



Número: **0815603-90.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO SUMÁRIO**

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

Última distribuição : **20/12/2018**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MILTON DA SILVA CANDIDO (AUTOR)		KIOMA ERIK DOS SANTOS GUILHERME (ADVOGADO)	
MAPFRE SEGUROS (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10126317	19/04/2017 09:51	<a href="#">Boletim de Ocorrência e Doc do Veiculo</a>	Documento de Comprovação
10126330	19/04/2017 09:51	<a href="#">Procuração</a>	Procuração
10126345	19/04/2017 09:51	<a href="#">previo requerimento</a>	Requerimento Administrativo
10126352	19/04/2017 09:51	<a href="#">Encaminhamento para Exame</a>	Documento de Comprovação
10126364	19/04/2017 09:51	<a href="#">Docs Pessoais</a>	Documento de Identificação
10126382	19/04/2017 09:51	<a href="#">Docs Medicos</a>	Outros documentos
10126401	19/04/2017 09:51	<a href="#">Docs Medicos versos pag 1 e 2</a>	Outros documentos



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 MUNICIPAL DE MACAIBA  
Endereço: PRAÇA JOSÉ DA PENHA, 46, CENTRO, MACAIBA

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2016022000454  
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.2 Data de Expedição: 23/09/2016 09.44.53  
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 15/08/2016 16.30.00  
2.3 Fato: Consumado  
2.4 Meio(s) empregado(s): Outros  
2.6 Tipo do local: Outro  
2.8 Número: XX  
2.10 Complemento:  
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida  
2.4 Flagrante: Não  
2.7 Logradouro: RN-160 MACAIBA - CANA BRAVA  
2.9 CEP:  
2.11 Ponto de Referência:  
2.13 Cidade: MACAIBA

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: MITON DA SILVA CANDIDO  
3.3 Etnia: Sem Informação  
3.5 Mãe: TEREZA CRISTINA FERREIRA DA SILVA  
3.7 Sexo: MASCULINO  
3.9 CPF: 06366500495  
3.11 Nacionalidade:  
3.13 Profissão: SERVENTE  
3.15 Telefone(s): 84 36315120  
3.17 Número: 07  
3.19 Bairro: CANA BRAVA  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.2 Estado civil: Sem Informação  
3.4 Pai: MANOEL CANDIDO SOBRINHO  
3.6 Data de Nascimento: 26/10/1993  
3.8 RG: 3347812 - ITP RN  
3.10 Passaporte:  
3.12 Naturalidade: SAO TOME RN  
3.14 E-Mail:  
3.16 Logradouro: RUA DO COMERCIO  
3.18 CEP:  
3.20 Cidade: MACAIBA

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  
7.1.3 Chassi: \*\*\*\*\*80234  
7.1.5 Placa: OJU2196  
7.1.7 Marca: HONDA  
7.1.9 Ano do Modelo: 2012  
7.1.11 Cor do veículo: PRETA  
7.1.13 Nota Fiscal:  
7.1.15 Nome do proprietário: EUNICE LOPES DA SILVA  
7.1.17 Nome do condutor: DECLARANTE/VÍTIMA  
7.1.18 Observações: O DECLARANTE NÃO POSSUI CNH.

7.1.2 Seguradora:  
7.1.4 Renavam:  
7.1.6 Estado:  
7.1.8 Modelo: POP100  
7.1.10 Ano de Fabricação: 2012  
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA  
7.1.14 Número do Motor:  
7.1.16 Vínculo com a  
Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O COMUNICANTE RELATANDO QUE: NA DATA E HORÁRIO ACIMA CITADOS, VINHA NA RN ACIMA NA MOTO ACIMA (CONFORME DOCUMENTO APRESENTADO) QUANDO FOI SURPREENDIDO COM UM BURACO QUE O FEZ CAIR CONDUTOR/COMUNICANTE/VÍTIMA E NÃO EXISTIA GARUPA; QUE, DEPOIS DO ACIDENTE FORAM SOCORRIDOS POR UM AMIGO POR NOME IGOR PARA O HOSP. WILFREDO GURGEL ONDE FEZ OS DEMAIS PROCEDIMENTOS MÉDICOS DEVIDOS; QUE FRATUROU OSSO DO CORPO HUMANO E TEVE ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE, O DECLARANTE NÃO POSSUI CNH. NADA MAIS DISSE.

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 23/09/2016 09.44.53

Policial

Interessado

Polegar direito

Atendimento: 1759434 - JOSEILDO MEDEIROS DE AZEVEDO  
Impresso por: 1759434 - JOSEILDO MEDEIROS DE AZEVEDO em 23/09/2016 09:44:57  
FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

J2016022000454



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - RN 9931/0335 Nº 012528699010  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 00483910106 EXERCÍCIO 2016

NOME RUISELA SILVA

CPF / CNPJ 638.011.674-53

PLACA ANT / UF QJ02196

CHASSI 9C3HB0210CR480234

COMBUSTÍVEL GASOLINA

ANO FAB. 2012

ANO MOD. 2012

COR PREDOMINANTE PRETA

CATEGORIA PARTICULAR

VENO / COTAS 1º PAGO

2º PAGO

3º PAGO

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) 002824,31

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$) 002824,31

DATA DE PAGAMENTO

10/05/2016

PARCELAMENTO / COTAS

10/05/2016

FAIXA IPVA

002824,31

PREMIO TOTAL (R\$)

002824,31

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

002824,31

DATA DE PAGAMENTO

10/05/2016

PARCELAMENTO / COTAS

10/05/2016

FAIXA IPVA

002824,31

PREMIO TOTAL (R\$)

002824,31

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

002824,31

DATA DE PAGAMENTO

10/05/2016

PARCELAMENTO / COTAS

10/05/2016

FAIXA IPVA

002824,31

PREMIO TOTAL (R\$)

002824,31

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 012528699010 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016

DATA EMISSÃO 10/05/2016

PLACA QJ02196

CPF / CNPJ 638.011.674-53

RENAVAM 00483910106

CHASSI 9C3HB0210CR480234

ANO FAB. 2012

ANO MOD. 2012

COR PREDOMINANTE PRETA

CATEGORIA PARTICULAR

VENO / COTAS 1º PAGO

2º PAGO

3º PAGO

PREMIO TARIFÁRIO

002824,31

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

002824,31

DATA DE PAGAMENTO

10/05/2016

PARCELAMENTO / COTAS

10/05/2016

FAIXA IPVA

002824,31

PREMIO TOTAL (R\$)

002824,31

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

002824,31

DATA DE PAGAMENTO

10/05/2016

PARCELAMENTO / COTAS

10/05/2016

FAIXA IPVA

002824,31

PREMIO TOTAL (R\$)

002824,31

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

002824,31

DATA DE PAGAMENTO

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.246.909/0001-04

www.seguradoralider.com.br

5102 / AON



## PROCURAÇÃO E CONTRATO DE HONORÁRIOS

**Outorgante:** MILTON DA SILVA CANDIDO, Estado Civil: Solteiro, Profissão: Servente, CPF: 063.665.004-95, RG: 3347812, Nacionalidade: Brasileiro, Domiciliado(a) na Rua, do Comercio, Centro de Cana Brava, Macaíba/RN, CEP: 59000-290 Telefone: (84) 3631-5120

**Outorgado/Poderes:** Kioma Erik dos Santos Guilherme, advogado, inscrito na OAB-RN sob o nº 14.340, com escritório na Av. Tenente Cordeiro, nº 431, Boa Esperança, Parnamirim-RN, CEP 59.140-610, Tels. (84) 3272-0721, (84) 99476-6818, E-mail: kioma-guilherme@hotmail.com; outorgando-lhes poderes amplos, limpos e ilimitados, para em conjunto ou separado, no foro em geral, perante a qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, propor em quaisquer medidas preliminares preventivas ou assecuratórias dos nossos direitos e interesses, usando para tanto os poderes da cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA" e mais os especiais para transpor(em) compromissos, fazer acordo, receber EM MOEDA, DEPOSITO EM CONTA, CHEQUE OU ALVARÁ, dar quitação, endossar cheques, representarmos juntos as repartições públicas, Estaduais, Municipais, Federais, Autarquias e sociedades de economia Mista, praticando todos os atos de representação e defesa extrajudiciais, perante quaisquer pessoas físicas em geral, e, finalmente, praticar (em) todos os atos que se tornem mister para o fiel e completo desempenho deste mandato, inclusive interpor (em) total e parcialmente, com ou sem reservas de poderes, o que tudo darei (ermos) por bom, firme e valioso.

**HONORÁRIOS:** Em remuneração aos serviços profissionais supra referidos, pagarei aos advogados outorgados, ou a quem legalmente os substituir, quantia equivalente a 30% (trinta e por cento), sendo devido somente no caso de procedência da ação ou realização de acordo judicial ou extrajudicial, ficando desde logo autorizada a retenção na ocasião do pagamento em favor do causídico contratado. Art. 22, Parágrafo 4º da Lei 8.906/94), ficando ainda, esclarecido ser devido independentemente da condenação em honorários de sucumbência, que pertencem exclusivamente ao advogado contratado. Fica acertado entre as partes que em caso de desistência por parte do autor(a) da demanda judicial o mesmo pagará a este patrono o valor de 3 mil reais a título de honorários advocatícios.

**DECLARAÇÃO DE POBREZA:** declaro, firmado sob as penas das Leis 1060/50, que se encontra em estado de pobreza legal, não podendo arcar com as custas e demais despesas da presente demanda sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

**FINALIDADE:** Ação de Cobrança de Seguro DPVAT.

Parnamirim-RN, 10 de Abril de 2017.

Milton da Silva Candido

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO

18/03/2017

Consulte seu processo- Tranquilla

# PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

18/03/2017

Consulte seu processo- Tranquilla



Olá KIOMA ERIK DOS SANTOS GUILHERME [DESCONECTAR](#)

[Voltar](#)

#### Dados do processo

Produtor	Seguradora	Data de entrada	ASL	Nº do Sinistro
KIOMA ERIK DOS SANTOS	Gente Seguradora	10/01/2017		

#### Vítima

Vítima	Endereço	Bairro	Cidade
Milton da Silva Cândido	R comercio 07	C. Brava	MACAÍBA
UF	CEP	Código da vítima	Natureza
RN	59280-000	CONDUTOR	INVALIDEZ
Data de nascimento	CPF	valor (DAMS)	Data do sinistro
26/10/1993	063.665.004-95	R\$	15/08/2016

18/03/2017

Consulte seu processo- Tranquilla

#### Beneficiários

Nome	CPF/CNPJ	Data de nascimento	Cidade	UF
Milton da Silva Cândido	063.665.004-95	26/10/1993	MACAÍBA	RN

Beneficiário 1



Banco	Agência	conta
-------	---------	-------

#### Histórico

Data	Status	Descrição
10/04/2017	PROCESSO CANCELADO	➡ PROCESSO CANCELADO POR FALTA DE DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

<http://tranquilla.proevodpvat.com.br/consulta/processo.php?idProcesso=MjQ3Ng==&buscaTopo=&tipoBusca=c2luaXN0cm8=&idStatus=&idNatureza=&dataInicio=&dataFim>

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE VERA CRUZ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**RECEITUÁRIO**

AO HUG,

Encaminho o paciente  
Milton da Silva Cândido, 22  
anos, vítima que trauma  
de moto, com sinais de  
luxação em ombro esquerdo.

Estável hemodinamicamente,  
sem sinais de gravidade.

Sol. exames de imagem  
e avaliação do ortopedista

etc,

15.08.16

Raquel G. de Carvalho  
MÉDICA  
CRM-RN 8322






REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO

*Nelson da Silva Candido*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

03/12/2013

REGISTRO  
GERAL

3.347.812

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

NOME  
NELSON DA SILVA CANDIDO

FILIAÇÃO  
MARCEL CANDIDO ROSSINI  
TEREZA CRISTINA FERREIRA DA SILVA

NATURA  
BRANCA

DATA DE NASCIMENTO  
26/03/1993

DOC. ORIGEM  
NASCIMENTO N.º 4593, L. A-17, Fls. 237  
do Cartório de BARRA DO VAZ

CPF  
063.655.004-95

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA**  
**ORTOPEDIA**

<b>PACIENTE</b>	<b>MILTON DA SILVA CANDIDO</b>		
<b>DATA DE ENTRADA</b>	15/08/2016	<b>HORA</b>	19:17
<b>IDADE</b>	22	<b>SEXO</b>	M
<b>CARTÃO SUS</b>	702801107077064	<b>ETNIA</b>	Pardo
		<b>ESTADO CIVIL</b>	Solteiro(a)
<b>CPF</b>	063.665.004-95	<b>RG</b>	3347812 - SSP
<b>NOME DA MÃE</b>	TEREZA CRISTINA FERREIRA DA SILVA		
<b>NOME DO PAI</b>	MANOEL CANDIDO SOBRINHO		
<b>NASCIMENTO</b>	26/10/1993	<b>NATURALIDADE</b>	ão Tomé-RN
<b>TELEFONE</b>	(84) 3631-5120	<b>PROFISSÃO</b>	Agricultor
<b>RUA/AV.</b>	DO COMÉRCIO - Nº 7	<b>BAIRRO</b>	Centro
<b>COMPLEMENTO</b>	-	<b>CIDADE</b>	Macaíba-RN
<b>CEP</b>	59280-000	<b>MOTIVO</b>	Consulta de urgência / Trauma no antebraço
<b>ORIGEM</b>	Família	<b>USUÁRIO</b>	Josilma
<b>ACID. DE TRABALHO</b>	Não		

**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)**

*Quebra de um objeto apressado  
tendo dor em clavícula*

**EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)**

A *Nequi antebraço esquerdo*  
B  
C  
D  
E *O antebraço direito*

**OUTRAS OBSERVAÇÕES**

*Original*

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATORIA	FREQ. CARDÍACA	DIAGNÓSTICO	RTS-SCORE FINAL

<b>DIAGNÓSTICO INICIAL</b>	<b>CID</b>
----------------------------	------------



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

LAUDO PARA  
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE Milton da Silva Araújo	6 - Nº DO PROTOCOLO					
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	1	FEMININO	2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO					
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)						
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente com histórico de			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Trauma em ombro			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) R2			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL AE	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento conservador	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARATER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 408010185			29 - DT SOLICITAÇÃO 15.08.16
			30 - CNES / CPF
			31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - ( ) ACID. TRABALHO, TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL		DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ( )	44 - ( ) GRAVE 45 - ( ) GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
48 - CNES / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

O EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO E A AVALIAÇÃO DETALHADA CRITERIOSA DO PACIENTE (DA CABEÇA AOS PÉS), VEJA, 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

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

MÉDICO (CARIMBO)

CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua libe

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

DESTACAR