



Número: **0853188-79.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **18/12/2018**

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
JOSE MILTON NASCIMENTO DE MELO (AUTOR)	ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA (ADVOGADO)
PORTO SEGURO S/A (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13205 606	16/11/2017 09:57	<u>adm</u>	Documento de Comprovação
13205 631	16/11/2017 09:57	<u>bo</u>	Documento de Comprovação
13205 643	16/11/2017 09:57	<u>doc hospital</u>	Documento de Comprovação
13205 655	16/11/2017 09:57	<u>doc hospital2</u>	Documento de Comprovação
13205 663	16/11/2017 09:57	<u>doc hospital3</u>	Documento de Comprovação
13205 681	16/11/2017 09:57	<u>doc hospital4</u>	Documento de Comprovação
13205 761	16/11/2017 09:57	<u>doc hospital5</u>	Documento de Comprovação
13205 741	16/11/2017 09:57	<u>id</u>	Documento de Identificação
13205 744	16/11/2017 09:57	<u>procuração</u>	Procuração

SINISTRO 3170370090 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOSE MILTON NASCIMENTO DE MELO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** TERRA DO

SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO JOSE MILTON NASCIMENTO DE MELO**CPF/CNPJ:** 42926378491**Posição em 14-11-2017 12:43:16**

Em análise. Aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17037075B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA:	JOSE ALDENIR/1535406		DATA/HORA:	02/05/2017 22:35		
Na Rodovia						
MUNICÍPIO/UF:						
MACAIBA/RN	BR:	KM:	SENTIDO			
304		298,0	Crescente			
DESCRITIVO DO LOCAL:						

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA:	CONDICÃO METEOROLÓGICA:					
Plena Noite	Céu Claro					
TIPO DE VIA:	TIPO DE PISTA:	CONDICÃO DE PISTA:				
Principal	Simples	Molhada Com Buraco				
TIPO DE PAVIMENTO:	ESTRUTURA VIARIA:					
Asfalto	Reta					
LOCALIDADE URBANIZADA:	EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:	EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:				
Não	Sim	Não				
IMAGEM DO LOCAL DO ACIDENTE:	IMAGEM DE DESCRIÇÃO DO LOCAL:					
Sem Imagem	Sem Imagem					
IMAGEM PANORÂMICA SENTIDO CRESCENTE:	IMAGEM PANORÂMICA SENTIDO DECRESCENTE:					
Sem Imagem	Sem Imagem					
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:						
HAVIAM 3 CAVALOS SOBRE A PISTA.						

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF JOSE ALDENIR, MATRÍCULA 1535406



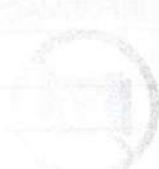
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17037075B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

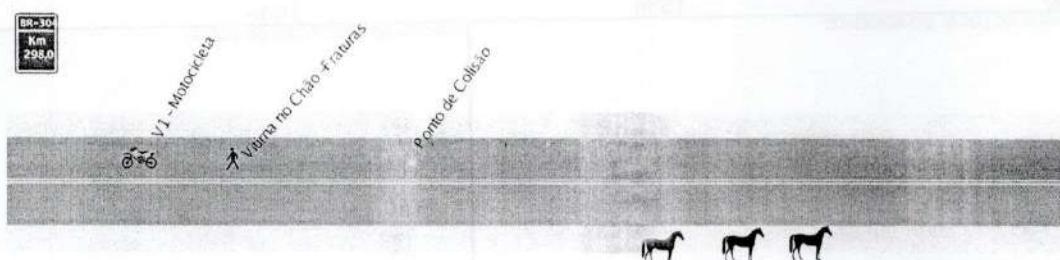


DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Atropelamento de Animal	

Croqui



MACAIBA - PÉ DO GALO

MACAIBA - RÉTA TABAJARA

Amarração - Não realizada

Narrativa

DE ACORDO COM OS VESTÍGIOS ENCONTRADOS NO LOCAL, CORROBORANDO COM O TESTEMUNHO DA VITIMA E DE POPULARES: O V1 Transitava em sua mão de direção quando foi surpreendido com vários equinos sobre a pista de rolamento vindo a colidir frontalmente com um dos animais. Depois da colisão o condutor fôra projetado ao solo ficando impossibilitado de se levantar devido a fraturas e lesões graves.
***** Os animais na pista deram causa ao acidente *****

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF JOSE ALDENIR, MATRÍCULA 1535406



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17037075B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:	ENVOLVIMENTO:	
V1 / MYX9988 / HONDA/NXR125 BROS ES	Condutor/ PROPRIETÁRIO	
NOME:	CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
JOSE MILTON NASCIMENTO DE MELO	429.263.784-91	03/10/1965
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO:
		Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:	
	MARIA BARBOSA DE MELO	

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NUMERO:
TRAVESSA FLORIANO PEIXOTO	12
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
91634662	PÉ DO GALO
MUNICÍPIO/UF:	
MACAIBA/RN	

TELEFONE:	EMAIL:
84-9428-0494	

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO:	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA:
Habilitação Nacional		AB
MOTORISTA PROFISSIONAL:	Nº DO REGISTRO:	UF:
Não	01721402943	RN
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO:	VALIDADE DA CNH:	
20/05/1994	25/04/2018	

OBSERVAÇÕES DA CNH:	
99	

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:	USAVA CINTO DE SEGURANÇA:
Lesões Graves	NÃO APLICÁVEL
USAVA CAPACETE:	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:
Sim	NÃO APLICÁVEL

TESTE DO ETILOMÉTRO FOI POSSÍVEL:	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:
Não		Não

DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:
NAO HAVIA SINAIS DE CONSUMO DE ÁLCOOL; E NÃO SE PODIA REMOVER O CAPACETE DEVIDO A NECESSIDADE DE IMOBILIZAÇÃO.

VISIVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ:	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:
Não	Não

Encaminhamento

MOTIVO:	TIPO DE RECEPTOR:
Socorro médico	SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:	
SOCORRO FEITO RAPIDAMENTE. ATENDIMENTO PRE-LIMINAR PELA EQUIPE PRF E POSTERIOR PELO SAMU.	

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF JOSE ALDENIR, MATRÍCULA 1535406



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17037075B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL V1	PLACA: MYX9988	MARCA/MODELO: HONDA/NXR125 BROS ES	ANO FABRICAÇÃO: 2004
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Motocicleta	
CHASSI: 9C2JD20205R006277	RENAVAM: 00844722235	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

NOME DO PROPRIETÁRIO:
JOSE MILTON NASCIMENTO DE MELO

CPF/CNPJ:
429.263.784-91

Dados de Endereço

LOGRADOURO: AV FLORIANO PEIXOTO	NÚMERO: 10
COMPLEMENTO: DISTRITO DO GALO	BAIRRO: PÉ DO GALO
MUNICÍPIO/UF MACAIBA/RN	
TELEFONE: 84-99435-1215	EMAIL:

Dados da Carga

Descrição e Informações Complementares:

IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO: Sem Imagem	IMAGEM DE CRONOTACÓGRAFO: Sem Imagem
---	---

IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF JOSE ALDENIR, MATRÍCULA 1535406



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17037075B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:



Sem Imagem

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF JOSE ALDENIR



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17037075B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / MYX9988 / HONDA/NXR125 BROS ES

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

JOSE ALDENIR/1535406

NÚMERO DO BAT:

17037075B01

DATA/HORA:

02/05/2017 22:35

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Garfo dianteiro	X		
2	Mesa superior da suspensão dianteira	X		
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	
TOTAL GERAL (SIM + NA):		DIMENSÃO DA MONTA:		
2		Média		

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF JOSE ALDENIR, MATRÍCULA 1535406



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17037075B01

STATUS:
Encerrado

FRENTE (V1)

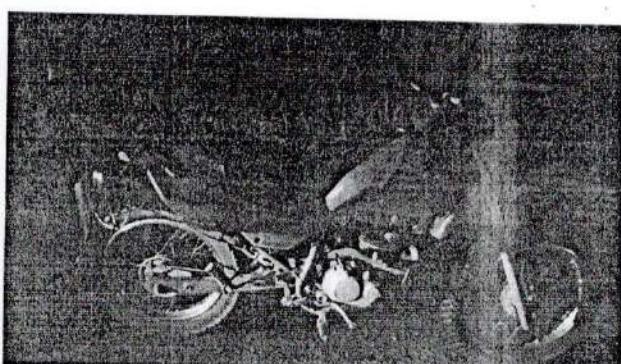
TRASEIRÁ (V1)



Sem Imagem

LATERAL ESQUERDA (V1)

LATERAL DIREITA (V1)



Sem Imagem

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF JOSE ALDENIR, MATRÍCULA 1535406



Unico de
Saúde da
Saúde

DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

DARIO JOSE DA SILVA *Témo*

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

147653

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

705 8024 0018 8333

8- DATA DE NASCIMENTO

28/07/2001

9- SEXO

MASCULINO

10- RACA/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

ANA CRISTINA LUCAS DE LIMA

12- TELEFONE DE CONTATO

98801-7800

13- NOME DO RESPONSÁVEL

A GENITORA

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

RUA ANTONIO JOSE SALES 356

17- BAIRRO

CENTRO

18- UF

RN

19- CEP

59247-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor lombar
Dor lombar sem envolvimento da coxa + dor nas costas

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

O R2APC elevado

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

Ric Costa

23- DIAGNOSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Falta ar na caixa

BDTOUBO

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Prat ecruvel R07

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNACAO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ONTOBRA

BDTOUBO

() CNS () CPF

35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

Marco M. CRN

de amaral de amaral

06/09/2018

CRN

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- N° DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO () DESEMPREGADO

() APOSENTADO () NÃO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CONCEPCAO
1985078



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO 147653		
DATA	HORA	CATEGORIA	GIH	
08/05/2017	21:07			
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO 28/07/2001		
DARIO JOSE DA SILVA				
ESTADO CIVIL		PROFISSAO		
SOLTEIRO		ESTUDANTE		
ENDEREÇO (RUA, N°)				
RUA ANTONIO JOSE SALES 356				
MUNICIPIO	BAIRRO	UF	CEP	
LAGOA SALGADA	CENTRO	RN	59247-000	
LOCAL DE TRABALHO	TELEFONE			
FILIAÇÃO				
ANA CRISTINA LUCAS DE LIMA	DARCIL JOSE DA SILVA			
RESPONSÁVEL	TELEFONE			
A GENITORA	98801-7800			
ENDEREÇO				
O MESMO				

DIAGNOSTICO PROVISORIO

Fractura luxação de ombro

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSAO

08.05.17

ALTA

28.05.17

OBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

*DR PEREIRA**19850718*



SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM /RN

Mae: Ana Cristina Souza de Lima
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 55 - ORT

NOME: Dário José da Silva

IDADE: 28/04/2001 COR: M ESTADO CIVIL: Solteiro

NATURALIDADE: Natal PROFISSÃO: Estudante PROCEDÊNCIA: Ortopedia
ENDERECO: Rua Café Filho, 26 BAIRRO: Centro
CIDADE: São Gonçalo DATA: 08/05/2017 HORA: 18:51

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	COM DISPNEIA <input type="checkbox"/>	CHOCADO <input type="checkbox"/>	COMATOSO <input type="checkbox"/>
C/ HEMORRAGIA <input type="checkbox"/>	EM CONVULSÃO <input type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO <input type="checkbox"/>	AGITADO <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM NÃO

PUPILAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL
---------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

EXAME FÍSICO

CONFIRME: *[Assinatura]* N850X8

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura Luxada Cervical

Pronto Socorro Clóvis Sannho

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 <i>Dairon Souza de Lima</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO										
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS <i>705 8024 0018 B333</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>28/07/2001</i>	9 - SEXO <i>15</i>	MASCULINO FEMININO	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Ana Cristina Lucas de Lima</i>	11 - TELEFONE DE CONTATO <i>98601 0216</i>	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) <i>Rua Café Filho - 26</i>		13 - MUNICÍPIO <i>ingre Salgada</i>	14 - BAIRRO <i>Centro</i>	15 - UF	16 - CEP
9 - SEXO <i>15</i>	MASCULINO FEMININO										
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Ana Cristina Lucas de Lima</i>	11 - TELEFONE DE CONTATO <i>98601 0216</i>										
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) <i>Rua Café Filho - 26</i>											
13 - MUNICÍPIO <i>ingre Salgada</i>	14 - BAIRRO <i>Centro</i>	15 - UF	16 - CEP								

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente Lucas Oliveira E, pertence

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Falta muito sangue

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Transfusão 1 Ex RBC + L

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Paciente tivera colapso</i>	21 - CID INICIAL <i>S5.</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
--	--------------------------------	---------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			29 - DT SOLICITAÇÃO <i>26/04/11</i>
			30 - CNS / CPF <i>030915364-8</i>

31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRANSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS Dr. Alvaro Ottoni
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL		DESCRICAÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - () GRAVE	44 - () 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 - CNS / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	<i>1985078</i>

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial 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.

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 <i>Dam Jose de Souza</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO				
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	1	FEMININO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO				
12 - ENDEREÇO (RUA, N°)					
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Fractura tibial com fratura do osso

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
*Fractura tibial*19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)
Fractura tibial

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fractura tibial</i>	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
--	------------------	---------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			29 - DT SOLICITAÇÃO <i>28/04/18</i>
			30 - CNS / CPF <i>03415760-18</i>
			31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

32 - () ACIDENTE DE TRANSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BONUS Ortopedia e Traumatologia
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 - CRM	<i>CRM 14094</i>
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL			DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ()	44 - () GRAVE
			45 - () GRAVISSIMA

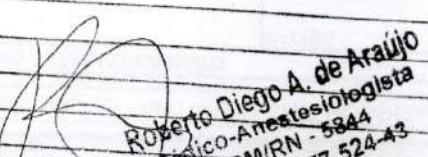
AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVAIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	<i>Dr. Amílio Portella</i>
48 - CNS / CPF	52	<i>Assessor</i>
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	<i>118507-8</i>

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

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria		Leito	Nº prontuário	
Nome						
Data	Pressão arterial	P脉	Respiração	Temperatura	Idade	
22/05/17					Sexo	
Tipo sanguíneo	Hematíias	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Peso	
	Urina				Outros	
Ap. respiratório						
Ap. circulatório						
Ap. digestivo						
Estado mental						
Diagnóstico pré-operatório						
Anestesias anteriores						
Medicação pré-anestésica						
Aplicada às		Efeito				
Agentes Anestésicos	6.30	7.00				
	50g	300g				
Liquidos	Oper					
	Anest.					
P Pulso	O Resp.					
	X					
SIMBOLOS						
E						
ANOTACOES						
POSIÇÃO						
Agentes						
Técnica						
Operação						
Cirurgiões						
Anestesistas						
Observações						
notar no verso as complicações pré-operatórias operatórias						


 Roberto Diego A. de Araújo
 M.D., M.R.N. - 5844
 17.524.43



HOSPITAL

me dig paciente

Dario Jokic

Ata operação	Enf.	Leito
Operador	Dr. Carlos Min	1º auxiliar
' auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador
Nestesista	Tipo de anestesia	
Diagnóstico pré-operatório		
Type de operação	Lern P.A.T-F-S moleS	
Diagnóstico pós-operatório		
Relatório imediato do patologista	GOTAUAG	
Exame radiológico no ato		
Acidente durante a operação		

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura
PAC Decubito Dorsal sob Anest.
Assépsia + Antissepsia
Capos ungs.
Desbridamento, Retirada
tecido necrótico
Realização cirúrgica
Assentimento

卷之三

~~M 8507-3~~

~~Dr. C. G. Campbell~~

SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

(Hemoconcentrado _____ Unid. () Plasma _____ Unid. () Plaquetas _____ Unid.
 Albumina _____ Unid. () Expansor plasmático _____ Unid.

HEMOTRANSFUSÃO:

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: _____
 h: _____
 h: _____

h: _____
 h: _____
 h: _____

h: _____
 h: _____
 h: _____

Soro Fisiológico: _____ ml
 Soro Glicosado: _____ ml

() Soro Ringer Simples: _____ ml
 Soro Ringer Lactato: _____ ml

Quantidade total de volume administrado: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

Não () Sim Peça:
 Swab para cultura: _____

Peça para sepultamento: () Não () Sim

Líquido: _____

FO de aspecto: () limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros:
 INTERCORRÊNCIAS: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
 Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () O₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro:
 Diurese: () Espontânea () Normal () Hematuria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: _____

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: 16:40 Data: 22/05/17 Nível de consciência: Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado
 Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ () O₂ Ambiente
 Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade
 Venóclise: () Não () Sim Tipo: ~~retro~~ local: NSD Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
 Drenos: () Succión () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____
 Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
 Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA: () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexiga () Alteração PA () Alteração FC
 Relate: _____

SINAIS VITAIS

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	140				100%	
30'	114				100%	
60'						
Alta						

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: _____ ml

Soro Fisiológico: _____ ml

Ringer: _____ ml

Irrigação vesical contínua: _____ ml

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gástr.	Drenagem	Retorno da infusão
Recebido da SO				
Desprezado				
URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: 17:30 m - Paciente liberado para clínica ortopédica pelo anestesista - maf 1450:5002
 clínica ortopédica pelo anestesista - maf 1450:5002

Ass:

Coren:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Narivo José da Silva Idade: 15a D/N: 28/07/01
 Fronte: 147653 Município: _____ Procedência: Interno Externo
 Data da cirurgia: 29/05/17 Hora Admissão: Bloco: 14 Sala: 55 Hora Saída: _____ Peso: _____
 Alergias: Não Sim Comorbidades: H/S DM Outras _____
 Uso de medicações: Não Sim Jejum: Não Sim
 SSVV Admissão: PA: mmHg Pulo: bpm Fl: rpm FC: bpm SpO₂: % T: °C
 Enfermeiro(a): Totilina Instrumentado (a): Circulante: Próstata/Gordênia
 Cirurgia: Desbridamento e Retirada de Fecos Especialidade: Ortopedia Sala: 03
 Hora Início: 16:07 Hora Término: _____ Tipo de cirurgia: Eletiva Urgência Limpa Contaminada Infectada
 1º Cirurgião: Dra. Carlos Matos Aux.: _____ Residente: _____
 Anestesia: Local Sedação Geral TOT: Bloqueio Raquidiana Ag. nº _____ Peridural c/cateter s/cateter
 Ag. nº _____ Cateter nº: _____ Início: _____ Garrote: Smarch Pneumático Início: _____ Término: _____
 Anestesiologista: Dra. Diego

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	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro
<input type="checkbox"/> Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Fistula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Dífrusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmeno	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/> t/dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	
<input type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas		<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	114	134		Bpm
Pulso	119	130		Bpm
Oximetria	100	100		%
Capnografia				
PA	156/85	158/87		mmHg

ACESSO VENOSO

<input type="checkbox"/> Puncão Arterial
<input checked="" type="checkbox"/> Puncão Venosa Periférica
<input checked="" type="checkbox"/> Puncão Venosa Central
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa
Local: <u>MSD</u>
Cateter:

SONDAGEM GÁSTRICA

<input type="checkbox"/> SNG nº
Retorno:
<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESICAL
<input type="checkbox"/> SVF nº
<input type="checkbox"/> SVA nº
Diurese:
Profissional responsável:

EXAMES SOLICITADOS:

<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input type="checkbox"/> Glicosimetria:
<input type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> Pescoço	Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	Fletidos
<input checked="" type="checkbox"/> Litotômica	<input checked="" type="checkbox"/> Lombar	MMII
Trendlemburg		Anatômicos
Canivete		Abduzidos
Proclive		Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

() Sim Não Metal Descartável

Local:

Sim Não

TRICOTOMIA

Local:

Solução:

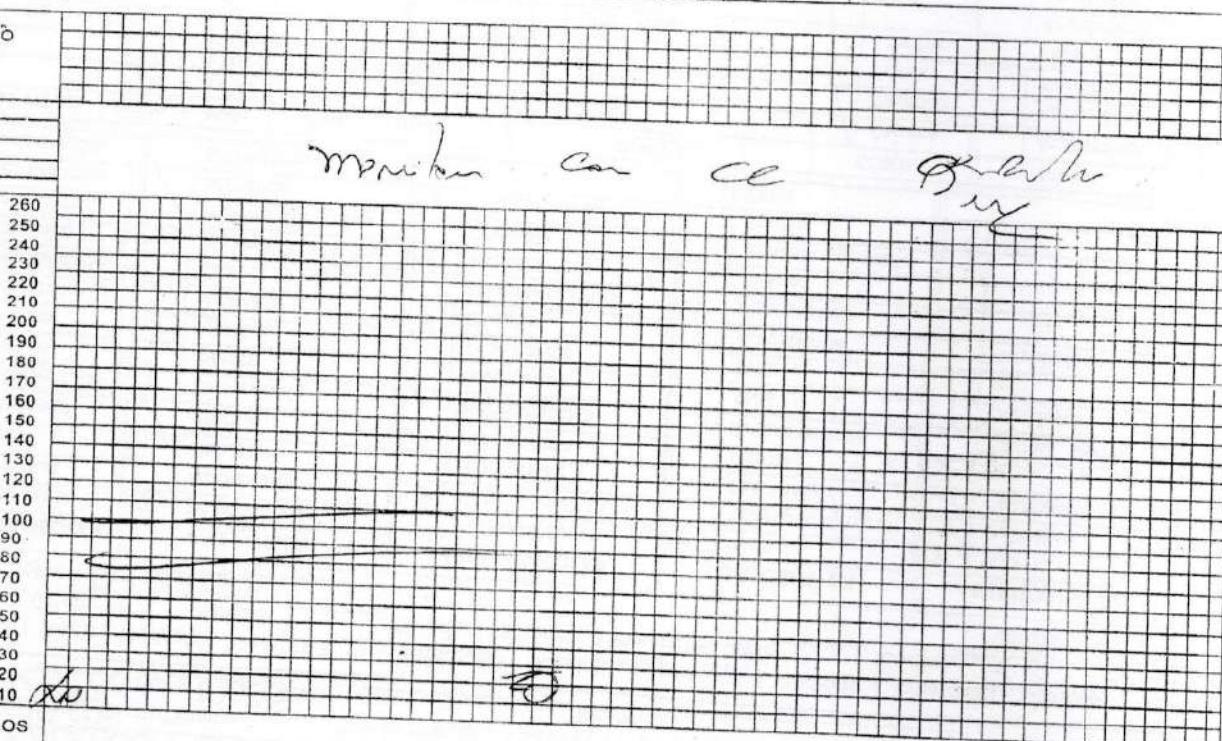
Local:

IMPLANTE CIRÚRGICO

Drenos:
 Tela:
 Cateter:
 Ostomia:
 Fio de KC:
 Placa - Tipo:
 Parafuso - tipo:
 Outros:

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
 Caixa cirúrgica: o bárbara Quant. Material: OK
 Val: 28/05/17 Contagem de gaze e compressa: Não Sim

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome <i>Dario</i>		Sexo <i>2A</i>	Série <i>516-2</i>		Idade	Sexo
Data <i>16.05.17</i>		Pressão arterial	P脉搏 <i>2A</i>	Respiração	Temperatura	Peso
Tipo sanguíneo		Hematíias	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia
		Urina				
An. respiratório						
Ap. circulatório						
Ap. digestivo						
Estado mental						
Diagnóstico pré-operatório						
Anestesias anteriores						
Medicação pré-anestésica						
				Aplicada às	Efeito	
Agentes Anestésicos Liquidos O ² 						
Opér. O ² Anest. O ² Resp.: P Pulso O ² 						
SÍMBOLOS						
E						
NOTAÇÕES						
POSIÇÃO						
Agentes						
Técnica						
Operação						
Cirurgiões						
Anestesistas						
Observações						
Anotar no verso as complicações pós-operatórias						

Nome do paciente: *Danis José da Silva*

Localização da operação:	Enf.	Leito
Operador:	<i>Dr. Carlos Henr.</i>	1º auxiliar
Auxiliar:	<i>3º auxiliar</i>	Instrumentador
Testes de esterilidade:	Frasco de Compatível com o que é	
Diagnóstico pré-operatório:	Fractura Comprimida no Colo do fêmur e deslocamento da articulação da coxa e osteosíntese cir. de fixação dos ossos e + Neurorresecção	
Localização da operação:	Cervel e	
Diagnóstico pós-operatório:		
Relatório imediato do patologista:		
Exame radiológico no ato:		
Acidente durante a operação:		

Descrição da Operação

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado / aspecto - vísceras

Vaciamento em blocos e flâncos (lateral / sob anestesia, anti-sepsia, esteril / uso de campos, incisão em face posterior das costelas e, dividi-las por planos, libertando os ramos nervosos da face lateral e distal à articulação da tíbia fibular e com os blocos de tecido muscular (2 artérias, 2 veias e 2 nervos) e suas raízes, nervo tibial e nervo fibular, redirecionando fixações da clínica e os 2 fios de Kirschner e fio de seda expostos para remoção de feridas limpas com glicose, sangue fresco e enxagamento das cicatrizes e

CIRURGIAS MÚLTIPLAS

(0415010012)

POLITRAUMATIZADO

(0415030013)

PROC. CLÍNICO

✓ PROC. CIRÚRGICO

0408020547

TCRG 225225

A - 06 223270

3 - 06 223270

CD 5531

Marcelo Nóbrega Rocha

TEOT 6433 TCRM 3522

NSS 5278

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Serviço de Enfermagem em Centro Cirúrgico



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: **DARJO JOSE BA SOLVA** Idade: **15** D/N: **28/07/2001**
 Ront.: **147633** Município: **LISALPINA** Procedência: Interno Externo
 data da cirurgia: **16/05/17** Hora Admissão: Bloco: **10:00** Sala: **1100** Hora Saída: _____ Peso: **52**
 alergias: Não Sim Comorbidades: H/S DM Outras _____
 uso de medicações: Não Sim Jejum: Não Sim
 ISVV Admissão: PA: _____ mmHg Pulo: _____ bpm Fl: _____ rpm FC: _____ bpm SpO₂: _____ % T: _____ °C
 Enfermeiro(a): **LETIANE** Instrumentado (a): **Mme Fumardes** Circulante: **Monelis + Hordelane**
 Cirurgia: **III cirurgia de fratura de cotovelo** Especialidade: **Ortopedia** Sala: **01**
 Hora Início: **11:05** Hora Término: _____ Tipo de cirurgia: Eletiva Urgência Limpida Contaminada Infectada
 1º Cirurgião: **M. Coles Maia** Aux: **en. Monelis Latuza** Residente: _____
 Anestesia: Local Sedação Geral TOT: Bloqueio Raquidiana Ag.nº _____ () Peridural () c/cateter () s/cateter
 Ag.nº _____ Cateter nº: **1** Início: _____ Garrotas: Smarch () Pneumático Início: **11:05** Término: **12:40**
 Anestesiologista: **DR. ROSE**

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	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input checked="" type="checkbox"/>	Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input checked="" type="checkbox"/>	Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/>	Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input checked="" type="checkbox"/>	Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> Estimul. Nerv.
<input checked="" type="checkbox"/>	Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input checked="" type="checkbox"/> Dífrifusor
<input checked="" type="checkbox"/>	Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input checked="" type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/>	Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígico	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador
<input checked="" type="checkbox"/>	t/dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia*	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	
<input checked="" type="checkbox"/>	Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input checked="" type="checkbox"/>	Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas		<input checked="" type="checkbox"/> Tração fix ext.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	74	78	76	Bpm
Pulso	81	81	80	Bpm
Oximetria	99	98	99	%
Capnografia	130V	147V	186V	mmHg
PA	110	114	140	V

ACESSO VENOSO

Punção Arterial
Punção Venosa Periférica
Punção Venosa Central
Dissecção venosa

Local: _____ Cateter: _____

SONDAGEM GÁSTRICA

SNG nº	
Retorno:	CATETERISMO VESICAL
SVF nº	SVA nº
Diurese:	

Profissional responsável:

EXAMES SOLICITADOS:

<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input type="checkbox"/> Glicosimetria
<input type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
Dorsal	Cabeça	Anatômicos
Ventral	Pescoço	Abduzidos
Lateral	Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos
Litotômica	Lombar	MMII
Trendlemburg		Anatômicos
Canivete		Abduzidos
Proclive		<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Descartável
Local: Braco <input checked="" type="checkbox"/>
DEGERMAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Solução: Chlorex Local:

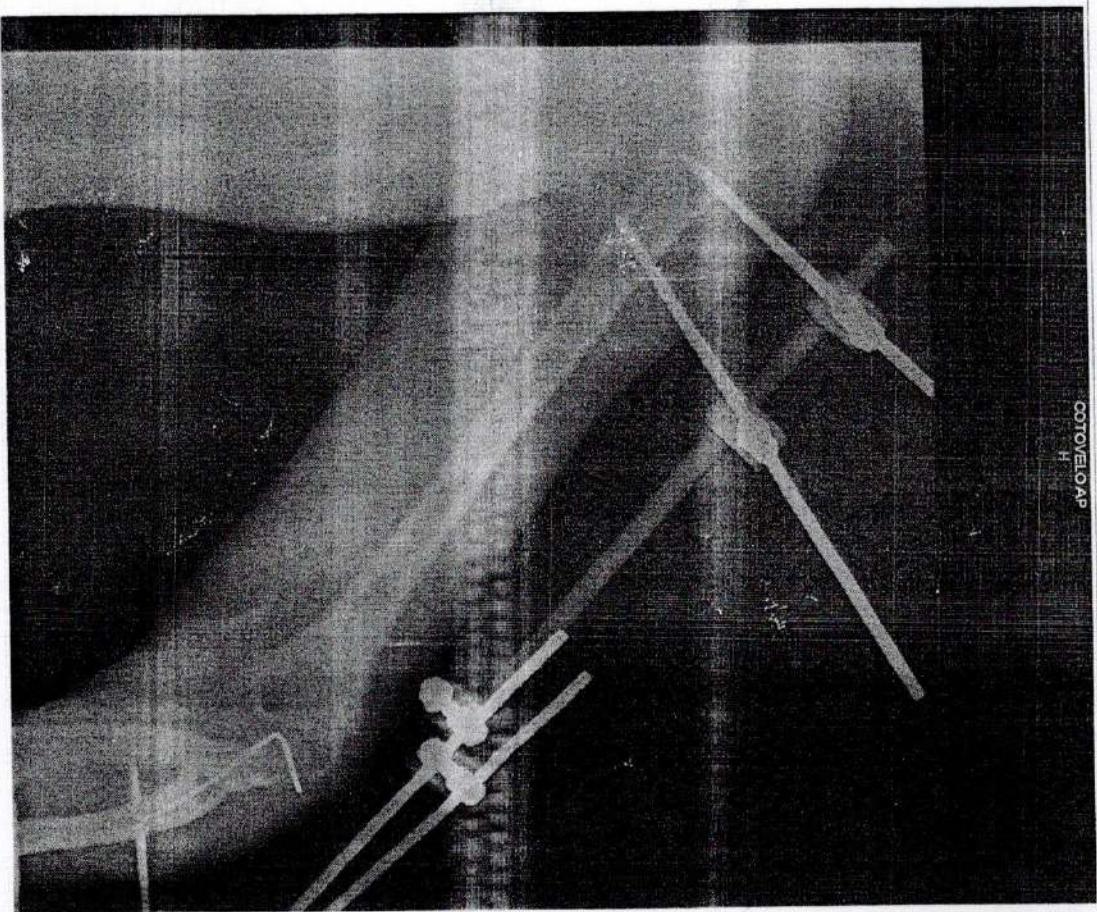
IMPLANTE CIRÚRGICO

Drenos:	penrose
Tela:	
Cateter:	
Ostomia:	
Fio de KC:	
Placa - Tipo:	
'Outros:	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

Caixa cirúrgica: **315 + Badôa** Quant. Material: **10**
 Val.: **22/05/17** Contagem de gaze e compressa: Não Sim

JOSE DA SILVA , : DX from 27/04/2017



SILVA JOSE

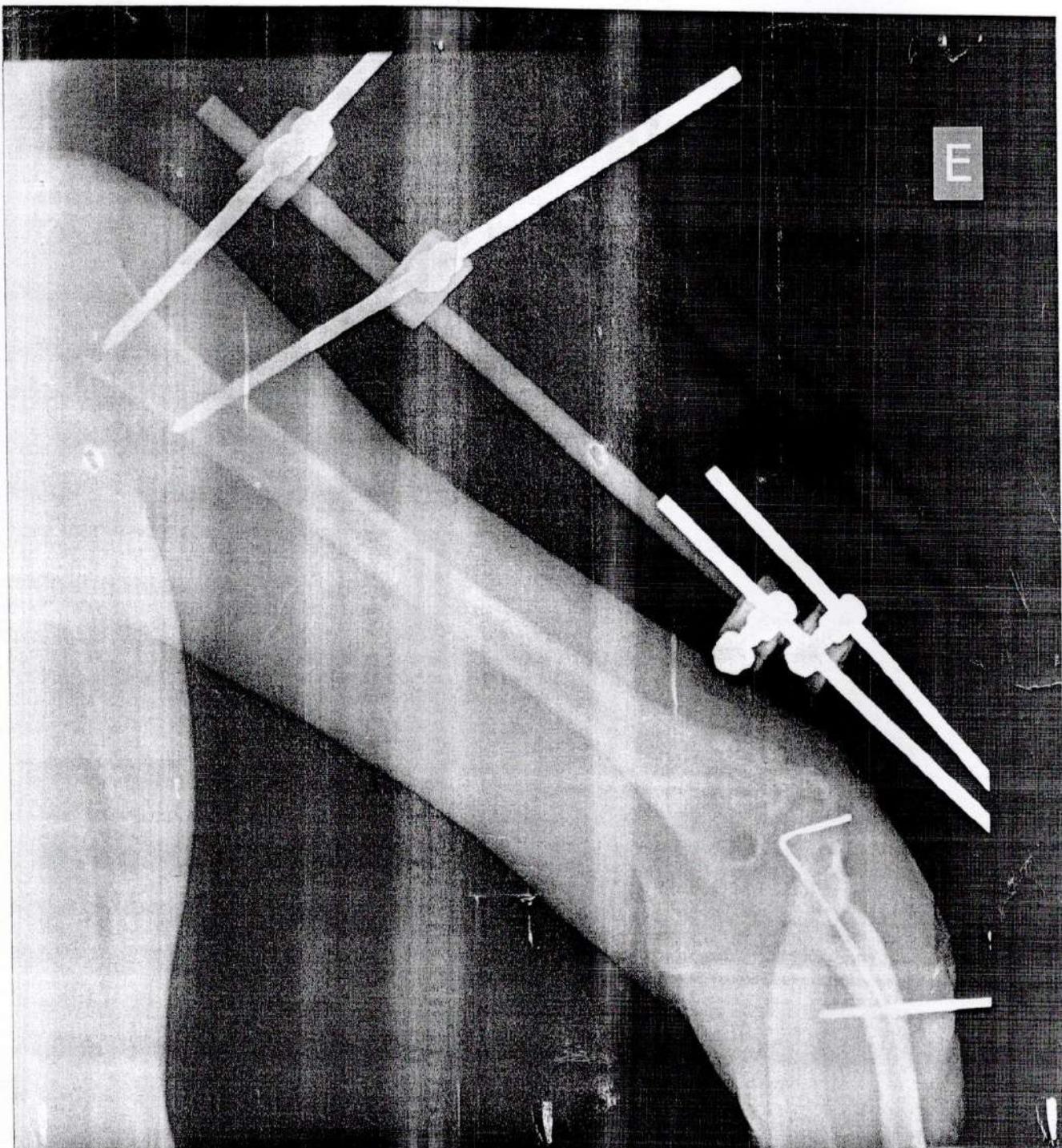
COTOVELOAP
H

MESES DE VIDA: 100
DATA DE Nascimento: 20/01/1961
SEXO: MASCULINO
PESO: 70KG
ALTURA: 175CM

1985028

4cm

2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017



Id. Paciente: 425

Data Exame: 27/04/2017 18:03:45

Técnico: TIAGO S

Paciente: DARIO JOSE DA SILVA

Idade: 0 ano(s)

COTOVELO AP

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

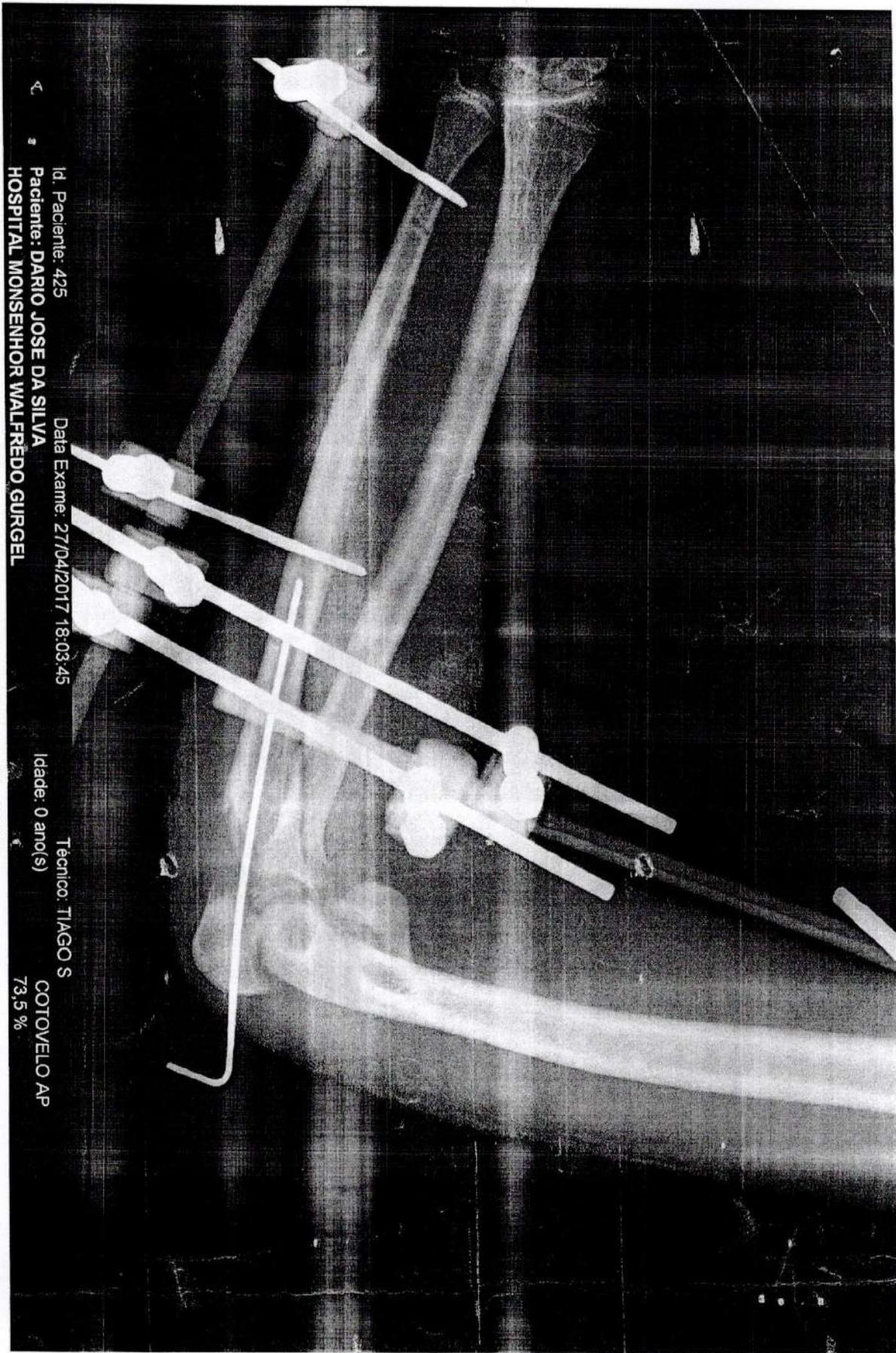
54,0 %

AV. SENADOR SALGADO FILHO, S/N - TIROL - NATAL / RN - CEP.: 59015-380

TEL : (84) 3232-7500 / 3232 0 - EMAIL: SADT@RN.GOV.BR - SITE: WWW. VALFREDOGURGEL.RN.GOV.BR



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE - SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFRÉDO GURGEL - PRONTO-SOCORRO DR. CLOVIS SARINHO





HESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALTER GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 19669 /2017

Admissão: 02/05/2017 23:15:13



CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 18275 - JOSE MILTON NASCIMENTO DE MELO (51 a 6 m 30 d)

Nascimento: 03/10/1965 Natural: POCO BRANCO, BRASIL Sexo: M Cor: PARD/

CNS: CPF: 42926378491 Prof:

Mãe: MARIA BARBOSA DE MELO Pai: JOSE NASCIMENTO DE MELO

Logradouro: VALERIO MESQUITA, 1

CEP: 59280000 Bairro: PE DO GALO

Cidade: MACAÍBA

Telefone: .

Compl:

Motivo: MOTO X ANIMAL

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 02/05/2017 23:11:53

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow
150130		97	1		24	98	36.6	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA:

Queixas: colisão moto / cavalo trauma na região pélvica + escoriações

Hora: _____

Colisão moto + cavalo há 1 hora. Negó traumia em cabeça
ou capuzete. No momento relatado em ombro (D) e em reg.
unilha deixa dor, digo, em escala de história de dor, o
principal motivo é dor.

DIAGNOSTICO:

03/05/14 Hor

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vias aéreas patentes - sem conusalgia
- B Expresso em ar ambiente. com respirações ralas e regular
- C Esternal hemodinâmico normal. Sem sanguinestra
- D Dor gástrica 15
- E Mão direita com dedos em dor. Exame do ombro direito sem
perda de

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome sem sinais de irritação peritoneal - brada.
Peixe estéril com dor a palpacção e exponível de reg.
grinaldado.

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ. Impresso em 02 de Maio de 2017

Medicamento	Antibiotico
Exame	EEG
Procedimento	Tomografia



BOLETO DE ATENDIMENTO N° 10000120...

Admissão: 02/05/2017 23:15:13



CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 18275 - JOSE MILTON NASCIMENTO DE MELO (51 a 6 m 30 d)

Nascimento: 03/10/1965 Natural: POCO BRANCO, BRASIL

CNS: CPF: 42926378491 Prof:

Mãe: MARIA BARBOSA DE MELO

Logradouro: VALERIO MESQUITA, 1

CEP: 59280000

Bairro: PE DO GALO

Cidade: MACAIBA

Telefone:

Compl:

Motivo: MOTO X ANIMAL

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

*Empresa:

Fluxograma

Discriminador:

OBS:

Classificação: 02/05/2017 23:11:53

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
150130		97%			24	88	36.6	15	1

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: colisão moto / cavalo trauma na região pélvica + escoriações

Hora: _____

Colisão moto + cavalo há 1 hora. Nege trauma em cabeça. Usava capacete. No momento relatado há dor em ombro D e um requeirão de urina duraço, digo, em local de história de lesão com dor principal nesse é dureza.

03/05/14 04:45

CURSO DE TECNOLOGIA

ABAMENTO

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vias aéreas pativas sem cardiopatia
- B Expressões em ambiente com capacitação em traía. Ausculta normal
- C Estável hemodinâmico cardíaco. Sem sangramento
- D Glasgow 15
- E Mão direita com dor em dorso. Exame de ombro direito comprometido pelo dor.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome sem sinais de instabilidade peritoneal. Bordo.

Peixe estéril com dor a palpacção e espessura de regiões inguinal bilateral.

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ. Impresso em 02 de Maio de 2017.

Politranstato: 10 E1 50 50



CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: **18275 - JOSE MILTON NASCIMENTO DE MELO** (51 a 6 m 30 d)
Sexo: M Cor: PARDA

Nascimento: 03/10/1965 Natural: POCO BRANCO BRASIL

CPF: 42926378491 Prof:

CNS: CNS: 02/05/2017 23:15:13

Mãe: MARIA BARBOSA DE MELO

Logrado: VALERIO MESQUITA, 1

CEP 59280000 Bairro: PE DO GALO

Telefone:

Motivo: MOTO X ANIMAL

Origem: AMBUL. SAMU RN

Pai: JOSE NASCIMENTO DE MELO

Compl:

Cidade: MACAIBA

Tipo: NÃO REFERENCIADO

*Empresa:

Fluxograma

OBS:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP	Glasgow	RTS
150130		977			24	88	36.6	15	5

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: colisão moto / cavalo trauma na região pélvica + escoriações

Hora _____

Colisão moto + cavalo há 1 hora. Nege trauma em cabeça. Usa capacete. No momento viajava da em onbro (D) e em região da unha direita, digo, em local de história de hérnia, com dor principal morte é dureta.

03/05/14 04:45

CINTIAVOL JACKSON

A C. APPAREL

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vias aéreas patosas - sem envolvimento
- B Espiritros em ar ambiente. Sem crepitacões em tráx. Ausculta normal
- C Estavel hemodinâmico normal. Sem sangramento
- D Glasgow 15
- E Mão direita com lesões em dorso. Exame do onbro direito comprometido pela dr.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome sem sinais de instabilidade peritoneal. Índole leve instável com dor a palpacção e espessura de regiões irregulares.

DATA	03/05/14
HORA	04:45
PROFISSIONAL	JACKSON
ASSINATURA	[Signature]

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)	
A.	
B.	
C.	
D.	
E.	
A (ALERGIAS):	Nejon
M (MEDICAÇÃO EM USO):	
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):	
L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS):	
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):	
V (PASSADO VACINAL):	Atualizado
EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)	
<ul style="list-style-type: none"> - Raio X tórax AP - Raio X mão AP e diâfrago D - Raio X órbita direita AP e perfil - Raio X pelve AP 	
CONDUITA PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	
1) Transt. 100mg - lamp +10m SGO 9% EV, eins	
2) VAT FM RX com sensis de disfunções do SÍNTESE PÚBLICAS RX em OMBRO DIREITO? RX SEM SENSIS DO PRA. TORSO SEM SENSIS DE HOMOLOGO DE PNEUMOTÓXOX	
ARROS COSTAIS APROXIMADAMENTE PACIENTE NA ESTÁTICA, EUPNEICO CPO: ALTO DÍG CAVUS CERVICO À DR. OPERA	
Dr. Heitor Araújo de Andrade CRM/RN 123456 Assinatura e Carimbo do Responsável	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE	
ESPECIALISTA 1:	DR. OPERA
HORA:	00:56
UNIDADE:	
DATA: 05/10/16	
DATA:	

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANEXOS DE ENFERMAGEM

33:30
 Descrição: Paciente no quarto de hospital
 m 04:13 respiração por soro
 colator.

CD: URG Abdome inferior

Vias Urinárias

TC Abdome

Assinatura e Carimbo do Responsável

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1- AVALE A RESPONSIVIDADE DA VITIMA 2- PEÇA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAL) 3- FAÇA UM DESFIBRILADOR (DEA), 3- ABRA VIA AÉREA, 4- AVALE E RESPIRADO VER, COUVER, SENTIR, 5- SE SPINA, 6- AVALE PULSO CAROTÍDEO, OU FENARIAL, IRANUAL EM LACTENTE, 7- SE PULSO, 8- FAÇA UMA COMPRESSÃO TORÁCICA, 100/MIN PROFORÇAO 30-2ATE CHEGADA DO DEA, 9- RITMO CHOCÁVEL APLICAR CHOQUE 360 JPS DEA BIFASICO, E REINICIE RCP, 10- RITMO NÃO CHOCÁVEL REINICIE RCP 150, 11- AVALE O RITMO A CADA 5 CICLOS, 12- FAÇA A VITIMA SE MEGA, 13- COLIQUE A VITIMA SE MEGA, QUANDO O EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADO ASSUMIR QU CASO A VITIMA SE MEGA.

*Caso o espaço destinado para exames seja insuficiente, utilize impressões propostas do hospital. Requisição de exames: fórmula de prescrição e anexe o observatório.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: OZTOPREMS

ANAMNESE

paciente vítima de colisão
moto x carro

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Difusão de sintomas +

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

TC - de Réme + Braços

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Luxação Carla M

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

① Sílicit encaminhamento ao Hospital São Paulo

② Redução de luxação da mão e

Sintese PVBIS.

③ Tela Luva (A2B2R2)

2+1/2

④ Dízima I n/a

7/6/11 Sanitelle

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Ao Hospital São Paulo

6:30 hs.

União:

Pac. vítima d

20242 acidente moto / envolto

com luxação de hombro

máscara + hematomas

conica.

do rosto.

lentamente estabil

Assinatura e Carimbo do Responsável

Msn - Ricardo e Ruthen

col. S. J. T. te com

CLASSIFICAÇÃO DO TCE

(ITLS 2005)*

03 - 08 grave (insuficiência de

intubação, parada cardíaca, parada respiratória, parada circulatória)

* Referência: TEASDALE G., JENNET, B.,

Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

** A escala proposta aplica-se a pacientes conscientes e sedados com idade superior a 3 anos. Na Escala de Glasgow, indica-se no círculo que classifique a intensidade da sedação de acordo com as seguintes adiciones:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Moderada	Fora de Possível
0	1	2	3	4

RIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASSOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Ojos se abrem espontaneamente.	4
Ojos se abrem ao comando verbal (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3)	3
Ojos se abrem por estímulo doloroso	2
Ojos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, onde está, etc, o porquê, a data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (fala arrebatada, mas sem troca conversacional)	3
Gunas ininteligíveis. (Grama com articulações palavras)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas sempre quando lhe é ordenado)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Obelece incompreendendo-lhe	4

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
11-150	= 4
6-120	= 3
0-60	= 2
4-50	= 1
0	= 0
10-299	= 4
>299	= 3
6-99	= 2
1-59	= 1
0	= 0
>999	= 4
76-899	= 3
50-570	= 2
1-499	= 1
00	= 0

* Escala de Trauma Revizada (RTS). Bom Indica na enfermaria para pacientes de trauma fechado.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO:	03/05/17 - VIOLETA		
ANAMNESE	Início de dor abdominal - febre e perda de apetite		
EXAME FÍSICO	Febre alta, urinária. Pressão arterial alta. Dor		
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	VIOLETA - Dor de abdômen		
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	sem resultados		
	LABORATÓRIO		
	Recebe orientação médica		
	OUTROS		
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
		CH: hipertensão arterial VIOLETA Febre 30 dias	
Assinatura e Carimbo do Responsável		Assinatura e Carimbo do Responsável	
DESTINO DO PACIENTE: HRCML		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:		DATA: 03/05/17 HORA: 06:36h	
SAÍDA:		DATA: / / HORA: / /	
Decisão Médica <input checked="" type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/>		Transferido para:	
ÓBITO:		DATA: / / HORA: / /	
Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/>		S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

ESTACAR	DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:		
	INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA: / /		
	SAÍDA:	DATA: / / HORA: / /		
	Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/>	Transferido para:		



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

Nome: José Milton N. de Melo

Nº Registro:

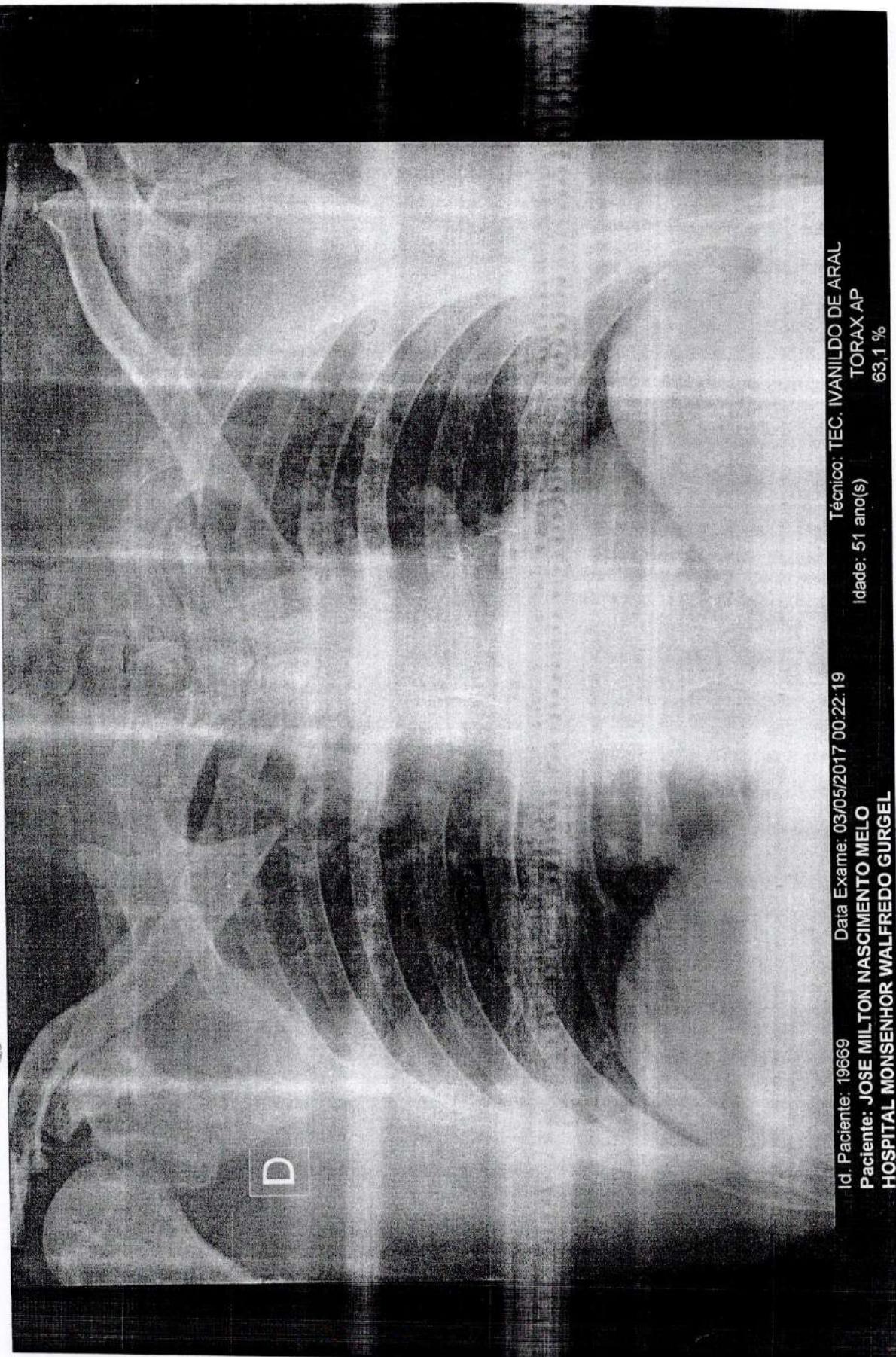
Serviço:

Idade:

LEVO:

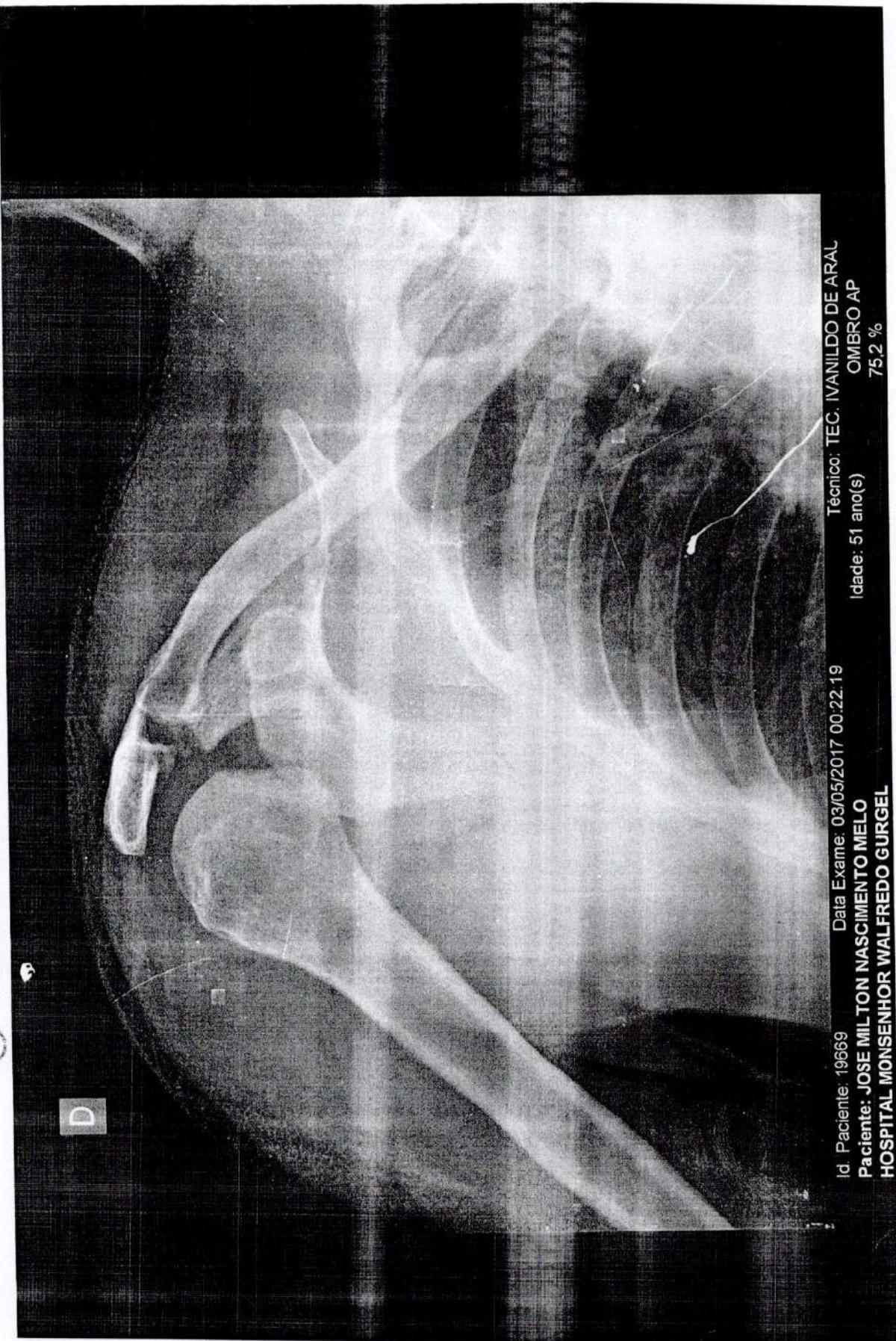
DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
03-5-17 8'50	# Urologia - Boavista <p>Paciente vítima de traumatismo contuso, apresentando deslocamento de nártice púbica + fr. em M.S.D e bimalares a esquerda. Encontra-se sondado c/ Foley nº 18.</p> <p>AO exame:</p> <ul style="list-style-type: none">- E.C.R, expostos c/ O2 ambiente, hipotensão C+(4+)- FC = 100bpm, pulsos de média amplitude- Abdome flácido e indolor, sem sinais de irritação peritoneal. Dor à palpação pubiana. <p>(1) (2) Aguardar exames laboratoriais pt' realizar Uro-TC com contraste</p> <p>(2) Ortopedia definir remoção pt o HRDML após liberação da Uro.</p> <p>(3) IN; trocar acesso.</p>

Dr. Daniel C. A. Medeiros
Urologista
CRM 5208



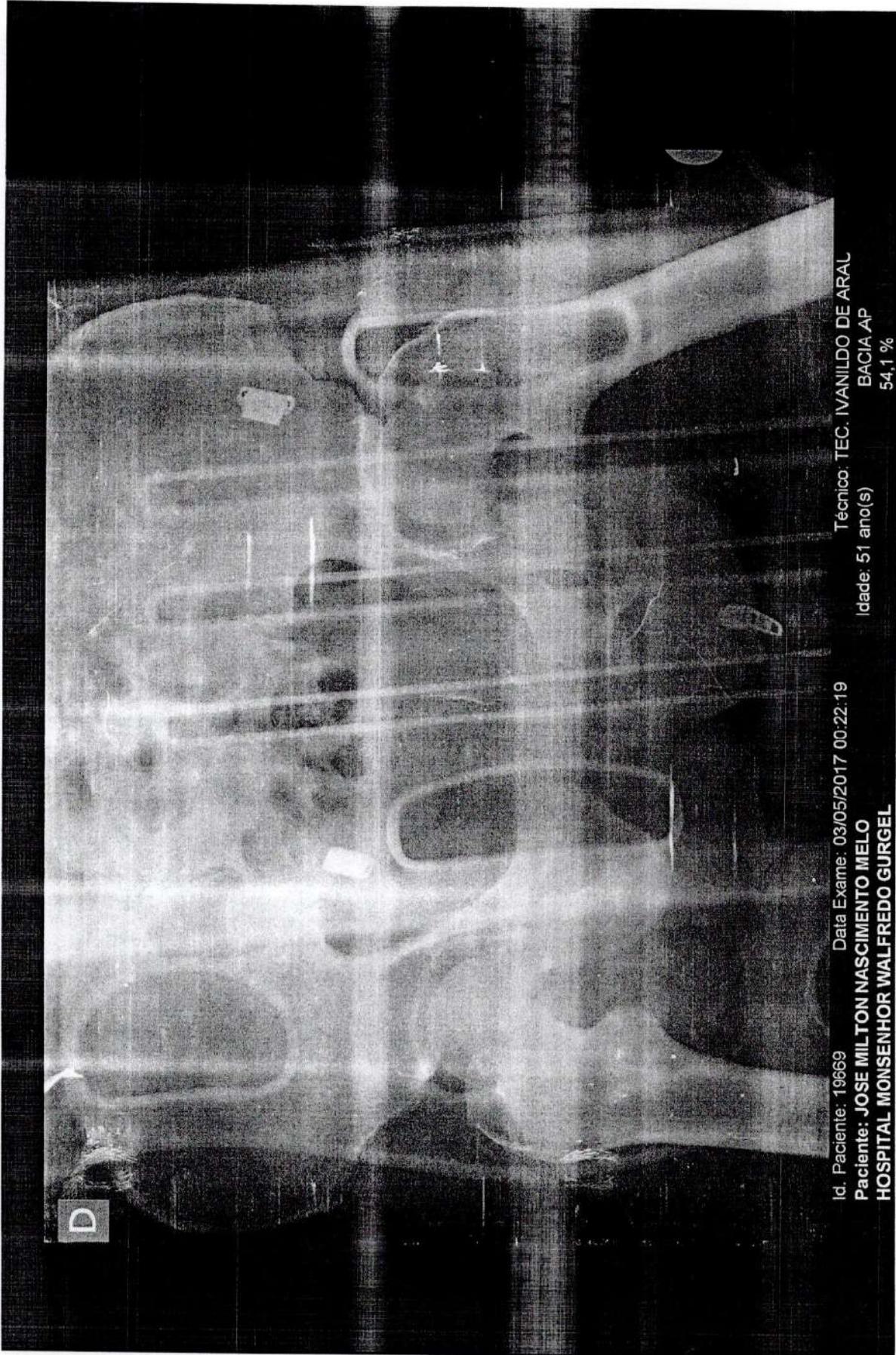
Id. Paciente: 19669 Data Exame: 03/05/2017 00:22:19 Técnico: TEC. IVANILDO DE ARAUJO
Paciente: JOSE MILTON NASCIMENTO MELO Idade: 51 ano(s) TORAX AP
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL 63,1 %

AV. SENADOR SALGADO FILHO, S/N - TIROL - NATAL / RN - CEP.: 59015-380
TEL : (84) 3232-7500 / 3232-7530 - EMAIL: SADT@RN.GOV.BR - SITE: WWW.WALFREDOGURGEL.RN.GOV.BR



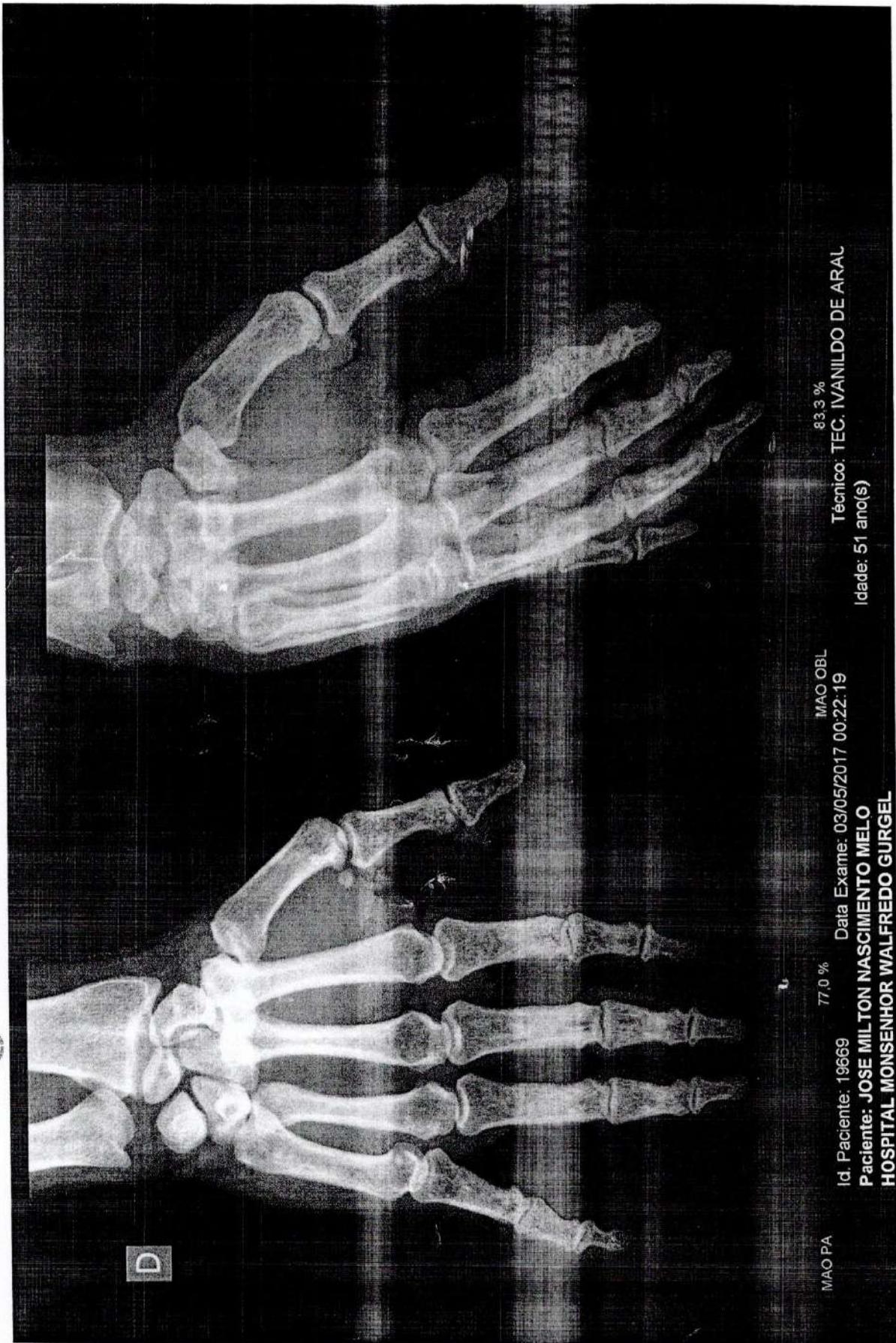
Id. Paciente: 19669 Data Exame: 03/05/2017 00:22:19
Paciente: JOSE MILTON NASCIMENTO MELO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Técnico: TEC. IVANILDO DE ARAUJO
Idade: 51 ano(s)
OMBRO AP
75,2 %

AV. SENADOR SALGADO FILHO, SIN - TIROL - NATAL / RN - CEP.: 59015-380
TEL : (84) 3232-7500 / 3232-7530 - EMAIL: SADT@RN.GOV.BR - SITE: WWW.WALFREDOGURGEL.RN.GOV.BR



Id. Paciente: 19669 Data Exame: 03/05/2017 00:22:19
Paciente: JOSE MILTON NASCIMENTO MELO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Técnico: TEC. IVANILDO DE ARAUJO
Idade: 51 ano(s)
BACIA, AP
54,1 %

AV. SENADOR SALGADO FILHO, S/N - TIROL - NATAL / RN - CEP.: 59015-380
TEL : (84) 3232-7500 / 3232-7530 - EMAIL: SADT@RN.GOV.BR - SITE: WWW.WALFREDOGURGEL.RN.GOV.BR



MAO PA

77,0 %

MAO OBL

83,3 %

Técnico: TEC. IVANILDO DE ARAUJO

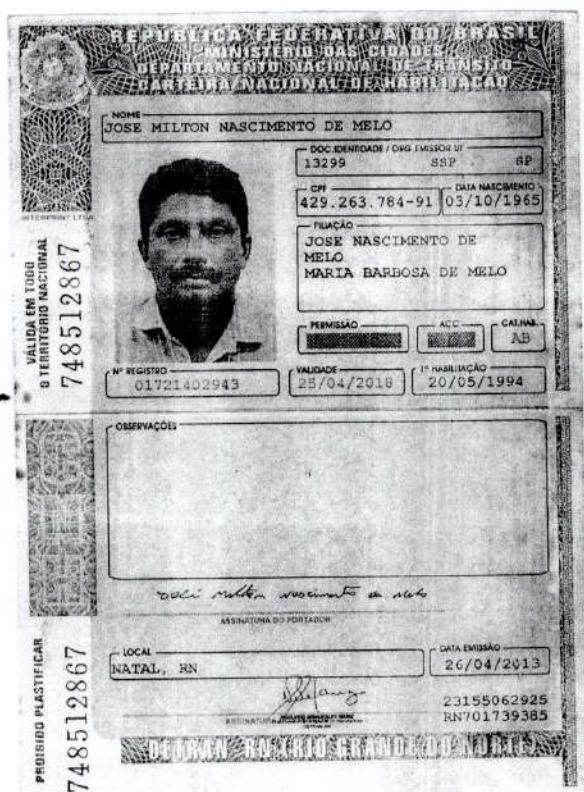
Idade: 51 ano(s)

Id. Paciente: 19669

Paciente: JOSE MILTON NASCIMENTO MELO

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

AV. SENADOR SALGADO FILHO, S/N - TIROL - NATAL / RN - CEP.: 59015-380
TEL : (84) 3232-7500 / 3232-7530 - EMAIL: SADT@RN.GOV.BR - SITE: WWW.WALFREDOGURGEL.RN.GOV.BR



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

cosern
neoenergia

DADOS DO CLIENTE
FELICIDADE TAVARES DE SOUSA

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
000199932	UNICA	07/06/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
07/06/2017	3000637430	404132

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA LEONEL MESQUITA 50
CENTRO URBANA
MACAIBA/RN
59280-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	
0334165019	06/2017	
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA	
14/06/2017	06/07/2017	
TOTAL A PAGAR (R\$)		52,49

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

ITEM	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(FWV) Arestim Bandeira VERMELHA	80.000000	0,58585894	45,28
Multa por atraso-NF 000167888 - 06/04/17 -			2,49
Juros por atraso-NF 000167888 - 06/04/17			1,23
Doação LIGA CONTRA O CANCER - 4008-5578			0,51
Doação SEMINARIO SÃO PEDRO - 3815-2819			1,00
			2,00

TOTAL DA FATURA 52,49

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO E STAMOS FISCAIS

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
E29921	CAT	06/06/2017	12.502,00	12.562,00	30	1,00000		60,00

M&O
Maia | Oliveira

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: José Milton Nascimento de Melo

NACIONALIDADE: brasileiro ESTADO CIVIL: casado

PROFISSÃO: advogado

IDENTIDADE: 13299 CPF: 429.263.784-91

ENDERECO: R. Leonel Alves Guite 50

BAIRRO: centro CIDADE: Mossoró/RN

TELEFONE: 9563-4662 / 9428-0494

OUTORGADOS: ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.925, NÚSIA LEILA FERNANDES DE OLIVEIRA, brasileira, casada, inscrito na OAB/RN sob o nº13.561, LARISSA DE OLIVEIRA MAIA, brasileira, solteira, inscrito na OAB/RN sob o nº nº13.421 com escritório profissional na Rua Edgar Dantas, nº454, "C", Santos Reis, Parnamirim/RN. Email: Oliveiraamaiaadvogados@outlook.com ; bcitamaia@hotmail.com

PODERES: A quem concedo (ermos) amplos, limpos e ilimitados poderes, para em conjunto ou separadamente, no foro em geral, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, propor em quaisquer medidas preliminares preventivas ou asseguratórias dos nossos direitos e interesses, ingressar judicialmente com ação de cobrança do Seguro DPVAT, pedir desistência em caso de não comparecimento em audiência, requerer e receber junto ao CPRE, complemento do BOLETIM ACIDENTE DE TRANSITO, usando, para tantos os poderes da cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA" e mais os especiais para transpor (em) compromissos, fazer acordo, receber (em), dar (em) quitação, representarmos juntos as repartições públicas, Estaduais, Municipais, Federa e autárquicas e sociedades de Economia Mista, praticando todos ao atos de representação e defesa extrajudiciais, perante quaisquer pessoas físicas em geral, e, finalmente, praticar (em) todos ao atos que se tornem mister para o fiel e completo desempenho deste mandato, inclusive interpor (em) total ou parcialmente, com ou sem reservas de poderes, oque tudo darei (ermos) por bom firme e valioso.

CONTRATO: Fica CONTRATADO, desde já, que os devidos honorários advocatícios serão na base de 20% (vinte por cento) sobre o valor bruto a receber (no caso de indenização e outros recebimentos congêneres), os quais, quando for o caso, serão descontados em favor do constituído (art. 22 §4 da Lei 8.906/94), com expedição do respectivo Alvará pelo juiz da ação, constando a soma dos honorários sucumbenciais e os contratuais, tudo em favor do outorgado que o requerer e conforme pacto através do presente instrumento, sendo que, quando houver prestações continuadas (benefícios mensais previdenciários, pensão alimentícia e congêneres), serão pagos, além os honorários sobre atrasados, também sobre os valores recebidos durante os 12 (doze) meses seguintes. Nas ações que não visem qualquer recebimento em espécie, os honorários serão os constantes da tabela da OAB do Estado onde for ajuizada a Ação. Assim, fica configurado CONTRATO DE ADESÃO, formalizado, para qualquer eventualidade futura.

Parnamirim, RN 28 de junho de 2017

José Milton Nascimento de Melo

OUTORGANTE

Rua Edgar Dantas, nº454, "C", Santos Reis, Parnamirim/RN, CEP – 59.076-000.
Email:bcitamaia@hotmail.com