

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2017

Carta nº: 10644277

A/C: JOSE FRANCISCO DA COSTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170136544 ASL-0088988/17

Vitima: JOSE FRANCISCO DA COSTA

Data Acidente: 04/06/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: RODRIGO DA SILVA

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.seguradoralider.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.seguradoralider.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 ARUANA SEGUROS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Março de 2017

Carta nº: 10712582

A/C: JOSE FRANCISCO DA COSTA

Sinistro: 3170136544 ASL-0088988/17
Vítima: JOSE FRANCISCO DA COSTA
Data Acidente: 04/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RODRIGO DA SILVA

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: JOSE FRANCISCO DA COSTA

Valor: R\$ 8.437,50

Banco: 001

Agência: 000003777-X

Conta: 0000041166-3

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	8.437,50

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%
Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

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

Graduação: Em grau intenso 75%

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

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	5.062,50
---	-----	----------

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

DOCUMENTO 1 *T1%*

Nº DO SINISTRO _____



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, JOSE FRANCISCO DA COSTAPORTADOR(A) DO RG Nº 550.407 EXPEDIDO POR STED/RN EM 20/10/06 ECPF 3105252674-87 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO PESCADORE RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE FRANCISCO DA COSTA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem 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 Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com o 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 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3777 - Nº da CONTA (com dígito, se existir) 41166-3

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

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

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

NatalRN de 10 de novembro de 2016

LOCAL E DATA

JOSE FRANCISCO DA COSTA

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.

**Extrato de Conta Corrente**Cliente: **JOSE FRANCISCO DA COSTA**

Agência: 3777-X Conta: 41166-3

Lançamentos

Dia	Histórico	Valor
09/12/2016	Saldo Anterior	0,00 (+)

Informações Adicionais

Juros	0,00
Data de Debito de Juros	03/04/2017
IOF	0,00
Data de Debito de IOF	03/04/2017

Total Aplicações Financeiras	0,00
------------------------------	------

* Saldos por dia Base

Sujeitos a confirmação no momento da contratação



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOSE FRANCISCO DA COSTA, portador da carteira de identidade nº 550.407 e inscrito no CPF/MF sob o nº 316.252.614-87, residente e domiciliado na RUA PROFESSOR FERREIRA SALES, 210, CENTRO, Cidade SÃO RAFAEL, 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.

DOCUMENTO 3 *T3%*



Jose Francisco da Costa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



NATAL, 14 DE NOVEMBRO DE 2016

Local e data



Prefeitura Municipal do Natal
A nossa cidade

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU 192 NATAL

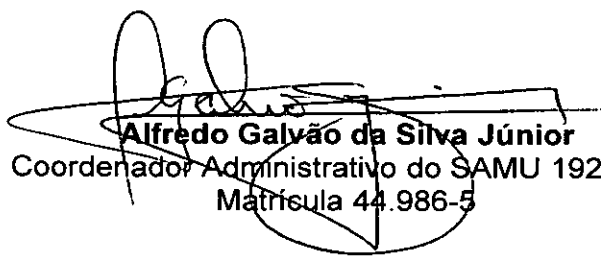
DOCUMENTO 2 *T2%*



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **JOSÉ FRANCISCO DA COSTA** foi vítima de atropelamento por ônibus, no dia 04/06/2016, aproximadamente às 10h13min, na Avenida Rio Grande do Norte, Cidade da Esperança, nesta Cidade. Tendo sido atendido pelo SAMU 192 Natal, **sob nº de ocorrência 103314/1** onde foram realizados os procedimentos de praxe pela equipe de plantão e removido para o Hospital Walfredo Gurgel.

Natal, 13 de Junho de 2016.


Alfredo Galvão da Silva Júnior
Coordenador Administrativo do SAMU 192 Natal
Matrícula 44.986-5



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 103314/1

Data: 04/06/2016

CHAMADO

TARM: JOAO PAULO DA SILVA

Rádio Operador: LITIZ NEY DA SILVA

Equipe Enfermagem Cena:

VTR: USB 15 (UPA 24H ESPERANÇA)

Médico Regulação: MARIA CLAUDIA SALDANHA FARIAS

Médico Cena: LIDIANE GUEDES PITA

Usuário Pós-Cena:

Equipe VTR: GENNER CARLOS DE OLIVEIRA LIMA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
VANESSA BERNARDO DO NASCIMENTO - TECNICO DE ENFERMAGEM☒ Regulação Médica☐ Trote☐ Informação☐ Engano☐ Queda da ligação☐ Sem Médico☐ Transf./Internação☐ Eletivo

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: LUZANA

Telefone: (84) 98791-3090

Nome do Paciente:

JOSE FRANCISCO DA COSTA

Idade: *

58 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

☐ Endereço não informado☐ Coordenadas Informadas

Latitude: -5.8267436 Longitude: -35.2380527

Endereço: AVENIDA RIO GRANDE DO NORTE

Nº: VP

Bairro: CIDADE DA ESPERANÇA

Outro Bairro:

Referência/Complemento: QTH DA LAGOA DE CAPITAÇÃO/// EM FRENTE A LOJA TRI LEGAL/// PX AO DETRAN/// CRUZAMENTO COM A RUA CEARÁ///

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Paciente: ATROPELAMENTO POR ÔNIBUS

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

04/06/2016 10:15:13 - Dr(a). MARIA CLAUDIA SALDANHA FARIAS

APH: TRAUMA / HD: ATROPELAMENTO POR ÔNIBUS

REGULAÇÃO: ATROPELAMENTO POR ÔNIBUS. A VÍTIMA ESTÁ AO SOLO INCONSCIENTE (BATEU A CABEÇA NO MEIO FIO AO CAIR).

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USA

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:



SINAIS VITAIS / OUTROS ACHADOS

Tipo de APH: ,

Hipótese Diagnóstica:

TRAUMA - ATROPELAMENTO POR ÔNIBUS ▾

Sinais Vitais:

04/06/2016 10:41

1º PA - 110X60 ▲

2º FC - 64

3º FR - 20

4º SAT - 93 AA ▾

Antecedentes:

☐ Cardiopatia ☐ Diabetes ☐ Epilepsia ☐ Etilismo ☐ Hipertensão ☐ HIV ☐ Nefropatia ☐ Neoplasia ☐ Pneumopatia ☐ Sequela AVC

Outros Antecedentes:

Nível de consciência:

☐ Normal ☐ Confuso ☐ Torporoso ☐ Inconsciente

Respiração:

☐ Não Respira ☐ Normal ☐ Ruidosa / Dispneia ☐ Via aérea obstruída ☐ Via aérea pérvia

Sudorese:

- SELECIONE - ▾

Coloração da pele:

- SELECIONE - ▾

Sangramento:

- SELECIONE - ▾

Uso de algum Medicamento:

Alergia:

Prioridade:

☒ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul

Observação:

ATROPELAMENTO POR ONIBUS; FOI ARRASTADO PELO ONIBUS; CONSCIENTE; NÃO LEMBRA O QUE ACONTECEU; FERIMENTO SUPERCILIO ESQ 2CM; ESCORIAÇÃO + CORTE CONTUSO TEMPORAL; PROVAVEL FRATURA NOS DOIS PUNHOS; DOR TORACICA E CERVICAL

CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?*

☐ Sim ☐ Não ☒ Não informado

CONDUTA

☐ Atendimento / Residência ☐ Conduta VTR ☒ Remoção / Transferência
☐ Óbito ☐ Endereço não localizado ☐ Evasão do local ☐ Recusa atendimento ☐ Recusa remoção
☐ Removido por terceiros ☐ Trote

Conduta Médico Regulador:

04/06/2016 10:45:14 - LIDIANE GUEDES PITA
ACESSO COM SF; DIPIRONA EV; QTI CODIGO 3 AO CLOVIS

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE - ▾

H. ligação ao serv prop.:

F:

Recebido por:

☐ Vaga Negada☐ Vaga Zero

Motivo da entrada:

▾

PERTENCES



Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
04/06/2016
10:13:18

Regulação Médica:
04/06/2016
10:15:13

Solicitação VTR:
04/06/2016
10:16:50

Saída VTR:
04/06/2016
10:16:52

Chegada Local:
04/06/2016
10:25:07

Saída Local:
04/06/2016
11:08:58

Chegada Destino:
04/06/2016
11:32:44

Liberação Destino:
04/06/2016
11:32:45

Liberação VTR:
04/06/2016
11:33:27



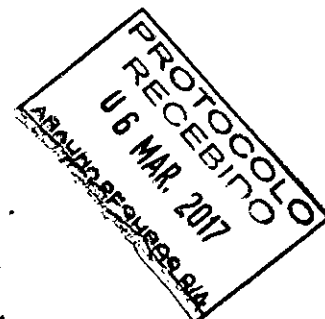


DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSÉ FRANCISCO DA COSTA,RG nº 550.407, data de expedição 20/10/2005, Órgão SSP/RN,CPF nº 315.252.614-87, 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 PROFESSOR FERREIRA SALES</u>
Número	<u>210</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>SÃO RAFAEL</u>
Estado	<u>RIO GRANDE DO NORTE</u>
CEP	<u>59.518.000</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 999195385</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: NATAL, 14 DE NOVEMBRO DE 2016.Assinatura do Declarante: José Francisco da Costa

CONTA DE CONSUMO DE AGUA-ESGOTO E SERVIÇOS
 IMPRESSO EM 27/05/2016 ÀS 08:34:13

JOSE FRANCISCO DA ACOSTA
 RUA PROF FERRIRA DA SILVA 210 - SAO RAFAEL SAO RAFAEL RN
 59513-000

730.001.205.0155.000 2 800 1

Y12N611248 LIGADO LIGADO
 CONSUMO AGUA (M3): 1 DATA LEITURA: 27/05/2016
 LEIT. ATUAL: 232
 LEIT. ANTER: 231
 DIAS CONSUMO: 29

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MULTA
05/2016	1	03/2016	2	01/2016	5	1
04/2016	1	02/2016	1	12/2015	5	

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
AGUA		
RES ENTRE 50 L 100M 1 UNIDADE(S)	1 M3	35,01
CONSUMO DE AGUA		
ESGOTO		12,25
35,0% DO VALOR DE AGUA		0,94
MULTA P/IMPONTUALIDADE PARCELA 01/01		

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	47,26	1,65	0,78
COPINS	47,26	7,6	3,59
			43,20

" JA ESTA DISPONIVEL NO SITE DA CAERN O RELATORIO
 ANUAL DA QUALIDADE DA AGUA 2016 DE SUA CIDADE"
 OS ERIS DEVEN POSSUIR CERTIFICACAO E SEU USO DEVE SER FISCALIZADO.

51792-827-827-100.00% 0.2

PROTOCOLO
 RECEBIDO
 06 MAR. 2017
 ARACMA SEGREDA



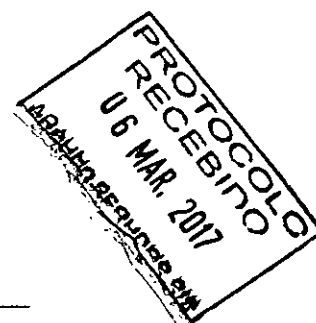
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rodrigo da Silva,RG nº 47.660.209-9, data de expedição 06/06/2013, Órgão SSP/SP,

CPF nº 094.507.224-47, 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 Aníbal Carneiro</u>
Número	<u>2525</u>
Apto / Complemento	<u>Ed. Squali, sala 205</u>
Bairro	<u>Candelária</u>
Cidade	<u>Natal</u>
Estado	<u>Rio Grande do Norte</u>
CEP	<u>59069-340</u>
Telefone de Contato	<u>84 - 99919-5385</u>
E-mail	<u>RODRIGO.SSC.ADOCACIARN@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Natal, 06 de Março de 2017Assinatura do Declarante: Rodrigo da Silva

DADOS DO CLIENTE
ADOLFO MAGALHÃES CAVALCANTI

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANIBAL CORREIA 2525 LJ-105

CPF 069 240 594-59

CANDELARIA/AREA URBANA
NATAL RN
59064-340

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Monofásico

CONTA CONTRATO MÊS/ANO
7010716888 02/2017
DATA DE VENCIMENTO DATA PREVISTA PROXIMA LETURA
22/02/2017 17/03/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)
47,90

Nº DA NOTA FISCAL 000785934
SÉRIE ÚNICA
EMISSÃO 15/02/2017
APRESENTAÇÃO Nº DO CLIENTE Nº DA INSTALAÇÃO
15/02/2017 3011015481 2488892

COMPOSIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	78,0000000	0,53814084	42,05
Contribuição Iluminação Pública			4,74
Multa por atraso - NF 000785935 - 18/09/16			0,32
Juros por atraso - NF 000785935 - 18/09/16			0,79
TOTAL A PAGAR			47,90

COMPARATIVO DO CONSUMO DE 1ª NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE
2181254113	CA1	17/01/2017	24910	15/02/2017	326,00	29	1,00000	
								78,00

COMPARATIVO DE 12 MÊSES		COMPOSIÇÃO DO CUSTEIO	
Mês/Ano kWh		BASE DE CÁLCULO	%
FEV 17 75		ICMS	42,05 18,00 7,56
JAN 17 59		PTIS	42,05 0,32 0,36
DEZ 16 74		CORFINS	42,05 5,28 2,47
NOV 16 54			
OUT 16 30			
SET 16 30			
AUG 16 30			
JUL 16 30			
JUN 16 30			
MAY 16 30			
ABR 16 30			
MAR 16 30			
FEV 16 30			

NOTAÇÕES IMPORTANTES
O pagamento desta Nota Fiscal é devido em 22/02/2017 em espécie. Na data da letura e bandeira em vigor é a Verde. Mas esta notação em verde não garante o pagamento em espécie. Multa 2% (Lei 11.424/06 - 03/03/07) e Juros 1% ao mês (Lei 10.438/02 - 28/04/02), no primeiro mês. O cliente e companhia assumem a responsabilidade por qualquer erro de lançamento. O Cliente e companhia quando não em atraso, não tem prazo definido para o padrão de atendimento comercial.

Não é documento de 2015 e não é documento de 2016. Esta notação é de 2017, para comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, em relação aos tributos e encargos sociais (Art. 17, Lei 12.007/08). Esta notação não altera o resultado de qualquer cálculo de dívida nem altera o resultado de qualquer ação judicial que possa ser ajuizada após o fim do processo judicial.

PROTOCOLO RECEBIDO
06 MAR. 2017
ABAJURA-FOUR-002

TAXAS E ENCARGOS					MÉTODO DE PAGAMENTO	
OCORRÊNCIA	VALOR APRESENTADO	LIMITE BOMBA	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TERCELO	LIMITE DE PAGAMENTO
NATAL	01/01/95					
DIC	0,99	5,31	10,62	21,25	220	202
ENC	1,00	3,17	6,35	12,70		231
DIC	0,99	5,31	10,62	21,25		

LIMITE DIC: R\$ 12,27 ELISD - Valor de Encargo de Usado Sistema de Distribuição - R\$ 14,28

Limite ENC: 12,22 ENC - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 14,28

CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)
7010716888 02/2017 22/02/2017 47,90

83800000000-9 47900038407-0 01071688820-1 00761088633-6





ARUANA SEGUROS

DECLARAÇÃO

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

A Circular nº SUSEP 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 comunicação² ao COAF

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rodolfo da Silva, portador(a) do RG nº 47.660.209-9, expedido por SSP/SP, em

20/07/2000, CPF/CNPJ nº 094.507.224-47, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) JOSE

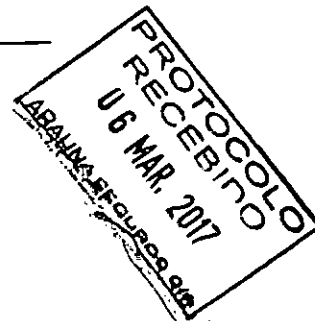
FRANLIZO DA COSTA do sinistro de DPVAT da natureza Invalididez

da vítima JOSE FRANCISCO DA COSTA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECLUSO Renda Mensal: R\$ RECLUSO

Documentos comprobatórios: CARTEIRA DA OAB

Rodolfo da Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

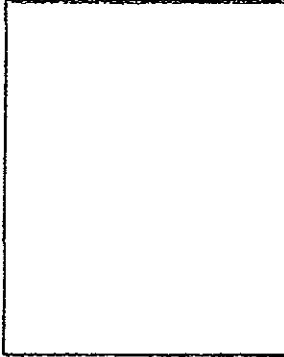


JOSE FRANCISCO DA COSTA

DATA DE NASCIMENTO
11/10/1956

Nº DO PRONTUÁRIO
13799

KANBAN



012

CIRURGIA GERAL

POLITRAUMA

DOCUMENTO 4 *T4%



Data ____/____/____

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Gerado em: 04/06/2016 13:35 | Copyright © 2016 - Lucas Gurgel & Amazing Tech <www.amazingtecnologia.com.br>

RISCOS

ÚLCERAS POR PRESSÃO	QUEDAS	ALERGIAS

A - Alto Risco
M - Médio Risco
B - Baixo Risco

Dr Hausmann
Morais
ortopedista
32327500

PROTOCOLO
RECEBIDO
06 MAR. 2017
ARAJUA SEGUROS S/A

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
NOME <u>Geni Fco do Rêgo</u> LEITO: <u>37799</u>			
REGISTRO <u>13799</u> D. NASCIMENTO <u>/ /</u>			
DATA <u>06.06.16</u> PRESCRIÇÃO		HORÁRIO / ASSINATURA	
1	<u>Darilva Silva no 1 + 10mg Spsata 1x/dia</u>		
2	<u>que individual</u>		
3	<u>Elipson 15 - 1FA + 100ml de SFOF - EV</u> <u>- 6/6h 1'02/02</u>	<u>12</u>	<u>18 24</u>
4	<u>Darilva 2 un + 8 un de APO - EV - 6/6h</u>	<u>12</u>	<u>18 24</u>
5	<u>Tubalul 40mg - 1FA + APO - EV - 8/8h</u>	<u>14</u>	<u>22</u>
6	<u>Tubalul 40mg - 1FA + 100ml de SFOF - EV - 8/8h</u>	<u>14</u>	<u>22</u>
7	<u>Darilva 2 un + 17 un de APO - EV - 8/8h</u> <u>5/6h</u>	<u>SN</u>	
8	<u>5 un 6/6h</u>		
9	<u>Medic e Anestesia devido do diente</u>	<u>atenção!</u>	
10	<u>Paracetamol 300mg 2x/dia</u>	<u>atenção!</u>	
11	<u>Uso de 10mg de fentanil</u>		
12	<u>Ativo 10mg 1x/dia</u>		
13			
14			



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO - 13799



PACIENTE	JOSE FRANCISCO DA COSTA						
CARTÃO SUS	Nº	13799					
IDADE	59	SEXO	M	ETNIA	Pardo	ESTADO CIVIL	Casado(a)
NOME DA MÃE	JOSEFA MARCOLINA DA COSTA						
NOME DO PAI	RAIMUNDO JACINTO DA COSTA						
RUA/AV.	Rua Dantas Barreto	Nº	896				
COMPLEMENTO				BAIRRO	Cidade Nova		
CEP	59072-590	CIDADE	Natal-RN				
ESPECIALIDADE	Cirurgia geral	UNIDADE	Politrauma	LEITO	012		
USUÁRIO	Francisco						

ADMISSÃO 04/06/2016 13:34 ALTA ___/___/___ ÓBITO ___/___/___ DIAS DE PERMANÊNCIA ___

DIAGNÓSTICO INICIAL

DIAGNÓSTICO FINAL

PROTÓCOLO
EFECUTIVO
06 MAR 2017
VIGILÂNCIA EM SAÚDE

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL/RN, 09/06/2016
SFSAP. MAT. Nº 13799

Natal: ___/___/___

Assinatura do médico responsável - CRM

HMWG / PSCS

04/06/2016 12:11:08

A199Politrauma
Sistema AmazôniaSECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA**
CIRURGIA GERAL

PACIENTE JOSE FRANCISCO DA COSTA
DATA DE ENTRADA 04/06/2016 **HORA** 11:11 **Nº BAA** 183312
IDADE 59 **SEXO** M **ETNIA** Pardo
CARTÃO SUS - **ESTADO CIVIL** Casado(a)
CPF 315.252.614-87 **RG** 550407 - SSP
NOME DA MÃE JOSEFA MARCOLINA DA COSTA
NOME DO PAI RAIMUNDO JACINTO DA COSTA
NASCIMENTO 11/10/1956 **NATURALIDADE** Santana do Matos-RN
TELEFONE (84) 8747-2961 **PROFISSÃO** OUTROS
RUA/AV. Rua Dantas Barreto **Nº** 896
COMPLEMENTO - **BAIRRO** Cidade Nova
CEP 59072-590 **CIDADE** Natal-RN
ORIGEM Ambulância - SAMU **MOTIVO** Atropelamento / Por Ônibus
ACID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Francisco

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente vítima de Atropelamento, operando TCE leve + perda de consciência. Deformidades em membros inferiores + dor em membros inferiores.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A: Arteriais normais.
 B: Respiração espontânea.
 C: Sem sangramento aparente.
 D: Flegma.
 E:

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Adesão flácida mobilizável.
 Tórax insuflado. Ar: sem alterações.
 Pulm. insuflado. Dor à mobilização.
 Escarificação em face.

PROTOCOLO
RECEBIDO
06 MAR. 2017
ABRILIA REGOURA DA

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL
	100x60					15	

DIAGNÓSTICO INICIAL

TCE +

Copyright © 2016 | Sistema Amazônia | (84) 9613-4442

TOMOGRAFIA

Realizado em: 04/06/16 às 11:46

Técnico: Thiago F. F. F.

Firmado: André L. C. Torres

Módulo: Patrimônio

CONF. CID 091000006
 NATALIA
 04/06/16
 12:04
 154888

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS):

M (MEDICAÇÃO EM USO):

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL):

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) ***

- TC crânio, cervical +
torácico

- Rx pulve AP

- Rx pulso D. Ant. e perfil

- Rx pulso E. Ant. e perfil

CONDIÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

- Taxoxon 40mg OHA + 100mg

N. 400mg

- Trazolol 40mg + 100mg

SF 0,9% N. 400mg

- UAT

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OBS: NÃO REMITIDOS O SORFIO DO SANGUE
DEVIDO A ZINIFICAÇÃO DO PACIENTE

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

MÉDICO (Carimbo)

ALGORITMO PI SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1- AVALIE A RESPONSABILIDADE DA VÍTIMA 2- PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS) 3- ABARA VIA AÉREA, 4- AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 5- SE APNÉIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA), 6- AVALIE PULSO CAROTÍDEO OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), 7- SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSIONES TORÁCIAS (ADULTOS) (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEB, 8- DEB DISPONÍVEL, ANÁLISE O RITMO, 9- RITMO CHOCÁVEL, APLIQUE 1 CHOQUE 360 (200 PJ DEB BÁSICO), E REINICIE RCP 10- RITMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP (30:2), 11- AVALIE O RITMO A CADA 3 CICLOS, 12- PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MEXA, 13- COLOQUE-A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

*CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PROPRÍOS DO HOSPITAL. REQUISICIONAMENTO DE EXAMES, FOLHA DE PRESCRIÇÃO E FOLHA DE RECEBIMENTO.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: 04 06 16 - UER

ANAMNESE

Glasgow 15
8 detalhes neurológicos
550 anos RBC

EXAME FÍSICO

Dr. Group a frente

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

TC crânio, cervical e coluna torácica
Lombar, dgo, LAD

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

em corpo coloss e de

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

TC torax. foto
Phendox a esq. do + tomme
de flutona + ceftriax p. trax
a esq. de
Cl: contenedor
Análise do cufio

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Dr. 150 cufio,
de flutona + tomme
de flutona + ceftriax p. trax
a esq. de
Cl: contenedor
Análise do cufio

Assinatura e Carimbo do Responsável

DR. GADSTONE
NEUROLOGIA
CRM 123

PROTOCOLO
RECEBIDO
06 MAR. 2017
ABRILIA-RECURSOS S.A.

CONFERE COM ORIGINAL
NATALIN, 09/06/2017
Assinatura e Carimbo do Responsável
SECAP. MAT. 12/2017

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Oftos se abrem espontaneamente.	4
Oftos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Oftos se abrem por estímulo doloroso	2
Oftos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado: Responde coerentemente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, está, e porquê, a data e etc.)	5
Confuso: Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem trocas conversacionais.)	3
Sons ininteligíveis. (Querendo sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica a dor.	4
Padrão flexo à dor (Decorticação).	3
Padrão extensor à dor (Decerebração).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	8-10 = 2
	6-7 = 1
	3-5 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4
	>20 = 3
	6-9 = 2
	1-5 = 1
	0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4
	76-90 = 3
	50-70 = 2
	1-40 = 1
	0 = 0

**Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Secco W.A. Copes, et al: A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1995.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

08-08-grave (necessidade de intervenção imediata);
09-3-moderado;
14-15-leve

* Referência: TEASDALE G. JENNET, B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

** A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 7 anos. Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

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

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. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha 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. ☐

DESTACAR

04/06/16

CIRURGIA GERAL

• 3º DPO de DTD.

Paciente submetido a retirada de dreno de tórax, sem intercorrência no procedimento. Colocado curativo compressivo local e orientado a passar 48h com o dreno.

Paciente segue sem queixas, recebendo alta da Cirurgia Geral com atestado de 60 dias + Taurilax 150mg.


Dra. Mariana Borges
MR Cirurgia Geral
CRM/RN - 8529

PROTOCOLO
RECEBIDO
U 6 MAR. 2017
LABORATÓRIO DE DIAGNÓSTICO



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: José Fco do Prado

Leito:

Idade:

Nº Registro:

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
05.06.16	# cirurgia Geral. 1º DPO de DT D. Paciente em boa evolução sem intercorrências até o momento. Sono, apetite e FE preservados. Ao exame: REG. fcm de 120, ritmo regular, sem murmúrios. ACU. ABD: sem alterações. MMSS: com fixação bilateral. AP: MU @ simétrico N/RP. Derm: pele seca e com lesões de decúbito = 300ml. # RD: LPH.
06.06.16	# cirurgia Geral. 2º DPO de DT D. Paciente em boa evolução, sem intercorrências, apetite bom, sono e FE preservados. Ao exame: REG. fcm de 120, ritmo regular, sem murmúrios, crepantes e roncos. AP: MU @ simétrico e com RA. Derm: pele seca, sem lesões e sem intercorrências. # CD: Rime
	Dra. Mayara Borges MR Cirurgia Geral CRM/RN - 8529 Dra. Mayara Borges MR Cirurgia Geral CRM/RN - 8529 CONFERE COM ORIGINAL NATAL/RN, 09/06/2016 SESAP. MAT. Nº 17882



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: Eni Fco do Lago

Nº Registro: _____

Serviço: Trauma Geral

Idade: _____

Leito: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Admissão

Paciente, 59 anos, vítima de acidente por embalo no dia 04/03.

Relato de ATLS e TE de lesão em nível de 1º e 2º graus de fratura de humerus proximal e de 3º grau de fratura de rádio e ulna.

APR: vaso com lesões vasculares.

Do exame: REG, não de de nível conduta, monitoria, pericardio, pulmões, abdome e membros inferiores e com dec PTP.

- ACU: PIR, 2T, RNF, SS.

- AP: MVQ, aumento de volume.

- ABD e MII: sem alterações.

RX de HNS: lesão de nível de rádio e ulna.

CD: (1) Ao CC. com doragem de tórax e abdome de natureza.

Dr. Mayara Borges
R. Cirurgia Geral
CRM/RN - 8529

PROTÓCOLO
RECEBIDO
06 MAR. 2017
LABORATÓRIO DE DIAGNÓSTICO

Rx: Ortopedia

Rx: Fratura lateral dos punhos.

Reduzido redução + fixação com fios de 15.

(1) Alta da cirurgia em 04/03.

Ass. Amédico da cirurgia

Dr. Hausmann Morais
Ortopedista - Traumatologista
CRM 5314 - SBO 12213

CONFERE COM ORIGINAL
NATALIN, 09/06/2017
SESAP. MAT. Nº 12213

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM										ABERTURA OLHOS	GRAU	RESPOSTA MOTORA	GRAU	RESPOSTA VERBAL	GRAU	DROGAS	DIAS
TURNO	ABERT.	OLHOS	RESP.	MOTORA	RESP.	VERBAL	PONTOS	PUPILAS			REAÇÃO A LUZ	ABERTURA ESPONTÂNEA	GRAU	RESPOSTA A DOR	GRAU	DROGAS	DIAS
								TAM	SIMETRIA	REACÇÃO							
M												4	CONVERSA DESORIENTADO	5	LOCALIZA A DOR	5	
T												3	LINGUAGUAR INADEQUADO	3	DESCORTICADA	3	
N												2	SONS ININTELIGÍVEIS	2	DESCEREBRADO	2	
												1	SEM RESPOSTA	1	SEM RESPOSTA A DOR	1	

PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMENTOS		EXAMES REALIZADOS	HORA	EXAMES REALIZADOS	HORA	CONTROLES	HORA	ANTIMICROBIANOS	DIAS
INVASIVOS	DIAS	DIAS		RAIOS X					
INTRACATH		DISSEC. VEM		PUNÇÃO LOMBAR					
VEIA PERIF.		ENTUBAÇÃO		ULTRASSONOGRAFIA					
DRENO TORÁCICO		TRAQUEOSTOMA		ECG					
SNG / SNE		SONDA VESICAL		ECO					
MARCA PASSO PROV.				TC				NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL	

REGISTROS DE ENFERMAGEM

MANHÃ	TARDE	NOITE
7:00 - 12:00		
12:00 - 1:00		
1:00 - 2:00		
2:00 - 3:00		
3:00 - 4:00		
4:00 - 5:00		
5:00 - 6:00		
6:00 - 7:00		
7:00 - 8:00		
8:00 - 9:00		
9:00 - 10:00		
10:00 - 11:00		
11:00 - 12:00		
12:00 - 1:00		
1:00 - 2:00		
2:00 - 3:00		
3:00 - 4:00		
4:00 - 5:00		
5:00 - 6:00		
6:00 - 7:00		
7:00 - 8:00		
8:00 - 9:00		
9:00 - 10:00		
10:00 - 11:00		
11:00 - 12:00		
12:00 - 1:00		
1:00 - 2:00		
2:00 - 3:00		
3:00 - 4:00		
4:00 - 5:00		
5:00 - 6:00		
6:00 - 7:00		
7:00 - 8:00		
8:00 - 9:00		
9:00 - 10:00		
10:00 - 11:00		
11:00 - 12:00		
12:00 - 1:00		
1:00 - 2:00		
2:00 - 3:00		
3:00 - 4:00		
4:00 - 5:00		
5:00 - 6:00		
6:00 - 7:00		
7:00 - 8:00		
8:00 - 9:00		
9:00 - 10:00		
10:00 - 11:00		
11:00 - 12:00		
12:00 - 1:00		
1:00 - 2:00		
2:00 - 3:00		
3:00 - 4:00		
4:00 - 5:00		
5:00 - 6:00		
6:00 - 7:00		
7:00 - 8:00		
8:00 - 9:00		
9:00 - 10:00		
10:00 - 11:00		
11:00 - 12:00		
12:00 - 1:00		
1:00 - 2:00		
2:00 - 3:00		
3:00 - 4:00		
4:00 - 5:00		
5:00 - 6:00		
6:00 - 7:00		
7:00 - 8:00		
8:00 - 9:00		
9:00 - 10:00		
10:00 - 11:00		
11:00 - 12:00		
12:00 - 1:00		
1:00 - 2:00		
2:00 - 3:00		
3:00 - 4:00		
4:00 - 5:00		
5:00 - 6:00		
6:00 - 7:00		
7:00 - 8:00		
8:00 - 9:00		
9:00 - 10:00		
10:00 - 11:00		
11:00 - 12:00		
12:00 - 1:00		
1:00 - 2:00		
2:00 - 3:00		
3:00 - 4:00		
4:00 - 5:00		
5:00 - 6:00		
6:00 - 7:00		
7:00 - 8:00		
8:00 - 9:00		
9:00 - 10:00		
10:00 - 11:00		
11:00 - 12:00		
12:00 - 1:00		
1:00 - 2:00		
2:00 - 3:00		
3:00 - 4:00		
4:00 - 5:00		
5:00 - 6:00		
6:00 - 7:00		
7:00 - 8:00		
8:00 - 9:00		
9:00 - 10:00		
10:00 - 11:00		
11:00 - 12:00		
12:00 - 1:00		
1:00 - 2:00		
2:00 - 3:00		
3:00 - 4:00		
4:00 - 5:00		
5:00 - 6:00		
6:00 - 7:00		
7:00 - 8:00		
8:00 - 9:00		
9:00 - 10:00		
10:00 - 11:00		
11:00 - 12:00		

PROTOCOLLO
RECEPÇÃO
06 MAR. 2017
ABALINHA ACQUARO & CIA

CONFERE COM ORIGINAL
NATALIM, 09/10/88

SESAP. MAT. Nº 1



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

Nome: JOSE FRANCISCO DA COSTA Leito: 443
Registro: 137.94 Idade: 07 / 08 / 16
Data: 07 / 08 / 16
Diagnóstico: _____
Dias de Internação: _____

CONTROLE HÍDRICO

SINAIS VITAIS				CONTROLE HÍDRICO										CUIDADOS ESPECIAIS																		
HORA	TA	FR	PC	TEMP	P.V.C.	SAT O2	LÍQUIDO INFUNDIDO					LÍQUIDO EMINADO					HGT	Nebul.	FIO2	Hig.	Corporal	Hig.	Oral	Tapotagem	Mudança	Debito	Aspiração	HORA				
							SIG.	SNE	SORO	MED	SANG.	DERIV.	BOMBA	INT.	DURICE	FIZIS													SUCO	DECHO	VOMITO	
7:00																													7:00			
8:00																													8:00			
9:00																													9:00			
10:00																													10:00			
11:00																													11:00			
12:00																													12:00			
SUB-TOTAL																	BALANÇO PARCIAL:															
13:00																													13:00			
14:00																													14:00			
15:00																													15:00			
16:00																													16:00			
17:00																													17:00			
18:00																													18:00			
SUB-TOTAL																	BALANÇO PARCIAL:															
19:00																													19:00			
20:00																													20:00			
21:00																													21:00			
22:00																													22:00			
23:00																													23:00			
24:00																													24:00			
01:00																													01:00			
02:00																													02:00			
03:00																													03:00			
04:00																													04:00			
05:00																													05:00			
06:00																													06:00			
SUB-TOTAL																	BALANÇO PARCIAL:															
OBS.:																	BALANÇO TOTAL															

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.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM								ABERTURA OLHOS	GRAU	RESPOSTA MOTORA	GRAU	RESPOSTA VERBAL	GRAU	DROGAS	DIAS
TURNO	ABERT. OLHOS	RESP. MOTORA	RESP. VERBAL	PONTOS 3 - 15	PUPILAS										
					TAM	SIMETRIA									
						REAÇÃO A LUZ									
M							ABERTURA ESPONTÂNEA	4	CONVERSA ORIENTADO	5	LOCALIZA A DOR	5			
F							ORDEN VERBAL	3	LINGUAGEM INADEQUADO	3	FLEXÃO A DOR	4			
N							DOR	2	SONS ININTELIGÍVEIS	2	DESCORTICADA	3			
							SEM RESPOSTA	1	SEM RESPOSTA	1	DESCEREBRADO	2			
											SEM RESPOSTA A DOR	1			

		PROCEDIMENTOS				EXAMES REALIZADOS	HORA	EXAMES REALIZADOS	HORA	CONTROLES	HORA	ANTIMICROBIANOS	DIAS
		DIAS		DIAS									
INVASIVOS					RAIOS X			ANGIOGRAFIA		TROCA DE SV			
INTRACATH			DISSEC. VEM		PUNÇÃO LOMBAR			EDA		TROCA DE SNG			
VEIA PERIF.			ENTUBAÇÃO		ULTRASSONOGRAFIA			LABORATORIAIS		TROCA DE EQUIPO			
DRENO TORÁCICO			TRAQUEOSTOMA		ECG			GASOMETRIA		TROCA DE FRASCO ASP.			
SNG / SNE			SONDA VESICAL		ECO					TROCA DE CIRC. RESP.		NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL	
MARCA PASSO PROV.					TC					TROCA DE LÁTEX			

[illegible]

PROTOCOLLO
RICEPIRO
06 MAR. 2017
ARABIA SAUDI



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

Nome: João Francisco da Costa Leitor: 443

Registro: 13790 Idade: 59 anos Data: 06/06/16

Diagnóstico: _____

Dias de Internação: 1

CONTROLE HÍDRICO

SINAIS VITAIS					CONTROLE HÍDRICO										CUIDADOS ESPECIAIS											
HORA	TA	FR	FC	TEMP	P.V.C.	SAT O2	LÍQUIDO INFUNDIDO						LÍQUIDO ELIMINADO				HGT	Nebul.	FIO2	Htg.	Corporal	Htg.	Mudança	Declínio	Aspiração	HORA
							ORAL	SNG	SNG	SNG	SNG	SNG	DIURÉTICO	FEZES	SUO	DIURÉTICO										
7:00																									7:00	
8:00																									8:00	
9:00																									9:00	
10:00																									10:00	
11:00																									11:00	
12:00																									12:00	
SUB-TOTAL																	BALANÇO PARCIAL:									
13:00																									13:00	
14:00																									14:00	
15:00																									15:00	
16:00																									16:00	
17:00																									17:00	
18:00																									18:00	
SUB-TOTAL																	BALANÇO PARCIAL:									
19:00																									19:00	
20:00																									20:00	
21:00																									21:00	
22:00																									22:00	
23:00																									23:00	
24:00																									24:00	
01:00																									01:00	
02:00																									02:00	
03:00																									03:00	
04:00																									04:00	
05:00																									05:00	
06:00																									06:00	
SUB-TOTAL																	BALANÇO PARCIAL:									
OBS.:																	BALANÇO TOTAL									

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.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

TURNO	ABERT. OLHOS	RESP. MOTORA	RESP. VERBAL	PUPILAS			ABERTURA OLHOS	GRAU	RESPOSTA MOTORA	GRAU	RESPOSTA VERBAL	GRAU	DROGAS	DIAS
				3 - 15	TAM	SIMETRIA								
M							ABERTURA ESPONTANEA	4	CONVERSA DESORIENTADO	4	LOCALIZA A DOR	5		
T							ORDEM VERBAL	3	LINGUAGEM INADEQUADO	3	FLEXÃO A DOR	4		
N							DOR	2	SONS ININTELIGÍVEIS	2	DESCORTICADA	3		
							SEM RESPOSTA	1	SEM RESPOSTA	1	DESCEREBRADO	2		
											SEM RESPOSTA A DOR	1		

PROCEDIMENTOS									
INVASIVOS	DIAS	DISSEC. VEM	ENTUBAÇÃO	TRAQUEOSTOMIA	SONDA VESICAL	DIAS	EXAMES REALIZADOS	HORA	DIAS
INTRACATH							RAIOS X		
VEIA PERIF.							PUNÇÃO LOMBAR		
DRENO TORÁCICO							ULTRASSONOGRAFIA		
SNG / SNE							ECG		
MARCA PASSO PROV.							ECO		
							TC		

REGISTROS DE ENFERMAGEM

MANHÃ		TARDE		NOITE	
Paciente consciente e orientado. Apresenta sinais de desidratação. Sinais vitais: FC 110, PA 120/80, FR 20, SpO2 98%. Sinais de infecção: T 38,5°C, WBC 12.000/mm³. Sinais de dor: 8/10 no abdômen inferior direito. Sinais de alteração de estado mental: Agitação, irritabilidade. Sinais de alteração de estado físico: Tórax hiperinflado, crepantes diminuídos. Sinais de alteração de estado emocional: Ansiedade, medo. Sinais de alteração de estado social: Isolamento, falta de interação. Sinais de alteração de estado espiritual: Perda de fé, desesperança. Sinais de alteração de estado intelectual: Confusão mental, dificuldade de concentração. Sinais de alteração de estado físico-moral: Fadiga, cansaço. Sinais de alteração de estado físico-intelectual: Diminuição da capacidade de raciocínio. Sinais de alteração de estado físico-emocional: Choro, soluços. Sinais de alteração de estado físico-social: Isolamento, falta de interação. Sinais de alteração de estado físico-espiritual: Perda de fé, desesperança. Sinais de alteração de estado físico-intelectual: Confusão mental, dificuldade de concentração. Sinais de alteração de estado físico-emocional: Choro, soluços. Sinais de alteração de estado físico-social: Isolamento, falta de interação. Sinais de alteração de estado físico-espiritual: Perda de fé, desesperança.	Paciente mantido em observação. Sinais vitais: FC 110, PA 120/80, FR 20, SpO2 98%. Sinais de infecção: T 38,5°C, WBC 12.000/mm³. Sinais de dor: 8/10 no abdômen inferior direito. Sinais de alteração de estado mental: Agitação, irritabilidade. Sinais de alteração de estado físico: Tórax hiperinflado, crepantes diminuídos. Sinais de alteração de estado emocional: Ansiedade, medo. Sinais de alteração de estado social: Isolamento, falta de interação. Sinais de alteração de estado espiritual: Perda de fé, desesperança. Sinais de alteração de estado intelectual: Confusão mental, dificuldade de concentração. Sinais de alteração de estado físico-moral: Fadiga, cansaço. Sinais de alteração de estado físico-intelectual: Diminuição da capacidade de raciocínio. Sinais de alteração de estado físico-emocional: Choro, soluços. Sinais de alteração de estado físico-social: Isolamento, falta de interação. Sinais de alteração de estado físico-espiritual: Perda de fé, desesperança.	Paciente mantido em observação. Sinais vitais: FC 110, PA 120/80, FR 20, SpO2 98%. Sinais de infecção: T 38,5°C, WBC 12.000/mm³. Sinais de dor: 8/10 no abdômen inferior direito. Sinais de alteração de estado mental: Agitação, irritabilidade. Sinais de alteração de estado físico: Tórax hiperinflado, crepantes diminuídos. Sinais de alteração de estado emocional: Ansiedade, medo. Sinais de alteração de estado social: Isolamento, falta de interação. Sinais de alteração de estado espiritual: Perda de fé, desesperança. Sinais de alteração de estado intelectual: Confusão mental, dificuldade de concentração. Sinais de alteração de estado físico-moral: Fadiga, cansaço. Sinais de alteração de estado físico-intelectual: Diminuição da capacidade de raciocínio. Sinais de alteração de estado físico-emocional: Choro, soluços. Sinais de alteração de estado físico-social: Isolamento, falta de interação. Sinais de alteração de estado físico-espiritual: Perda de fé, desesperança.	Paciente mantido em observação. Sinais vitais: FC 110, PA 120/80, FR 20, SpO2 98%. Sinais de infecção: T 38,5°C, WBC 12.000/mm³. Sinais de dor: 8/10 no abdômen inferior direito. Sinais de alteração de estado mental: Agitação, irritabilidade. Sinais de alteração de estado físico: Tórax hiperinflado, crepantes diminuídos. Sinais de alteração de estado emocional: Ansiedade, medo. Sinais de alteração de estado social: Isolamento, falta de interação. Sinais de alteração de estado espiritual: Perda de fé, desesperança. Sinais de alteração de estado intelectual: Confusão mental, dificuldade de concentração. Sinais de alteração de estado físico-moral: Fadiga, cansaço. Sinais de alteração de estado físico-intelectual: Diminuição da capacidade de raciocínio. Sinais de alteração de estado físico-emocional: Choro, soluços. Sinais de alteração de estado físico-social: Isolamento, falta de interação. Sinais de alteração de estado físico-espiritual: Perda de fé, desesperança.	Paciente mantido em observação. Sinais vitais: FC 110, PA 120/80, FR 20, SpO2 98%. Sinais de infecção: T 38,5°C, WBC 12.000/mm³. Sinais de dor: 8/10 no abdômen inferior direito. Sinais de alteração de estado mental: Agitação, irritabilidade. Sinais de alteração de estado físico: Tórax hiperinflado, crepantes diminuídos. Sinais de alteração de estado emocional: Ansiedade, medo. Sinais de alteração de estado social: Isolamento, falta de interação. Sinais de alteração de estado espiritual: Perda de fé, desesperança. Sinais de alteração de estado intelectual: Confusão mental, dificuldade de concentração. Sinais de alteração de estado físico-moral: Fadiga, cansaço. Sinais de alteração de estado físico-intelectual: Diminuição da capacidade de raciocínio. Sinais de alteração de estado físico-emocional: Choro, soluços. Sinais de alteração de estado físico-social: Isolamento, falta de interação. Sinais de alteração de estado físico-espiritual: Perda de fé, desesperança.	Paciente mantido em observação. Sinais vitais: FC 110, PA 120/80, FR 20, SpO2 98%. Sinais de infecção: T 38,5°C, WBC 12.000/mm³. Sinais de dor: 8/10 no abdômen inferior direito. Sinais de alteração de estado mental: Agitação, irritabilidade. Sinais de alteração de estado físico: Tórax hiperinflado, crepantes diminuídos. Sinais de alteração de estado emocional: Ansiedade, medo. Sinais de alteração de estado social: Isolamento, falta de interação. Sinais de alteração de estado espiritual: Perda de fé, desesperança. Sinais de alteração de estado intelectual: Confusão mental, dificuldade de concentração. Sinais de alteração de estado físico-moral: Fadiga, cansaço. Sinais de alteração de estado físico-intelectual: Diminuição da capacidade de raciocínio. Sinais de alteração de estado físico-emocional: Choro, soluços. Sinais de alteração de estado físico-social: Isolamento, falta de interação. Sinais de alteração de estado físico-espiritual: Perda de fé, desesperança.

CONFERE COM ORIGINAL
 NATALIN, 08/03/2017
 SESAP, MAT. NO. 123456789

PROTOCOLO
 RECEBIDO
 06 MAR. 2017
 ARANHA REGISTRO-SIA



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

Nome: Enal Fraz de Aguiar Idade: 03 / 06 / 2016
Registro: 4443 Leito: 4443
Diagnóstico: _____
Dias de Internação: _____

CONTROLE HÍDRICO

SINAIS VITAIS										CONTROLE HÍDRICO										CUIDADOS ESPECIAIS									
HORAS	TA	FR	FC	TEMP	P.V.C.	SAT O2	LÍQUIDO INFUNDIDO					LÍQUIDO ELIMINADO					HGT	Nebul.	FIO2	Hig.	Corporal	Hig.	Oral	Tapotagem	Mudança	Decubito	Aspiração	HORA	
							ORAL	SNG	SHE	SORO	MEIO	SANG. DEF.	BOMBA INF.	DIURET.	FEZES	SUCO GAST.													DIENIO
7:00																												7:00	
8:00																												8:00	
9:00																												9:00	
10:00																												10:00	
11:00																												11:00	
12:00																												12:00	
SUB-TOTAL																													
13:00																												13:00	
14:00																												14:00	
15:00																												15:00	
16:00																												16:00	
17:00																												17:00	
18:00																												18:00	
SUB-TOTAL																													
BALANÇO PARCIAL:																													
19:00																												19:00	
20:00																												20:00	
21:00																												21:00	
22:00																												22:00	
23:00																												23:00	
24:00																												24:00	
01:00																												01:00	
02:00																												02:00	
03:00																												03:00	
04:00																												04:00	
05:00																												05:00	
06:00																												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.

NOME		LEITO:		GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
REGISTRO		D. NASCIMENTO		Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho			
DATA		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO / ASSINATURA			
1	Dados Anam. VO. Quando bem sucedido.						
2	⊕ BASTANTE. BASTANTE BASTANTE.						
3	Quem indicados.						
4	Quem indicados.						
5	Quem indicados.						
6	Quem indicados.						
7	Quem indicados.						
8	Quem indicados.						
9	Quem indicados.						
10	Quem indicados.						
11	Quem indicados.						
12	Quem indicados.						
13	Quem indicados.						
14	Quem indicados.						
15	Quem indicados.						

PROTOCOLO RECEBIDO
06 MAR 2017
ANÁLISE PRELIMINAR

CONFERE COM ORIGINAL
NATALIA, 20/03/2017
SESAP. MAT. Nº 13/2017



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

FICHA DE ACOMPANHAMENTO SOCIAL

C. g.

Enfermaria: _____ Leito: _____
UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 04 / 06 / 2016
Alto: _____

I. Identificação

Nome: José Francisco da Costa Naturalidade: Santana do Matão
Idade: 59 anos Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 11/10/56
RG: 550.407 Estado Civil: _____ Nível de Instrução: 2ª série
FILIAÇÃO: PAI: Raimundo Jacinto da Costa
MÃE: Josefa Marcelino da Costa
Endereço: Rua Santos Barreto, 396 C. Nova Cidade: Natal
Telefone: (988774058) ☐ Residencial ☐ Trabalho ☐ Recado
Contato: _____ Outros telefones: 988746340
Responsável pelo paciente: Cássio Rafael da Costa Parentesco: filho
Endereço do Responsável: _____

II. Situação Ocupacional do Paciente e Vinculação Previdenciária

Atividade que desenvolve: Resecador
Trabalha com vínculo empregatício ☐ Sim ☐ Não
Aposentado ☐ Sim ☒ Não Benefício da LOAS ☐ Sim ☐ Não Renda: _____
Composição familiar: 03

III. Forma de Acesso ao Serviço:

☐ Sozinho - procurou atendimento ☐ Trazido por familiares ☒ Trazido pelo SAMU
☐ Socorrido em via pública
☐ ENCAMINHADO: Hospital de origem: _____
Médico: _____

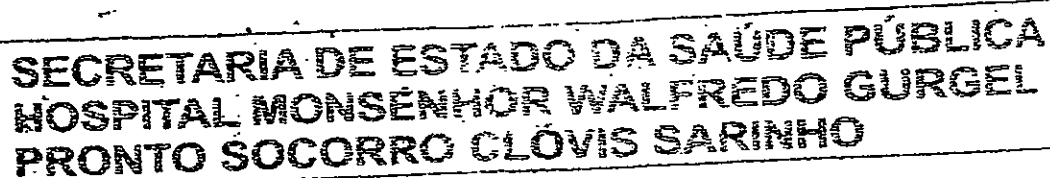
4. Paciente encontra-se nos requisitos para ter acompanhamento?

☐ Sim ☐ Não

Em caso positivo, qual o motivo? _____

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

Atropelamento -
Solicitado cópia dos documentos



NOME: JUAN PABLO
IDADE: 59 a PESO: _____ ALTURA: _____ Nº REG.: 13799

TMB, NC:

DIETA: Live

EVOLUÇÃO NUTRICIONAL	
DATA	TODA ANOTAÇÃO DEVE SER ASSINADA PELO NUTRICIONISTA QUE FEZ

Encontra-se comerciante, orientado, sob o2 ambiente, atabal, com boa aquisição da dieta VO. Livre e com as FE preservadas mantendo a conduta.

Act: *Ulex elaeagnifolius* Boiss.

07/06 Paciente evolui bem, consciente, orientado, em
O2 ambiente, afibril, sono e apetite preservados
com boa aceitação da dieta VO livre, Deurep
(+). FGI ausentes há $\pm$ 2 dias.
Conduta: Livre + lax

Aed: *Morus ulmorum* Barbier

Dr. da Conceição Davina
Nutricionista
CRM 3305

PROTOCOLLO
RECEBUTO
06 MAR. 2017
ARABIA SAUDI

CONFERE COM ORIGINAL
NATALRN, 09/10/88
REC. AP. VIAL. 19/10/88

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Thaiza Fco de Castro.

Reg. N° 13390

Diagnóstico pré-operatório: Duodenal - Intestinal

Indicação terapêutica: *Encefalopatia*

Urgência (☒) Eletiva (☐)

INTERVENÇÃO

Data: 4.06.16 Início: 15:00h Término: 15:30h Duração: 20 minutos

Operator: Dr. Filipe Mac

CRM/CRO:

1º Auxiliar: Dra. Mariana Borges R.J.

CRM/CRO: FS 2P

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista:

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- (1) Puntos em Densidade de área com maior aquecimento sob a cabine. Análise + Análise + extração de compostos
- (2) Análise com Idade 37.
- (3) análise a nível de 6" ETC na LAA.
- (4) análise com base por Plones.
- (5) Análise do Coração renal.
- (6) análise de áreas do 19x nº 36.
- (7) análise com base de densidade.
- (8) análise do chemo / análise de área.
- (9) análise
- (10) Jellendo Rato x de análise.

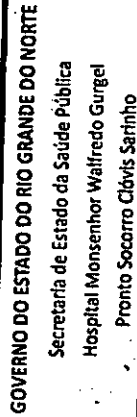
Coleta de material anatomo-patológico: (X) NÃO () SIM QUAL?

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

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM										
TURNO	ABERT.	OLHOS	RESP.	MOTORA	RESP.	VERBAL	PONTOS 3 - 15	PUPILAS		DIAS
								TAM	SIMETRIA	
M										
T										
N										
PROCEDIMENTOS										
INVASIVOS										
INTRACATH										
VEIA PERIF.										
DRENO TORÁCICO										
SNG / SNE										
MARCA PASSO PROV.										
EXAMES REALIZADOS										
RAIOS X										
PUNÇÃO LOMBAR										
ULTRASSONOGRAFIA										
ECG										
ECO										
TC										
EXAMES REALIZADOS										
ANGIOGRAFIA										
EDA										
LABORATORIAIS										
GASOMETRIA										
CONTROLES										
TROCA DE SV										
TROCA DE SNG										
TROCA DE EQUIPO										
TROCA DE FRASCO ASP.										
TROCA DE CIRC. RESP.										
TROCA DE LÁTEX										
RESPOSTA MOTORA										
CONVERSA ORIENTADO										
CONVERSA DESORIENTADO										
LINGUAGUAR INADEQUADO										
DESCORTICADA										
DESCEREBRADO										
SEM RESPOSTA A DOR										
RESPOSTA VERBAL										
OBERDECE ORDEM VERBAL										
LOCALIZA A DOR										
FLEXÃO A DOR										
GRAU										
5										
4										
3										
2										
1										
GRAU										
6										
5										
DROGAS										
ANTIMICROBIANOS										
HORA										
NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL										

MANHÃ	TARDE	NOITE
	colocado no PRO de diluição para- cayle em alubos - Gofas	... os da gaseificação tutor de atropimento com tee jure e fratur em MSE e protin de ponto em MSD elabem estavel conciente e orientado na H.V. par AVP em MTD da ambien te com melhora de ho rário, mantém SEM de que no ORO segredo veio fur enfermaria - fee fies presente orientado no setor alteração do quadro clínico segue unidade - Imp Chardine Phene 1998 União cláves administrat este as melhoras " " Jareid J

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



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

Nome: JANE FEE da Costa
Idade: _____
Registro: _____
Diagnóstico: TCE leve + trauma - a
Data de internação: _____

Date: 04/06/16
 Letto: 7/2
 mms

CONTROLE HÍDRICO

SINAIS VITAIS						CONTROLE HÍDRICO										CUIDADOS ESPECIAIS									
HORA	TA	FR	FC	TEMP	P.V.C.	SAT O2	LÍQUIDO INFUNDIDO						LÍQUIDO ELIMINADO				HGT	Nebul.	FIO2	Hig. Corporal	Hig. Oral	Tapotagem	Mudança Decúbito	Aspiração	HORA
							ORAL	SNG	SNG SRE	SNG SRO	MED	SANG. QUANT.	SANG. QUAL.	DIURESE	FEZES	SUDO GAST.									
7:00																								7:00	
8:00																								8:00	
9:00																								9:00	
10:00																								10:00	
11:00																								11:00	
12:00																								12:00	
SUB-TOTAL																									
13:00																								13:00	
14:00																								14:00	
15:00																								15:00	
16:00																								16:00	
17:00																								17:00	
18:00																								18:00	
SUB-TOTAL																									
BALANÇO PARCIAL:																									
19:00	90			5																				19:00	
20:00	90	21	72	31	-																			20:00	
21:00																								21:00	
22:00																								22:00	
23:00																								23:00	
24:00																								24:00	
01:00																								01:00	
02:00																								02:00	
03:00																								03:00	
04:00																								04:00	
05:00																								05:00	
06:00																								06:00	
SUB-TOTAL																									
BALANÇO PARCIAL:																									
BALANÇO PARCIAL:																									
BALANÇO TOTAL																									
OBS.:																									
Mistão: Oferecer, no ambiente hospitalar, assistência...																									

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, crônicas, 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.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

REQUISIÇÃO DE
EXAMES

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Jose Flávio do Carmo SEXO: MAS() FEM()LEITO: _____ REG. Nº: 183512 DT NASCIMENTO: 11/10/56

SETOR: PSA() PSI() CC/CRO() ENFERM() UTI()

URGÊNCIA(☒) ELETIVA() DATA: 4.6.16 HORA: _____

EXAMES

- | | | |
|---|---------------------------------------|------------------------|
| () HEMOGRAMA | () SÓDIO | () D-DIMERO |
| () GLICEMIA | () POTÁSSIO | () TAP/ TTPA/ INR |
| () UREIA | () CÁLCIO | () LACTATO |
| () CREATININA | () MAGNÉSIO | () FOSF. ALCALINA |
| () TGO | () VSH | () CLASSIF ABO/RH |
| () TGP | () PCR | () B-HCG |
| () BT / FRAÇÕES | () CPK | () COLESTEROL E FR * |
| () AMILASE | () CKMB | () TRIGLICERIDEOS * |
| () DHL | () TROPONINA | () PROT T / FRAÇÕES * |
| () GAMA GT | () MIOGLOBINA | () SUMARIO DE URINA |
| () GASOMETRIA: ARTERIAL () VENOSA () | * = EXAMES NÃO REALIZADOS NA URGÊNCIA | |

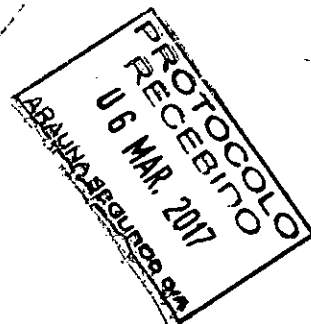
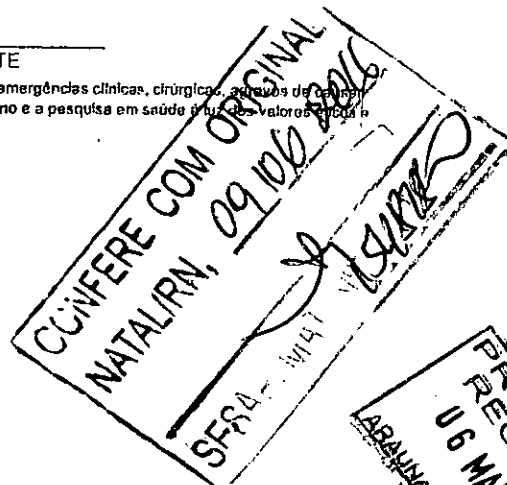
OUTROS EXAMES (INCLUIR EXAMES DE IMAGEM)

hemograma
ABO-RH.

INDICAÇÃO CLÍNICA:

ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE

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 e valores éticos humanitários.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RECEITUÁRIO

NOME João Fco de Costa

Rg - 13798

DN - 11/10/56

Sintoma: Raiva x ou
toxo x.

IC: drenagem de
toxo (centrúlio)

DATA

9, 6, 16

ASSINATURA

[Signature]
Dra. Mariana Borges
PR. Clínica Geral
CRM/RN - 6723

SE FOR DIRIGIR NÃO BEBA.
FUMAR É PREJUDICIAL À SAÚDE.

RESPEITE O PEDESTRE.

PILOTE SEMPRE COM CAPACETES.

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, EVITE ÁGUA PARADA.

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.

PROTOCOLO
RECEBIDO
06 MAR. 2017
ASAP/PRF/URGEM/PR

CONFERE COM ORIGINAL
NATALIN, 09/10/2016
SESAP - MAT. Nº 158882



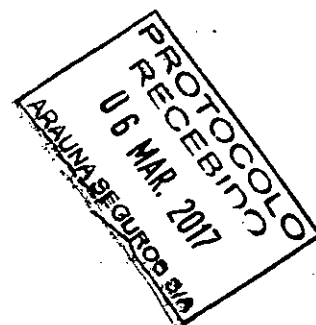
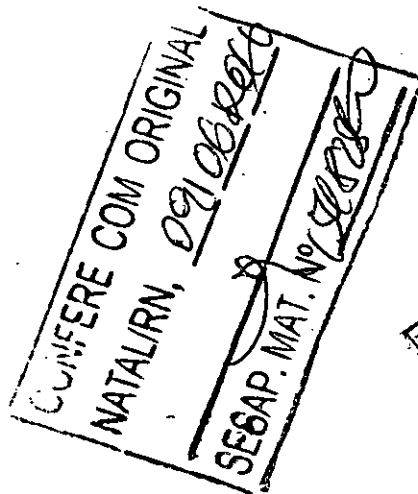
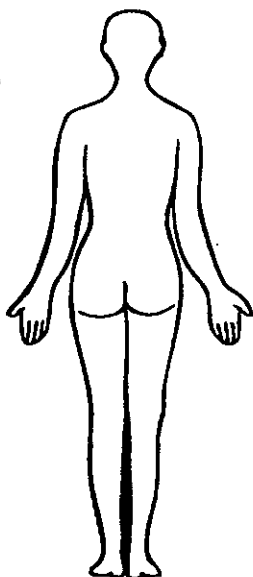
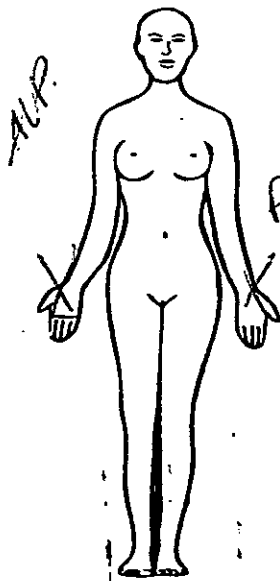
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

JATALL/EN

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Jose Francisco de Costa
DATA DE NASCIMENTO: 11/10/56 IDADE: 59 a
REGISTRO: 13793/16
DATA DE ADMISSÃO: 04/06/2016 HORA: 14:50h
ADMISSÃO DO PACIENTE: Ortopedia
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: _____
HIDRATAÇÃO: SIM (X) NÃO () VIA: PERIFÉRICO: (X) ACESSO CENTRAL: ()
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE () 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 (X)
DIABÉTICO: SIM () NÃO (X) ASMÁTICO: SIM () NÃO (X)
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO (X) OUTRAS PATOLOGIAS: _____
MEDICAÇÕES EM USO: _____
CIRURGIAS ANTERIORES: _____
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()
OBSERVAÇÃO: _____

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____
ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



JALECO N° _____ ACESSO CENTRAL: _____
INSTRUMENTADO: _____
CIRCULANTE: Marlene Ferreira + Silvana Leite
TIPO DE ANESTESIA: GERAL (X) RAQUI () PERIDURAL () B.P.B. () LOCAL ()
OBS: _____
ANESTESISTA: Dr. Andreia Karla
INÍCIO DE ANESTESIA: 15:00h (14:30h)
TÉRMINO DE ANESTESIA: _____
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: 0,2g de cefazolin + 10mg de dexametasona
HORA: 15h de dipirona 60 mg por Dr. Andreia

Gilvaneide Gomes
Assinatura do Instrumentado

**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: M. Francisco de C. Costa Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório:

Indicação terapêutica: Trat. de fratura do Urgência () Eletiva ()**INTERVENÇÃO**Data: 04/06/16 Início: 08h Término: 10h Duração: 02hOperador: Hausermann Morais CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

(1) Redução da fratura lateral do pulso (exposta
pelo punho) (E)

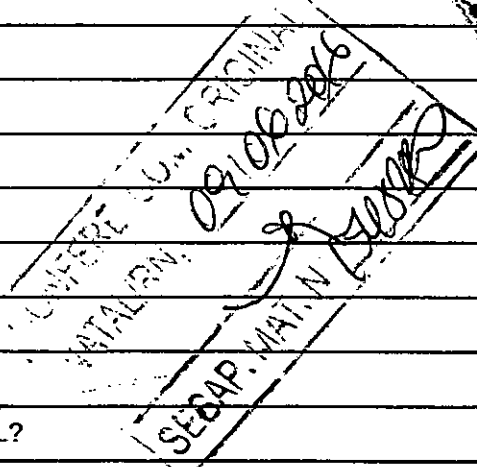
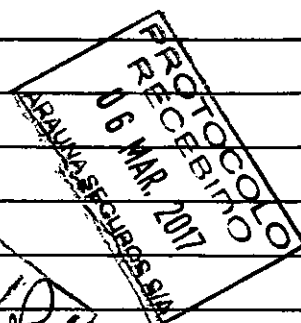
(2) Fixação c/ 04 fios de 15 2-5 (fletado 2.0 no
hoje) (E)

(3) Curativo + foleto cirúrgico no pulso

Boa perfusão

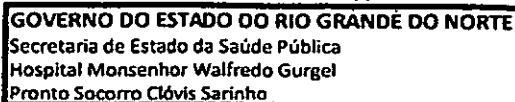
Dr. Hausermann Morais
Ortopedista - Traumatologista
CRM 5314 - SBOT 12213

04/06/16



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

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



ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO



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

FICHA DE ACOMPANHAMENTO SOCIAL

CPF: 315.252.614-81

Enfermaria: 12 Leito: 443
UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 04 / 06 / 2016
Alto: _____ / _____ / _____

1. Identificação

Nome: Jose Francisco da Costa Naturalidade: Santana dos Matos
Idade: 59 A Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 11 / 10 / 1956
RG: 550404 - SSP Estado Civil: Divorçado Nível de Instrução: 5ª série
FILIAÇÃO: PAI: Raimundo Jacinto da Costa
MÃE: Josefa Marcelina da Costa
Endereço: R. Dantas Barreto nº 896 - cidade Nova Cidade: Natal - RN
Telefone: (84) 98744-2961 ☐ Residencial ☐ Trabalho ☐ Recado
Contato: 988746340 Outros telefones: _____
Responsável pelo paciente: Cassio Rafael da Costa Parentesco: filho
Endereço do Responsável: O mesmo

2. Situação Ocupacional do Paciente e Vinculação Previdenciária

Atividade que desenvolve: Pescador
Trabalha com vínculo empregatício ☐ Sim ☒ Não
Aposentado ☐ Sim ☐ Não Benefício da LOAS ☐ Sim ☐ Não Renda: _____
Composição familiar: Nora com companheira e 1 filho

3. Forma de Acesso ao Serviço:

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares () Trazido pelo SAMU
() Socorrido em via pública
() ENCAMINHADO: Hospital de origem: _____
Médico: _____

4. Paciente encontra-se nos requisitos para ter acompanhantes

Em caso positivo, qual o motivo? _____

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

Paciente vítima de atropelamento por ônibus com
TIC + perda de consciência + dores na caixa torácica.
Anexado exames documentais

Estagiária: gabriel K. Bezerra

Emília
Emília Gerdânia B. Oliveira
Assistente Social
CRESS 11717/RN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO IDENTIFICADORA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



Assinatura do Titular

Carteira de Identificação

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

550-007

DATA DE EMISSÃO: 20/10/2005

DATA DE EXPIRAÇÃO: 20/10/2005

ITSE FRANCISCO DA COSTA

RAIMUNDO JOSE DA COSTA

ITSE FRANCISCO DA COSTA

SANTANA DO MATOS RN

DATA DE NASCIMENTO: 03/11/1952

SANTANA DO MATOS RN

315.252.614-87

2a. Via

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DOCUMENTO 5 *T54*



BRASIL

NASCIMENTO: 11.10.56

CPF: 315.252.614-87

COLEGADO: JOSE FRANCISCO DA COSTA

SECRETARIO DA POLICIA FEDERAL

PROTOCOLADO
RECEBIDO
06 MAR. 2017

A CARTEIRA PROFISSIONAL

Por menos que pareça e por mais trabalho que dê ao Interessado, a carteira profissional é um documento indispensável à proteção do trabalhador.

Elemento de qualificação civil e de habilitação profissional, a carteira representa também título originário para a colocação, para a inscrição sindical e, ainda, um instrumento prático do contrato individual de trabalho.

A carteira, pelos lançamentos que recebe, configura a história de uma vida. Quem a examinar, logo verá se o portador é um temperamento equilibrado ou versátil; se ama a profissão escolhida ou ainda não encontrou a própria vocação; se andou de fábrica em fábrica, como uma abelha, ou permaneceu no mesmo estabelecimento, subindo a escala profissional. Pode ser um padrão de honra. Pode ser uma advertência.

(a) Alexandre Marcondes Filho

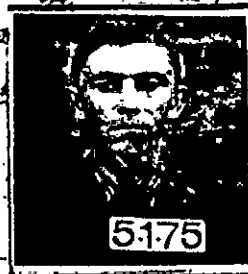
Proteção do Trabalhador e Previdência Social

MINISTÉRIO DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

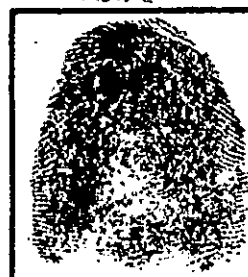
DEPARTAMENTO NACIONAL DE MÃO-DE-OBRA

DIVISÃO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO PROFISSIONAL

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Polegar Direito



Série 44870

Número 066335

ASSINATURA DO PORTADOR

Jose Francisco da Costa

6

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Jose Francisco da Costa
 Loc. Nasc. Santana do Mato
 Est. RN Data 11/10/1956
 Filiação Raimundo Jacinto da Costa e Josefa Marcelina da Costa
 Est. Civil Solteiro Doc. N.º 3.499
 Fls. 52 Liv. 4 Reg. Civil el Suato
 Outr. doc. Cart. Milit. Militar
 Situação Militar: Doc. 517717 Orgão 249CSM Est. RN
 Naturalizado Doc. N.º Em/...../.....

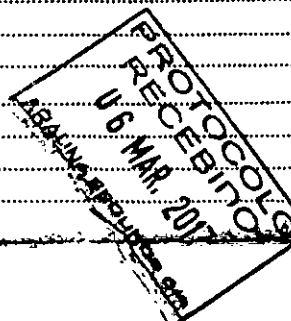
ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em
 Doc. Ident. N.º Exp. em/...../.....
 Estado
 Obs.
 Data Emissão 26/11/75 DRT Suato
Maio Nêde Marcondes
 Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Nascimento
 Doc.





TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12268950

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 3.969/74)

RODRIGO DA SILVA

ASSINATURA DO PORTADOR

REGISTRO

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DO RIO GRANDE DO NORTE

IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME: **RODRIGO DA SILVA**

PROCURADOR: **LOURIVAL RODRIGUES CASSIANO DA SILVA**
ADELMA FERREIRA DA SILVA

NATURALIDADE: **SÃO VICENTE-SP**

DATA DE NASCIMENTO: **15/08/1980**

CPF: **684.587.224-47**

RG: **476602099 - SSP/SP**

DATA DE EXPIRAÇÃO: **10/07/2015**

DECLARAÇÃO DE ASSASSINATO: **NAO DECLARADAS**

MEMBRO DE CONSELHO DA ORDEM DA ADVOCACIA

PRESIDENTE

PROTOCOLO
RECEBIDO
06 MAR. 2017
ARABIAN@sp.org.br

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170136544 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FRANCISCO DA COSTA **Data do acidente:** 04/06/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/03/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO E NOS MEMBROS SUPERIORES

Resultados terapêuticos: FRATURA BILATERAL DE PUNHOS E EM ARCOS COSTAIS (COM NECESSIDADE DE DRENAGEM TORÁCICA)

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO MOTOR

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: TÓRAX 25% (DANO PARCIAL LEVE) + PUNHO (2) 75% (DANO PARCIAL INTENSO)

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
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			62,5 %	R\$ 8.437,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





SILVA E CAVALCANTI
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSÉ FRANCISCO DA COSTA, brasileiro, inscrito no CPF nº 315.252.614-87 e cédula de identidade sob o nº 550.407 residente e domiciliado na Rua Professor Ferreira Jales, nº 210, Bairro Centro, São Rafael, CEP: 59.518-000.

OUTORGADO: RODRIGO DA SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-RN sob o nº 13.077; ADOLFO MAGALHÃES CAVALCANTI, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-RN sob o nº 12.649, ambos com endereço profissional na Rua Aníbal Correia, 2525, Edifício Squali, sala 205, Bairro Lagoa Nova, Natal/RN, CEP 59.064-340, onde recebe intimações.

PODERES:

O outorgante confere aos outorgados todos os poderes com a cláusula *ad judicium et extra*, para representá-lo em conjunto ou separadamente, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, a nível judicial e administrativo, com poderes para apresentar defesa, contestação, transigir, interpor recursos, requerer diligências ou desistência, requerer realização de provas, requerer justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015. Poderes específicos para tratar, requerer, assinar papéis e documentos que se faça necessário para fins de SOLICITAÇÃO DO SEGURO DPVAT a que tem direito o OUTORGANTE, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela SEGURADORA LÍDER, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador receber a quantia que o outorgante tenha direito, em nome do mesmo, bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, tendo também poderes específicos para requerer e receber junto ao CPRE, complemento do BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT, podendo viajar, assinar e receber a ordem de pagamento em nome do OUTORGANTE junto à rede bancária, bem como executar e inclusive subestabelecer, no todo ou em partes os poderes ora outorgados, e tudo o mais que se constitua como necessário para o bom desempenho de tal mister, o que tudo será dado como bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

Natal (RN), 10 de Novembro de 2016.

7º OFÍCIO DE NOTAS

José Francisco da Costa
JOSÉ FRANCISCO DA COSTA
CPF: 315.252.614-87

PROTOCOLO
RECEBIDO
06 MAR. 2017
Assessoria Jurídica

NATAL CARTÓRIO 7º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Leônicio Etelvino de Medeiros, 2933, Capim Macio - 59.078-570 - Natal/RN
Fone/Fax: 51 4009 5858 - 4009 5862

Reconheço AUTÊNTICA a firma de JOSE FRANCISCO DA COSTA,
assinada na presença. Dou fé.

Natal, 14 de Novembro de 2016.
Em testemunho da Verdade.

ESCREVENTE AUTORIZADO

Valéria de Lima Cid Medeiros

*VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

CPF: 481.522.184-72
ESCREVENTE AUTORIZADA



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/03/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 8.437,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FRANCISCO DA COSTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03777-X

CONTA: 000000041166-3

Nr. da Autenticação C628CFEA2AC44E8C