



Número: **0837389-93.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SILVANA DA SILVA OLIVEIRA (AUTOR)		ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
MICHEL FREIRE DE ARAUJO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11933 184	21/08/2017 20:20	bo	Documento de Comprovação
11933 191	21/08/2017 20:20	boletim de urgencia 2	Documento de Comprovação
11933 195	21/08/2017 20:20	boletim de urgencia	Documento de Comprovação
11933 208	21/08/2017 20:20	cpf	Documento de Identificação
11933 214	21/08/2017 20:20	doc pessoais	Documento de Identificação
11933 219	21/08/2017 20:20	procuração	Procuração
11933 226	21/08/2017 20:20	prontuario cirurgico 1	Documento de Comprovação
11933 229	21/08/2017 20:20	prontuario cirurgico 2	Documento de Comprovação
11933 237	21/08/2017 20:20	SILVANA	Documento de Comprovação



Government of the State of Rio Grande do Norte
 Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
 Polícia Civil
 Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE PEDRO VELHO
 Endereço: Travessa Genar Bezerril, 410, Loteamento, PEDRO VELHO, FONE/FAX: 32472245

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2017214000077
 1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 10/02/2017 10:25:57
 1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 08/07/2016 16:30:00
 2.3 Fato: Consumado
 2.4 Meio(s) empregado(s): Outros
 2.6 Tipo do local: Rural
 2.8 Número: S/N
 2.10 Complemento:
 2.12 Bairro: CENTRO
 2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida
 2.4 Flagrante: Não
 2.7 Logradouro: Zora, Udmurtskaja Respublika, Russia, 427536 --
 57.795834,53.07861
 2.9 CEP:
 2.11 Ponto de Referência:
 2.13 Cidade: PEDRO VELHO

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: SILVANA DA SILVA OLIVEIRA
 3.3 Etnia: Parda
 3.5 Mãe: SEVERINA EUNICIE N DA S OLIVEIRA
 3.7 Sexo: FEMININO
 3.9 CPF:
 3.11 Nacionalidade:
 3.13 Profissão: ESTUDANTE
 3.15 Telefone(s): 84 987485445
 3.17 Número: S/N
 3.19 Bairro: ZONA RURAL
 3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.2 Estado civil: Solteiro(a)
 3.4 Pai: SEVERINO RAMOS DE OLIVEIRA
 3.6 Data de Nascimento: 15/09/1993
 3.8 RG: 3270163 - SSP RN
 3.10 Passaporte:
 3.12 Naturalidade: CANGUARETAMA
 3.14 E-Mail:
 3.16 Logradouro: SÍTIO NOVA DESCOBERTA
 3.18 CEP:
 3.20 Cidade: PEDRO VELHO

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS VÍTIMAS)

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Seguro: Não
 7.1.3 Chassi:08958
 7.1.5 Placa: OIT4140
 7.1.7 Marca: HONDA
 7.1.9 Ano do Modelo: 2013
 7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA
 7.1.13 Nota Fiscal:
 7.1.15 Nome do proprietário: ANTONIO MANOEL DE LIMA
 7.1.17 Nome do condutor:
 7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:
 7.1.4 Renavam:
 7.1.6 Estado:
 7.1.8 Modelo: CG 125 FAN KS
 7.1.10 Ano de Fabricação: 2012
 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
 7.1.14 Número do Motor:
 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

INFORMA QUE SE DESLOCAVA NA MOTOCICLETA DE UMA AMIGO CHAMADO FABIANO QUANDO NAS PROXIMIDADES DE SUA CASA, EM ESTRADA CARROÇAVEL, SOFREU TOMBAMENTO; QUE FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOCAL E POSTERIORMENTE PARA A CIDADE DE NATAL, ONDE FOI ATENDIDA NO HOSPITAL WALFREDO GURCEL

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
 Data: 10/02/2017 10:25:57

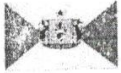
Policial

Interessado

Polegar direito

Atendimento: 1945920 - Ricardo Henrique Alves
 Impresso por: 1945920 - Ricardo Henrique Alves em 10/02/2017 10:26:06

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA			NÚMERO	
NOME: <i>Juliana do Silva Oliveira</i>			IDADE: <i>22.0</i>	SEXO: <i>F</i>
ENDEREÇO: <i>R. Nova Desoberto</i>			TEL: CONTATO	
CIDADE: <i>Pedro Velho</i>	BAIRRO	DATA: <i>06/03/2016</i>	HQRÁRIO DA ENTRADA: <i>17:25</i>	
Nº DO CARTÃO DO SUS	RESPONSÁVEL	PROFISSÃO	HQRÁRIO DA SAÍDA	

AVALIAÇÃO DE DIAGNÓSTICO					
PA:	MMHG	TEMPERATURA:	°C	PESO:	KG
PIULSO:	BPM	RESPIRAÇÃO:	RPM	HGT:	MG/DL
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO					

Paciente vítima de queda de moto, sem TCE. Bom estado geral. Glasgow 15.
com provável fratura de HSD (visivelmente torcido),

- ① Dipirona 2amp IM
- ② Voltaren 1amp IM

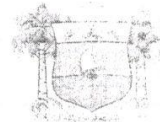
17:40
Rosângela
Bezerra

Dr. Luã Guerra
MÉDICO
CRM/PB 10.403

CARIMBO E CRM DO MÉDICO



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE SILVANA DA SILVA OLIVEIRA
DATA DE ENTRADA 08/07/2016 **HORA** 20:48 **Nº BAA** 190628
IDADE 22 **SEXO** F **ETNIA** Pardo
CARTÃO SUS - **ESTADO CIVIL** Casado(a)
CPF - **RG** 3270.163 - SSPRN
NOME DA MÃE SEVERINA EUNICE NEVES DA SILVA OLIVEIRA
NOME DO PAI SEVERINO RAMOS DE OLIVEIRA
NASCIMENTO 15/09/1993 **NATURALIDADE**anguaretama-RN
TELEFONE (84) 8823-9768 **PROFISSÃO** Do Lar
RUA/AV. COMPLEMENTO SITIO NOVA DESCOBERTA Nº SN **BAIRRO** ZONA RURAL
CEP 59530-000 **CIDADE** Pedro Avelino-RN
ORIGEM Ambulância - SAMU **MOTIVO** Acidente de Trânsito / Queda de moto
ACID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Auristela

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

QUEBRA DE MÃO CI TOMA EM QUESO (E)
PULSOS CECHE E ROMBA
AUSCULTO (E) D + LMIMW

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL/RN, 22/07/16
SESAP. MAT. Nº 520873

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

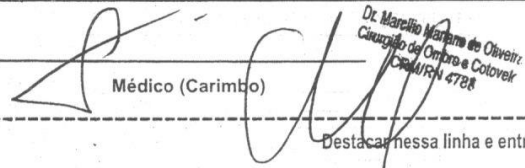
DIAGNÓSTICO INICIAL FX ANTEBRA (E) **CID** S55.4

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:	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

CONFERE COM ORIGINAL
 NATAL/RN, 22/07/16
 SESAP. MAT. Nº 15208731

DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: UTIMEDIA	DATA: 08/07/16 HORA: 210
SAÍDA:	DATA: / / HORA:
Decisão Médica <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:
ÓBITO:	DATA: / / HORA:
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>


 Médico (Carimbo)
 Dr. Marcelo Mariano de Oliveira
 Cirurgião de Ombro e Cotovelo
 CRM/RN 4788

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTACAR

DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA:
SAÍDA:	DATA: / / HORA:
Decisão Médica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:
ÓBITO:	DATA: / / HORA:
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
 HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
 PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO - 1120724



PACIENTE	SILVANA DA SILVA OLIVEIRA				
CARTÃO SUS	-	Nº	1120724		
IDADE	22	SEXO	F	ETNIA	Pardo
		ESTADO CIVIL	Casado(a)		
NOME DA MÃE	SEVERINA EUNICE NEVES DA SILVA OLIVEIRA				
NOME DO PAI	SEVERINO RAMOS DE OLIVEIRA				
RUA/AV.	SITIO NOVA DESCOBERTA		Nº	SN	
COMPLEMENTO	-	BAIRRO	ZONA RURAL		
CEP	59530-000	CIDADE	Pedro Avelino-RN		
ESPECIALIDADE	Ortopedia	UNIDADE	Observação 2	LEITO	902
USUÁRIO	Macedo				

ADMISSÃO 08/07/2016 22:34 ALTA / / ÓBITO / / DIAS DE PERMANÊNCIA / / /

DIAGNÓSTICO INICIAL *fratura de antebraço e*

DIAGNÓSTICO FINAL

*Acidente automobilístico
 de trauma em MEE
 fratura de osso do antebraço e
 no MEE e/ou antebraço*

CONFERE COM ORIGINAL
 NATAL/RN, 22/07/16
 CF
 SESAP. MAT. Nº 1520877

AMARO ALVES
 CRM 5469

Natal, *08/07/16.*

Assinatura do médico responsável - CRM



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

(R)

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Walfredo Gurgel	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE SILVANA DA SILVA OLIVEIRA		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO 2	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 XIPHOLOGIA DE ODELA DE MN CI TOMA EM ANTEGO (E) ANTEGO (E) COM IER, LIMITADO E IERADUM			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO PROCEDIMENTO CIVIL			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) ANAMNESE + RX FÍSICO + RX			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL F + ANTEGO (E)	21 - CID INICIAL S52X	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	26 - LEITO / CLÍNICA UTDEDIA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGÊNCIA	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE OLIVEIRA
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	30 - CNS / CPF 76149194-20		29 - DT SOLICITAÇÃO 08/07/16
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) Dr. Marcelo Martins de Oliveira Cirurgião de Ombro e Cotovelo CRM/RN 1720			31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÁNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BONUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO	41 - CID PRINCIPAL		
42 - CID SECUNDÁRIO	43 - () 44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA		

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - 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)	

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.

19/09/2016

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

BRASIL
([HTTP://BRASIL.GOV.BR](http://BRASIL.GOV.BR))

Serviços Barra GovBr



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **017.893.214-09**

Nome da Pessoa Física: **SILVANA DA SILVA OLIVEIRA**

Data de Nascimento: **15/09/1993**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **10/07/2010**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:26:49** do dia **19/09/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **BAFE.F234.242F.31E6**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.
(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautentic.asp>)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 3270163 1. VIA DATA DE EXPEDIÇÃO: 07/07/2010
 NOME: SILVANA DA SILVA OLIVEIRA

FILIAÇÃO: SEVERINO RAMOS DE OLIVEIRA
 SEVERINA EUNICE N. DA S. OLIVEIRA

NATURALIDADE: CANGUARETAMA RN DATA DE NASCIMENTO: 15/09/1993

DOC. ORIGEM: CERT. NASC. No. 5784 L. 23 F. 74
 PEDRO VELHO RN

ASSINATURA: *Silvana da Silva Oliveira*

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
 COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Silvana da Silva Oliveira
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

cosern Grupo Neenergia

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438 de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Endereço: Rua 127, Bairro: Vista Alegre, 55200-000, Pedro Velho - PE
 CEP: 55200-000, Pedro Velho - PE
 CNPJ: 08.324.140/0001-11, Insc. Est.: 095510371, ISENTA DE ICMS

CLIENTE: SEVERINA EUNICE DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA: SI NOVA DESCOBERTA 8 - A

CPF: 473.974.464-34 NIS: 18539046848

ZONA RURAL/ÁREA RURAL
 PEDRO VELHO RN
 59196-000

CLASSIFICAÇÃO: B1 RESIDENCIAL
 BAIXA RENDIA COM NIS
 Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
001086303	UNICA	23/02/2016

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA RECALIBRAÇÃO
23/02/2016	3010858897	2528364

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7009273802	02/2016
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
01/03/2016	22/03/2016
TOTAL A PAGAR (R\$)	28,88

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

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

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

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

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE SEVERINA E N DA SILVA CPF: 473.974.464-34 NIS: 16539046848		DATA DE VENCIMENTO 28/10/2016 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 21/10/2016 DATA DA APRESENTAÇÃO 21/10/2016 NÚMERO DA NOTA FISCAL 001110778 Série: U	CONTA CONTRATO 007009273802 Nº DO CLIENTE 3010858897 Nº DA INSTALAÇÃO 0002528364
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA SI NOVA DESCOBERTA 8 --A ZONA RURAL/AREA RURAL 59196-000 PEDRO VELHO RN		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br		RESERVADO AO FISCO 5A9D.9528.BAC4.EAA1.6A76.5D9A.C297.0FD8		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18492474	5,54
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	62,00	0,31701385	19,65
ICMS-Parcela Subvencionada			4,33
TOTAL DA FATURA			29,52

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
25,19	18,00	4,53	25,19	1,07	0,26	25,19	5,85	1,47

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,13884150	OUT 16	92
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,23801400	SET 16	77
		AGO 16	80
		JUL 16	166
		JUN 16	212
		MAI 16	138
		ABR 16	93
		MAR 16	84
		FEV 16	96
		JAN 16	87
		DEZ 15	81
		NOV 15	86
		OUT 15	77

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	9,63 38,23
Transmissão	0,50 1,98
Distribuição (Cosern)	6,10 24,22
Encargos Setoriais	2,70 10,72
Tributos	6,26 24,85
TOTAL	25,19 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000002009074554	CAT	21/09/2016	1.798,00	21/10/2016	1.890,00	30	1,00000	0,00	92,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 23/11/2016

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia	CANGUARETAMA	2,74	11,16	22,32	44,65
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	7,89	15,79	31,58
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		2,74	6,08	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 16,60		

EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 8,48
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO	
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. Pagamento em atraso gera: Multa 2%(Res. 414/ANEEL-09/09/10) e Juros 1%a.m.(Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 24,48. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.		TENSÃO NOMINAL(V) 220	LIMITE DE VARIAÇÃO(V) MÍNIMO: 202 MÁXIMO: 231
		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007009273802	10/2016	0,00	28/10/2016	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
-------------	-----------------------

M&O

Maia | Oliveira

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: *Silvana da silve oliveira*
NACIONALIDADE: *brasileira* ESTADO CIVIL: *casado*
PROFISSÃO: *do Ior*
IDENTIDADE: *3270163* CPF: *017.893.214-09*
ENDEREÇO: *55 Nova Descoberta 8-A - Area Rural*
BAIRRO: CIDADE: *Pedro velho*
TELEFONE: *9.8853-9761*

OUTORGADOS: ITAMAR OLÍMPIO DE VASCONCELOS MAIA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.925, NÚSIA LEILA FERNANDES DE OLIVEIRA, brasileira, casada, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.561, LARISSA DE OLIVEIRA MAIA, brasileira, solteira, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.421 com escritório profissional na Rua Edgar Dantas, nº 454, "C", Santos Reis, Parnamirim/RN.

PODERES: A quem concedo (ermos) amplos, limpos e ilimitados poderes, para em conjunto ou separadamente, no foro em geral, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, propor em quaisquer medidas preliminares preventivas ou assecuratórias dos nossos direitos e interesses, ingressar judicialmente com ação de cobrança do Seguro DPVAT, requerer e receber junto ao Hospital o Boletim de Primeiro Atendimento e Prontuário Cirúrgico, usando, para tantos os poderes da cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA" e mais os especiais para transpor (em) compromissos, fazer acordo, receber (em), dar (em) quitação, representarmos juntos as repartições públicas, Estaduais, Municipais, Federa e autárquicas e sociedades de Economia Mista, praticando todos os atos de representação e defesa extrajudiciais, perante quaisquer pessoas físicas em geral, e, finalmente, praticar (em) todos os atos que se tornem mister para o fiel e completo desempenho deste mandato, inclusive interpor (em) total ou parcialmente, com ou sem reservas de poderes, o que tudo darei (ermos) por bom firme e valioso.

CONTRATO: Fica CONTRATADO, desde já, que os devidos honorários advocatícios serão na base de 20% (vinte por cento) sobre o valor bruto a receber (no caso de indenização e outros recebimentos congêneres), os quais, quando for o caso, serão descontados em favor do constituído (art. 22 §4 da Lei 8.906/94), com expedição do respectivo Alvará pelo juízo da ação, constando a soma dos honorários sucumbenciais e os contratuais, tudo em favor do outorgado que o requerer e conforme pacto através do presente instrumento, sendo que, quando houver prestações continuadas (benefícios mensais previdenciários, pensão alimentícia e congêneres), serão pagos, além os honorários sobre atrasados, também sobre os valores recebidos durante os 12 (doze) meses seguintes. Nas ações que não visem qualquer recebimento em espécie, os honorários serão os constantes da tabela da OAB do Estado onde for ajuizada a Ação. Assim, fica configurado CONTRATO DE ADESÃO, formalizado, para qualquer eventualidade futura.

Parnamirim, RN 14 de novembro de 2016

Silvana da silve oliveira

OUTORGANTE

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



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2- CNES	
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		4- CNES 3515168	
Identificação do Paciente			
5- PACIENTE SILVANA DA SILVA OLIVEIRA		6- NUMERO DO PRONTUÁRIO 144672	
7- CARTAO NACIONAL/SUS	8-DATA DE NASCIMENTO 15/09/1993	9- SEXO FEMININO	10- RAÇA/COR PARDA
11- NOME DA MAE SEVERINA DA SILVA OLIVEIRA		12- TELEFONE DE CONTATO 988239768	
13- NOME DO RESPONSÁVEL A GENITORA		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) SITIO - NOVA DESCOBERTA SNº			
16- MUNICIPIO PEDRO VELHO	17- BAIRRO ZONA RURAL	18- UF RN	19- CEP 59196000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS
Trauma ATB E

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Af. Lúmen

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

23- DIAGNOSTICO INICIAL
FF ATB E

24- CID 10 PRINCIPAL
E

25- CID 10 SECUND.
S. Lúmen

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Resus Lúmen

28- CODIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLINICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO
 CNS CPF

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
Manoel Correia Neto
CRM - 849
Ortopedia-Traumatologia

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- AC. TRÂNSITO

37- AC. TRABALHO TIPICO

38- ACI. TRABALHO TRAJETO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SERIE

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VINCULO COM A PREVIDÊNCIA
 EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NAO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGAO EMISSOR

48- DOCUMENTO
 CNS CPF

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
CONFERE COM ORIGINAL
Manoel Correia Neto
Servidor

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

Handwritten initials

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 16 ORT

PROVEDOR RESPONSÁVEL (PSA) **KATIA** MATRÍCULA _____ DATA **11/07/2016** HORA **10:54**

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE **SILVANA DA SILVA OLIVEIRA** MASCULINO FEMININO

NACIONALIDADE **BRASILEIRO** DATA DE NASCIMENTO **15/09/1993** IDADE **23** RELIGIÃO _____ RAÇA/COR **PARDA**

ESCOLARIDADE _____ ESTADO CIVIL **CASADA** PROFISSÃO **DO LAR** TELEFONE **98823 9768**

NOME DA MÃE **SEVERINA DA SILVA OLIVEIRA** NOME DO PAI **SEVERINO RAMOS DE OLIVEIRA**

RG **3270163** ORG. EXP. **ITEP** UF **RN** CARTÃO DO SUS **ESQUECEU DE TRAZER**

ENDEREÇO **SITIO NOVA DESCOBERTA** COMPLEMENTO _____

MUNICÍPIO **ZONA RURAL PEDRO VELHO** UF **RN** CEP **59 196 000**

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE _____ TELEFONE _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

TIPO DE ENCAMINHAMENTO Regulado SAMU Demanda Espontânea MOTIVO _____

CAUSA PRINCIPAL _____

HISTÓRICO _____ DESCRIMINADOR _____

DOENÇAS PREEXISTENTES _____ ALERGIAS _____

PESO: _____ ALTURA: _____ SSV: _____ FC: _____ FR: _____ T: _____ SO2: _____ PA: _____ GLICEMIA: _____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL _____ COREN _____ DATA _____ HORA _____



PRIORIDADE
 AZUL VERDE AMARELO LARANJA VERMELHO

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

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

HISTÓRIA CLÍNICA

Handwritten clinical history text

EXAME FÍSICO

CONFERIR COM ORIGINAL
Handwritten signature and date

Handwritten physical exam text

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES

LABORATORIAL RADIOLOGICO ECC TOMOGRAFIA USE OUTROS

CONDUTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NIR

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

DIAGNÓSTICO

CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

ABERTURA DE HORÁRIO / CHEGAGEM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DESTINO DO PACIENTE

ALTA

Manoel Correia Neto
CRM 849
Ortopedia-Traumatologia

ÓBITO

EVASÃO

SVO ITIP DECLARAÇÃO

SOLICITADO INTERNAMENTE
NO SERVIÇO DE

ORTOPEDIA



Hospital		Nº prontuário	
Nome do paciente SILVANA DA SILVA OLIVEIRA			
Data operação 20/7/16	Enf.	Leito	
Operador Rogério Santos	1º auxiliar Argelino Azeredo	Instrumentador	
2º auxiliar	3º auxiliar	Tipo de anestesia	
Anestesista ROSA VIEIRA	Diagnóstico pré-operatório Fratura rádio e ulna E		
Tipo de operação Artroscopia com placas e parafusos			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - viceras

Acesso anterior E.
 Artroscopia com 2 canais.
 Certificação foto fratura do rádio E.
 Redução fratura do rádio e ulna distal
 com placa e parafusos. Lavagem q. SF.
 Sutura placa a placa.
 Sutura anterior E.
 Artroscopia com 2 canais.
 Certificação foto fratura ulna E.
 Redução de fratura de ulna e
 estabilização com placa e parafusos.
 Lavagem com SF.
 Sutura placa a placa.
 Certificação foto fratura ulna E.

Rogério Santos
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/RN 1426 - SBOT 1341

COPIA COM ORIGINAL
 [Assinatura]
 Servidor
 07507529

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital <u>DML</u>			Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome <u>Silvana da Silva Oliveira</u>				Idade	Sexo <u>F</u>	Cor
Data <u>2010-11-16</u>	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros
Tipo sanguíneo	Hemáticas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia	
	Urina					
Ap. respiratório				Asma		Bronquite
Ap. circulatório				Eletrocardiograma		
Ap. digestivo			Dentes	Pescoço	Ap. urinário	
Estado mental <u>Consciente e Orientada</u>			Atarácicos	Corticoides	Alergia <u>Nega</u>	Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório				Estado físico		Risco
Anestesias anteriores						
Medicação pré-anestésica <u>midazolam</u>				Aplicada às	Efeito	
Agentes Anestésicos	ECG <u>RISIRISIRISIRIS</u>					
	SO ₂ <u>98 98 98 98 98 98</u>					
Líquidos	<u>SFO 9% - 1000ml</u> <u>Fentanil - 150 mcg</u> <u>Midazolam - 08 mcg</u> <u>Propofol - 200mg</u> <u>Cyazolina - 02g</u>					
P Pulso	O Resp.	Anest.	Opar.			
				<p> <input checked="" type="checkbox"/> P Pulso <input checked="" type="checkbox"/> O Resp. <input checked="" type="checkbox"/> Anest. <input type="checkbox"/> Opar. </p>		
SÍMBOLOS	① Identificação; ② Monitorização; ③ Ventílicação prévia com bom fluxo; ④ Bloqueio interescalênico + axilar; ⑤ Sedação venosa.					
ANOTAÇÕES						
POSICÃO	<u>Dec. Dorsal</u>					
Agentes	<u>Xiloxana 2% - 0.1g - Popi 7.5mg - Alf -</u>					
Técnica	<u>Bloqueio interescalênico + axilar</u>					
Operação	<u>Fratura de antebraço - Tratamento cirúrgico</u>					
Cirurgiões	<u>Dr. Rogério Santos + Dr. Virgílio</u>					
Anestésistas	<u>Dra. Rosa + Dra. Larissa Tomasi</u>					
Observações						
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias						

Larissa Tomasi
 Anestesiologista
 CRM RN 6270
 087701994-61
 Perda sanguínea



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:
 Hemocentrado Unid. Plasma Unid. Plaquetas Unid.
 Albumina Unid. Expansor plasmático Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS
 _____ h: _____
 _____ h: _____
 _____ h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA
 Soro Fisiológico: _____ ml Soro Ringer Simples: 1 ml
 Soro Glicosado: _____ ml Soro Ringer Lactato: 1 ml
 Quantidade total de volume administrado: 1000 ml

ANATOMO PATOLÓGICO
 Não Sim Peça: _____
 Peça para sepultamento: Não Sim
 Swab para cultura: _____ Líquido: _____

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

INTERCORRÊNCIAS: Realizado aspirato de antebraço esquerdo, 7to curativo ant. agudo, sobando talas gessadas e deplastrar sem intercorrências.

Ass: *[assinatura]* Coren: 160182

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO
 Nível de consciência: Consciente Inconsciente Narcose Coma Vigil Agitado
 Respiratório: Intubado Extubado Cânula de Guedel O₂ ambiente **Curativo:** Oclusivo Compressivo Bolsa de colostomia Outro: _____
 Diurese: Espontânea Normal Hematúria Irrigação Vesical Oligúrico **Destino após a cirurgia:** SEPA

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO
 Hora: 11:00 Data: 20/07/16 Nível de consciência: Acordado Sonolento Narcose Orientado
 Desorientado Agitado Choro Vias aéreas: Intubado Extubado cânula de Guedel Cateter O₂ O₂ Ambiente
 Mobilização MMII: Normal Diminuída Sem mobilidade **Mobilização MMSS:** Normal Diminuída Sem mobilidade
 Venoclise: Não Sim Tipo: AVP Local: _____ Sondas: Gástrica Enteral Vesical
 Drenos: Sucção Torácico Penrose Kherr **Ostomias:** Sim Não Especifique: _____
 Irrigação vesical contínua: Retorno satisfatório Retorno Insuficiente Coágulos
 Curativo: Oclusivo Descoberto Limpo Sujo **Monitorização:** ECG Oxímetro PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA Náuseas Vômitos Sangramento Dor Bexigoma Alteração PA Alteração FC
 Relate: _____

SINAIS VITAIS							Líquidos administrados na URPA:	
Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor	Soro glicosado: _____ ml	Soro fisiológico: _____ ml
Admissão	---	99	---	---	96	NAO	Ringer: _____ ml	Irrigação vesical contínua: _____ ml
30'	---	87	---	---	99	NAO		
60'								
Alta								

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Paciente encaminhada para clínica orto-pédica, em O₂ ambiente.

[Assinatura] Coren: 504067



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

Nome: SILVANA DA SILVA OLIVEIRA Idade: 22 D/N: 15/07/1993
 Pront.: 144672 Município: PELOTEADO Procedência: Interno () Externo
 Data da cirurgia: 20/07/16 Hora Admissão: Bloco: 08:50 Sala: 08:50 Hora Saída: _____ Peso: _____
 Alergias: Não () Sim Comorbidades: () H:S () DM () Outras _____
 Uso de medicações: Não () Sim Jejum: () Não Sim
 SSV Admissão: PA: _____ mmHg Pulso: _____ bpm FI: _____ rpm FC: _____ bpm SpO₂: _____ % T: _____ °C

Enfermeiro(a): LIDIANE Instrumentado (a): LUCIANA Circulante: DJALMA

Cirurgia: Uterotomia de anteparto F Especialidade: OBSTETRICIA Sala: 04
 Hora Início: 09:40 Hora Término: 10:50 Tipo de cirurgia: Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
 1º Cirurgião: Rogério Aux.: Vingil Residente: _____

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: Bloqueio () Raquidiana Ag.nº _____ () Peridural () c/cateter () s/cateter
 Ag.nº _____ Cateter nº: _____ Início: 09:25 Garrote: Smarch () Pneumático Início: 09:33 Término: _____
 Anestesiologista: Puma

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>104</u>	<u>119</u>	<u>115</u>	Bpm
Pulso	<u>111</u>	<u>120</u>	<u>120</u>	Bpm
Oximetria	<u>97</u>	<u>97</u>	<u>97</u>	%
Capnografia				%
PA	<u>147x79</u>	<u>148x80</u>	<u>155x70</u>	mmHg

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

ACESSO VENOSO

Punção Arterial

Punção Venosa Periférica

Punção Venosa Central

Dissecção venosa

Local: M5D

Cateter: Jelco 20

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

() Sim Não () Metal () Descartável

Local: _____

DEGERMAÇÃO

Sim () Não

Local: M5E Solução: Chlorhex Local: M5F

SONDAGEM GÁSTRICA

SNG nº: _____

Retorno: _____

CATETERISMO VESICAL

SVF nº: _____ SVA nº: _____

Diurese: _____

Profissional responsável: _____

IMPLANTE CIRÚRGICO

Drenos: _____

Tela: _____

Cateter: _____

Ostomia: _____

Fio de KC: _____ Parafuso - tipo: 13 parafusos

Placa - Tipo: 02 xp 07F

Outros: _____

EXAMES SOLICITADOS:

() Hemograma () Gasometria

() Coagulograma () Outros

() Tipagem Sanguínea () Glicosimetria:

Radioscopia (Raio X)

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

Caixa cirúrgica: limpa + 3,5h Quant. Material: 36

Val.: 29/07/16 Contagem de gaze e compressa: () Não Sim

P. 03

Planos Silvana da S. Oliveira

dt. 902



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

NIR

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 Silvana da Silva Oliveira		6 - Nº DO PROTOCOLO			
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO 15-09-1993	9 - SEXO FER	MASCULINO	1	FEMININO <input checked="" type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Em		11 - TELEFONE DE CONTATO 99234768			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) Sítio Nova Descoberta					
13 - MUNICÍPIO Pedra Azul	14 - BAIRRO Zona Rural	15 - UF RN	16 - CEP		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Acidente de moto c/ trauma em antebraço e			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura antebraço e	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Atendimento antebraço	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	29 - DT SOLICITAÇÃO 08, 07, 16		30 - CNS / CPF
			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 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO	41 - CID PRINCIPAL		
42 - CID SECUNDÁRIO	43 - () 44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA		

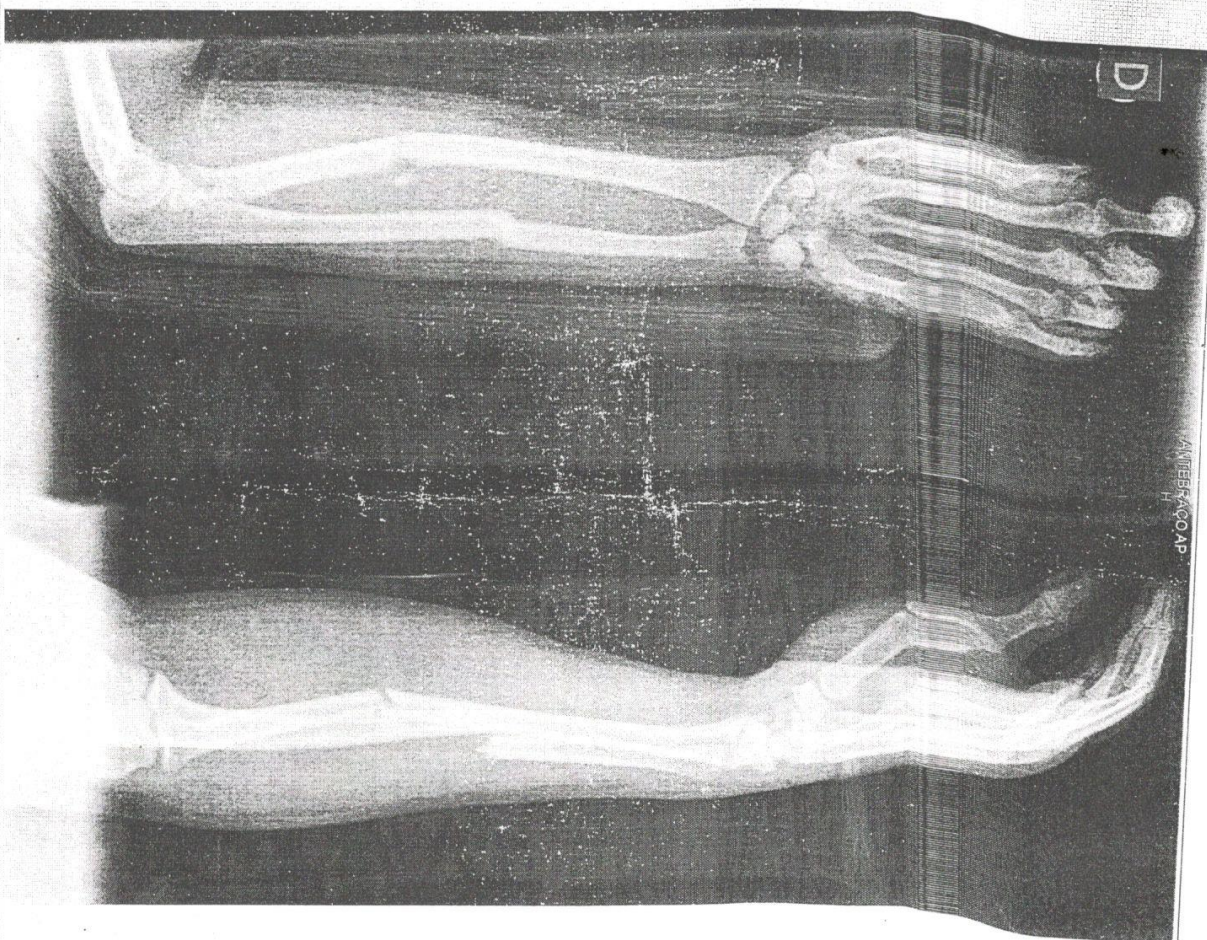
AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) CONFERIR COM ORIGINAL Servidor 080794
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
48 - CNS / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

*Lição: 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.

SILVANA BRUNO OLIVEIRA
R. S. 1000

21/06/2018
S. VALS. 400.000



ANTERIOR AP

PROF. DR. ITAMAR OLÍMPIO DE VASCONCELOS MAIA
R. S. 1000
S. VALS. 400.000

4 cm
A. S. 1000
R. S. 1000
S. VALS. 400.000

SINISTRO 3170268110 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA SILVANA DA SILVA OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO SILVANA DA SILVA OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 01789321409

Posição em 17-08-2017 11:25:11

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração do Proprietário do Veículo	Vítima	Pendente	