



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)
PORTE SEGURU S/A (RÉU)	
EUCIMAR PEREIRA GUIMARAES (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
82074 40	01/11/2016 10:01	<u>bo</u>	Documento de Comprovação
82075 77	01/11/2016 10:01	<u>boletim de urgencia</u>	Documento de Comprovação
82075 96	01/11/2016 10:01	<u>comprovante</u>	Documento de Comprovação
82076 16	01/11/2016 10:01	<u>doc pessoais</u>	Documento de Identificação
82076 33	01/11/2016 10:01	<u>procuração</u>	Procuração



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
B O A T 90001

1 - LOCAL E DATA

Local AV. BELA PARNAMBIJU Bairro VILA NOVA
Cidade/UF PAUINHO/CE 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
 - Colisão Posterior - Colisão Transversal - Choque - Atropelamento
 - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi MYE-9788 Cidade PARNAMBIJU UF RN
Marca/Mod. VW/GOL Cor BRANCA Ano 1993/1993
Proprietário SEU ELINO SOEL DE MELO Nº de Ocupantes 02
Condutor JULIANE MAYARA BATISTA Data de Nasc. 23/08/1993
Endereço RUA MIRANDOLINA TEIXEIRA DE ANDRADE Nº 650 Fone _____
Bairro PARCOSA/BOSQUE DAS RODINAS Cidade SAO JOSE DE MIPIMBU UF RN
CPF Nº 104.673.244-32 CNH Nº _____ Validade 1/1 Categoria _____
Local de Trabalho AUTONÔMIA Fone 9929-3341
End. RUA PECES DE CAMPO Nº 3802 Bairro P. DE AREIA Cidade PARNAMBIJU

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi NOTONE TA TRAXX Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. NOTONE TA TRAXX Cor PIRETA Ano 2008/2008
Proprietário _____ Nº de Ocupantes 02
Condutor EVANDA RODRIGUES BASTIA Data de Nasc. 17/09/1990
Endereço 49 TRAVESSA MARIA DA GALLERA Nº 93 Fone 9454-1496
Bairro MONTE CASTELO Cidade PARNAMBIJU UF RN
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade 1/1 Categoria _____
Local de Trabalho DO LAR Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. 1/1
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade 1/1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano 1/1
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. 1/1
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade 1/1 Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 Em que Rua/ Av. Transitava? AU. BELA PARNAMOLIM
Em que sentido? BR 302 X MORTA VERDE Em que faixa? DIREITA
Versão do condutor INFORMA QUE TRAFEGAVA NA VIA ESTADA QUANDO A SUA
FLECHEIRA TRAFEGAVA UM ÔNIBUS QUE ENTROU A DIREITA E DESESPERADAMENTE
V1 DEU SAIR DA RUA JOKEY CLUB, PERMEXENDO A SER POLHADO POR
V2

Assinatura do Condutor do V1 Fernanda Rodrigues Batista

SOBRE V1 Em que Rua/ Av. Transitava? AU. PEKIMENTAL
Em que sentido? BR 304 X JOKEY CLUB. Em que faixa? DIREITA
Versão do condutor INFORMA QUE TRAFEGAVA NA VIA ESTADA, QUANDO DESESPERADAMENTE
UM ÔNIBUS QUE TRAFEGAVA NA AU. BELA PARNAMOLIM DEU ENTRAR A
DIREITA NA AU. PEKIMENTAL E DEU VEZ A V1 PRAIA REUZAL A AU.
BELA PARNAMOLIM QUANDO DESESPERADAMENTE V2 QUE TRANSITAVA NO MESMO
SENIDO DO ÔNIBUS COLIDIU NA LATERAL DIANTEIRA DE V1.

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

SOBRE V3 Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V4

2001

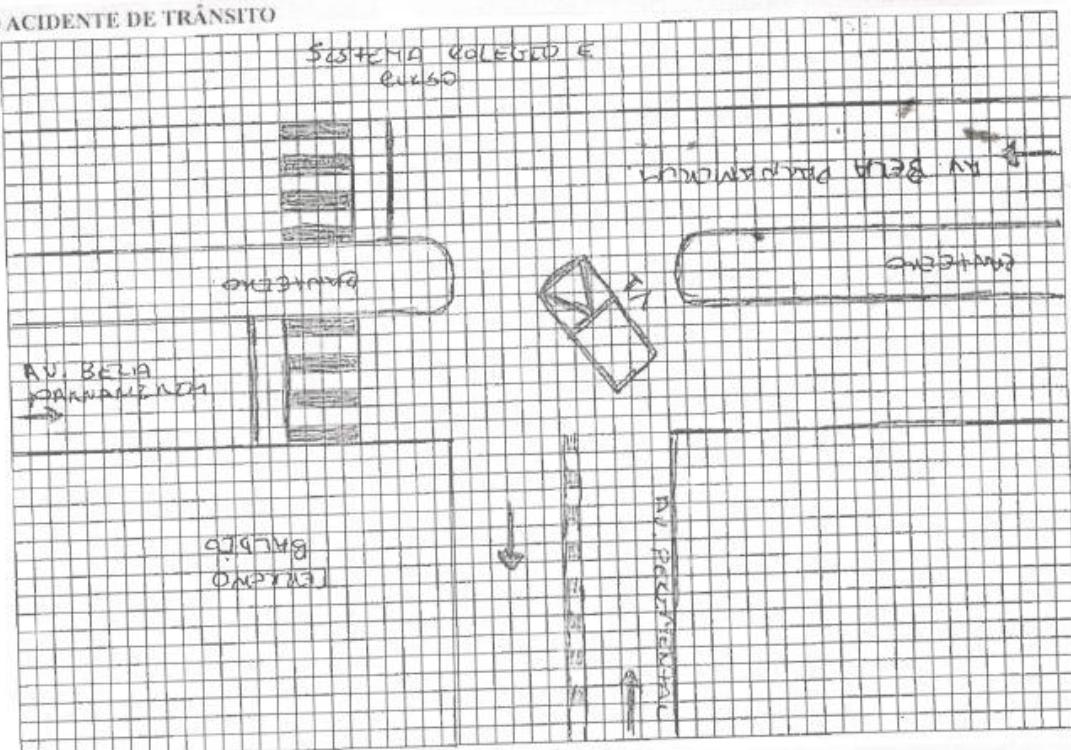
8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond. / Tempo	Tipo da Pista	Caract. / Pista
<input type="checkbox"/> Amanhecedo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Aclive Íngreme
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclive Suave
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Declive Suave

Cond. / Pista	Sinalização
<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input checked="" type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s) _____
<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. KM/H
<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

- ÁRVORE
- VESTÍGIOS
- SEMÁFORO
- PEDESTRE
- BICICLETA OU MOTO
- CARRO DE PEQUENO PORTO
- CAMINHÃO OU ÔNIBUS
- CARRETA



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

FAROL LADO DIREITO - SINAL DE LÂMPADA
DO LADO DIREITO -



AVARIAS DO VEÍCULO 3

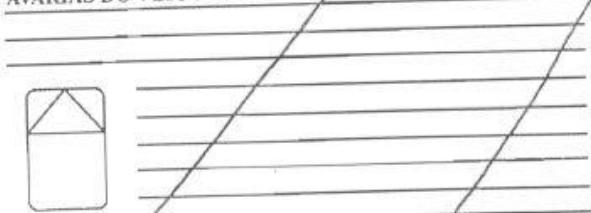


AVARIAS DO VEÍCULO 2

REFLETOR LADO DIREITO
MANETA LADO DIREITO.



AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Nome: EVANCA RODRIGUES BATISTA Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento: 17/10/1990
 RG Nº: _____ N° _____ Fone: _____
 Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Bairro: _____ Versão: A MESMA DA CONDUZIDA DE V2

Assinatura _____ Hora: _____

12 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: DEOLÉSIO MARQUES
 Presenciou: Testemunha Fato Registro

Nome: EDONALVA SICILÉLIO DE SOUZA Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento: 31/10/1983
 RG Nº: _____ N° 03 Fone: 98813-6884
 Endereço: RUA JOÃO FELIPE SEARCA Cidade: PARNAMirim UF: PI
 Bairro: VELA NOVA Versão: INFORMA QUE TRABALHAVA NA RUA BELA PARNAMirim QUANDO A
 SUA FRENTE VINDA UM ONIBUS QUE AO ENTRAR A DISCUTIA LOGO ATRAZ
 V2 QUANDO V1 ERUZOU DE REPENTE A SUA FRENTE

Assinatura: Edonalva Sicilélio de Souza 23/25 Hora: _____

13 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Presenciou: Testemunha Fato Registro

Nome: _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento: _____
 RG Nº: _____ N° _____ Fone: _____
 Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Bairro: _____ Versão: _____

Assinatura _____ Hora: _____

14 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Presenciou: Testemunha Fato Registro

Nome: _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento: _____
 RG Nº: _____ N° _____ Fone: _____
 Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Bairro: _____ Versão: _____

Assinatura _____ Hora: _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa: _____ Cidade: _____ UF: _____ Marca/Modelo: _____
 Nome: _____ RG Nº: _____ Órgão Exp. _____ N°: _____
 Endereço: _____ Cidade: _____ Fone: _____
 Bairro: _____

16 - IMAGENS / FOTOS SIM NÃO AUTUAÇÃO SIM NÃO ATNº: _____ CÓD/DESD: _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO
O CONDUTOR DE V2 RETINOU SUA TRAXX DO LOCAL.
A TRAXX ESTAVA SEM DOCUMENTAÇÃO.
FOT FERRO UM AUTO DE INFRAÇÃO PARA O V1.
Nº A-18 076672 - ART. 501-0

Nome Completo do Agente: Brunaldo Marci de Melo
 POSTO/GRAD.: EB PM Nº: 99111 Viatura: 110 Subunid.: 3º GPRE
 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: cpresetordetrafego@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 preceitua os artigos 28, 34 e 309. Já o condutor de V - 2 deixou de observar o que preceitua o artigo 309.

76
Tony Swamarn Vale Castro Cap. QOPM
Mat. 170.077-4
CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO

Magnos 1º Ten
Mat. 196.114-4

Verificação de autenticidade na internet: <http://www.pm.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

raufra

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



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA N° 22 CC

MATRÍCULA

DATA
21/12/2015

HORA
12:53

SERVIDOR RESPONSÁVEL (PSA)

KATIA

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE

EVANIA RODRIGUES BATISTA

NACIONALIDADE

BRASILEIRA

ESCOLARIDADE

ENSINO MÉDIO

NOME DA MÃE

LUCINEIDE RODRIGUES BATISTA

CPF

DATA DE NASCIMENTO

17/09/1990

IDADE

25

PROFISSÃO

DO LAR

NOME DO PAI

CARTÃO DO SUS

7078022640181216
COMPLEMENTO

MASCULINO

FEMININO

RACIA/COR

PARDA

TELEFONE

9459 6678

NASCIDO DE EPID.

NHUE/HR

INVESTIGADO

ENDEREÇO

RUA 4 TV MAR DA GALILEIA 93

BAIRRO

MONTE CASTELO

MUNICÍPIO

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: _____ SSV: _____ FC: _____ FR: _____ T: _____ SO2: _____ PA: _____ GLICEMIA: _____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

COREN

DATA

HORA



PRIORIDADE
○ AZUL ○ VERDE ○ AMARELO ○ LARANJA ○ VERMELHO

HISTÓRIA CLÍNICA

Reute queixa de dor no tronco em MIO e ombro Dir.
nega desmaio ou perde de consciência

Horizonte 05/07/2014

A,B,C,D do tronco s/dif.
E desmaio em ombro s/ limitação de movimento (ombro Dir)
FCC extensa ($\pm 10-15$ cm) em reg. lat. direita

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Polifonia -

EXAMES COMPLEMENTARES

LABORATORIAL RADIOLÓGICO ECG TOMOGRAFIA USG OUTROS

CONDUTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NIR

<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CLÍNICA PSQUIÁTRICA	<input type="checkbox"/> CLÍNICA ORTOPÉDICA	<input type="checkbox"/> PEDIATRIA / NEO
<input type="checkbox"/> CLÍNICA OBSTÉTRICA	<input type="checkbox"/> CLÍNICA GERAL	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> OUTROS

DIAGNÓSTICO

CONDUTA / PRESCRIÇÃO MEDICA

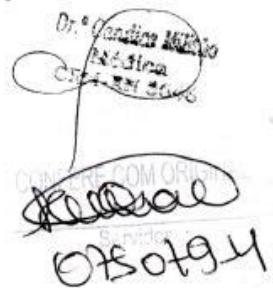
ABERTURA DE HORARIO / CHECAGEM

Rx's + transe



Rx's + alterações

cd: Sutura de FCC sob anestesia
local após intenso limpeza
(antissepsia + asepsia). Curativo
Alto c/antib + analgésico
e orientações



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> ALTA	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> EVASÃO	<input type="checkbox"/> SOLICITADO INTERNAMENTO NO SERVIÇO DE:
<input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> ITEP <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO			

MÉDICO (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: Elânia Rodrigues Batista Idade: 25 D/N: 21/12/15
 Pront.: BD 22 Município: Ribeirão Preto Procedência: () Interno () Externo
 Data da cirurgia: 21/12/15 Hora Admissão: Bloco: _____ Sala: _____ Hora Saída: _____ Peso: _____
 Alergias: () Não () Sim _____ Comorbidades: () H/S () DM () Outras _____
 Uso de medicações: () Não () Sim _____ Jejum: () Não () Sim _____
 SSVV Admissão: PA: _____ mmHg Pulso: _____ bpm PI: _____ rpm FC: _____ bpm SpO₂: _____ % T: _____ °C

Enfermeiro(a): Edilene Instrumentado (a): _____ Circulante: Sara + Ioni

Cirurgia: Sutura Especialidade: C Geral Sala: OL
 Hora Início: 16:00 Hora Término: 17:00 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
 1º Cirurgião: DR. Lendice 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: _____

NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	Consciente	<input checked="" type="checkbox"/>	Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/>	ECG
	Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/>	Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/>	Oximetria
<input checked="" type="checkbox"/>	Coma	<input checked="" type="checkbox"/>	Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/>	Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/>	Orientado	<input checked="" type="checkbox"/>	Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/>	PA
	Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/>	Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/>	Estimul. Nervo
	Sedado	<input checked="" type="checkbox"/>	Integra	<input checked="" type="checkbox"/>	Diprifusor
<input checked="" type="checkbox"/>	Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/>	C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/>	BIC
<input checked="" type="checkbox"/>	Deambula	<input checked="" type="checkbox"/>	Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/>	Desfibrilador
	t/dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/>	Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Acamado	<input checked="" type="checkbox"/>	Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/>	Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/>	Manchas	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Amputações	<input checked="" type="checkbox"/>	S/Tricotomia	<input checked="" type="checkbox"/>	

SINAIS VITAIS	Inicio	Meio	Fim	Unid.
FC	—	76	76	Bpm
Pulso	—	76	76	Bpm
Oximetria	—	94	95	%
Capnografia	—	—	—	%
PA	—	—	—	mmHg

ACESSO VENOSO				
	Punção Arterial			
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Venosa Periférica			
	Punção Venosa Central			
	Dissecção venosa			

Local: M 3 E

Cateter: 20

SONDAGEM GÁSTRICA

SNG nº _____

Retorno: _____

CATETERISMO VESICAL

SVF nº _____ SVA nº _____

Diurese: _____

Profissional responsável: _____

EXAMES SOLICITADOS:

() Hemograma	() Gasometria
() Coagulograma	() Outros
() Tipagem Sanguínea	() Glicosimetria
() Radioscopia (Raio X)	_____

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

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
() Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	() Metal
() Descartável		
Local:		

DEGERMAÇÃO TRICOTOMIA

Sim () Não () Sim Não

Local: MID Solução: lotion betadine Local: _____

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

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

Caixa cirúrgica: 2. Cirúrgio Quant. Material: 06
 Val.: 24/12/15 Contagem de gaze e compressa: Não () Sim



Evolução de Enfermagem – Centro Cirúrgico

Nome: <u>Evânia Rodrigues Batista</u>		Idade: <u>25</u>	D/N: <u>21/12/15</u>
Pront.: <u>Bol 22</u>	Município: <u>Renanópolis</u>	Procedência: <input type="checkbox"/> Interno <input checked="" type="checkbox"/> Externo	
Data da cirurgia: <u>21/12/15</u>	Hora Admissão: Bloco: _____	Sala: _____	Hora Saída: _____
Alergias: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Comorbidades: <input type="checkbox"/> H/S <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Outras _____		
Uso de medicações: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Jejum: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
SSVV Admissão: PA: _____ mmHg	Pulso: _____ bpm	Fl: _____ rpm	FC: _____ bpm
SpO ₂ : _____	% T: _____ °C		
Enfermeiro(a): <u>Ludiane</u>	Instrumentado (a): _____	Circulante: <u>Sara + Ioni</u>	

Cirurgia: <u>Sutura</u>	Especialidade: <u>C Geral</u>	Sala: <u>01</u>	
Hora Início: <u>16:00</u>	Hora Término: <u>17:40</u>	Tipo de cirurgia: <input type="checkbox"/> Eletiva <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Limpa <input checked="" type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/> Infectada	
1º Cirurgião: <u>DR. Condice</u>	Aux.: _____	Residente: _____	
Anestesia: <input checked="" type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Geral TOT: _____	<input type="checkbox"/> Bloqueio <input type="checkbox"/> Raquidiana Ag. nº _____	<input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Cateter (s) / cateter	
Ag. nº _____	Cateter nº: _____	Início: _____ Garrote: <input type="checkbox"/> Smarch <input type="checkbox"/> Pneumático	Término: _____
Anestesiologista: _____			

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

SINAIS VITAIS	Inicio	Meio	Fim	Unid.
FC	—	76	76	Bpm
Pulso	—	76	76	Bpm
Oximetria	—	94	95	%
Capnografia	—	—	—	%
PA	—	—	—	mmHg

ACESSO VENOSO				
Punção Arterial				
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Venosa Periférica			
Punção Venosa Central				
Dissecção venosa				
Local:	<u>MSE</u>			
Cateter:	<u>20</u>			

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
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
Ventral	PESCOÇO	Abduzidos
Lateral	TÓRAX	Fletidos
<input checked="" type="checkbox"/> Litotômica	Lombar	MMII
Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
Canivete		Abduzidos
Proclive		Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Descartável
Local: _____		
DEGERMAÇÃO		
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	TRICOTOMIA <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Local: <u>MID</u> Solução: <u>stomaclor</u> Local: _____		

IMPLANTE CIRÚRGICO		
Drenos:	<i>stomaclor</i>	
Tela:	<i>stomaclor</i>	
Cateter:	<i>stomaclor</i>	
Ostomia:	<i>stomaclor</i>	
Fio de KC:	Parafuso - tipo: <i>stomaclor</i>	
Placa - Tipo:	<i>stomaclor</i>	
Outros:	<i>stomaclor</i>	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO		
Caixa cirúrgica: <u>2</u>	Quant. Material: <u>06</u>	
Val.: <u>24/12/15</u>	Contagem de gaze e compressa: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	



951
Urgente
PEDIDO DE EXAME

Nome: Evaristo Rodrigues Botelho Matriúla: _____
Idade: 35 Ambulatório: _____ UTL: _____ Enfermaria: _____
Sexo: _____ SAU: _____ CC: _____ Leito: _____

NATUREZA DO EXAME Rx) caso convicso a p e p
 | tonox
 | prova
 | ombro dir
INDICAÇÃO CLÍNICA | caso dir apte p

Requisitante: CRM: 2443
CRM: ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA

Data: 24/12/15

*Requerente
ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA*

Seguradora Líder-DPVAT x

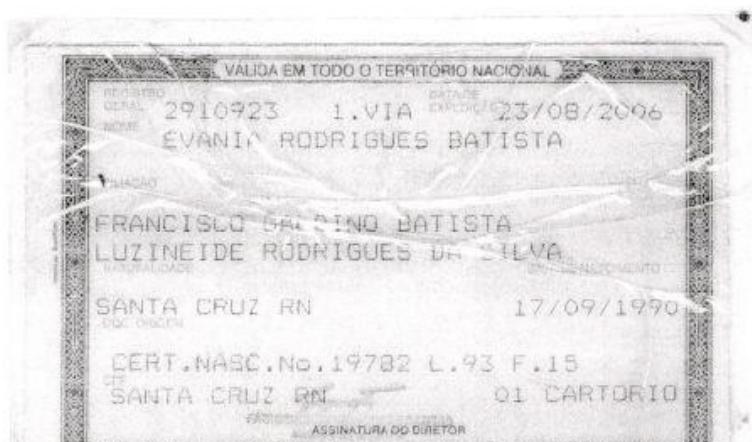
www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?cpfConsultaPedido=09062957420&sinistroConsultaPedido=3150565216 ☆

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

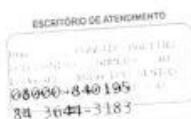
Posição em 05-10-2016 21:15:47
Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

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, 1855, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.385/0001-15 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Adm. Central (84) 3232-4432 | Ouvidoria: (84) 3232-4562



CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 04/11/2015 AS 08:14:31		MATRÍCULA:	MES/ANO			
DADOS DO CLIENTE		8304238	11/2015			
TERESA CRISTINA ANTUNES SOUZA TRV. 4 HAR DA GALILEIA, N. 93 - MONTE CASTELO PARNAMIRIM RN						
59140-000	INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ. ROTA			
503-003-584-0015-000	HIDROMETRO	7	7/2015			
SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO				
SEM MEDIOR		LIGADO				
CONSUMO ÁGUA (R\$): 10		DATA LEITURA:				
		LEIT. ATUAL:				
		LEIT. ANT.:				
		DIAS CONSUMO:				
HISTÓRICO DE CONSUMO						
REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MÉDIA
10/2015	10	08/2015	10	06/2015	10	10
09/2015	10	07/2015	10	05/2015	10	
DESCRÍÇÃO				CONSUMO	TOTAL (R\$)	
ÁGUA				10/10	30,96	
ANTIGO RESIDENCIAL 1 L UNIDADE(S)				10/10	0,62	
CONSUMO DE ÁGUA						
MULTA P/ IMPONTE UNIDADE PARCELA 01/01						
FATURAS EM ATRASO						
REF 201509 34,19						
REF 201510 31,94						

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: *Evania Rodrigues Batista*

NACIONALIDADE: brasileira ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO:

IDENTIDADE: 2910923 CPF: 203.832.704-05

ENDERECO: Trav 4 Mar de galileia 93

BAIRRO: Monte Castelo CIDADE: Parnamirim ESTADO: RN

TELEFONES: 9454-3496 / 2020-7655

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 asseguratórias 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 finne e valioso.

Parnamirim, 1/1

Evania Rodrigues Batista

OUTORGANTE