
20/04/2018
18:20:54

CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?*

☐ Sim ☐ Não ☒ Não informado

CONDUZA

☒ Remoção

Conduza Equipe de Enfermagem:

20/04/2018 18:49:23 - COMUNICADOR

TARM PAULA, VAGA REGULADA C DR. FERNANDO REIS POLITRAUMA.

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv prop.:

F:

Recebido por:

Número do conselho:

Número da ficha de Remoção:

☐ Vaga Negada☐ Vaga Zero

Motivo da entrada:

▼

ASS:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

ASS:

RECEBIDO
20/06/2018
18:49:23
TARM PAULA

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMÓZ, 150, BALDIO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055193-0



www.cosern.com.br

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

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

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

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ANDRE GUILLANE DE OLIVEIRA SILVA

CPF: 008.495.594-55

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV DAS FRONTEIRAS 87 CS-3

NOVO SANTO ANTONIO/AREA URBANA
59297-501 SAO GONCALO DO AMARANTE RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO

16/08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

57,72

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

11/07/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

11/07/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

009243994

Série: 0

CONTA CONTRATO

007012960969

Nº DO CLIENTE

3900854879

Nº DA INSTALAÇÃO

0002705510

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

E693.6B5C.296E.94CB.FF8D.0FF0.2CE4.6D73

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	64,00	0,83606578	40,74
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,23
Contribuição Iluminação Pública			12,75
PROTOCOLO RECEBIDO 02-AGO-2018 TERRA DO SOLADIM E CORRETORA DE SEGS			
TOTAL DA FATURA			57,72

Contribuinte e não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencido	DI Reso	Valor
18/05/18	11/07/18	30,71

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

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,40661010

HISTÓRICO DO CONSUMO

Consumo Ativo(kWh)	DI	Valor
0,40661010	11/07/18	30,71

Consumo Ativo(kWh)	DI	Valor
0,40661010	11/07/18	30,71

Consumo Ativo(kWh)	DI	Valor
0,40661010	11/07/18	30,71

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Consumo Ativo(kWh)	DI	Valor
0,40661010	11/07/18	30,71

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO
44,97	18,00	3,09

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA LIGAÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSUMO	ADJUSTE	CONSUMO
00000000210082016	CAT	12/06/2018	452,00	11/07/2018	528,00	29	1,00000

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 10/08/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
DIC-Nº de Interrupções com Energia	ICAPN	0,09	6,43	10,65	21,73
FIC-Nº de Interrupções com Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,09	3,11	0,03	0,00
DIC-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,23
EUSD-Valor do Encargo de Uso					R\$ 15,18

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! os correios são parceiro dos ca: rua coronel estevam moura, centro /
Laranjeira Santa Antônia: av engenheiro roberto bezerra freire, 433, santo antônio do potengi lista completa
em www.cosern.com.br."

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

Na data de leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pagto. em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.

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

Em caso de suspensão de fornecimento, o cancelamento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,

podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE ADUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007012960969	07/2018	57,72	16/08/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

83850000008 577200384074 012960969202 009840720037



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

NET
O MUNDO É DOS NETS

Cadastre-se agora para receber a sua fatura por e-mail com mais antecedência e comodidade. Você poderá acessá-la quando e onde quiser, do notebook, celular ou tablet. Acesse net.com.br/faturadigital e solicite.

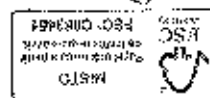


CTC RECIFE PE PL8
ANTONIO CARLOS DRIUSSI
AV LIMA E SILVA, 1611, SALA 503
LGA NOVA
59075-710 NATAL

RN



095/001696188
Data de Postagem: 28/06/18
Vencimento: 10/07/2018



Retorno do Responsável:	☐ 01 - NÃO SE ☐ 02 - EXERCÍCIO INSUFICIENTE ☐ 03 - NÃO EXISTE N.º INSCRIÇÃO ☐ 04 - SORTEIO ☐ 05 - DESCONHECIDO ☐ 06 - REUSADO
Retorno do Serviço Postal em:	☐ 07 - ANULADO ☐ 08 - NÃO PRODUZIDO ☐ 09 - OBJETO DANIFICADO ☐ 10 - END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE ☐ 11 - END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE ☐ 12 - FALTA DE COMPROMISSO (COLETA/ENTREGA) ☐ 13 - CAIXA POSTAL CADEADA

PARA USO DOS CORREIOS

S/0027450 ET/009510072018_9289391em



DEVOÇÃO ELETRÔNICA - CEDO
CAIXA POSTAL-42.301
SÃO PAULO - SP
CEP 04218-970

REMISSOR:

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu, Antonio Carlos Driussi inscrito (a) no CPF/CNPJ 628.570.969 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Andre Guilherme de Oliveira Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.495.594 / 56 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Andre Guilherme de O. Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.495.594 / 56, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Lima e Silva</u>		Número <u>1611</u>	Complemento <u>22.503</u>
Bairro <u>Imperatriz</u>	Cidade <u>Natal</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59075-710</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(84) 3322-2949</u>	Telefone celular (DDD)

Natal, 13 de julho de 2018

Local e Data

[Assinatura]

Assinatura do Declarante



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)					
A					
B					
C					
D					
E					
A(ALERGIAS) <u>Negativa</u>					
M(MEDICAÇÃO EM USO) <u>Negativa</u>					
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) <u>Negativa</u>					
L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) <u>Negativa</u>					
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) <u>Sólo acidente</u>					
V (PASSADO VACINAL) <u>Desconhece.</u>					
EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)			LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS		
Rx joelho e quadril, cado. Rx de joelho AP e Perfil					
CONDUTA PRIMARIA@MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS			OUTROS		
Dr. João D. Cipriano Nora			ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM		
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL			CONFERE COM ORIGINAL NATAL. 03/05/18 MAT. Nº SAM		
			ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL		
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE					
ESPECIALISTA 1	BRUNO P. D. S.	HORA:		DATA:	
ESPECIALISTA 2		HORA:		DATA:	
ESPECIALISTA 3		HORA:		DATA:	

Atendimento Especializado 20/04/12 Oatymoda

ANAMNESE

Anda a trabalhar c/ a sua
em MID

EXAME FÍSICO

Rodim squa after codificação de fatura

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

NV MID e a lha

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO

Do MR e fto uugio

OUTROS

CONDLTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA: DATA: / / HORA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐

Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA:

com Atestado ☐ S.V.O. ☐

Entregue à família

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA: DATA: / / HORA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐

Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA:

com Atestado ☐ S.V.O. ☐

L.T.P. ☐

Entregue à família

Nº do Boletim de Atendimento:

Destacar nessa linha o local do paciente após a sua liberação

CONFERE COM ORIGINAL
MAT. Nº 03105118
SMAE

PROTÓCOLO
RECEBIDO
02 AGO 2018
TERMO DO SOL. ADM.
E CORRELAÇÃO DE SIGES

ANOTAÇÕES DE IMAGEM

PROTÓCOLOS
GRM 5439

(51)

Amado 100
Borram 40
Desodorante 10
100

Assinatura e Carimbo do Responsável

10- RITMO MÃO CHOCÁVE, REINTEIRO RECIPRO2, 11- AVALIA O RITMO A CADA SOLUÇÃO, 12- PARE REC4 QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE MANCHAVA ASSUMIR, 13- COLUQUE-SE EM POSIÇÃO DE RECUPERACAO

"ESCALA DE TRAUMA DE TRAUMA REVISADA - RTS"		DISCRIMINADOR	ESCALA DE COMA DE GLASSGOW	FREQUÊNCIA	PRESSÃO ARTERIAL	SISTÓLICA
0	12-15	0	1	0	0	0
1	16-20	1	2	1	1	1
2	21-25	2	3	2	2	2
3	26-30	3	4	3	3	3
4	31-35	4	5	4	4	4
5	36-40	5	6	5	5	5
6	41-45	6	7	6	6	6
7	46-50	7	8	7	7	7
8	51-55	8	9	8	8	8
9	56-60	9	10	9	9	9
10	61-65	10	11	10	10	10
11	66-70	11	12	11	11	11
12	71-75	12	13	12	12	12
13	76-80	13	14	13	13	13
14	81-85	14	15	14	14	14
15	86-90	15	16	15	15	15
16	91-95	16	17	16	16	16
17	96-100	17	18	17	17	17
18	101-105	18	19	18	18	18
19	106-110	19	20	19	19	19
20	111-115	20	21	20	20	20
21	116-120	21	22	21	21	21
22	121-125	22	23	22	22	22
23	126-130	23	24	23	23	23
24	131-135	24	25	24	24	24
25	136-140	25	26	25	25	25
26	141-145	26	27	26	26	26
27	146-150	27	28	27	27	27
28	151-155	28	29	28	28	28
29	156-160	29	30	29	29	29
30	161-165	30	31	30	30	30
31	166-170	31	32	31	31	31
32	171-175	32	33	32	32	32
33	176-180	33	34	33	33	33
34	181-185	34	35	34	34	34
35	186-190	35	36	35	35	35
36	191-195	36	37	36	36	36
37	196-200	37	38	37	37	37
38	201-205	38	39	38	38	38
39	206-210	39	40	39	39	39
40	211-215	40	41	40	40	40
41	216-220	41	42	41	41	41
42	221-225	42	43	42	42	42
43	226-230	43	44	43	43	43
44	231-235	44	45	44	44	44
45	236-240	45	46	45	45	45
46	241-245	46	47	46	46	46
47	246-250	47	48	47	47	47
48	251-255	48	49	48	48	48
49	256-260	49	50	49	49	49
50	261-265	50	51	50	50	50
51	266-270	51	52	51	51	51
52	271-275	52	53	52	52	52
53	276-280	53	54	53	53	53
54	281-285	54	55	54	54	54
55	286-290	55	56	55	55	55
56	291-295	56	57	56	56	56
57	296-300	57	58	57	57	57
58	301-305	58	59	58	58	58
59	306-310	59	60	59	59	59
60	311-315	60	61	60	60	60
61	316-320	61	62	61	61	61
62	321-325	62	63	62	62	62
63	326-330	63	64	63	63	63
64	331-335	64	65	64	64	64
65	336-340	65	66	65	65	65
66	341-345	66	67	66	66	66
67	346-350	67	68	67	67	67
68	351-355	68	69	68	68	68
69	356-360	69	70	69	69	69
70	361-365	70	71	70	70	70
71	366-370	71	72	71	71	71
72	371-375	72	73	72	72	72
73	376-380	73	74	73	73	73
74	381-385	74	75	74	74	74
75	386-390	75	76	75	75	75
76	391-395	76	77	76	76	76
77	396-400	77	78	77	77	77
78	401-405	78	79	78	78	78
79	406-410	79	80	79	79	79
80	411-415	80	81	80	80	80
81	416-420	81	82	81	81	81
82	421-425	82	83	82	82	82
83	426-430	83	84	83	83	83
84	431-435	84	85	84	84	84
85	436-440	85	86	85	85	85
86	441-445	86	87	86	86	86
87	446-450	87	88	87	87	87
88	451-455	88	89	88	88	88
89	456-460	89	90	89	89	89
90	461-465	90	91	90	90	90
91	466-470	91	92	91	91	91
92	471-475	92	93	92	92	92
93	476-480	93	94	93	93	93
94	481-485	94	95	94	94	94
95	486-490	95	96	95	95	95
96	491-495	96	97	96	96	96
97	496-500	97	98	97	97	97
98	501-505	98	99	98	98	98
99	506-510	99	100	99	99	99
100	511-515	100	101	100	100	100

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ
ՏՐԱՆՍՊՈՐՏԱՆԻ ՏՆՈՒՄԻ ԳԵՆԵՐԱԼԻ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒՄԻ
ԲԱՆԿԻ ԲԱՆԿԱՆԵՐԻ ԲԱՆԿԱՆԵՐԻ ԲԱՆԿԱՆԵՐԻ
ԲԱՆԿԱՆԵՐԻ ԲԱՆԿԱՆԵՐԻ ԲԱՆԿԱՆԵՐԻ ԲԱՆԿԱՆԵՐԻ

03 - Originals preserved in
in alphabetical order;
Box 3 - numbered;
14-00000

Reference: TEASDALE G. JENNET, G.
discussed in some newspaper
columns; also, book
1974, 2:84-86

CABO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE. UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL; REQUISIÇÃO DE EXAMES, FOLHA DE PREScrição E ANEXO DO BOLETIM.



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 978 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228

hmemorial@velo.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 05/05/2018 13:43

Dados do Paciente

Paciente: **ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA**

Registro: 128985

Num. RG: 001909448

CPF: 008.495.504-56

Nascimento: 07/06/1980 38 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Solteiro(a)

Endereço: DAS FRONTEIRAS

N: 87

Bairro: NOVO SANTO ANTONIO

Cidade: SAO GONCALO DO AMARANTE

UF: RN

CEP: 50290000

Fone: 84988714265

Profissão: MOTOBOY

Mãe: VERA LUCIA DE OLIVEIRA

Dados do Internamento

Num. Internamento: 1

Entrada: 05/05/2018 12:47 Previsão saída: 07/05/2018 11:00 Atendente: CLAUDIAF

Convênio: SUS ESTADUAL

Matrícula/CNS: 700004829312100

Médico: Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA

CRM: 7036

ENFERMARIA 113-A

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora esta autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

Andre Guiliane de Oliveira Silva



HOSPITAL MEMORIAL
AV. JUVENAL LAMARTINE, 978
TIROL - SAO GONCALO DO AMARANTE / RN
CNPJ: 07.000.482/9312-10
EMP. 113-A

Observações

COM UMA FOLHA E UMA PELICULA DE RX LAUDO DO SUS MEDICO NAO CIENTE



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@hmemorial.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 05/05/2018 13:43

Dados do Paciente

Paciente: ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA

Registro: 128985

Num. RG: 001909448 CPF: 008.495.594-56 Nascimento: 07/06/1980 38 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Solteiro(a)

Endereço: DAS FRONTEIRAS

N: 87

Bairro: NOVO SANTO ANTONIO

Cidade: SAO GONCALO DO AMARANTE

UF: RN

CEP: 59290000

Fone: 84988714265

Profissão: MOTOBOY

Mãe: VERA LUCIA DE OLIVEIRA

Dados do Internamento

Num. Internamento: 1

Entrada: 05/05/2018 12:47 Previsão saída: 07/05/2018 11:00 Atendente: CLAUDIAF

Convênio: SUS ESTADUAL

Matrícula/CNS: 700004829312100

Médico: Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA

CRM: 7036

ENFERMARIA 113-A

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

Data da Baixa: _____ No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____

Doc. Apresentado: _____ Diagnóstico Definitivo: _____

Procedência: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratórios: _____

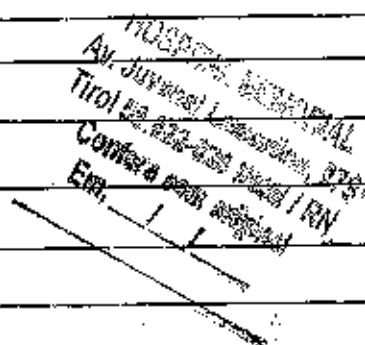
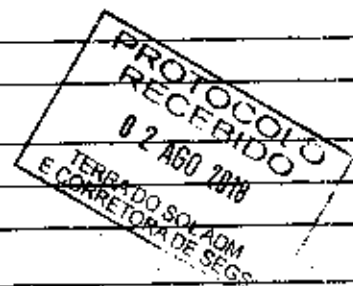
Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-1200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 05/05/2018 13:43

Dados do Paciente

Paciente: **ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA** Registro: **128885**
Num. RG: **001909448** CPF: **008.495.514-56** Nascimento: **07/06/1980** 38 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **DAS FRONTEIRAS** N.: **87** Bairro: **NOVO SANTO ANTONIO**
Cidade: **SAO GONCALO DO AMARANTE** UF: **RN** CEP: **59290000** Fone: **84988714266**
Profissão: **MOTOBOY** Mãe: **VERA LUCIA DE OLIVEIRA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **05/05/2018 12:47** Previsão saída: **07/05/2018 11:00** Atendente: **CLAUDIAF**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **700004829312100**
Médico: **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA** CRM: **7036** **ENFERMARIA 113-A**

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA**, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: **SB557 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (CO**
2. - O(A) **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA**, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização.
Preenchido pelo responsável do paciente:

-Assinatura: [] Paciente [] Responsável-

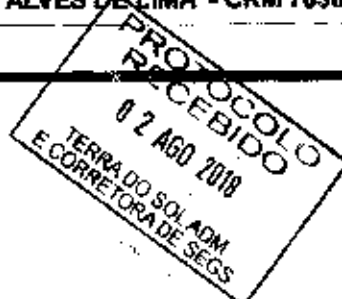
Andre Guiliane de O. Silva

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO:

Certifico que expliquei detalhadamente, a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA - CRM 7036



 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Camêlo Pronto Socorro Clóvis Sarrão		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIN	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE		4 - CNES	
André Guiliane de Oliveira Silva IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - MASCULINO / FEMININO
700004829312600	07-06-80	37	2
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO	
Vera Lúcia de Oliveira		989414265	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº)		14 - CEP	
R. Av. das Fronteiras N° 87 casa-03		986394986	
15 - MUNICÍPIO	16 - BAIRRO	17 - UF	18 - CEP
S. G. A.	Centro	RN	59290.000
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Audição hipoacusática e tinnitus em MD			
20 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
21 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
Falta resposta interconcluída FGA 1 (T02.3)			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	24 - LEITO / CLÍNICA	25 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	26 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
0308010019			27 - DT SOLICITAÇÃO
			20, 04, 18
28 - CNES			
29 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
30 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	31 - CNPJ DA SEGURADORA	32 - Nº DO BILHETE	33 - BÔNUS
34 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	35 - CNPJ	36 -	37 -
38 - () ACID. TRABALHO ATÍPICO			
39 - CID PRINCIPAL			
40 - CID SECUNDÁRIO			
41 - () GRAVE / () GRAVÍSSIMA			
AUTORIZAÇÃO			
42 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	43 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTRA AVALIAÇÃO		
44 - DT AUTORIZ.	45 - DT AUTORIZ.		
46 - CNES / CEP	47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ASH)		
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

Código Solicitação: 238546102

Número AIH: 241810037301-8

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL
Central Reguladora
Data de Solicitação

Data de Autorização

Data de Reserva

Data de Internação

Data Prevista de Alta

Data de Alta

Motivo da Alta

NATAL

22.04.2018 -

04:39:09

08/05/2018 -

12:14:20

08.05.2018

08.05.2018

11.05.2018

14/05/2018 -

12:28:07

1.1 ALTA CURADO

CNES:

2653923

CNES:

2408252

Município Executante

NATAL

Operador

87775638400LUCI

Operador

ADRIANOMAGNO

Operador

33391521449FRANCISCA

Operador

33391521449FRANCISCA

DADOS DO PACIENTE

CNS:

700004829312100

Nome do Paciente

ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA

Nome da Mãe

VERA LUCIA DE OLIVEIRA

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

07/06/1980 (37 anos)

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

56B

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

NATAL - RN

Raça:

SEM INFORMACAO

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

SAO JOSE

Bairro:

FELIPE CAMARAO

Município de

Residência:

NATAL

Complemento:

CEP:

UF:

RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

CPF do Médico Executante:

12411337434

Diagnóstico Inicial - CID:

S720 - FRATURA DO COLO DO FÊMUR

Caráter:

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE)

Nome do Médico Solicitante:

AMARO ALVES

Nome do Médico Executante:

EDUARDO LOPES DE SANTANA

Status da Solicitação:

APROVADA

Classificação de Risco

Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408050489

CANCELAMENTOS DE AUTORIZAÇÃO

Dt.Reserva

04.05.2018

Unidade

HOSPITAL
MEMORIAL

Motivo Cancelamento

Não intercou na data
prevista**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

DOR E DEFORMIDADE LOCAL/td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

RX E EXAME FÍSICO

Condições que Justificam a Internação:

RISCO DE MORTE

PACIENTE

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine
Tirol 39.022-539
Central Reguladora
Sistema

Código Solicitação: 238546102

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL

Central Reguladora
Data de Solicitação
Data de Autorização
Data de Reserva
Data Prevista de Alta

NATAL
22.04.2018 - 04:39:09
04/05/2018 - 17:32:14
04.05.2018
07.05.2018

CNES:
2653923
CNES:
2408252
Município Executante
NATAL

Operador 87775638400LUCI
Operador 03432553404ANA

DADOS DO PACIENTE

CNS:
700004829312100

Nome do Paciente
ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA

Nome da Mãe
VERA LUCIA DE OLIVEIRA

Sexo:
MASCULINO

Data de Nascimento:
07/06/1980 (37 anos)

Tipo Logradouro:
RUA

Número:
568

País de Residência:
BRASIL

Telefone(s):

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

NATAL - RN

Raça:

SEM INFORMACAO

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

SAO JOSE

Bairro:

FELIPE CAMARAO

Município de Residência: UF:

NATAL

Complemento:

CEP:

UF:

RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

Nome do Médico Solicitante:

AMARO ALVES

Status da
Solicitação:
APROVADA

Diagnóstico Inicial - CID:

S720 - FRATURA DO COLO DO FÊMUR

Caráter:

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE)

Classificação de Risco

Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408050489

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

DOR E DEFORMIDADE LOCAL/ED>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

RX E EXAME FÍSICO

Condições que Justificam a Internação:

RISCO DE MORTE

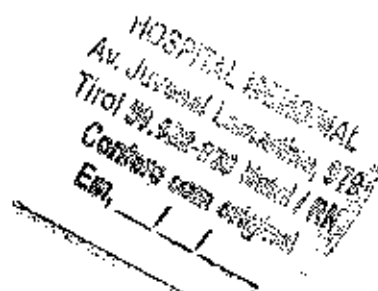
PACIENTE

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

22.04.2018 -
04:39:09

Data da Extração dos Dados: 05/05/2018 12:40:40

BLOCO CIRÚRGICO
BOLETIM DE SALA

CIRURGIÃO:		CIRCULANTE: <i>Serenist</i>
------------	--	-----------------------------

40

Friatura do Fêmur Direito.

PROGAS:

Usguwesten

DROGAS USADAS NA ANESTESIA							
COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
					MEDICAMENTOS		
000180	Aclonina	AMP		006818	Narcam	AMP	
000906	Agua Bactericida	AMP		007627	Painel 10mg	AMP	
000942	Aluplan 25	AMP		007558	Prostaglandin	AMP	
002000	Clorel de Poligala	AMP		008262	Rofidax	AMP	
001480	Clorel de Sodio	AMP		003363	Quelacin 100mg	AMP	
010820	Hemaf 2mg	AMP		000040	Quelacin 500mg	AMP	
002115	Opiatan	AMP		003543	Regalium	AMP	
002953	Polarline	AMP		000974	Serocare	ML	
000580	Dormesid 15mg	AMP		009449	Sol. Ringier Simplex	FPS	
017075	Dormesid 5mg	AMP		028175	Sol. Fisiologica	FPS	
003871	Elasto	AMP		006740	Sol. Glucosado	VHS	
003811	Portanal 2ml	AMP		008828	Sol. Ringier Lactato	FPS	
005790	Ergene	ML		001062	Thionazolidol	FPS	
017036	Haldoleno	ML		010013	Tigrolan	AMP	
004995	Liposomidex	AMP		009727	Velum	AMP	
000487	Intral	KAP		001475	Xilocaina 1%	AMP	
011958	Kammag	AMP		009995	Xilocaina 2% SA	AMP	
000057	Xilocaina 0,2 cA	AMP		010028	Xilocaina 2% cA	AMP	
000094	Xilocaina 0,5 cA	AMP		010033	Xilocaina Puroda	AMP	
000095	Xilocaina Purada	AMP					

Interpretation

ANOTACÕES

CRM

02.05.2018

Agot



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 879 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 128985 IH: 1 Paciente: ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA
Nascimento: 07/06/1980 38 anos Internação: 05/05/2018 12:47:33 Leito: ENFERMARIA 113-A

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

05/05/2018 12:13:54 COREN - 662098 - MARIA ELIZABETE B PEREIRA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR, ACOMPANHADO DE SEU FAMILIAR E MAQUEIRO, CONSCIENTE, ORIENTADO (A), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, SIC NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, DM E HAS, FOI PUNÇIONADO(A) COM CATETER VENOSO Nº 18 VIABILIZANDO SP02 9% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Doença pré-existente:

Há reserva sanguínea: SIM Prótese: NÃO Jóias: NÃO Membro e lado da cirurgia: MID

Exame Laboratorial: SIM Risco Cirúrgico: SIM Raio X: PRÉ: SIM-QTD: 02

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Outros Exames:

Assinatura Responsável

Maria Elizabete Barbosa Pereira

SRPA

05/05/2018 12:13:54 COREN - 662098 - MARIA ELIZABETE B PEREIRA

Nível consciência: CONSCIENTE

Oxigenoterapia: O2 AMBIENTE

Acesso venoso: SIM

Diurese: NÃO

Acidótico: NÃO

Pálido: NÃO

Sudorese: NÃO

Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO

Raio X de Controle:

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE POL. CONSCIENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE NA HYP, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, DIURESE ESPONTÂNEA, PRECISA REALIZAR RX DE CONTROLE, ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES, SEGUE ENCAMINHADO ATÉ O LEITO ACOMPANHADO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM.

Assinatura Responsável

Maria Elizabete Barbosa Pereira

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 879
Tirol 55.020-020 Natal / RN
Contato com Hospital
Em: ____/____/____



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 08/05/2018 13:05

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 128985 IH: 1 Paciente: ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA
Nascimento: 07/06/1980 38 anos Internação: 05/05/2018 12:47:33 Leito: ENFERMARIA 113-A

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

- DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO -

Tipo: RAQUI + SEDAÇÃO

Anestesiologista: DRº GILVAN

Tipo: TTT CIRURGICO DA FRATURA DISTAL DO F

Cirurgião: DRº FÁBIO

Instrumentador: LUCAS

Circulante: BERENISE

Tipo curativo: LIMPO

Tem material para biópsia/cultura: NÃO

Inf.sanguínea: NÃO

Monitoração correta: SIM

Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: CEFALOXILINA 2G

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

CLIENTE ENCAMINHADO AO SRPA APÓS PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRÊNCIA CONSCIENTE ORIENTADO EM Q2 AMBIENTE NA HVP EM MSE COM JELCO Nº 20. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: 02

BERENISE DE OLIVEIRA BRITO OLINTO
COREN - 1008022

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol - Natal / RN
Contato com original
Em, ____/____/____

✓



Paciente:	ANDRÉ GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA	Idade:	37 anos
Convênio:	SUS ESTADUAL	Rég.: 128985	Prontuário:
Unidade:	UNIDADE 1	Peso:	90,0 kg
Leito:	ENFERMARIA 113-A	Altura:	1,65m
Admissão:	05/05/18 12:47	0 dia(s) de internação	
Diag.:	S720 - Fratura do colo do fêmur Fratura do quadril SOE		

05/05/2018 20:22

Horários de Aplicação

6057

- | | | |
|----|--|----|
| 1) | DIETA HIPOSSÓDICA | 3M |
| 2) | TRAMADOL 50mg Comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, 06 em 06 horas. | 24 |
| 3) | DIPIRONA 500mg/mL 40gotas FLV
Uso: 1 flaconete, via oral, 06 em 06 horas Se Necessário. | |
| 4) | RIVAROXABANA 10mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia. | 01 |
| 5) | OMEPRAZOL 40mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, Em jejum. | 01 |
| 6) | SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas | |

~~Das. Karing Adu Caravan~~
~~Manila~~
~~Jan 27 PM~~

Dr. KALLINE ANDRADE CARVALHO
CRM 16057

HOSPITAL MUNICIPAL
Av. Juvenal Lamas, 972
Tiroi 22-225 Noid / RN
Centros e-mail original
Em, ____/____/____



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA Idade: 37 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 128985 Prontuário:
Unidade: UNIDADE I Peso: 90,0 kg Altura: 1,65m
Leito: ENFERMARIA 113-A
Admissão: 05/05/18 12:47 1 dia(s) de internação
Diag.: S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE

06/05/2018 19:01

Horários de Aplicação 7036

- | | Horários de Aplicação |
|---|----------------------------------|
| 1) DIETA HIPOSSÓDICA | (SND) 00:00, 06:00, 12:00, 18:00 |
| 2) TRAMADOL 50mg Comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, 06 em 06 horas. | (SN) 06:00, 12:00, 18:00 |
| 3) DÍPIRONA 500mg/mL 40gotas FLT
Uso: 1 flaconete, via oral, 06 em 06 horas Se Necessário. | (SN) 06:00, 12:00, 18:00 |
| 4) RIVAROXABANA 10mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia. | (SN) 06:00, 12:00, 18:00 |
| 5) OMEPRAZOL 40mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, Em jejum. | (SN) 06:00, 12:00, 18:00 |
| 6) SINAIS VITAIS (SSV + CCGG), 06 em 06 horas | (SN) 06:00, 12:00, 18:00 |

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
CRM - 7036

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lacerda, 879
Tiroi - SP 132-025 Fone: 11 3331-1111
Carimbo com original
Em, ____/____/____



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA Idade: 37 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 128985 Prontuário:
Unidade: UNIDADE I Peso: 90,0 kg Altura: 1,65r
Leito: ENFERMARIA 113-A
Admissão: 05/05/18 12:47 1 dia(s) de internação
Diag.: S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE

06/05/2018 23:24

Horários de Aplicação

LOSARTAN POTASSICA 50mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.

22/05/2018 14

Dra. Kátia de Carvalho
Médica
CRM 107.204

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lacerda, 879
Tiro 35. 020-879 Rio de Janeiro
Cordeiro com original
Em, _____



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 128985
Unidade: UNIDADE I
Leito: ENFERMARIA 113-A
Admissão: 06/05/18 12:47
Diag.: S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE

Idade: 37 anos
Prontuário:
Peso: 90,0 kg Altura: 1,65m

2 dia(s) de internação

07/05/2018 19:00

1) DIETA HIPOSSÓDICA

2) TRAMADOL 50mg Comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, 06 em 06 horas.

3) LOSARTAN POTASSICA 50mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.

4) DAPIRONA 500mg/mL 40gotas FLT
Uso: 1 flaconete, via oral, 06 em 06 horas Se Necessário.

5) RIVAROXABANA 10mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.

6) OMEPRAZOL 40mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, Em jejum.

7) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas

Horários de Aplicação

7036

(SND)

12:00 18:00

(SN)

08:00

08:00

08:00

08:00

16:00

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
CRM - 7036

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lacerda, 570
Tupac Katari, 420-425 Natal / RN
Contato com o Hospital
Em: / /



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 128985
Unidade: UNIDADE I
Leito: ENFERMARIA 113-A
Admissão: 05/05/18 12:47
Diag.: S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE

Idade: 37 anos
Prontuário:
Peso: 90,0 kg Altura: 1,65m

08/05/2018 12:56		Horários de Aplicação	7036
1)	DIETA LIVRE	(SND)	
2)	DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	18:00 doutor	00:00, 06:00, 12:00
3)	DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	22:00;	06:00, 14:00
4)	TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário. DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%	(SN)	
5)	CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD.	22:00;	06:00, 14:00
6)	METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.	(SN)	
7)	RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	20:00;	08:00
8)	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000mL Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, Ao dia.	(500 500)	
9)	RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única. 6h apos cirurgia	06:00	
10)	SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG)	18:00 doutor	(T N M)
11)	SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário	(SN)	

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
CRM - 7036

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvêncio Lacerda, 970
Tiro: 58.020-020 (Med) / RN
Contato com o Hospital
Em: ____/____/____



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA
Convênio: SUS ESTADUAL
Unidade: UNIDADE I
Leito: ENFERMARIA 113-A
Admissão: 05/05/18 12:47
Diag.: S720 - Fratura do colo do fêmur | Fratura do quadril SOE

Idade: 37 anos
Reg.: 128986
Prontuário:
Peso: 90,0 kg Altura: 1,65m

3 dia(s) de internação

08/05/2018 19:00

	Horários de Aplicação	7036
1) DIETA LIVRE	(SND)	
2) DAPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.	00:00, 06:00, 12:00, 18:00	
3) DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	22:00, 06:00, 14:00	
4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário. DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%	(SN)	
5) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD.	22:00, 06:00, 14:00	
6) METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.	(SN)	
7) RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	20:00, 08:00	
8) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000mL Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, Ao dia.	(500) (500)	
9) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única. 6h após cirurgia	06:00	
10) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG)	(N M T)	
11) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA); Se necessário	(SN)	
12) CURATIVO, Pela manhã	(M)	
13) ALTA HOSPITALAR, Pela manhã		

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
CRM - 7036

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lacerda, 873
Tupi - RJ 24.265-200
Confira com original
Em: _____



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

EVOLUÇÃO MÉDICA -

Dados do Paciente

Paciente: ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA

Nascimento: 07/06/1980 (38 anos)

Registro: 128985 Num.Internação: 1

Data Internação: 05/05/2018 12:47:33

Evolução: 05/05/2018 20:24:12

ADMISSÃO

PACIENTE INTERNA-SE PARA CIRURGIA ORTOPEDICA.
NEGA QUEIXAS.

NEGA ANTECEDENTES, USO DE MEDICAÇÕES E ALERGIAS.

AO EXAME: EGB, EUPNEICO, AFEBRIL, GLASGOW 15

AR: MV + EMAHT SEM RA

ACV: RCR EM 2T BNF SEM SÓPROS

ABD INOCENTE

PANTURRILHAS LIVRES

CD:

SOLICITO EXAMES LAB

SOLICITO RESERVA DE SANGUE

AGUARDA CIRURGIA

Dr. Kalline Andrade Carvalho
CRM - 6057

HOSPITAL MEMORIAL
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979
TIROL - NATAL/RN
Carência com integral
Em, ____/____/____

KALLINE ANDRADE CARVALHO
CRM - 6057



Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO

Dados do Paciente

Paciente: **ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA**

Nascimento: **07/06/1980 38 anos**

Acompanhante:

Registro: **128985**

Nº Internação: **1**

Data Internação: **05/05/2018 12:47:33**

Parentesco:

PROCEDÊNCIA

PACIENTE ADMITIDO NA UNIDADE 1 PROVENIENTE DA SUA RESIDÊNCIA PARA SUBMETER-SE A T.T. CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR DIREITO AOS CUIDADOS DR. FÁBIO.

ESTADO GERAL

☒ Consciente
☐ Inconsciente

☒ Responsivo
☐ Sonolento

☒ Corado
☐ Hipocrado

☐ Cianótico
☒ Acianótico

Respiração

Observações:

☒ O2 Ambiente

Máscara de Venturi

Higiene

Observações:

☒ Com Auxílio
☐ Sem Auxílio

Deambulação

Observações:

☐ Com Auxílio
☐ Sem Auxílio

☒ Restrito ao leito

SINAIS VITAIS

Pressão Arterial: **120/80**

Temperatura: **36,2**

Pulso: **79**

Respiração: **18**

ANAMNESE

Doenças Clínicas
O MESMO NEGA.

Uso de Medicamentos

Alergias Medicamentosas
O MESMO NEGA

Integridade da Pele
INTEGRA.

ACESSO VENOSO

Tipo:

Local:

Hiperemia Dor Edema Temperatura:
Tempo:

DIETA

Tipo: ☒ Oral

Sonda Nasogástrica

Sonda Nadoenteral

☒ Aceita

Aceita Parcial

Não Aceita

Observações:

DIURESE

Sonda:

Espontâneo: **SIM.**

Observações Gerais:

PACIENTE EM PRE OPERATORIO DE FRATURA DE FEMUR DIREITO, CONSCIENTE E ORIENTADO O2 AMBIENTE, CONSCIENTE E ORIENTADO O2 AMBIENTE, O MESMO NEGA HAS DM E ALERGIA, ACEITANDO DIETA OFERECIDA, APERIDO SSVV, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Documentação e Exames
DUAS IMAGEM DE RX

HOSPITAL MEMORIAL
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979
TIROL - NATAL / RN
CEP: 59.050-500
FONE: (84) 3133-4200
FAX: (84) 3102-1228
E-MAIL: hmemorial@veloxmail.com.br
HAZIA

05/05/2018 14:11:54
COREN - 670726

THAZIA JANELE DOS SANTOS SILVA



Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84) 3133-4200 / Fax: (84) 3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DIÁRIO DE ENFERMAGEM

Paciente: **ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA** Registro: **128985** Nº Internação: **1**
Nascimento: **07/06/1980** 38 anos Data Internação: **05/05/2018 12:47:33** Leito: **ENFERMARIA 113-A**

ESTADO GERAL

Corado

Giarótico

Eliminac. Vesicais:

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **150** X **100**

Higiene
Sem Auxílio

Respiração
O2 Ambiente

Deambulação
Restrito ao leito

Eliminac. Intestinais:

Pulso: **88**

Temperatura: **36,2**

°C Respiração: **20**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

QUEIXAS DO PACIENTE

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

Obs:

Observações Gerais:

PACIENTE EM PRE OPERATORIO DE FRATURA DE FEMUR DIREITO CONSCIENTE E ORIENTADO O2 AMBIENTE, ACEITANDO DIETA OFERECIDA, AFERIDO SSVV, DIURESE PRESENTE, COM USO DE MEDICAÇÃO VO SEQUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM A.M.C

05/05/2018 21:48:55 *Francisca Gorete Henrique Gomes*
COREN - 571216
FRANCISCA GORETE HENRIQUE GOMES

ESTADO GERAL

Alerta

Decúbito Dorsal

Corado

Acianótico

Higiene
Com auxílio

Respiração
O2 Ambiente

Deambulação
Restrito ao leito

Eliminac. Vesicais: **PRESENTE**

Eliminac. Intestinais:

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **160** X **80**

Pulso: **80**

Temperatura: **35,5**

°C Respiração: **18**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

QUEIXAS DO PACIENTE

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

Obs:

Observações Gerais:

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, EM POS DE FRATURA DE FEMUR DISTAL (D) COM MED V.O E SN, HIGIENIZADO NO BANHEIRO, REALIZADO TROCA DE ROUPA DE CAMA, VERIFICADO SSVV, SEM ALTERAÇÕES ADMINIS. MEDICAMENTO DE HORARIO, SEQUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM E A.M.C

05/05/2018 12:19:57

COREN - 199688
VIVIANE NUNES DA SILVA

ESTADO GERAL

Alerta

Decúbito Dorsal

Corado

Acianótico

Higiene
Com auxílio

Respiração
O2 Ambiente

Deambulação
Restrito ao leito

Eliminac. Vesicais: **PRESENTE**

Eliminac. Intestinais:

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **180** X **120**

Pulso: **78**

Temperatura: **36**

°C Respiração: **20**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

QUEIXAS DO PACIENTE

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

Obs:

Observações Gerais:

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, EM PRE DE FRATURA DE FEMUR DISTAL (D) COM MED V.O E SN, VERIFICADO SSVV, COM ALTERAÇÃO ADMINIS. MEDICAMENTO DE HORARIO, SEQUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM E A.M.C

05/05/2018 17:36:53

COREN - 199689
VIVIANE NUNES DA SILVA

REGISTRO DIÁRIO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA** Registro: **128985** Nº Internação: **1**
 Nascimento: **07/06/1980** 38 anos Data Internação: **05/05/2018 12:47:33** Leito: **ENFERMARIA 113-A**

ESTADO GERAL

Higiene	Com auxílio
Respiração	O2 Ambiente
Corado	Deambulação
Acianótico	Restrito ao leito

Eliminac. Vesicais: **PRESENTE**

Eliminac. Intestinais:

SINAIS VITAIS - Pres. Arterial: **160** X **90** Pulso: **87** Temperatura: **36,2** °C Respiração: **20** Saturação O2: **98** Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA Oral Aceita Total
 Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE -
PAC. CONTINUA APRESENTANDO PICO HIPERTENSIVO 180X90

Observações Gerais:

PACIENTE EM PRE OPERATORIO DE FRATURAS DE FEMUR DISTAL (D) COM MED V.O E SN, VERIFICADO SSVV COM ALTERAÇÃO ADMINIS. MEDICAMENTO DE HORARIO, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA ENF.

05/05/2018 20:09:08

COREN - 435485
 MARIA ELIZABETH DA SILVA

Elizabeth

ESTADO GERAL

Higiene	Com auxílio
Respiração	O2 Ambiente
Corado	Deambulação
Acianótico	Restrito ao leito

Eliminac. Vesicais: **PRESENTE**

Eliminac. Intestinais: **AUSENTE NO MOMENTO**

SINAIS VITAIS - Pres. Arterial: **160** X **90** Pulso: **87** Temperatura: **36,2** °C Respiração: **20** Saturação O2: Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA Oral Aceita Total
 Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

PACIENTE JOVEM, CONSCIENTE, ORIENTADO, EM POS DE FRATURA DE FEMUR DISTAL (D), ADMINIS. MEDICAÇÃO DE HORARIO, HIGIENIZADO NO WC, TROCADO ROUPA DE CAMA VESTES PESSOAIS, AFERIDOS SINAIS VITAIS, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM E A.M.C

07/05/2018 08:44:08

COREN - 100
 ELIANE SANTOS RODRIGUES

Eliane Santos Rodrigues

ESTADO GERAL

Higiene	Com auxílio
Respiração	O2 Ambiente
Corado	Deambulação
Acianótico	Restrito ao leito

Eliminac. Vesicais: **PRESENTE**

Eliminac. Intestinais: **AUSENTE NO MOMENTO**

SINAIS VITAIS - Pres. Arterial: **170** X **11** Pulso: **87** Temperatura: **36,5** °C Respiração: **20** Saturação O2: Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA Oral Aceita Total
 Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE -
PACIENTE APRESENTANDO PICO HIPERTENSIVO, COMUNICADO ANFARMER

Observações Gerais:

PACIENTE JOVEM, CONSCIENTE, ORIENTADO, EM POS DE FRATURA DE FEMUR DISTAL (D), ADMINIS. MEDICAÇÃO DE HORARIO, AFERIDOS SINAIS VITAIS, SEGUE

07/05/2018 14:30:49

COREN - 1006134
 ELIANE SANTOS RODRIGUES

Eliane Santos Rodrigues



Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4210 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxnet.com.br

REGISTRO DIÁRIO DE ENFERMAGEM

Paciente: **ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA** Registro: **128985** Nº Internação: **1**
Nascimento: **07/06/1980** 38 anos Data Internação: **05/05/2018** 12:47:33 Leito: **ENFERMARIA 113-A**

ESTADO GERAL

Alerta

Decúbito Dorsal

Corado

Acianótico

Eliminaç. Vesicais: **PRESENTE**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **150** X **12**

Pulso:

Temperatura: **36.4** °C Respiração: **20**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Alceta Total

Obs: JEJUM APÓS ZERO HORA

QUEIXAS DO PACIENTE

SEM QUEIXAS

Observações Gerais:

PACIENTE DE 37 ANOS SEGUE NO PRÉ OPERATORIO DE FRATURA DO FÊMUR DIETAL DIREITO, FOI MEDICADO DE ACORDO COM PRESCRIÇÃO MEDICA, COM CIRURGIA PARA ANQUILA 08/05/18, APÓS 07:00H.

07/05/2018 20:32:38

COREN - 431727

EDMILSON BASILIO DO NASCIMENTO

Colmison

OBSERVAÇÕES GERAIS

PACIENTE ENCAMINHADO AO C.C COM 1 PELICULA DE RX + 1 FOLHA DE RX + EXAMES LAB

Dayana de Araújo Silva

05/05/2018

COREN - 1157693

DAYANA DE ARAUJO SILVA

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 58.520-020 Natal / RN
Certificado com original
Em:



Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

O DE ENFERMAGEM - UNIDADE ENFE

Paciente: **ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA**

Registro: **128985**

Nº Internação: **1**

Nascimento: **07/06/1980** 38 anos Data Internação: **05/05/2018 12:47:33**

Leito: **ENFERMARIA 113-A**

OBSERVAÇÕES GERAIS

RECEBO PACIENTE PROVENIENTE DO C.C EM POS DE FRATURA DISTAL, CONSCIENTE, ORIENTADO EM O2 AMBIENTE, AFERIDO OS SSVV, REALIZADO RX DE CONTROLE NA HVP MSE, ADM MCP, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Dayana de Araujo Silva

05/05/2018

COREN - 1137693

DAYANA DE ARAUJO SILVA

ESTADO GERAL

Higiene

Com auxílio

Respiração

O2 Ambiente

Corado

Deambulação

Acianótico

Restrito ao leito

Eliminag. Vesical: **PRESENTE**

Eliminag. Intestinal: **PRESENTE NO MOMENTO**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120**

80

Pulso: **88**

Temperatura: **36,2**

Respiração: **20**

Saturação O2: **98**

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Obs:

Aceita Total

QUEIXAS DO PACIENTE

SEM QUEIXAS

Observações Gerais:

PACIENTE JOVEM, CONSCIENTE, ORIENTADO, EM POS DE FRATURA DE FEMUR DISTAL (D), ADMINIS. MEDICAÇÃO DE HORARIO, AFERIDOS SINAIS VITAIS, SEGUE NA HV, COM ESQ. DE ATB, NO LEITO AOS CUIDADOS DA ENF

05/05/2018 20:09:43

COREN - 435

MARIA ELIZABETH DA SILVA

Elizabeth

ESTADO GERAL

Higiene

Com auxílio

Respiração

O2 Ambiente

Corado

Deambulação

Acianótico

Eliminag. Vesical: **ESPONTANEO**

Eliminag. Intestinais: **AGUARDA**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120**

X 80

Pulso: **85**

Temperatura: **36**

Respiração: **21**

Saturação O2:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Obs:

Aceita Total

QUEIXAS DO PACIENTE

SEM QUEIXAS

Observações Gerais:

PACIENTE EM PÓS OPERATORIO DE FRATURA DE FEMUR, HIGIENIZADO NO WC TROCADOR ROUPAS DE CAMA, AFERIDO SSVV SEM ANORMALIDADES, ADM MEDICAÇÕES DE HORARIO, SEGUE EM REPOUSO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, ENCONTRA-SE DE ALTA HOSPITALAR AGUARDANDO TRANSPORTE.

05/05/2018 10:28:52

COREN - 563992

RAFAEL AUGUSTO AVELINO

Rafael



Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

O DE ENFERMAGEM - UNIDADE ENFEI

Paciente: **ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA**

Registro: **128985** Nº Internação: **1**

Nascimento: **07/06/1980** 38 anos Data Internação: **05/06/2018 12:47:33**

Leito: **ENFERMARIA 113-A**

OBSERVAÇÕES GERAIS

PACIENTE SAIU DE ALTA HOSPITALAR AS 10:34HRS LEVADO POR MAQUEIRO E ACOMPANHADO DE FAMILIARES.

Rafael

05/06/2018
COREN - 553992

RAFAEL AUGUSTO AVELINO

Limpeza: **CLORETO DE SODIO A 9% GAZES. 01 PAR DE LU**

Tipo de Ferida: **LIMPA**

Localização: **FEMUR DISTAL**

Condições do Leito: **APRESENTANDO EXSUDATO EM GAZES**

EXSUDATO DA FERIDA -

☐ Seroso ☐ Purulento ☒ Sanguinolento ☐ Serososanguinolento ☐ Piosanguinolento ☐ Sem Exudato

PELE - PERILESIONAL

☒ Inteira ☐ Escoriada ☐ Sinal Flogísticos ☐ Descamada ☐ Alérgica/Dermatite ☐ Macerada

Quantidade: **Pequena**

Odor: **Característico**

BORDAS

☐ Distintas ☒ Regulares ☐ Irregulares

OBSERVAÇÕES GERAIS

05/06/2018 12:04:18
COREN - 256755

MARIA DE FATIMA DE LIMA

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 56.120-000 Natal / RN
Contato: 3133-4200
Em, _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 PIA. GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA CIVIL
 INSTITUTO DE INVESTIGACAO DE POLICIA
 COORDENACAO DE IDENTIFICACAO

PROFESSOR ADRIANO

Andre Guilherme de O. Silva

132200-5

cosern
 neoenergia

Companhia Energética de Pernambuco
 Rua Mariz, 150, Recife, PE 50000-000
 CNPJ 06.924.195/0001-01 | Insc. Est. 20026120-0 | www.cosern.com.br

TIPO DE CLIENTE

EMPRESA DE FORNECIMENTO

ANDRE GUILLIAME DE OLIVEIRA SILVA

AV DAS FRONTEIRAS 67 CL - 3

CH: 001-001-00-00

RECVO SANTO ANTONIO GUARANI AURELIANA
 SAO GONCALO DO AMARAL PE 55200-000

CLASSIFICACAO

E1 RESIDENCIAL

CONSUMIDOR

PRESTACAO

DATA DE INICIO

PERIODO FISCAL

PERIODO

07/2018

CONSUMO

15.32/100

16/04/2018

ANTERIOR

15.32/100

17/04/2018

15.32/100

15.32/100

55.47

Consumo de energia
 Contribuicao de Transmissao e Distribuicao
 Valor do F. de Transmissao e Distribuicao

QUANTIDADE	PRECO UNIT	VALOR UNIT
55.47	0.5096800	55.47
12.75		12.75
9.07		9.07

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO Nº 1201.905.445 DATA DE EMISSAO 18/04/2004

ANDRE GUILLIAME DE OLIVEIRA SILVA

PROBOAO DA SILVA

VERA LUCIA DE OLIVEIRA

NATAL - RN 07/06/1980

OPC. CIVIL LA247 F-039 RG-016167

NATAL - RN 04 CARTORIO

008.495.594-56

2 VIA 132200-5

TOTAL DA FATURA

ITEM	TIPO DA	ANTERIOR	POSTERIOR	DATA	LEITURA	VALOR	CONSUMO	ALICOTA	CONSUMO UNIT
PRODUTOS	CAI	15.32/100	15.32/100	15.32/100	15.32/100	1.0000	1.0000		96.00

ITEM	TIPO DA	ANTERIOR	POSTERIOR	DATA	LEITURA	VALOR	CONSUMO	ALICOTA	CONSUMO UNIT
PRODUTOS	CAI	15.32/100	15.32/100	15.32/100	15.32/100	1.0000	1.0000		96.00

Vitima

PROTOCOLO
 RECEBIDO
 02 AGO 2018
 TERRA DO SOLAOM
 E CORRETORA DE SEGS

1. NOME DO CLIENTE: **JOÃO CARLOS DA SILVA**
 2. ENDEREÇO: **RUA DA PAZ, 123 - JARDIM PAZ, SÃO PAULO - SP**
 3. CEP: **01234-567**
 4. DATA DE EMISSÃO: **01/06/2018**
 5. VALOR DO IMÓVEL: **R\$ 1.000.000,00**
 6. VALOR DA COMISSÃO: **R\$ 100.000,00**
 7. VALOR DO ATO: **R\$ 900.000,00**
 8. DATA DE VENCIMENTO: **01/06/2019**
 9. NOME DO CORRETOR: **JOÃO CARLOS DA SILVA**
 10. ENDEREÇO DO CORRETOR: **RUA DA PAZ, 123 - JARDIM PAZ, SÃO PAULO - SP**
 11. CEP DO CORRETOR: **01234-567**
 12. DATA DE ASSINATURA: **01/06/2018**
 13. ASSINATURA DO CLIENTE: **[Assinatura]**
 14. ASSINATURA DO CORRETOR: **[Assinatura]**
 15. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 16. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 17. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 18. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 19. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 20. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 21. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 22. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 23. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 24. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 25. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 26. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 27. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 28. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 29. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 30. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 31. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 32. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 33. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 34. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 35. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 36. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 37. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 38. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 39. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 40. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 41. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 42. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 43. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 44. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 45. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 46. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 47. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 48. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 49. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 50. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 51. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 52. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 53. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 54. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 55. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 56. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 57. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 58. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 59. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 60. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 61. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 62. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 63. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 64. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 65. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 66. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 67. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 68. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 69. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 70. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 71. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 72. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 73. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 74. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 75. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 76. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 77. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 78. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 79. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 80. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 81. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 82. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 83. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 84. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 85. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 86. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 87. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 88. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 89. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 90. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 91. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 92. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 93. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 94. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 95. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 96. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 97. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 98. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 99. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**
 100. ASSINATURA DO TESTEMUNHA: **[Assinatura]**

PROTOCOLO
 RECEBIDO
 02 AGO 2018
 TERRA DO SOL ADM
 E CORRETORA DE SEGS

PROCURAÇÃO PARTICULAR

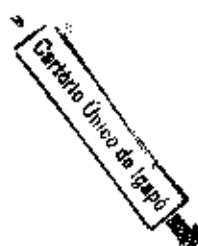
BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: Andre Guiliane de Oliveira Silva
 Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira
 Profissão: Mata Boy
 Identidade: 001.909.448 CPF: 008.495.594-56
 Endereço: Av. das Franqueiras 87 C 03 N.º 8. Santo Antonio S. G. A

PROCURADOR

Nome: Antonio Carlos Driussi
 Nacionalidade: Brasileiro
 CPF: 628.570.969-68
 Endereço: Av Lima e Silva, 1611, Sala 503 Bairro: Lagoa Nova
 CEP: 59075-710-Ed Blue Tower Center Cidade: Natal/RN

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgaço acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.



Natal RN 26/06/18
 Local e Data

Andre Guiliane de O. Silva
 Assinatura do Beneficiário/Vítima
 (Reconhecer firma por autenticidade)



NATAL CARTÓRIO ÚNICO JUDICIÁRIO DE IGARAPÉ
 Rua São Vicente do Pinho, 942 - Igarapé - Natal/RN - CEP: 59.062-010
 Telefone: (084) 3214-6810

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de: ANDRE
GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA (078000) VÁRIOS COMETES CONSULTA AUTENTICIDADE
 NATAL/RN, 26 DE JUNHO DE 2018 14:15

Op. 26
 EMOL R\$283
 ISSQN R\$0,14

Alberto Magalhães H. de Moura - Escrevente Autorizado