



Número: **0802796-67.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA (AUTOR)	KENNEDY LAFAIETE FERNANDES DIOGENES (ADVOGADO) EMANUELL CAVALCANTI DO NASCIMENTO BARBOSA (ADVOGADO)
PORTE SEGURU VIDA E PREVIDENCIA S/A (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38453 712	28/01/2019 14:38	CCF14082018 00000	Outros documentos
38453 820	28/01/2019 14:38	CCF14082018 00001	Outros documentos

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Jose de Anchieta Otaviano Vieira,
Nacionalidade Brasileiro, Est. Civil Solteiro,
CPF nº 876.654.764-91, RG Nº 001.528.269, Tel. 99151-3780,
Endereço: Rua Br. 406, n° 1335 - João Camara - RN
;Cep.: 59550-000,
E-mail.: _____.

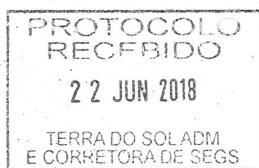
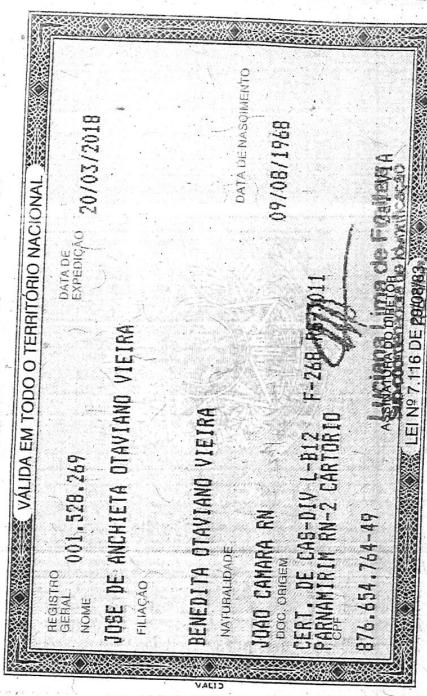
OUTORGADOS: **KENNEDY LAFAIETE FERNANDES DIÓGENES**, brasileiro, casado, Advogado inscrito na OAB/RN sob o nº 5786, **RAPHAEL GURGEL MARINHO FERNANDES**, brasileiro, solteiro, Advogado inscrito na OAB/RN sob o nº 7864, **ALUÍZIO HENRIQUE DUTRA DE ALMEIDA FILHO**, brasileiro, casado, Advogado inscrito na OAB/RN sob o nº 6263, e **SANDERSON LIÊNIO DA SILVA MAFRA**, brasileiro, casado, Advogado inscrito na OAB/RN sob o nº 9249, **EMANUELL CAVALCANTI DO NASCIMENTO BARBOSA**, brasileiro, solteiro, Advogado inscrito na OAB/RN 11.641, **MONICK EZEQUIEL CHAVES DE SOUSA**, brasileira, casada, Advogada inscrita na OAB/RN sob o nº 11.746, **BRENO HENRIQUE SILVA DE CARVALHO**, brasileiro, solteiro, Advogado inscrito na OAB/RN sob nº 13.056, **RHANNA CRISTINA UMBELINO DIOGENES**, brasileira, solteira, Advogada inscrita na OAB/RN sob nº 13.273, **CAIO DE PAULA SILVA**, brasileiro, solteiro, Advogado inscrito na OAB/RN sob nº 15.485, **FABRÍCIO BRUNO SILVA DE OLIVEIRA** brasileiro, solteiro, Advogado inscrito na OAB/RN sob nº 16.190, **FABRÍCIO BRUNO SILVA DE OLIVEIRA** brasileiro, solteiro, Advogado inscrito na OAB/RN sob nº 16.190, todos associados do Escritório **DIÓGENES, MARINHO E DUTRA ADVOGADOS**, Pessoa Jurídica de Direito Privado, inscrita no CNPJ sob o nº 08.767.120/0001-20, inscrita na OAB sob o nº 225, com sede na R. Dr. Manoel Dantas, nº 484, Petrópolis, Natal/RN, CEP. 59.012-270, Fone **(84) 3221-4144**, para onde devem ser encaminhadas às comunicações de praxe.

PODERES: Todos os poderes constantes da cláusula "ad judicia et extra" para o foro em geral e processos administrativos, podendo em qualquer juízo, instância ou tribunal, justiça especial, comum, federal, pequenas causas, em conjunto ou separadamente, propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-los nas contrárias, até o final da decisão, interpondo caso necessário e por convicção os recursos, meios, institutos e remédios jurídicos permitidos em lei, conferindo-lhes ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, inclusive o de levantar alvará judicial e saca-lo junto ao Banco do Brasil, além de praticar atos necessários ao fiel cumprimento deste mandato, podendo, ainda substabelecer a presente em outras de igual teor e validade, a quem lhes convier, com ou sem reserva de iguais poder.

HONORÁRIOS: Fica justo e acordado que o OUTORGANTE pagará aos OUTORGADOS, a título de honorários advocatícios, o percentual de **30% (trinta por cento)** sobre o valor da condenação e/ou acordo, acrescidos de todos os consectários legais, se houver, autorizando desde já, sua retenção no momento da quitação.

Natal/RN, 14 de Agosto de 2018.

X Jose de Anchieta Otaviano Vieira



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
876.654.764-49

Nome
JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA

Nascimento
09/08/1968



FIMI DATA DO BRASIL
NSU TUB/DM: 00113176210 RS: 2677405
Correspondente do Banco Itaú
Proposta de Pre-abertura de Conta

Agência : 05376-JOAO CHAMARA
Ag. Ref. : 05376-JOAO CHAMARA
PGB : 060 - FRANKLIN MAGAZINE
Nome : JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO
VIEIRA
Data : 01/06/2018
Método de abertura: 00

Agência : 05376-JOAO CHAMARA
Cota : 00000000115276
Nome : JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO
VIEIRA
Data : 01/06/2018
Método de abertura: 00

Type Pessoa: Física
Tipo Conta : Conta Corrente
Cesta de Serviços: CESET/EXPRESSO 4
R\$ 15,00

Adesão ao Programa de Benefícios: N
SIS Banco: 022929696699
0800 727 9933
15.59.37
HKA

Sujeito a Confirmação do Banco



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59045-000
CNPJ: 08.334.305/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.4263-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4462

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO
Av. Senador Salgado Filho, 1555 - Tirol - RN - 59045-000
Horário Operacional: 08h às 18h
1115
32624770

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 28/05/2018 AS 09:51:38

MATRÍCULA: 3631139 / MÊS/ANO: 06/2018

DADOS DO CLIENTE

BENEDITA OTAVIANO VIEIRA
RUA BR.406, N, 1335 - JOAO CAMARA JOAO CAMARA RN
59550-000

INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	HABITAC.	QUANTIDADE DE USUÁRIOS	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
296.001.015.0110.000	1	5500	1				

HIDROMETRO Y175157328

SITUAÇÃO ÁGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

ESTADO

POTENCIAL

CONSUMO ÁGUA (M³): 8 DATA LEITURA: 28/05/2018

LEIT. ATUAL: 86

LEIT. ANT.: 78

DIAS CONSUMO: 32

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MÉDIA
05/2018	13	03/2018	12	01/2018	19	12
04/2018	12	02/2018	11	12/2017	5	

DESCRICAÇÃO CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA CONSUMO DE ÁGUA 8 M³ 39,99

RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)

PROTÓCOLO RECEBIDO

22 JUN 2018

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

TRIBUTOS BASE DE CÁLCULO PERCENTUAL(%) VALOR DO IMPOSTO

PIS 39,99 1,65 0,66

COFINS 39,99 7,6 3,04

VENCIMENTO 13/06/2018 TOTAL A PAGAR: 39,99

O RELATÓRIO ANUAL DE QUALIDADE DE ÁGUA DE 2018, REFERENTE A 2017,
ESTÁ DISPONÍVEL NO SITE DA CAERN, NO MENU DESCRIPTIVO
"INFORMAÇÕES TÉCNICAS"

Parâmetros	MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA				
	Turbidez	PH	Colif. Total	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	≤ 5,0 NT	6,0 a 9,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/l	≤ 10,0 mg/l
Valores Obtidos	1,2	7,36	39,19 %	1,5	

82640000000 4 39990006296 5 00363113901 5 06201870003 9



MATRÍCULA: 3631139 / MÊS/ANO: 06/2018 / VENCIMENTO: 13/06/2018 / TOTAL A PAGAR: 39,99



COMPROVANTE DA CAERN

116082-Guilherme de Oliveira Andrade

C/C



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

PROTOCOLO
RECEBIDO

22 JUN 2018

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 10º DELEGACIA REGIONAL - JOÃO CÂMARA
Endereço: RUA RITA FERREIRA DE FARIA, 3, CENTRO, JOÃO CÂMARA

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J201808000427

1.2 Data de Expedição: 03/05/2018 12:05:22

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 07/02/2017 18:00:00

2.2 Autoria: Conhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.7 Logradouro: EM FRENTE AO SUPERMERCADO DE SARA

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.9 CEP:

2.8 Número: 0000

2.11 Ponto de Referência: EM FRENTE AO SUPERMERCADO DE SARA

2.10 Complemento:

2.13 Cidade: JOÃO CÂMARA

2.12 Bairro: BR 406

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA

3.2 Estado civil: Divorciado(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai:

3.5 Etnia: Parda

3.6 Mãe: BENEDITA OTAVIANO VIEIRA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 87665476449

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 09/08/1968

3.13 Profissão: PECUARISTA

3.14 RG: 1528269 - Itep/RN

3.15 Telefone(s):

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 1335

3.18 Naturalidade: JOAO CAMARA RN

3.19 Bairro: BR-406

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA 21 DE ABRIL

3.23 Cidade: JOÃO CÂMARA

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)

5.1.1 Nome Completo: A ESCLARECER

5.1.2 Alcunha:

5.1.3 Nome Social:

5.1.4 Pai:

5.1.5 Estado civil:

5.1.6 Mãe:

5.1.7 Etnia:

5.1.8 Identidade de Gênero:

5.1.9 Data de Nascimento:

5.1.10 Orientação Sexual:

5.1.11 RG: Não informado

5.1.12 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO

5.1.13 Profissão:

5.1.14 CPF:

5.1.15 Passaporte:

5.1.16 Nacionalidade:

5.1.17 Características:

5.1.20 CEP:

5.1.18 Logradouro:

5.1.22 Cidade:

5.1.19 Número:

5.1.21 Bairro:

5.1.23 Estado:

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi:

7.1.4 Renavam: 00209086750

7.1.5 Placa: NNV4892

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: FUSCO CARGO 125A

7.1.9 Ano do Modelo: 2010

7.1.10 Ano de Fabricação: 2010

7.1.11 Cor do veículo: BRANCA

7.1.12 Tipo do veículo: TRICICLO

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: LINDEMberg PEREIRA DE SOUZA

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE INFORMA QUE NO DIA 07/02/2017, POR VOLTA DAS 18:00H, FOI ATRAVESSA A BR-406, ANDANDO PRÓXIMO AO POSTO DE GASOLINA MATEUS/PRÓXIMO AO DEPÓSITO UNIÃO, QUANDO UMA MOTOCICLETA (MENTIONADA NESTE B.O.) ESTAVA PASSANDO NA BR-406, SENTIDO JOÃO CÂMARA-MACAU, BATEU NO COMUNICANTE; QUE FOI SOCORRIDO PELA SAMU, QUE O LEVOU PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL, EM NATAL; QUE, O COMUNICANTE TEVE FRATURA NO JOELHO DIREITO, NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

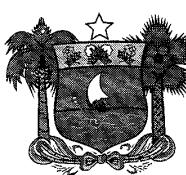
O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data 03/05/2018 12:05:22

Protocolo: J201808000427 | Código de autenticação: 6a0b95f4ad254036cb15467b741bb630

Página 1 2

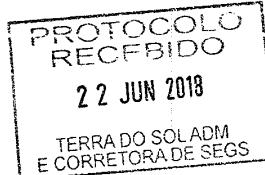
Jose de Anchieta Otaviano Vieira



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 RN



DECLARAÇÃO



Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que em busca no sistema informatizado do SAMU 192 RN foi encontrada a ocorrência Nº S246586 referente a paciente **JOSÉ DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA**, 50 anos, atendido (a) pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 07/02/2017 (em João Câmara/RN, vítima de atropelamento por moto. Conforme ficha anexa.

Natal, 04 de abril de 2018.

Dra. Sabrina Cavalcante de Macedo
Coordenadora Regulação Médica do SAMU 192 RN
MAT 195846-6

SAMU 192 RN
END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 – BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545
FONE: 84 3209-5316



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA

FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA

FICHA DE ATENDIMENTO :	S246586
DATA DA OCORRÊNCIA:	07/02/2017 17:44:56
CIDADE:	JOAO CAMARA
BAIRRO:	
PONTO DE REFERÊNCIA:	PROX POSTO DE GASOLINA MATEUS/PROX DEPOSITO UNIÃO
LOGRADOURO:	406 SENTIDO JOÃO CAMARA MACAU,
INTERESSADO:	VANIA
TELEFONE:	9105-3317
TIPO:	TRA
NATUREZA:	TRAUMA
SUB-TIPO:	TRA12
NATUREZA:	ATROPELAMENTO POR MOTO
IMPRESSO POR:	IVAN JOSE DE ARAUJO CARDOSO
DATA DA IMPRESSÃO:	04/04/2018 08:48:28

DATA	HORA	TERMINAL	OPERADOR	EVENTOS	
				DETALHES	ACOVIDO
07/02/2017	17:44:56	tarm11	53955244	PCT DESCONHECIDO +- 48	
07/02/2017	17:45:24	tarm11	53955244	** Local do evento alterado de "BR 406 SENTIDO MACAU" to "BR 406 SENTIDO JOÃO	
07/02/2017	17:45:24	tarm11	53955244	CAMARA MACAU" at: 02/07/17 17:45:24	
07/02/2017	17:45:24	tarm11	53955244	** >>> by: FABIANA MARIA DA SILVA on terminal: tarm11	
07/02/2017	17:47:29	regسامو02	55323904	PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO	
07/02/2017	17:47:42	regسامو02	55323904	APRESENTA PROVÁVEL FRATURA DE MID	
07/02/2017	17:47:54	regسامو02	55323904	SEM USB NO LOCAL	
07/02/2017	17:48:00	regسامو02	55323904	LIBERO USA COD 02	
07/02/2017	17:48:14	despsamu1	96638684	VIATURA USA 11 DESPACHADA - Comandante da VTR: (CIODS CIODS)	
07/02/2017	17:48:23	regسامو02	55323904	** Tipo do evento alterado de M01 para TRA(TRA12) às 07/02/17 17:48:23	
07/02/2017	17:48:23	regسامو02	55323904	** Event Priority changed from 4 to 1 at: 02/07/17 17:48:23	
07/02/2017	17:48:23	regسامو02	55323904	** >>> by: AUGUSTO DA MOTA PASSOS FILHO on terminal: regسامو02	
07/02/2017	17:48:23	regسامو02	55323904	** >>> by: AUGUSTO DA MOTA PASSOS FILHO on terminal: regسامو02	
07/02/2017	17:50:01	despsamu1	96638684	VIATURA USA 11 EM ROTA	
07/02/2017	17:53:51	despsamu1	96638684	VIATURA USA 11 INFORMOU O CÓDIGO UC	
07/02/2017	17:54:08	despsamu1	96638684	VIATURA USB49 DESPACHADA	
07/02/2017	17:54:10	despsamu1	96638684	VIATURA USB49 EM ROTA	
07/02/2017	18:22:38	despsamu2	523690564	VIATURA USB49 CHEGOU AO LOCAL	
07/02/2017	18:35:47	regسامو02	55323904		
07/02/2017	18:36:02	regسامو02	55323904	USB 49, FLÁVIO	
07/02/2017	18:36:14	regسامو02	55323904	QRA DE JOSÉ DE ANCHIETA, 47 ANOS	
07/02/2017	18:36:58	regسامو02	55323904	VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO E POR CARRO	
07/02/2017	18:37:04	regسامو02	55323904	ESTAVA ALCOOLIZADO, DEAMBULANDO	
07/02/2017	18:37:16	regسامو02	55323904	GLASGOW DE 14, POR ALCOOLIZAÇÃO	
07/02/2017	18:37:23	regسامو02	55323904	NEGA PERDA DE CONSCIENCIA	
07/02/2017	18:37:48	regسامو02	55323904	APRESENTA CORTE EM REGIÃO FRONTAL À ESQUERDA, COM MMSS, TORAX E ABD LIVRES	
07/02/2017	18:38:02	regسامو02	55323904	DOR A PALPAÇÃO DE TÓRAX ESQUERDO, MAS SEM CREPTAÇÃO	
07/02/2017	18:38:07	regسامو02	55323904	MIE LIVRE	
07/02/2017	18:38:25	regسامو02	55323904	MID COM PROVÁVEL FRATURA DE TÍBIA, COM DEFORMIDADE EM JOELHO E SANGRAMENTO	
07/02/2017	18:38:28	regسامو02	55323904	SANGRAMENTO CONTIDO	
07/02/2017	18:38:37	regسامو02	55323904	SSVV:	

04/04/2018

Cronologia

07/02/2017	18:38:57	regsamu02	55323904	PA 140X90, FC 66, FR 19, SAT94AA
07/02/2017	18:39:08	regsamu02	55323904	PACIENTE ETILISTA CRÔNICO
07/02/2017	18:39:15	regsamu02	55323904	ACESSO VENOSO COM RINGER LACTATO
07/02/2017	18:39:27	regsamu02	55323904	IMOBILIZADO CONFORME PROTOCOLO E MID IMOBILIZADO
07/02/2017	18:39:42	regsamu02	55323904	SEGUIR QTI CLÓVIS
07/02/2017	19:41:57	tarm1	60832154	CONTATO COM DR GUSTAVO DO POLITRAUMA DO CLÓVIS, ENVIO AUTORIZADO
07/02/2017	20:21:09	despsamul	46874664	
07/02/2017	20:21:14	despsamul	46874664	PCT AOS CUIDADOS DR LEONARDO
07/02/2017	20:23:23	despsamul	46874664	VIATURA USB49 FINALIZOU A OCORRÊNCIA COMO (HSP) [ENCAMINHADO HOSPITAL] COMENTÁRIO ADICIONAL: PCT AOS CUIDADOS DR LEONARDO

SABRINA CAVALCANTE DE MACÉDO
COORDENADORA DE REGULAÇÃO MÉDICA



PROTÓCOLO
RECEBIDO
22 JUN 2018
Sistema: Ministério FERRAMENTAS ADM CORRETORA DE SEGS Saúde
Identificação do Estabelecimento de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
DE INTERNAÇÃO HOS

FALTA SOLICITAR
EXAMES LABORATORIAIS
~~(ECG)~~

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES
3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO
146876

JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO

10- RACA/COR
PARDA

7- CARTAO NACIONAL/SUS
160 6095 2691 0006

8- DATA DE NASCIMENTO
09/08/1968

9- SEXO
MASCULINO

12- TELEFONE DE CONTATO

11- NOME DA MAE
BENEDITA OTAVIANO VIEIRA

99214-7099

13- NOME DO RESPONSÁVEL
EZEQUIEL OTAVIANO- FILHO

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, N°)
RUA 21 DE ABRIL 3350

17- BAIRRO
CENTRO

18- UF
RN

19- CEP
59000-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Defeito de pele
do lado esquerdo
coração acelerado

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessito tratar meu coração

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

ECG + ST
frequência cardíaca + leve febre periférica

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr Edimar M Dentas

CRM 942

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- N° DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
		146876
DATA	HORA	CATEGORIA
22/02/2017	16:41	GIH
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO
JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO		09/08/1968
ESTADO CIVIL	PROFISSAO	
CASADO	PESCADOR	
ENDEREÇO (RUA, N°)	BAIRRO	UF
RUA 21 DE ABRIL 3350	CENTRO	RN
MUNICIPIO		CEP
JOAO CAMARA		59000-000
LOCAL DE TRABALHO		TELEFONE
FILIAÇÃO		
BENEDITA OTAVIANO VIEIRA		
RESPONSÁVEL	TELEFONE	
EZEQUIEL OTAVIANO- FILHO	99214-7099	
ENDERECO		
O MESMO		
DIAGNOSTICO PROVISÓRIO	<i>Xeret Peels</i>	
DIAGNOSTICO DEFINITIVO		
DATA DE ADMISSÃO	30.02.17	ALTA
	26.03.17	OBITO
HISTÓRIA CLÍNICA		
<i>Dr Edimar M. Dantas Ortopedia - Traumatologia CRM 842</i>		
<i>CONFIRMANO ORIGINAL SANTOS 2017</i>		

 <p>GOVERNO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walferdo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho</p>		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 <i>416</i>		
JOSE DE ANCHIETA OTAVIA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 5 - NOME DO PACIENTE <i>JOSE DE ANCHIETA</i> 6 - N° DO PROTOCOLO <i>100</i> 7 - CARTÃO NACIONAL / SUS <i>160 6095 2691 0006 09108168</i> 8 - DATA DE NASCIMENTO <i>09/10/81</i> 9 - SEXO <i>MASCULINO</i> 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Maria Costa Lima</i> 11 - TELEFONE DE CONTATO <i>9.9432.5314</i> 12 - ENDERECO (RUA, N°) <i>R. 21 DE ABRIL 3350</i> 13 - BAIRRO <i>CENTRO</i> 14 - UF <i>PE</i> 15 - CEP <i>9.9214 7099.</i>			
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO <i>Fun TAT (Desinserção tonico patelar)</i> <i>OCABO C1N10</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Rr e b Pox</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Franco Jose</i>	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO <i>TRATAMENTO ORTOPÉDICO</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>030 80 100 19</i>	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO <i>CONFERENCIAL</i>
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Jaboty CRM 362</i>	29 - DT SOLICITAÇÃO <i>1/1/2010</i>	30 - CNS / CPF	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
32 - () ACIDENTE DE TRANSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - N° DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ:	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		Descrição... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
41 - CID PRINCIPAL		43 - () GRAVE	45 - () GRAVISSIMA
42 - CID SECUNDÁRIO			
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - N° 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.



Hospital

Nº prontuário

Nome do paciente

JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO		Enf.	Leito
Data operação		1º auxiliar	
Operador	08/03/2017	3º auxiliar	Instrumentador
2º auxiliar			
Anestesista	MICHELI	Tipo de anestesia	
Diagnóstico pré-operatório		RICARDO EMANUEL	
Tipo de operação			
FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO + AVULSAO DE TENDÃO PATELAR			
Relatório imediato do patologista			
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA PLATÔ TIBIAL DIREITO + RECONSTRUÇÃO DO			
Exame radiológico no ato			
APARELHO EXTENSOR DO JOELHO DIREITO			
Acidente durante a operação			

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ESVAZIAMENTO MI + GARROTEAMENTO
3. ASSEPSIA E ANTISEPSIA
4. CAMPOS ESTÉREIS
5. INCISÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS EM PLATO TIBIAL LATERAL DE JOELHO DIREITO
6. REDUÇÃO DA FRATURA E ESTABILIZAÇÃO COM FIOS DE K
7. PLACA 4,5 EM 1 4,5MM + PARAFUSOS
8. RETINACULOTOMIA, FIXAÇÃO DO TENDÃO PATELAR, AMARRIA DE SEGURANÇA COM FIO DE CERCLAGEM
9. UTILIZAÇÃO DO INTENSIFICADOR DE IMAGEM
10. HEMOSTASIA RIGOROSA
11. LAVAGEM E SUTURA POR PLANOS
12. CURATIVO
13. SOLTURA DO GARROTE
14. TALA COXO-SURAL
15. BOA PERFUSÃO DISTAL

Dr. Anderson Ferreira de Araújo
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia e Ortopedia
Médico

<input type="checkbox"/> CIRURGIAS MÚLTIPLAS
<input type="checkbox"/> (041) 5030012
<input type="checkbox"/> POLITRAUMATIZADO
<input type="checkbox"/> (041) 5030013
<input type="checkbox"/> PROC. CLÍNICO
<input checked="" type="checkbox"/> PROC. CIRÚRGICO
<input checked="" type="checkbox"/> 0508050501
<input type="checkbox"/> CBO: 22525
<input type="checkbox"/> CBO: 225270
<input type="checkbox"/> DIAS
<input type="checkbox"/> CID 582-1



Hospital

Nome do paciente		Nº prontuário
Data operação	Enf.	Leito
Operador	1º auxiliar	
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador
Anestesista <i>ESNA ROD CLM 4281</i>	Tipo de anestesia	
Diagnóstico pré-operatório		
Tipo de operação		
Diagnóstico pós-operatório		
Relatório imediato do patologista		
Exame radiológico no ato		
Acidente durante a operação		

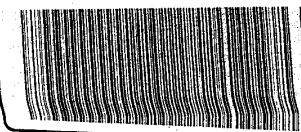
DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

CONFIRMO
KENNEDY LAFAIETE FERNANDES DIOGENES
1901281436320690000037204465



SERVIÇO DE ENFERMAGEM



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: José de Andrade Mariano Idade: 48 D/N: 05/08/1968
 Pront.: 146.836 Município: São Caetano Procedência: () Interno () Externo
 Data da cirurgia: 08/03/17 Hora Admissão: Bloco: 08:40 Sala: 08:40 Hora Saída: 11:30 Peso: 94,6 kg
 Alergias: (x) Não () Sim Nega Comorbidades: () HAS () DM () Outras Nego
 Uso de medicações: () Não () Sim Nega Jejum: () Não (x) Sim
 SSVV Admissão: PA: mmHg Pulsos: bpm Fl: rpm FC: bpm SpO₂: % T: °C

Enfermeiro(a): Luciane Instrumentado (a): Glória Circulante: Augusto
 Cirurgia: TCC Cirurgia Plastor Especialidade: ORT Sala: 03
 Hora Início: 09:00 Hora Término: 11:00 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
 1º Cirurgião: MICHEL Aux.: RICARDO Residente:

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: () Bloqueio Raquidiana Ag.nº 25 () Peridural () c/cateter () s/cateter
 Ag.nº _____ Cateter nº: _____ Início: 08:45 Garrota () Smarch () Pneumático Início: 08:50 Término: 11:05
 Anestesiologista: DR LEONILDO

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	62	59	63	Bpm
Pulso	62	59	63	Bpm
Oximetria	96,1	97	98,6	%
Capnografia	=	-	-	%
PA	136/91	105/70	122/89	mmHg

ACCESSO VENOSO	
Punção Arterial	
Punção Venosa Periférica	
Punção Venosa Central	
Dissecção venosa	
Local:	
Cateter:	

SONDAGEM GÁSTRICA	
SNG nº	
Retorno:	

CATETERISMO VESICAL	
SVF nº	SVA nº
Diurese:	

Profissional responsável:

EXAMES SOLICITADOS:

() Hemograma	() Gasometria
() Coagulograma	() Outros
() Tipagem Sanguínea	() Glicosimetria
() Radioscopia (Raio X)	

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
Dorsal	Cabeça	Anatômicos
Ventral	PESCOÇO	Abduzidos
Lateral	TÓRAX	Fletidos
Litotômica	LOMBAR	MMII
Trendlemburg		Anatômicos
Canivete		Abduzidos
Proclive		Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

(x) Sim () Não () Metal () Descartável

Local: ORCAT

DEGERMAÇÃO

(x) Sim () Não () Sim () Não

Local: MJO Solução: () CORTIX Local: MJO

IMPLANTE CIRÚRGICO

Drenos:

Tela:

Cateter:

Ostomia:

Fio de KC:

Placa - Tipo: L'ESQ CEFAL 3/5 Parafuso - tipo: CONCRE

Outros:

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

Caixa cirúrgica: M 5 / R 400 Quant. Material: () Não () Sim

Val.: 13/03/17 Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim

HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉIO MARQUES LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

Unid. () Plasma Unid. () Plaquetas Unid.
() Expansor plasmático Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: _____ ml () Soro Ringer Simples: _____ ml Quantidade total de volume administrado: _____
() Soro Glicosado: _____ ml () Soro Ringer Lactato: _____ ml

ANÁTOMO 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: *Sur mateu s. via curativa do P. T. O. P. T. S. P. Penas drenadas e drenos curativos + 8. Tornozelo com ferida aberta. Curativo C/ S. C. S. S. Colostomia aberta, uso f. x. Ass: subsc. Coren: 6921*

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel Ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro:
Diurese: () Espontânea () Normal () Hematuria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: *CKD*

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: 11:30 Data: 05/03/17 Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado () Desorientado () Agitado () Choroso Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ Ambiente Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Venoclise: () Não () Sim Tipo: AB Local: M&P Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical Drenos: () Sução () Torácico () Penrose () Kher 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 () Bexiga () Alteração PA () Alteração FC Relate: _____

SINAIS VITais

Horas	T°C	P.	PA	FR	Sat.%	Dol.
Admissão	<u>53</u>				<u>100%</u>	<u>00</u>
30'	<u>54</u>				<u>100%</u>	<u>05</u>
60'						
Alta						

Medicações administradas URPA:

Horas	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Líquidos administrados na URPA:

Horas	Diurese	Retorno Gás.	Drenagem	Retorno da infusão
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: *Pará. admittido em SCA. TE mantém AP + curativo + dreno seco.*

Agora recuperado encaminhado p/ PR.

Ass: Aline C Coren: 168301



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

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

HEMOTRANSFUSÃO:

(Hemoconcentrado _____ Unid. (Plasma _____ Unid. () Plaquetas _____ Unid.)
 (-) Álbumina _____ Unid. (Expansor plasmático _____ Unid.)

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: _____	h: _____	h: _____	h: _____
h: _____	h: _____	h: _____	h: _____
h: _____	h: _____	h: _____	h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

(Soro Fisiológico: _____ ml (Soro Ringer Simples: _____ ml Quantidade total de volume _____
 (-) Soro Glicosado: _____ ml (Soro Ringer Lactato: _____ ml administrado: _____

ANÁTOMO PATOLÓGICO

<input type="checkbox"/> Não (<input checked="" type="checkbox"/> Sim Peça:	Peça para sepultamento: (<input type="checkbox"/> Não (<input checked="" type="checkbox"/> Sim
Swab para cultura:	Líquido:

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: ()limpo ()c/exsudato ()Contaminada ()Aparelho gessado ()Bandagens ()Talas ()Outros:

INTERCORRÊNCIAS:

Ass: _____ Coren: _____

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: SRPA

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: 15:35 Data: 04/06/17 Nível de consciência: ()Acordado ()Sonolento ()Narcose ()Orientado
 (-) Desorientado ()Agitado ()Choroso 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: HU Local: MS 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 ()Bexiga ()Alteração PA ()Alteração FC

Relate:

SINAIS VITAIS

Líquidos administrados na URPA:

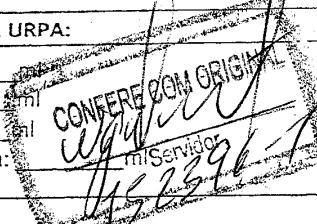
Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	-	79	14x7	20	100	Ø
30'	-	78	16x9	19	100	Ø
60'	-	79	16x8	20	100	Ø
Alta	-	76	16x8	19	100	Ø

Soro glicosado: _____

Soro Fisiológico: _____ ml

Ringer: 500 ml

Irrigação vesical contínua: _____ ml Servidor: _____



Medicações administradas URPA:

Eliminações:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Recebido da SO	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Desprezado				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

16:10 paciente inconsciente p/ seu nível consciente orientado
o ombro na HUP Análise

Ass: _____ Coren: _____



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

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome: José de Andrade Otávio Guedes Idade: 48a D/N: 09/08/68
Frontal: 146x76 Município: B. Caixa Procedência: Interno Externo
Data da cirurgia: 04/08/17 Hora Admissão: Bloco: _____ Sala: _____ Hora Saída: _____ Peso: _____
Alergias: Não Sim Comorbidades: HAS DM Outras _____
Uso de medicações: Não Sim Jejum: Não Sim
SSVV Admissão: PA: _____ mmHg Pulso: _____ bpm Fl: _____ rpm FC: _____ bpm SpO₂: _____ % T: _____ °C
Enfermeiro(s): Rachane Instrumentado (a): Sayonara Circulante: Cruze + Rito
Cirurgia: Debridamento urinário pélvico Especialidade: Ortopedico Sala: 23
Hora Início: 15:00 Hora Término: 15:35 Tipo de cirurgia: Eletiva Urgência Limpa Contaminada Infectada
1º Cirurgião: Frederico Aux.: _____ Residente: _____
Anestesia: Local Sedação Geral TOT: 15 Bloqueio Raquidiana Ag. n° 25 Peridural c/cateter s/cateter
Ag. n° _____ Cateter n° _____ Início: _____ Garrote: Smarch Pneumático Início: _____ Término: _____
Anestesiologista: Waldemar

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>74</u>	<u>77</u>	<u>76</u>	Bpm
Pulso	<u>74</u>	<u>77</u>	<u>76</u>	Bpm
Oximetria	<u>100</u>	<u>96</u>	<u>97</u>	%
Capnografia	—	—	—	%
PA	<u>16x10</u>	<u>146x81</u>	<u>152x100</u>	mmHg

ACESSO VENOSO

Punção Arterial

Punção Venosa Periférica

Punção Venosa Central

Dissecção venosa

Local: MSE

Cateter: Teleflex 18

SONDAGEM GÁSTRICA

SNG n°

Retorno: _____

CATETERISMO VESICAL

SVF n°

SVA n°

Diurese: _____

Profissional responsável: _____

EXAMES SOLICITADOS:

- Hémograma
- Coagulograma
- Tipagem Sanguínea
- Teste para HCV (Pronto Y)
- Gasometria
- Outros
- Glicosimetria:

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

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

Sim Não Metal Descartável

Local: _____

DEGERMAÇÃO

Sim Não

Local: MID

TRICOTOMIA

Sim Não

Solução: Clorhexidina cal:

IMPLANTE CIRÚRGICO

Drenos: _____

Tela: _____

Cateter: _____

Ostomia: _____

Fio de KC: _____

Placa - Tipo: _____

Outros: _____

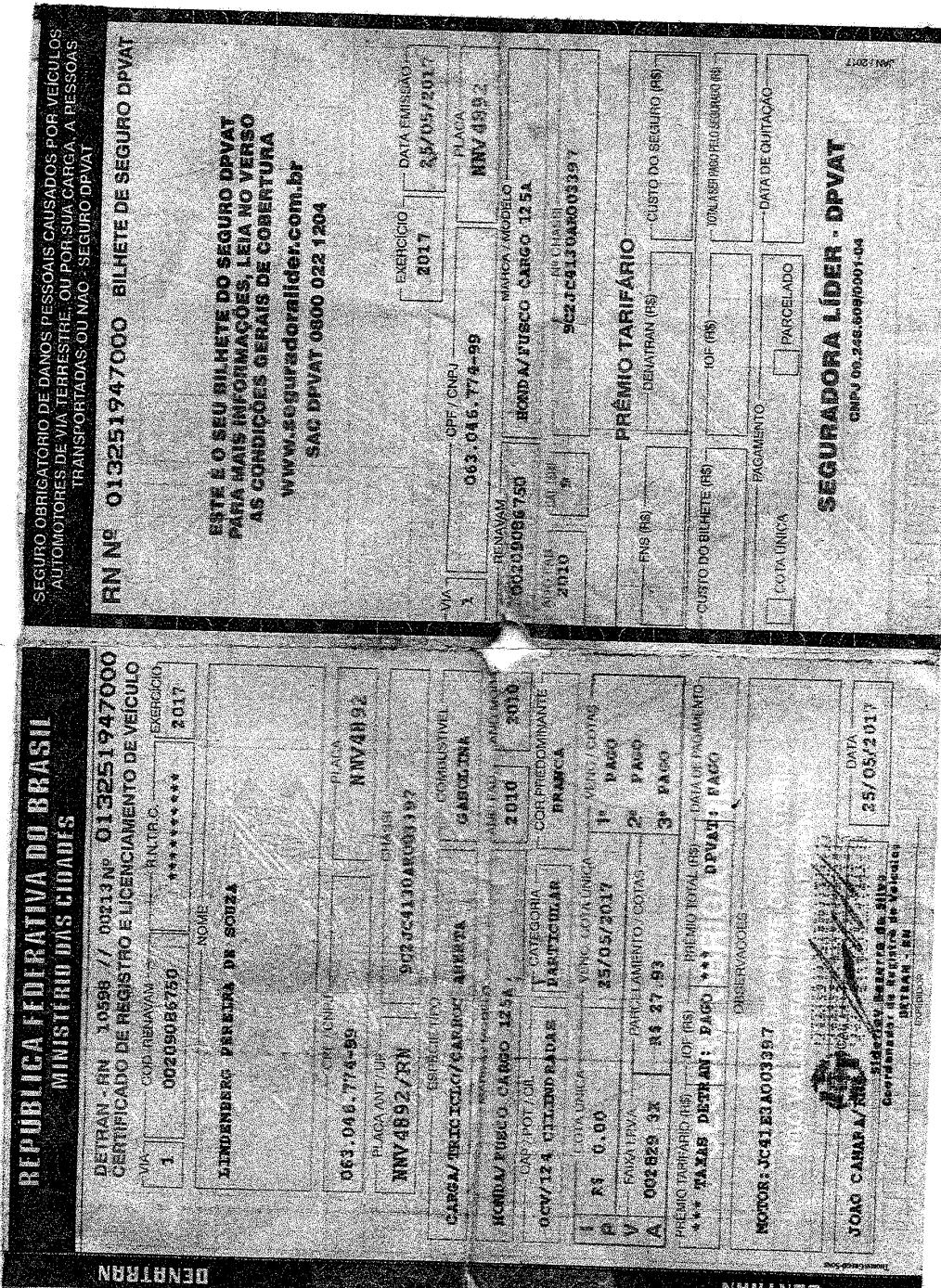
Parafuso - tipo: 13296-1

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

Caixa cirúrgica: Passaro

Quant. Material: _____

Val.: _____ Contagem de gaze e compressa: Não Sim



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTMENT

EDMTRAN

TERRADODSOLADM CORRETOURAGE SGS

SINISTRO 3180288297 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TERRA DO SOL
ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA

CPF/CNPJ: 87665476449

Posição em 14-08-2018 11:48:39

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
12/07/2018	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

