



17/07/2019

Número: **0853313-47.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.445,26**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE FRANCISCO DA COSTA (AUTOR)		RODRIGO DA SILVA (ADVOGADO) ADOLFO MAGALHAES CAVALCANTI (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46887 855	17/07/2019 15:19	Petição	Petição
46887 902	17/07/2019 15:19	2618110 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01	Outros documentos
46887 907	17/07/2019 15:19	2618110 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01	Outros documentos
46887 918	17/07/2019 15:19	2618110 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 02	Outros documentos

Juntada de petição.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 23ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08533134720178205001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE FRANCISCO DA COSTA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 15 de julho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

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
Vitima: 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 COSTA

PORTADOR(A) DO RG Nº 550.407 EXPEDIDO POR ETED/RN EM 20/10/05 E

CPF 318282674-87 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO PESCADOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO 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 aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade 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 003 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.

Natal

RN 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





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ELETRÔNICA



REGISTRO PARA FINS DE REQUERIMENTO DO SEGURO

DPVAT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

Endereço: RUA: ESPLANADA SILVA JARDIM, 2, RIBEIRA, NATAL

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2016031000677

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.2 Data de Expedição: 08/07/2016 08.41.41

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 04/06/2016 10.15.00

2.3 Fato: Consumado

2.4 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: SN

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: CIDADE DA ESPERANÇA

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: CRUZAMNETO COM A RUA CEARA

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: NATAL

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSE FRANCISCO DA COSTA

3.3 Etnia: Parda

3.5 Mãe: JOSEFA MARCOLINA DA COSTA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 31525261487

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.15 Telefone(s):

3.17 Número: 210

3.19 Bairro: CENTRO

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.2 Estado civil: Divorciado(a)

3.4 Pai: RAIMUNDO JACINTO DA COSTA

3.6 Data de Nascimento: 11/10/1956

3.8 RG: 550407 - ITEP/RN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: SANTANA DO MATOS RN

3.14 E-Mail:

3.16 Logradouro: RUA PROFESSOR FERREIRA JALES

3.18 CEP:

3.20 Cidade: SÃO RAFAEL

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

DOCUMENTO 1 *T1%*



5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS)

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: *****20548

7.1.5 Placa: K1Y2963

7.1.7 Marca: VOLKS

7.1.9 Ano do Modelo: 2006

7.1.11 Cor do veículo: BRANCA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: EMPRESA DE TRANSP N S DA CONCEICAO LTDA

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: COMIL SVELTO U

7.1.10 Ano de Fabricação: 2006

7.1.12 Tipo do veículo: ONIBUS

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

JOSE FRANCISCO DA COSTA INFORMA QUE FOI ATROPELADO POR UM ÔNIBUS (DADOS ACIMA) QUANDO ATRAVESSAVA NA FAIXA DE PEDESTRE EXISTENTE NO LOCAL (ACIMA MENCIONADO). UMA EQUIPE DO SAMU FORA ACIONADA, REALIZOU O PRIMEIRO ATENDIMENTO AINDA NO LOCAL E NA SEQUÊNCIA FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL.

DOCUMENTOS APRESENTADOS:

DECLARAÇÃO DO SAMU Nº 103314/1

BAA 183312

DOCUMENTOS PESSOAIS (RG) (CÓPIA/ANEXO)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (CÓPIA/ANEXO)

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data: 08/07/2016 08.41.41



Polegar direito

Alvaro Alves de Souza Bezerra
Policial

Interessado

0-981021 TBM
DIAGNÓSTICO DE ACIDENTE

Atendimento: 1701860 - ALVARO ALVES DE SOUZA BEZERRA

Impresso por: 1701860 - ALVARO ALVES DE SOUZA BEZERRA em 08/07/2016 08:41:49

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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 n o s s a c i d a d e

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU192 NATAL

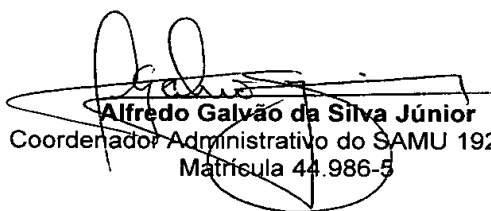
DOCUMENTO 2 *T2%*



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



Rua Potiguares, 300 - Dix Sept Rosado - Natal/RN - CEP: 59054-280
Tel.: (84) 3232-9222 - (84) 3232-9211

13/06/2016

samunatal.no-ip.org/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=103314&Digito=1&ReadOnly=1

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 103314/1

Data: 04/06/2016

CHAMADO

TARM: JOAO PAULO DA SILVA

Médico Regulação: MARIA CLAUDIA SALDANHA FARIAS

Rádio Operador: LITIZ NEY DA SILVA

Médico Cena: LIDIANE GUEDES PITA

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 15 (UPA 24H ESPERANÇA)

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:



13/06/2016

samunatal.no-ip.org/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=103314&Digito=1&ReadOnly=1

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:

Coloração da pele:

Sangramento:

- SELECIONE - ▾

- SELECIONE - ▾

- 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



13/06/2016

samunatal.no-ip.org/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=103314&Digito=1&ReadOnly=1

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, JOSE FRANCISCO DA COSTARG 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: JOSE 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 FERREIRA JALEK, 210 - SAO RAFAEL SAO RAFAEL RN
 59513-000

720.001.295.0155.000 2 800 1
 Y12N611243 LIGADO LIGADO

CONSUMO AGUA (M3): 1

DATA LEITURA: 27/05/2016
 LEIT. ATUAL: 232
 LEIT. ANTER: 231
 DIAS CONSUMO: 01

HISTÓRICO DE CONSUMO

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

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RES ENTRE 50 L 1000 L UNIDADE(S)	1 M3	35,01
CONSUMO DE AGUA		
ESGOTO		12,25
35.00% DO VALOR DE AGUA		0,94
MULTA P/ IMPONTUALIDADE PARCELA 01/01		

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	47,26	1,65	0,78
COPINS	47,26	2,6	12,59
	11/06/2016		43,20

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

5798 17882 100 0 0.2





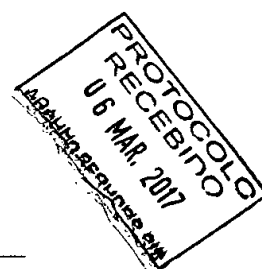
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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

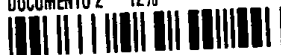
CPF nº 094.507.224-47, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Aníbal Carneiro</u>
Número	<u>2525</u>
Apto / Complemento	<u>Ed. Squali, sala 205</u>
Bairro	<u>Condoraria</u>
Cidade	<u>Natal</u>
Estado	<u>Rio Grande do Norte</u>
CEP	<u>59064-340</u>
Telefone de Contato	<u>84- 99919-5385</u>
E-mail	<u>RODRIGO.SSC.ADOCAIARNO@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

DOCUMENTO 2 *T2%*



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

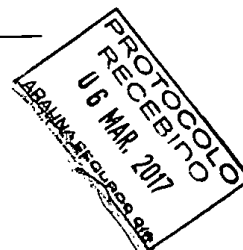
¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rodrigue 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 FRANCISCO 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

Rodrigue da Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

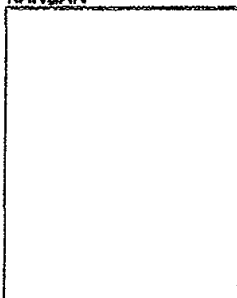


JOSE FRANCISCO DA COSTA

DATA DE NASCIMENTO
11/10/1956

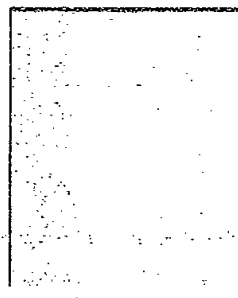
Nº DO PRONTUÁRIO
13799

KANBAN



012
CIRURGIA GERAL

POLITRAUMA
DOCUMENTO 4 "14%"



Data ____/____/____

HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO 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 Walfrido Gurgel Pronto Socorro Clávis Serinho		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
NOME	JOÃO FCO DO ROSARIO	LEITO:	12798
REGISTRO	13799	D. NASCIMENTO	/ /
DATA	06/06/16	PRESCRIÇÃO	
1	Dados sobre VO + hem Opacta Medula		
2	que medula		
3	Elipson 18 - 1EA + 100ml de SFGP - EV - 01/01/12/12/22	06	12 24
4	Deposito 2 ml + 8 ml de PBD - EV - 01/01/12/12/22	06	12 24
5	Tubercul 40mg - 1EA + ASD - EV - 8/18 h	06	14 22
6	Tubercul 40mg - 1EA + ASD - EV - 8/18 h	06	14 22
7	Deposito 2 ml + 8 ml de PBD - EV - 01/01/12/12/22	SN	
8	SSG 01/01/12/12/22		
9	Medic e Anestes durante do drena		
10	Paracetamol 1000mg 2x/dia		
11	Deposito 2 ml + 8 ml de PBD - EV - 01/01/12/12/22		
12	Deposito 2 ml + 8 ml de PBD - EV - 01/01/12/12/22		
13			
14			

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
RECEBIDO
06 MAR. 2017
ARACATUBA/SP

CONFERE COM ORIGINAL
NATALINI, 09/06/2016
SFSAP. MAI. Nº 25088

Notch:

Assinatura do médico responsável - CRM

HMWG / PSCS
04/06/2016 - 11:08

A199

Politrauma
Sistema Amazing

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

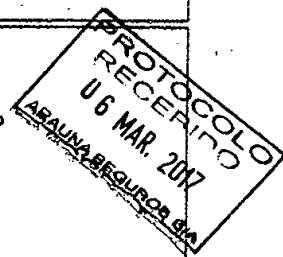
Paciente vítima de Atropelamento, operando TCE leve + perda de consciência. Deformidades em membros distalmente + dor em coluna torácica.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	<i>Arteriais normais.</i>
B	<i>Respiração espontânea</i>
C	<i>sem sangramento importante</i>
D	<i>flacidez</i>
E	

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Adm. flácida mobiliz.
Tórax extensor. A.: sem alterações.
Pele: insensível. Dor à mobilização.
Escoriações em face.



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

DIAGNÓSTICO INICIAL

TCE +

Copyright © 2016 - Sistema Amazing. I. (84) 9613-4442

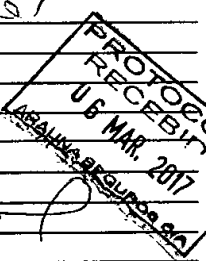
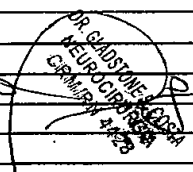
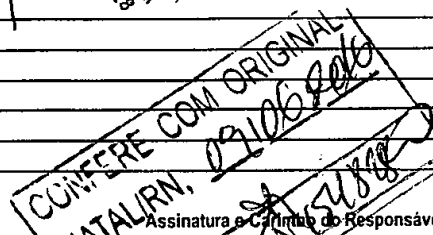
TOMOGRAFIA

Realizado em: 04/06/16 - 11:46
Técnico: *Thyago F. Silva*
Firmado: *André C. C. Torres*
Assinado: *Patricia*

CONF. CID 09100 Bels
NATAL RN
04/06/16
14:04
SUSAP BAH. Nº 15488

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)	
A	
B	
C	
D	
E	
A (ALERGIAS): _____ M (MEDICAÇÃO EM USO): _____ P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): _____ L (LIQ E ALIMENTOS INGERIDOS): _____ A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): _____ V (PASSADO VACINAL): _____	EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) *** - TC crânio, cervical + torácica - Rx pulmão AP - Rx punho D e A - Rx punho I e A CONDIÇÃO PRIMÁRIA: (MEDIÇÕES E PROCEDIMENTOS) - Traqueostomia com MPA + 100ml - N. gorda - Tensão arterial 100 x 60 mmHg - S.O. 21,9% N. gorda - UAT
Assinatura e Carimbo do Responsável	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS OBS: NÃO REALIZADOS O SÉRICO DO DEVIDO À LIMITAÇÃO DO SACIEN- OUTROS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM M. 45 TC de tórax realizado por Dr. AC Botelho, além de hemograma completo e urina

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1: <i>gustavo</i>	HORA: <i>13:05h</i>	DATA: <i>4/6/16</i>
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: 04 06 16 - UCR	
ANAMNESE Glasgow 15 Sinais neurológicos focais R e L	
EXAME FÍSICO DR Group a e f r e t p	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)**** TC cran. seriado e coluna torax lumbos, dipo, LAD	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS em urina OUTROS coloss a de
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) TC cran. futuro Phentolam a e f r e t p + lumbos de lumbos + cervical p. lumbos a e f r e t p G: corticosteroide Analgesia do cefal	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM DR 1800 coloss, Phentolam a e f r e t p + lumbos de lumbos + cervical p. lumbos a e f r e t p   
Assinatura e Carimbo do Responsável	

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olfhos se abrem espontaneamente.	4
Olfhos se abrem ao comando verbal. (Nao confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se nao 3.)	3
Olfhos se abrem por estimulo doloroso	2
Olfhos nao se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado. (Responde corretamente e apropriadamente as perguntas sobre seu nome, idade, onde est., e porquẽ, a data e etc.)	5
Confuso. (Responde as perguntas corretamente, mas hã alguma desorientaçao e confusao)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatoria, mas sem trocas conversacionais.)	3
Sons ininteligiveis. (Gemeendo sem articular palavras.)	2
Susculo.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe e ordenado.)	6
Localiza estimulo doloroso.	5
Retirada inespecifica a dor.	4
Padrão flexo a dor (Decoricação).	3
Padrão extensor a dor (Descerebração).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13 - 150 = 4
	9 - 120 = 3
	6 - 80 = 2
	4 - 50 = 1
	30 = 0
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA	10 - 250 = 4
	20 = 3
	6 - 90 = 2
	1 - 50 = 1
	80 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	200 = 4
	75 - 100 = 3
	90 - 50 = 2
	100 = 1
	90 = 0

**Escala de Trauma Revisada (RS): Bom índice de sobrevida para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion M.R. Sacco W.J. Copes, et al: A revision of the Trauma score. J Trauma 23(5) 524, 1983.

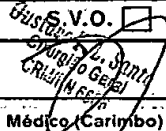
08 - 08=grave (necessidade de
intubação imediata):
09- 3=moderado;
14-15=leve

* 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 3 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: <i>Internado</i>	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

DESTACAR

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

03/06/16

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 resmo.

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

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

PROTOCOLO
RECEBIDO
06 MAR. 2017
ARAIANA S. F. ARAUJO



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 FCS do Prado

Leito:

Idade:

Nº Registro:

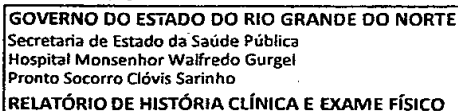
DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
05.06.16	# Cirurgia Geral. 1º DPO de DT D. Paciente em boa evolução sem intercorrências até o momento. Sono, apetite e FE preservados. Ao Exame: REG. frouxo de abd., murcha, quente, insidioso, hiperestésico. ACU. ABD: sem alterações. MMSS: com fixação bilateral. DP: MU @ sem alterações. Derm: pele seca e com ressecamento, deitado = 350ml. # CD: LPH.
06.06.16	# Cirurgia Geral. 2º DPO de DT D. Paciente em boa evolução, sem intercorrências, sono, apetite e FE preservados. Ao Exame: REG. murcha, quente, insidioso, cãibras e hiperestésico. AP: MU @, sem alterações e sem RA. Derm: pele seca, sem escorições e exulceradas. # CD: Rinite de

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

DRP
Dra. Mayara Borges
MR Cirurgia Geral
CRM/RN - 8529

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL/RN, 09/06/2016
SESAP. NAT. Nº 14882

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.



HISTÓRIA CLÍNICA

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL/RN, 02/06/2006
SESAP. MAT. Nº 1328820

AValiação de enfermagem

Turno	Abert. Olhos	Resp. Motora	Resp. Verbal	Pontos 3-15	Pupilas			Abertura Olhos	Grau	Resposta Motora	Grau	Resposta Verbal	Grau	Drogas	Dias
					Tam	Simetria	Reação a Luz								
M								Abertura Espontânea	4	Conversa Desorientado	5	Localiza a Dor	6		
T								Ordem Verbal	3	Linguagem Inadequada	4	Flexão a Dor	5		
N								Dor	2	Sons Ininteligíveis	3	Descortizada	4		
								Sem Resposta	1	Sem Resposta	2	Oscurecido	3		
								Sem Resposta	1	Sem Resposta	1	Sem Resposta a Dor	2		

PROCEDIMENTOS										REGISTROS DE ENFERMAGEM									
Invasivos	Dias	Dias	Exames Realizados	Hora	Exames Realizados	Hora	Controles	Hora	Resposta Verbal	Grau	Drogas	Dias	MANHÃ		TARDE		NOITE		
													Manhã	Tarde	Noite	Noite			
INTRACATH			RAIOS X		ANGIOGRAFIA		TROCA DE SV												
VEIA PERIF.			PUNÇÃO LOMBAR		EDA		TROCA DE SNG												
DRENO TORÁCICO			ULTRASSONOGRAFIA		LABORATORIAIS		TROCA DE EQUIPO												
SNG / SNE			ECG		GASOMETRIA		TROCA DE FRASCO ASP.												
MARCA PASSO PROV.			ECO				TROCA DE CIRC. RESP.												
			TC				TROCA DE LÁTEX												

CONFERE COM ORIGINAL
NATALRN, 09/10/2017
SESAP. MAT. Nº 154882

PROTOSCOLO
RECEBIDO
09 MAR. 2017
REALINA REGUERA SILVA

Missão: Cuidar, no âmbito hospitalar, da 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.



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

Nome: JOÃO FRANCISCO DA COSTA Leito: 443
 Registro: 13794 Data: 07/08/16
 Diagnóstico: _____
 Dias de Internação: _____

CONTROLE HÍDRICO

CONTROLE HÍDRICO										CUIDADOS ESPECIAIS									
SINAIS VITAIS					LÍQUIDO INFUNDIDO					LÍQUIDO ELIMINADO					HGT				
HORA	TA	FR	PC	TEMP	P.V.C.	SAT O2	DIÁL	DIÁL	DIÁL	DIÁL	DIÁL	DIÁL	DIÁL	DIÁL	DIÁL	DIÁL	DIÁL	DIÁL	DIÁL
7:00																			
8:00																			
9:00																			
10:00																			
11:00																			
12:00																			
SUB-TOTAL																			
SUB-TOTAL																			
13:00																			
14:00																			
15:00																			
16:00																			
17:00																			
18:00																			
SUB-TOTAL																			
SUB-TOTAL																			
19:00																			
20:00																			
21:00																			
22:00																			
23:00																			
24:00																			
01:00																			
02:00																			
03:00																			
04:00																			
05:00																			
06:00																			
SUB-TOTAL																			
SUB-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		FIC		Data		LEITO:		GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
REGISTRO		13798		D. NASCIMENTO		/ /		Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho			
DATA		5/6/16		PRESCRIÇÃO				HORÁRIO / ASSINATURA			
1	Dado, nome, sigla + nome do ponto de entrega										
2	Keto medrolonido.										
3	Ceftriaxona 1g - (1FA + 100mg de 1FA) - EV - 12h							12	18	24	
4	Dipirona 2ml + Clu de 160 - EV - 6h							12	18	24	
5	Tiorico 50mg - 1FA + 160 - EV - 8h							12	18	24	
6	Tiorico 100mg - 1FA + 160 + 100mg de 1FA - EV - 8h							12	18	24	
7	Tiorico 100mg - 1FA + 160 + 100mg de 1FA - EV - 8h							12	18	24	
8	SSINOL + CCG										
9	Fome e dor de cabeça de 1FA										
10											
11											
12											
13											
14											
15											

CONFERE COM ORIGINAL
NATALIA, 09/08/2016
RESAP. MAT. Nº 15/2016

PROTÓCOLO
RECERTE
06 MAR. 2017
ABRILHAR, 09/08/2016

[illegible]

MANHÃ	06/06/2016	TARDE	NOITE
Paciente consciente e orientado, em O2 ambiente. AUP em NED. AUP administrado medicado de manutenção de rotina. Segue aos cuidados da enfermagem. Claudiane	Paciente consciente e orientado, em O2 ambiente. AUP em NED. AUP administrado medicado de manutenção de rotina. Segue aos cuidados da enfermagem. Claudiane	Paciente consciente, orientado e em O2 ambiente. AUP em NED. AUP administrado medicado de manutenção de rotina. Segue aos cuidados da enfermagem. Claudiane	Paciente consciente, orientado e em O2 ambiente. AUP em NED. AUP administrado medicado de manutenção de rotina. Segue aos cuidados da enfermagem. Claudiane

PROTOCOLADO
RECEBIDO
06 MAR. 2017
ABRILIA SECURIDADE AL

CONFERE COM ORIGINAL
NATALINI, 07/106 RAC
SESAP MAT 1651 280



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

CONTROLE HÍDRICO

Nome: João Francisco da Costa - Leito: 443
 Registro: 13790 Idade: 59 anos Data: 06/06/16
 Diagnóstico: _____
 Dias de Internação: _____

SINAIS VITAIS							CONTROLE HÍDRICO										CUIDADOS ESPECIAIS												
HORA	TA	FR	FC	TEMP	PULC	SAT O2	LÍQUIDO INFUNDIDO					LÍQUIDO ELIMINADO					HGT	Nebul.	FIO2	Hig. Corporal	Hig. Oral	Tapotagem	Mudança Decúbito	Aspiração	HORA				
							SNG ORAL	SNG SNE	SNG SOND	MTD	SANG. DERIV.	SANG. INF.	BOBINA INF.	DIURESE	FEZES	SUDO GAST.										DIURHO	VÔMITO		
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:										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:										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 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.

[illegible]

PROTOCOLLO
RECEIVED
U 6 MAR. 2017
ARABIA SEQUOIA

CONFERE COM ORIGINAL
NATALINA, 08/05/2013
SESAP, MAT. Nº 1570000



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

Nome: Soni Fromunes Carvalho Leito: 443
Registro: _____ Data: 05/06/2016
Diagnóstico: _____
Dias de internação: _____

CONTROLE HÍDRICO

CONTROLE HÍDRICO										CUIDADOS ESPECIAIS																			
SINAIS VITAIS																													
HORA	TA	FR	FC	TEMP	P.V.C.	SAT O2	LÍQUIDO INFUNDIDO				LÍQUIDO ELIMINADO				HGT	Nebul.	FlO2	Hig. Corporal	Hig. Oral	Tapotagem	Mudança Decúbito	Aspiração	HORA						
							DIÁL	PSG	DIÁ	SORO	ACID	SANG	DIÁL	DIÁ	DIÁ	DIÁ	DIÁ	DIÁ	DIÁ	DIÁ	DIÁ	DIÁ	DIÁ						
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:										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.



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 de Laíde
Idade: 59 anos Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 11.10.56
RG: 550.407 Estado Civil: _____ Nível de Instrução: 4ª série
FILIAÇÃO: PAI: Raimundo Jacinto da Costa
MÃE: Josefa Marcelino da Costa
Endereço: Rua Santos Barreto, 396 C. Nova Natal
Telefone: (988774058) ☐ Residencial ☐ Trabalho ☐ Recado
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: Reserador
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 (X) 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? _____

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

Atropelamento -
Solicitado cópia de documentos

Hospital mantido com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

Luzia da S. Medeiros da Costa
CPF: 007.212.704-07



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSÊNHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO

NOME: José Francisco da Costa INF: 4º andar LEITO: 443
 IDADE: 59 a PESO: _____ ALTURA: _____ Nº REG.: 13799
 DIAGNÓSTICO: Pneumotorax
 TMB. NC: _____
 DIETA: Libre

EVOLUÇÃO MUNICIPAL

EVOLUÇÃO NUTRICIONAL	
DATA	TODA ANOTAÇÃO DEVE SER ASSINADA PELO NUTRICIONISTA QUE FEZ
06/06	Paciente vítima de atropelamento de ônibus, apresentando (TCE). Encontra-se consciente, orientado, sob os ambientes, ateuil, com boa aceitação da dieta VO Livre e com as FE preservadas mantendo a conduta.
07/06	Acd: Maria Elvarene Barbosa Paciente evolue bem, consciente, orientado, em os ambientes, ateuil, sono e apetite preservado com boa aceitação da dieta VO Livre, Deurol (+). FGI ausentes há ± 2 dias. Conduta: Livre + lax
	Acd: Maria Elvarene Barbosa

Dr. Conceição Maria
Nutricionista
CRM-1205

PROTOCOLO
RECEBIDO
06 MAR. 2017
ARAJÁ-SEGUROS S/A

CONFERE COM ORIGINAL
NATALIN, 09/03/2017
CRAP. MARIA

ESTE HOSPITAL É DEL. EMU, N. 30880.



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: José Fco de Castro

Reg. Nº 13789

Diagnóstico pré-operatório: Enfisema pulmonar - hemiparesia

Indicação terapêutica: Enfisema

Urgência (X) Eletiva ()

INTERVENÇÃO

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

Operador: Dr. Felipe Lúcio

CRM/CRO: ---

1º Auxiliar: Dra. Nárcia Borges R.J.

CRM/CRO: 8820

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista:

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- 1) Ponto em Dente de leite com mais exposição do e
- 2) Colares. Anestesia + Antibiótico + esterilização de campos
- 3) Anestesia com infiltração 2%
- 4) Incisão a nível de 6" ETC na LAA
- 5) Alargamento com pinças
- 6) Remoção do conteúdo renal
- 7) Pinça de dente de leite nº 36
- 8) Incisão com garfo de dente
- 9) Lixação do chemo / limpeza local
- 10) Enxerto
- 11) Juntando Ponto x de contato

Dr. Felipe Lúcio
CRM/CRO: 8820

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

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

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								DIAS				
TURNO	ABERT.	RESP. OLHOS	RESP. MOTORA	RESP. VERBAL	PONTOS 3 - 15	PUPILAS		GRAU	RESPOSTA MOTORA	GRAU	RESPOSTA VERBAL	DROGAS
						TAM	SIMETRIA					
											OBERDECE ORDEM VERBAL	
									CONVERSA ORIENTADO	5	LOCALIZA A DOR	
									CONVERSA DESORIENTADO	4	FLEXÃO A DOR	
									UNGUIAR INADEQUADO	3	DESCORTICADA	
									DOR	2	DESCEREBRADO	
									SEM RESPOSTA	1	SEM RESPOSTA A DOR	

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

[illegible]

CONFERE COM ORIGINAL
NATALINI, CRICRI
SEÇÃO 114 No 1587

PROTOCOLO
RECEBIDO
06 MAR. 2017
ARQUIVAMENTO

CONTROLE HÍDRICO

SINAIS VITAIS										CONTROLE HÍDRICO										CUIDADOS ESPECIAIS									
HORA	TA	FR	FC	TEMP	P.V.C.	SAT O2	LÍQUIDO INFUNDIDO				LÍQUIDO ELIMINADO				HGT	Nebl.	FlO2	Hig.	Corporal	Hig.	Oral	Tapotagem	Mudança	Declibito	Aspiração	HORA			
							ORAL	SND	SND	SND	SND	SND	SND	SND	SND	SND	SND	SND	SND	SND	SND	SND	SND	SND	SND				
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:																													
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.

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

IDENTIFICAÇÃO

NOME: João Flávio do Carmo SEXO: MAS() FEM()
 LEITO: _____ REG. Nº: 183312 DT NASCIMENTO: 11/10/56
 SETOR: PSA() PSI() CC/CRO() ENFERM() UTI()
 URGÊNCIA(☒) ELETIVA() DATA: 4.6.16 HORA: _____

EXAMES

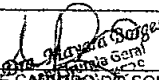
☐ HEMOGRAMA	☐ SÓDIO	☐ D-DIMERO
☐ GLICEMIA	☐ POTÁSSIO	☐ TAP/ TTPA/ INR
☐ UREIA	☐ CÁLCIO	☐ LACTATO
☐ CREATININA	☐ MAGNÉSIO	☐ FOSF. ALCALINA
☐ TGO	☐ VSH	☐ CLASSIF ABO/RH
☐ TGP	☐ PCR	☐ B-HCG
☐ BT / FRAÇÕES	☐ CPK	☐ COLESTEROL E FR *
☐ AMILASE	☐ CKMB	☐ TRIGLICERIDEOS *
☐ DHL	☐ TROPONINA	☐ PROT T / FRAÇÕES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

OUTROS EXAMES (INCLUIR EXAMES DE IMAGEM)

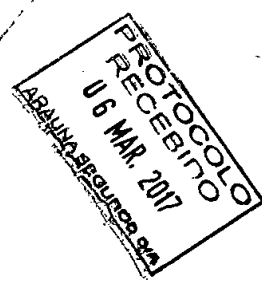
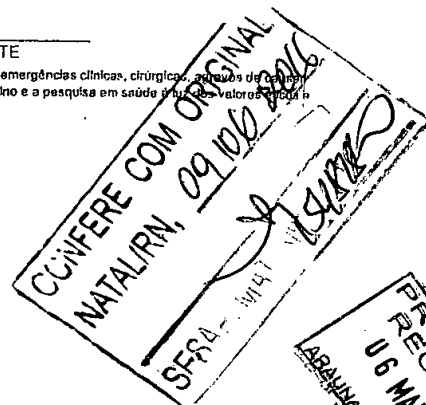
hemograma

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, agudas de trauma, 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 Raiz Fló de Castro

Rég - 13498

DN - 11/10/56

Síntese: Raiz x de
toxo x.

IC: dengue de
toxo (controle)

DATA 9, 6, 16

ASSINATURA

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

RESPEITE O PEDESTRE.
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, EVITE ÁGUA PARADA.

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
ARMANDO POUTO DE LIMA

CONFERE COM ORIGINAL
NATALIN, 09/06/2016
SEBAP. 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

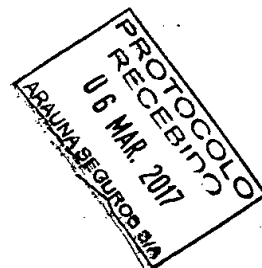
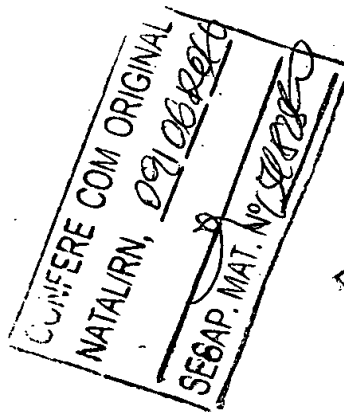
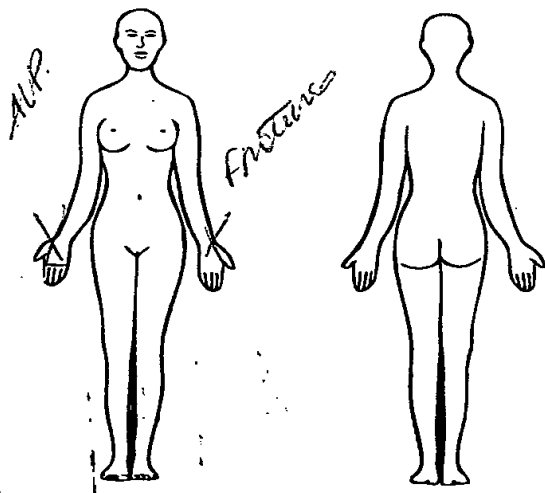
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

NATAL/RN

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: João Francisco de Corte
DATA DE NASCIMENTO: 21/10/56 IDADE: 59 a
REGISTRO: 13793/16
DATA DE ADMISSÃO: 04/06/2016 HORA: 14:50h
ADMISSÃO DO PACIENTE:
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Ortopedia
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 Nº _____ ACESSO CENTRAL: _____
INSTRUMENTADO: _____
CIRCULANTE: Francine Ferreira + Givaneide
TIPO DE ANESTESIA: GERAL (X) RAQUI () PERIDURAL () B.P.B. () LOCAL ()
OBS: _____
ANESTESISTA: Dr. André Karlo
INÍCIO DE ANESTESIA: 15:00h (14:50h)
TÉRMINO DE ANESTESIA: _____
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: 0,2g de cefazolin + 10mg de dexametasona
HORA: 15:00h 14:50h Dr. André

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

INICIO DE CIRURGIA: 15:05h
CIRURGIÃO: Dr. Felipe Lemos
1º AUXILIAR: Dr. R. Mayara
2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR:
TIPO DE CIRURGIA: Monogamia Torácica a (F) + # Cirurgias
de fraturas de pulso bilateral, com tala gessada

TÉRMINO DE CIRURGIA: 15:40h
SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (x)
SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (x)
EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (x) RX: SIM () NÃO (x)
RECEBEU HEMOTRANSUSÃO: SIM () NÃO () TIPO:
RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (x) TIPO:

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO () FEITO FICHA: SIM () NÃO ()
MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO () ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM () NÃO (x)
FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO (x)
DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO (x)
COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM () NÃO (x) QUANTIDADE: 05705 = 10
GAZES CONFERIDAS: SIM () NÃO (x) QUANTIDADE: 30 + 30 = 60
CAIXA CIRÚRGICA: Branca
COMPLETA: SIM () NÃO (x) OBS.:
ÓBITO: SIM () NÃO () HORA: REALIZADO RCP: SIM () NÃO (x)
RESPONSÁVEL PELA RCP:
PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (x) UTI () ALTA ()
EM AR AMBIENTE: SIM (x) NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO (x)
ENTUBADO: SIM () NÃO (x)
PREENCHIDO AIH: SIM (x) NÃO ()
FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (x) NÃO ()
FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (x) NÃO ()

OBSERVAÇÕES: 14:50h = Paciente admitida no ec. proveniente
do, unguem, para submeter-se a um procedimento
cirúrgico dos Ombros de Dr. Felipe Lemos.
Paciente em tala, monitorizada com oximetria
de pulso, + FD + PVE mediano PA = 140 x 60 mmHg
FC = 64, pressão arterial de 140 x 60 mmHg +
Bloqueio torácico. Pulso realizado em 10 minutos
Fratura de pulso bilateral (D.E), com tala gessada
ambos, pulso liberado para o
SpO2 = 98% -

16:30h
Assinatura do (a) Enfermeiro(a)
18.9.94

Assinatura do Circulante
340843 Coreia
ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

Assinatura do Instrumentado
Givaneide Gomes



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. José Francisco de Castro Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório

Indicação terapêutica: Trat. de fratura do Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: Início: Término: Duração:

Operador: Hausemann Moraes 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 para Rorner e E)

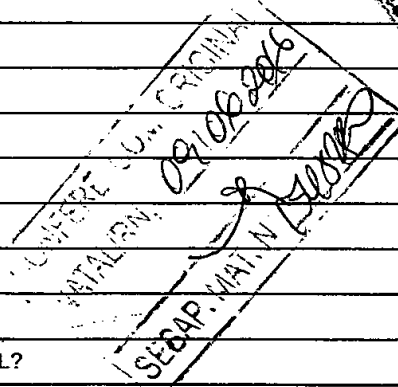
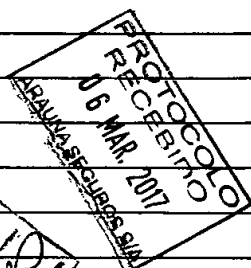
(2) Fixação c/ 04 fios de 15 2.5 (falta 2.0 no Hosp. F)

(3) Curativo + fide cirúrgica posterior

Boa perfusão

Dr. Hausemann Moraes
Ortopedista - Traumatologista
CRM 5314 - SBOT 12213

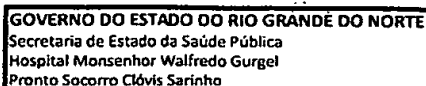
04/06/16



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

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

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.



Paciente: Jose Pereira da Costa ASA: 1
Idade: 59 Sexo: M Registro: 13759
Diagnóstico: Pneumotorax esquerdo + Ruptura de Data: 04/06/16
umho pleural
Cirurgia Realizada: Dr. Felipe de Souza Tratamento
Dr. Felipe de Souza Tratamento
Cirurgião: Dr. Felipe de Souza Tratamento
Anestesiologista: Dr. Claudio R. Vital Tratamento
Enfermagem:

História Clínica Admissional: Neon aliviana; Neop corallorhynchus aliviana
REG. em 19/01/2015, controle de 19/01/2015. Exame de 19/01/2015
Exame de 19/01/2015, Neop corallorhynchus aliviana, Neop corallorhynchus aliviana

Técnica Anestésica: Sedação + Oxigenação + Bloqueio Interstital (pelo pelo cingulo)
 1) Indução com Propofol 2mg/kg; 2) Manutenção com Propofol 0,5mg/kg + Oxigenação
 3) Reposição de volume com MSD;

[illegible]

$\sqrt{1} = 1$
 $\sqrt{4} = 2$
 $\sqrt{9} = 3$
 $\sqrt{16} = 4$
 $\sqrt{25} = 5$
 $\sqrt{36} = 6$
 $\sqrt{49} = 7$
 $\sqrt{64} = 8$
 $\sqrt{81} = 9$
 $\sqrt{100} = 10$

Pete y yo de
Knox. 4 y 7
hace 100 y no
date cuenta, en
cine.

Início: 14:50 h / 15:05

Término: 15:40 / 16:00

Anestésicos Utilizados:

- | | |
|---|--|
| 1. <u>Peuterhill 020mp, 150mox, EV.</u> | 2. <u>Lidomplau Olompe, 2.3mox, EV</u> |
| 3. <u>Peuterhill, 01PA, 120mox, EV</u> | 4. <u>Alfokylolama, 02PA, 20g, EV</u> |
| 5. <u>Dipirone - 2g</u> | 6. <u>Deseratsio - 10g</u> |
| 7. <u>Sevare - 10g</u> | 8. <u>02 - 100% - 32L</u> |
| 9. <u>SR - 1000g / 10g sy. - 1000g</u> | 10. _____ |
| 11. _____ | 12. _____ |
| 13. _____ | 14. _____ |

Encaminhamento: ao CRo

into 3807

Assinatura do Anestesiologista - CRM

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

Enfermaria: 42 Leito: 443
UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 04 / 06 / 2016
Alto: / /

CPF: 315.252.614-87

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 Gacinto 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: Mãe com companheira e 1 filha

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 acompanhamento ☐ Sim ☐ Não

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.)

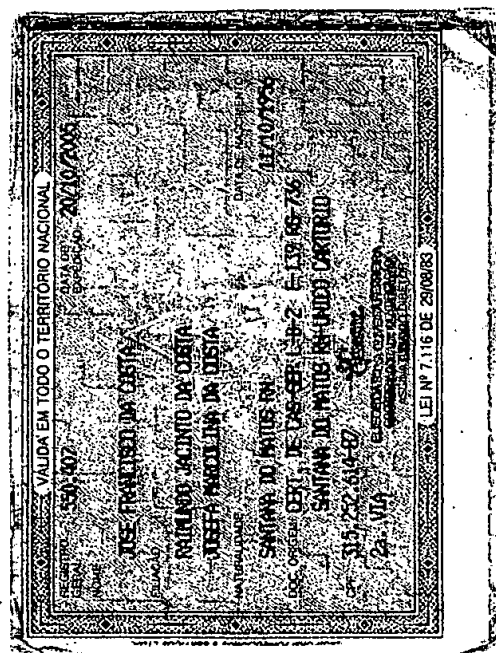
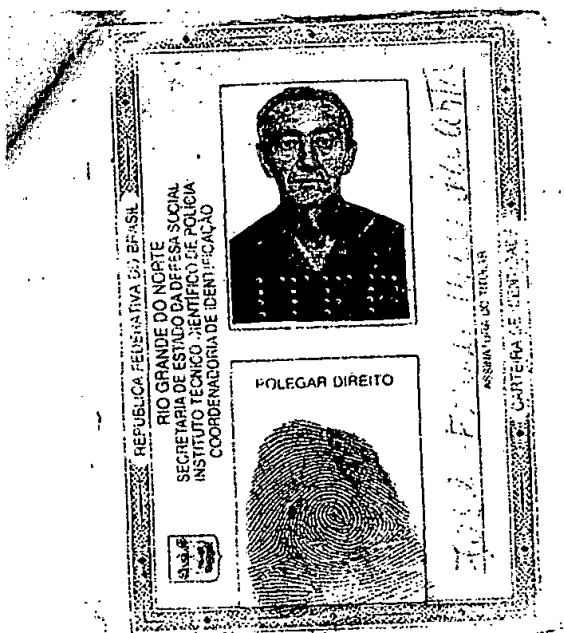
Paciente vítima de atropelamento por ônibus, com
TCE + perda de consciência + dores na espinha torácica.
Anexado exames documentais

Estagiária: Gabriela K. Bezerra

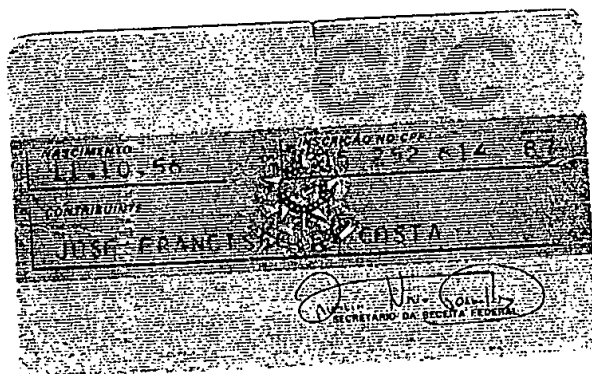
Emília
Emília Górdia B. Oliveira
Assistente Social
CRESSITIAN

Hospital mantido com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

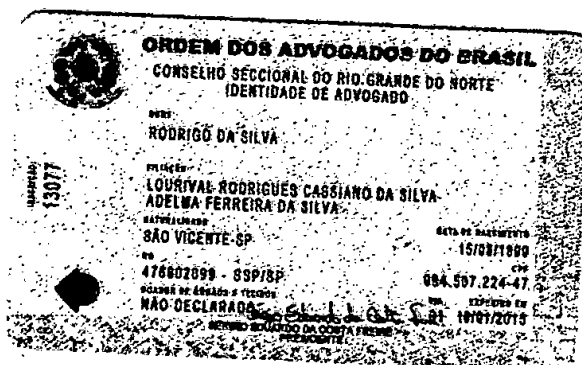
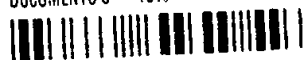
ESTE HOSPITAL É MEU, É SEU, É NOSSO.



DOCUMENTO 5 *T54*



DOCUMENTO 3 "T3%"



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 judicia 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 substabelecer, 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.

PROF. DE NOTAS

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

PROTÓCOLO
RECEBIDO
06 MAR. 2017



NATAL CARTÓRIO 7º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Leônício Etelvino de Medeiros, 2035, Capim Macio - 59.075-570 - Natal/RN
Fone/Fax: 84 4008 5858 - 4008 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

CPF: 481.522.184-72

ESCREVENTE AUTORIZADA

VALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE

Página 1 de 1

Lagoa Nova - Natal/RN - CEP 59064-340
18838-9665

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

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2017

Carta nº: 10838675

A/C: JOSE FRANCISCO DA COSTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170192769 ASL-0133211/17

Vitima: JOSE FRANCISCO DA COSTA

Data Acidente: 04/06/2016

Natureza: DAMS

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, 28 de Abril de 2017

Carta nº: 10899252

A/C: JOSE FRANCISCO DA COSTA

Sinistro: 3170192769 ASL-0133211/17
Vitima: JOSE FRANCISCO DA COSTA
Data Acidente: 04/06/2016
Natureza: DAMS
Procurador: RODRIGO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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\$ 180,03

Banco: 001

Agência: 000003777-X

Conta: 0000041166-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Pag. 00737/00738 - carta_12





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 *T195*

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 CNPJ 000000000000000000 EXPEDIDO POR ITED/PR/047 EM 20/10/06 ECPF 01326267900 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 aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Seguro ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta 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 (nestes momentos revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta correntista);
- Comprovatório 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) 339739 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 41166-3

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

Nº do BANCO 14 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 14 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 14

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.

ASL-0088338/17

Assinado eletronicamente por JOSE FRANCISCO DA COSTA em 20/10/06Assinado eletronicamente por JOSE FRANCISCO DA COSTA em 20/10/06

ASL-0088338/17

Assinado eletronicamente por JOSE FRANCISCO DA COSTA em 20/10/06Assinado eletronicamente por JOSE FRANCISCO DA COSTA em 20/10/06

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

09/12/2016 Saldo Anterior

Informações Adicionais

Juros

Data de Debito de Juros

IOF

Data de Debito de IOF

ASL-0088988/17

josilene.gomes

04/04/2017 11:07:41

Valor

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

ASL-0088988/17

josilene.gomes

04/04/2017 11:07:41

Total Aplicações Financeiras

* Saldos por dia Base

Sujeitos a confirmação no momento da contratação

0,00

ASL-0088988/17

josilene.gomes

04/04/2017 11:07:41

ASL-0088988/17

josilene.gomes

04/04/2017 11:07:41

ASL-0088988/17

josilene.gomes

04/04/2017 11:07:41

ASL-0088988/17

josilene.gomes

04/04/2017 11:07:41

ASL-0088988/17

josilene.gomes

04/04/2017 11:07:41





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ELETRÔNICA



REGISTRO PARA FINS DE REQUERIMENTO DO SEGURO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

Endereço: RUA ESPERANÇADA SILVA JARDIM, 2, RIBEIRA, NATAL

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2016031000677

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 04/04/2017 10:15:00

2.3 Fato: Consumado

2.4 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: SN

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: CIDADE DA ESPERANÇA

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSE FRANCISCO DA COSTA

3.3 Etnia: Parda

3.5 Mãe: JOSEFA MARCOLINA DA COSTA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 31525261487

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.15 Telefone(s):

3.17 Número: 210

3.19 Bairro: CENTRO

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

1.2 Data de Expedição: 08/07/2016 08:41:41

1.4 Ligou CIOSP: Não

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: CRUZAMNETO COM A RUA CEARÁ

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: NATAL

3.2 Estado civil: Divorçado(a)

3.4 Pai: RAIMUNDO JACINTO DA COSTA

3.6 Data de Nascimento: 11/10/1958

3.8 RG: 950407 - ITEP/RN

3.10 Passaporte:

3.12 Nacionalidade: SANTANA DO MATOS RN

3.14 E-mail:

3.18 Logradouro: RUA PROFESSOR FERREIRA JALES

3.18 CEP:

3.20 Cidade: SÃO RAFAEL

DOCUMENTO 1 *T196*



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

(NÃO FORAM INCLuíDOS)

8. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

(NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Seguradora: Não

7.1.3 Chassi: 20548

7.1.5 Placa: KY2983

7.1.7 Marca: VOLVO

7.1.9 Ano do Modelo: 2008

7.1.11 Cor do veículo: BRANCA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: EMPRESA DE TRANSPORTE DA CONCEICAO LTDA

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: COMIL SVELTO

7.1.10 Ano de Fabricação: 2008

7.1.12 Tipo do veículo: ONIBUS

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

JOSE FRANCISCO DA COSTA INFORMA QUE FOI ATROPELADO POR UM ÔNIBUS (DADOS ACIMA) QUANDO ATRAVESSAVA NA FAIXA DE PEDESTRE EXISTENTE NO LOCAL (ACIMA MENCIONADO). UMA EQUIPE DO SAMU FORA ACIONADA, REALIZOU O PRIMEIRO ATENDIMENTO AINDA NO LOCAL E NA SEQUÊNCIA FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL.

DOCUMENTOS APRESENTADOS:

DECLARAÇÃO DO SAMU Nº 103314/1

BAA 183312

DOCUMENTOS PESSOAIS (RG) (CÓPIA ANEXO)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (CÓPIA ANEXO)

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data: 08/07/2016 08:41:41

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES



Prefeitura Municipal do Natal
A nossa cidade

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU 192 NATAL

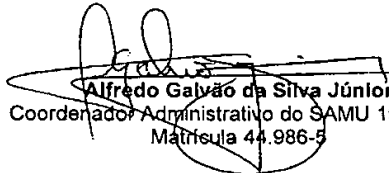
DECLARAÇÃO

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.

DOCUMENTO Z "1290"



Natal, 13 de Junho de 2016.


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



Rua Potiguares, 300 - Dix Sept Rosado - Natal/RN - CEP: 59054-280
Tel.: (84) 3232-9222 - (84) 3232-9211

13/06/2016

samunatal.no-ip.org/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=103314&Digito=1&ReadOnly=1

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 103314/1

Data: 04/06/2016

CHAMADO

TARM: JOAO PAULO DA SILVA

Médico Regulação: MARIA CLAUDIA SALDANHA FARIAS

Rádio Operador: LITIZ NEY DA SILVA

Médico Cena: LIDIANE GUEDES PITA

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 15 (UPA 24H ESPERANÇA)

Equipe VTR: GENNER CARLOS DE OLIVEIRA LIMA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
VANESSA BERNARDO DO NASCIMENTO - TÉCNICO 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

Apolo:

http://samunatal.no-ip.org/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=103314&Digito=1&ReadOnly=1

1/3

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

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. Ilgação ao serv prop.:

Recebido por:

☐ Vaga Negada☐ Vaga Zero

Motivo da entrada:

▾

PERTENCES



13/06/2016

samunatal.no-ip.org/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=103314&Digito=1&ReadOnly=1

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

11/11/11

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:

04/06/2016

10:13:18

Saída Local:

04/06/2016

11:08:58

Regulação Médica:

04/06/2016

10:15:13

Chegada Destino:

04/06/2016

11:32:44

Solicitação VTR:

04/06/2016

10:16:50

Liberção Destino:

04/06/2016

11:32:45

Saída VTR:

04/06/2016

10:16:52

Liberção VTR:

04/06/2016

11:33:27

Chegada Local:

04/06/2016

10:25:07



http://samunatal.no-ip.org/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=103314&Digito=1&ReadOnly=1

3/3



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

ASL-0088988/17
josilene.gomes
04/04/2017 11:08:46

ASL-0088988/17
josilene.gomes
04/04/2017 11:08:46

EU, JOSILENE FRANCISCA DA COSTA, data de expedição 20/10/2005 Orgão 537/M
RG nº 53107.407 venho perante a este instrumento declarar que não

posso comprovar 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>PE</u>
CEP	<u>559.518.000</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 999195385</u>
E-mail	<u>-</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: NATAL, 19 de novembro de 2016.

Assinatura do Declarante: Josilene Gomes da Costa

ASL-0088988/17
josilene.gomes
04/04/2017 11:08:46

ASL-0088988/17
josilene.gomes
04/04/2017 11:08:46



ASL-0088988/17
josilene.gomes
04/04/2017 11:08:46

CONTA DO CONSUMO DE AGUA E GOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 04/04/2017 ÀS 11:08:46
NOME: FRANCISCO DAZACOSTA
RUA PROF. FERREIRA JACQUES, 210 - SAO RAFAEL SAO RAFAEL RN
55513-000

LEGADO
DATA LEITURA: 07/05/2016
LCT. ATUAL: 212
LCT. ANTERIOR: 251
DIA DE LEITURA: 07/05/2016

HISTÓRICO DE CONSUMO
REF. CONSUMO (L) CONSUMO (L) CONSUMO (L)
05/2016 1 04/2016 1

DESCRICAÇÃO
AGUA
RES ENTRE 50 L 100H E UNIDADE(S)
CONSUMO DE AGUA
E GOTO
25,0% DO VALOR DE AGUA
MULTA P/ IMPONTUALIDADE PARCELA 01/01

ASL-0088988/17
josilene.gomes
04/04/2017 11:08:46

TRIBUTOS
PIS
COPINS
CÁLCULO
PERCENTUAL (%)
VALOR DO IMPOSTO

11/05/2016
"JA ESTA DISPONIVEL NO SITE DA CAERN O RELATORIO
ANUAL DA QUANTIDADE DE AGUA E GOTO DE SUA CIDADE"
OS ERIS DEVEH POSSUIR CERTIFICACAO E SEU USO DEVE SER FISCALIZADO.

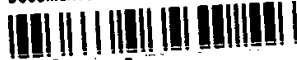
PROTOCOLO
RECEBIDO
11/04/2017
ARQUIVADO

PROTOCOLO
RECEBIDO
11/04/2017
ARQUIVADO

ASL-0088988/17
josilene.gomes
04/04/2017 11:08:46

ASL-0088988/17
josilene.gomes
04/04/2017 11:08:46

DOCUMENTO 1 *T1%*



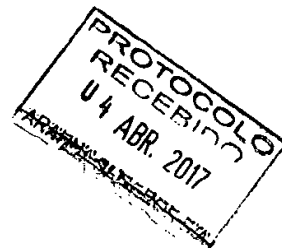
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rodrigo da SilvaRG 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 Amibul Carneiro</u>
Número	<u>2525</u>
Apto / Complemento	<u>Ed. Samuli, sala 205</u>
Bairro	<u>Landelândia</u>
Cidade	<u>Natal</u>
Estado	<u>Rio Grande do Norte</u>
CEP	<u>59.064-340</u>
Telefone de Contato	<u>84-99919-5385</u>
E-mail	<u>RODRIGO.SSC.ADVOCACIARN@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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



Rede Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Memoz, 150, Bairro, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 55025-250
CNPJ 08.324.195/0001-01 | Insc. Est. 20053198-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
ADOLFO MAGALHÃES CAVALCANTI

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANIBAL CORREIA 2525 L.J-105

CPF 085.240.594-59

CANDELARIÁ/ÁREA URBANA,
NATAL RN
59064-340

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Monofásico

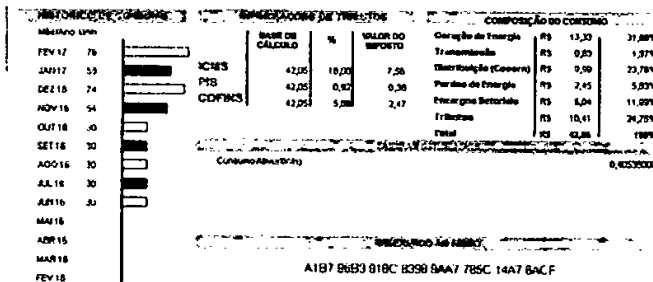
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7010718688	02/2017
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISÍVEL PRÓXIMA LETURA
22/02/2017	17/03/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	47,90

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
000785934	UNICA	15/02/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
15/02/2017	3011015881	2489892

COMPOSIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abixo (VWh)	78,0000000	0,53914084	42,05
Contribuição Iluminação Pública			4,74
Multa por atraso-NF 000785835 - 15/08/16			0,32
Juros por atraso-NF 000785835 - 15/08/16			0,79

TOTAL DA FATURA 47,90

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSUMO (VWh)
215124113	CAT	17/01/2017	4880	15/02/2017	528,00	28	78,00



INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal deve ser feito em nome da empresa, no dia da leitura e dentro do prazo de validade, para garantir o cumprimento das obrigações de consumo. As informações das Notas Fiscais mensais (Art. 4º, Lei 12.073/2009) não deverão ser utilizadas para fins de comprovação de dívidas com natureza de obrigação judicial que possam ser cobradas após o fim do processo judicial.

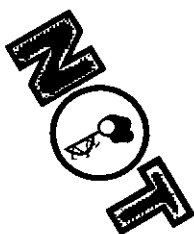
DURAÇÃO E PRODUÇÃO DA ENERGIA ELÉTRICA					TENSÃO DE TENSÃO		
CONSUMO	VALOR APROXIMADO (VWh)	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
NATL	0,99	5,31	10,62	21,25	220	202	231
PH	1,00	3,17	6,35	12,70			
PHC	0,99	3,01	0,00	0,00			

Limite CTR 12,27 R\$ 50 - Valor de Encargos de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 11,58

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7010718688	02/2017	22/02/2017	47,90

83800000000-9 47900038407-0 01071868820-1 00781088633-6





Núcleo de
ortopedia e
traumatologia

Rua dos Canindes, 1407 - Alecrim
Natal/RN - Fone: (84) 3213-6260
CNPJ. 40.998.593/0001-41

RECIBO

R\$ R\$ 1100,00

Recebemos do (a)

Felipe Francisco de Costa

a importância de

R\$ 1100,00

Correspondente a

Consulta médica

constando de:

40.998.593/0001-41

Do que, para os fins e efeitos de direito, firmamos o presente dando plena e geral quitação.

NÚCLEO DE ORTOPEDIA E

TRAUMATOLOGIA S/S LTDA - ME

Rua dos Canindes, 1407 - Alecrim

CEP: 59.050-000

Natal-RN,

12 de Outubro de 2016

DOCUMENTO 3 *T3%*



NATAL - RN

GOLD SOL

C M DE SOUSA SOUTO ME

AV CORONEL ESTEVAN 1374, ALECRIM-NATAL/RN

CNPJ: 15.378.405/0001-35 IE: 20.268.027-4

08/10/2016 10:09:51 CCF: 001597000:004086

CUPOM FISCAL

ITEM 000100 CESTICAÇÃO DIO UN M UNIT R\$ ST AT V. ITEM R\$

001 00000000000019 LEME ESPACE UN 117,00x 300,00

TOTAL R\$ 300,00

Dinheiro 300,00

trib aprox R\$: 18,00 Estadual

Fonte: IPT 5017em

OBRIGADO VOLIE SEMP

MD-5: A6196C181C41806252083130A472909

DJPDV 1.4.0

U6E CARDCO 1E660 198009 ED 35C0AC 04A51 214

DARUMA AUTOMACAO

ECF-IF VERSAO: 01.00.004

EEEEEEEEEECEEAJD 08/10/2016 10:10:18

FAB: DR08138R0000000402747

**PROTOCOLO
RECEBIDO**

04 ABR 2017

RECEBIDA

DROGASIL

Raia-Drogasil S/A

AV BERNARDO MEIRA 3775 FISO : : EUC - 101

CEP:59.015-900 - NATAL/RN

C : 61.585.665/1295-10 IE : 10.426 1-2

C : 06/2016 15:42:43 CCE:015446 100:0 104

CUPOM FISCAL

1 CODIGO DESCRICAO ST IPI UN. VAL. UNIT. RS

1 13624 NEEDS ATADOR 10CH 1: 10n X 3.19 FI R 3.19

2 13624 NEEDS ATADOR 10CH 1: 10n X 3.19 FI R 3.19

TOTAL RS 6.38

C: Credito

NC:5:b0237a497e451890d0ca1a6722b2e4dc

Simplex (1)

Tr:5 Aprox R:50.00

Fonte: IBPT

PROTOCOLO
RECEBIDO

11 ABR 2017

7: 5n 9d 4n kc 2a 33 33n 2 AL 13 1d 0K 62 1ed

7: 5n 9d 4n kc 2a 33 33n 2 AL 13 1d 0K 62 1ed

7: 5n 9d 4n kc 2a 33 33n 2 AL 13 1d 0K 62 1ed

F15:EP09142000000012294

DROGASIL

Raia Drogasil S/A

AV BERNARDO VIEIRA 3775 PISO 1; EUC 108 - 109;

CEP:59.015-900 - NATAL/RN

CNPJ: 61.585.865/1295-10 IE : 20.426.397-2

13/06/2016 16:55:30 CCE:044558 C00:083559

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	DESCRICAO	QTD	UN.	VL UNIT RS	ST	LT	VL ITEM RS
------	--------	-----------	-----	-----	------------	----	----	------------

1	35614	NEZ ESP MICROB 50X4	1	Un	18,70	F	1	18,70c
2	35815	PARAC NEG 750MG 4'S	1	Un	3,63	F	1	3,63c
Desconto item 2								-1,42

TOTAL RS 20,96

Dinheiro 20,96

TROCO RS -1,42

Moeda: b023fa497e451890d0ca1a6722b2a4dd

Simplex (1-0)

Tris Aprox RS: 2,92

Fonte: IBPT.

PROTOCOLO
RECEBIDO

04 ABR 2017

13/06/2016 16:55:30 CCE:044558 C00:083559

FAB:EP09142000600012300

DROGARIA ALIANÇA LTDA
DROGARIA ALIANÇA LTDA
R LARANJAL, 328 - CIDADE NOVA
NATAL/RN * CEP: 59072-570 * TEL: (84) 3605-3501
CNPJ: 10.952.524/0001-36 IE: 20.221.551-2
22/06/2016 18:24:33 CCF: 282105 COD: 411976
CUPOM FISCAL
ITEM CÓDIGO DESCRIÇÃO QTD UN V. UNIT R\$ ST A/T V. ITEM R\$
001 07896342414413 BOLSA TERMICA GEL M (MERCUR)
1 UN X 17.99 118,00% A 17,99
TOTAL R\$ 17,99
Dinheiro 17,99
MD: 5:1ef07c2fff0386828f990ab3eb153cb51
CLIENTE BALAN
Ven: 0020 M
PLANALTO - F
Val Aprox r100... Fonte (IBPT)
** LAUDO: HP11/2015
DarumaF - melhor... Não programada
DarumaF - network... Mensagem Não programada
187 DEANA... 31100 ANI
DARUMA AUTOMACAO
ECF-IF VERSAO: 01.00.00 ECF: 002 Lj: 01
CCCCCCCCCHCAAF6FF 22/06/2016 18:24:40
FAB: DR0812BR000000334005

PROTOCOLO
RECEBIDO
U-4 ABR 2017

PROGASIL
 Rua Drogasil S/A -
 Av. Miguel Castro, 1206, CEP 59075-740, Lagesa Nova,
 Natal / RN
 CNPJ: 61.585.865/1269-29 IE : 20.422.510-8
 07/06/2016 15:20:47 CCF-039775
CUPOM FISCAL
 ITEM 660160 VL UNIT RS ST IAT VL ITEM RS
 1 31013 CREMER ESP TUP 5X4,5 + 1un X 10,49 FI A 10,49
 2 26632 RANDILHA 30 S 1un X 28,61 FI A 28,61
 3 13625 NEEDS COHP 100N 1un X 2,19 FTI A 2,19
 4 13625 NEEDS COHP 100N 1un X 2,19 FTI A 2,19
 5 13625 NEEDS COHP 100N 1un X 2,19 FTI A 2,19
 6 13625 NEEDS COHP 100N 1un X 2,19 FTI A 2,19
TOTAL RS 40,71
 10,00
 50,71
 07/06/2016 15:21:54
 ECF-01 VERSÃO: 01.00.04 ECF: 001
 FAF: EP091426000000011843

DRUGARIA ALIANÇA LTDA

R LARANJEIRA, 328 - CIDADE NOVA
NATAL/RN - TEL: (84) 3605-4501 FAX: (84) 3605-4501

CNPJ: 07.952.429/0001-30
CNPJ: 07.952.429/0001-30

DATA: 22/06/2016 18:22:39

CUPOM FISCAL

ITEM 00010 DESCRICAO QTD UNID VAL UNIT VAL TOT
001 07896472502943 LEFALFINA 40mg (MUL) 11.865 40 139.060

3 CX X 12 99 11 H JR 97)

002 07896472502943 LEFALFINA 40mg (MUL) 11.865 11 130.506

1 UNO X 26 99 11 A (6.99)

TOTAL R\$ 65,96

ISS 0,5% 329,80

MD-5: 1e1f07c21d138682871990ab3ee15051

Vend: 0104 ANDREZA MARIA
PLANALTO - Fone:
Val Approx Tributos R\$: 0,00 (em nome de ITRP)
Pv0002300814
** LAUDO: 04P1607015

Danufarmamouth - Mensagem Não Programada
DANUFARMAMOUTH - Mensagem Não Programada
069 C4749 18/01 ER 188 24 450071 0300E 310E7 200
DARUMA AUTOMACAO
ECF-IF VERSAO
CCCCCCCCHLNRHM
THB: DR0812BRK00CC 103394

PROTÓCOLO RECEBIDO

Nº 4 ABR, 2017

ABRIL 2017

Recibo

Nº	R\$
	60,00

Receb. do(s) Sr.(s) José Francisco da Costa

Endereço

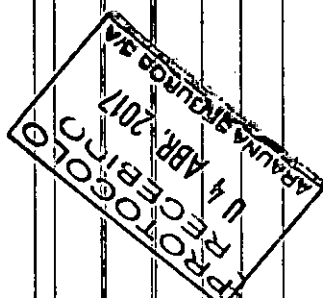
a importância supra de R\$

Sessenta Reais

referente Consulta Oftalmologista

pelo que para maior clareza firmo o presente.

EMITENTE	OBSERVAÇÕES
ENDEREÇO	PAGO
CNPJ/CPF/RG	Em. 08/10/16
LOCAL E DATA	<u>Caruaru</u>
GRAFSET	ASSINATURA





-ano: (84) 4308.6000 - FINE (84) 4008.5001 - NOSTR/RN
 -

Nome: José Francisco da Costa

[illegible]

ARMANDO CUNCA VAREZ S.A. S. R. L.

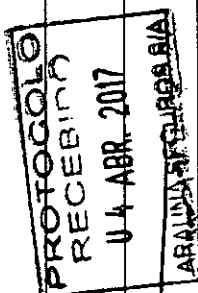
Assinatura

RECIBO

R\$ 80,00

Recebi(emos) do(a) Sr.(a) José Francisco da Costa

a importância de R\$: oitenta reais



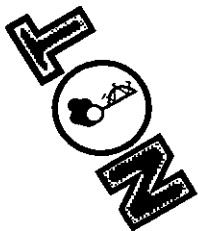
Referente a entrega de material com o cartão

Natal, 12 de MAIO de 2016

Laboratório Happy Ltda

Cidade da Esperança cep: 59.070-340

UNICORN



Núcleo de
ortopedia e
traumatologia

Rua dos Canindes, 1407 - Alecrim
Natal/RN - Fone: (84) 3213-6260
CNPJ. 40.998.593/0001-41

RECIBO

R\$ 80,00 #

Recebemos do(a) José Francisco de Costa

a importância de Oitenta reais

Correspondente a Consulta médica

constando de:

Do que, para os fins e efeitos de direito, firmamos o presente dando plena e geral quitação.

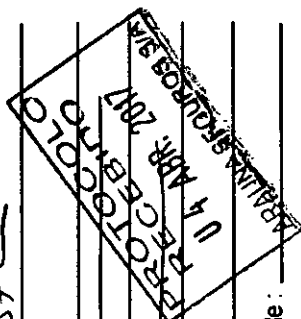
Rua do Francisco

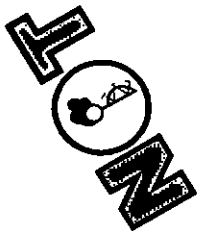
Natal-RN, 04 de Agosto

de 2016

CEP: Assinatura

NATAL - RN





Núcleo de
ortopedia e
traumatologia

PROTÓCOLO
RECEBIDO
04 ABR 2017

Rua dos Canindes, 1407 - Alecrim
Natal/RN - Fone: (84) 3213-6260
CNPJ: 40.998.593/0001-41

RECIBO

R\$ \$ 510,00

Recebemos do(a)

Jose Francisco de Costa

a importância de

Quinhentos e dez reais

Correspondente a consulta médica - Rx de ombros direito e
Rx de costela + Rx tórax + Rx de coluna cervical e lombar

140.998.593/0001-41

Do que, para os fins e efeitos de direito, firmamos o presente dando plena e geral quitação.

Dr. JOÃO DE ORTONEDEIA E

TRAUMATOLOGIA S/C LTDA - ME

Rua dos Canindes, 1407 - Alecrim

CNPJ 40.998.593/0001-41

NATAL - RN

99 de Junho de 2016

40.998.593/0004-41

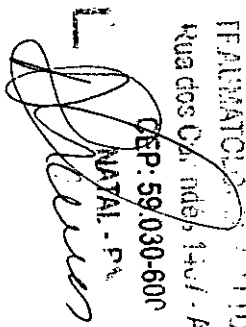
COLEO DE OPORTUNIDADE

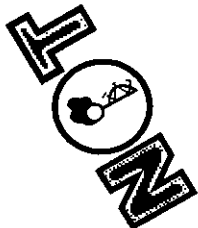
FAIXA DE OPORTUNIDADE

Rua dos Carandás, 140 - Alcorin

CEP: 59.030-600

NATAL - RN





Núcleo de
ortopedia e
traumatologia

Rua dos Canindes, 1407 - Alecrim
Natal/RN - Fone: (84) 3213-6260
CNPJ. 40.998.593/0001-41

RECIBO

R\$ 35,00

Recebemos do(a) _____

Jose Francisco da Costa

a importância de _____

Trinta e cinco reais

Correspondente a _____

Tala Gessada

40.998.593/0001-41

constando da _____

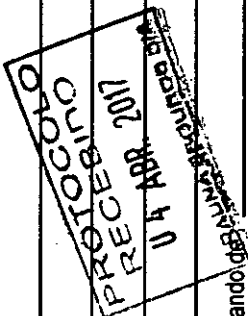
Do(a) Sr(a) _____, firmamos o presente dando plena e geral quitação.

TRAUMATOLOGIA S/S LTDA - ME

Rua dos Canindes 1407 - Alecrim

CEP: 59.030-000

Natal-RN, 05 de setembro de 2016



40 998 593/0001-41



Núcleo de
ortopedia e
traumatologia

NÚCLEO DE ORTOPEDIA E
RUA DOS CANINDES, 1407 - ALECRIM
NATAL/RN - FONE (84) 3213-6260
CNPJ 40.998.593/0001-41
CEP: 59090-600

NATAL - RN

RECIBO

R\$ 150,00

Recebemos do(a)

José Francisco da Costa

a importância de

Cento e cinquenta reais

Correspondente a

Raios X + Talas Gessado

constando de

40.998.593/0001-41

PRECEDENDO
11 de ABR 2011

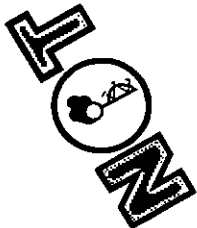
Do NÚCLEO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, firmamos o presente dando plena e geral quitação.

TRAUMATOLOGIA S/S LTDA - ME
Rua dos Canindes 1407 - Alecrim

CEP 59090-600

Natal-RN, 18 de julho de 16

Assinatura
Núcleo de Ortopedia e Traumatologia



Núcleo de
ortopedia e
traumatologia

Rua dos Canindes, 1407 - Alecrim
Natal/RN - Fone: (84) 3213-6260
CNPJ. 40.998.593/0001-41

RECIBO

R\$ 250,00

Recebemos do(a)

Jose Francisco da Costa

a importância de

Duzentos e cinquenta reais

Correspondente a

Consulta + Raxo X + Gesso logolo

constando de

40.998.593/0001-41

PROTEÇÃO

14 ABR. 2017

Do que se trata, o presente dando plena e geral quitação.

Do que se trata, o presente dando plena e geral quitação.

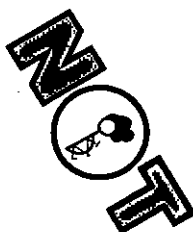
TRAUMATOLOGIA/S/S LTDA - ME

Rua dos Canindes, 1407 - Alecrim

Natal-RN, 12 de Setembro de 16

CEP: 59060-000

NATAL-RN



Núcleo de
ortopedia e
traumatologia

Rua dos Canindes, 1407 - Alecrim
Natal/RN - Fone: (84) 3213-6260
CNPJ. 40.998.593/0001-41

RECIBO

R\$

#35,00 #

Recebemos do (a)

Fosil Francisco da Costa

a importância de

Primo e cinco mil reais

Correspondente a

duas girasais

constando de

40.998.593/0001-41

Do que, para os fins e efeitos de direito, firmamos o presente dando plena e geral quitação.

TRAUMATOLOGIA S/S LTDA - ME

Rua dos Canindes, 1407 - Alecrim

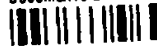
CNPJ. 40.998.593/0001-41

NATAL Assinatura

Natal-RN, *28* de *Setembro* de *2016*

ASL-0088988/17
Josilene.gomes
04/04/2017 11:09:52

DOCUMENTO 2 "T24"



ASL-0088988/17
Josilene.gomes
04/04/2017 11:09:52

DECLARAÇÃO

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 comunicação* ao COAF

* Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. 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 9.813/98.

ASL-0088988/17
Josilene.gomes
04/04/2017 11:09:52

Pelo exposto, eu, Rodrigue da Silva, portador(a) do RG nº 17.060.209-9, 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

FRANCISCO DA COSTA, do sinistro de DPVAT da natureza Inválida

da vítima JOSELEFRANCISCO DA COSTA, e conforme

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

Profissão: RECUSOU Renda Mensal: R\$ RECUSOU

Documentos comprobatórios: CARTEIRA DA ASL

ASL-0088988/17
Josilene.gomes
04/04/2017 11:09:52

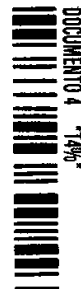
ASSINATURA DO PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL



PACIENTE	JOSE FRANCISCO DA COSTA		
DATA DE ENTRADA	04/06/2016	HORA	11:11
IDADE	59	SEXO	M
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	-		
CEP	59072-590	BAIRRO	Cidade Nova
ORIGEM	Ambulância - SAMU	CIDADE	Natal-RN
ACID. DE TRABALHO	Não	MOTIVO	Atrópelamento / Por Ônibus
	USUÁRIO	Francisco	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)
Paciente vítima de Atrópelamento, operando TCE leve + perda de consciência. Deformidades em membros bilaterais + dor em coluna torácica

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)
 A *sem sinais vitais*
 B *Reflexos espontâneos*
 C *sem resposta*
 D *sem resposta*
 E

OUTRAS OBSERVAÇÕES
Adem. flácido maldol. Tônus art. A. sem alteração. Ref. art. por mobilização. Exortação em face.

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

DIAGNÓSTICO INICIAL TCE + CID

Copyright © 2016 - Sistema Amazing 1 (84) 9613-4442

TOMOGRAFIA
 Realizado em: 04/06/16 12:46
 Técnico: *Thy. gr. F. Costa*
 Fim: *04/06/16 12:46*
 Assinatura: *Patricia*

04/06/16
 12:46

CONFERE COM ORIGINAL
 NATAL RN, 04/06/2016
 SF64P-MAT. Nº 158870

PROTOCOLO RECEBIDO
 U4 ABR. 2017

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)		
A		
B		
C		
D		
E		
A (ALERGIAS): <u>Não</u> M (MEDICAÇÃO EM USO): _____ P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): _____ L (LIQ E ALIMENTOS INGERIDOS): _____ A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): _____ V (PASSADO VACINAL): _____		
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) ... - TC crânio, cervical + tomo. - Rx pulm AP - Rx pulm D, AP e perfil - Rx pulm L, AP e perfil CONQUISTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) - Tamoxifen 40mg, 12/11/15 + 12/12/15 M. Gomes - Tamoxifen 40mg, 12/11/15 + 12/12/15 M. Gomes - UAS.	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS OBS: NÃO REALIZADO O SORFIO DO SANGUE DEVIDO A LIMITAÇÃO DO SACI-BE OUTROS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM M. 45 TC de tórax evidenciando pulmão de 1º AC. Presença, além de, lesões pneumoniticas e espiro Dra. Mariana Borges R. 150, 150 CRM 0525	
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável	

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1: <u>Ortopedia</u>	HORA: <u>13:25h</u>	DATA: <u>4/6/16</u>
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

MÉDICO (Carimbo)

O preenchimento correto do formulário de encaminhamento produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e protege o profissional de saúde. Contribua para a melhoria da assistência no HIA/MS.



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: 04 06 16 - UCR

ANAMNESE

Glasgow 15
Sintomas neurológicos
Atoramento

EXAME FÍSICO

Dr Group a e p r e f

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

TC crânio, cervical e coluna torácica
Normais, diplo, LAD

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

em corpo coloss a de p

CONDUITA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

TC por trauma
Phantomas a e p r e f + b m m e
de fraturas + crânio p. h m e r
a e p r e f

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Dr. GUSTAVO
FLOR LINHARES
Cirurgião
4-20

Assinatura e Carimbo do Responsável

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1- AVALIAR A RESPOSTA DA VÍTIMA 2- PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (QUE SEI QUANDO ESTIVER FORA DE MÓDULOS) 3- PEÇA UM DESFIBRILADOR (SE HOUVER) 4- AVALIAR RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR) 5- SE APELIDAR APELIDAR 1 VENTILAÇÃO DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLA, VALVULA, MÁSCARA) 6- AVALIAR PULSO CARÓTIDEO OU FEMURAL (BRIEFMENTE EM LACTENTES) 7- SE PULSO 8- AVALIAR NÍVEL DE CONSCIENTIZAÇÃO (AVERTIMENTO) 9- SE NÃO HOUVER PULSO, INICIE A RESSUSCITAÇÃO 10- SE HOUVER PULSO, MAS NÃO HOUVER RESPOSTA, INICIE A RESSUSCITAÇÃO 11- SE HOUVER PULSO E RESPOSTA, INICIE A RESSUSCITAÇÃO 12- SE HOUVER PULSO E RESPOSTA, INICIE A RESSUSCITAÇÃO 13- SE HOUVER PULSO E RESPOSTA, INICIE A RESSUSCITAÇÃO 14- SE HOUVER PULSO E RESPOSTA, INICIE A RESSUSCITAÇÃO 15- SE HOUVER PULSO E RESPOSTA, INICIE A RESSUSCITAÇÃO 16- SE HOUVER PULSO E RESPOSTA, INICIE A RESSUSCITAÇÃO 17- SE HOUVER PULSO E RESPOSTA, INICIE A RESSUSCITAÇÃO 18- SE HOUVER PULSO E RESPOSTA, INICIE A RESSUSCITAÇÃO 19- SE HOUVER PULSO E RESPOSTA, INICIE A RESSUSCITAÇÃO 20- SE HOUVER PULSO E RESPOSTA, INICIE A RESSUSCITAÇÃO

CARIMBO OBRIGATORIO PARA EXAMES DE LABORATORIO, UTILIZANDO IMPRESSOES PROPRIAS DO HOSPITAL, REDUÇAO DE EXAMES, FOLHA DE PRESCRICAO E AVISO O BOM DIA.

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Outros se abrem espontaneamente.	4
Outros se abrem ao comando verbal. (Pode confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se está no estágio 4, se não é.)	3
Outros se abrem por estímulo doloroso	2
Outros não se abrem.	1
Resposta verbal (RV)	
Orientado (responde nome, endereço e data) e orientado (responde nome, endereço e data).	5
Orientado (responde nome, endereço e data) e orientado (responde nome, endereço e data).	4
Orientado (responde nome, endereço e data) e orientado (responde nome, endereço e data).	3
Orientado (responde nome, endereço e data) e orientado (responde nome, endereço e data).	2
Orientado (responde nome, endereço e data) e orientado (responde nome, endereço e data).	1
Resposta motora (RM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz todos os movimentos quando lhe é ordenado.)	6
Localiza o membro doloroso.	5
Resposta intencional a dor.	4
Retirada do braço à dor (Deflexão).	3
Flexão do braço à dor (Deflexão).	2
Resposta motora.	1
Total	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	11-15 = 4 9-10 = 3 6-8 = 2 4-5 = 1 3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10-20 = 4 21-24 = 3 25-30 = 2 31-35 = 1 36-40 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90-140 = 4 70-89 = 3 50-69 = 2 30-49 = 1 0-29 = 0

*Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para predição de Etnia. Revisada: Adaptação de Glasgow H.A. Seaco. W.L. Cope, et al. A revisão do Trauma score, A Trauma 1988 6: 105.

CONFERE COM ORIGINAL
MAYALIN, 09/06/2016
SEAB. MAT. Nº 100/2016

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (Nº 2005)

*Referência: FERNANDA FLOR LINHARES, B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

*A escala proposta aplica-se a lesões traumáticas e que colaboram com lesão superior a 3 mm. na Escala de Glasgow. Se não houver lesão traumática, a interpretação do uso da escala deve ser regularizado.

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

PROTOCOLO RECEBIDO
U 4 ABR. 2017
ARAUNA SEGUROS S/A

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

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <i>Unipar</i>	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. ☐	
<i>Unipar</i> Médico (Carimbo)	

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTACAR

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





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 Couto

Leito:

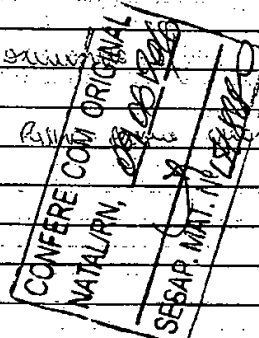
Idade:

Nº Registro:

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
05.06.16	# cirurgia GERAL. 1º DPO de DT D. Paciente em boa evolução com melhora até o momento. Sem, apêndice e PE preservada. Ao Exame: REG. fcm de cda, vagina, cervix, endocervix, útero. ACV ABD: sem alterações. MMSS: sem fixação digital. DP: MU @ fcm de abd. n/PA. Drm: útero e com prolapso, defeito = 350ml. # CD: VPA.
06.06.16	# cirurgia GERAL. 2º DPO de DT D. Paciente em boa evolução com melhora até o momento. Sem, apêndice e PE preservada. Ao Exame: REG. vagina, cervix, endocervix, útero e endocervix. AP: MU @, útero e sem RN. Drm: útero 350ml, sem prolapso e defeito = 350ml. # CD: VPA.

Dra. Mayara Borges
MR Cirurgia Geral
CRM/RN - 0529

Dra. Mayara Borges
MR Cirurgia Geral
CRM/RN - 0529



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 científicas, contribuindo 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 RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO	
Nome: <u>João F. do Prado</u>	Nº Registro: _____
Serviço: <u>Unidade Cirúrgica</u>	Idade: _____ Leito: _____
HISTÓRIA CLÍNICA	
# <u>Admissão</u> # Paciente, 54 anos, internado em internamento por motivo de queixa de 4 h. Relatado ATIS e TE de tórax por contusão posterior da 1ª costela lateral, com de hemipneumotórax e sangramento. APP: muito bom estado físico. Ao exame: REG. sem de de nível, conteúdo, presença, pericóndrio, amplexo, orometria e com boa PRP. • AD: PIR, 2T, BNF, SS. • AP: MVD, alveolar e expandido. • ABD e MLI: sem alterações. RX de TÓRAX: hemipneumotórax, presença de linha hídrica. # CD: (1) Ao CC. por contusão de tórax e presença de fratura.	
<i>Dr. José Augusto</i> CRM/RN 8528 <u>Dr. Oliveira</u> Rx: Ex lateral dos pulso. Realizar redução + fixação a fim de 18. (Co) Alta da cirurgia no dia Ao encerrar da cirurgia <i>Dr. Hausmann Morais</i> Ortopedista - Traumatologista CRM 5374 - SBO 12213	



EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)		
A		
B		
C		
D		
E		
A (ALERGIAS): _____ M (MEDICAÇÃO EM USO): _____ P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): _____ L (LIQ E ALIMENTOS INGERIDOS): _____ A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): _____ V (PASSADO VACINAL): _____		
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) ***	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	
	OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	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)

O encaminhamento correto do sistema de atendimento produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais legíveis e protege o profissional de saúde. Contribua para a melhoria da assistência no HANYG.





PACIENTE	JOSE FRANCISCO DA COSTA				
CARTÃO SUS	Nº 13799				
IDADE	89	SEXO	M	ETNIA	Pardo
NOME DA MÃE	ESTADO CIVIL Casado(a)				
NOME DO PAI	JOSEFA MARCOLINA DA COSTA				
RUA/AV.	RAIMUNDO JACINTO DA COSTA				
COMPLEMENTO	Rua Daniel Barreto Nº 896				
CEP	59072-590	BAIRRO	Cidade Nova		
ESPECIALIDADE	Chirurgia geral	CIDADE	Natal-RN		
USUÁRIO	Francisco	UNIDADE	Politrauma	LEITO	012

DIAGNÓSTICO INICIAL

DIAGNÓSTICO FINAL

REFERE COM ORIGINAL
RIN 19/06/2023

Noted:

Assinatura do médico responsável - ERM

04/06/2016 13:35

**PROTOCOLLO
RECEBIDO
U 4 ABR. 2017**

O EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO É A AVALIAÇÃO DETALHADA CRITÉRIOS DO PACIENTE (DA CABEÇA AOS PÉS), VEJA, NÃO APENAS OLHE, OUÇA, NÃO APENAS ESCUTE, SINTA NÃO APENAS TOQUE.

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)***	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

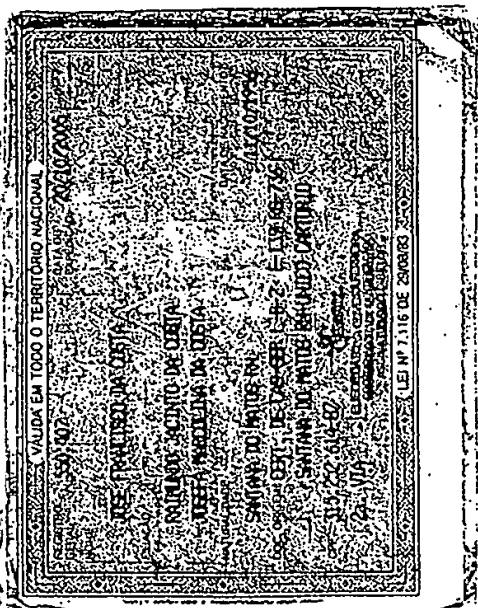
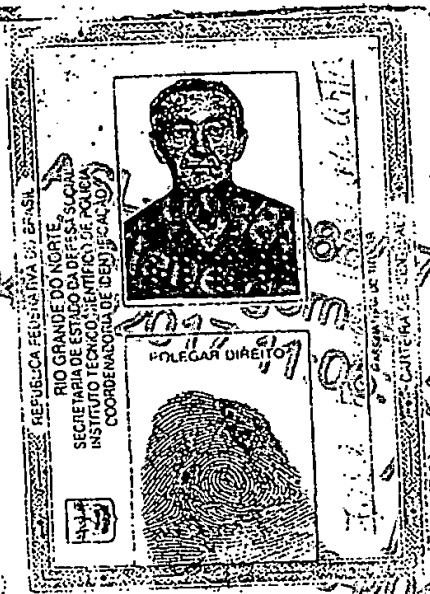
CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL, REQUISIÇÃO DE EXAMES, FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXE AO BOLETIM.

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

MÉDICO (CARIMBO)

O preenchimento do boletim de atendimento produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e protege o profissional de saúde, contribuindo para a melhoria da assistência no HMWD.



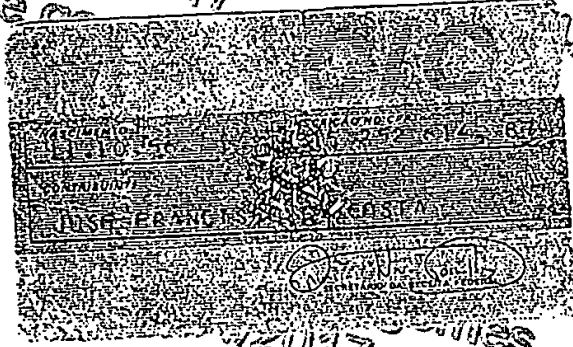


DOCUMENTO 5 *TS%

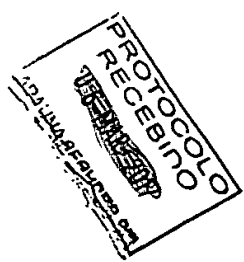


ASL-0088988/17
Josilene Gomes
04/04/2017 11:06:13

ASL-0088988/17
Josilene Gomes
04/04/2017 11:06:13



ASL-0088988/17
Josilene Gomes
04/04/2017 11:06:13



ASL-0088988/17
Josilene Gomes
04/04/2017 11:06:13

ASL-0088988/17
Josilene Gomes
04/04/2017 11:06:13



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, con-
figura a história de uma vida. Quem a examinar,
logo verá se o portador é um temperamento equi-
librado ou versátil; se ama a profissão escolhida ou
ainda não encontrou a própria vocação; se andou
de fábrica em fábrica, como uma abelha, ou per-
maneceu no mesmo estabelecimento, subindo a es-
cala profissional. Pode ser um padrão de honra.
Pode ser uma advertência.

(a) Alexandre Marcondes Filho

Estado de São Paulo, Município de Santos
MINISTÉRIO DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL
DEPARTAMENTO NACIONAL DE MÃO-DE-OBRA
DIVISÃO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO PROFISSIONAL

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Polgar Direito



Número 5175
Data 17/05/73

Assinatura do Portador
Alexandre Marcondes Filho

QUALIFICAÇÃO CIVIL
Nome Alexandre Marcondes Filho
Loc. Nas. Santos, SP
Est. RN Data 10/10/1956
Filiação Raimundo Marcondes da Costa e Josefa Marcelina da Costa
Est. Civil Solteiro Doc. N.º 3499
Fls. 58 Liv. 4 Reg. Civ. 11/05/73
Ocup. doc. 11/05/73
Serviço Militar: Doc. N.º 51717 Orgão 11/05/73
Naturalizado Doc. N.º Em 11/05/73

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em
Doc. Ident. N.º Exp. em
Estado
Data Emissão
Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

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

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

PROTOCOLADO
RECEBIDO
44 ABR 2017
11/05/73

Doc.
Nascimento
Doc.

PROTOCOLADO
RECEBIDO
11/05/73

DOCUMENTO 3 13%



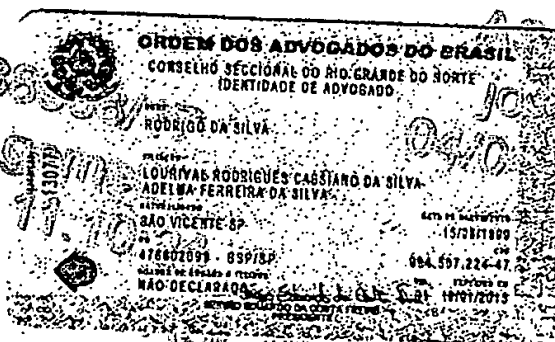
ASL-0088988/17
josilene.gomes
04/04/2017 11:10:24



ASL-0088988/17
josilene.gomes
04/04/2017 11:10:24

ASL-0088988/17
josilene.gomes
04/04/2017 11:10:24

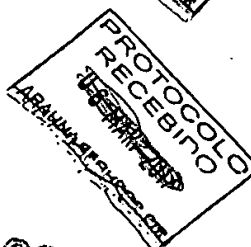
ASL-0088988/17
josilene.gomes
04/04/2017 11:10:24



ASL-0088988/17
josilene.gomes
04/04/2017 11:10:24



ASL-0088988/17
josilene.gomes
04/04/2017 11:10:24



ASL-0088988/17
josilene.gomes
04/04/2017 11:10:24

ASL-0088988/17
josilene.gomes
04/04/2017 11:10:24

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170192769

Data do acidente: 04/06/2016

Vítima: JOSE FRANCISCO DA COSTA

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Natal

UF: RN

Análise: Primeira Análise

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data: 19/04/2017 14:55:43

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT AO NIVEL DO PUNHO E DA
MAO FRAT DE OUTR PARTES E DE
PARTES NE PUNHO MAO -**Internação:** Não**Tratamento:** CIRURGICO**Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	1.01.01.01-2	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRE ESTABELECIDO)	320,00	0,00
Materiais			375,00	75,00
Medicamentos			950,00	0,00
Farmácias			105,03	105,03
Total da Análise Atual			1750,03	180,03

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde**Observações:**

A COBRANÇA DE CONSULTA SÓ É AVALIADA COM RELATÓRIO MÉDICO CORRESPONDENTE. FALTA DISCRIMINATIVO ESPECIFICANDO VALORES E QUANTIDADE DE CADA DESPESA REALIZADA NOS RECIBOS NOS VALORES DE R\$ 250,00, R\$ 150

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: JOSE FRANCISCO DA COSTA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	1750,03	180,03	180,03
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	1750,03	180,03	180,03

TOTAL PLEITEADO: 1750,03 **TOTAL AVALIADO:** 180,03 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 180,03

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

MARIA DE FATIMA FURTADO VELOSO DE MELO

GERENTE**CRM:** 52.49515-5/RJ

JOSE VITAL SOARES

SUPERVISOR



SILVA E CAVALCANTI
ADVOCACIA

ASL-00828092

ASL-00828092

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 Anibal Correia, 2525, Edifício Squali, sala 203, 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 LIDER, 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 a rede bancária, bem como executar e inclusive substabelecer, 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.

JOSÉ FRANCISCO DA COSTA

CPF: 315.252.614-87

NATAL CARTÓRIO 71 OFÍCIO DE NOTAS
R. do Comércio, 100, Centro, Natal, RN - CEP: 59.010-000
Fone: (55) 3083.3333 - 3083.3444

Reconheço AUTENTICA a firma de JOSÉ FRANCISCO DA COSTA, assinada na presença. Dou fé, Natal, 14 de Novembro de 2016.

Em testemunho

ESCREVENTE AUTORIZADO

Lagoa Nova - Natal/RN - CEP 59064-340
18838-9665

Valéria de Lima Cid Medeiros

CPF: 481.522.184-72

VALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE

ESCREVENTE AUTORIZADA

Página 1 de 1

PROTOCOLO
RECEBIDO
U 4 ABR. 2017

PROTOCOLO
RECEBIDO
14/11/2016

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:	24/04/2017
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	180,03
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FRANCISCO DA COSTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03777-X

CONTA: 000000041166-3

Nr. da Autenticação F1A2E8068D9102E2