



Número: **0806397-81.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

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

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CHARLES MEDEIROS DE SANTANA (AUTOR)	JUSCELINO FERNANDES DE CASTRO (ADVOGADO) GEONARA ARAUJO DE LIMA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39490 639	19/02/2019 16:20	BOLETIM DE OCORRENCIA	Documento de Comprovação
39490 678	19/02/2019 16:20	CARTEIRA DE HABILITAÇÃO	Documento de Identificação
39490 713	19/02/2019 16:20	COMPROVANTE DE APGAMENTO DE REMEDICOS	Documento de Comprovação
39490 742	19/02/2019 16:20	COMPROVANTE DE ENDEREÇO	Documento de Comprovação
39490 774	19/02/2019 16:20	COMPROVANTE DE PAGAMENTO	Documento de Comprovação
39490 801	19/02/2019 16:20	Declaração de Hipossuficiênci	Documento de Comprovação
39490 823	19/02/2019 16:20	DECLARAÇÃO DO PROPRIETARIO DO VEICULO	Documento de Comprovação
39490 870	19/02/2019 16:20	DPVAT	Documento de Comprovação
39490 899	19/02/2019 16:20	FOTO 1	Documento de Comprovação
39490 926	19/02/2019 16:20	FOTO 2	Documento de Comprovação
39492 256	19/02/2019 16:20	FOTO 3	Documento de Comprovação
39492 344	19/02/2019 16:20	BOLETIM HOSPITALAR-ilovepdf-compressed	Documento de Comprovação
39492 385	19/02/2019 16:20	DOCUMENTO-HOSPITALAR-4-6-ilovepdf-compressed	Documento de Comprovação
39492 421	19/02/2019 16:20	EVOLUÇÃO-ilovepdf-compressed	Documento de Comprovação
39492 504	19/02/2019 16:20	MEMORIA DE CALCULO	Documento de Comprovação
39492 551	19/02/2019 16:20	procuração	Procuração
39492 617	19/02/2019 16:20	PRONTUARIO-ilovepdf-compressed	Documento de Comprovação



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

Endereço: Complexo de Delegacias Especializadas, Av. Ayrton Senna, 3134, NEÓPOLIS, NATAL, FONE/FAX: 32321565

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018031000322 1.2 Data de Expedição: 10/08/2018 17:43:00
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM 1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 29/06/2018 17:37:00 2.2 Autoria: Conhecida
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo 2.7 Logradouro: AVENIDA INDUSTRIAL JOÃO FRANCISCO DA MOTA
2.6 Tipo do local: Urbano 2.9 CEP:
2.8 Número: SN 2.11 Ponto de Referência: PRÓXIMO A ALUMÍNIO FERRAGENS
2.10 Complemento: 2.13 Cidade: NATAL
2.12 Bairro: BOM PASTOR
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: CHARLES MEDEIROS DE SANTANA 3.2 Estado civil: Casado(a)
3.3 Nome Social: 3.4 Pai: PAULO ALVES DE SANTANA
3.5 Etnia: Parda 3.6 Mãe: SEVERINA MEDEIROS DE SANTANA
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 Orientação Sexual: Heterossexual
3.9 CPF: 87752212415 3.10 Identidade de Gênero: Intersexo
3.11 Nacionalidade: 3.12 Data de Nascimento: 10/05/1974
3.13 Profissão: BALCONISTA 3.14 RG: 1270726 - Itep/RN
3.15 Telefone(s): 84 998047236 3.16 Passaporte:
3.17 Número: 1337 3.18 Naturalidade: NATAL - RN
3.19 Bairro: PAJUÇARA 3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.22 Logradouro: AVENIDA MAR DO NORTE
3.23 Cidade: NATAL 3.24 CEP: 59132280

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não 7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: *****00667 7.1.4 Renavam: 01080875392
7.1.5 Placa: QGH5761 7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.7 Marca: TRAXX 7.1.8 Modelo: JL125-9
7.1.9 Ano do Modelo: 2016 7.1.10 Ano de Fabricação: 2015
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: LEONARDO DA SILVA FERNANDES 7.1.14 Número do Motor:
7.1.17 Nome do condutor: O CONDUTOR É A PRÓPRIA VÍTIMA 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.18 Observações: CNH DO CONDUTOR:04911082134 - CATEGORIA AB/RN

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARCEU A ESTA DELEGACIA ESPECIALIZADA PARA RELATAR; QUE NO LOCAL, DATA, E HORA ACIMA MENCIONADAS; QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA COM DESTINO PARA SUA RESIDÊNCIA; QUE TRAFEGAVA NA AVENIDA, E QUE AO PASSAR EM BURACO, DESEQUILIBROU-SE, E BATENDO EM UMA SALIÊNCIA EXISTENTE NO LOCAL DO ACIDENTE; QUE FOI ARREMESSADO POR VARIOS METROS, TENDO SOFRIDO ESCORIAÇÕES NO BRAÇO, MÃO, E Perna, DO LADO DIREITO DO CORPO, E UMA FRATURA EXPOSTA DO PUNHO ESQUERDO; QUE FOI ATENDIDO PELO SERVIÇO SAMU 192 192 NATAL, SOB O N° DE OCORRÊNCIA 210465/1, EM SEGUIDA, REMOVIDO PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL-PRONTO SOCORRO CLÓVIS, CONFORME BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGENCIA N° 32607/2018, ONDE RECEBEU OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS; QUE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA, CONFORME BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGENCIA N° 18, TENDO SE SUBMETIDO POR UMA INTERNÇÃO CIRÚRGICA. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

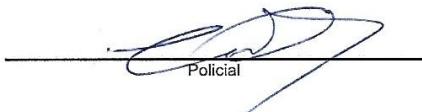
9.3 Outras Providências

REGISTRO DE BOLETIM PARA FINS DE PLEITO DE SEGURO DPVAT
AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO DE RESPONSABILIDADE DO COMUNICANTE/VÍTIMA

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO Foi COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

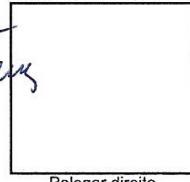
O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data 10/08/2018 17:43:00



Policial
Atendimento: 754265 - LUIZ ANTONIO PEREIRA DOS SANTOS
Protocolo: J2018031000322 - Código de autenticação: 3ce4937d3b5730efcd4a3aa6b878a3a7

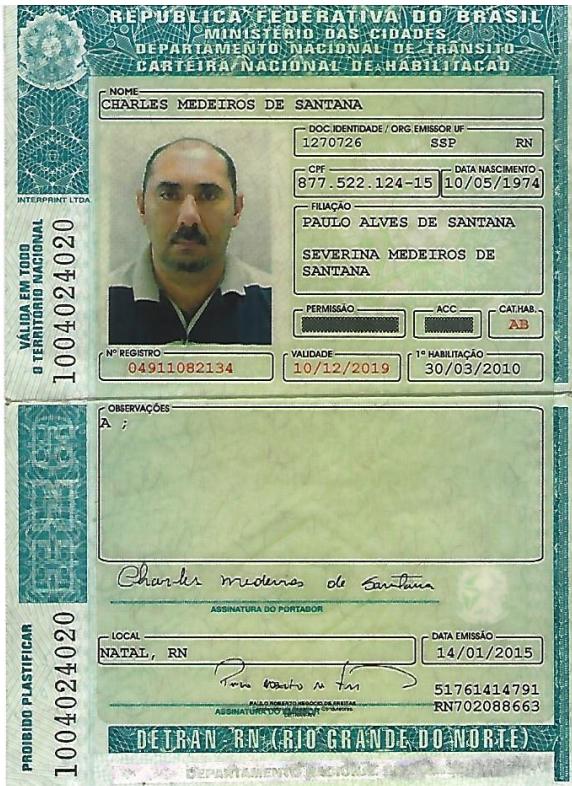


Interessado



Polegar direito

Página 1 2



FARMACIA DOS TRABALHADORES
MULTIARMA DIST. DE MEDICAMENTOS LTDA
CNPJ:13.000.452/0028-35 IE:284177510 FL:35 CX:01
AVENIDA MAR DO NORTE,1001 PAJUCARA, NATA, RN
Documento Auxiliar da Nota Fiscal
de Consumidor Eletrônica

NFC-e não permite aproveitamento de crédito ICMS

#	Código	Desc	Qt	UF	V.Unit	V.Desc	Total R\$
01	7898947017150	ÓLEO DE GIRASSO	1	PR	X	6,99 (0,00)	6,99
02	7897780203126	POVIDINE TOPICO	1	PR	X	5,99 (0,00)	5,99
03	7899470800240	VITAMINA C (VIT	1	CZ	X	6,99 (2,00)	4,99
Qtde. total de itens			3				
Valor Total R\$			19,97				
Desconto R\$			2,00				
Valor a Pagar R\$			17,97				
Dinheiro R\$			20,00				
Troco R\$			2,03				

NDC: 3501392396 | Operador: 2262 | Vendedor: 2242

PV0000241326

Check Consys 4.0.20

OBRIGADO PELA PREFERENCIA

VOCE ECONOMIZOU: 2,00

NFC-e 060685 Serie 001 Emissão: 13/07/18 19:12:30

Via do Consumidor - Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfce.set.rn.gov.br/consultarNFCe.aspx>
2418 0713 0004 5200 2835 6500 1000 0606 8511.0060 6851
Protocolo de Autorização: 324180165777270 13/07/2018 19:12:30

Consumidor não identificado

Consulta via leitor QR Code



COMERCIO DE MEDICAMENTOS

CNPJ: 13.530.044/0013-09 IE:202788784
RUA DR ALVARO OZORIO DE ALMEIDA,
335, PAJUCARA, NATA, RN

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
para Consumidor Final

NFC-e não permite aproveitamento de crédito de ICMS

Código	Qtd	Un	VI	Unit	VI	Desc	VI	Total
7896004704692	1	CX	29,49			16,38		13,11
*CEFALEXINA 500MG								
10CPR								
7896004704692	1	CX	29,49			16,38		13,11
*CEFALEXINA 500MG								
10CPR								
7896004704692	1	CX	29,49			16,38		13,11
*CEFALEXINA 500MG								
10CPR								

Qtd Total de Itens 3

88,47

VALOR TOTAL R\$ 49,14

DESCONTO TOTAL R\$ 39,33

FORMA PAGAMENTO VALOR PAGO R\$

Dinheiro 39,33

Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012) 0,00

Trib Fed: 0,00 Trib Est: 0,00 Trib Mun: 0,00 Trib Imp: 0,00 Fon

te: 0,00 IBPT 0,00

Nº 000054373 Série: 1 13/07/2018 11:25:49

Consulte pela Chave de Acesso em <http://www.nfe.rn.gov.br>

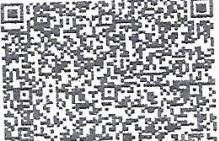
CHAVE DE ACESSO

2418 0713 5300 4400 1309 6600 1000 0543 7310 0054 5077

CONSUMIDOR

Consumidor não informado

Consulta via leitor de QR Code



Protocolo de Autorização: 324180165211336

Versão 5.3000.0.14 Compilação: 13/02/2018 10:24:08
Data: 13/07/2018 11:19:45 Loja: 1

X

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

.

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

,

FARMACIA DOS TRABALHADORES
 MULTIFARMA DISTR. DE MEDICAMENTOS LTDA
 CNPJ: 13.000 452/0028-35 IE: 204177510 FL: 33 CX: 01
 AVENIDA MAR DO NORTE, 1001, PAJUCARA, NATAL, RN
 Documento Auxiliar da Nota Fiscal
 de Consumidor Eletrônica
 NFC-e não permite aproveitamento de crédito ICMS

#	Código	Desc	Qt	UN	V.Unt	V.Desc	Total R\$
01	7898149590208	COMPRESSA DE GR	1	UN	X	1.00 (0,00)	1.00

Qtde. total de itens	1
Valor Total R\$	1.00
Valor a Pagar R\$	1.00
Dinheiro R\$	1.00

NDC: 3501393899 | Operador: 2262 | Vendedor: 2242
 PV0000242419
 Check Consys 4.0.20
 OBRIGADO PELA PREFERENCIA

EMITIDA EM CONTINGENCIA
 NFC-e 061172 Serie 001 Emissao: 17/07/18 18:39:06

Via do Consumidor - Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfce.set.rn.gov.br/consultarNFCe.aspx>
 2418 0713 0004 5200 2835 6500 1000 0611 7291 0061 1728

Consumidor não identificado

Consulta via leitor QR Code



FARMACIAS IRMA DULCE
 MULTIFARMA DISTR. DE MEDICAMENTOS LTDA
 CNPJ:13.000 452/0021-69 IE: 20417742-1 FL: 25 CX: 01
 RUA DR ALVARO OSORIO DE ALMEIDA 396 PAJUCARA, NATA, RN
 Documento Auxiliar da Nota Fiscal
 de Consumidor Eletrônica
 NFC-e não permite aproveitamento de crédito ICMS

#	Código	Desc	Qt	UN	V.Unt	V.Desc	Total R\$
01	7896323206110	MINIZULIDA 100M	8	CX	X	2.99 (3.92)	20.00

Qtde. total de itens	1
Valor Total R\$	23.92
Desconto R\$	3.92
Valor a Pagar R\$	20.00
Dinheiro R\$	20.00

NDC: 2501357078 | Operador: 2324 | Vendedor: 2261
 PV0000213318
 Check Consys 4.0.20
 OBRIGADO PELA PREFERENCIA
 VOCE ECONOMIZOU: 3.92

EMITIDA EM CONTINGENCIA
 NFC-e 059318 Serie 001 Emissao: 13/07/18 11:23:19

Via do Consumidor - Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfce.set.rn.gov.br/consultarNFCe.aspx>
 2418 0713 0004 5200 2163 6500 1000 0595 1891 0069 5189

Consumidor não identificado

Consulta via leitor QR Code





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20056.426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESTRITÓRIO DE ATENDIMENTO
AVENIDA DE JOSÉ MEDINA, N° 115 - Bairro: Nogueira - CEP: 59108-200
Nº de Telefone: (84) 3232-4432

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 13/07/2018 AS 09:40:31

MATRÍCULA: 4730521 MÊS / ANO: 07/2018

DADOS DO CLIENTE

CHARLES MEDEIROS DE SANTANA
AV MAR DO NORTE, N, 1337 - PAJUCARA NATAL RN
59132-280

INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
	5	7030	1	COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO
HIDRÔMETRO SEM MEDIDOR	SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO		SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	

CONSUMO ÁGUA (M3): 10 DATA LEITURA:
LEIT. ATUAL:
LEIT. ANT.:
DIAS CONSUMO:

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MÉDIA
06/2018	10	04/2018	10	02/2018	10	10
05/2018	10	03/2018	10	01/2018	10	

DESCRICAÇÃO ÁGUA	CONSUMO	TOTAL(R\$)
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)	10 M3	39,99
CONSUMO DE ÁGUA		0,79
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2018		1,63
JUROS DE MORA 03/2018 04/2018		0,25
ATUALIZAÇÃO MONETARIA 03/2018 04/2018		
FATURAS EM ATRASO		
REF 201806 40.79		

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	39,99	1.65	0,66
COFINS	39,99	7.6	3,04

VENCIMENTO: 22/07/2018 TOTAL A PAGAR: 42,66

DECLARAMOS NÃO EXISTIR DEBITOS DE FATURAS DE 2017 - LEI 12007/09

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA					
Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	≤ 5,0 uT	6,0 a 9,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Obtidos	0,49	--	100,0 %	0,63	9,82

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 60300043 - AC ALECRIM
NATAL - RN
CNPJ.: 34028316026927 Ins Est.: 200530941

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248608000104
Doc. Post.....: 290691351
Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao.: 62267655

Movimento...: 14/08/2018 Hora.....: 11:45:26
Caixa.....: 87792859 Matricula.: 86277715
Lancamento.: 020 Atendimento: 00015
Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1512381552

DESCRICAÇÃO	QTD.	PRECO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	23,26+
Valor do Porte(R\$)...	23,26	
Peso real (G).....:	100	
CNPJ/CPF Remet	87752212415	
Nome Remetente	CHARLES MEDEIROS DE SANTAN	
Cont. Nome.....	A	
Endereco Remet	AVENIDA Avenida Mar do Nor	
Cont Endereco..	te (CJ Prq Dunas), 1337 (CJ	
Cep Remetente..	59132-280	
Cidade Remet...	NATAL	
UF Remet.....	RN	
POSTAL RESPSTA DPV	1	29,00+
Valor do Porte(R\$)...	29,00	
Cep Destino:	20031-205 (RJ)	
Peso real (G).....	60	
OBJETO.....	DV54337/16348R	

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 52,26

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATARAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima,
prestado(s), o(s) qual(is) passem mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais

Nome: RG:
Ass. Responsável:

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo! Baixe o APP de Pré-Atendimento d
os Correios! E
ncomenda cilíndrica ou esférica i
mplica cobrança adicional de R\$ 20,00.

VIA-CLIENTE

SARA 7.8.01

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA COM PEDIDO DE JUSTIÇA GRATUITA

Pela presente e na melhor forma de direito, **CHARLES MEDEIROS DE SANTANA**, brasileiro, casado, Balconista de Farmácia, Rg. 1270726 - ITEP/RN e CPF.: 877.522.124-15, residente e domiciliado A Rua: Av., Mar do Norte Nº 1337 Cj. Parque das Dunas Bairro: Pajuçara, Natal/RN, Cel: (84) 99804.7236, para os fins específicos do beneplácito previsto no inciso LXXIV, do artigo 5º da Constituição Federal, c/c a Lei nº 1.060/50, artigo 1º da Lei nº 7.115/83 e nos termos do artigo 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil), **DECLARA**, sob as penas da lei, não ter condições financeiras de arcar com custas e despesas processuais, sem prejuízo do próprio sustento e de sua família, razão pela qual requer o deferimento da concessão dos benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**. Requeiro, ainda, que o benefício abranja todos os atos do processo.

Natal, 15 de fevereiro de 2019.



CHARLES MEDEIROS DE SANTANA
CPF nº: 877.522.124-15

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, LEONARDO DA SILVA FERNANDES

RG nº 6767761, data de expedição 10/05/2016
Órgão M.B., portador do CPF nº 08509205744, com
domicílio na cidade de NATAL, no Estado de RN, com
residência na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA AMARO MESQUITA, nº 23
complemento _____ declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima
cujo o condutor

era CHARLES MEDEIROS DE SANTANA

Veículo: MOTOCICLETA

Ano: 2015 / 2016

Modelo: TRAXX SL 125-9

Placa: QGH 5761

Chassi: 95LBXKHE6GB000667

Data do Acidente: 29 DE JUNHO DE 2018

Local e Data: NATAL 17 DE JULHO DE 2018

Assinatura do Declarante

Charles medeiros de Santana

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro, que não a vítima do acidente)



JPM CARTÓRIO JAIRO PROCÓPIO DE MOURA 1º OFÍCIO DE NOTAS

Av. Marechal, 332/340 - Centro - CEP 59020-000 - Natal/RN - Fones: (84) 3222.0166/2999/4997/3983 - Fax: 3222.5621

Reconheço a firma de LEONARDO DA SILVA FERNANDES por
autenticidade do que deu fe.

NATAL (RN), 23/07/2018

Em testemunho _____ da verdade.

Henrique Procópio de Moura - Substituto
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



NATAL CARTÓRIO ÚNICO JUDICIÁRIO DE IGAPÓ

Praça São Vicente de Paula, nº 42 - Igapó - Natal/RN - CEP: 59.100-050

Telefone: (84) 3214-6910

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE, a(s) firma(s) de: CHARLES
MEDEIROS DE SANTANA (152423). VÁLIDO SOMENTE COM SELO AUTENTICIDADE

NATAL/RN, 23 DE JULHO DE 2018 - 09:47.

Op 15
EMOL R\$5,87
ISSQN R\$0,28

Alberto Magnus H. de Moura - Escrivão Autorizado

IDENTIFICAÇÃO

Charles Nedezio de Souza

29.06.2018

877.522.124-15

VÍTIMA

Charles Nedezio de Souza

29.06.2018

877.522.124-15

DATA DO ACIDENTE

ENDERECO DO PORTADOR

Avenida das Dunas, 1337

Nº

P. das Dunas

Bairro: Pajuçara

UF: RN

CEP: 54232-280

CIDADE

Natal

E-MAIL: Charles.joy@hotmail.com

TELEFONE: (84) 99804-7236

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS (SIMPLES E LEGÍVEL)
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO (CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

ASSINATURA

Charles W. de Souza

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS
DATA: 34/08/2018
DATA: 34/08/2018

IDENTIDADE

270726-51894

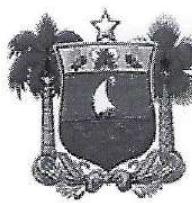
NOME

Thiago Bento









CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 81491 - CHARLES MEDEIROS DE SANTANA (44 a 1 m 19 d)

Sexo: M Cor: PARDA

Nascimento: 10/05/1974 Natural: NATAL BRASIL

CPF: 87752212415

Prof:

CNS:

Mãe: SEVERINA MEDEIROS DE SANTANA

Pai:

Logradouro: MAR DO NORTE, 1337

Cidade: NATAL

CEP: 59132280 Bairro: PAJUÇARA

Compl: (CJ PRQ DUNAS)

Telefone: 84.988424755

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 29/06/2018 19:53:35

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
16:00:00			99%		22	75		15	50

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: Queda de moto / fratura exposta no braço E + fratura fechada em MID próximo ao TNZ

Hora: 20:10h

Paciente vítima de queda de moto há 02 horas, em uso de capacete, nega perda da consciência, náuseas e vômitos e temor a que escorre no sedente. Tratado pela SAMU-Natal. Apresenta fratura exposta em membro superior esquerdo e fratura em tomógrafo aberto. Negó contusão. Apresenta dor em membro superior esquerdo. Negó ingestão alcoólica.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vias aéreas patóficas, em uso de colar cervical.
- B Tônus estável, MV+, sibilitante e sem RA
- C Hemodinamicamente estável. Corado, perfusão periférica <3s, pulsos amplos e simétricos.
- D Glasgow 15, pupilas isofenestradas.
- E Escalares em peleira aberto e punho aberto. Fratura exposta em MSE e MID

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome flácido e indolor a palpação.

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID Polirrumatrago.

*Gerado via SX por GILBERTO DA SILVA CARLOS. Impresso em 29 de Junho de 2018.



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A	
B	
C	
D	
E	

A(ALERGIAS) NegaM(MEDICAÇÃO EM USO) NegaP(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) NAS bem tratamento.L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) Fey uso de alimento lig EV na ambulância.

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V(PASSADO VACINAL) desatualizado (exame incompleto).

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

Radiografia de membro superior esquerdo AP e P.

Radiografia de joelho direito AP e P.

Radiografia de tornozelo direito AP, P e obliqua.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONDUTA PRIMÁRIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

Dr. Anderson Neves da Cruz
Cirurgião Geral e Oncologista
CRM-RN 5989 - RQE 2616

① Voltaren 75mg, 1AMP, IM.

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

CONFIRME COM ORIGINAL
DATA: 06/03/12
NATAL
MAIS
ASSINATURA

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1 <i>Ortopedista</i>	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3	HORA:	DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:	DATA	/	/	HORA
------------------------	------	---	---	------

SAIDA: DECISÃO MEDICA REVELIA TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE Á FAMÍLIA COM ATESTADO S.V.O ITEP

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: 29/06/10 - Ontopnia	
ANAMNESE	
<p>Ando te intocando el tava em piso e Reforço tanto de lado direito e Piso inferior direito.</p>	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)	
<p>Rx piso F AP/ P.</p> <p><i>MARCO ALVES CRM 6439</i></p>	
LABORATÓRIO	
OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	
<p>- Talaxadopanha.</p> <p>- Cefabtin 500 mg 2x1</p> <p><i>MARCO ALVES CRM 6439</i></p>	
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
Assinatura e Carimbo do Responsável	
DESTINO DO PACIENTE:	
Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: Onipredor	
DATA: / / HORA: / /	
SAÍDA:	
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revélia <input type="checkbox"/> Transferido para:	
DATA: / / HORA: / /	
ÓBITO:	
Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/>	
DATA: / / HORA: / /	
Assinatura e Carimbo do Responsável	
DESTINO DO PACIENTE:	
Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	
DATA: / / HORA: / /	
SAÍDA:	
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revélia <input type="checkbox"/> Transferido para:	
DATA: / / HORA: / /	
ÓBITO:	
Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/>	
DATA: / / HORA: / /	

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL DE 2010

30/06/2010

Destacar dessa linha, a entrega de paciente e sua liberação

2007-0002

2000-2003

ANEXO 5: DIAgnóstICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTACÕES DE ENFERMAGEM

AGENDA PRIMÁRIA: MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

A assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COVIA GLAGGOW

****ESCALA DE TRIAGEM**

TRAUMA REVISADA - RITS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
13-150	= 0
9 - 120	= 1
6 - 90	= 2
4 - 50	= 3
30	= 4
18 - 250	= 4
>250	= 5
6 - 80	= 2
1 - 50	= 1
00	= 0
>800	= 1
70-800	= 3
50-570	= 2
1-50	= 1

⁴ Escala de Trauma Revisada (TS): Bem indicada para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Beers W.A. Copel, et al: A revision of the Trauma score. J. Trauma 23(5): 624, 1982.

De acordo com os seguintes objetivos:				
SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível

SUS

Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar
Nº 950 / 2018

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou:

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **81491 CHARLES MEDEIROS DE SANTANA**

Prontuário:

CNS: _____

Nascimento: 10/05/1974 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: SEVERINA MEDEIROS DE SANTANA

Pai:

Endereço: AVENIDA MAR DO NORTE, 1337 - PAJUÇARA - NATAL

Fone: 988424755 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE: 240810

UF: RN CEP: 59132-280

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO

FRATURA EXPOSTA DE RÁDIO DISTAL

BOA PÉRFUSÃO DISTAL

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S52.5 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO*408020431 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA U1

Profissional Solicitante / Assitente:

RAMON MARCELLO DE MACEDO TEIXEIRA

CRM: 5148 / RN

Data da Solicitação 29/06/2018

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

- () Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____
() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____
() Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado**AUTORIZAÇÃO****Nº Autorização da AIH:**

Profissional Autorizador: _____ Orgão Emissor: _____

Documento: () CNS () CPF nº _____

Data da Autorização: _____ / _____ / _____ Assinatura/Carimbo: _____

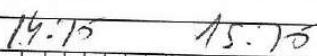
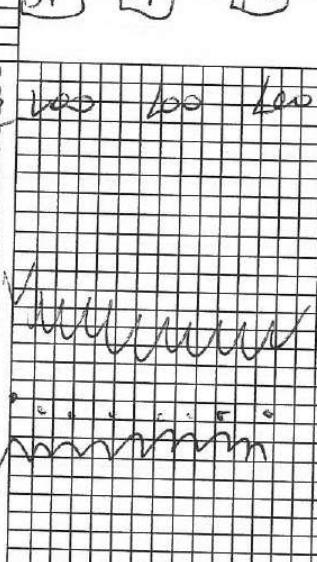
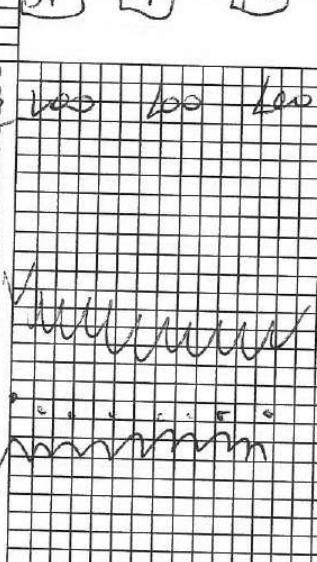
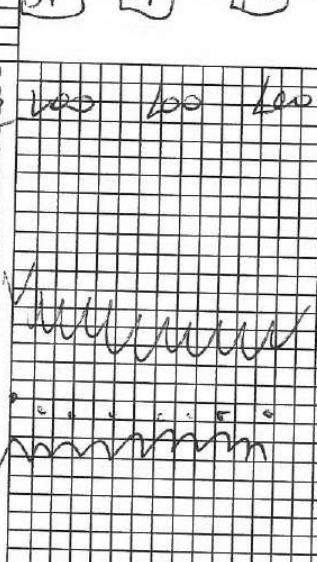
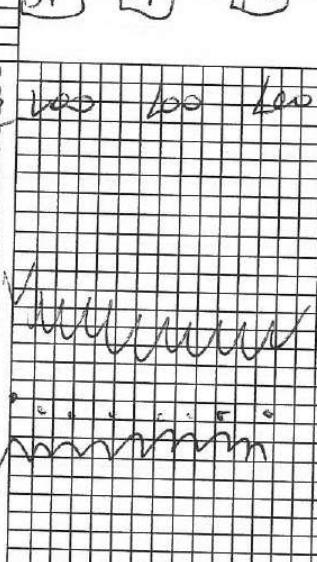
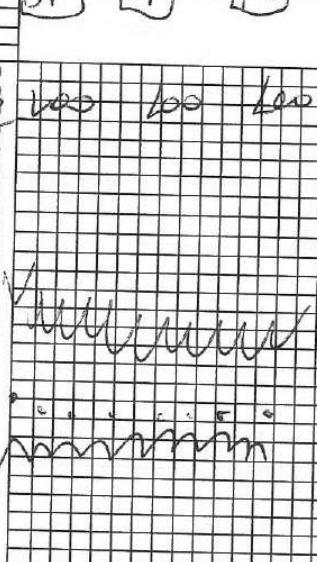
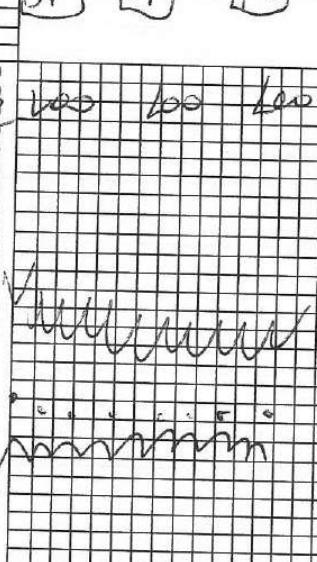
Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia					Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Hospital	HDMC						
Nome	Eduardo da Cunha de Sant'Ana				Idade	Sexo	Cor
Data	11/02/18	Pressão arterial	P脉搏	Respiração	Temperatura	Peso	Outros
Tipo sanguíneo	Hematíias	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia		
	Urina						
Ap. respiratório					Asma		Bronquite
Ap. circulatório					Eletrocardiograma		
Ap. digestivo					Dentes	Pescoço	Ap. urinário
Estado mental					Ataracicos	Corticoides	Alergia
Diagnóstico pré-operatório							Hipotensores
Anestesias anteriores							Risco
Medicação pré-anestésica					Aplicada às	Efeito	
14:15 15:15							
Agentes Anestésicos	O ₂						
	Líquidos	X - Abertura nasal 1 - Anéstese tópica 2 - Anestesia de flacidez 3 - Anestesia de inalação + Oxi-oxi 4 - Anestesia de eloxal 5 - Anestesia de aspirina 6 - Anestesia de morfina					
Oper.	260						
	250						
Anest.	240						
	230						
O Resp.	220						
	210						
P Pulso	200						
	190						
SIMBOLOS	100						
	90						
E	80						
	70						
ANOTAÇÕES	60						
	50						
POSIÇÃO	40						
	30						
Agentes	20						
	10						
Técnica							
	Operação Tumor de Cervix uteri da Pct. (C)						
Cirurgiões							
	Dr. Celso Lúmano R. Jr. Júnior						
Anestesistas							
	Médico CRM - RN 5.097						
Observações							
	CRM - RN 5.097						
A-	verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias			Perda sanguínea			

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria	Leito	Nº prontuário		
Nome		<i>Homem</i> <i>Edmundo de Melo de Souza</i>			Idade	Sexo	Cor	
Data		Pressão arterial	P脉搏	Respiração	Temperatura	Peso	Outros	
Tipo sanguíneo		Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia		
		Urina						
Ap. respiratório						Asma	Bronquite	
Ap. circulatório						Eletrocardiograma		
Ap. digestivo				Dentes	Pescoço	Ap. urinário		
Estado mental				Ataracicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório						Estado físico	Risco	
Anestesias anteriores								
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito			
		<i>14.75 15.15</i>						
Agentes Anestésicos	O ₂							
Líquidos	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>(N) (L) (U)</i>						
	<input type="checkbox"/>							
Anest.	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>100 100 100</i>						
	<input type="checkbox"/>							
O Resp.	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>100 100 100</i>						
	<input type="checkbox"/>							
P Pulso	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>100 100 100</i>						
	<input type="checkbox"/>							
SIMBOLOS		<input checked="" type="checkbox"/>	<i>(X)</i>					
E								
ANOTAÇÕES								
POSIÇÃO								
Agentes								
Técnica								
Operação <i>Endoscopia Gástrica Finshe de Pulsos</i> (G)								
Cirurgiões								
Anestesistas <i>Dr. Carlos Almano R. F. Junior</i>								
Observações <i>Médico CRM - RN 5.097</i>								
Averso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias								
Perda sanguínea								

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital	HJM			Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome	Eduardo Medeiros de Santana			Idade	Sexo	Cor	
Data	11/01/18	Pressão arterial	P脉	Respiração	Temperatura	Peso	Outros
Tipo sanguíneo	Hematíias	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia		
	Urina						
Ap. respiratório				Asma		Bronquite	
Ap. circulatório				Eletrocardiograma			
Ap. digestivo				Dentes	Pescoço	Ap. urinário	
Estado mental				Ataracicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório						Estado físico	Risco
Anestesias anteriores							
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito		
<div style="text-align: center; margin-bottom: 5px;">  </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 14.75 15.75 14 </div>							
Agentes Anestésicos	O ₂						
	Líquidos						
Oxig.	O ₂						
	Anest.						
O Resp.:	O ₂						
	P Pulso						
SÍMBOLOS							
E							
ANOTAÇÕES							
POSIÇÃO							
Agentes							
Técnica							
Operação <i>Pratament amputação fréne da Pata</i> (O)							
Cirurgiões							
Anestesiistas <i>Dr. Carlos Edimilson R. F. Junior</i>							
Observações <i>Medico CRM - RN: 5.097</i>							
Averso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias				Perda sanguínea			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

<input type="checkbox"/> Hemoconcentrado _____ Unid. <input type="checkbox"/> Albumina _____ Unid.		<input type="checkbox"/> Plasma _____ Unid. <input type="checkbox"/> Expansor plasmático _____ Unid.		<input type="checkbox"/> Plaquetas _____ Unid.																																				
h: _____ h: _____ h: _____		h: _____ h: _____ h: _____		h: _____ h: _____ h: _____																																				
<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico: <u>500</u> ml <input type="checkbox"/> Soro Glicosado: _____ ml		<input checked="" type="checkbox"/> Soro Ringer Simples: <u>500</u> ml <input type="checkbox"/> Soro Ringer Lactato: _____ ml		Quantidade total de volume administrado: _____																																				
<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Peça: _____ Swab para cultura: _____		Peça para sepultamento: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Líquido: _____																																						
<p>CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES</p> <p>FO de aspecto: <input type="checkbox"/> limpo <input type="checkbox"/> c/ exsudato <input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/> Aparelho gessado <input type="checkbox"/> Bandagens <input type="checkbox"/> Talas <input type="checkbox"/> Outros:</p> <p>INTERCORRÊNCIAS: _____ _____ _____ _____ _____ _____ </p>																																								
Ass: <u>Alcione C.</u> Coren: <u>369.301</u>																																								
<p>CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO</p> <p>Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Narcose <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Vigil <input type="checkbox"/> Agitado Respiratório: <input type="checkbox"/> Intubado <input type="checkbox"/> Extubado <input type="checkbox"/> Cânula de Guedel <input checked="" type="checkbox"/> O₂ ambiente <input checked="" type="checkbox"/> Curativo <input checked="" type="checkbox"/> Oclusivo <input type="checkbox"/> Compressivo <input type="checkbox"/> Bolsa de colostomia <input type="checkbox"/> Outro: _____ Diurese: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Irrigação Vesical <input type="checkbox"/> Oligúrico Destino após a cirurgia: <u>clínica</u> Curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Oclusivo <input type="checkbox"/> Descoberto <input type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> Sujo Monitorização: <input type="checkbox"/> ECG <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro <input type="checkbox"/> PA </p>																																								
<p>UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO</p> <p>Hora: <u>15:50</u> Data: <u>14/07/18</u> Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Narcose <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Choroso Vias aéreas: <input type="checkbox"/> Intubado <input type="checkbox"/> Extubado <input type="checkbox"/> cânula de Guedel <input type="checkbox"/> Cateter O₂ <input checked="" type="checkbox"/> O₂ Ambiente Mobilização MMII: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Sem mobilidade Mobilização MMSS: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Sem mobilidade Venóclise: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Tipo: <u>AVD</u> Local: <u>MED</u> Sondas: <input type="checkbox"/> Gástrica <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Vesical Drenos: <input type="checkbox"/> Sucção <input type="checkbox"/> Torácico <input type="checkbox"/> Penrose <input type="checkbox"/> Kherr Ostomias: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Especifique: Irrigação vesical contínua: <input type="checkbox"/> Retorno satisfatório <input type="checkbox"/> Retorno Insuficiente <input type="checkbox"/> Coágulos Curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Oclusivo <input type="checkbox"/> Descoberto <input type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> Sujo Monitorização: <input type="checkbox"/> ECG <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro <input type="checkbox"/> PA </p>																																								
<p>INTERCORRÊNCIAS NA URPA <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Bexigoma <input type="checkbox"/> Alteração PA <input type="checkbox"/> Alteração FC Relate: _____</p>																																								
<p>SINAIS VITAIS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hora</th> <th>T°C</th> <th>P</th> <th>PA</th> <th>FR</th> <th>Sat.%</th> <th>Dor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Admissão</td> <td><u>37.2</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><u>100%</u></td> <td><u>100</u></td> </tr> <tr> <td>30'</td> <td><u>37.1</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><u>98%</u></td> <td><u>100</u></td> </tr> <tr> <td>60'</td> <td><u>37.2</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><u>98%</u></td> <td><u>100</u></td> </tr> <tr> <td>Alta</td> <td><u>37.0</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><u>98%</u></td> <td><u>100</u></td> </tr> </tbody> </table>						Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor	Admissão	<u>37.2</u>				<u>100%</u>	<u>100</u>	30'	<u>37.1</u>				<u>98%</u>	<u>100</u>	60'	<u>37.2</u>				<u>98%</u>	<u>100</u>	Alta	<u>37.0</u>				<u>98%</u>	<u>100</u>
Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor																																		
Admissão	<u>37.2</u>				<u>100%</u>	<u>100</u>																																		
30'	<u>37.1</u>				<u>98%</u>	<u>100</u>																																		
60'	<u>37.2</u>				<u>98%</u>	<u>100</u>																																		
Alta	<u>37.0</u>				<u>98%</u>	<u>100</u>																																		
<p>Líquidos administrados na URPA:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Diurese</th> <th>Retorno Gást.</th> <th>Drenagem</th> <th>Retorno da Irrigação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Recebido da SO</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Desprezado URPA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação	Recebido da SO					Desprezado URPA																								
	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação																																				
Recebido da SO																																								
Desprezado URPA																																								
<p>Medicações administradas URPA:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hora</th> <th>Medicação</th> <th>Dose</th> <th>Via</th> <th>Assinatura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura																														
Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura																																				
<p>Eliminações:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Diurese</th> <th>Retorno Gást.</th> <th>Drenagem</th> <th>Retorno da Irrigação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Recebido da SO</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Desprezado URPA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação	Recebido da SO					Desprezado URPA																								
	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação																																				
Recebido da SO																																								
Desprezado URPA																																								
<p>EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: <u>Pact. colônias na SRA. EOP mantém AVD + mod mobilizado. Apesar de recuperar-se mantendo PI PR</u></p>																																								
Ass: <u>Alcione C.</u> Coren: <u>369.301</u>																																								

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: <u>Charles medeiros de Soraiano</u>	Idade: <u>40</u>	D/N: <u>10/05/1994</u>			
Pront.: <u>161424</u>	Município: <u>Natal</u>	Procedência: <input checked="" type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Externo			
Data da cirurgia: <u>11/05/18</u>	Hora Admissão: <u>15:00</u>	Sala: _____ Hora Saída: _____ Peso: _____			
Alergias: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Comorbidades: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Outras <u>negro</u>				
Uso de medicações: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Jejum: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim				
SSW Admissão: PA: _____ mmHg	Pulso: _____ bpm	FL: _____ rpm	EC: _____ bpm	SpO ₂ : _____ %	T: _____ °C
Enfermeiro(a): <u>heciane</u>	Instrumentador (a): <u>Ana Paula</u>	Circulante: <u>louizjom</u>			
Cirurgia: <u>H. cirúrgico fratura de Ponto</u>	Especialidade: <u>ortopedia</u>	Sala: _____			
Hora Início: <u>15:10</u>	Hora Término: _____	Tipo de cirurgia: <input checked="" type="checkbox"/> Eletiva <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Limpa <input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/> Infectada			
1º Cirurgião: <u>DR. Emerson</u>	Aux.: <u>DR. Rogério</u>	Residente: _____			

Anestesia: Local Sedação Geral TOT: X Bloqueio Raquidiana Ag.nº _____ Peridural c/cateter s/cateter
Ag.nº _____ Cateter nº: 14.00 Início: 14:00 Garrote: Smarch Pneumático Início: 15:00 Término: 15:30
Anestesiologista: DR. Carlos Beltramo

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

SINAIS VITAIS	Inicio	Meio	Fim	Unid.	POSIÇÃO	COXIM	MMSS
FC	<u>80</u>	<u>80</u>	<u>80</u>	Bpm	<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
Pulso	<u>80</u>	<u>80</u>	<u>80</u>	Bpm	<input checked="" type="checkbox"/> Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> Pescoço	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
Oximetria	<u>99</u>	<u>99</u>	<u>99</u>	%	<input checked="" type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos
Capnografia				%	<input checked="" type="checkbox"/> Litotômica	<input checked="" type="checkbox"/> Lombar	<input checked="" type="checkbox"/> MMII
PA	<u>120/80</u>	<u>120/80</u>	<u>120/80</u>	mmHg	<input checked="" type="checkbox"/> Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
					<input checked="" type="checkbox"/> Canivete		<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
					<input checked="" type="checkbox"/> Proclive		<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos

ACESSO VENOSO				PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
Punção Arterial				<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Descartável		
Punção Venosa Periférica				Local:		
Punção Venosa Central				<input checked="" type="checkbox"/> DEGERMAÇÃO		
Dissecção venosa				<input checked="" type="checkbox"/> TRICOTOMIA		
Local:				<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Cateter:				Local:		

SONDAGEM GÁSTRICA		IMPLANTE CIRÚRGICO		
SNG nº		Drenos:		
Retorno:		Tela:		
CATETERISMO VESICAL		Cateter:		
SVF nº	SVA nº	Ostomia:		
Diurese:		Fio de KC:		
Profissional responsável:		Parafuso - tipo:		
EXAMES SOLICITADOS		Placa - Tipo:		
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria	Servidor		
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros	Outros:		
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input type="checkbox"/> Glicosimetria:	ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO		
<input checked="" type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)		Caixa cirúrgica: <u>00100</u> + 35 Quant. Material:		
		Val.: _____ Contagem de gaze e compressa: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim		

Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2018

Carta nº: 13631121

A/C: CHARLES MEDEIROS DE SANTANA

Nº Sinistro: 3180401203
Vítima: CHARLES MEDEIROS DE SANTANA
Data do Acidente: 29/06/2018
Cobertura: DAMS

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: CHARLES MEDEIROS DE SANTANA

Valor: R\$ 90,29

Banco: 104

Agência: 000002010

Conta: 00000170987-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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





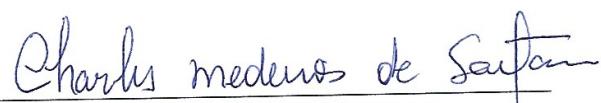
INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: CHARLES MEDEIROS DE SANTANA, brasileiro, casado, Balconista de Farmácia, Rg. 1270726 - ITEP/RN e CPF.: 877.522.124-15, residente e domiciliado á Rua: Av., Mar do Norte Nº 1337 Cj. Parque das Dunas Bairro: Pajuçara, Natal/RN

OUTORGADO: JUSCELINO FERNANDES DE CASTRO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN, sob o nº 2955, com endereço para intimações na Rua Manoel Miranda, 326, Alecrim, Natal/RN CEP 59037-250.

PODERES: Os poderes das cláusulas "AO JUDICIA" e "EXTRA" para o foro geral. Defender todos os direitos e interesses da outorgante, podendo transigir, desistir, fazer acordos, discordar, concordar, passar recibos, dar e receber quitação, apresentar, juntar e desembaraçar documentos, papéis, recibos e guias, interpor e seguir recursos até Superior Instância e finalmente praticar e requerer todos os demais atos necessários ao fiel e cabal desempenho do presente mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte, com ou sem reservas de poderes.

Natal, 17 de Agosto de 2018


CHARLES MEDEIROS DE SANTANA

 NATAL	PREFEITURA DO NATAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA SAMU 192 NATAL	 SAMU 192
--	--	--

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **CHARLES MEDEIROS DE SANTANA**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 29/06/2018, aproximadamente às 17h37min, na Avenida Industrial João Francisco da Motta, Bom Pastor, nesta Cidade. **Sob nº de ocorrência 210465/1**, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 18 de julho de 2018.

Everton da Silva Rocha
 Coordenador Administrativo SAMU 192 Natal
 Matrícula nº 61.096-08

Rua Potiguares, 300 - Dix Sept Rosado - Natal/RN – CEP: 59054-280
 Tel.: (84) 3232-9222 (84) 3232-9211 - e-mail: admsamunatal@yahoo.com.br

17/07/2018

10.0.0.100/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=210465&Digito=1&ReadOnly=1

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 210465/1

Data: 29/06/2018

CHAMADO

TARM: RITA DE CASSIA COSTA DA SILVA

Médico Regulação: MARCOS ANTÔNIO DE FREITAS

Rádio Operador: VIVIAN TAVARES DO NASCIMENTO

Médico Cena: LOUISE CHRISTINE SEABRA DE MELO

Equipe Enfermagem Cena: COMUNICADOR

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 09 (BASE DESCENTRALIZADA NEÓPOLIS)

Equipe VTR: ANTONIO NUNES DA SILVA NETO - CONDUTOR DE VEÍCULO DE
EMERGÊNCIA
WASHINGTON LANE - TECNICO DE ENFERMAGEM REGULAÇÃO MEDICA TROTE INFORMAÇÃO ENGANO TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: MOREIRA

Telefone: (84) 99840-6785

Nome do Paciente:

CHARLES MEDEIROS DE SANTANA

Idade: *

44 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

 Endereço não informado Coordenadas Informadas

Latitude: -5.8065391 Longitude: -35.2430508

Endereço: AV INDUSTRIAL JOAO FRANCISCO DA MOTTA

Nº: VP

Bairro: BOM PASTOR

Outro Bairro:

Referência/Complemento: EM FRENTE ALUMINIO FERRAGENS//PINHEIRO RENOVADORA DE PNEUS

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Primária: COLISAO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

29/06/2018 17:38:25 - Dr(a). MARCOS ANTÔNIO DE FREITAS

APH: TRAUMA / HD: QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA

REGULAÇÃO: PACIENTE SOFREU QUEDA DE MOTO, COM TRAUMA EM BRAÇO, PACIENTE AO SOLO. CONSCIENTE

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÉNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

29/06/2018 17:39:20 - Dr(a). MARCOS ANTÔNIO DE FREITAS

APH: TRAUMA / HD: QUEDA DE MOTO

REGULAÇÃO: QUEDA DE MOTO

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÉNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 29/06/2018 18:28:39 Usuário: (TARM) DIANA ALVES JAPIASSU

Observação: SOLICITANTE WILTON 08499181-7503.

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:	Regulação Médica:	Solicitação VTR:	Saída VTR:	Chegada Local:
29/06/2018 17:37:00	29/06/2018 17:39:20	29/06/2018 18:51:20	29/06/2018 18:52:34	29/06/2018 19:15:01
Saída Local: 29/06/2018 19:36:53	Chegada Destino: 29/06/2018 19:48:21	Liberação Destino: 29/06/2018 20:12:00	Liberação VTR: 29/06/2018 20:12:01	

http://10.0.0.100/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=210465&Digito=1&ReadOnly=1

1/2

17/07/2018

10.0.0.100/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=210465&Digito=1&ReadOnly=1

Observação do Apoio:

CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?*

Sim Não Não informado

CONDUTA

Remoção

Conduta Médico Regulador:

29/06/2018 19:40:25 - CARLA SOUZA MACEDO

IMOBILIZADO SEGUNDO PROTOCOLO, CURATIVO OCLÚSICO NAS FRATURAS EXPOSTA, ACESSO VENOSO PERIFÉRICO, RINGER SIMPLES, DIPIRONA (01 AMP, EV)

Conduta Equipe de Enfermagem:

29/06/2018 19:43:55 - COMUNICADOR

TARM KALIENE:FEITO CONTATO COM DR YURE RESIDENTE,O MESMO VAI RECEBER PCT.

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Motivo da entrada:

Ass:

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv prop.:

:

Vaga Zero

PERTENÇES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Ass:

Data:

/ / :



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES
3515168

5- PACIENTE
CHARLES MEDEIROS DE SANTANA

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO
161424

7- CARTÃO NACIONAL/SUS
709 8020 6525 8099

8- DATA DE NASCIMENTO
10/05/1974

9- SEXO
MASCULINO

10- RACA/COR
PARDA

11- NOME DA MAE
SEVERINA MEDEIROS DE SANTANA

12- TELEFONE DE CONTATO
988424755

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, N°)
AV MAR DO NORTE 1337

16- MUNICÍPIO
NATAL

17- BAIRRO
PAJUÇARA

18- UF
RN

19- CEP
59132280

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Justificativa de Internação

Ano passo é

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

N. leva

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

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NAO SEGURADO

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

09/6/2017
CONFÉRE COM ORIGINAL
M. de Fátima
S. Barone
Servidor



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

096921-4
CONFERE COM ORIGINAL
de faturar
Sociedade
Soares Barlow

MÁE: SÉVERINA MÉNDEZ n°
SANTANA cel. 988-12-9755

S.S.: 407.84C.000.438 U 11
IDEN: 127.707-26
C.R.: 877-5 2.124-15



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
Arauá PARNAÍMIRIM /RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA 0 RT Nº 18