

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170102204

Cidade: Macaíba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANDRE SANTOS DE CASTRO

Data do acidente: 24/06/2016

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/03/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO, TRAUMA ABDOMINAL E TCE

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MS DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das INVALIDEZ PARCIAL/ MS DIREITO

sequelas: :25% DE 70% = 17,5%

**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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10547190

A/C: ANDRE SANTOS DE CASTRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170102204 ASL-0064966/17

Vítima: ANDRE SANTOS DE CASTRO

Data Acidente: 24/06/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: FATIMA DOS SANTOS COSTA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 23 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10571133

A/C: ANDRE SANTOS DE CASTRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170102204 ASL-0064966/17

Vitima: ANDRE SANTOS DE CASTRO

Data Acidente: 24/06/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: FATIMA DOS SANTOS COSTA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **13/02/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **24/06/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Março de 2017

Carta nº: 10662766

A/C: ANDRE SANTOS DE CASTRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170102204 ASL-0064966/17

Vitima: ANDRE SANTOS DE CASTRO

Data Acidente: 24/06/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: FATIMA DOS SANTOS COSTA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **09/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **24/06/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Abril de 2017

Carta nº: 10799268

A/C: ANDRE SANTOS DE CASTRO

Sinistro: 3170102204 ASL-0064966/17
Vítima: ANDRE SANTOS DE CASTRO
Data Acidente: 24/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FATIMA DOS SANTOS COSTA

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: **ANDRE SANTOS DE CASTRO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000002256-X**

Conta: **000010037562-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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.seguradoralider.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, Andre Santos de Castro
 PORTADOR(A) DO RG Nº 002.188.744 EXPEDIDO POR SSPIRN EM 02/12/14
 CPF 001070162490 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Recusou
 E RENDA MENSAL DE R\$ Recusou NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Andre Santos de Castro. 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 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 POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de 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 imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2256-X Nº da CONTA (com dígito, se existir) 37.562-4

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.

Macaíba RN, 10 de fevereiro de 2017

LOCAL E DATA

Patricia dos Santos Castro

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente 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 INFORMACOES BANCO DO BRASIL
10/02/2017 - Autoatendimento - 14:43:23
483379533 0489

~~COMPROVANTE DE OPERACAO~~
~~POURANCA~~

FAVORECIDO
CLIENTE ANDRE SANTOS DE CASTRO
AGENCIA: 2256-X
CONTA: 37.562-4
VARIACAO 51
VALOR TOTAL * 2.376.296.857
NR. ENVELOPE 2.376.296.857

* Valor sujeito a conferência.

* Dados do Envelope: nº 2.376.296.857.
* acolhido em: 10/02/2017, na Agência 4833-X.

DECLARO ME CIENTE E DE ACORDO QUE OS
CREDITOS EM POURANCA EFETUADOS A PARTIR
DE 04/05/2012 ESTAO DISCIPLINADOS
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012.

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATÉ A OPERACAO
SER PROCESSADA.

PROTOCOLADO
RECEBIDO
13 FEV 2017
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEC



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA-GERAL DE POLÍCIA CIVIL - (DEGEPOL)
DIRETORIA DE POLÍCIA DA GRANDE NATAL - (DPGRAN)

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MACAÍBA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 4.624 /2016-DPM

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de trânsito

LOCAL DO FATO: BR 226 , Mangabeira, Macaíba RN..

DATA E HORA DO FATO: 24/06/2016 às 22:09HS

COMUNICANTE: André Santos de Castro

Filiação: Carlos Carvalho de Castro e de Fatima dos Santos Castro

Documento: 002.188.744 ITP/RN. Profissão: calceiro

Naturalidade: Natal-RN..

Endereço: Rua Alto da Caixa, 70, Mangabeira, Macaíba /RN.

Data de Nascimento: 18/05/1979

Telefone: (84) 98731-1408

VÍTIMA: O comunicante..

Filiação: .

Documento: .

Profissão: .

Endereço: .

Nascimento: .

Telefone: (84) .

PROTOCOLADO
RECEBIDO
13 FEV 2017
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEC

Acusado(a) :

Endereço: .

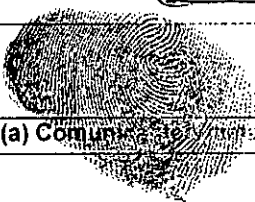
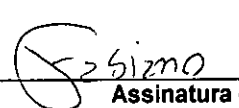
Ponto de referência: .

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

A vítima compareceu a esta delegacia de polícia para relatar que caminhava sobre a pista de rolamento, quando tentou passar para o outro lado da via, foi colhido por um veículo tipo motocicleta, de cor e placa não anotada. Que ficou desacordado, sendo socorrido ao pronto socorro Clóvis Sarinho por uma viatura da polícia militar, onde permaneceu internado por 38 dias, passando por cirurgia no hospital Memorial. Nada mais disse.

OBS: O(a) comunicante é inteiramente responsável pelas informações prestadas neste Boletim de ocorrência.

Macaíba /RN, 04 de Outubro de 2016.

	
Assinatura do(a) Comunicante	Assinatura e Matrícula do Policial

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, André Santos de Castro portador da carteira de
identidade nº 002.188.744 e inscrito no CPF/MF sob o nº 012.701.624-46
residente e domiciliado na Rua Alto da Caixa
Cidade macaíba Estado RN, 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 discorde do seu
conteúdo.

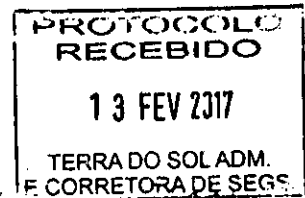


macaíba/RN 10/02/17

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Patina dos santos castro

Local e data



ATO DECCARÁTORIO

http://10.19.104.28/Internacoes/Boletins/Imprimir/187838



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA CIRURGIA GERAL

PACIENTE	ANDRE SANTOS DE CASTRO		
DATA DE ENTRADA	24/06/2016	HORA	22:09
		Nº BAA	187838
IDADE	37	SEXO	M
CARTÃO SUS	ESTADO CIVIL	ETNIA	Pardo
CPF	012.701.624-46	RG	2.188.744
NOME DA MÃE	FATIMA DOS SANTOS CASTRO		
NOME DO PAI	CARLOS CARVALHO DE CASTRO		
NASCIMENTO	18/05/1979	NATURALIDADE	-
TELEFONE	(84) 8712-4122	PROFISSÃO	Calceteiro
RUA/AV.	RUA ALTO DA CAIXA	Nº	01 B
COMPLEMENTO	-	BAIRRO	MANGABEIRA
CEP	59280-000	CIDADE	Macaíba-RN
ORIGEM	Polícia	MOTIVO	Atropelamento / Por Moto
ACID. DE TRABALHO	Não	USUÁRIO	Macedo



HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente vítima de atropelamento, apresenta lesão em ombro direito e fratura em M3. Refere dor abdominal e torácica.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	VA permeável, sem cervicalgia
B	MV+, simétrica, tórax expandido
C	Rcr, 2T, BNF.
D	Glasgow 15
E	Lesão corte-contusão em ombro D, Fratura em M3

OUTRAS OBSERVAÇÕES Excoriações em rosto.
ABD: Plano, flácido, dor à palpação.

TOMOGRAFIA

Realizado em: 25/06/16
Técnico: [Assinatura]

ULTRASSONOGRAFIA

Realizado em: 25/06/16 22:30
Téc. Ent.: [Assinatura]

FILMOGRÁFICA	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL
1					
2					
3					
4					
5					

DIAGNÓSTICO INICIAL

Poli-traumatizado

CID

00:06

24/06/16

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

ATO DE CEARA TORCÔ
NR 00:30

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAMNESE <u>Atropelamento</u>	
EXAME FÍSICO <u>Glasgow 14 sem déficits</u>	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA <u>TCE</u>	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)**** <u>TC crânio / cervical →</u>	LABORATÓRIO <u>FRATURA LINEAR TEMPORAL DIREITA + EDO. COMISSAS</u> OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) <u>Observação neurológica</u> <u>• LIBERADO PARA PROCEDIMENTOS DA C. GERAL</u> <u>• TC DE CONTROLE EM 8h.</u>	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM <u>OROTÓDIA</u> <u>De Bruno Gois</u> <u>Neurocirurgião</u> <u>CRM 102.823</u>
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <u>C. G. Geral</u>	DATA: <u>25/06/16</u> HORA: <u>02:30</u>
SAÍDA: DATA: / /	HISTÓCULO RECEBIDO
Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:	<u>13 FFV 2317</u>
ÓBITO: DATA: / / HORA:	TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEG.
Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐	☐

Dr. Isaac Oliveira
MR. Cl. Oncológica
CRM 8024

Médico (Carimbo)

CONFERE COM ORIGINAL
25/06/16
NAT. Nº. 118
SANK
ASSINATURA

Destacar nessa folha e entregar ao paciente após a sua liberação

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. ☐	



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

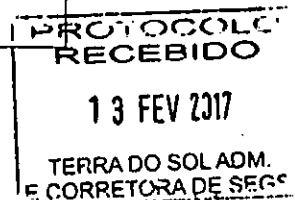
Eu, Andre Santos de castro

RG nº 002.188.744, data de expedição 02/12/14, Órgão SSP/RN

CPF nº 012.701.624/46 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>Rua alto da caixa</u>
Número	<u>70</u>
Apto / Complemento	<u>Px do Posto de Saude</u>
Bairro	<u>Mangabeira</u>
Cidade	<u>macaíba</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59280-000</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 98731-1408</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.



Local e Data: macaíba/RN 10/02/17

Assinatura do Declarante: Andre Santos de castro



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Marmoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
FATIMA DOS SANTOS COSTA

CPF: 378 938 624-68

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL: 000111585
SÉRIE: ÚNICA
EMISSÃO: 03/01/2017
APRESENTAÇÃO: 03/01/2017
Nº DO CLIENTE: 3000668012
Nº DA INSTALAÇÃO: 424881

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ALTO DA CAIXA 70 PX AO POSTO
DE SAÚDE

MANGABEIRA/MANGABEIRA
MACAIBA RN
59280-000

CONTA CONTRATO: 0853106747
MÊS/ANO: 01/2017
DATA DE VENCIMENTO: 10/01/2017
DATA PRÓXIMA PROXIMA LETURA: 02/02/2017
TOTAL A PAGAR (R\$): 66,48

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	109,0000000	0,53914084	58,76
Contribuição Iluminação Pública			6,62
Multa por atraso-NF 000099591 - 03/11/16			0,72
Juros por atraso-NF 000099591 - 03/11/16			0,38

TOTAL DA FATURA		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL	
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL
10668842	Cal	02-12-2016 12 362,00	03-01-2017 12 501,00
			32
			1,00000
			109,00

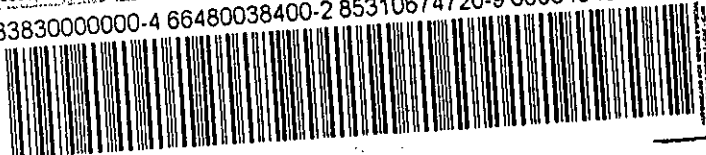
HISTÓRICO DE CONSUMO		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
MÊS/ANO	CONSUMO (KWH)	RS	%
JAN 17	109	22,04	37,50
FEV 16	73	1,15	1,94
NOV 16	87	13,94	23,78
OUT 16	77	7,05	12,00
SET 16	83	14,54	24,78
AGO 16	84	58,76	100
JUL 16	75		
JUN 16	100		
MAY 16	121		
ABR 16	145		
MAR 16	127		
FEB 16	118		
JAN 16	95		

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
O pagamento desta Nota Fiscal deve ser feito somente em espécie, na data de emissão e validade em vigor a Valor Mensal. Não há possibilidade de parcelamento em prazo para a comunidade individual ou do valor de tarifa de iluminação pública. O cliente é responsável por manter a conexão elétrica em conformidade com as normas técnicas. Em caso de suspensão de fornecimento, o cliente deverá pagar a multa por atraso de 2 dias de tarifa, podendo também ser cobrado o custo de reconexão, caso não seja pago em prazo estabelecido.

ATENÇÃO: COSERN NÃO SE RESPONSABILIZA POR ERROS DE CÁLCULO DE TARIFAS.

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA (KWH) DE ENERGIA ELÉTRICA			VALOR		
Valor	Descrição	Valor	Valor	Descrição	Valor
120,00	Consumo	41,81			
Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer a inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com consequente negativação nacional. Esta comunidade não possui o envio de débitos anteriores, bem como não são enviados débitos em atraso, não sendo possível a suspensão de fornecimento de energia elétrica após o fim do processo.					
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES			NÍVEL DE TENSÃO		
CONSUMO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)
MACAIBA	nov/2016	11,0	22,00	44,00	220
DIC		0,04	7,74	15,48	207
JAN		0,04	7,74	15,48	231
FEB		0,00	0,00	0,00	
MAR		0,00	0,00	0,00	

CONTA CONTRATO: 0853106747
MÊS/ANO: 01/2017
DATA DE VENCIMENTO: 10/01/2017
TOTAL A PAGAR (R\$): 66,48
83830000000-4 66480038400-2 85310674720-9 00684346503-3



PROTÓTIPO RECEBIDO
13 FEV 2017
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEC



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Marmoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.374.198/0001-81 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
FATIMA DOS SANTOS COSTA

CPF: 378 938 824-88

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ALTO DA CAIXA 70 PX AO POSTO
DE SAUDE

MANGABEIRA/MANGABEIRA
MACAIBA RN
59280-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0853108747	01/2017
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
10/01/2017	02/02/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	66,48

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
000111586	UNICA	03/01/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
03/01/2017	3000668012	424881

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

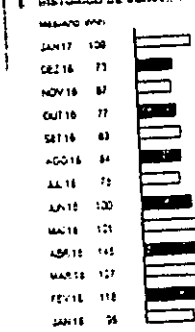
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Advto (kWh)	109,0000000	0,53914084	58,76
Contribuição Iluminação Pública			8,82
Multa por atraso-NF 000036591 - 03/11/16			0,72
Juros por atraso-NF 000036591 - 03/11/16			0,38

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
424881	CAI	02-12-2016	12	34225	03-01-2017	12	36134	37	1,0000		109,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	50,76	10,00
PIS	50,76	1,10
COFINS	50,76	2,71

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$	CONSUMO (kWh)
Correção de Energia	22,54
Transmissão	1,16
Distribuição (Cosern)	13,38
Energia Especial	7,03
Taxas	14,56
Total	58,76

RESERVADO AO FISCO

00055568345977ECPSF5BA4A683C767

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal representa o pagamento da energia elétrica consumida no mês de emissão e não a fatura de energia elétrica. O valor da fatura de energia elétrica é determinado pela Companhia Energética do Rio Grande do Norte (Cosern) com base no consumo registrado no medidor de energia elétrica. O valor da fatura de energia elétrica é determinado pela Companhia Energética do Rio Grande do Norte (Cosern) com base no consumo registrado no medidor de energia elétrica. O valor da fatura de energia elétrica é determinado pela Companhia Energética do Rio Grande do Norte (Cosern) com base no consumo registrado no medidor de energia elétrica.

ATENÇÃO! COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Valor	Descrição	Valor	Descrição	Valor
12/01/16	CONTA 7	41,81		

Em caso de não pagamento do boleto, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, sem qualquer aviso prévio. Este comunicado não substitui o aviso de corte de energia enviado pela Cosern. O valor da fatura de energia elétrica é determinado pela Companhia Energética do Rio Grande do Norte (Cosern) com base no consumo registrado no medidor de energia elétrica.

CONSUMO	VALOR ANUAL	LIMITE ANUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE SEMESTRAL
MACAIBA	109,00	11,0	22,00	44,00
PIC	0,00	7,74	15,48	30,96
DMC	0,00	5,50	0,00	0,00

Limite (R\$) 16,60 USD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 20,16

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
0853108747	01/2017	10/01/2017	66,48



PROTÓTIPO RECEBIDO

13 FEV 2017

TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS



ANEXO II

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 suspeitadas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

RECEBIDO
13 FEV 2017
TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEG.
portador(a) do

Pelo exposto, eu FATIMA DOS SANTOS CASTRO
RG nº 984.108, expedido por ITEP, em
04/11/1986, CPF/CNPJ nº 378.938.824-68

Na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) ANDRÉ
SANTOS DE CASTRO do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ
da vítima ANDRÉ SANTOS DE CASTRO, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECURSO Renda Mensal: R\$ RECURSO

Documentos comprobatórios: RECURSO

Fatima dos Santos Castro
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE ANDRE SANTOS DE CASTRO

DATA DE 24/06/2016 HORA 22:09 Nº BAA 187838

ENTRADA

IDADE 37 SEXO M ETNIA Pardo
CARTÃO SUS - ESTADO CIVIL Solteiro(a)

CPF 012.701.624-46 RG 2.188.744

NOME DA MÃE FATIMA DOS SANTOS CASTRO

NOME DO PAI CARLOS CARVALHO DE CASTRO

NASCIMENTO 18/05/1979

TELEFONE (84) 8712-4122

RUA/AV. RUA ALTO DA CAIXA Nº 01 B

COMPLEMENTO -

CEP 59280-000

ORIGEM Polícia

ACID. DE TRABALHO Não

MOTIVO Atropelamento / Por Moto

USUÁRIO Macedo

DOCUMENTO 4 *T4%



HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente vítima de atropelamento, apresenta lesão em ombro direito e fratura em MSD. Refere dor abdominal e torácica.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A VA perior, sem cervicalgia

B MVQ, simétrico, tórax estável

C ACR, 2T, BNF

D Glasgow 15

E Lesão corte-contusão em ombro D, Fratura em

OUTRAS OBSERVAÇÕES Excoriações em rosto.

ABD: Plano, flácido, dor à palpação.

TOMOGRRAFIA

Realizado em: 24/06/16 Hora: 22:30

Técnico: [Assinatura]

ULTRASSONOGRAFIA

Realizado em: 24/06/16 Hora: 22:30

Téc. Ent.: [Assinatura]

Fi. moço	PRESSÃO	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL
100/60	120/80	0	36.5	18	90	15	1

DIAGNÓSTICO INICIAL

Poli-traumatizado

CID

00:06

24/06/16

O EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO E A AVALIAÇÃO DE TALHADA CRITÉRIOS DO PACIENTE (DA CABEÇA AOS PÉS), VÊJA, NÃO APENAS OLHE; OUÇA, NÃO APENAS ESCUTE; SINTA NÃO APENAS TOQUE.

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS): Nega

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)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

USG - FAST

RX tórax, ombro ① e cotovelo ①, antebraço e punho ① (AP e perfil)
(AP e oblíquo)

LEONARDO COSTA CARTAXO
1º Ten Médico
CRM/RN 6753

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

① 5509 / 2000 L

② ① P / 2020

1 L

+ ABD 1 L

02:30h - USG - 4 L

ABDOMIN: Ao exame: ABD - RUÍDOS

SBH 12/12/2020 - 6/5/2020 K. B. B. B.

EM CONTATO COM

NÃO HAVER SEU DISPONÍVEL NO

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: Ortopedia

HORA:

DATA: 24/06/16

ESPECIALISTA 2: NCR

HORA:

DATA: 24/06/16

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

LEONARDO COSTA CARTAXO
1º Ten Médico
CRM/RN 6753

MÉDICO (CARIMBO)

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

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: <u>NUR 00:30</u>	
ANAMNESE <u>Atropelamento</u>	
EXAME FÍSICO <u>Glasgow 14 sem défices</u>	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA <u>TCE</u>	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)**** <u>TC crânio / cervical →</u>	LABORATÓRIO <u>FRATURA LINEAR TEMPORAL DIREITA + DEFORMAÇÃO</u> OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) <u>Observação Neurocirúrgica</u> <u>Liberado para procedimentos da C. Geral</u> <u>TC de controle em 8h.</u>	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM <u>ORTOPEDIA</u> <u>Dr. Bruno Gois</u> <u>Neurocirurgia</u> <u>CRM 823</u> <u>PROTÓCOLO</u> <u>RECURSOS</u> Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:	<u>13 FEV 2017</u>
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <u>C. G. Geral</u>	DATA: <u>25/06/16</u>	HORA: <u>02:30</u>
SAÍDA:	DATA: / /	HORA:
Decisão Médica ☐	À Revelia ☐	Transferido para:
ÓBITO:	DATA: / /	HORA:
Entregue à família	com Atestado ☐	S.V.O. ☐

Dr. Isaac Oliveira
MR Cir. Oncológica
CRM 8034

Médico (Carimbo)

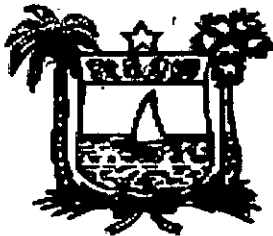
CONFERE COM ORIGINAL

Destacar nessa folha e entregar ao paciente após a sua liberação

Assinatura

DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / /
SAÍDA:	DATA: / /
Decisão Médica ☐	À Revelia ☐
ÓBITO:	DATA: / /
Entregue à família	com Atestado ☐

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



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO DR. CLOVIS SARINHO
SETOR DE ULTRASSONOGRAFIA**

NOME: ANDRE SANTOS DE CASTRO

DATA: 24/06/16

ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOME TOTAL (fast)

- Presença de líquido livre na cavidade abdominal (provável hemoperitônio), com volume estimado em 200ml, localizado, predominantemente, no hipocôndrio esquerdo.

OBS: exame prejudicado devido agitação do paciente.

Laudo segue sem fotos, por problemas na impressora.

Dr. Flávio Henrique F. De M. Andrade
CRM 5444



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PROTOCOLO

7 - CARTÃO NACIONAL / SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASCULINO

1 FEMININO

2

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)

13 - MUNICÍPIO

14 - BAIRRO

15 - UF

16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de atropelamento a percutido dos
em MSD e abdome. USG - líquidos livres peri-esplênicos

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de morte

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

História clínica + USG

PROTÓCOLO
RECEBIDO

13 FEV 2017

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGº

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID INICIAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - LAUDOS ASSOCIADOS

Hemoperitônio +
fratura

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
SOLICITADO

Esplenectomia
+ laparotomia

26 - LEITO / CLÍNICA

Unidade
Gen

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

urgência

28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Daniel C.A. de Medeiros

29 - DT SOLICITAÇÃO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

30 - CNS / CPF

31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

MEDICO
CRM 5208

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

33 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - Nº DO BILHETE

35 - BÔNUS

36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO

37 - CNPJ

38 -

40 -

39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO

41 - CID PRINCIPAL

DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL

42 - CID SECUNDÁRIO

43 - ()

44 - () GRAVE

45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO

50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE
AVALIAÇÃO54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO
HOSPITALAR (AIH)

47 - DT AUTORIZ.

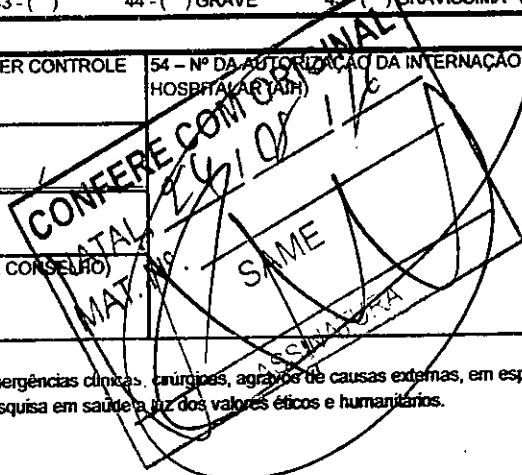
51 - DT AUTORIZ.

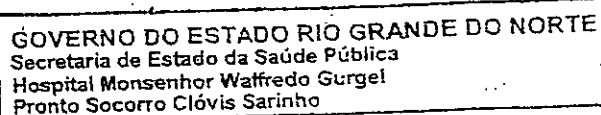
48 - CNS / CPF

52

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)





FICHA DE ACOMPANHAMENTO SOCIAL

Enfermaria: _____ Leito: 452
UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 24 / 06 / 2016
Alto: _____ / _____ / _____

dentificação

Identificação
 Nome: Amoré Santos de Castro Naturalidade: Natal
 Idade: 37 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 18 / 05 / 1979
 CPF: 002.288.744 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: Não alfabetizado
 LAÇÃO: PAI: Carlos Carvalho de Castro
 Mãe: Fátima dos Santos Castro Cidade: Macaíba
 Endereço: Rua Alto da Caixa 01 B Mangabeira
 Telefone: () 987124322 ☐ Residencial ☐ Trabalho ☐ Recado
 Outros telefones: _____
 Parentesco: _____
 Responsável pelo paciente: Fátima
 Endereço do Responsável: _____
986069658

986069658
Nizinho (Re)

98896-4990

Julio (Reca:

Situação Ocupacional do Paciente e Vinculação Previdenciária

Atividade que desenvolve: Trabalha em Pedreira

Trabalha com vínculo empregatício ☐ Sim ☒ Não

Desempregado ☐ Sim ☒ Não Benefício da LOAS ☐ Sim ☒ Não

Composição familiar: Mãe com a Mãe

Forma de Acesso ao Serviço:

Forma de Acesso ao Serviço:

☒) Sozinho - procurou atendimento ☐) Trazido por familiares

☐) Socorrido em via pública

☒) ENCAMINHADO: Hospital de origem: _____

Médico: _____

(X) Trazido pelo SAMU

13 FEB 2017

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS

4. Paciente encontra-se nos requisitos para ter acompanhamento?
 n caso positivo, qual o motivo? _____

☐ Sim

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

gratificante de SUS (atropelamento) ~~MAI.~~ ~~ASSINATURA~~

27/06/16 Anexos: SUS + RG + CPF + Residência

Assessoria Jurídica de Medicina
Assistente Social
CRSS-RN 916



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Nome: André Santos de Castro

Nº Registro: _____

Serviço: Ch. Geral

Idade: _____

Leito: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente de 37 anos, vítima de atropelamento avaliado com dor abdominal e em mto ombro.

Ao exame: FCR, eufórico, hipocrômico ++14+, hidratado
(05.00) Eufórico

Abdome um pouco doloroso a palpação
Algo desorientado, ECG=14. profundos
R.C.C. em ombro (D)

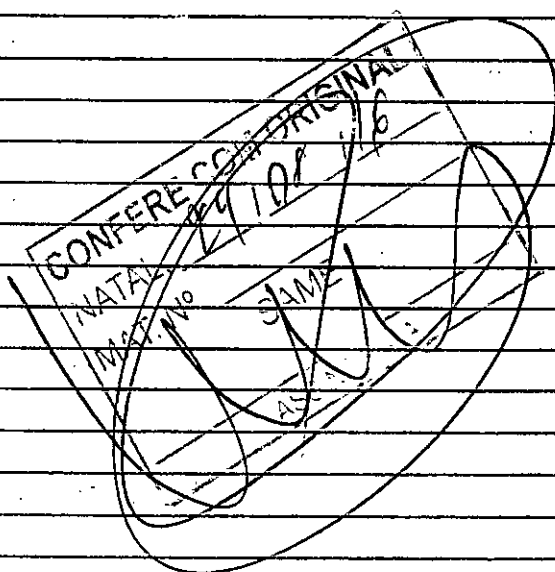
Exames: USG Abdome: líquido livre em H.F.

RX: fratura de rádio e ulna, clavícula
e escápula (articulação escápulo-umeral).

* Foi avaliado pela NCR, apresentando fratura
crânio + pequenas contusões de cabeça
conservados.

(CD) Laparotomia exploradora - Hospital sem
condições para tratamento conservador.
(superlotado, com dificuldades de sala de cirurgia)

Daniel C. A. de Medeiros
MÉDICO
CRM 5298





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

EVOLUÇÃO
MULTIDISCIPLINAR

Nome: André Santos de Castro

Leito:

Idade:

Nº Registro:

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

25.6.16

Cir. Geral

5:00

Paciente com indicação cirúrgica, aguardando sala de cirurgia.

25/06

Note Operatória

Realizado L.E. que evidenciou mollicidade da parede da bexiga em revólver, porém não visualizado lóculo de órgão sólido ou cisto, estruturas intra-cavitárias.

Dr. João Martins de Mesquita Jr.
MB de Cirurgia Geral
CRM/RN - 8123

26/06

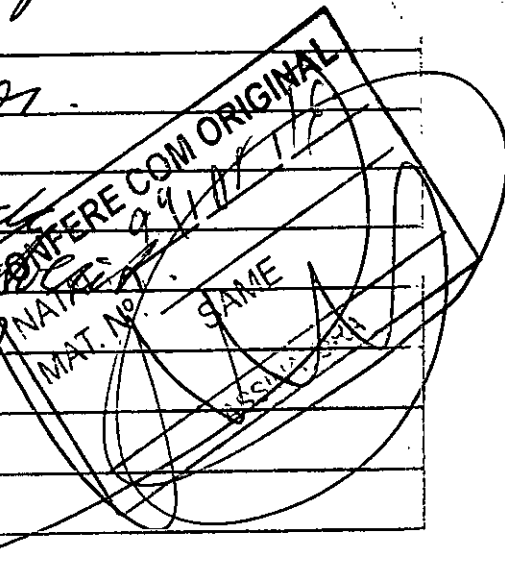
Cirurgia Geral

S: DPO - L.E. (Lunopneumonia).

Paciente estável FC-82, pulmões perfundidos amplamente. Chius. GI febre nos últimos 24h. BCT, supine, avaria, a paravertebral e de fr. Balanço positivo e melhora.

Dr. João Martins de Mesquita Jr.
MB de Cirurgia Geral
CRM/RN - 8123

CD: Diete branca
Aol. Lunopneumonia
Rebras 500





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

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Amchei Santos da Costa Idade: _____ Nº Reg.: _____
Serviço: Otorrinolaringologia / C. Geral Enf: _____ Leito: 452

AO SERVIÇO: _____

MOTIVO DA CONSULTA: - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

Ver possibilidade de Ratinar pontos (Laserotomia)

Dr. Edson Ney Pinheiro Borges
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 3421 - TEOT 6434
CPF 429.868.114-53

Natal/RN, 13 de 07 de 16

Médico que solicita o parecer

PARECER: Paciente submetido a LEM no dia 25 de junho do ano
corrente, que não apresentou sinais de infecção nem de
lesões estruturais ("branca"). Sem queixas de dor nem
de prurido; cicatriz cirúrgica em bom aspecto, limpa, seca e
sem sinais flogísticos.
Ed: retirar pontos de sutura

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL
MAY No. 10516
SANE
ASSINATURA
Dr. Edson Ney Pinheiro Borges
MÉDICO
CRM/RN-8258

Natal/RN, 13 de Julho de 16



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

ma caixa / RU

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Andre Santos de Castro

DATA DE NASCIMENTO: 08.05.1979 IDADE: 37 anos

RÉGISTRO: 111.8453

DATA DE ADMISSÃO: 26.06.16 HORA: 08:30

ADMISSÃO DO PACIENTE: Gravida

CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Gravida

HIDRATAÇÃO: SIM (X) NÃO () VIA: PERIFÉRICO: (X) ACESSO CENTRAL: ()

NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE (X) ORIENTADO (X) VIGIL () AGITADO ()

INCONSCIENTE: ()

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR (X) GRAVE ()

SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()

ALÉRGICO: SIM () NÃO () HIPERTENSO: SIM () NÃO ()

DIABÉTICO: SIM () NÃO () ASMÁTICO: SIM () NÃO ()

DOENÇA RENAL: SIM () NÃO () OUTRAS PATOLOGIAS:

MEDICAÇÕES EM USO:

CIRURGIAS ANTERIORES:

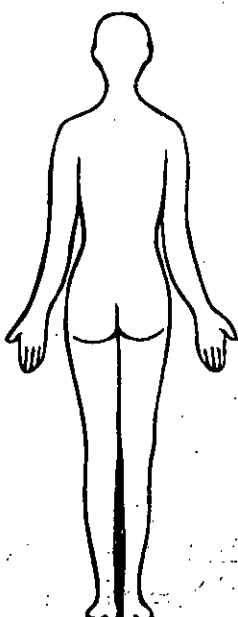
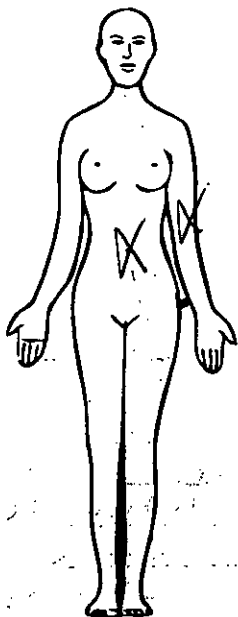
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()

OBSERVAÇÃO:

ÁREA DE TRICOTOMIA: região perianal HORA:

ÁREA DE PUNÇÃO: HORA:

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



PA In: 130 x 100
FC: 105
SpO2: 97%
PA TRANS-Operatório
FC 123 bpm
SpO2: 99
106 x 56 mmHg
PA Final

INSTRUMENTADO: Talová JALECO Nº: ACESSO CENTRAL:

CIRCULANTE: Talová

TIPO DE ANESTESIA: GERAL (X) RAQUI () PERIDUAL () B.P.B. () LOCAL ()

OBS: 70% F.S

ANESTESISTA: Sra Ana Karolina

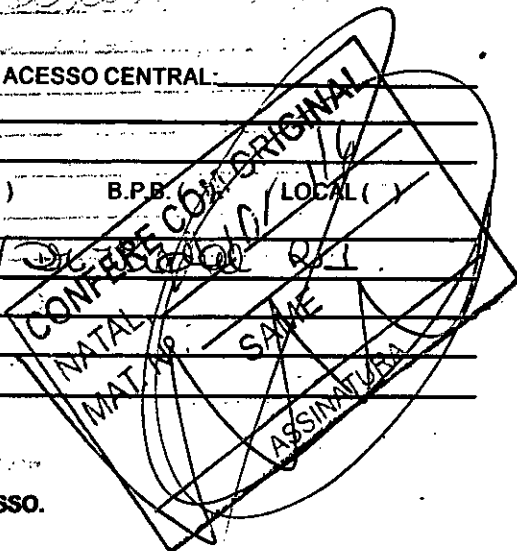
INÍCIO DE ANESTESIA: 0820

TÉRMINO DE ANESTESIA:

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: 02 g de Kefazol

HORA: 08:30h

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



INICIO DE CIRURGIA:

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

TIPO DE CIRURGIA:

TÉRMINO DE CIRURGIA:

SONDAGEM VESICAL: SIM (X) NÃO ()

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X)

EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO ()

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (X)

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (X)

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (X)

MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO ()

FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO (X)

DESPREZANDO NO LIXO: SIM () NÃO ()

COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM (X) NÃO ()

GAZES CONFERIDAS: SIM () NÃO ()

CAIXA CIRÚRGICA: Laparotomia + Básica

COMPLETA: SIM () NÃO ()

ÓBITO: SIM () NÃO ()

RESPONSÁVEL PELA RCP:

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO () UTI () ALTA ()

EM AR AMBIENTE: SIM () NÃO ()

ENTUBADO: SIM () NÃO ()

PREENCHIDO AIH: SIM (X) NÃO ()

FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (X) NÃO ()

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (X) NÃO ()

OBSERVAÇÕES:

08:10 - Pte com na SO p/ tu curvado,

no mitovizado, intubado com TOT 75 por Dr.

Catavina. Realizado Laparotomia + SVS por Dr.

Ag. de, deger. Maciço da região operatória

+ Anticóagulação. Retirados campos dando

umid. ao procedimento. Colocado placa de bisturi

elétrico + ele em particular esquerda. - Retiram

Termo da 1ª cirurgia, dando continuidade

com ortopedia a 2 etapa da cirurgia:

realizado fratura anelada, pte anterior

intubado, com SVS e SSV

com 332124

Enf. Cláudio

Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Tec. Tânia

Assinatura do Circulante

Tec. Valéria

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**BOLETIM
OPERATÓRIO****IDENTIFICAÇÃO**

Nome: André Santos de Castro

Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório:

Fratura exposta antebraço (D)

Indicação terapêutica:

Lamproza Cirúrgica

Urgência ()

Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 25/6/16

Início:

Término:

Duração:

Operador:

Dr. Klidson

CRM/CRO:

1º Auxiliar:

Dr. Michel

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

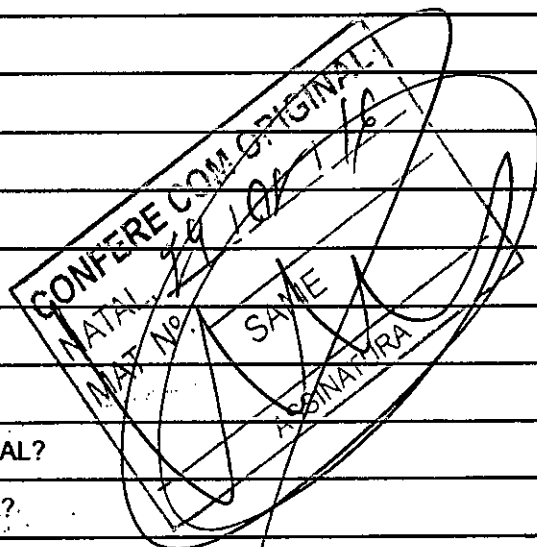
Anestesista:

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Paciente em decúbito dorsal, sob anestesia, vigorosa e antisséptica, exposição de campos estéril, em campo de acesso por pleura, lamproza cirúrgica com 2,31 de comprimento, perfuração cirúrgica, todo o local foi lavado com solução de água oxigenada.

DR. JOSE FREDERICO DE ARAÚJO
Ortopedista e Traumatologista
CRM 4423 TEOT 10151



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

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

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**BOLETIM
OPERATÓRIO****IDENTIFICAÇÃO**Nome: *André Santos de Castro* Reg. NºDiagnóstico pré-operatório: *Trauma abdominal fechado*Indicação terapêutica: *Laparotomia exploradora* Urgência ☒ Eletiva ()**INTERVENÇÃO**Data: *25/06/16* Início: *9:12* Término: *9:50* Duração:Operador: *Dr. Heq. Nalco* CRM/CRO:1º Auxiliar: *22 Mesquita Jr.* CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador: *Valinda*Anestesista: *Dr. Rêver* CRM/CRO:**RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO**

- 1) Paciente em decúbito dorsal, sob anestesia geral.
- 2) Antepsia de parede abdominal + colocação de campos cirúrgicos.
- 3) Incisão mediana, por planos, aticó-vidé abdominal.
- 4) Achados: moderada quantidade de sangue em cavidade abdominal.
- 5) Exponção e visualização de bexiga sem evidências de lesão, sem como fígado, intestino delgado, colon.
- 6) Transverso, sigmoide e reto intra peritôneo, parede anterior e posterior do estômago (retrocaecidade) grande ~~anexo~~ (omento).
- 7) Realizada lavagem de cavidade com SF99% e clo- e clo, contendo sangues; revisão de hemostase.
- 8) Fechamento por planos:aponuro e via zero e pelo nylon 3.0 PDS II.

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

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

NOME *Imeldalinda de Castro* LEITO: *152*

REGISTRO _____ D. NASCIMENTO *1* / *1* / _____

DATA *26/06/16* PRESCRIÇÃO _____



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

PRESCRIÇÃO
MÉDICA

HORÁRIO / ASSINATURA

1	<i>① Dose 100 mmole</i>	<i>E</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>✓</i>										
2	<i>② N/A ES-150mg, eu p/ 24h</i>														
3	<i>③ Glabotina 45, eu 6/6h</i>	<i>OK</i>	<i>12</i>	<i>18</i>	<i>24</i>										
4	<i>④ Unimergol 40mg, eu 24/24h</i>	<i>OK</i>													
5	<i>⑤ Atenolol 50mg + 100mg, eu 24/24h</i>	<i>14</i>	<i>22</i>	<i>OK</i>											
6	<i>⑥ Imaprol 100mg + 100mg 570mg eu 6/6h 5/1h</i>	<i>SN</i>													
7	<i>⑦ Diploana 0,1mg + 100mg 12 eu 6/6h 11h</i>	<i>SN</i>													
8	<i>⑧ Ketalar 50(1)</i>		<i>RESICANDO</i>	<i>NS</i>	<i>17:00</i>										
9	<i>⑨ CECOC, 33000 6/6h</i>														
10															
11															
12															
13															
14															
15															

[Signature]
Médico de Clínica Geral
CRM/RN - 8123

[Signature]
CONFERE COM ORIGINAL
S.A.M.E.
ASSINATURA

TURNO	ABERT.	OLHOS	RESP. MOTORA	RESP. VERBAL	PONTOS 3 - 15	PUPILAS						
						TAMI	SIMETRIA	REACÇÃO A LUZ				
M						ABERTURA ESPONTÂNEA	4	CONVERSA ORIENTADO	5	OBERDECE ORDEM VERBAL	6	
T						ORDEN VERBAL	3	CONVERSA DESORIENTADO	4	LOCALIZA A DOR	5	
N						DOR	2	LINGUAGEM INADEQUADO	3	FLEXÃO A DOR	4	
						SEM RESPOSTA	1	SONS ININTELIGÍVEIS	2	DESCORTICADA	3	
								SEM RESPOSTA	1	DESCREBRADO	2	
										SEM RESPOSTA A DOR	1	

PROCEDIMENTOS				EXAMES REALIZADOS		EXAMES REALIZADOS		CONTROLES		ANTIMICROBIANOS	
	DIAS	DIAS									DIAS
INVASIVOS			RAIOS X		ANGIOGRAFIA		TROCA DE SV				
INTRACATH			PUNÇÃO LOMBAR		EDA		TROCA DE SNG				
VEIA PERIF.			ULTRASSONOGRAFIA		LABORATORIAIS		TROCA DE EQUIPO				
DRENQ TORÁCICO					GASOMETRIA		TROCA DE FRASCO ASP.				
SNG / SNE							TROCA DE CIRC. RESP.				
MARCA PASSO PROV.			TC				TROCA DE LÁTEX				

MANHÄ

TARDE

MANHÃ

NOTE

Presiente hijerogado jeito preiente. consiente de
consente do adome. pome mudo. medicao
nada. feio e pome. limpo. grande
com sono. - vel grande

- Paciente "Cavaleiro" (Ouro)
Ouro. entrada. segue. med.
fado na. horta. dos. em
dados da. equipe. - No. e. e. e.

~~108~~

100%

M. J. Overwood

~~Clicio Pechito Maderal~~
~~EXPEDIENTE~~
~~COREN RN 69-210~~



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

Nome: André Santos de Castro

Registro: _____

Diagnóstico: _____

Dias de Internação: _____

Idade: _____

Leito: 452

Data: 31/07/2016

CONTROLE HÍDRICO

CONTROLE HÍDRICO										CUIDADOS ESPECIAIS									
SINAIS VITAIS					LÍQUIDO INFUNDIDO					LÍQUIDO ELIMINADO					BALANÇO PARCIAL:				
HORA	TA	FR	FC	TEMP	P.V.C.	SAT O2	ORAL	SANG SUE	SORO	MAED	SANG DERM.	BOMBA INF.	DIURÉTIC	FEZES	SUOC GAST.	DIARÉIA	VÔMITO	HGT	Nebul.
SUB-TOTAL																			
7:00																			
8:00																			
9:00																			
10:00																			
11:00																			
12:00																			
13:00																			
14:00																			
15:00																			
16:00																			
17:00																			
18:00																			
19:00																			
20:00																			
21:00																			
22:00																			
23:00																			
24:00																			
01:00																			
02:00																			
03:00																			
04:00																			
05:00																			
06:00																			
SUB-TOTAL															BALANÇO PARCIAL:				
															BALANÇO TOTAL				
OBS.:																			

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

Hospital Memorial de Natal

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

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

hmemorial@veloxmail.com.br

D L

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 01/08/2016 10:39

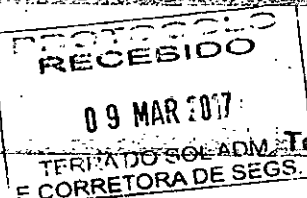
Dados do PacientePaciente: **ANDRE SANTOS DE CASTRO**Registro: **115765**Num. RG: **002188744**CPF: **012.701.624-46** Nascimento: **18/05/1979** 37 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**Endereço: **ALTO DA CAIXA**N.: **70**Bairro: **MANGABEIRA**Cidade: **MACAIBA**UF: **RN**CEP: **59280000**Fone: **84987311408**Profissão: **PEDREIRO**Mãe: **FATIMA DOS SANTOS CASTRO****Dados do Internamento**Num. Internamento: **1**Entrada: **01/08/2016 10:38** Previsão saída: **02/08/2016 11:00** Atendente: **MRECEPCAO**Convênio: **SUS ESTADUAL**Matrícula/CNS: **898003034588129**Médico: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**CRM: **5500****LEITO RESERVA 08****Dados do Responsável**

Responsável:

Parentesco:

CPF:

RG:

**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.

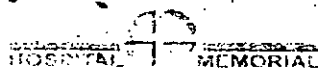
Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora esta autorizada a emitir as respectivas duplicatas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

Assinatura: [☒] Paciente [☐] Responsável

X

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Enf. *[assinatura]*

Observações**PACIENTE CO AIH, LAUDO DO SUS, AUTORIZACAO, DUAS FOLHAS DE RX.**



Hospital Memorial de Natal

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

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

hmemorial@qualvivo.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 01/08/2016 10:39

Dados do Paciente

Paciente: **ANDRE SANTOS DE CASTRO**

Registro: **115765**

Num. RG: **002188744**

CPF: **012.701.624-46**

Nascimento: **18/05/1979**

37 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **ALTO DA CAIXA**

N.: **70**

Bairro: **MANGABEIRA**

Cidade: **MACAIBA**

UF: **RN**

CEP: **59280000**

Fone: **84987311408**

Profissão: **PEDREIRO**

Mãe: **FATIMA DOS SANTOS CASTRO**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1**

Entrada: **01/08/2016 10:38** Previsão saída: **02/08/2016 11:00** Atendente: **MRECEPCAO**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matrícula/CNS: **898003034588129**

Médico: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**

CRM: **5500**

LEITO RESERVA 08

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

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

Dóc. Apresentado: _____ Diagnostico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatorio sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratorios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinario e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

PROTÓCOLO
RECEBIDO

09 MAR 2017

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal/RN
Confere com original
Em _____

Dados do PacientePaciente: **ANDRE SANTOS DE CASTRO**Registro: **115765**Num. RG: **002188744** CPF: **012.701.624-46** Nascimento: **18/05/1979** 37 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**Endereço: **ALTO DA CAIXA**N.: **70**Bairro: **MANGABEIRA**Cidade: **MACAIBA**UF: **RN**CEP: **59280000**Fone: **84987311408**Profissão: **PEDREIRO**Mãe: **FATIMA DOS SANTOS CASTRO****Dados do Internamento**Num. Internamento: **1**Entrada: **01/08/2016 10:38** Previsão saída: **02/08/2016 11:00** Atendente: **MRECEPCAO**Convênio: **SUS ESTADUAL**Matrícula/CNS: **898003034588129**Médico: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**CRM: **5500****LEITO RESERVA 08****Dados do Responsável**

Responsável:

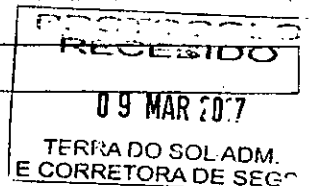
CPF:

RG:

Parentesco:

**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO
PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS**

1. - Autorizo o(a) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: S8304 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS
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 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 pacienteAssinatura: [☒] 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

NIR

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE				LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AII	
Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, Pronto Socorro Clóvis Sarinho					
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR					
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO					
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel			2 - CNES		
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE			4 - CNES		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
5 - NOME DO PACIENTE Amelvie Santos da Costa			6 - Nº DO PROTOCOLO		
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS 898 0030 3458 8129		8 - DATA DE NASCIMENTO 18-05-1979		9 - SEXO 1	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Fatima dos Santos Costa			11 - TELEFONE DE CONTATO 98712 3122		
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) Rua Alto do Coque no 13			13 - CEP 5928000		
13 - MUNICÍPIO Macaíba		14 - BAIRRO Noroeste		15 - UF RN	
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Secundário com fratura					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Fratura do antebraço					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) R X					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura		21 - CID INICIAL S52		22 - CID SECUNDÁRIO	
23 - LAUDOS ASSOCIADOS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento cirúrgico		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408020423		26 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. Kleudson Bastos	
27 - DATA DE NASCIMENTO		28 - SEXO		29 - DT SOLICITAÇÃO 27/07/16	
30 - CNES / CPF 09901691/TEOT-10660		31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		33 - CNPJ DA SEGURADORA		34 - Nº DO BILHETE	
35 - BÔNUS		36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO		37 - CNPJ	
38 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		39 - CID PRINCIPAL		40 - CID SECUNDÁRIO	
41 - CID PRINCIPAL		42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ()	
44 - ()		45 - ()			
AUTORIZAÇÃO					
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO		47 - DT AUTORIZ.		48 - CNS / CPF	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO		51 - DT AUTORIZ.	
52		53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

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

CONSULTAS->AIH GERADA

Código 173643331

N. AIH 241610055184-3

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 29.07.2016 - 08:46:56
Data de Autorização 29/07/2016 - 08:51:49
Data de Reserva 30.07.2016
Data de Internação 31.07.2016
Data Prevista de Alta 02.08.2016
Data de Alta 01/08/2016 - 09:16:39
Motivo da Alta 1.1 ALTA CURADO

CNES:
2408252
CNES:
2408252
Município
NATAL
Operador 03282959494PPC
Operador 63723034420MARJORIE
Operador 33391521449FRANCISCA
Operador 33391521449FRANCISCA

DADOS DO PACIENTE

CNS
706801264479022
Nome do Paciente
ANDRÉ SANTOS DE CASTRO
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
18/05/1979 (37 anos)
Nome da Mãe:
FATIMA DOS SANTOS CASTRO
Tipo Logradouro:
RUA
Número:
70
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(84) 3271-6550 (Exibir Lista Detalhada)
Nome do Responsável

Nome Social/Apelido:

Raça:
SEM INFORMACAO
Tipo Sanguíneo:

Naturalidade:
NATAL - RN

Logradouro:
ALTO DA CAIXA
Bairro:
MANGABEIRA
Município de Residência:
MACAIBA
Complemento:

CEP:
59280000
UF:
RN

Telefone do Responsável

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
19561917807
CPF do Médico Executante:
19561917807
Diagnóstico Inicial - CID:
OUTRAS PARTES DO ANTEBRACO - S528
Classificação de Risco
AMARELO - urgência; atendimento o mais rápido possível.
Caráter
11 - Urgência
Clínica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Nome do Médico Solicitante: HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
Status da Solicitação: APROVADO
Nome do Médico Executante: HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRACO (C/ SINTESE)

Clínica Complementar:
Nenhuma
Código:
0408020423

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
PACTE COM TRAUMA NO A.T.B.D
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
EXAME FISICO E RX
Condições que Justificam a Internação:
TTO CIRURGICO

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em 16/08/2016
Qualificação

Código 173643331

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:

HOSPITAL MEMORIAL

Município Regulador:

NATAL

Data Desejada:

CNES:

2408252

Unidade Credenciada:

HOSPITAL MEMORIAL

CNES:

2408252

DADOS DO PACIENTE

CNS

706801264479022

Nome do Paciente

ANDRE SANTOS DE CASTRO

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

18/05/1979 (37 anos)

Nome da Mãe:

FATIMA DOS SANTOS CASTRO

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

70

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(84) 3271-6550 (Exibir Lista Detalhada)

Nome do Responsável:

Não Informado

Município Regulador

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

19561917807

Diagnóstico Inicial - CID:

OUTRAS PARTES DO ANTEBRACO - S528

Classificação de Risco

AMARELO - urgência, atendimento o mais rápido possível.

Caráter

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRACO (C/ SINTESE)

LAUDO TÉCNICO E IDENTIFICAÇÃO DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

PACTE COM TRAUMA NO A.T.B D

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FISICO E RX

Condições que Justificam a Internação:

TTO CIRURGICO

Natureza da lesão

Grave

PACIENTE

Situação:

PENDENTE

Motivo de Impedimento do Regulador

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante (examinador)

Nome Social/Apelido:

Raça:

SEM INFORMACAO

Tipo Sanguíneo:

Naturalidade:

NATAL - RN

Logradouro:

Completo

ALTO DA CAIXA

Bairro:

CEP:

MANGABEIRA

59280000

Município de Residência:

UF:

MACAIBA

RN

Telefone do Responsável:

Não Informado

Unidade Desejada:

CNES:

HOSPITAL MEMORIAL

Nome do Médico

Status da

Solicitante:

Solicitação

HELIO RUBENS POLIDO

PENDENTE

GARCIA

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408020423

Operador Solicitante:

03282959494PPC

CRM

Data

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 0791
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em 07/07/2016
Assinado por: [Assinatura]

Reg 115765 NOME: ANDRE SANTOS DE CASTRO APTO:

Cirurgia Realizada:

Tto cirúrgico da fratura viciosamente consolidada ossos longos + Osteotomia ossos longos + Enxerto ósseo

DATA: 01/08/2016 INICIO: HS: MIN: TÉRMINO: HS: MIN:

EQUIPE	NOME	CIC/MF	CRM	CIRURGIA
Cirurgião	Dr Hélio Garcia		5500	Pequena
1 Auxiliar				Média
2 Auxiliar				Grande
Anestesiologista		Dr. Rômulo Santiago Cabral		Múltipla
Instrumentador	ANANDA	Anestesiologista		

Alb:

CPF 023.770.791-53 CRM-6321

1. Paciente em DDH sob bloqueio M Sup D 2. Assepsia e antisepsia 3. Via de acesso dorsal + ulnar antebraço D + divulsão romba 4. Tratamento cirúrgico da fratura viciosamente consolidada dos ossos longos do antebraço D 5. Osteotomia dos ossos longos 6. Enxerto ósseo 7. RX intra-op 8. Limpeza + sutura + curativo + tala gessada

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
MEDICAMENTOS				FIOS				DESCARTÁVEL			
028956	Água Bidestillada 100ml	AMP		050320	Vicryl 4-0 (Violeta)	ENV		068164	Malha Tubular 12cm.	ROL	
000326	Água Bidestillada 10ml	AMP	04	050377	Vicryl 5-0 (Incolor)	ENV		060188	Malha Tubular 15cm.	ROL	
028988	Água Bidestillada 20ml	AMP		050725	Vicryl 6-0	ENV		062783	Máscara Descartável	UND	015
000057	Clorfenicol 1g	AMP		050313	Vicryl 7-0	ENV		060630	Pclifix 2 vias	UND	01
000096	Dacaron 4mg. Inj.	AMP		VEICULOS CAR. ORDENADO FIC.				064794	Podidina Degermante / ml.	ML	100
000713	Glicose 25% 10ml Inj.	AMP		PLACA UNICOR FIC.				064787	Povidina Tópico / ml.	ML	100
004283	Glicose 50% 10ml Inj.	AMP		TALA GESSADA N° 18				065587	Sabão Líquido	ML	100
004703	Hipaque 50%	FRS					01	060733	Sepália Descartável	UND	12
005049	Irurol Pomada 1/4	1/4						063223	Seringa Desc. 01cc c/ Agulha	UND	
015111	Keflin Neutro 1g	OCM						062443	Seringa Desc. 03cc c/ Agulha	UND	
006687	Novastina 2ml Inj.	AMP						062475	Seringa Desc. 05cc c/ Agulha	JND	02
007493	Profenid 100mg. Inj.	AMP						063209	Seringa Desc. 10cc c/ Agulha	UND	02
008829	Solução Ringer c/ Lactato	FRS						063218	Seringa Desc. 20cc c/ Agulha	UND	02
008449	Solução Ringer Simples	FRS		DESCARTÁVEIS				063120	Sonda Uretral 10	UND	
028125	Soro Fisiológico 100ml	FRS		061900	Abborcath-T Plus N° 14	UND		063144	Sonda Uretral 12	UND	
008718	Soro Fisiológico 9% 500ml	FRS	05	061918	Abborcath-T Plus N° 16	UND		063151	Sonda Uretral 14	UND	
008740	Soro Glicosado 5% of 500	TB		061925	Abborcath-T Plus N° 18	UND		063169	Sonda Uretral 16	UND	
009995	Xilocaina 2% c/v	AMP		061932	Abborcath-T Plus N° 20	UND	01	063183	Sonda Uretral 18	UND	
010026	Xilocaina Gelé 2%	BSG		060962	Agulha Descartável 13 x 4,5	UND	01	060550	Sonda Uretral 20	UND	
CETILMISTINA 1g				060392	Agulha Descartável 25 x 7	UND	02	SALVA TESSERENC FAX. (BRANCO)			
SOLAS 500.500				060418	Agulha Descartável 40 x 12	UND	02	TALA GESSADA			
CETILMISTINA 1g				060575	Alcolclatado 0,30%	ML	10	N° 18 1/2			
CETILMISTINA 1g				060582	Atadura Crepon 10cm.	ROL	04	N° 18 1/2			
CETILMISTINA 1g				060630	Atadura Crepon 12cm.	ROL					
CETILMISTINA 1g				060590	Atadura Crepon 15cm.	ROL					
CETILMISTINA 1g				060608	Atadura Crepon 20cm.	ROL					
CETILMISTINA 1g				060701	Atadura Gessada 10cm.	ROL					
CETILMISTINA 1g				060679	Atadura Gessada 12cm.	ROL					
CETILMISTINA 1g				060020	Atadura Ortopédica 10cm.	ROL					
CETILMISTINA 1g				066609	Atadura Ortopédica 15cm.	ROL					
CETILMISTINA 1g				061670	Atadura Ortopédica 15cm.	ROL					
CETILMISTINA 1g				060380	Atadura Ortopédica 20cm.	ROL					
CETILMISTINA 1g				066648	Bandaça Peridural	UND					
CETILMISTINA 1g				061545	Bandaça Raqui	UND					
CETILMISTINA 1g				060948	Butterfly 19g	UND					
CETILMISTINA 1g				060955	Butterfly 21g	UND					
CETILMISTINA 1g				062135	Butterfly 23g	UND					
CETILMISTINA 1g				062142	Butterfly 25g	UND					
CETILMISTINA 1g				061205	Camisola Descartável	UND	01				
CETILMISTINA 1g				061244	Compressa Cirúrgica	UND	05				
CETILMISTINA 1g				061989	Eletrodo Descartável	UND					
CETILMISTINA 1g				066949	Enterofix 500ml	UND					
CETILMISTINA 1g				062024	Espadrado 10 x 45	CM	46				
CETILMISTINA 1g				062031	Éter Sulfúrico / ml.	ML					
CETILMISTINA 1g				062285	Gase 91 x 91	UND	66				
CETILMISTINA 1g				062830	Gase Furacinada	UND					
CETILMISTINA 1g				062364	Gorro Descartável	UND	64				
CETILMISTINA 1g				062103	Intrafix Air IL 2,4 M	UND					
CETILMISTINA 1g				061079	Intrafix Padrão	UND	01				
CETILMISTINA 1g				062253	Lâmina Bisturi N° 11	UND					
CETILMISTINA 1g				062260	Lâmina Bisturi N° 15	UND	01				
CETILMISTINA 1g				063149	Lâmina Bisturi N° 20	UND					
CETILMISTINA 1g				062332	Luva Descartável N° 7,0	PAR					
CETILMISTINA 1g				062640	Luva Descartável N° 7,5	PAR	02				
CETILMISTINA 1g				062429	Luva Descartável N° 8,0	PAR	01				
CETILMISTINA 1g				062411	Malha Tubular 10cm.	ROL					

CIRURGIÃO:

CIRCULANTE:

Dr. Hélio R. P. Garcia
Cirurgião de Mão-Ortopedia
CRM 5500 - RN

W. CAS K.

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lammartine, 0791
Tiroi 59.022-920 Natal / RN
Copiada e autenticada
Em 20/03/2016
Assinado digitalmente
por [Assinatura]

I.S.D.A.

Andre Sertm de Castro

DROGAS:

TÉCNICA ANESTÉSICA:

TÉCNICA ANESTÉSICA: Bloqueio Intercostal e oxiblen D + Sedação IV.

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT.
									MEDICAMENTOS		
000150	Adrenalina	AMP		006816	Narcam	AMP					
028956	Água Bidestilada	AMP		007527	Pirasil 10mg	AMP					
000942	Atropine 25	AMP		007558	Prosigmine	AMP					
002050	Clorato de Potássio	AMP		005282	Ketalar	AMP					
001480	Clorato de Sódio	AMP		003353	Quelicim 100mg	AMP					
018920	Dimerol 2mg	AMP		000040	Queleim 500mg	AMP					
002115	Diprivan	AMP		003543	Rapifem	AMP					
002953	Dolanina	AMP	01	000974	Sevorane	ML					
003060	Domonid 15mg	AMP	21	008449	Sol. Ringer Simples	FRS	02				
017075	Domonid 5mg	AMP		028125	Sol. Fisiológica	FRS					
003071	Efortil	AMP		008740	Sol. Glicosado	FRS					
003511	Fentamil 2ml	AMP	01	008829	Sol. Ringer Lactado	FRS					
003780	Forane	ML		001002	Thionembutal	FRS					
017038	Haliotano	ML		003013	Treacium	AMP					
004895	Hypnomidate	AMP		009727	Valium	AMP					
002487	Inoval	AMP		001475	Xilocaine 1%	AMP					
010588	Lanexel	AMP		009895	Xilocaine 2% p/A	AMP	01				
005887	Marcaine 0.5 p/A	AMP		010026	Xilocaine 2% p/A	AMP					
005894	Marcaine 0.5 p/A	AMP		010033	Xilocaine Pesada	AMP					
010595	Marcaine Pesada	AMP									

Interocorrências

87 INTRE

DESCRIÇÃO

Oxímetro

OK

Cardioscópico

OK

Capnógrafo

DESCRIÇÃO

Oxigênio líquido

Protóxido Líquido

ANOTAÇÕES

17 DSA I, MFT
→ 1. rege also
ger
27 P. 9 par. 10
der am DD, nach
jede empfangen
Kategorie & MSD
rechtlich begründet
in der Wohnstätte
exklusiv, eigene
25 & 1. mal
unionsrechtlich
nach Art. 100
über
37 P. 9 par. 10
nicht möglich, der
ICRO

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamagrine, 2791
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Emp. 1503

Dr. Rodolfo Santiago Escobar
Anestesiologista

INICIO ANESTESIA:

INICIO CIRURGIA:

DATA: 01/08/26

FINAL CIRURGIA:

FINAL ANESTEZIA:

ANESTESIOLOGISTA:

CRM:

CPF 023770794-23 CRM-6321

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital Memorial de Natal

Registro-Internamento: 115765 -1

Leito Nº: LEITO RESERVA 08

Médico CRM - 5500 - HELIO RUBENS POLIDO 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

10.867.687/0001-10 Hospital Memorial de Natal

PACIENTE

115765 -1 - ANDRE SANTOS DE CASTRO

PROCEDIMENTO ANTERIOR

PROCEDIMENTO SOLICITADO

MÉDICO SOLICITANTE

CRM

CPF

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

5500

195.619.178-07

JUSTIFICATIVA

2 PLACAS DCP
12 PARAFUSOS

FRATURA HÁ 7 SEMANAS, JÁ CONSOLIDADA. REALIZADOS:

0408060590 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS
0408060174 OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE
0408040157 ENXERTO ÓSSEO

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

CRM

5500

DATA

01/08/2016 16:53

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR

CRM

DATA

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 115765 IH: 1
Nascimento: 16/05/1979

Paciente: ANDRE SANTOS DE CASTRO
37 anos Internação: 01/08/2016 10:38:30 Leito: ENFERMARIA 103-A

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: BLOQUEIO DO PLEXO BRAQUIAL

Anestesiologista: DR RODRIGO

Tipo: FRATURA DE ANTEBRAÇO

Cirurgião: DR HELIO

Instrumentador: ANTONIA

Circulante: MIGUEL

Tipo curativo: OCCLUSIVO

Tem material para biópsia/cultura: NAO

Inf.sanguínea: NÃO

Monitoração cardíaca: SIM

Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático: CEFALOTINA 2G

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

PACIENTE ADMITIDO EM SALA DE CIRURGIA, CONSCIENTE ORIENTADO EM O2 AMBIENTE VIABILIZANDO HVP DE SF A 0,9
1/2 NO MSE, PUCIONADO COM JELCO DE N 22, ENCAMINHADO AO CRO EM P.O.I E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: limps

RICARDO MIGUEL COSTA DE LIMA
COREN - 1016774

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em, 02/08/2016
Ass: [Assinatura]

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 115765 IH: 1 Paciente: ANDRE SANTOS DE CASTRO
Nascimento: 18/05/1979 37 anos Internação: 01/08/2016 10:38:30

Leito: ENFERMARIA 103-A

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

01/08/2016 17:00:32 COREN - 694147 - ANDRE ARAUJO DE OLIVEIRA

Observações:

PACIENTE ADMITIDO NO C.C. PROVENIENTE DE SUA RESIDENCIA DEAMBULANDO PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE MEMBRO MSD. NEGA HAS FARM. AFIRMA FAZER USO DE MEDICACAO PARA DORMIR TAMBEM NEGA ALEGIA MEDICAMENTOSA. CONSCIENTE E ORIENTADO EM O° AMBIENTE EM JEJUM, SEGUE AOS CUIDADOS.

Doença pré-existente:

Há reserva sanguínea: NÃO

Prótese: NÃO

Joias: NÃO

Membro a lado da cirurgia: MSD

Exame Laboratorial: NÃO

Risco Cirúrgico: NÃO

Raio X: PRÉ:

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo):

Assinatura Responsável

Outros Exames:

SRPA

01/08/2016 17:00:32 COREN - 694147 - ANDRE ARAUJO DE OLIVEIRA

Nível consciência: CONSCIENTE E ORIENTADO

Oxigenoterapia: 02 AMBIENTE

Acesso Venoso: NÃO

Diurese: NÃO

Acianótico: SIM

Palido: NÃO

Sudorese: NÃO

Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO

Raio X de Controle:

Medicação administradas:

Encaminhamento:

PACIENTE EM POI DE FRATURA DE MSD COM JELCO 22 VIA 3 SF 0.9% EN DSE, ANEXO EM SEU PROTOUÁRIO UMA PELÍCULA DE RX DE PRÉ, CONSCIENTE E ORIENTADO SEM INTERCORRENCIA FOI ACOMPANHADO AO LEITO PELO MAQUEIRO E TEC DE ENFERMAGEM, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO.

Assinatura Responsável

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em: 01/08/2016
Assinatura

EVOLUÇÃO ASSISTENTE SOCIAL

Dados do Paciente

Paciente: **ANDRE SANTOS DE CASTRO**

Nascimento: **18/05/1979 37 anos**

Acompanhante:

Registro: **115765** Num. Internação: **1**

Data Internação: **01/08/2016 10:38:30**

Parentesco:

Endereço para Correspondência:

Endereço:

Cidade: **MACAIBA**

Bairro: **MANGABEIRA**

Ocorrência:

SEGUNDO PCT VÍTIMA DE ATROPELAMENTO

Evolução do Prontuário:

☒ - Paciente sem Acompanhante

☒ - Paciente/Acompanhante recebeu(ram) orientações a respeito das Normas Hospitalares.

Observações:

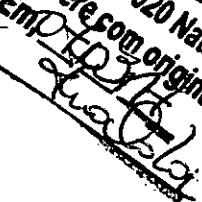
A GENITORA (FATIMA) DO PACIENTE AGUARDA POSIÇÃO SE SERÁ LIBERADO NA RECEPÇÃO DO HOSPITAL

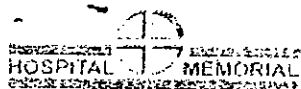
CONDUTA HOSPITALAR

- Não sentar ou deitar na cama do paciente (risco de infecção hospitalar);
- O acompanhante/ou visitante não deve usar roupas impróprias (transparentes, justas, decotes e shorts). Procurar usar roupas confortáveis e adequadas ao espaço público;
- Não trazer ou deixar objetos de valores nas dependências das enfermarias, pois o hospital não se responsabiliza pela perda ou roubo destes;
- Não fumar nas dependências do hospital, haja visto o risco à saúde, medida esta amparada pela Lei Federal 9294/96;
- Não colocar objetos em cima do leito do paciente;
- Não é permitida a entrada de alimentos de fora nas enfermarias para impedir a proliferação de insetos e evitar a infecção hospitalar, a equipe de nutrição planeja uma alimentação adequada ao estado de saúde do paciente;
- Faça silêncio nas enfermarias. A tranquilidade no ambiente hospitalar é importante para a recuperação dos pacientes;
- É necessário lavar as mãos antes de entrar no quarto, antes e após prestar cuidados ao paciente e após o uso do sanitário;
- No caso de dúvidas em relação aos cuidados com o paciente (administração de medicamentos, troca de soro, curativos, etc) procurar a equipe de enfermagem;
- Para evitar riscos à saúde do paciente pedimos aos acompanhantes que permaneçam nas respectivas enfermarias. Portanto, evite circular nas enfermarias bem como saídas do hospital;



LUANA GOMES DE OLIVEIRA
CRAS - 3084

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em 



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: ANDRE SANTOS, DE CASTRO
Convênio: SUS ESTADUAL
Unidade: CENTRO CIRURGICO
Leito: LEITO RESERVA 08
Admissão: 01/08/16 10:38

Idade: 37 anos
Reg.: 115765
Prontuário:

0 dia(s) de internação

Diag.: S528 - Fratura de outras partes do antebraço | Cabeça do cúbito [ulna]

01/08/2016 10:54		Sonc. (Estoque): 116.80237	Horários de Aplicação	
1)	DIEIA LITEL, Ao dia		(SND)	
2)	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.		00:00 18:00	23:00 19:00
3)	DIPERONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.		00:00 18:00	06:00 12:00
4)	CEALOTIA 16 FA Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.		00:00 18:00	06:00 12:00
5)	TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.		22:00	06:00 18:00
6)	CLIMENIDRINATO 60 INJ 10ML (GRAMEN) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.		22:00	10:00
7)	DICLOFENACO SÓDICO 50 MG COM (VO-PAREN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.		22:00	06:00 18:00
8)	RANITIDINA 150MG COM (ANTAX) Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.		22:00	10:00
CONTINUA EVOLUÇÃO CLÍNICA, Ao dia			(ATENÇÃO)	

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartina, 8791
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em, 01/08/16
Ass: [Assinatura]

Hospital Memorial de Natal

Prescrição Médica



Paciente: ANDRE SANTOS DE CASTRO
 Prontuário: Registro: 115765
 Unidade: CENTRO CIRURGICO
 Leito: LEITO RESERVA 08
 Endereço: ALTO DA CAIXA - MANGABEIRA - MACAIBA - RN
 Admissão: 01/08/16 10:38
 Telefone: 84987311408

HOSPITAL MEMORIAL
 Av. Juvenal Lamartine, 200
 Natal - RN
 Tel: 59.022-020
 Contato: 59.022-020
 E-mail: contato@hospitalmemorial.com.br

01/08/2016 16:54	Periódica	Qtd	Controle
1)	DIETA LIVRE, Ao dia		
2)	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.		Mat: 8718
3)	DIPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.		Mat: 11067
4)	CEFALOTINA 1G FA Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.		Mat: 11042
5)	TRAMADOL CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.		Mat: 11139
6)	DIMENIDRINATO B6 INJ 10ML (DRAMIN) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.		Mat: 6943
7)	DICLOFENACO SÓDICO 50 MG COM (VOLTAREN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.		Mat: 12345
8)	RANITIDINA 150MG COM (ANTAK) Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.		Mat: 11329
9)	OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia		
02/08/2016 07:00	Periódica	Qtd	Controle
10)	DIETA LIVRE, Ao dia		
11)	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.		Mat: 8718
12)	DIPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.		Mat: 11067



Hospital Memorial de Natal

Prescrição Médica -

Paciente: ANDRE SANTOS DE CASTRO
Prontuário: Registro: 115765
Endereço: ALTO DA CAIXA - MANGABEIRA - MACAIBA - RN
Unid.: CENTRO CIRURGICO
Leito: LEITO RESERVA 08
Admissão: 01/08/16 10:38
Convênio: SUS ESTADUAL
Telefone: 84987311408

02/08/2016 07:00	Peródica	Qtd	Controle
13)	CEFALOTINA 1G FA Uso: 1 frasco ampol, via endovenosa, 06 em 06 horas.		Mat: 11042
14)	TRAMADOL CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL) Uso: 1 ampol, via endovenosa, 08 em 08 horas.		Mat: 11139
15)	DIMENIDRINATO B6 INJ 10ML (DRAMIN) Uso: 1 ampol, via endovenosa, 12 em 12 horas.		Mat: 6943
16)	DICLOFENACO SÓDICO 50 MG COM (VOLTAREN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.		Mat: 12345
17)	RANITIDINA 150MG COM (ANTAK) Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.		Mat: 11329
18)	OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia		
19)	ALTA HOSPITALAR, 02 em 02 horas		

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 8791
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em 01/08/16
Assinado

01/08/2016 16:54

CR: -



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 SANTOS DE CASTRO

Registro: 115765 Num. Internação: 1

Nascimento: 18/05/1979 (37 anos

Data Internação: 01/08/2016 10:38:30

Evolução: 01/08/2016 16:53:47

consolidação viciosa do antebraço D há 7 semanas

com paresia do interosseo posterior

cd: POI sem intercorrências

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em [assinatura]

REGISTRO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO CENTRO CIRÚRGICO

Dados do Paciente

Paciente: ANDRE SANTOS DE CASTRO

Registro: 115765 Nº Internação: 1

Nascimento: 18/05/1979 37 anos Data Internação: 01/08/2016 10:38:30 Leito: ENFERMARIA 103-A

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ASPECTO GERAL

X - Ac. Venoso X - Aclanótico
Pálido Tremores
Vômitos Sudorese

Observações:

FOI COMUNICADO A NUTRIÇÃO

Observações/QTD:

Pré:

Diurese: Espontânea

FERIDA OPERATÓRIA

Ocluída Sangramento
Drenos Fixadores
Tala Tração
Edema Hematomas

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: 120 X 80
Pulso: 80

Temperatura: 36,3 °C
Respiração:

Pos:

Observações:

Queixas do Paciente

SEM QUEIXAS

Observações Gerais:

PACIENTE CONSCIENTE, REENTRADO 02 AMBULANTE
NA POS. DE ANTEBRACO NA HYP. COM MEDICAÇÃO DE
HORARIO, SSVV ESTAVEIS, SEGUE AOS CUIDADOS DA
ENFERMAGEM

02/08/2016 01:51:13
COREN - 571216

FRANCISCA GORETE GOMES SANTOS

OBSERVAÇÕES GERAIS

22:00H ADM TRAMADOL 100MG INJ
22:00H ADM DRAMIN INJ
22:00H ADM DICLOFENACO 50MG VO
22:00H ADM RANITIDINA 150MG VO
24:00H ADM DAPIRONA 500MG/2ML INJ
24:00H ADM CEFALOTINA 1G EV
06:00H ADM TRAMADOL 100MG INJ
06:00H ADM DICLOFENACO 50 MG VO
06:00H ADM DAPIRONA 500MG/2ML INJ
06:00H ADM CEFALOTINA 1G EV

02/08/2016
COREN - 571216

FRANCISCA GORETE GOMES SANTOS

ESTADO GERAL

Alerta

Ativo na Cama

Corado

Aclanótico

Higiene

Sem Auxílio

Respiração

O2 Ambiente

Deambulação

Sem auxílio

Eliminac. Vesicais: PRESENTE

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: 120 X 80

Pulso: 78

Temperatura: 36,5 °C

Eliminac. Intestinais: AUSENTE

Respiração: 22

Saturação O2:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Obs:

Alceta Total

QUEIXAS DO PACIENTE
SEM QUEIXAS

Observações Gerais:

PACIENTE EM POS OPERATÓRIO DE FRATURA DE ANTEBRACO, NA HYP. REALIZOU HIGIENE
PESSOAL, COM MEDICAÇÕES DE HORARIO, SSVV ESTAVEIS, SEGUE AOS CUIDADOS DA
ENFERMAGEM.

02/08/2016 11:06:30

OUT - 885218

JANAINA VASCONCELOS DE SAUTO

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **ANDRE SANTOS DE CASTRO**

Nascimento: **18/05/1979** 37 anos Data Internação: **01/08/2016 10:38:30**

Registro: **115765** Nº Internação: **1**

Leito: **ENFERMARIA 103-A**

OBSERVAÇÕES GERAIS

AS 10:00 HORAS FOI ADM. DRAMIN 01AMP EM 100ML DE SF EV
 AS 10:00 HORAS FOI ADM. RANITIDINA 01 CP V.O
 AS 12:00 HORAS FOI ADM. DIPIRONA 01AMP EM 08ML DE ABD EV
 AS 12:00 HORAS FOI ADM. CEFALOTINA 01G 01FA EM 10ML DE ABD AV

Joaine Vasconcelos

02/08/2016
 QUV - 655219

JANAINA VASCONCELOS DE SOUZA

ESTADO GERAL

Alerta

Ativo na Cama

Corada

Acilândia

Higiene

Com auxílio

Respiração

O2 Ambiente

Deambulação

Com auxílio

Eliminação Intestinal:

Eliminação Vesical: **PRESENTE**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

SINAIS VITAIS

Press. Arterial: **120** X **80**

Pulso: **78**

Temperatura: **37.2** °C Respiração: **20**

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Obs:

Alta Total

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

PACIENTE CIRURGIADO POR FRATURA DE ANTEBRACO(D). NA HVP COM ESQUEMA DE ATB+
 ANALGESIA. FOI REALIZADO CURATIVO CIRURGICO COM PRESENÇA DE POLCO
 SANGRAMENTO. FOI LIMPO E OCLUIDO. LOGO EM SEGUIDA FOI AFERIDO SSVV. RECEBEU
 VISITA MEDICA E ALTA HOSPITALAR. EM SEGUIDA SAIU.

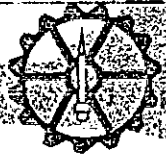
02/08/2016 15:30:00

COREN - 827682

MICHAEL SOUZA DE LIMA

Michael

HOSPITAL MEMORIAL
 Av. Juvenal Lamartine, 979
 Tirol 59.022-020 Natal / RN
 Confira com original
 Em 02/08/2016
Michael

**ASIMPA**

Associação dos Servidores Municipais de Parnamirim

Atendimento Médico e Odontológico

Receituário

Especialidades:

Alergologia

Angiologia

Cardiologia

Clínico Geral

Dermatologia

Endocrinologia

Gastroenterologia

Ginecologia

Mastologia

Neurologia

Nutricionista

Odontologia

Oftalmologia

Ortopedia

Otorrinolaringologia

Pediatria

Proctologia

Psicologia

Psiquiatria

Reumatologia

Urologia

Exames:

Acupuntura

Colposcopia

Eletrocardiograma

Eletrocardiografia

Exame Preventivo

Exames Laboratoriais

Endoscopia Digestiva

Peniscopia

Prótese Dentária

Ultrassonografia

Ligadura Elástica

Retossigmoidoscopia

Nome:

André Santos de Brito

Ateste que o paciente
realizou tratamento
analgésico dos ossos
do ant. braço direito
na clínica de
ortopedia e traumatologia
da reabilitação por
física e pronto socorro
7 em 7 dias de tratamento
e uma dose de
reparo da lesão de
fratura de fêmur pl-tipo
não artroscópico.

Assinatura e Carimbo

Rua Dr. Carlos Mateus, 219 - Centro - Parnamirim

Fones: (84) 3645-0045/3644-8195/2226-8581

PROTOCOLO
RECEBIDO

23 MAR 2017

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS



DOCUMENTO 5 *T5%*



PROTOCOLO
RECEBIDO

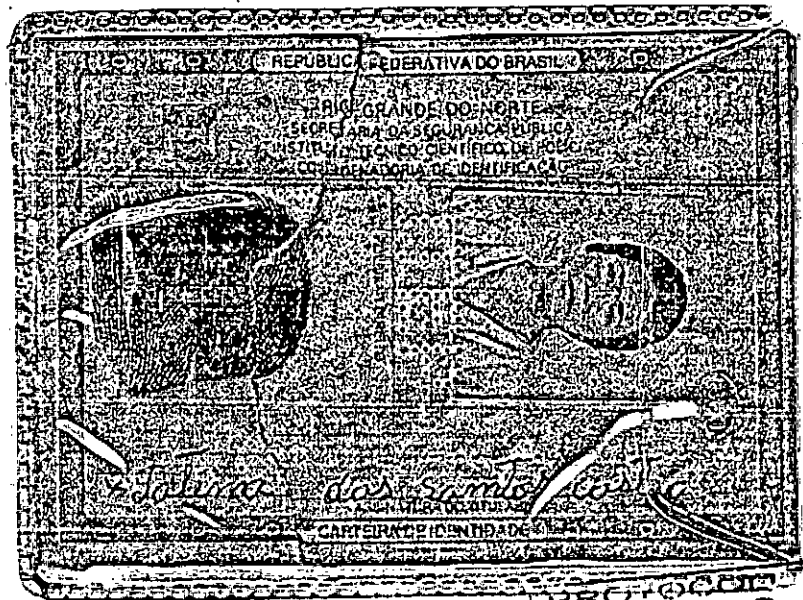
13 FEV 2317

TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS



VITIMA

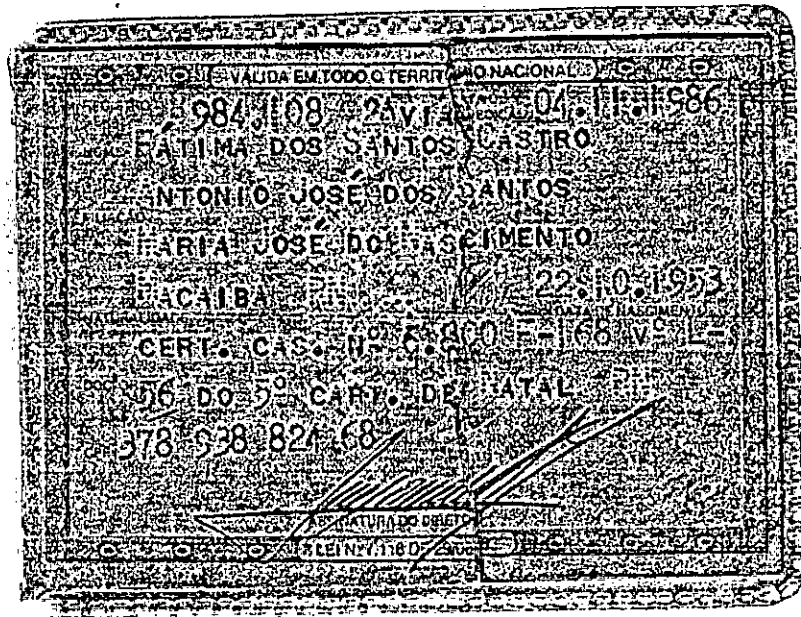
Etiqueta Tipo 3%



PROT. 0001
RECEBIDO

13 FEV 2017

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEC.



PROCURADORA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170102204

Cidade: Macaíba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANDRE SANTOS DE CASTRO

Data do acidente: 24/06/2016

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/02/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO, TRAUMA ABDOMINAL E TCE

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

Documentos complementares: RELATORIO DE TRATAMENTO QUANTIFICANDO A SEQUELA

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Estado do Rio Grande do Norte



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

PODER JUDICIÁRIO - COMARCA DE MACAÍBA

SEGUNDO TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE MACAÍBA/RN

Francisco BENÍCIO da Costa ===== Andreângelo BENÍCIO de Souza Costa

CPF nº 129.775.194-91

CPF nº 035.014.494-02

Tabelião Público

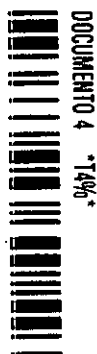
Substituto

PRIMEIRO TRASLADO "LIVRO Nº 95 PROCURAÇÕES" FOLHA 069

Procuração bastante que faz ANDRE SANTOS DE CASTRO, como abaixo se declara.

SAIBAM tantos quantos este Público Instrumento de Procuração virem, que no ano 2017 (dois mil e dezessete), aos 04 (quatro) dias do mês de janeiro, nesta cidade de Macaíba/RN, perante mim, Tabelião Público, compareceu como outorgante, neste Segundo Ofício de Notas, sito na Rua Prudente de Moraes, 122, ANDRE SANTOS DE CASTRO, brasileiro, solteiro, calceteiro, natural de Natal/RN, onde nasceu aos 18 de maio de 1979, filho de Carlos Carvalho de Castro e Fátima dos Santos Castro, portador da Cédula de Identidade nº 002.188.744/SSP-RN e do CPF nº 012.701.624-46, residente e domiciliado na Rua Alto da Caixa, nº. 70 - Mangabeira, CEP: 59280-000 - Macaíba/RN; reconhecido pelo próprio por mim Tabelião Público - através da documentação apresentada; dou fé; e, por ele me foi dito que, por este Público Instrumento, nomeia e constitui sua bastante Procuradora, FÁTIMA DOS SANTOS CASTRO, brasileira, viúva, do lar, portadora da Cédula de Identidade nº 984.108 / 2ª Via SSP/RN e do CPF nº 378.938.824-68, residente e domiciliada na Rua Alto da Caixa, nº. 70 - Mangabeira, CEP: 59280-000 - Macaíba/RN; a quem confere os mais amplos e ilimitados poderes para acompanhar junto a qualquer seguradora estabelecida neste país, a tramitação do processo requerido pelo outorgante relacionado a indenização do seguro DPVAT - SEGURO OBRIGATORIO de DANOS PESSOAIS DE VEÍCULOS AUTOMOTORES TERRESTRES, receber toda e qualquer importância referente a indenização e/ou indenizações, por acidente automobilístico ocorrido com a pessoa dele outorgante, conferindo-lhe poderes específicos para assinar e receber autorização de pagamento de crédito de indenização de sinistro - DPVAT, através de Ordem de Pagamento e contra recibo, em qualquer agência do país; representá-lo junto ao BANCO DO BRASIL - agência 2256-X em Macaíba/RN e nas demais agências deste país, BANCO ITAÚ S/A, nas agências dos Correios e Telégrafos, BANCO BRADESCO S/A, BANCO RURAL, BANCO SANTANDER, CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, BANCO DO NORDESTE S/A, em qualquer de suas agências e nos demais Bancos da Rede Nacional e nas demais Instituições Financeiras deste país, e mais onde com esta se apresentar, com a finalidade de resolver todo e qualquer assunto; receber valores a que tem direito ele outorgante; podendo para tal finalidade, prestar esclarecimentos e/ou declarações, apresentar documentos comprobatórios, abrir, movimentar, transferir e encerrar contas de depósito, assinar apólice de seguro, assinar contrato de abertura de crédito, instrumento de crédito, autorizar cobranças, débito em conta relativo a operações, cadastrar, alterar e desbloquear senhas, efetuar pagamentos, bem como por meio eletrônico, efetuar resgate/aplicações financeiras, efetuar saques em conta corrente e/ou poupança, efetuar transferências e pagamentos por qualquer meio, movimentar com a conta corrente e/ou poupança mesmo com cartão eletrônico, receber ordens de pagamento; receber, passar recibos e dar quitações, requisitar e receber cartão eletrônico, solicitar saldos e extratos, representar ainda o outorgante junto ao Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, com a finalidade de resolver todo e qualquer assunto referente a Previdência Social a que faz jus ele outorgante; podendo receber carnê de pagamento, cheques, contra-cheques, passar recibos, dar quitação, representar também o mesmo junto a Secretaria da Receita Federal, com a finalidade de resolver todo e qualquer assunto pendente em nome e sob a responsabilidade

Francisco BENÍCIO de Costa
Tabelião Público



DOCUMENTO 4 1496

RECEBIDO

13 FEV 2017

SECRETARIA DO SOL ADI
CORRETORA DE SE



*Fátima dos Santos Castro

AAA-014620

Francisco BENÍCIO de Costa
Tabelião Público

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PODER JUDICIÁRIO - COMARCA DE MACAÍBA
SEGUNDO TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE MACAÍBA/RN
Francisco BENÍCIO da Costa ==== **Andreângelo BENÍCIO de Souza Costa**
CPF nº 129.775.194-91 **CPF nº 035.014.494-02**
Tabelião Público **Substituto**

PRIMEIRO TRASLADO/ "LIVRO Nº 95 PROCURAÇÕES" FOLHA 069vº
do mesmo, tudo requerer, assinar todo e qualquer documento, representar o outorgante junto a qualquer farmácia do país, requerer e receber medicamentos, apresentar qualquer tipo de receita, assinar autorização de exame, representá-lo perante todas as repartições públicas federais, estaduais, municipais e autárquicas, Serventias Notariais, Serventia Registrais e Serventias em geral, Receita federal, podendo, requerer, alegar e assinar o que convier, fazer acordos, concordar ou discordar com cláusulas e condições firmado em Termos de Acordos, fazer pagamento quer total ou parcial, constituir advogado, outorgando o mesmo os poderes constantes da Cláusula "Ad Judicia e Et Extra" para o foro (em geral, podendo em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, defender os direitos e interesses dele outorgante, e enfim usar de todos os poderes por especiais que sejam para o fiel e cabal desempenho deste mandato, embora aqui não expressamente nomeados, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que será dado por bom, firme e valioso. Assim me disse do que dou fé, me pediu e eu lhe digitei a presente que lhe li, aceitou e por declarar ser analfabeto deixa aposta as margens deste livro a sua impressão digital do polegar direito assinando a seu rogo Fátima dos Santos Castro, já supra qualificada como outorgada. Dispensada as testemunhas nos termos do art. 134 da Lei nº 6.952, publicada no Diário Oficial da União em edição de 10 de novembro de 1981. Eu, Francisco BENÍCIO da Costa - Tabelião Público do Segundo Ofício a digitei nos termos do Provimento nº 02/82 da Corregedoria Geral da Justiça deste Estado, publicado no Diário Oficial do Estado em edição de 22 de outubro de 1982, subscrevo, dato e assino em público e raso de que uso; dou fé.

MACAÍBA/RN, 04 de janeiro de 2017.

Fátima dos Santos Castro
A rogo de André Santos de Castro.
Outorgante

Em testº da verdade,

Andreângelo Benício de Souza Costa
Andreângelo Benício de Souza Costa
Tabelião Público Substituto



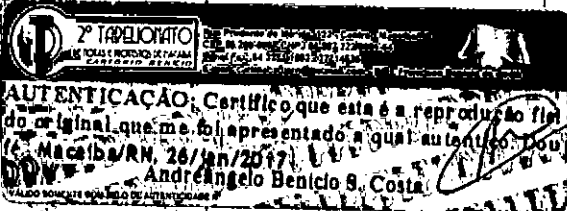
2º TABELIONATO
CARTÓRIO BENÍCIO

Procuração Transladada em Fiel de Segurança - Folha: "AAA-014629"
Selo de Autenticidade - Ato Notarial e Registral: ABN-036175
Francisco BENÍCIO da Costa
Tabelião Notarial



ATO REGISTRAL/NOTARIAL
ABN-036175

Emolumentos:	R\$ 44,48
EQJ:	R\$ 11,71
ERMP/RN:	R\$ 1,62
ECRCPN:	R\$ 4,45
Total:	R\$ 62,27



2º TABELIONATO
CARTÓRIO BENÍCIO
Francisco BENÍCIO da Costa
Tabelião Notarial

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/04/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDRE SANTOS DE CASTRO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02256-X

CONTA: 000010037562-6

Nr. da Autenticação C74779F9FEAF0E5B