



Número: **0837389-93.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **05/06/2019**

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
SILVANA DA SILVA OLIVEIRA (AUTOR)	ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA (ADVOGADO)
PORTO SEGURO S/A (RÉU)	
MICHEL FREIRE DE ARAUJO (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11933 184	21/08/2017 20:20	bo	Documento de Comprovação
11933 191	21/08/2017 20:20	boletim de urgencia 2	Documento de Comprovação
11933 195	21/08/2017 20:20	boletim de urgencia	Documento de Comprovação
11933 208	21/08/2017 20:20	cpf	Documento de Identificação
11933 214	21/08/2017 20:20	doc pessoais	Documento de Identificação
11933 219	21/08/2017 20:20	procuração	Procuração
11933 226	21/08/2017 20:20	prontuario cirurgico 1	Documento de Comprovação
11933 229	21/08/2017 20:20	prontuario cirurgico 2	Documento de Comprovação
11933 237	21/08/2017 20:20	SILVANA	Documento de Comprovação



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE PEDRO VELHO
Endereço: Travessa Genar Bezerril, 410, Loteamento, PEDRO VELHO, FONE/FAX: 32472245

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2017214000077

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 08/07/2016 16:30:00

2.3 Fato: Consumado

2.4 Meios(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Rural

2.8 Número: S/N

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: CENTRO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: SILVANA DA SILVA OLIVEIRA

3.3 Etnia: Parda

3.5 Mae: SEVERINA EUNICIE N DA S OLIVEIRA

3.7 Sexo: FEMININO

3.9 CPF:

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: ESTUDANTE

3.15 Telefone(s): 84 987485445

3.17 Número: S/N

3.19 Bairro: ZONA RURAL

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VITIMA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS VITIMAS)

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: P8958

7.1.5 Placa: OIT4140

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2013

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: ANTONIO MANOEL DE LIMA

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

1.2 Data de Expedição: 10/02/2017 10:25:57

1.4 Ligou CIOSP: Não

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: Zora, Udmurtskaja Respublika, Russia, 427536 – 57.795834,53.07861

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: PEDRO VELHO

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: SEVERINO RAMOS DE OLIVEIRA

3.6 Data de Nascimento: 15/09/1993

3.8 RG: 3270163 - SSP RN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: CANGUARETAMA

3.14 E-Mail:

3.16 Logradouro: SITIO NOVA DESCOPERTA

3.18 CEP:

3.20 Cidade: PEDRO VELHO

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: CG 125 FAN KS

7.1.10 Ano de Fabricação: 2012

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a

Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

INFORMA QUE SE DESLOCAVA NA MOTOCICLETA DE UMA AMIGO CHAMADO FABIANO QUANDO NAS PROXIMIDADES DE SUA CASA, EM ESTRADA CÂBROCA/VEL, SOFRU TOMBAMENTO; QUE FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOCAL E POSTERIORMENTE PARA A CIDADE DE NATAL, ONDE FOI ATENDIDA NO HOSPITAL WALFREDO GURGEL

9.2 Informações do CIOSP

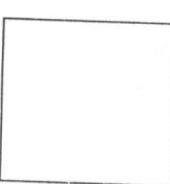
10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data: 10/02/2017 10:25:57

Policial

Interessado



Assentamento: 1945920 - Ricardo Henrique Alves

Impresso por: 1945920 - Ricardo Henrique Alves em 10/02/2017 10:26:06

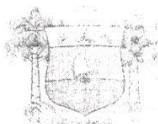
FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA				NÚMERO	
NOME: <i>Guilane de Souza Oliveira</i>				IDADE: <i>22</i>	SEXO: <i>F</i>
ENDERECO: <i>Al. Novo Descoberto</i>				TEL: CONTATO	
CIDADE: <i>Pedro Velho</i>	BAIRRO	DATA: <i>06/03/2016</i>		HORÁRIO DA ENTRADA: <i>11:15</i>	
Nº DO CARTÃO DO SUS	RESPONSÁVEL	PROFISSÃO		HORÁRIO DA SAÍDA	
AVALIAÇÃO DE DIAGNÓSTICO					
PA:	MMHG	TEMPERATURA:	°C	PESO:	KG
PULSO:	BPM	RESPIRAÇÃO:	RPM	HGT:	MG/DL
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO					
<p>Paciente vítima de queda de moto. Sem TCE. Bom estado geral. Glasgow 15. sem provável fractura de HGD (Visivelmente torcida).</p>					
<p>① Dipirona 2amp IM ② Voltaren 1amp IM</p>		<p><i>17:40</i> <i>Rosângela</i> <i>abrigada</i></p>			
<p><i>Dr. Luís Guerra</i> MÉDICO CRM/PB/10.403</p>					
<p>CARIMBO E CRM DO MÉDICO</p>					



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE SILVANA DA SILVA OLIVEIRA
DATA DE ENTRADA 08/07/2016 **HORA** 20:48 **Nº BAA** 190628
IDADE 22 **SEXO** F **ETNIA** Pardo
CARTÃO SUS **ESTADO** Casado(a)
CPF - **RG** 3270.163 - SSPRN
NOME DA MÃE SEVERINA EUNICE NEVES DA SILVA OLIVEIRA
NOME DO PAI SEVERINO RAMOS DE OLIVEIRA
NASCIMENTO 15/09/1993 **NATURALIDADE**anguaretama-RN
TELEFONE (84) 8823-9768 **PROFISSÃO** Do Lar
RUA/AV. SITIO NOVA DESCOPERTA **Nº** SN
COMPLEMENTO **BAIRRO** ZONA RURAL
CEP 59530-000 **CIDADE** Pedro Avelino-RN
ORIGEM Ambulância - SAMU **MOTIVO** Acidente de Trânsito / Queda de moto
ACID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Auristela

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Desta vei noz q/ tmm em 9/07/16 (E)
Aqdeq aqve qmm
Anegado (E) D + L MIM

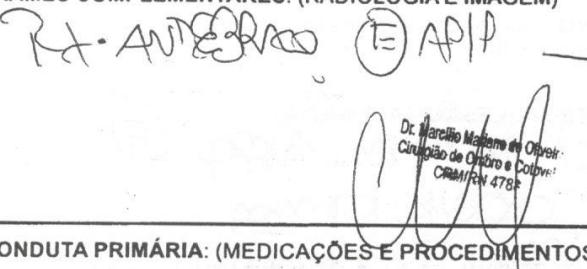
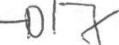
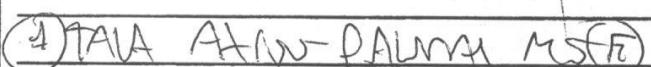
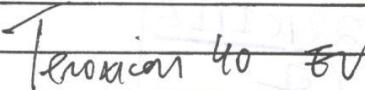
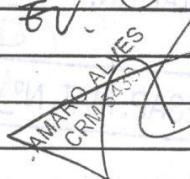
EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL/RN, 22/07/16
SESAP. MAT. N° 11933195
G

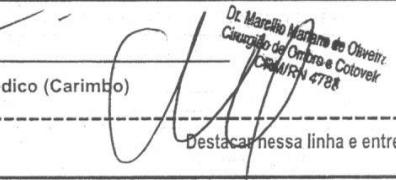
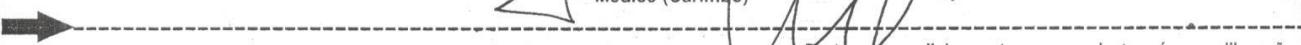
HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDIÁCA	GLASGOW	RTS-SCÓRUS FINAL
DIAGNÓSTICO INICIAL	Fz Anest				(E)	CID 5524	

EXA FÍSICO (SECUNDÁRIO)	
A	
B	
C	
D	
E	
A (ALERGIAS): _____ M (MEDICAÇÃO EM USO): _____ P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): _____ L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS) _____ A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): _____ V (PASSADO VACINAL): _____	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)*** 	
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS 	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) 	
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM 	
	
	
Assinatura e Carimbo do Responsável	
Assinatura e Carimbo do Responsável	

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

MÉDICO (CARIMBO)

O preenchimento do boletim de atendimento produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e protege o profissional de saúde, contribua para a melhoria da assistência no HMWG.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">  Dr. Marcelo Mariano de Oliveira Cirurgião de Ortopedia e Coloproctologista Natal/RN 4788 </div> <p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p>	
DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: 08/07/16 HORA: 21:00
SAÍDA:	DATA: / / HORA: / /
Decisão Médica <input checked="" type="checkbox"/>	Á 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"/>
 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação </div>	
DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA: / /
SAÍDA:	DATA: / / HORA: / /
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	Á 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"/>



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PRONTUÁRIO DE INTEIRAÇÃO - 1120724



PACIENTE	SILVANA DA SILVA OLIVEIRA			
CARTÃO SUS	Nº 1120724			
IDADE	22	SEXO F	ETNIA Pardo	ESTADO CIVIL Casado(a)
NOME DA MÃE	SEVERINA EUNICE NEVES DA SILVA OLIVEIRA			
NOME DO PAI	SEVERINO RAMOS DE OLIVEIRA			
RUA/AV.	SITIO NOVA DESCOBERTA	Nº SN	BAIRRO	ZONA RURAL
COMPLEMENTO			CIDADE	Pedro Avelino-RN
CEP	59530-000	UNIDADE	Observação 2	LEITO 902
ESPECIALIDADE	Otopedia			
USUÁRIO	Macedo			

ADMISSÃO 08/07/2016 22:34 ALTA ____/____ ÓBITO ____/____ DIAS DE PERMANÊNCIA ____

DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura de antebraço e

DIAGNÓSTICO FINAL

Fratura de antebraço

de fratura em MFE

Fratura de ossos do antebraço e

AV MFE e/ou fratura

CONFÉRE COM ORIGINAL
NATAL/RN, 22/07/16
CRM 5453
SESAP. MAT. N° 1120724

AMARO ALVES
CRM 5453

Natal, 08/07/16.

Assinatura do médico responsável - CRM

 <p>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho</p>		<p style="text-align: center;">(R)</p> <p>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH</p>	
<p style="text-align: center;">LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</p>			
<p style="text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO</p>			
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <i>Walfredo Gurgel</i>		2 - CNES	
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE		4 - CNES	
<p style="text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</p>			
5 - NOME DO PACIENTE <i>Silvana da Silva Jukem</i>		6 - N° DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO <i>2</i>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°)			
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP
<p style="text-align: center;">LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</p>			
<p>17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Sintoma leve de MN c/ tosse em ARREGO (E) anergia (E) com Dificuldade de respiração</i></p>			
<p>18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Residência clínica</i></p>			
<p>19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>ANAMNÉSIS + RX FÍSICO + RX</i></p>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>F+ Antigripal (E)</i>	21 - CID INICIAL <i>SS2X</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
<p style="text-align: center;">PROCEDIMENTO SOLICITADO</p>			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	26 - LEITO / CLÍNICA <i>AMEDIN</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>URGÊNCIA</i>	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>OLIMPIA</i>
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	<p>29 - DT SOLICITAÇÃO <i>08/07/16</i></p> <p>30 - CNS / CPF <i>761439194-26</i></p> <p>31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) <i>Dr. Mário de Oliveira Cirurgião de Ombro e Cotovelo CPAMRN 1729</i></p>		
<p style="text-align: center;">PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</p>			
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - N° DO BILHETE <i>38/520</i>	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ <i>SESAP. MAT. N</i>	38 - ()	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL		DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ()	44 - () GRAVE
		45 - () GRAVÍSSIMA	
<p style="text-align: center;">AUTORIZAÇÃO</p>			
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	<p>54 - N° DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</p>	
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.		
48 - CNS / CPF	52		
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		

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

BRASIL
(HTTP://BRASIL.GOV.BR)

Serviços Barra GovBr



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **017.893.214-09**

Nome da Pessoa Física: **SILVANA DA SILVA OLIVEIRA**

Data de Nascimento: **15/09/1993**

Situação Cadastral: **REGULAR**

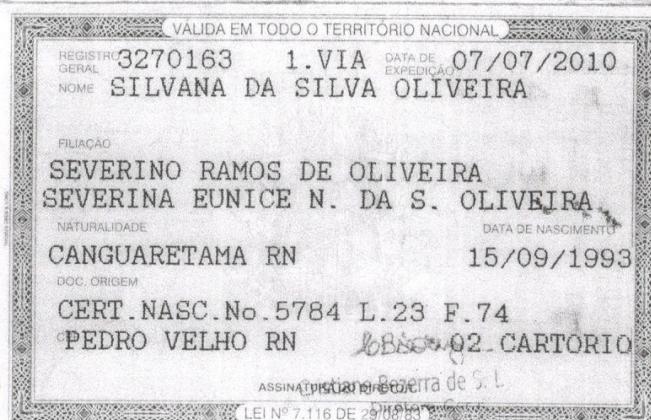
Data da Inscrição: **10/07/2010**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:26:49** do dia **19/09/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **BAFE.F234.242F.31E6**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.
(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFauteentic.asp>)



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOZ, 150, BALDÓ,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuítas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvíndia 0800 084 0404

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligaçāo Gratuítas de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

SEVERINA E N DA SILVA
CPF: 473.974.464-34 NIS: 16539046848

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI NOVA DESCOPERTA 8 -A

ZONA RURAL/AREA RURAL
59196-000 PEDRO VELHO RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO

28/10/2016

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

21/10/2016

DATA DA APRESENTAÇÃO

21/10/2016

NÚMERO DA NOTA FISCAL

001110778

CONTA CONTRATO

007009273802

Nº DO CLIENTE

3010858897

Nº DA INSTALAÇÃO

0002528364

Série: U

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

5A9D.9528.BAC4.EAA1.6A76.5D9A.C297.0FD8

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18492474	5,54
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	62,00	0,31701385	19,65
ICMS-Parcela Subvencionada			4,33
TOTAL DA FATURA			29,52

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOROTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOROTO
25,19	18,00	4,53	25,19	1,07	0,26
25,19	5,85	1,47	25,19	100	

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh 0,13884150
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,23801400

HISTÓRICO DO CONSUMO

kWh

OUT	16		92
SET	16		77
AGO	16		80
JUL	16		166
JUN	16		212
MAI	16		138
ABR	16		93
MAR	16		84
FEV	16		96
JAN	16		87
DEZ	15		81
NOV	15		86
OUT	15		77

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$	%
9,63	38,23
0,50	1,98
6,10	24,22
2,70	10,72
6,26	24,85
25,19	100

DICRI-Duração de interrupção em dia crítico

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRÍÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL			
ago/2016								
DIC-No.de horas sem Energia	CANGUARATEMA	2,74	11,16	22,32	44,65			
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	7,89	15,79	31,58			
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		2,74	6,08	0,00	0,00			
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Límite DICRI: 16,60					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 8,48								
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.								

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIADOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000002009074554	CAT	21/09/2016 1.798,00	21/10/2016 1.890,00	30	1,00000	0,00	92,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 23/11/2016

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
MÍNIMO	MÁXIMO
220	202
	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007009273802	10/2016	0,00	28/10/2016	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

M&O
Maia | Oliveira

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Silvana da silve Oliveira
NACIONALIDADE: brasileira ESTADO CIVIL: casado
PROFISSÃO: do lar
IDENTIDADE: 3270263 CPF: 017.893.234-09
ENDEREÇO: S1 Novo Descoberto 8-A - Área Rural
BAIRRO: CIDADE: Pedro Velho
TELEFONE: 9.8853-9762

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 13.421 com escritório profissional na Rua Edgar Dantas, nº454, "C", Santos Reis, Parnamirim/RN.

PODERES: A quem concedo (ermos) amplos, limpos e ilimitados poderes, para em conjunto ou separadamente, no foro em geral, perante qualquer Juizo, 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, requerer e receber junto ao Hospital o Boletim de Primeiro Atendimento e Pronto-Atendimento Cirúrgico, 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, o que tudo darei (ermos) por bom firme e valioso.

CONTRATO: Fica CONTRATADO, desde já, que os dévidos honorários advocaticios 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 juízo 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 14 de novembro de 2016

Exigüa da selva ali seca

QUITORGANTE

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



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

SILVANA DA SILVA OLIVEIRA

144672

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RACA/COR

15/09/1993

FEMININO

PARDA

11- NOME DA MÃE

12- TELEFONE DE CONTATO

SEVERINA DA SILVA OLIVEIRA

988239768

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

A GENITORA

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

SITIO - NOVA DESCOBERTA SNº

16- MUNICÍPIO

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

PEDRO VELHO

ZONA RURAL

RN

59196000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

*Manoel Correia Neto
CRM-849
Ortopedia e Traumatologia*

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- N.º 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 () NAO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

ENFERMARIA N°	LEITO	PRONTUÁRIO	
		144672	
DATA	HORA	CATEGORIA	GIH
10/07/2016	11:49		
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO	
SILVANA DA SILVA OLIVEIRA		15/09/1993	
ESTADO CIVIL	PROFISSAO		
CASADA	DO LAR		
ENDEREÇO (RUA, N°)			
SITIO - NOVA DESCOBERTA	SN°		
MUNICIPIO	BAIRRO	UF	CEP
PEDRO VELHO	ZONA RURAL	RN	59196000
LOCAL DE TRABALHO		TELEFONE	
FILIAÇÃO			
SEVERINA DA SILVA OLIVEIRA	SEVERINO RAMOS DE OLIVEIRA		
RESPONSÁVEL	TELEFONE		
A GENITORA	988239768		
ENDEREÇO			
O MESMO			
DIAGNOSTICO PROVISORIO			
DIAGNOSTICO DEFINITIVO			
DATA DE ADMISSAO	ALTA	OBITO	
HISTORIA CLINICA			
<i>CONFIRME COMARCA OAB/PE Senador OSSORIO</i>			

EXAMES COMPLEMENTARES

LABORATORIAL RADIODIAGNÓSTICO ECO TOMOGRAFIA USG OUTROS

CONSULTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NIR

CLÍNICA MÉDICA CLÍNICA PSQUIATRICA CLÍNICA ORTOPÉDICA PEDIATRIA/NEONATO
 CLÍNICA OBSTÉTRICA CLÍNICA GERAL UTT OUTROS

DIAGNÓSTICO

CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

ABERTURA DE HORÁRIO / CHECAGEM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ALTA
Manoel Correia Neto
CRM-849
Ortopedia-Traumatologia

ÓBITO
 SVA MTE DECLARAÇÃO

EVASÃO

SOLICITADO INTERNAMENTE
NO SERVIÇO DE
24 FAED IV

Nome do paciente

SILVANIA DA SILVA Oliveira

Data operação

20/7/16

Enf.

Leito

Operador

Rogério Santos

1º auxiliar

Reginaldo Azevedo

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

ROSA SILE

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Fratura radio e ulno e

Tipo de operação

Artroplastia com placas e parafusos

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Incisão anterolateral.

Divisão tecido conjuntivo.

Rectângulo foco fratura abrindo.

Endocós de fratura do radio e

Exocós fratura do radio e extraarticular

com placas e parafusos. Iraque q. f.

Fratura placa a plana.

Stabilizante anterolateral.

Divisão tecido conjuntivo.

Rectângulo foco fratura abrindo.

Endocós da fratura do ulna e

Exofixointial com placa e parafusos.

Iraque com q. f.

Estabilizar placa a plana.

Extraarticular. Falso quebra aero-esternal.

Rogério Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 1126 - SBOT 1941

CONFIRME COM ORIGINAL
07/07/2016
SERVIÇO
07307839

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital	DHL			Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome	Sílvana da Silva Oliveira			Idade	Sexo	Cor
Data	20107116	Pressão arterial	P脉搏	Respiração	Temperatura	Peso
Tipo sanguíneo	Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia	
	Urina					
Ap. respiratório				Asma	Bronquite	
Ap. circulatório	N.DN			Eletrocardiograma		
Ap. digestivo				Dentes	Pescoço	Ap. urinário
Estado mental	Consciente e Orientada			Ataracicos	Corticoides	Alergia Negra
Diagnóstico pré-operatório						Hipotensores
Anestesias anteriores						Estado Físico
Medicação pré-anestésica	midazolam			Aplicada às	Efeito	
Agentes Anestésicos	ECG RIS RIS RIS RIS RIS SO ₂ 98% 98% 98% 98% 98% 98% SF0,9% - 1000ml Fentanil - 150 microg Midazolam - 0,8 mg					
Líquidos	Propofol - 200mg Cisaprilina - 0,2g					
Opér.	260	250	240	230	220	210
Anest.	200	190	180	170	160	150
O. Resp.	140	130	120	110	100	90
O. P. P. s.	80	70	60	50	40	30
	20	10				
SÍMBOLOS	① Identificação; ② Monitorização; ③ Venoclipe prévia com bom fluxo; ④ Bloqueio interescalênico + axilar; ⑤ Sedação vendada.					
ANOTAÇÕES						
POSIÇÃO	Dcl. Dorsal					
Agentes	Xilazine 2% 0,4g. Ropiv 75mg 0,9g -					
Técnica	Bloqueio interescalênico + axilar					
Operação	Fratura de antebraço - Tratamento Cirúrgico					
Cirurgiões	Dr. Rogério Santos + Dr. Virgílio					
Anestesistas	Dra. Rosa + Dra. Larissa Tomasi					
Observações						
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias	Larissa Tomasi Anestesiologia CRM RN 6270 067701994-61 Perda sanguínea					



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

Evolução de Enfermagem – Centro Cirúrgico

Nome: <u>SILVANA DA SILVA CUNHA</u>	Idade: <u>22</u>	D/N: <u>15/09/1993</u>			
Pront.: <u>144672</u>	Município: <u>PESSOAL VELHO</u>	Procedência: <input checked="" type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Externo			
Data da cirurgia: <u>20/07/16</u>	Bloco: <u>05</u>	Sala: <u>05</u> Hora Saída: _____ Peso: _____			
Alergias: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Comorbidades: <input type="checkbox"/> HAS <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 checked="" type="checkbox"/> Sim				
SSVV Admissão: PA: _____ mmHg	Pulso: _____ bpm	Fl: _____ rpm	FC: _____ bpm	SpO ₂ : _____ %	T: _____ °C
Enfermeiro(a): <u>Lúziane</u>	Instrumentado (a): <u>Lúziane</u>	Circulante: <u>Wagner</u>			
Cirurgia: <u>Ortoplastia de antebraço E</u>	Especialidade: <u>ORTOPEDIA</u>	Sala: <u>01</u>			
Hora Início: <u>09:10</u>	Hora Término: <u>09:50</u>	Tipo de cirurgia: <input checked="" type="checkbox"/> Electiva <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Limpa <input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/> Infectada			
1º Cirurgião: <u>Progresso</u>	Aux.: <u>Vinícius</u>	Residente: _____			
Anestesia: <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Geral TOT: _____	Blco: <input checked="" type="checkbox"/> Bloqueio <input type="checkbox"/> Raquidiana Ag.nº _____	Peridural <input type="checkbox"/> c/cateter <input type="checkbox"/> s/cateter			
Ag.nº _____	Cateter nº: _____	Início: <u>09:25</u>	Garrote: <input checked="" type="checkbox"/> Smarch <input type="checkbox"/> Pneumático	Início: <u>09:33</u>	Término: _____
Anestesiologista: <u>Luziane</u>					

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
Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
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
Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> Estimul. Nervo
Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Íntegra	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input checked="" type="checkbox"/> Diprifusor
Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input checked="" type="checkbox"/> BIC
Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfigmico	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador
t/dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	
Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:	
Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas		<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
Ampulações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITais	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>104</u>	<u>119</u>	<u>115</u>	Bpm
Pulso	<u>111</u>	<u>120</u>	<u>120</u>	Bpm
Oximetria	<u>99</u>	<u>97</u>	<u>97</u>	%
Capnografia	—	—	—	%
PA	<u>147x79</u>	<u>148x80</u>	<u>153x90</u>	mmHg

ACCESSO VENOSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Puncão Arterial	
<input checked="" type="checkbox"/> Puncão Venosa Periférica	
<input checked="" type="checkbox"/> Puncão Venosa Central	
Dissecção venosa	
Local: <u>MSD</u>	
Cateter: <u>J.Pes 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 checked="" type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	

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

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

DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Local: <u>MSE</u>	Solução: <u>Álcool 70%</u>

IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos:	
Tela:	
Cateter:	
Ostomia:	
Fio de KC:	Parafuso - tipo: <u>13 mm fuso</u>
Placa - Tipo: <u>02 xp 07</u>	Período: <u>Período</u>
Outros:	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
Caixa cirúrgica: <u>bancos</u>	Quant. Material: <u>36</u>
Val.: <u>29/07/16</u>	Contagem de gaze e compressa: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim

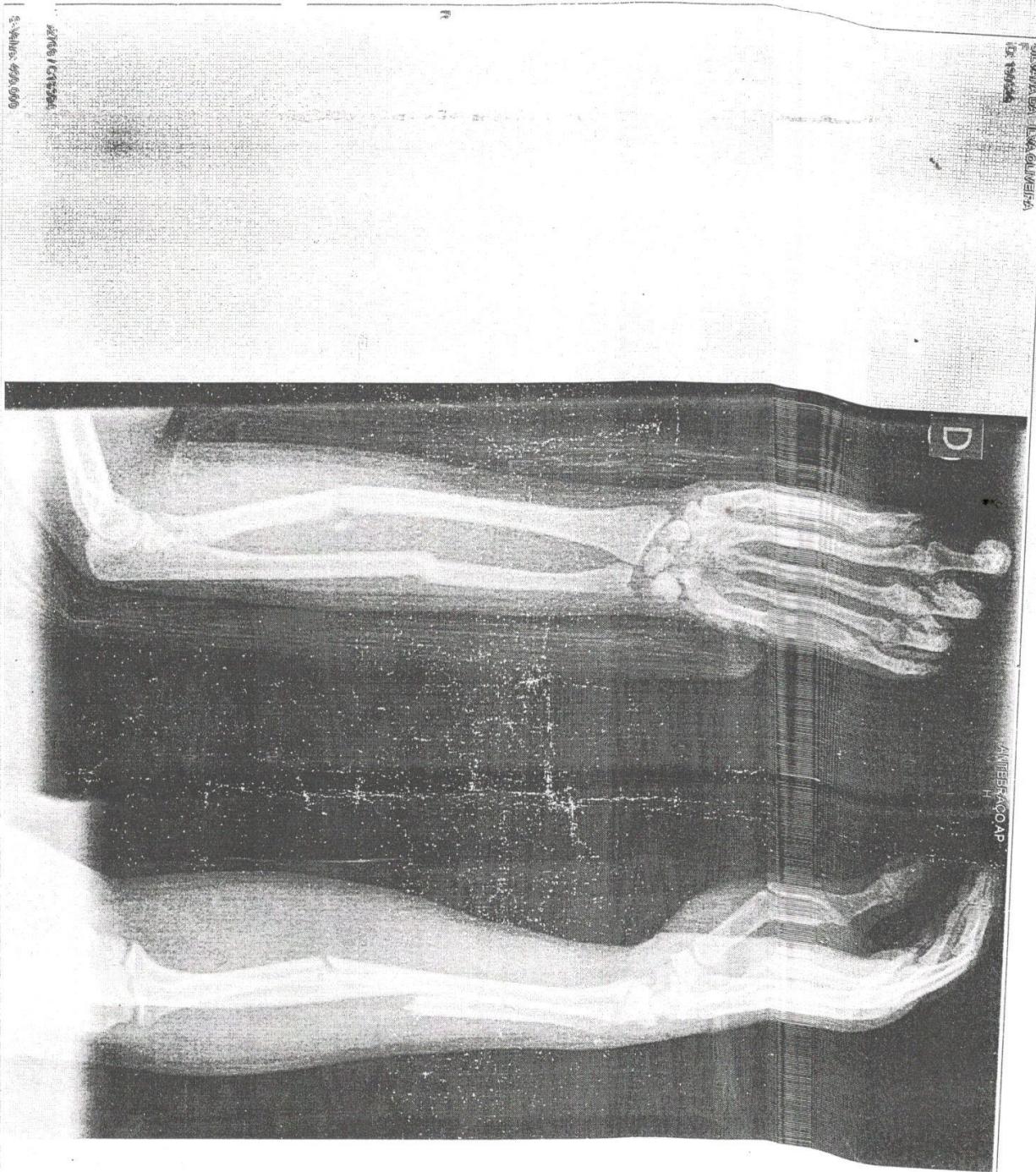
P. C.5

Planos Sibana da Oliveira

08.902

 GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho		NIR LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE <i>Silvana da Sibra Oliveira</i>		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS <i>15-09-1993</i>		8 - DATA DE NASCIMENTO <i>15-09-1993</i>	9 - SEXO <i>FEM</i>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Ervinine Eunice da Oliveira</i>		11 - TELEFONE DE CONTATO <i>89234768</i>	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) <i>Sítio Novo Descoberto</i>			
13 - MUNICÍPIO <i>Pedro Avelino</i>	14 - BAIRRO <i>Zona Rural</i>	15 - UF <i>RN</i>	16 - CEP
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO <i>Andante de moto c/ trauma em antebraço e</i>			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura antebraço</i>	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Intervento antebraço</i>	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			29 - DT SOLICITAÇÃO <i>08/07/16</i>
			30 - CNS / CPF <i>ANAMAR ALVES CRIM 6439</i>
			31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL		DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - CID SECUNDARIO		43 - ()	44 - () GRAVE
			45 - () GRAVÍSSIMA
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE <i>AVALIAÇÃO</i>	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	<i>CONFERE COM O ORIGINAL</i> <i>Assessor</i> <i>08/07/16</i> <i>Servidor</i>	
48 - CNS / CPF	52		
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		

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



4cm

SINISTRO 3170268110 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA SILVANA DA SILVA OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO SILVANA DA SILVA OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 01789321409

Posição em 17-08-2017 11:25:11

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração do Proprietário do Veículo	Vitima	Pendente	