



Rio de Janeiro, 17 de Março de 2016

Carta n°: 8887065

A/C: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160150404 ASL-0109500/16
Vitima: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA
Data Acidente: 30/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000001366-8

Conta: 000088300193-4

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Sueane Elizabeth de Oliveira,PORTADOR(A) DO RG N° 555 103 EXPEDIDO POR SSP/RN EM 02/10/16CPF 336464544-44 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO _____E RENDA MENSAL DE R\$ 10.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 1A milhares. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com impressão digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do versamento de indenização com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 003 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1366-8 N° da CONTA (com dígito, se existir) 8300193-2

**COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/A**
REDEB 79 FEB 2016

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Suninha-RN OS de 10 outubro de 2016
LOCAL E DATA

Sueane Elizabeth de Oliveira
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

DOCUMENTO 1 "T1%"

**ATENÇÃO**

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que se, na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
21/12/2015 AUTO-ATENDIMENTO 12.11.09
136670462 0000

SALDO DE CONTA CORRENTE
PARA SIMPLES CONFERENCIA

CLIENTE: SOCORRO E OLIVEIRA *
AGÊNCIA: 1366-8 88.300.193-4

SALDO	100,000		
LTM	100 DISPONIVEL	0,00C	
JUROS	5,52	10F	0,30
TX.CH. ESPECIAL	% VENCIMENTO	31.05.2016	
OTDE DIAS CHD ESP	14		

===== BOMPRATODOS =====

Reducao nas taxas de Juros e aumento no credito.
Banco do Brasil. BOMPRATODOS

CREDITO BOMPRATODOS	16.236,00C
---------------------	------------

Linhos de Credito	Credito BOMPRATODOS
- Renove seu Credito	
- BB Renovacao Consignacao**	14.521,23
- BB Credito Renovacao	9.265,77

===== Credito Novo =====

BB Ord Consig em Folha**	16.236,00
BB Credito Salario	5.667,00

===== Financiamentos de Bens/Servicos =====

BB Ord Veiculo/Leasing	14.774,00
BB Creditarlo/Construcao	

*VALORES DE REFERENCIA. Sujeitos
no momento da contratacao.

**Disponivel aps confirmacao da

**COMPRE, SEGUROS
E PREVIDÊNCIA/A**
a confirmacao

BB 29 FEV 2016

Nome _____

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informaçoes.



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE SANTO ANTÔNIO/RN
Rua Ana de Pontes, — (saída para Brejinho) SANTO ANTÔNIO/RN - 3282-4927



BOLETIM DE OCORRÊNCIA n° 1.800/2015

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Local: A.V. QUARENTA - SERRINHA/RN

Data e Horário: 30 de NOVEMBRO de 2015 - às 14:30h

Nome do(a) Comunicante:

Nome: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

Filiação: DOMINGOS PEREIRA DE OLIVEIRA E ELINA PEREIRA M. SILVA

Nacionalidade: SERRINHA/RN Naturalidade: SERRINHA/RN

Est. Civil: CASADA

Profissão: FUNC. PÚBLICA

Data Nasc.: 02/09/1965 Escolaridade: 7º SÉRIE (contato): (84) 9899-4763

Doc. Ident. RG: 610.105-RN CPF: _____

Endereço: R. MARIA ADELIA TAVARES, 52, CENTRO - SERRINHA/RN

NOME DA(V) VITIMA(s):

Nome: A COMUNICANTE

Filiação

Nacionalidade: / Naturalidade:

Est. Civil: Profissão:

Data Nasc.: / / Escolaridade: (contato): ()

Doc. Ident. RG: CPF: _____

Endereço: _____

**COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A**

MEDEB 29 FEB 2016

ACUSADO (A):

Nome: PRAGUDICADO

apelido:

Filiação

Endereço: _____

Nome: _____

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

A COMUNICANTE/VITIMA INFORMA QUE VIAJAVA DE CARONA, EM UMA MOTOCICLETA TIPO HONDA CG 125 TITAN ES, ANO/MODELO 2004/2004, DE COR VERMELHA, DE PLACA MYI-9176, REQUINT 829903810, CHASSI N° 9C2JC30204R035622, DE PROPRIEDADE DE SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA; QUANDO, INESPERADAMENTE, O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, P. A VITIMA CAIU PARA TRAS, NO ACOSSAMENTO; QUE DEVIDO AO ACIDENTE DE TRÂNSITO A VITIMA SOFRIU LESÕES PELO CORPO, E, FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL WALTER DO GUNDEL, EM NATAL/RN. NADA MAIS DISSE.

OBS: TODAS AS INFORMAÇÕES SÃO DE RESPONSABILIDADE DA COMUNICANTE TESTEMUNHAS

Nome: RODRIGO DE OLIVEIRA COSTA End:

Nome: MARIA DAS GRACIAS End: SERRINHA/RN

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Data: 22/12/2015 às 15:30h

Socorro diligente de policial

Assinatura do(a) Comunicante/Vitima

Assinatura do(a) servidor

* USOU A MÃO ESQUERDA

Edgar Fabrício Neto
Agente de Polícia Civil
Matrícula: 157.320-9

COMUNICACIONES
CIVILES

2015-02-28

2015

2015-02-28

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Suzano Elizabeth de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 630.105 e inscrito no CPF/MF sob o nº 336.964.544-49, residente e domiciliado na R. Antônio Rodrigues Sampaio, 30, Cidade Serrinha, Estado BA, 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:

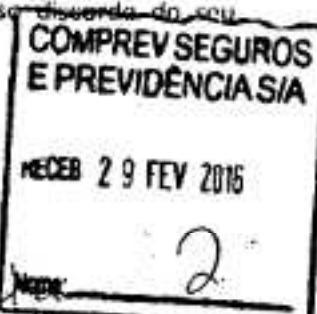
() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discordar do seu conteúdo.



Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Serrinha - BA, 05 de fevereiro de 2016

Local e data

DOCUMENTO 2 "T2%"





POLITRATULHA

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



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
ORTOPEDIA

PACIENTE SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA *COTTO*
DATA DE ENTRADA 30/11/2015 **HORA** 18:31 **Nº BAA** 140538
IDADE 50 **SEXO** F **ETNIA** Pardo
CARTÃO SUS 201395988090018 **ESTADO CIVIL** Casado(a)
CPF - **RG** ---
NOME DA MÃE ELINA PEREIRA DA SILVA
NOME DO PAI DOMINGOS PEREIRA DE OLIVEIRA
NASCIMENTO 02/09/1965 **NATURALIDADE** Serrinha-RN
TELEFONE (84) 8710-6796 **PROFISSÃO** ASG
RUA/AV. MARIA ADELIA TAVARES DA CRUZ **Nº** 52 **BAIRRO** Centro
COMPLEMENTO **CEP** 59258-000 **CIDADE** Serrinha-RN
ORIGEM Família **MOTIVO** Acidente de Trânsito / Queda de moto
ACID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Dada

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Reforço queixa de motociclista (moto parado) com dor no cotovelo esquerdo (D). Nega ferimento.

COMPRA SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/A

MEDE 29 FEV 2016

ATEN

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES



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

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID

OCHE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Silvana Elizabeth de Oliveira

RG nº 650305, data de expedição 02/10/81 Órgão SSP/RN

CPF nº 336.969.571-49 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Irene Rodrigues Soares</u>
Número	<u>30</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Limoeiro</u>
Cidade	<u>Serrinha</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59.358-000</u>
Telefone de Contato	<u>Contato:</u> <u>(84)</u> <u>(84)</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Serrinha - RN, 05 de fevereiro de 2016

Assinatura do Declarante: Silvana Elizabeth de Oliveira

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/A

MEDEB 29 FEB 2016

33



GARRETT BROWN
SOCIALIST LEADERSHIP COMMITTEE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA:
PRAIA DE POUÇÕES SAXARES 10-59

CFP 148-024 5/14/20

2014-10-07 10:00:00

CLASSIFICAÇÃO
NA PREDIAÇÃO DA
RESIDÊNCIA
Monografias

CENTRAL DELEGACION
SERVICIO FFI
50250-000

IP BASED PRICE	1000	NETS
000770000	UPC-A	000000000000
CURRENT PRICE	1000	NETS
000770000	UPC-A	000000000000

CONTA CONTRATO 0190385019 08/2015
DATA DE VENCIMENTO 03/07/2015 DATA PRAZO PAGAR 08/07/2015
VALOR A PAGAR R\$ 65,79

Сообщение Администрации
Административного района № 15
С. Медведево по Курганской области
МЧС России от 10.05.2016 № 00000770416-2016-01
Адрес: пгт Медведево, ул. Советская, д. 1

QUANTITÀ	PREZZO (€)	TOTALE (€)
107/100000	€ 0,0240 x 1	€ 1,20
		1,10
		-0,01
		0,72
		0,68

第10章 口述历史

05-19

**COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A**

网媒 29 FEB 2016

ABRIL	199	DATA DE CALCULO	%	VALOR DO DEPÓSITO	Detalhe de fluxo de caixa:
MAR10	115				Transações
MAR11	112				Reembolso de empréstimo
MAR12	104				Reembolso de empréstimo
MAR13	93				Fluxo de caixa das entidades filiadas
MAR14	89				Fluxo de caixa
MAR15	81				Total
MAR16	100				
MAR17	100				
MAR18	102				
MAR19	99				
MAR20	95				
MAR21	104				
MAR22	90				

INFORMACIÓN TÍPICA Y VANTAJES

1995-1996
1996-1997
1997-1998
1998-1999
1999-2000
2000-2001
2001-2002
2002-2003
2003-2004
2004-2005
2005-2006
2006-2007
2007-2008
2008-2009
2009-2010
2010-2011
2011-2012
2012-2013
2013-2014
2014-2015
2015-2016
2016-2017
2017-2018
2018-2019
2019-2020
2020-2021
2021-2022



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
ORTOPEDIA



PACIENTE SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

DATA DE ENTRADA 30/11/2015 **HORA** 18:31 **Nº BAA** 140538

IDADE 50 **SEXO** F **ETNIA** Pardo

CARTÃO SUS 201395988090018 **ESTADO CIVIL** Casado(a)

CPF - RG -

NOME DA MÃE ELINA PEREIRA DA SILVA

NOME DO PAI DOMINGOS PEREIRA DE OLIVEIRA

NASCIMENTO 02/09/1965

NATURALIDADE Serrinha-RN

TELEFONE (84) 8710-6796

PROFISSÃO ASG

RUA/AV. MARIA ADELIA TAVARES DA CRUZ

Nº 52

COMPLEMENTO

BAIRRO Centro

CEP 59258-000

CIDADE Serrinha-RN

ORIGEM Família

MOTIVO Acidente de Trânsito / Queda de moto

ACID. DE TRABALHO Não

USUÁRIO Daida

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Refere que no motociclo (moto parada) por não conseguir em moto (D). Negativa

COMPRA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIAS

NEED-29 FEB 2016

Note

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A

B

C

D

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES

~~EXAME DE COAGULOGIA~~
~~TESTE DE GLICEMIA~~
~~TESTE DE COAGULOGIA~~
~~TESTE DE GLICEMIA~~

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

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID

09:00

02/12/15
5002

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): _____

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

RADIOGRAFIA DE
CIRURGIA MÉDICA

EXAMES COMPLEMENTARES:

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Medicamentos: _____
Procedimentos: _____

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:		HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2:		HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:		HORA:	DATA:

MÉDICO (CARIMBO)



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRINHA
ADM: FABIANO HENRIQUE DE SOUZA TEIXEIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE JOSÉ TEIXEIRA DE SOUZA
RUA JOSÉ CORREIA DE ANDRADE, S/N SERRINHA-RN

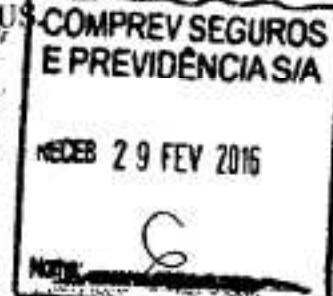
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR - AIH

Sr. Diretor Geral.

Encaminhamos AO HOSPITAL MEMORIAL, NATAL/RN o (a) **Paciente**,
SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA, nascido (a) em 02/09/1965, RG 610.105, CPF
336.464.574-49, CNS 201 3959 8809 0018 , residente e domiciliado na Rua Maria Adélia
Tavares da Cruz ,Nº 52, Serrinha/RN, que necessita de fazer um procedimento
CIRÚRGICO, conforme Pactuação, no Hospital o qual V. S^a é diretor, uma vez que o nosso
município não dispõe de recursos para realizá-lo.

Assim sendo, solicito que seja transferido em favor do HOSPITAL MEMORIAL,
NATAL/RN, a autorização de atendimento Hospitalar-AIH, para viabilizar o atendimento
para que seja realizado o procedimento Médico/Hospitalar deste usuário do SUS.

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE SERRINHA/RN
Nome: *Thiana Cristine Xavier Pontes* AUTORIZADOR
Cargo: *Coord. Adm. Axixá*
Mat.: *20011-00000-00000*



SERRINHA/RN, 03/12/2015.

Thiana Cristine Xavier Pontes
Secretaria Municipal de Saúde

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

2 - CNES

2653923

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Socorro Oliveira de Oliveira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RACIAÇÃO

10.1 - ETNIA

Masc.

Fem.

3

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

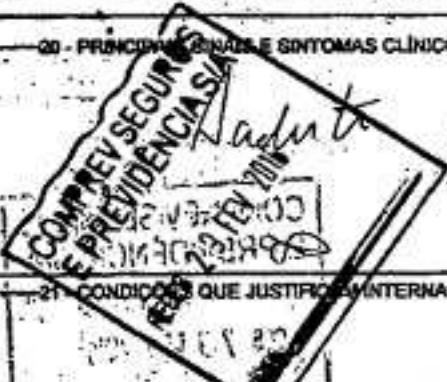
17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINTOMAS CLÍNICOS



admitto intocatício / traing em M&D.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

Rx - desentranhado em radio diti.

23 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

fratura radio distal D

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteosíntese radio distal.

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CÁRATER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

() CNS () CPF

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSIN. CARMELO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO ELETRE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSIN. E CARMEDO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

EMENTO ESPECIALIZADO

ortopedia

ANAMNESE

Pct vítima de quebra
de mao em c de dor e
deformada, pulso D

EXAME FÍSICO

Rp: Frx cominato. Edra

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

distel D

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

LABORATÓRIO DE ANÁLISES

COMPRESEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/A

OUTROS

RECIBO 29 FEB 2016

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

9

- 1) Vttope
- 2) Decodisau - d'ay
- 3) fala axila - pulso
- 4) Frx + Ho curvado

Dr. Roberto Cesar
Cirurgião-Dentista
CRM-RJ 1307102

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW

Abertura Ocular (AO)

Olhos se abrem espontaneamente

Olhos se abrem ao estímulos verbais. (Põe contacto com o despertar da uma pessoa adormecida, ou medo brusco ou se náo liga)

Olhos se abrem por estímulos dolorosos.

Olhos não se abrem.

Atividade motora verbal (AVM)

Olhares (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, local, onde está, e como é a data e etc.)

Corridas (Responde às perguntas corretamente, cumpre suas exigências e orientações)

Parâmetros fisiológicos (Pela eletrólito, mas sem lesão neurológica)

Sons ininteligíveis (Responde com automas fisiológicos)

Alerta:

Nenhuma resposta (nada de resposta)

Olhos se abrem muito lentamente

Olhos se abrem lentamente quando não é estimulado

Locomoção atípica desorientada

Resposta inapropriada e etc.

Pedir queixa é dor (desconhecido)

Sensação de perda

Dor

ESCALA DE TRAUMA DO TRAJANO (TRTA)	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-150
	12-125
	10-90
	8-60
	4-10
	2-10
	1-10
	0-10
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	15-100
	10-90
	8-60
	1-60
	0-60
PRESSÃO ARTERIAL ESTÔMACHO	28-950
	26-150
	1-100
	0-10

* Escala de Trauma Padrão (TRTA): Bem indicada para sobreviventes de traumas fechados. Referência: Adams J, et al. Trauma score. J Trauma 1974; 21:1-4.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (TCE-2002)

0-48: níveis inconscientes de intensidade variada:
0 = - inexistente;
1 = leve;
2 = moderado;
3 = intenso;

Referência: TEASDALE G, JEVET, S.
Assessamento do coma em breves
conversações. A prática clínica. Lancet
1974; 2:81-84.

* A escala provavelmente adequada a pacientes comuns e os pacientes com lesões cérebrais mais leves que classificam a intensidade de sua dor de acordo com as seguintes adjetivas:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior
0	1	2	3	4

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO

CONDUÇA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

Orto gelenos

DATA: 30/11/115

HORA: 19h

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)

*Dr. Roberto Góes
Chapada
02/05/2011*

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.

Hospital Memorial de Natal

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

Data: 07/12/2015 10:34

FICHA DE INTERNAMENTO

Dados do Paciente

Paciente: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA
RG: 610105 CPF: 336.464.574-49 Nascimento: 02/09/1965 50 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Casado(a)
Endereço: RUA IRENE RODRIGUES SOARES N.: 10 Bairro: CENTRO
Cidade: SERRINHA UF: RN CEP: 59258000 Fone: 84987106756
Profissão: FUNCIONARIO PUBLICO ESTADUAL E Mãe: ELIANA PEREIRA DA SILVA

Dados do Internamento

Internamento: 1 Entrada: 07/12/2015 10:34 Previsão saída: 09/12/2015 11:00 Atendente: MRECEPCAO
Convênio SUS ESTADUAL Matrícula/CNS: 201395988090018
Médico: Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA CRM: 5500

LEITO RESERVA 01

Dados do Responsável

CPF: RG:
Responsável:
Parentesco:

Termo de Responsabilidade

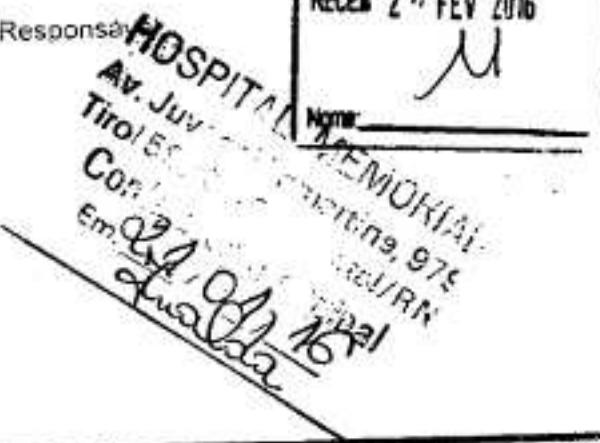
Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento 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 autoriza-se a acréscimo de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

**COMPRAV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS S/A**

Assinatura: [] Paciente [] Responsável



Observações
COM UMA PELÍCULA DE RX, LAUDO DO SUS, EXAMES LAB.

Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 07/12/2015

Dados do Paciente

Paciente: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

Registro: 110522

Num. RG: 610105 CPF: 336.464.574-49 Nascimento: 02/09/1965 50 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Casado; ja:

Endereço: RUA IRENE RODRIGUES SOARES

N. 10

Bairro: CENTRO

Cidade: SERRINHA

UF: RN

CEP: 59258000

Fone: 84987101

Profissão: FUNCIONARIO PUBLICO ESTADUAL E

Mãe: ELIANA PEREIRA DA SILVA

Dados do Internamento

Num. Internamento: 1

Entrada: 07/12/2015 10:34 Previsão saída: 09/12/2015 11:00 Atendente: MRECEPCAO

Convênio: SUS ESTADUAL

Matrícula/CNS: 201395988090018

Médico: Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM: 5500

LEITO RESERVA 0

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

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

Doc. Apresentado: _____ Diagnóstico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

**COMPRA SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS S/A**

MESES 29 FEVEREIRO 2016

VJ

NOTE: _____

Ap. Cardiorespiratórios: _____

HOSPITAL
MEMORIAL
AV. JUVENTAL
TIROL - NATAL/RN
979
CNPJ: 23.110.111/0001-52

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

Data: 07/12/2015 10:

Dados do Paciente

Paciente: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

Registro: 110522

Num. RG: 610105 CPF: 336.464.574-49 Nascimento: 02/09/1965 50 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Casado(a),
Endereço: RUA IRENE RODRIGUES SOARES N.: 10 Bairro: CENTRO
Cidade: SERRINHA UF: RN CEP: 59258000 Fone: 849871057
Profissão: FUNCIONARIO PUBLICO ESTADUAL E Mãe: ELIANA PEREIRA DA SILVA

Dados do Internamento

Num. Internamento: Entrada: 07/12/2015 10:34 Previsão saída: 09/12/2015 11:00 Atendente: MRECEPCAC
Convênio: SUS ESTADUAL Matrícula/CNS: 201395988090018
Médico: Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA CRM: 5500

LEITO RESERVA 03

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/A

RG:

MEDB 29 FEB 2016
V3

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

Parentesco:

TERMO DE CIÉNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA a realizar o seguinte procedimento: TREATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METAFISE P. ou cirurgia: S8085
2. - O(A) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive 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 Ciéncia e Consentimento e Responsabilização:
Preenchido pelo responsável do paciente

Assinatura: 18 | Paciente | Responsável

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. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA - CRM 5500

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

CONSULTA HOSP>SOLICITAÇÕES

Código 152718210

N. AIH 241510082668-8

Identificação da Unidade

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MEMORIAL
Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 -- TIROL
Município Regulador NATAL
Data de Solicitação 04/12/2015 - 10:37:40
Data de Autorização 04/12/2015 - 10:43:29
Data de Referência 05/12/2015
Data de Internação 06/12/2015
Data Prevista de Alta 08/12/2015
Data de Alta 06/12/2015 - 01:47:17
Motivo da Alta 1.1 ALTA CURADO

CNES:
2408252
CNES:
2408252
Município
NATAL
Operador 03282959494PPC
Operador 42315379415MONIQUE
Operador 33391521449FRANCISCA
Operador 33391521449FRANCISCA

Dados do Paciente

CNS
201395988090018
Nome do Paciente
SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA COSTA
Sexo:
FEMININO
Data de Nascimento:
02/09/1965 (50 anos)
Nome da Mão:
ELINA PEREIRA DA SILVA
Tipo Logradouro:
RUA
Número:
52
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):

Nome do Responsável:

Dados da Solicitação

CPF do Médico Solicitante:
19561917807
CPF do Médico Executante:
19561917807
Diagnóstico Inicial - CID:
FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RÁDIO - S521

Classificação de Risco
AMARELO - urgência, atendimento o mais rápido possível.

Caráter:
1.1 - Urgência

Clínica:
ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METAFISE
PROXIMAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Lançamento Técnico e Justificativa da Internação

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Nome Social/Apelido:

Raça:

AMARELA

Tipo Sanguíneo:

Naturalidade:

SERRINHA - RN

Logradouro:

ADELIA TAVARES DA CRUZ

Bairro:

ZONA URBANA

Município de Residência:

SERRINHA

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS S/A

MEDEB 29 FEV 2016

IS

Nome:
Complemento:

CEP:

59258000

UF:

RN

Telefone do Responsável

Nome do Médico Solicitante:

HELIO RUBENS POLIDÓ GARCIA

Status da Solicitação:

APROVADO

Nome do Médico Executante:

HELIO RUBENS POLIDÓ GARCIA

*HOSPITAL
MEMORIAL
NATAL
RJ*

Emp.: _____

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408020415

Identificação da Unidade

Unidade Solicitante:

HOSPITAL MEMORIAL

Município Regulador

NATAL

Data Desejada

Dados do PacienteCNS
201395988090018Nome do Paciente
SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA COSTA

Sexo:

FEMININO

Data de Nascimento:
02/09/1965 (50 anos)

Nome da Mãe:

ELINA PEREIRA DA SILVA

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

52

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

Nome do Responsável:
Não Informado**Dados da Solicitud**

CPF do Médico Solicitante:

19561917807

Diagnóstico Inicial - CID:

FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RÁDIO - 5521

Classificação de Risco

AMARELO - urgência, atendimento o mais rápido possível.

Caráter

II - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METAFISE PROXIMAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Laudo Técnico e Justificativa da Internação

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

FRATURA DE PUNHO

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FÍSICO E RX

Condições que Justificam a Internação:

TTO CIRÚRGICO

Natureza da lesão

Grave

Paracet

Situação:

PENDENTE

Motivo de Impedimento do Regulador

CNES:

2408252

Unidade Desejada:

HOSPITAL MEMORIAL

CNES:

2408252

Nome Social/Apelido:

Raça:

AMARELA

Tipo Sanguíneo:

Naturalidade:

SERRINHA - RN

Logradouro:
ADÉLIA TAVARES DA CRUZ

Complemento:

Bairro:
ZONA URBANA
Município de Residência:
SERRINHA

CEP:

59258000

UF:

RN

Telefone do Responsável:

Não Informado

Nome do Médico
Solicitante:
HELIO RUBENS POLIDO GARCIAStatus da
Solicitação:
PENDENTECOMPRESEGUROS
E PREVIDÊNCIAS

MEDEB 29 FEV 2016

Clínica Complementar:

Neópolis
Código:
0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020

0408020



BLOCO CIRÚRGICO
BOLETIM DE SALA

Reg 14.05.22 NOME Socorro Elizabeth Di abrigo

APTO1

Cirurgia Realizada: **No cirúrgico da fratura do antebraço**

DATA:	INICIO:	HS:	MIN:	TERMINO:	HS:	MIN:
EQUIPE	NOME			CIC/MF	CRM	CIRURGIA
Clínico	Dr Helio Garcia				5500	Pequena
1 Auxiliar						Média
2 Auxiliar						Grande
Anestesiologista	B. Faria					Múltipla

73

1. Paciente em DDH sob bloqueio M Sup D 2: Assepsia e antisepsia
acesso dorsal 4. Divulsaõ romba por planos 5. Tratamento cirúrgico da fratura
dos ossos do antebraço D com síntese 6. RX intra op 8. Limpeza
curativo + tala gessada

RECORDED 29 FEB 2015

CÓD.	DESCRÍÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRÍÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRÍÇÃO	UNID.	QUANT.
MEDICAMENTOS											
000056	Água Sterilizada 10ml	AMP	050220	Vicryl 4-0 (Mistura)	ENV	066184	Máscara Tubular 1200 ml				
000226	Água Sterilizada 10ml	AMP	060377	Vicryl 5-0 (Mistura)	ENV	060188	Máscara Tubular 1500 ml				
025588	Água Sterilizada 20ml	AMP	060725	Vicryl 6-0	ENV	062183	Máscara Descartável	UND			
000057	Clorotetróisol 1g	AMP	050313	Vicryl 7-0	ENV	060720	Palito 2 vías	UND			
000096	Dexadron 4mg. Inj.	AMP		30/08/2020	1000	064794	Pododérm Desinfetante 7%	ML			
007113	Glicose 23% 10ml Inj.	AMP				064787	Produtos Tópicos 1 ml.	ML			
004283	Glicose 50% 10ml Inj.	AMP				065567	Sabão Líquido	ML			
004703	Hipoclor 50%	FRS				060733	Seringa Descartável	UND			
000409	Iodoform Povidone 1% 1/4	COM	072			063123	Seringa Desc. 01cc c/ Agulha	UND			
015111	Ketofin Neutro 1g	COM	072			062403	Seringa Desc. 03cc c/ Agulha	UND			
000057	Neomomicina 2ml Inj.	AMP				062478	Seringa Desc. 06cc c/ Agulha	UND			
007493	Prosteno 100mg. Inj.	AMP				063209	Seringa Desc. 10cc c/ Agulha	UND			
008829	Solução Ringer e Lactato	FRS				063215	Seringa Desc. 20cc c/ Agulha	UND			
000449	Solução Ringer Sinônimo	FRS				063120	Sonda Urinária 10	UND			
000128	Soro Fisiológico 100ml	FRS	072	061809	Abbercrombie-T Plus Nº 14	UND	063144	Sonda Urinária 12	UND		
000718	Soro Fisiológico 9% 500ml	FRS	072	061918	Abbercrombie-T Plus Nº 16	UND	063151	Sonda Urinária 14	UND		
000840	Soro Glucosado 5% 500ml	TB		061925	Abbercrombie-T Plus Nº 18	UND	063163	Sonda Urinária 16	UND		
000995	Xylocaine 2% 1cc	AMP		061932	Abbercrombie-T Plus Nº 20	UND	063183	Sonda Urinária 18	UND		
010023	Xylocaine Gel 4% 2%	BBO		060962	Acrifilina Descartável 13 x 4,5	UND	060960	Sonda Urinária 20	UND		
				060392	Acrifilina Descartável 25 x 7	UND					
				060418	Aguiche Descartável 40 x 12	UND					
				060575	Alcool Isopropílico	ML					
				060602	Aloduna Coton 10cm.	ROL					
				060620	Aloduna Coton 12cm.	ROL					
				060650	Aloduna Coton 15cm.	ROL					
				060698	Aloduna Crepon 20cm.	ROL					
				060701	Aloduna Gessado 10cm.	ROL	03				
				060879	Aloduna Gessado 12cm.	ROL					
				060920	Aloduna Ortopédica 10cm.	ROL	03				
				060809	Aloduna Ortopédica 15cm.	ROL					
				061670	Aloduna Ortopédica 15cm.	ROL					
FIOS											
050637	Algodoão 3 M Aguado	ENV		066048	Bandeja Perfurável	UND					
050633	Algodoão 2.0 M Aguado	ENV		061543	Bandeja Reap.	UND	060738	Ar Comprimido			
050044	Algodoão 3.0 M Aguado	ENV		060943	Butterfly 18g	UND	062407	Aspirador Vácuo			
050152	Cromado 1-0	ENV		060055	Butterfly 21g	UND	060724	Comprador Infusão			
060130	Cromado 2-0	ENV		062135	Butterfly 23g	UND	060331	Cepilhador			
060129	Cromado 4-0	ENV		062142	Butterfly 26g	UND	060363	Criostomo			
050239	Kit Catetera	ENV		061205	Cannula Descartável	UND	060395	Desbolhador			
000599	Monofil 1m 0 PRETO	ENV		061244	Compressa Cirúrgica	UND	060487	Interfazader de Implant			
000614	Monofil 1m 2.0 PRETO	ENV		061981	Elevador Descartável	UND	060499	Maisanodôlio			
000621	Monofil 1m 3.0 PRETO	ENV	072	060545	Enterobit 500ml	UND	060711	Oxigênio Sob Pressão 1/4			
000633	Monofil 1m 4.0 PRETO	ENV		060094	Esparracado 10 x 45	CM	060553	Chimetrô			
000645	Monofil 1m 5.0 PRETO	ENV		002031	Estér Suturíco / ml	ML	060568	Oxigênio Nitroso			
000653	Monofil 1m 6.0 PRETO	ENV		062235	Gase 9l x 9l	UND	062708	Respiader e Presario			
007899	Monofil 1m 8.0 PRETO	ENV		062330	Gase Funçional	UND	060578	Respiader e Volume			
032642	Monofil 10-0 PRETO	ENV		062364	Gomar Descartável	UND	061506	Taxa de Monitor			
C50020	Prolene 2-0	ENV		062103	Intrifix All II 2,4 M	UND	060128	Taxa de Seta			
000483	Prolene 4-0	ENV		061078	Intrifix Padão	UND					
000449	Prolene 5-0	ENV		062253	Lâmina Bisturi Nº 11	UND					
000421	Prolene 6-0	ENV		062360	Lâmina Bisturi Nº 15	UND	01				
005010	Saca 2-0	ENV		062149	Lâmina Bisturi Nº 20	UND					
000550	Saca 3-0	ENV		062332	Lâmina Descartável 7,0	PAR	01				
000560	Saca 5-0	ENV		062340	Lâmina Descartável 7,5	PAR					
000194	Simples 3-0 (M Aguado)	ENV		062429	Lâmina Descartável 8,0	PAR	01				
000390	Vicryl 4-0 (M Aguado)	ENV		062411	Lâmina Tubular 10cm.	ROL					

CIRURGÃO: Dr Helio R.P Garcia
Cirurgia da Mão- Ortopedia
CRM ARNO - RN

RELATÓRIO ANESTESIA

I.S.O.A.

PRÉ-ANESTÉSICO:

DROGAS:

TÉCNICA ANESTÉSICA:

DROGAS USADAS NA ANESTESIA

COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
MEDICAMENTOS											
000110	Aztreonam	AMP	-	006115	Nanem	AMP	-				
029466	Aqua Bidestilada	AMP	-	007627	Plast 10mg	AMP	-				
000342	Atropina 2%	AMP	-	007558	Procligmine	AMP	-				
020360	Clorasep de Prototax	AMP	-	005942	Katster	AMP	-				
011450	Glucagon de 100mcg	AMP	-	005353	Quelicin 100mcg	AMP	-				
016220	Diamorf 2mg	AMP	-	006040	Quelicin 500mcg	AMP	-				
000112	Dicarbam	- AMP -	-	006943	Rapifem	AMP	-				
000953	Dolantina	- AMP -	-	006974	Savoneine	ML	-				
020050	Dormonal 15mg	AMP	-	006449	Sol. Ringer Simples	FBB	-				
017076	Dormonal 5mg	AMP	-	026125	Sol. Ringerol	FBB	-				
002071	Etofene	- AMP -	-	006742	Sol. Glucosaco	FBB	-				
022511	Fentanilo 2ml	AMP	-	026839	Sol. Ringer Lactato	FBB	-				
025150	Fenoxaz	ML	-	001002	Thiometocarbol	FBB	-				
012030	Hialuronico	ML	-	003313	Tetradum	AMP	-				
004426	Hipnogemato	AMP	-	006727	Volum	AMP	-				
022487	Isoxal	AMP	-	001475	Xylocaína 1%	AMP	-				
010330	Laxatol	AMP	-	006992	Xylocaína 2% ALA	AMP	-				
021537	Marcaine 0,5 mg	AMP	-	010026	Xylocaína 2% ALA	AMP	-				
000034	Marcaine 0,5 s/a	AMP	-	010033	Xylocaina Pessada	AMP	-				
010595	Marcaine Pessada	AMP	-								

Intercorrências

X do anestesiologista - 21/1
 Anestesiologista 2007
 2007 - 01
 2007 - 20
 2007 - 01
 2007 - 01

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Oxímetro	
Cardioscópio	
Capnógrafo	
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Oxigênio Líquido	
Protóxido Líquido	

ANOTACOES

COMPRENSÃO
SEGURAS
E PREVIDÊNCIAS

Nº 088297 IV 2007

INÍCIO ANESTESIA:

INÍCIO CIRURGIA:

DATA:

FINAL CIRURGIA:

FINAL ANESTESIA:

ANESTESIOLOGISTA:

CRM:

07/12/15

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Memorial de Natal

Registro-Internamento: 110522 -1
Leito Nº: LEITO RESERVA 03
Médico CRM - 5500 - HELIO RUBENS PÓLIDO GARCIA

LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- Mudança de Procedimento
- Diária de U.T.I.
- Diária de Acompanhante
- Vacina Anti RH
-

- Uso de Prótese, Ortese
- Uso de Fatores de Coagulação
- Uso de Oxigenadores
- Nutrição Parenteral
-

HOSPITAL
10.867.587/0001-10 - Hospital Memorial de Natal

PACIENTE
110522 -1 - SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

PROCEDIMENTO ANTERIOR	PROCEDIMENTO SOLICITADO	MÉDICO SOLICITANTE	CRM	CPF
		HELIO RUBENS PÓLIDO GARCIA	5500	195.619.178-07

JUSTIFICATIVA
2 FIOS STEINMANN

COMPRAV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECIB 29 FEB 2016



ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

CRM	DATA
5500	07/12/2015 16:01

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR

CRM	DATA

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente:

Registro: 110522 IH: 1 Paciente: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA
Nascimento: 02/09/1965 50 anos Internação: 07/12/2015 10:34:25 Leito: LEITO RESERVA 03

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

po: BOQUEIO E SEDACAO

Anestesiologista: DR ESAU

ipo: FRATURA DE PUNHO

Cirurgião: DR HELIO

Instrumentador: ANTONIA

Circulante: ELIENE E DEYSIANE

ipo curativo: OCLUSIVO

em material para biópsia/cultura: NAO

Monitoração contínua: SIM

Placa de bisturi: NAO

sangue: NAO

antibiótico profilático?: CEALOTINA 2G

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

CIRURGIA REALIZADA COM SUCESSO PACIENTE ENCAMINHADA AO SRPA NA HVP CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO SOB EFEITO DE ANESTESIA EM O2 AMBIENTE SEGUO AOS CUIDADOS DE TODA EQUIPE DE ENFERMAGEM ANEXO AO PRONTUARIO RX E EXAMES COMPLEMENTARES.

**COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/A**

NEOB 29 FEB 2016

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

-CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: Limpa

ELIENE MARTINS DA SILVA
COREN - 58524

HOSPITAL
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979
TIROL - NATAL/RN
MEMORIAL
CONEG 10:34:25 07/12/2015
Em:

PROTÓCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

registro: 110522 IH: 1 Paciente: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA
nascimento: 02/09/1965 50 anos Internação: 07/12/2015 10:34:25 Leito: LEITO RESERVA 03

ANTES DO ATO CIRÚRGICO ————— 07/12/2015 16:51:52 -COREN - 981845 - ANDRE LUIZ MIGUEL PEREIRA

Observações:

PACIENTE ADMITIDO NO CENTRO CIRÚRGICO DE PRÉ OPERATÓRIO DE FRATURA DE PUNHO. O MESMO
TEGAAM+DM+HAS PUNCIONADO EM MSE COM JELCO N°20 VIAB: SF0,9%, SEGUO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM.

Saúde pré-existente:

Não reserva sanguínea: NÃO Prótese: NÃO Jóias: NÃO Membro e lado da cirurgia: MSD

Exame Laboratorial: NÃO Risco Clínico: NÃO Raio X: PRÉ: SIM-QTD: 01

Alergias (medicamentos, jodo, esparadrapo): NÃO

Assinatura Responsável

Outros Exames:

SRPA ————— 07/12/2015 16:51:52 -COREN - 981845 - ANDRE LUIZ MIGUEL PEREIRA

Nível consciência: CONSCIENTE Oxigenoterapia: 02 AMBIENTE

Acesso venoso: SIM Diurese: SIM Acidotíco: NÃO Pálido: NÃO Sudorese: NÃO Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO Raio X de Controle: NÃO

ADMINISTRADO UMA DIPIRONA+10ML DE ABD AS 16:50 MIN.

Medicação administradas:

Encaminhamento:

PACIENTE ENCAMINHADO AO LEITO DE PÓS OPERATÓRIO DE FRATURA DE PUNHO NA
H-VP, CONSCIENTE ORIENTADO EM 02 AMBIENTE COM CURATIVO LIMPO, DIURESE
PRESENTE, REALIZAR RX DE CONTROLE. SEGUO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM.

Assinatura Responsável



Hospital Memorial de Natal



Paciente: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA
Prontuário: Regist. 11C522
Endereço: RUA IRENE RODRIGUES SOARES - CENTRO - SERRINHA - RN

Unid.: CENTRO CIRÚRGICO

Admissão: 07/12/15 10:34

Convênio: SUS ESTADUAL

Telefone: 849871106798

Leito: LEITO RESERVA 03

Controle

Qtd

07/12/2015 16:01 Periodica

1) DIETA LIVRE, Ao dia

Mat: 11067

2) DIPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA)

Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.

3) OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia

Controle

Qtd

08/12/2015 07:00 Periodica

4) DIETA LIVRE, Ao dia

Mat: 11067

5) DIPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA)

Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.

6) OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia

Controle

7) ALTA HOSPITALAR, 02 em 02 horas

Controle

HOSPITAL MEMORIAL
nartina, 979
4º And.
Tiro/CE
Co.
En...
P.R.J. Jui

07/12/2015 16:01

Dr. - HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500

**COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/A**
29 FEB 2016
02

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: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA
Nascimento: 02/09/1965 (50 anos

Registro: 110522 Num.Internação: 1

Data Internação: 07/12/2015 10:34:25

olução: 07/12/2015 16:01:04

Oi sem intercorrências

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/A

MEDCIS 29 FEB 2016

DB

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol - RN
CEP 59020-000

HL

HELIOS RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500



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

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

Registro: 110522 Nº Internação: 1

Nascimento: 02/09/1965 50 anos Data Internação: 07/12/2015 10:34:25 Leito: LEITO RESERVA 03

OBSERVAÇÕES GERAIS

PACIENTE SAIU DE ALTA HOSPITALAR.

Nadjany

08/12/2015
COREN - 883879
NADJANY PRISCILLA LIMA TORRES

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/A

NECAB. 29 FEV 2015

OH

NECA

HOSPITAL MEMORIAL
AV. JUVENTIN LAMARTINE, 979
TIROL - NATAL/RN
CNPJ: 12.345.678/0001-00

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES					
ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES					
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE						
ME DO PACIENTE	5 - Nº DO PROTOCOLO					
RAO NACIONAL SUS	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO	MASCULINO	1	FEMININO	2
NAME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO					
ENDEREÇO (RUA, N°)						
UNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIAS/A			
CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	NEDEB 29 FEB 2019			
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	28			
DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDARIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS	NOTA
notas	notas	notas	notas	notas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

ESCRITÓRIO DO PROCEDIMENTO	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
ITADÔ	notas	notas	notas
DATA DO PROCEDIMENTO			29 - DT SOLICITAÇÃO 30.11.15
OAB/CO 20445			30 - CNS / CPF
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
ACID. TRABALHO TRAJETO		DESCRICAÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
ID PRINCIPAL			
ID SECUNDARIO		43 - () GRAVE	45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

NAME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE / AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (A/I)
IT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
INS / CPF	52	
ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

Dr. Hélio Rubens Polido Garcia - CRM 5500
CIRURGIA DA MÃO - MICROCHIRURGIA - ARROSCOPIA

RELATÓRIO MÉDICO

Nome: Socorro E Oliveira

Diagnóstico: Pop fratura punho D

Evolução/ Tratamento: Ambulatório + Reabilitação

Prognóstico: Moderado Ainda com dor e limitação. Segue em Reabilitação.

Recomendação: Deve afastar-se de suas atividades de carga por 4 (quatro) meses, à critério do perito

CID: S52 /Z98

17.12.15

Dr Hélio R P Garcia
CRM 5500

Dr Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 5500

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/A

RECIB 29 FEV 2016



Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

DR. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA – CRM 5500
CIRURGIA DA MÃO - MICROCIRURGIA - ARTROSCOPIA

Socorro E Oliveira

Solicito

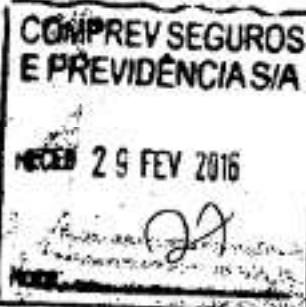
Fisioterapia

HD: POp. fratura punho D

- ADM total **sem restrição**
- analgesia – tens, calor
- massagem
- controle do edema

Dr Hélio R/P Garcia
CRM 5500

Dr Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 5500



Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

DR. HÉLIO RUBENS POLÍDO GARCIA - CRM 5500
CIRURGIA DA MÃO - MICROcirurgia - ARTROSCOPIA

SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

USO ORAL

1. Nisulid _____ 1 cx

Tomar 1 comprimido via oral de 12/12h por 5 dias.

2. Novalgina 1g _____ 2cx

Tomar 1 comprimido via oral de 6/6h se dor

Dr. Hélio Rubens Polido Garcia
ORTOPEDIA / CRM: 5500-07
CRM 5500 - CPF: 195.619.170-07

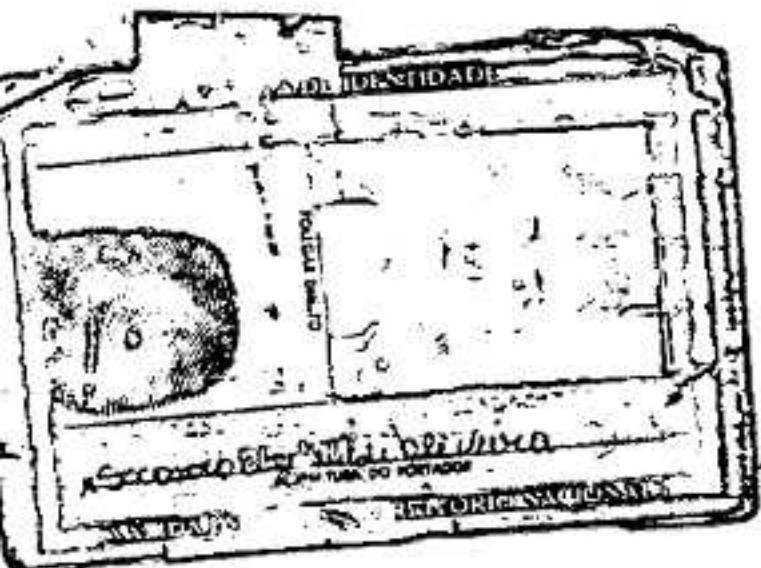
07.12.15

Dr. Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia
Cirurgia da Mão/Microcirurgia
CRM 5500

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/A

NECAB 29 FEB 2016

NECAB



DOCUMENTO 5 "T5%"



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160150404 **Cidade:** Serrinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 30/11/2015 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/03/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PUNHO 75%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/03/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SOCORRO ELIZABETH DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01366-8

CONTA: 000088300193-4

Nr. da Autenticação 5ABFEE64B74CB8EC