



Oclécio Miranda Júnior - OAB/GO: 4.215
Paula Andrade Batista Correa de Miranda - OAB/GO: 23.981
Bruna Pereira Borges - OAB/GO: 25.591
Oclécio Correa de Miranda Neto - OAB/GO: 26.681

13
92

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: **EUVANDER HENRIQUE VIEIRA DE OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro, professor, nascido em 19/04/1986, portador da CI nº 4615504 DGPCGO e do CPF nº 007.622.631-05, filho de EUVANDER BENTO DE OLIVEIRA E MARIA LUIZA VIEIRA, residente e domiciliado à Rua Clepino Antônio de Araújo, Nº 538, Bairro Alto da Boa Vista, Itumbiara – Goiás.

OUTORGADO (S) : **OCLECIO MIRANDA JÚNIOR**, brasileiro, casado, Advogado inscrito na OAB/GO nº 4.215, **PAULA ANDRADE BATISTA CORREA DE MIRANDA**, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/GO nº 23.981, **BRUNA PEREIRA BORGES DE MIRANDA**, brasileira, casada, advogada inscrita na OAB/GO nº 25.591 e **OCLECIO CORREA DE MIRANDA NETO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/GO nº 26.681, todos estabelecidos profissionalmente à Rua Dr. Mário Guedes, nº 279, Centro, Itumbiara - Goiás, Telefone (0**64) 3431-0564, conforme abaixo impresso:

PODERES:

Amplos, gerais e ilimitados, das cláusulas "*ad judicium*" e "*extra judicium*" e ainda os constantes da ressalva do art. 38 do Código do Processo Civil, para representar o (s) outorgante (s) perante pessoas jurídicas, de direito público ou privado, particulares, pessoas físicas ou jurídicas de qualquer espécie ou natureza, investidos ainda de tais poderes para o foro em geral, qualquer Instância ou Tribunal e mais os de acordar, inclusive em audiência, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, endossar cheques, proceder levantamento de alvará judicial, requerer assistência judiciária, pela Federação Nacional de Seguros Privados e de Capitalização - FENASEG e/ou Seguradora específica, junto ao Banco do Brasil S/A e/ou outras Instituições Financeiras, para a quitação do referido benefício securitário (DPVAT), podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, especialmente sem prejuízo dos poderes retromencionados para propor **AÇÃO ORDINÁRIA DE COBRANÇA SECURITÁRIA - DPVAT.**

Itumbiara-Go, 04 de novembro de 2008.

Euvander Henrique V. de Oliveira
EUVANDER HENRIQUE VIEIRA DE OLIVEIRA

DECLARAÇÃO

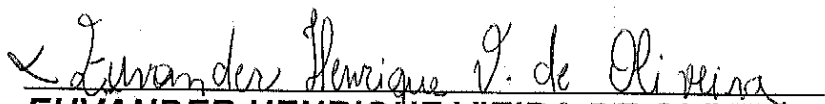
EUVANDER HENRIQUE VIEIRA DE OLIVEIRA,
brasileiro, solteiro, professor, nascido em 19/04/1986, portador da CI nº 4615504 DGPCGO e do CPF nº 007.622.631-05, filho de EUVANDER BENTO DE OLIVEIRA E MARIA LUIZA VIEIRA, residente e domiciliado à Rua Clepino Antônio de Araújo, Nº 538, Bairro Alto da Boa Vista, Itumbiara – Goiás.

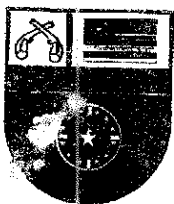
Declaro que sou pessoa de poucos recursos financeiros, moro e residência simples, e não tenho condições de arcar com custas processuais.

Assim solicito nos termos preconizados da Lei 1.060/50, o benefício da Justiça Gratuita, por não ter condições de arcar com custas processuais sob pena de causar prejuízo ao nosso próprio sustento e de nossa família.

Por ser verdade, firmo a presente Declaração.

Itumbiara, 04 de novembro de 2008.

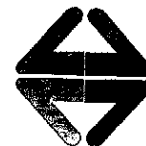

EUVANDER HENRIQUE VIEIRA DE OLIVEIRA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA E ACIDENTE DE TRÂNSITO

GRUPO D 02

01 NÚMERO: 2077



DETRAN-GO

15
SL

02 DADOS DO SOLICITANTE

NOME: COPEM

TELEFONE:

03 LOCAL DA OCORRÊNCIA: RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA KM, TRECHO DA RODOVIA

AV João Paulo II B. Dom Bosco

04 BAIRRO

Dom Bosco

05 MUNICÍPIO

Itumbiara

06 U.F.

GO

07 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC.

De frente o Fórum

08 HORA DA OCORRÊNCIA

7:15

09 ZONA

URBANA

10 DATA

18/10/2018

11 DIA DA SEMANA

Sábado

12 CLASSIFICAÇÃO

S/VÍTIMA C/VÍTIMA

1 13

14 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO ☐ 1

ABALROAMENTO ☒ 2

COLISÃO ☐ 3

ATROPELAMENTO ANIMAL ☐ 4

TOMBAMENTO ☐ 5

CAPOTAGEM/CAPOTAMENTO ☐ 6

CHOQUE COM OBJETO FIXO ☐ 7

OUTRA (ESPECIFICAR) ☐ 9

15 CARAC. DA PISTA

SIMPLES ☒ 1

DUPLA ☐ 3

PLANO ☐ 7

ACLIVE ☐ 9

DECLIVE ☐ 2

OUTRAS ☐ 1

16 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO ☒ 1

CONCRETO ☐ 3

PARALELEPÍPEDO ☐ 5

CASCALHO ☐ 7

TERRA ☐ 9

AREIA ☐ 2

17 CONDIÇÕES DA VIA

SECA ☒ 1

MOLHADA ☐ 3

OLEOSA ☐ 5

ENLAMEADA ☐ 7

DANIFICADA ☐ 9

EM OBRAS ☐ 2

18 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM ☒ 1

CHUVA ☐ 3

NEBLINA ☐ 5

GAROA ☐ 7

NUBLADO ☐ 9

OUTROS ☐ 9

DADOS DO ACIDENTE

19 ENVOLVIDOS NO ACIDENTE (QUANTIDADE)

AUTOMÓVEL OU CAMIONETA (EXCETO TÁXI) ☒ 2 ☐ 3

TÁXI ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

CAMINHÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

ÔNIBUS OU MICROÔNIBUS ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

MOTOCICLETA OU MOTONETA ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

CICLOMOTOR ☒ 2 ☐ 3

MOTO TÁXI ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

BICICLETA ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

TREM ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

VEÍCULO TRACÇÃO ANIMAL ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

ANIMAL ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

PEDESTRE ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

TRANSPORTE ESCOLAR ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

OUTRO (ESPECIFICAR) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

20 CONTROLE DO TRÁFEGO NO LOCAL

AGENTE POLICIAL ☐ 1

SEMAFORO SEM DEFEITO ☐ 3

SEMAFORO COM DEFEITO ☐ 5

FAIXA DE PEDESTRE ☐ 7

FAIXA SECCIONADA ☐ 10

SEM SINALIZAÇÃO ☒ 8

PLACA "PARE" ☐ 9

BARREIRA ELETRÔNICA ☐ 11

FAIXA CONTÍNUA ☐ 12

RÓTULA ☐ 13

OUTRO (ESPECIFICAR) ☐ 4

21 NOME

Silvander Henrique Vieira de Oliveira

22 SEXO

☒ M ☐ F

23 NASCIMENTO

19/04/1961

24 ENDEREÇO

Rua Clepino Antonio ARAUJO 7538 B. Boa Vista

25 CPF

00762263105

26 RG

615504

27 1ª HABILITAÇÃO

10911010121

28 CATEGORIA

AB

29 PRONTUÁRIO Nº

04206441933

30 U.F.

GO

31 EX. MÉDICO EM DIA

☒ 1 ☐ 3

32 USAVA CINTO

☐ 1 ☐ 3

33 USAVA CAPACETE

☒ 1 ☐ 3

34 EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA

SIM NÃO

REALIZADO NO LOCAL ☐ 1 ☒ 3

ENCAMINHADO P/ EXAME ☐ 5 ☒ 7

DOSAGEM AFEÍDA: _____

35 COMPORTAMENTO DO CONDUTOR

SIM NÃO

PERMANECIU NO LOCAL ☒ 1 ☐ 3

ATENDEU A VÍTIMA ☒ 5 ☐ 7

EVADIU-SE ☐ 9 ☐ 2

36 CAUSA PROVÁVEL DO ACIDENTE

DESRESPEITO AO SEMÁFORO ☐ 11

DESRESPEITO AO SINAL "PARE" OU "DÊ A PREFERÊNCIA" ☐ 13

ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA ☐ 15

EXCESSO DE VELOCIDADE ☐ 17

CONTRAMÃO DE DIREÇÃO ☐ 19

VEÍCULO ESTACIONADO (IRREGULAR) ☐ 33

OUTRA (ESPECIFICAR) ☐ 29

NÃO MANTEVE A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA ☐ 21

CONVERSÃO INCORRETA OU EM LOCAL PROIBIDO ☐ 23

MUDANÇA SÚBITA DE FAIXA OU DIREÇÃO ☒ 25

LUZ ALTA ☐ 27

EMBRIAGADO OU VISIVELMENTE ☐ 35

MANOBRA INCORRETA ☐ 31

SAÍDA DE PISTA ☐ 37

37 NOME

Leovan Fernandes Lemos

38 SEXO

☒ M ☐ F

39 NASCIMENTO

12/11/1983

40 ENDEREÇO

Av. Ferimental Norte nº 227 J. Liberdade

41 CPF

06512161160

42 RG

7331977

43 1ª HABILITAÇÃO

1066810121

44 CATEGORIA

AB

45 PRONTUÁRIO Nº

04163083184

46 U.F.

GO

47 EX. MÉDICO EM DIA

☒ 1 ☐ 3

48 USAVA CINTO

☒ 1 ☐ 3

49 USAVA CAPACETE

☐ 1 ☐ 3

50 EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA

SIM NÃO

REALIZADO NO LOCAL ☐ 1 ☒ 3

ENCAMINHADO P/ EXAME ☐ 5 ☒ 7

DOSAGEM AFEÍDA: _____

51 COMPORTAMENTO DO CONDUTOR

SIM NÃO

PERMANECIU NO LOCAL ☒ 1 ☐ 3

ATENDEU A VÍTIMA ☒ 5 ☐ 7

EVADIU-SE ☐ 9 ☐ 2

52 CAUSA PROVÁVEL DO ACIDENTE

DESRESPEITO AO SEMÁFORO ☐ 11

DESRESPEITO AO SINAL "PARE" OU "DÊ A PREFERÊNCIA" ☐ 13

ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA ☐ 15

EXCESSO DE VELOCIDADE ☐ 17

CONTRAMÃO DE DIREÇÃO ☐ 19

VEÍCULO ESTACIONADO (IRREGULAR) ☐ 33

OUTRA (ESPECIFICAR) ☐ 29

NÃO MANTEVE A DISTÂNCIA DE SEGURANÇA ☐ 21

CONVERSÃO INCORRETA OU EM LOCAL PROIBIDO ☐ 23

MUDANÇA SÚBITA DE FAIXA OU DIREÇÃO ☐ 25

LUZ ALTA ☐ 27

EMBRIAGADO OU VISIVELMENTE ☐ 35

MANOBRA INCORRETA ☐ 31

SAÍDA DE PISTA ☐ 37

PESSOA ENVOLVIDA 2

FAIXA ULTRAPASSADA

120 NOME		121 SEXO ☐ M ☐ F		122 NASCIMENTO	
123 ENDEREÇO		124 FERIMENTOS LEVES ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 GRAVES ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 LOCAL ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 POSTERIOR ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7		125 VIAJAVO NO VEICULO Nº	
128 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9		129 RAÇA DA VÍTIMA FATAL BRANCA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 AMARELA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 NEGRA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 INDÍGENA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 NÃO INFORMADA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9		126 USAVA CINTO ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9	
131 ENCAMINHADO AO HOSPITAL ☐ UR do CBMGO nº		132 CONDUZIDO PARA		133 SEXO ☐ M ☐ F	
132 NOME		134 NASCIMENTO		135 ENDEREÇO	
136 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9		137 RAÇA DA VÍTIMA FATAL BRANCA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 AMARELA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 NEGRA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 INDÍGENA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 NÃO INFORMADA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9		138 USAVA CINTO ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9	
140 ENCAMINHADO AO HOSPITAL ☐ UR do CBMGO nº		141 CONDUZIDO PARA		142 SEXO ☐ M ☐ F	
142 NOME		144 NASCIMENTO		145 ENDEREÇO	
146 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9		147 RAÇA DA VÍTIMA FATAL BRANCA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 AMARELA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 NEGRA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 INDÍGENA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 NÃO INFORMADA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9		148 USAVA CINTO ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9	
150 ENCAMINHADO AO HOSPITAL ☐ UR do CBMGO nº		151 CONDUZIDO PARA		152 SEXO ☐ M ☐ F	
152 NOME		154 NASCIMENTO		155 ENDEREÇO	
156 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9		157 RAÇA DA VÍTIMA FATAL BRANCA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 AMARELA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 NEGRA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 INDÍGENA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 NÃO INFORMADA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9		158 USAVA CINTO ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9	
160 ENCAMINHADO AO HOSPITAL ☐ UR do CBMGO nº		161 CONDUZIDO PARA		162 SEXO ☐ M ☐ F	
162 NOME		164 NASCIMENTO		165 ENDEREÇO	
166 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9		167 RAÇA DA VÍTIMA FATAL BRANCA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 AMARELA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 NEGRA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 INDÍGENA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 NÃO INFORMADA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9		168 USAVA CINTO ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9	
170 ENCAMINHADO AO HOSPITAL ☐ UR do CBMGO nº		171 CONDUZIDO PARA		172 SEXO ☐ M ☐ F	
172 NOME		174 NASCIMENTO		175 ENDEREÇO	
176 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9		177 RAÇA DA VÍTIMA FATAL BRANCA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 AMARELA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 NEGRA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 INDÍGENA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 NÃO INFORMADA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9		178 USAVA CINTO ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9	
180 ENCAMINHADO AO HOSPITAL ☐ UR do CBMGO nº		181 CONDUZIDO PARA		182 SEXO ☐ M ☐ F	
182 NOME		184 NASCIMENTO		185 ENDEREÇO	
186 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9		187 RAÇA DA VÍTIMA FATAL BRANCA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 AMARELA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 NEGRA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 INDÍGENA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 NÃO INFORMADA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9		188 USAVA CINTO ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9	
190 ENCAMINHADO AO HOSPITAL ☐ UR do CBMGO nº		191 CONDUZIDO PARA		192 SEXO ☐ M ☐ F	
192 NOME		194 NASCIMENTO		195 ENDEREÇO	
196 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9		197 RAÇA DA VÍTIMA FATAL BRANCA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 AMARELA ☐ 1 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9 NEGRA			



**Hospital e Maternidade
São Marcos**

Ficha de Atendimento Ambulatorial (F.A.A.) - Modelo 30

CGC 02.198.539/0001-22

Data 18/10/2008 às 09:06:30

Atendente: ROSILAINE TAVARES

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 62428
Nome paciente: EUVANDER HENRIQUE VIEIRA DE OLIVEIRA
Data nascimento: 19/04/1986 Idade: 22 anos 5 Meses CPF: 00762263105
Sexo: Masculino RG: 4615504
Responsável:
Mãe: MARIA LUIZA VIEIRA
Pai: EUVANDER BENTO DE OLIVEIRA
Endereço: CLEPINO ANTONIO DE ARAUJO nº538
Bairro: ALTO DA BOA VISTA
Telefone: 9285-4873
Cidade: ITUMBIARA - GO CEP:
Nacionalidade: BRASILEIRA
Naturalidade: ITUMBIARA - GO
Profissão: Estado civil: .

Cartão SUS:

DADOS INTERNAÇÃO

Número da Internação: 7209
Tipo da Internação: Emergência
Convênio: SUS Plano: 2
Clínica: HOSPITAL MATERNIDADE SÃO MARCOS
Enfermaria: ENF Leito: E212L2 Apartamento:
Data da Internação: 18/10/2008
Horário da Internação: 08:59
Médico solicitante: WENDER B. DE FREITAS
Procedimento solicitado:
Diagnóstico admissao:
Diagnóstico alta:

Atendimentos especificados: Acidentes de trânsito () Acidente de trabalho ()

Observação:

Emissão: 18/10/2008 às 09:06:30



INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - INAMPS
SECRETARIA DE MEDICINA SOCIAL

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

18
2

NOME		UNIDADE	CÓDIGO/CNPJ
HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO MARCOS			02198539/0001-22

NOME DO CLIENTE		ORGÃO EMISSOR	
EUVANDER HENRIQUE VIEIRA DE OLIVEIRA			
ENDEREÇO (Rua, Nº, Bairro)		MUNICÍPIO	UF
CLEPINO ANTONIO DE ARAUJO nº 538, ALTO DA BOA VISTA		ITUMBIARA - GO	
CEP	DATA DO NASCIMENTO	SEXO	MASCULINO FEMININO
75523-180	19/04/1986	X 1	3
CONDIÇÃO		SEGURADO	CONJUGE
		2	4
		FILHO	OUTRO DEP
		6	8
NOME DO SEGURADO			
Euvander Henrique V. de Oliveira			
PIS/PASEP/Nº INDIVIDUAL	VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
	EMPREGADO	EMPREGADOR	AUTÔNOMO
	1	2	3
		DESEMPREGADO	APOSENTADO
		5	7
		NÃO SEGURADO	
		9	
CNPJ DA EMPRESA			
CPF DO MÉDICO SOLICITANTE	PROCED. SOLICITADO	CAR. INT.	DATA DA EMISSÃO
012.573.656-81	0403050500		
CPF DO MÉDICO RESPONSÁVEL		ASSINAT. MÉDICO RESPONSÁVEL	
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO		CAUSA EXTERNA	CGC DA SEGURADORA
		Nº DO BILHETE	SÉRIE

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Última de acidente ortopédico, com trauma no MIE envolvendo com da a força de.			
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Neurólise de fratura de humero			
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS			
Exame clínico e radiográfico.			
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID	CLÍNICA	
Fract. de humero direito	582-2	CIRÚRGICA	OBSTETRÍCA
		1	2
			3
PROCEDIMENTO SOLICITADO		TIDOPNEUM	PSIQUIÁTRICA
Fratura de humero direito		4	5
			7
			9
ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE (EXAMINADO)		CRM	DATA
Dr. Wender de Freitas			19/10/2008
Ortopedia e Traumatologia			
Ortopedia do Quadril			
CRM GO 11267 TELEF. 11.381			



19
52

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DO TIPO DE ATO CIRÚRGICOMATERIAIS E MEDICAMENTOS

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DOS EQUIPAM. UTILIZADOS NO ATO CIRÚRGICO

COMPRES.	ENTRG.	CONF.	OXIGÊNIO			ATO CIRÚRGICO		
GRANDES	12		HORA INÍCIO	HORA TÉRMINO	DURAÇÃO	HORA INÍCIO	HORA TÉRMINO	DURAÇÃO
PEQUENAS						8:30	10:30	2h
ASSINATURA			OBSERVAÇÕES E ASSINATURA DO EMITENTE					
Edma + Francisca								

7562718



HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO MARCOS

ITUMBIARA - GOIÁS

PRESCRIÇÃO MÉDICA DE ENFERMAGEM

MÉDICO: Dr. Wucher.

CATEGORIA: SUS.

PACIENTE:

Guaranda 11 V. Oliveira

IDADE: 22

QUARTO: 212

LEITO: 02

DATA	HCRA	PRESSÃO	PULSO	TEMP	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
18	10/100	76			1) Diet - 1/2 porção por 22:00h.		(Pate - 1/2 porção por 22:00h)
19					2) PA, P.T de 8/6h.		que 1/2 porção por 22:00h
20	16/100	74	76		3) CG.		que 1/2 porção por 22:00h
					4) Dipirona 1amp. AD		que 1/2 porção por 22:00h
	17/100	80	80	36	5) EV 6/6h 15ml.		que 1/2 porção por 22:00h
					6) Plavix 1amp 1m		que 1/2 porção por 22:00h
					7) BBs 1 sr.		que 1/2 porção por 22:00h
					8) Dido 1amp 50mg		que 1/2 porção por 22:00h
					9) 1/10 B/Bh. J		que 1/2 porção por 22:00h
					10) Dicypan 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					11) Dicypan 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					12) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					13) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					14) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					15) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					16) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					17) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					18) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					19) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					20) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					21) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					22) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					23) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					24) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					25) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					26) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					27) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					28) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					29) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					30) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					31) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					32) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					33) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					34) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					35) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					36) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					37) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					38) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					39) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					40) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					41) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					42) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					43) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					44) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					45) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					46) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					47) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					48) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					49) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					50) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					51) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					52) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					53) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					54) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					55) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					56) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					57) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					58) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					59) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					60) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					61) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					62) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					63) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					64) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					65) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					66) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					67) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					68) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					69) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					70) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					71) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					72) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					73) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					74) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					75) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					76) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					77) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					78) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					79) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					80) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					81) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					82) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					83) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					84) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					85) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					86) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					87) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					88) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					89) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					90) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					91) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					92) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					93) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					94) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					95) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					96) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					97) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					98) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					99) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h
					100) Mergal 10mg		que 1/2 porção por 22:00h

Dr. Wucher, 11/11/2011

Ortopedia e Traumatologia

Ortopedia e Traumatologia

Ortopedia e Traumatologia

Ortopedia e Traumatologia

Ortopedia e Traumatologia

Ortopedia e Traumatologia

Ortopedia e Traumatologia

Ortopedia e Traumatologia

Ortopedia e Traumatologia

Ortopedia e Traumatologia

Ortopedia e Traumatologia

Ortopedia e Traumatologia

ASSISTENTE SOCIAL

ASSISTENTE SOCIAL

ASSISTENTE SOCIAL

ASSISTENTE SOCIAL

ASSISTENTE SOCIAL

ASSISTENTE SOCIAL

ASSISTENTE SOCIAL

ASSISTENTE SOCIAL

ASSISTENTE SOCIAL

ASSISTENTE SOCIAL

ASSISTENTE SOCIAL

ASSISTENTE SOCIAL



**PRESCRIÇÃO MÉDICA
DE ENFERMAGEM**

MÉDICO:

CATEGORIA:

PACIENTE:

1040E

CUARTO:

0137

[illegible]

For more information:
1-800-368-3636

21
52

AUTORIZAÇÃO PARA OPERAÇÃO E TRATAMENTO

Declaro que eu, abaixo assinado, consinto em ser submetido(a) a qualquer cirurgia, anestesia ou tratamento, que for julgado necessários e prudentes.

ITUMBIARA, 17 de Outubro de 2008

a) _____
PACIENTE OU RESPONSÁVEL

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE

Declaro que eu, abaixo assinado, sou responsável pelo(a) paciente Guionder
Henrique Vieira de Oliveira e consinto que seja submetido(a) a qualquer cirurgia, anestesia ou tratamento que for julgado necessário ou prudente.

ITUMBIARA, _____ de _____ de _____

a) Maria Auxiliadora Xavier
PACIENTE OU RESPONSÁVEL

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE

Declaro que eu, abaixo assinado, sou responsável pelo(a) paciente

_____ e que tomo ciência do regulamento do Hospital, afixado nas dependências de internação.

ITUMBIARA, _____ de _____ de _____

a) _____
PACIENTE OU RESPONSÁVEL

REGISTRO DE ALTA A PEDIDO

Nesta data, a meu pedido, retiro do Hospital a Maternidade São Marcos de Itumbiara, o paciente

_____ SEM ALTA MÉDICA e autorização da ADMINISTRAÇÃO do(a) mesmo(a).

Desta forma, isento os Médicos e o Hospital de qualquer responsabilidade pelos danos que esta minha atitude possa provocar.

Assumindo inteira responsabilidade, assino

Data _____ / _____ / _____ a) _____

TESTEMUNHAS: _____
PACIENTE OU RESPONSÁVEL

a) _____

ASSINATURA E NOME LEGÍVEL

_____ Documento _____

PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Pelo presente, eu _____

NOME DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

NACIONALIDADE

EST. CIVIL _____ C.D.I. _____ residente à _____ RUA _____ CIDADE _____

declaro assumir plena responsabilidade, em caráter solidário e principal, como bastante fiador, por todas as despesas de internação e tratamento médico hospitalares, onde escolheu(i), dependências não autorizadas pelo INPS ou IAMSPE tomando conhecimento da resolução CD/DPNS-297/70, ou mesmo optando para CLÍNICA PARTICULAR. Obrigo-me, assim, a solver os valores tão logo sejam apresentados, bem como respectivos depósitos, da forma de regulamento e critérios que são do meu inteiro conhecimento.

ITUMBIARA, _____ de _____ de _____

a) _____
NOME

a) PACIENTE OU RESPONSÁVEL

a) _____

Pelo presente, eu _____

NOME DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

NACIONALIDADE

res: dente à _____ RUA _____ RG _____

declaro assumir plena responsabilidade, em caráter solidário e principal, como bastante fiador, por todas as despesas de internação e tratamento médico hospitalares em dependências escolhidas por mim, como também por importâncias solicitadas por conta das despesas, conforme regulamento do hospital.

a) _____ ITUMBIARA, _____ de _____ de _____

a) _____
NOME

PACIENTE OU RESPONSÁVEL - ASSINATURA E NOME LEGÍVEL

Hospital e Maternidade São Marcos

Utilidade Pública Federal: Lei de 26 Fevereiro de 1.992 DOU 27/02/1992

Utilidade Pública Estadual: Lei 10.1991 de 21 de maio de 1.987 DOE 26/05/1987

Utilidade Pública Municipal: Lei 783/86 de 06 março de 1.986

Certificado de entidade de fins filantrópicos nº 920004 de 05 de agosto de 1.992 C.N.S.S.

C.G.C. - 02.198.539/0001-22

Pça Sebastião Xavier - Centro - Itumbiara - GO PABX. (064) 3433-0700 Fax: (064) 3431-8155 CEP - 75503-900

ITUMBIARA, 24 DE OUTUBRO DE 2008.

DECLARAÇÃO

DECLARAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE SE FIZER
NECESSÁRIO QUE O Sr.(a) EUVANDER HENRIQUE VIEIRA DE OLIVEIRA
ESTEVE INTERNADO NESTE HOSPITAL NO PERIODO DE 18/10/2008 A
21/10/2008 PARA TRATAMENTO MÉDICO TENDO COMO DIAGNÓSTICO
OSTEOSSINTESE DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

OBS.: ATENDIMENTO PELO CONVENIO SUS.

POR SER VERDADE, FIRMAMOS A PRESENTE.

ATENCIOSAMENTE

Hosp. e Mat. São Marcos
Alexandre S. Vilela
Administrador
(64) 3433-0700

