



Número: **0849613-97.2016.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **07/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 0,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EVANIA RODRIGUES BATISTA (AUTOR)		ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
EUCIMAR PEREIRA GUIMARAES (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
8207440	01/11/2016 10:01	bo	Documento de Comprovação
8207577	01/11/2016 10:01	boletim de urgencia	Documento de Comprovação
8207596	01/11/2016 10:01	comprovante	Documento de Comprovação
8207616	01/11/2016 10:01	doc pessoais	Documento de Identificação
8207633	01/11/2016 10:01	procuração	Procuração



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE Ocorrência DE ACIDENTE DE Trânsito
BOAT 90001

1 - LOCAL E DATA

Local AV. BELA PARNANDOLIM Bairro VISTA NOVA
Cidade/UF PARANANDOLIM / RN P. Ref. COLEGIO SISTEMA INFANTIL
Data 21/12/15 Hora do acidente 12:00 Hora do registro 13:00 Dia da semana SEGUNDA FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☒ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi MYE-9788 Cidade PARANANDOLIM UF RN
Marca/Mod. VW / GOL Cor BRANCA Ano 1991 / 1991
Proprietário SEVERINO SOEL DE MELO N° de Ocupantes 02
Conductor JULIANE MAYARA BATISTA Data de Nasc. 23/08/1993
Endereço RUA MIRANDOLINA TEIXEIRA DE ANDRADE N° 650 Fone _____
Bairro TABOADA / BOSQUE DAS COLINAS Cidade SÃO JOSE DE MIPAMBU UF RN
CPF N° 104.643.244-32 CNH N° _____ Validade 1 / 1 Categoria _____
Local de Trabalho AUTONOMA Fone 9929-3341
End. RUA PENEAS DE CAMPO N° 3802 Bairro P. DE AREIA Cidade PARANANDOLIM

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. NOTONETA TRAXX Cor PRETA Ano 2008 / 2008
Proprietário _____ N° de Ocupantes 02
Conductor EVÂNIA RODRIGUES BATISTA Data de Nasc. 27/09/1990
Endereço 4ª TRAVESSA MAR DA GALILEIA N° 93 Fone 9454-1496
Bairro MONTA CASTELO Cidade PARANANDOLIM UF RN
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade 1 / 1 Categoria _____
Local de Trabalho DO LAR Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Conductor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade 1 / 1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Conductor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade 1 / 1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V2 Em que Rua/ Av. Transitava? AV. BELA PARNAMIRIM

Em que sentido? BR 303 X MOTA VERDE

Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor INFORMA QUE TRAFEGAVA NA VIA RETA QUANDO A SUA FLETE TRAFEGAVA UM ONIBUS QUE ENTRAU A DIREITA E DE REPENTE V1 QUE SAIU DA RUA JOKEY CLUB, CHEGANDO A SER COLHIDO POR V2

Assinatura do Condutor do V1* Erwinia Rodriguez Batista

SOBRE V4 Em que Rua/ Av. Transitava? AV. PEKIMENTAL

Em que sentido? BR 304 X JOKEY CLUB

Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor INFORMA QUE TRAFEGAVA NA VIA RETA QUANDO DE REPENTE UM ONIBUS QUE TRAFEGAVA NA AV. BELA PARNAMIRIM ENTRAU A DIREITA NA AV. PEKIMENTAL E DEU VÊZ A V1 PARA REZAR A AV. BELA PARNAMIRIM QUANDO DE REPENTE V2 QUE TRANSITAVA NO MESMO SENTIDO DO ONIBUS COLIDU NA LATERAL DIANTEIRA DE V1.

Assinatura do Condutor do V2* Juliane Mayara Batista 14:25

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V4

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade

- ☐ Amanhecendo
☒ Pleno Dia
☐ Anoitecendo
☐ Noite c/ Iluminação
☐ Noite s/ Iluminação
☐ Iluminação Deficiente

Cond./ Tempo

- ☒ Bom
☐ Nublado
☐ Chuva
☐ Nebulna
☐ Outros

Tipo da Pista

- ☒ Asfalto
☐ Paralelepípedo
☐ Concreto
☐ Cascalho
☐ Terra
☐ Outros

Caract./ Pista

- ☐ Reta
☐ Curva
☐ Aclive Íngreme
☐ Aclive Suave
☐ Declive Íngreme
☐ Declive Suave
☐ Lombada
☒ Cruzamento
☐ Rotatória
☐ Retorno
☐ Entroncamento
☐ Bifurcação

Cond./ Pista

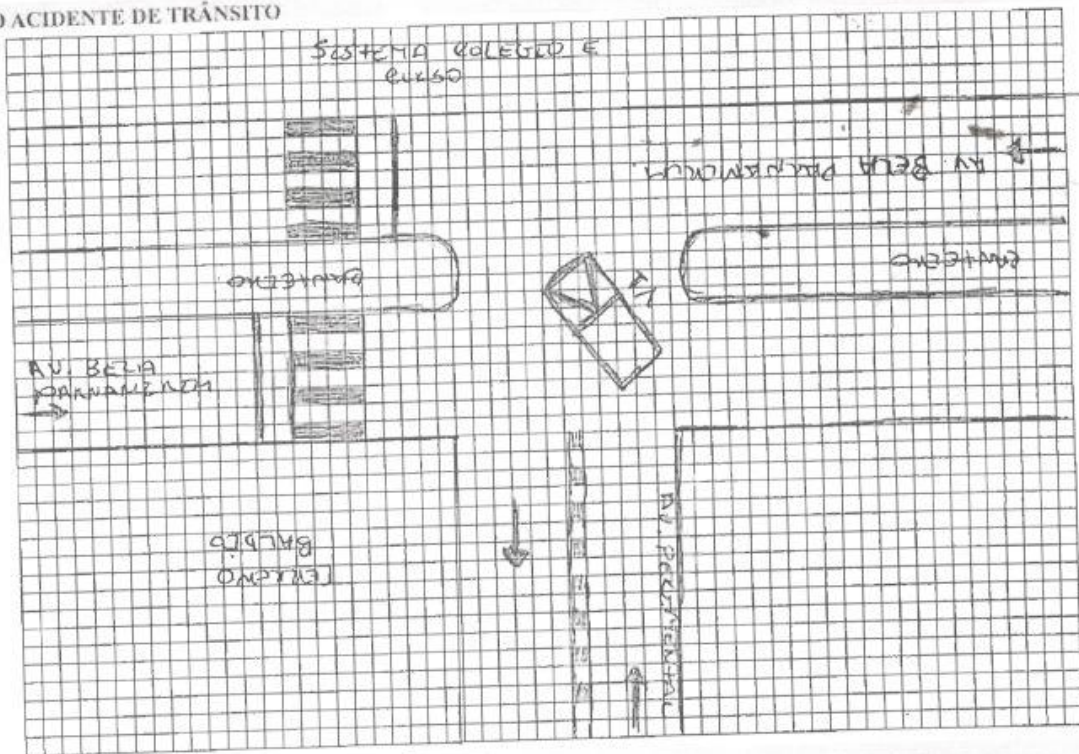
- ☒ Seca
☐ Molhada
☐ Inundada
☐ Poças D'água
☐ Oleosa
☐ Enlameada
☐ Em Obras
☐ Com Buraco
☐ Com Areia

Sinalização

- ☐ Inexistente
☐ Do Agente de Trânsito
☐ Do Semáforo
☒ Faixa de Pedestre
☐ Linha
☐ Placa(s)
☐ Lombada eletrônica
☐ Vel. Máx. Perm. KM/H
☐

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

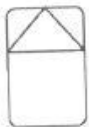
-  ÁRVORE
 VESTÍGIO
 SEMÁFORO
 PEDESTRE
 BICICLETA OU MOTO
 CARRO DE PEQUENO PORTE
 CAMINHÃO OU ÔNIBUS
 CARRETA



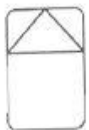
10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

FAROL LADO DIREITO - SINALIZAÇÃO DO LADO DIREITO -



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 2

RETROVISOR LADO DIREITO MANEJA LADO DIREITO.



AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☒ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Nome EVANCA RODRIGUES BATISTA Data de Nascimento 17/09/1990
 RG N° _____ Órgão Expedidor _____ N° _____ Fone _____
 Endereço _____ Cidade _____ UF _____
 Bairro _____
 Versão A MESMA DA CONDUTORA DE V2

Assinatura _____ Hora _____
 12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Nome EDONALVA SEQUEIRA DE SOUZA Data de Nascimento 11/03/1983
 RG N° _____ Órgão Expedidor _____ N° 03 Fone 98813-6884
 Endereço RUA JOÃO FELIPE SEABRA Cidade PARNAMIRIM UF RN
 Bairro VELA NOVA
 Versão INFORMA QUE TRAFEGAVA NA RUA BELA PARNAMIRIM QUANDO A SUA FRENTE VINHA UM ÔNIBUS QUE AO ENTRA A DIREITA LOGO ATRAS V2 QUANDO V3 PULOU DE REPENTE A SUA FRENTE
 Assinatura Edonálva Sequeira de Souza 23 25 Hora _____

13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
 RG N° _____ N° _____ Fone _____
 Endereço _____ Cidade _____ UF _____
 Bairro _____
 Versão _____
 Assinatura _____ Hora _____

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro
 Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
 RG N° _____ N° _____ Fone _____
 Endereço _____ Cidade _____ UF _____
 Bairro _____
 Versão _____
 Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO
 Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
 RG N° _____ Órgão Exp. _____
 Nome _____ N° _____
 Endereço _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO AIT N° _____ CÔD/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO
O CONDUTOR DE V2 RETENOU SUA TRAXX DO LOCAL.
A TRAXX ESTAVA SEM DOCUMENTAÇÃO.
FOI FEITO UM AUTO DE INFRAÇÃO PARA O V1.
Nº A-18 076672 - ART. 501-O

Nome Completo do Agente Guararuto Viana de Melo
 POSTO/GRAD.: 28 PM N° 99111 Viatura 120 Subunid.: 3ª 6PRE
 Local e Data Parnamirim 21 de Dezembro de 2015
 Assinatura do Agente de Trânsito _____



RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLICIAMENTO RODOVIÁRIO ESTADUAL
1º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
SETOR DE TRÁFEGO

Rua Porto de Imbituba, s/n, Conjunto Santa Catarina, Potengi - Natal - Rio Grande do Norte
Fone: (84) 3232-1514 - E-mail: cpresetordetrafegeo@hotmail.com

Natal/RN, 29 de Dezembro de 2015.

BOAT nº: 90001

Data: 21/12/2015

Local: Av. Bela Parnamirim - Vida Nova - Parnamirim/RN

Veículos envolvidos:

(V-1) VW/ GOL CL - MYC 9788

(V-2) TRAXX/

De acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, o condutor de V - 1 deixou de observar o que preceituam os artigos 28, 34 e 309. Já o condutor de V - 2 deixou de observar o que preceitua o artigo 309.

TS
Tony Swamarn Vale Castro Cap. QOPM
Mat. 170.077-4
CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO

Magmory 1º Ten
Mat. 196.114-4

Verificação de autenticidade na internet: <http://www.prn.rn.gov.br> na tela de consulta do boletim.

Número do Boletim: 90001 Número da Ocorrência: 467600 Data Registro: 29/12/2015 Hora Registro: 01:57:12
Número/Controle: RW2RRHXU38

*Somente possuem valor legal os pareceres que estejam assinados pelo chefe do setor ou auxiliar.

maufm



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168
PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 22 CC

MATRÍCULA

DATA

HORA

SERVIDOR RESPONSÁVEL (PSA)

KATIA

21/12/2015

12:53

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE

EVANIA RODRIGUES BATISTA

NACIONALIDADE

BRASILEIRA

ESCOLARIDADE

ENSINO MEDIO

NOME DA MÃE

LUCINEIDE RODRIGUES BATISTA

CPF

DATA DE NASCIMENTO

17/09/1990

ESTADO CIVIL

SOLTEIRA

IDADE

25

PROFISSÃO

DO LAR

NOME DO PAI

RELIGIÃO

CATOLICA

MASCULINO

FEMININO

FEMININO

RACIA/COR

PARDA

TELEFONE

9459 6678

CARTÃO DO SUS

7078022640181216

COMPLEMENTO

ENDEREÇO

RUA 4 TV MAR DA GALILEIA 93

BAIRRO

MONTE CASTELO

MUNICIPIO

PARNAMIRIM

UF

RN

CEP

59150 000

PARENTESCO

ESPOSO

TELEFONE

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

SOCORRIDO PELA SAMU NÃO APRESENTOU INDENT.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FORMA DE ENCAMINHAMENTO

() Regulado () SAMU () Demanda Espontânea

MOTIVO

QUEIXA PRINCIPAL

FLUXOGRAMA

DESCRIMINADOR

DOENÇAS PREEXISTENTES

ALERGIAS

PESO: ALTURA: SSW: FC: FR: T: SO2: PA: GLICEMIA:

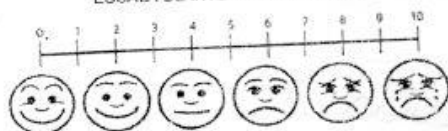
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

COREN

DATA

HORA

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR:



PRIORIDADE

○ AZUL ● VERDE ○ AMARELO ○ LARANJA ○ VERMELHO

ACOLHIMENTO
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- ☐ SALA VERMELHA
- ☐ URGÊNCIA
- ☐ ORTOPEDIA
- ☐ CONSULTA MÉDICA
- ☐ BUCOMAXILO
- ☐ PEQUENA CIRURGIA
- ☐ ACIDENTE DE TRABALHO
- ☐ VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
- ☐ QUEDA
- ☐ OUTROS

Abertura Ocular	Esponânea A voz A dor Nenhuma	4 2 1
Resposta Verbal	Orientada Confusa Palavras inapropriadas Palavras incompreensivas Nenhuma	5 3 2 1
Resposta Motora	Pede comandos Localiza dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Nenhuma	4 3 2 1

HISTÓRIA CLÍNICA

Reata queda de moto e trauma em
MID e ombro Dir.
Nega desmaio ou perda de consciência

EXAME FÍSICO

A, B, C, D do trauma estál.
E f. escariogás em ombro e limitação de
movimento (ombro Dir)
FCC extense (± 10-15cm) em ug. lat. coxé
Direta

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Poli-trauma -

EXAMES COMPLEMENTARES

() LABORATORIAL () RADIOLÓGICO () ECC () TOMOGRAFIA () USG () OUTROS

CONDUTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NIR

() CLÍNICA MÉDICA () CLÍNICA PSIQUIÁTRICA () CLÍNICA ORTOPÉDICA () PEDIATRIA / NEO
() CLÍNICA OBSTÉTRICA () CLÍNICA GERAL () UTI () OUTROS

DIAGNÓSTICO

CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

ABERTURA DE HORÁRIO / CHECAGEM

Rx's transe

Rx's s/ alterações

cd: Sutura de FCC sob anestesia local após intensa limpeza (antisepsia + anestesia). Curativo. Alto c/ antb + analgésico e orientação

Dr. Vandine Mello
Pediatra
CRM 100.000

Dr. Itamar Olimpio de Vasconcelos Maia
CRM 100.000
0750794

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DESTINO DO PACIENTE

() ALTA

() ÓBITO

() EVASÃO

() SOLICITADO INTERNAMENTO
NO SERVIÇO DE:

[] SVO [] ITEP [] DECLARAÇÃO

MEDICO (assinatura e carimbo)

Chefe do Plantão (assinatura e carimbo)



HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

Nome: <u>Elvânia Rodrigues Batista</u>		Idade: <u>25</u> D/N: <u>21</u> / <u>12</u> / <u>15</u>	
Pront.: <u>Bol 22</u> Município: <u>Rio de Janeiro</u>		Procedência: () Interno (X) Externo	
Data da cirurgia: <u>21/12/15</u> Hora Admissão: Bloco: _____ Sala: _____		Hora Saída: _____ Peso: _____	
Alergias: (X) Não () Sim		Comorbidades: () HAS () DM () Outras _____	
Uso de medicações: (X) Não () Sim		Jejum: () Não () Sim	
SSVV Admissão: PA: _____ mmHg Pulso: _____ bpm FI: _____ rpm FC: _____ bpm SpO ₂ : _____ % T: _____ °C			
Enfermeiro(a): <u>Ludione</u>		Instrumentado (a): _____ Circulante: <u>Sara + Ironi</u>	
Cirurgia: <u>Sutura</u>		Especialidade: <u>C. Geral</u> Sala: <u>01</u>	
Hora Início: <u>16:00</u> Hora Término: <u>17:00</u> Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa (X) Contaminada () Infectada		1º Cirurgião: <u>M. Condice</u> Aux.: _____ Residente: _____	
Anestesia: (X) Local () Sedação () Geral TOT: _____ () Bloqueio () Raquidiana Ag.nº _____ () Peridural () c/cateter () s/cateter		Ag.nº _____ Cateter nº: _____ Início: _____ Garrote: () Smarch () Pneumático Início: _____ Término: _____	
Anestesiologista: _____			

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

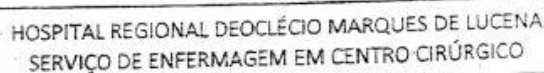
SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	—	76	76	Bpm
Pulso	—	76	76	Bpm
Oximetria	—	94	93	%
Capnografia	—	—	—	%
PA	—	—	—	mmHg

ACESSO VENOSO	POSICÃO	COXIM	MMSS
<input type="checkbox"/> Punção Arterial	<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica	<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Central	<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Fletidos
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa	<input type="checkbox"/> Litotômica	<input type="checkbox"/> Lombar	MMII
	<input type="checkbox"/> Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
	<input type="checkbox"/> Canivete		<input type="checkbox"/> Abduzidos
	<input type="checkbox"/> Proclive		<input type="checkbox"/> Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA
() Sim (X) Não () Metal () Descartável	(X) Sim () Não	() Sim (X) Não
Local: _____	Local: <u>MEI D</u>	Solução: <u>cloridina</u> Local: _____

SONDAGEM GÁSTRICA	IMPLANTE CIRÚRGICO
<input type="checkbox"/> SNG nº _____	Drenos: _____
Retorno: _____	Tela: _____
CATERISMO VESICAL	Cateter: _____
<input type="checkbox"/> SVF nº _____ <input type="checkbox"/> SVA nº _____	Ostomia: _____
Diurese: _____	Fio de KC: _____ Parafuso – tipo: _____
Profissional responsável: _____	Placa – Tipo: _____
	Outros: _____

EXAMES SOLICITADOS:	ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
() Hemograma	Caixa cirúrgica: <u>2. curativo</u> Quant. Material: <u>06</u>
() Coagulograma	Val.: <u>24/12/15</u> Contagem de gaze e compressa: (X) Não () Sim
() Tipagem Sanguínea	
() Radioscopia (Raio X)	
() Gasometria	
() Outros	
() Glicosimetria:	



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Evânia Rodrigues Batista Idade: 25 D/N: 21/12/15
Pront.: Bd 22 Município: Rio de Janeiro Procedência: () Interno (X) Externo
Data da cirurgia: 21/12/15 Hora Admissão: Bloco: _____ Sala: _____ Hora Saída: _____ Peso: _____
Alergias: (X) Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras _____
Uso de medicações: (X) Não () Sim Jejum: () Não () Sim
SSVV Admissão: PA: _____ mmHg Pulso: _____ bpm FI: _____ rpm FC: _____ bpm SpO₂: _____ % T: _____ °C
Enfermeiro(a): Ludiane Instrumentado (a): _____ Circulante: Sara + Ironi

Cirurgia: Sutura Especialidade: C. Geral Sala: 01
Hora Início: 16:00 Hora Término: 17:00 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa (X) Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: M. Vondice Aux.: _____ Residente: _____

Anestesia: (X) Local () Sedação () Geral TOT: _____ () Bloqueio () Raquidiana Ag.nº _____ () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag.nº _____ Cateter nº: _____ Início: _____ Garrote: () Smarch () Pneumático Início: _____ Término: _____
Anestesiológica: _____

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
(X) Consciente	(X) Normocorada		(X) Jelco	(X) ECG
Letárgico	Hipocorada	Normotenso	Acesso V. Central	(X) Oximetria
Coma	Cianótica	Hipotensão	Cat. Diálise	Capnógrafo
(X) Orientado	Ictérica	Hipertensão	Fístula	PA
Desorientado	Desidratada	(X) Normocárdico	Arteriovenosa	Estimul. Nervo
Sedado	Íntegra	Bradicardia	SNG	Diprifusor
(X) Ansioso	(X) C/lesões	Taquicardia	SVD	BIC
Deambula	Sudorese	(X) Choque	Colostomia	Desfibrilador
t/dificuldade	Cicatriz cirúrgica	(X) Normoesfígmico	Cistostomia	
Acamado	(X) Higiene Satisfatória	Eupnéia	Dreno:	
Paraplégico	Higiene deficiente	Dispneia	Aparelho gessado	
Tetraplégico	Manchas	Dispositivo O ₂	Tração	
Amputações	S/Tricotomia		Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	-	76	76	Bpm
Pulso	-	76	76	Bpm
Oximetria	-	94	93	%
Capnografia	-	-	-	%
PA	-	-	-	mmHg

ACESSO VENOSO
Punção Arterial
(X) Punção Venosa Periférica
Punção Venosa Central
Dissecção venosa
Local: <u>MSE</u>
Cateter: <u>20</u>

SONDAGEM GÁSTRICA
SNG nº
Retorno:

CATERETERISMO VESICAL
SVF nº
SVA nº
Diurese:
Profissional responsável:

EXAMES SOLICITADOS:	
() Hemograma	() Gasometria
() Coagulograma	() Outros
() Tipagem Sanguínea	() Glicosimetria:
() Radioscopia (Raio X)	

POSICÃO	COXIM	MMSS
(X) Dorsal	Cabeça	(X) Anatômicos
Ventral	Pescoço	Abduzidos
Lateral	Tórax	Fletidos
Litotômica	Lombar	MMII
Trendlemburg		(X) Anatômicos
Canivete		Abduzidos
Proclive		Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
() Sim (X) Não () Metal () Descartável	
Local:	
DERMAÇÃO	TRICOTOMIA
(X) Sim () Não	() Sim (X) Não
Local: <u>MED</u>	Solução: <u>clonidine</u> Local: _____

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos:
Tela:
Cateter:
Ostomia:
Fio de KC:
Placa - Tipo:
Outros:


ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>P. Curioso</u> Quant. Material: <u>06</u>
Val.: <u>24/12/15</u> Contagem de gaze e compressa: (X) Não () Sim



PEDIDO DE EXAME

951

Urgem Re

Nome:	Evario Rodrigues Botelho			Matrícula:	
Idade:	25	Ambulatório:		UTI:	
Sexo:		SAU:		CC:	
NATUREZA DO EXAME	Rx } col. cervical A P e P + prox pele vertebrae Din				
INDICAÇÃO CLÍNICA	Coxa Din A P e P				
Requisitante:					
CRM:	Data: 21/12/15				

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: ITAMAR OLÍMPIO DE VASCONCELOS MAIA

SINISTRO 3160198042 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EVANIA RODRIGUES BATISTA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARUANA SEGUROS S/A

BENEFICIÁRIO EVANIA RODRIGUES BATISTA

CPF/CNPJ: 10383270405

Posição em 05-10-2016 21:15:47

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
14/07/2016	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 08.324.385/0001-35 INSC. Estadual: 20055.426-3
Admin. Central: (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO

0800-0840195
84-3641-3183

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 04/11/2015 ÀS 08:34:31

MATRÍCULA: 8304238

MES / ANO

DADOS DO CLIENTE

TERESA CRISTINA ANTUNES SOUZA
TRV 4 MAR DA GALILEIA, N 93 MONTE CASTELO PARNAMIRIM RN

INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ. ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS		
50140-0001			RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL
503-003-584 (2015-2016)	7	7/20			PÚBLICO
HIDROMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO		
SEN MEDIDOR	LIGADO		POTENCIAL		

CONSUMO ÁGUA (H3): 10

DATA LEITURA:
LEIT. ATUAL:
LEIT. ANT.:
DIAS CONSUMO:

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
10/2015	10	08/2015	10	06/2015	10	10
09/2015	10	07/2015	10	05/2015	10	

DESCRIÇÃO

	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
ANTIGO RESIDENCIAL 1.1 UNIDADE(S)	10 H3	30,96
CONSUMO DE ÁGUA		0,62
MULTA P/ IMPONTUALIDADE PARCELA 01/01		
FATURAS EM ATRASO		
REF 201509	34,19	
REF 201510	31,94	

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Evânia Rodrigues Batista

NACIONALIDADE: brasileira ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO:

IDENTIDADE: 2910923

CPE: 103.832.704-05

ENDEREÇO: TRV 4 Mar de Galileia 93

BAIRRO: Monte Castelo CIDADE: Parnamirim ESTADO: RN

TELEFONES: 9454-3496 / 2020-7635

OUTORGADOR: ITAMAR OLÍMPIO DE VASCONCELOS MAIA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob O Nº 11.925, LARISSA DE OLIVEIRA MAIA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB sob O Nº 13.421 E NÚSIA LEILA FERNANDES DE OLIVEIRA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB sob o nº 13.561/RN, todos com escritório profissional na Rua Edgar Dantas, nº 454, "C", Santos Reis, Parnamirim/RN.

PODERES: A quem confere amplos, limpos, especiais e ilimitados poderes, para em conjunto ou separadamente, no foro em geral, perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, propor quaisquer medidas preliminares preventivas ou assecuratórias dos nossos direitos e interesses, usando, para tanto, os poderes da cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA", para requerer judicialmente SEGURO DPVAT, podendo transpor(em) compromissos, fazer acordo, receber (em), dar (em) quitação, representar junto à SEGURADORA LIDER DE SEGUROS, e perante as repartições Públicas, Estaduais, Municipais, Federais, Autarquias e sociedades de Economia Mista, Hospitais, etc 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 ou parcialmente, com ou sem reservas de poderes, o que tudo darei (ermos) por firme e valioso.

Parnamirim, ____/____/____

x Evânia Rodrigues Batista

OUTORGANTE