

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Maria Aparecida de Oliveira Bezerra,
Brasileira, sólteira, estudante
portador(a) do RG nº 002.428.383, inscrito(a) no CPF sob o número
080.311.034-38, residente e domiciliado(a) na Rua/Av.
Rua Dr. Joaquim Início de Carvalho, nº 42, Vertentes
Assú/RN

OUTORGADO: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 13.244 e no CPF sob o número 054.149.804-54 com endereço profissional na Rua Roderick Grandall, 20, Centro, Mossoró/RN, CEP: 59610-240.

PODERES: pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "*ad-judicia et extra*", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, nos termos do art. 105 do Código de Processo Civil, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

Mossoró/RN, 28 de maio de 2019.

Maria Aparecida de Oliveira Bezerra
OUTORGANTE



Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190177741**

Vítima: MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA

Data do Acidente: 31/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000756

Conta: 0000058484-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 139 /2019

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO / SEGURO DPPVAT

Local: AV. ANGELO VARELA / ALTO DO RODRIGUES / RN

Data do Fato: 31 / 12 / 2018 . Horário: 17:00h

COMUNICANTE: MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA Fone: 84 9.9873.3636

Filiação: ANTONIO BEZERRA GALVAO e MARIA DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA

Naturalidade: ASSU/RN Nacionalidade: BRAS.

Nascido: 12 / 03 / 1989 Idade: 29 Anos RG: 2.428.383 CPF 080.311.234-38

Endereço: RUA Dr. JOAQUIM INACIO DE CARVALHO FILHO 42 VERTENTES – ASSU / RN

Estado Civil: SOLTEIRA Profissão: ATENDENTE

VÍTIMA: A COMUNICANTE Fone:

Filiação:

Naturalidade: Nacionalidade: BRAS.

Nascido em: Idade: ANOS RG:

Endereço:

Estado Civil: Profissão:

ACUSADO: XZXZXZXZ Fone:

Filiação:

Naturalidade: Nacionalidade: BRAS.

Nascido em: Idade: ANOS RG:

Endereço: RUA:

Estado Civil: Profissão:

PROTÓCOLO
RECEBIDO

26 FEV. 2019

TERÇA-FEIRA, 26 DE FEVEREIRO DE 2019

HISTÓRICO

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL A COMUNICANTE OCASIAO NA QUAL RELATOU QUE NA DATA ACIMA CITADA PILOTAVA A MOTO HONDA BIZ 125 KS PLACA MYK 8962 NA AV. ANGELO VARELO NA CIDADE DO ALTO DO RODRIGUES , QUE COLIDIU FRONTALMENTE CONTRA OUTRO MOTOQUEIRO QUE PILOTAVA UMA MOTO HONDA , A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULANCIA DO HOSPITAL MATERNIDADE MARIA RODRIGUES DE MELO / MUNICIPIO ALTO DO RODRIGUES-RN ONDE DEU ENTRADA AS 17:32HORAS

DADOS DO VEICULO: HONDA BIZ 125 KS - PLACA MYK 8962 RENAVAM 00951175700 - CHASSI 9C2JA0410BR025717 ANO/MOD 07/08 PROPRIETARIO KALIANE PEREIRA DE SOUSA.

As informações são de inteira responsabilidade do comunicante.

Registrado em: 08 /02/2019 Hora: 11:40h

Maria Aparecida de Oliveira Bezerra
Assinatura do Comunicante

*José Wilson Dantas da Silva
122766-1*
Servidor e Matrícula



José Wilson Dantas da Silva
Agente de Polícia Civil
Mat. 122.766-1





PROTOCOLO
RECEBIDO
26 MAR. 2019
TERRA DO SOL ADM
CORPO DE BOMBEIROS
CORPO DE SEGURANÇA



Assinado eletronicamente por: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO - 27/12/2019 11:41:58
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122711415733900000050274241>
Número do documento: 19122711415733900000050274241

Num. 52108822 - Pág. 2

862-428-383

卷之三

MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA

NUMBER

卷之三

卷之三

卷一百一十一

MIGRATION

卷之三

10

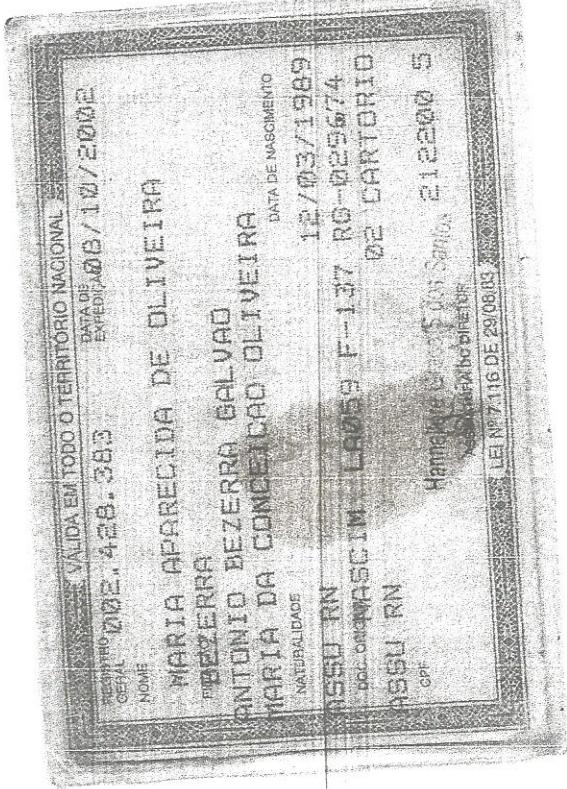
四

PROTOCOLO SEGRETO

26 MAR. 2013

TERRA DO SOLADM
ESTADO DE SÉC. C.





PROTÓCOLO
RECERIM
18 FEV. 2010
ESTADO DO SUL



Assinado eletronicamente por: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO - 27/12/2019 11:41:58
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122711415733900000050274241>
Número do documento: 19122711415733900000050274241

Num. 52108822 - Pág. 4

DETRAN - RN 6726/0032 N° 010616910271

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DENATRAN

VIA COD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 00951175700 ***** 2014

NOME

KALTANE PEREIRA DE SOUSA

CPF / CNPJ PLACA
082.784.384-47 NYK8962PLACA ANT / UF CHASSI
NYK8962 / RN 9C2JAD4108R025717ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PASSEIERO / MOTONETA / NAO APLICAVEL GASOLINAMARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA / BIZ 125 KS 2007 2008CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
0CV / 124 CILINDRADAS PARTICULAR CINZAI COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC / COTAS
R\$ 0.00 21/05/2014 1º PAGO
P FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º PAGO
V 002005 3K R\$ ***** 3º PAGOPRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DEVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: JAD4E18025717 DESENTO DE OBRIGATÓRIO

LOCAÇÃO DE VEÍCULOS

ASSU / RN DATA
Assu, RN 21/05/2014Marcos Brito de Medeiros Galvão
Coordenador da Região de Veículos
DETRAN-RN
EXPEDIDOR

Instituto de Seguros

RN N° 010616910271 BILHETE DE SEGURO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURAwww.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204EXERCÍCIO DATA EM
2014 21/05/2014VIA CPF / CNPJ PLACA
1 082.784.384-47 NYK8962RENAVAM MARCA / MODELO
00951175700 HONDA / BIZ 125 KS
ANO FAB. CAT. TARIF.
2007 5
NP CHASSI
9C2JAD4108R025717

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO
PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
 COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

CONTRAN - DENATRAN

PROTOCOLO
RECEBIDO
28 FEVEREIRO
2019
TERRA DO SOLAUM
COLHEITADESEGS



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

COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

ANTONIO BEZERRA GALVAO

CPF. 074.881.654-20

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
018178093	ÚNICA	15/01/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
15/01/2019	3000894585	11325

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DOUTOR JOAQUIM INACIO DE
CARVALHO FILHO 42

VERTENTES/ÁREA URBANA
ASSU.RN.
59650-000

CONTA/CONTRATO	MÊS/ANO
0852289570	01/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
22/01/2019	14/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 251,73

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo(KWh)
Contrib. Ilum. Pública Municipal
Multa por atraso-NF 015238207 - 14/11/18
Juros por atraso-NF 015238207 - 14/11/18
Atualização (GPM-NF 015238207 - 14/11/18

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
328.0000000	0,88335702	224,82
		22,14
		2,84
		1,22
		0,81

(84) 99873-3636
TOTAL DA FATURA

251,73

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)	BASE DE	VALOR DA
218017076	CAT	14-12-2018 7.151,00	15-01-2019 7.480,00	32	1,00000		328,00		





Nº 73

Nome: Maria Aparecida de Oliveira Bezerra Idade: 29 DN: 12.03.189
Estado Civil: S()C()V()D() Profissão:
Rua, Av: R. Pedro Ladeira - 23 Bairro:
Fone: _____ Cidade: ARG UF: RN
Pai: _____ Mãe: _____
Data: 31/12/18 Hora: 17: 32 Cartão: 701709239337470

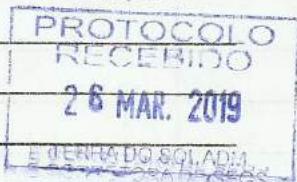
- QUEIXA PRINCIPAL: Acidente de Trânsito Acidente de Trabalho Agressão

Maria se feriu

- HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HDA)

- EXAME FÍSICO

PA _____ x _____ mmhg – FC _____ bpm – FR _____ ípm - TEMP _____ °c – Peso _____ Kg



- HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICO (HD)

*Prefeitura Municipal Alto do Rodrigues RN
Alcione dos Santos Caetano Calisto
Diretora Administrativa
Hospital Maternidade Maria Rodrigues de Melo*

- EXAME SOLICITADO



HORA:

- PARECER ESPECIALIZADO E CONDUTA:

- DIAGNÓSTICO (S) DEFINITIVO (S)

- #### • DESTINO DO PACIENTE:

() Alta hospitalar () Transferência () Internação () Outros

Em:

Data: / /

Para:

Em:

Data: / /

Carimbo e Assinatura do Médico





REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH:	Nº ATENDIMENTO	DATA: 15/01/19 HS:
TIPO DE INTERNAMENTO:	(<input checked="" type="checkbox"/> CIRÚRGICO) (<input type="checkbox"/> CLÍNICO) (<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO)	
ACOMODAÇÃO: <i>Ons.</i>	LEITO:	CONVÊNIO SUS.
MATRÍCULA	201709239337470	VALIDADE
ASS. DO RESPONSÁVEL PELO INTERNAMENTO:		

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: <i>Janice Aparecida da Oliveira Bezerra</i>	SEXO: (<input type="checkbox"/> M) (<input checked="" type="checkbox"/> F)
DATA DE NASCIMENTO: 12/03/1989	RG: 2.428.383
CPF: 080.311.234-38	
FILIAÇÃO MÃE: <i>Maria da Conceição Oliveira</i>	
PAI: <i>Antônio Bezerra Góes</i>	
ENDEREÇO: <i>Rua Doutor Joaquim Inácio de Melo Barreto Filho, 42</i>	
BAIRRO: <i>Vila União</i>	CIDADE: <i>Aracaju</i>
ESTADO: <i>SE</i>	CEP: <i>59650.000</i>
RESPONSÁVEL:	PARENTESCO:
FONE: <i>(84) 9873 3636</i>	FONE: <i>(84) 9968-0460 - Jessica</i>
	irmã.
SUMÁRIO DE ALTA	
TIPO DE ALTA: (<input type="checkbox"/> MÉDICA) (<input checked="" type="checkbox"/> ADMINISTRATIVA) (<input type="checkbox"/> A PEDIDO) (<input type="checkbox"/> EVASÃO) (<input type="checkbox"/> OBITO)	
DATA: / / 2019	HORA: ASS: RESPONSÁVEL DO SETOR:

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

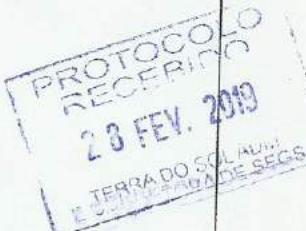
PRONTOCLÍNICA DA CRIANÇA LTDA

CNPJ: 09.417.742/0001-91

Confere com o Original

Data: *25/02/2019*

Patrícia Medeiros
 Pronto Clínica da Criança Ltda
 Patrícia Medeiros
 Faturista



CARIMBO E ASS. DO MÉDICO



DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO
OP. Ressecção de peste
Morfia, isolamento do cérebro, tijolos
de ventr. e dejetos destrutivos de ósso
visceral e óssea, extirpação de peste e
restos de tecido (infarto) e lio mineral
e de pele e ondas de 5.0, levantado

~~Ivan Favares de F. Júnior~~
~~Curador e Paleontólogo~~

ASSINATURA OU CARIMBO DO MÉDICO
BUOMaxiloFacial
011-3000-2225-400278-704-00

CB0/BN 1929 - CPF: 188.378.704-09

Digitized by srujanika@gmail.com

BOLETIM DE ANESTESIA

ANESTESIA TIPO: GA

TECNICA: ΔG/T

26/11/19

Catalina Simos 29

Dra. Ana Catarina da N. Simões
Médica



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Maria Aparecida de Oliveira Bezerra N° REGISTRO 400630

Data Nascimento 12/03/89 IDADE 29 Sexo F LEITO: 203 A Data de Admissão 15/01/19
MEDICO: JUAN JÚNIOR

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

COMPLETO INCLUINDO ÁGUA? ()Não (X)Sim inicio 20:00 PESO: 58 Kg Altura: cm

ENTRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: (X)SIM ()NÃO

ERGIAS: (X)NÃO ()SIM: NEGRA

DOENÇAS PREGRESSAS: ()DM ()HAS ()TABAGISMO ()HIV ()Hep B ()Hep C ()Arritmias ()DPOC ()AVC ()
arca passo ()Outros: _____ Medicações de uso frequente: Rivotril 2mg 1x ao dia

consentimento Cirúrgico Preenchido ()Não (X) Sim

Exames: ()Labor ()Raio x ()USG ()TC ()RNM ()Risco cirúrgico Outros: claudivo

Encaminhado: ()Deambulando ()Cadeira de Rodas (X)Maca (X) consciente ()Inconsciente ()Orientado ()
Desorientado

Notações de Enfermagem: _____

Assido-informação acima por: Juarez de Oliveira Jorge Admitido na sala: 1 Hora 12:45

PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Proposta Fratura 1/3 ondulada

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO: (X)Limpa ()Contaminada ()Potencialmente Contaminada ()Infectada

1. Equipe completa presente (X)Sim ()Não
2. Paciente com identificação e cirurgia confirmada (X)
3. Termo de consentimento (X)Cirúrgico ()hemoterapico ()não, caso não esteja assinado contatar o médico.
4. Local da intervenção marcado corretamente (X)sim ()não () não aplicável
5. Bisturi elétrico disponível e testado (X)
6. Anártalo de Anestesia (X)
7. Equipamento de Vídeo ()
8. Monitor Multi-Parâmetro (X)
9. Unidade de Oxigênio (X)Ar Comprimido ()Vácuo (X)
10. Aspirador cirúrgico disponível e testado (X)
11. Sessão cirúrgica testada (X)

12. Hemodérivados solicitados e reservados () sim () Não Não aplicável

13. Paciente tem alergia conhecida () sim () não

14. Aparelho de anestesia testado sim () não

15. Soluções dos instrumentais com indicadores () sim () não

ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

16. Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta ()

17. Confirma preparo da pele com clorexidine degermante e tópica () Sim () não

18. Confirmar antibiótico profilático administrado () sim () não aplicável

19. Paciente em posição adequada () sim () não

EQUIPE DE ENFERMAGEM

20. Confirmar se a disponibilidade dos materiais e equipamentos solicitados para cirurgia ()

21. Confirmar com a equipe médica se os exames necessários estão disponíveis ()

22. Confirmar bisturi elétrico e placas instalados corretamente ()

INTRA-OPERATORIO

Posicionamento: Dorsal Lateral direita () Lateral esquerda () Posição Ginecológica ()

() Decúbito Prolie () Decúbito Ventral

Monitorização cardíaca: () sim () não PNI/Manguito em: MSD Placa neutra: Local: HJD

Passado faixa de smarch: Não () sim, em: _____ Inicio _____ Termino _____

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: () Clorex degermante Clorex aquoso

() Clorex Alcólica () PVPI degermante

() PVPI tintura () _____

Infusões: SF0,9% _____ ml R.Lactato: _____ ml R.Simples _____ ml SG5% _____ ml

Drenos: () Penrose nº _____ () Porto-vac nº _____ () Tórax nº 20

Sinais vitais: PA 113/75 mmhg FC: 79 bpm Sat: 100 % T: 30 °C Hora: 12:06

Anestesia: Inicio 11:40 Termino 13:08 Geral Inalatório Geral Venosa () Sedação () Local
() Peridural () Raqui () Bloqueio: _____

IOT: () Não sim – Cânula nº _____ IOT aramado: () não sim nº 9.0

AVP: () não sim MSE, Jelco nº 20 por Jorge Oliveira Jorge COREN RJ 384 1987

Cateter O2: () não () sim SNG: () NÃO () SIM Nº _____ SVD () NÃO () SIM Nº _____

Ferida operatória: Curativo simp

Cultura: _____ Anát. Patológico: () Não () Sim _____ Unid _____

Material Explantado: _____

Conferido por _____ Intercorrência _____

ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada () sim () não

Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta, _____

Medicações administradas (anotar horários) : - Dicliduron 10mg, Dipirona 2g,
Titratol 30mg, eflazolina 2g, Bromoprida 1amp, _____



FORMA () NÃO () SIM, qual

1 obesia 6F CIE

2 ci 6F SIE

2 parafusos Nº 07 N

4 li Nº 05 E

Notações de Enfermagem e Intercorrências _____

Inicio da cirurgia: 12:00 Termino da cirurgia: 13:00

CIRURGIÃO Dr. Vane

ASSISTENTE M. Vianez

ANESTESIOLOGISTA Dr. C. Tomaz

INSTRUMENTADORA Mariana

CIRCULANTE Kellen

ENFERMEIRA: Jus. elaudia

URPA (Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

Cirurgia () Sonolento () agitado Ar ambiente () MV 50%

Faltar de O2 () TQT AVP () AVC

Hipertensão () Hipertensão () Bradicardia () Taquicardia () Tremor () Dor () Baixa Saturação

Desorientações () Desorientação () Agitação () Dispneia () Broncoespasmo () Outros.

Medicamentos Administrados na URPA (anotar horários)

Encaminhado para o andar

AVP AVC () SNG () SVD FECHADA () DRENOS () CURATIVOS LIMPO

GESSO EM: MSD () MSE () MID () MIE ()

EXAMES: Labort Raio x () USG () TC () RNM RISCO CIRURGICO () OUTROS _____

ENCAMINHADO: Enfermaria () UTI () Alta Hospitalar () Outros _____

Notações de Enfermagem :

ENCAMINHADO POR: _____ HORA: _____



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

MÉDICO: MANPACIENTE: pe AlencardaSETOR: LCLEITO: 203ADIAGNOSTICO MÉDICO: fast - mult. lesIDADE: 66PROCEDÊNCIA: DOMICILIAR HOSPITALAR: QUAL: ESGIAS: REGADOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: —EVOLUÇÃO 15/01/19HORÁRIO: 22:45**ASPECTO GERAL**

- CONSCIENTE ORIENTADO ALGO ORIENTADO
 ATIVO CREATIVO HIPOATIVO
 HIPERTÔNICO HIPOTÔNICO
 COMATOSO SEDADO ANASARCA EDEMA

VENTILAÇÃO

- O2 AMB IMV _____ % HOOD: _____
 ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

- AVP: _____
 AVC: _____
 Jelco: _____
 Scalp: _____

ELIMINAÇÕES

- DIURESE**
 ESPONTÂNEA SVA A CADA: _____
 HEMATÚRIA OLIGÚRIA ANÚRIA
 POLIÚRIA SVD _____ / _____
ASPERCETO/CARACTERÍSTICA: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

- HV _____
 BI _____
 ATB _____

EVACUAÇÃO

- ESPONTÂNEA
 ESTÍMULO: _____
 AUSENTES _____ DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

PELE

- HIDRATADA RESSECADA ICTÉRICA
 NORMOCORADA HIPOCORADA CIANOSE
 EXTREMIDADES FRIAS NORMOTÉRMICA
 HIPOTERMIA: _____
 HIPERTERMIA: _____
 IDRENO Local: _____
 Característica do líquido: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

- ABDOMÉ**
 FLACIDO GLOBOSSO SEMI GLOBOSSO
 DISTENDIDO DOR A PALPAÇÃO
 TÍMPÂNICO MACIÇO RUIDOS HIDROAÉREOS

APARELHO CARDIOPULMONAR

- EUPNEICO DISPNEICO TAQUIPNEICO
 BRADIPNEICO TIRAGEM: _____
 RUIDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
 TAQUICÁRDICO NORMOCÁRDICO BRADICARDICO

LOCOMOÇÃO

- DEAMBULANDO CADEIRA DE RODAS
 SOBRE MACA MULETA

DIETA

- AO SEIO ORAL/COPINHO GTM
 SOG/SNG _____ / _____
 RESÍDUO GÁSTRICO: _____
 ZERO VOMITO _____ vezes

OBSERVAÇÕES: _____

* Acidente ao moto há 15 min

* Jejum há 22h e cinzas a partir das 08h

* Faz uso de Aventur para anticoncepcional.

* Está com dificuldade de urinar por falta de

oculos de vista devido a óculos quebrados.

* Faz uso de óculos de proteção de po.

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Kassy W. S. de SOUZA
 Enfermeira
 COREN/DF 234243

EVOLUÇÃO 16/01/19HORÁRIO: 18h**ASPECTO GERAL**

- CONSCIENTE ORIENTADO ALGO ORIENTADO
 ATIVO CREATIVO HIPOATIVO
 HIPERTÔNICO HIPOTÔNICO
 COMATOSO SEDADO ANASARCA EDEMA

VENTILAÇÃO

- O2 AMB IMV _____ % HOOD: _____
 ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

- AVP: _____
 AVC: _____
 Jelco: _____
 Scalp: _____

ELIMINAÇÕES

- DIURESE**
 ESPONTÂNEA SVA A CADA: _____
 HEMATÚRIA OLIGÚRIA ANÚRIA
 POLIÚRIA SVD _____ / _____
ASPERCETO/CARACTERÍSTICA: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

- HV _____
 BI _____
 ATB Kefim

EVACUAÇÃO

- ESPONTÂNEA

NORMOCORADA RESSECADA ICTÉRICA
 EXTREMIDADE FRIAS HIPOCORADA CIANOSE
 HIPOTERMIA: NORMOTÉRMICA
 HIPERTERMIA: _____
 DRENO Local: _____
 Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

EUPNEICO DISPNEIDO TAQUIPNÉICO
 BRADIPNEICO TIRAGEM: _____
 RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
 TAQUICÁRDICO NORMOCÁRDICO BRADICARDICO

OBSERVAÇÕES: Sem queixas.

AUSENTE _____ DIAS
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMÉ

FLACIDO GLOBOSO SEMI GLOBOSO
 DISTENDIDO DOR A PALPAÇÃO
 TÍMPANICO MACIÇO RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

DEAMBULANDO CADEIRA DE RODAS
 SOBRE MACA MULETA

DIETA

AO SEIO ORAL/COPINHO GTM
 SOG/SNG _____
 RESÍDUO GÁSTRICO: _____
 ZERO VOMITO _____ vezes

Ana Cláudia Santos
 Guerreiro Melhoros
 COREN-AN 19.076 - ENF

ASPECTO GERAL

CONSCIENTE ORIENTADO ALGO ORIENTADO _____
 ATIVO CREATIVO HIPOATIVO _____
 HIPERTÔNICO HIPOTÔNICO _____
 COMATOSO SEDADO ANASARCA EDEMA _____

EVOLUÇÃO 16/01/19

HORÁRIO: 23:00

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

VENTILAÇÃO

O2 AMB MV _____ % HOOD: _____
 ENTUBADO TOT N° _____
 OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE

ESPONTÂNEA SVA A CADA: _____
 HEMATÚRIA OLIGÚRIA ANÚRIA _____
 POLIÚRIA SVD _____
 ASPERCTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

ESPONTÂNEA
 ESTÍMULO: _____
 AUSENTE _____ DIAS
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMÉ

FLACIDO GLOBOSO SEMI GLOBOSO
 DISTENDIDO DOR A PALPAÇÃO
 TÍMPANICO MACIÇO RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

DEAMBULANDO CADEIRA DE RODAS
 SOBRE MACA MULETA

DIETA

AO SEIO ORAL/COPINHO GTM
 SOG/SNG _____
 RESÍDUO GÁSTRICO: _____
 ZERO VOMITO _____ vezes

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

HV _____
 BI _____
 ATB _____

PELE

HIDRATADA RESSECADA ICTÉRICA
 NORMOCORADA HIPOCORADA CIANOSE
 EXTREMIDADE FRIAS NORMOTÉRMICA
 HIPOTERMIA: _____
 HIPERTERMIA: _____
 DRENO Local: _____
 Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

EUPNEICO DISPNEIDO TAQUIPNÉICO
 BRADIPNEICO TIRAGEM: _____
 RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
 TAQUICÁRDICO NORMOCÁRDICO BRADICARDICO

OBSERVAÇÕES: sem queixas durante a visita.

ok

Bruna Santana
 ENFERMEIRA
 COREN/AN 514.833

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro



PACIENTE: M. Apneude

SETOR: 12

LEITO: 203

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

IDADE:

PROCEDÊNCIA: () DOMICILIAR () HOSPITALAR: QUAL:

ALERGIAS: NãoDOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: Não

EVOLUÇÃO 17/01/19

HORÁRIO: 09

ASPECTO GERAL

- CONSCIENTE ORIENTADO ALGO ORIENTADO
 ATIVO REATIVO HIPOATIVO
 HIPERTÔNICO HIPOTÔNICO
 COMATOSO SEDADO ANASARCA EDEMA

VENTILAÇÃO

- O2 AMB IMV ____ % HOOD:
 ENTUBADO TOT N° _____
OBS: _____

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

- AVP: 11/01/19
 AVC: _____
 Jelco: _____
 Scalp.: _____

ELIMINAÇÕES

- DIURESE
 ESPONTÂNEA SVA A CADA: _____
 HEMATÚRIA OLIGÚRIA ANÚRIA
 POLIÚRIA SVD _____ / _____
ASPERCETO/CARACTERÍSTICA: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

- HV _____
 BI _____
 ATB _____

EVACUAÇÃO

- ESPONTÂNEA
 ESTÍMULO: _____
 AUSENTE _____ DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

PELE

- HIDRATADA RESSECADA ICTÉRICA
 NORMOCORADA HIPOCORADA CIANOSE
 EXTREMIDADE FRIAS NORMOTÉRMICA
 HIPOTERMIA: _____
 HIPERTERMIA: _____
 DRENO Local: _____
Característica do líquido: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

- ABDOMÉ
 FLACIDO GLOBOZO SEMI GLOBOZO
 DISTENDIDO DOR A PALPAÇÃO
 TÍMPÂNICO MACIÇO RUIDOS HIDROAÉREOS

APARELHO CARDIOPULMONAR

- EUPNEICO DISPNEICO TAQUIPNEICO
 BRADIPNEICO TIRAGEM: _____
 RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
 TAQUICÁRDICO NORMOCÁRDICO BRADICARDICO

LOCOMOÇÃO

- DEAMBULANDO CADEIRA DE RODAS
 SOBRE MACA MULETA

DIETA

- AO SEIO ORAL/COPINHO GTM
 SOG/SNG _____ / _____
 RESÍDUO GÁSTRICO: _____
 ZERO VOMITO _____ vezes

OBSERVAÇÕES: 09h. SA. Agora elle hospitalar.Waléda A. C. Comes
COREN-RN-5644000-ENF

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO

HORÁRIO:

ASPECTO GERAL

- CONSCIENTE ORIENTADO ALGO ORIENTADO
 ATIVO REATIVO HIPOATIVO
 HIPERTÔNICO HIPOTÔNICO
 COMATOSO SEDADO ANASARCA EDEMA

VENTILAÇÃO

- O2 AMB IMV ____ % HOOD:
 ENTUBADO TOT N° _____
OBS: _____

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

- AVP: _____
 AVC: _____
 Jelco: _____
 Scalp.: _____

ELIMINAÇÕES

- DIURESE
 ESPONTÂNEA SVA A CADA: _____
 HEMATÚRIA OLIGÚRIA ANÚRIA
 POLIÚRIA SVD _____ / _____
ASPERCETO/CARACTERÍSTICA: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

- HV _____
 BI _____
 ATB _____

EVACUAÇÃO

- ESPONTÂNEA



PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE Señor Alvaro
APTO.: 2034 N° REGIST.
CONVEN. se

USO DE:	DATA / H		USO DE:	DATA
BOMBA DE INF.	DIL		ECG	
NEBULIZADOR	Nº		OXIG./UMIDIF.	
ASPIRADOR	DIL		BERÇO AQUECIDO	
CURATIVO			FOTOTERAPIA	
			INCUBADORA	

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
16/01/19		paciente encaminhado ao CC e exames do seu marido de C1 rodas e exame sabado por Dr. da neta Edimilza Scl. referencial do CC sobre ma- ca trazendo seu prontuário.	Edimilza Oliveira de Souza AR Tec. Enfermagem Coren RN 960.86
16/01/19 14:00		Adm. med. EV Decadron 4mg + Abd conforme prescrito	Waldemir Oliveira Ferreira Tec. Enfermagem COREN RN 201785
16/01/19 16:00		Adm. med. EV Decadron 4mg + Abd conforme prescrito	Elaine Lemos de Souza COREN RN 20011537E
16/01/19 18:00		Adm. med. EV Keflin 1g + Abd + Dipirona 2ml + 8 Abd + Antah 50mg	Elaine Lemos de Souza COREN RN 20011537E
16/01/19 20:00		Abd conforme prescrito	Elaine Lemos de Souza COREN RN 20011537E
17/01/19 24:00		Abd conforme prescrito	Rosânia Maria dos S. A. Melo COREN RN 000.599.50
17/01/19 24:00		Abd conforme prescrito	Rosânia Maria dos S. A. Melo COREN RN 000.599.50
17/01/19 24:00		Abd conforme prescrito	Rosânia Maria dos S. A. Melo COREN RN 000.599.50
17/01/19 24:00		Abd conforme prescrito	Rosânia Maria dos S. A. Melo COREN RN 000.599.50
17/01/19 24:00		Abd conforme prescrito	Rosânia Maria dos S. A. Melo COREN RN 000.599.50
17/01/19 8h		Adm. med. Keflin 1g + Deca- dron 4mg - EV conforme prescrito	Elzanei do Nascimento Silva COREN-RN 000.599.50
17/01/19 12:45		PCP saida de alta hospitalar levando seus pertences pessoais conforme orientado, em 02 embas- te, devolvendo anexo aos mantimentos: 3 pacientes de RX + exames TCCs.	Elzanei do Nascimento Silva COREN-RN 000.599.50

REGISTRO
PACIENTE
Dr. Paulo
PREScrição
CONVÉNIO: SUS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: / / APTO/ENF.

PREScriÇÃO

Pai: Antônio de Oliveira
Número do paciente: CRN 1110161

SERINGA 01

SERINGA 03 CC

SERINGA 05 CC

SERINGA 10 CC

SERINGA 20 CC

EQUIPO MICROGOTAS

EQUIPO P/ BI

EQUIPO P/ SANGUE

JELCO Nº

SCALP Nº

POLIFIX

ILUVA PROCEDIMENTO

ILUVA ESTER. Nº

GASES PCT

ESPARADRAPO

MICROPORE

PVP

ETER

ALCOOL 70% ml

ALGUDÃO BOLA

AGUILHA DESC.

CREPOM Nº

CEPACOL ml

POMADA

SONDA DE FOLEY

SONDA URETRAL

SONDA NASO

COLETOR FECHADO

COLETOR ABERTO

LAMINA BISTURI

ELETROLD

MASC. DESCAT

SORO FISIO. 0,9%

FITA HGTT

RC FARMÁCIA

RECIBO

DÉBITOS	
SERINGA 01	
SERINGA 03 CC	
SERINGA 05 CC	
SERINGA 10 CC	
SERINGA 20 CC	
EQUIPO MICROGOTAS	
EQUIPO P/ BI	
EQUIPO P/ SANGUE	
JELCO Nº	
SCALP Nº	
POLIFIX	
ILUVA PROCEDIMENTO	
ILUVA ESTER. Nº	
GASES PCT	
ESPARADRAPO	
MICROPORE	
PVP	
ETER	
ALCOOL 70% ml	
ALGUDÃO BOLA	
AGUILHA DESC.	
CREPOM Nº	
CEPACOL ml	
POMADA	
SONDA DE FOLEY	
SONDA URETRAL	
SONDA NASO	
COLETOR FECHADO	
COLETOR ABERTO	
LAMINA BISTURI	
ELETROLD	
MASC. DESCAT	
SORO FISIO. 0,9%	
FITA HGTT	
RC FARMÁCIA	
RECIBO	

07.01.19



PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

Evolução Médica

PACIENTE: 42-Alanezires REGISTRO Nº
APTO.: 2034 CONVENIO
MÉDICO: I-11

DATA / HORA	DESCRIÇÃO MEDICA
10/01/19 22h	Paciente admitido no int. Para tratamento cirúrgico de fratura de múltipla do fiose, estabelecido agendando em 02 ambientes, segue os cuidados da enfermagem.
16.01.19 19:50h	Nutrição Paciente admitido para realizar procedimento de fratura múltipla de fiose. Nega obesos pré-existentes e alergia alimentar, afebre em dieta zero, eliminações fisiológicas presentes.
18/01/19	Paciente acordado, pris o estômico fechado, higado, eletrodo. 02 Civ.
20/01/19	Paciente acordado, pris o estômico fechado, higado, eletrodo. 02 Civ.
24/01/19 09:20h	Nutrição Paciente segue estável afebril, eliminações fisiológicas presentes, com boa aceitação de suco líquido/pastosa.

Patrícia Lino de França
Nutricionista
CRN-RN 10161

Ivan Favares de F. Júnior
Ortopedista
CRM-RN 10161
CRO/RN 10161
Fone: 16 374 704-00

Ivan Favares de F. Júnior
Ortopedista
CRM-RN 10161
CRO/RN 10161
Fone: 16 374 704-00

Patrícia Lino de França
Nutricionista
CRN-RN 10161



HOSPITAL & MATERNIDADE

Dr. Paulo Gurgel

Nome completo Ms. Ana Paula de Oliveira Bezerra
 RG 2.428.383
 Unidade de origem
 Cirurgia proposta Intervenção Reabilitadora de ferida

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

Data Nascimento 12-03-89
 Data 15-01-19
 Modalidade Electiva Urgência Emergência

Encaminhamento de clientes ao Centro Cirúrgico	Antes da indução anestésica		Antes de iniciar a cirurgia		Antes do cliente sair da SO
	Check in	Time out	Check out	Time out	
Identificação do cliente	<ul style="list-style-type: none"> Confirmação sobre o cliente Identificação do cliente Local da cirurgia a ser feita Procedimento a ser realizado 	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais Staff 1º cirurgião 2º cirurgião Anestesista Ciroulante Chirurgões, anestesistas e equipe de enfermagem confirmam: 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Procedimento realizado <u>Finalizado</u> A contingência de compressões, segulares e instrumentais está correta?
Sítio cirúrgico demarcado	<ul style="list-style-type: none"> Consentimento anestésico e cirúrgico Sítio cirúrgico certo Montagem da SO de acordo com o procedimento programado 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Peças anatomicas/culturas identificadas adequadamente Requisição preenchida?
Consentimento e avaliação anestésica	<ul style="list-style-type: none"> Revisão dos equipamentos de anestesia Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes Exames de imagem estão disponíveis Placa de electrocautério Procedimento a ser realizado Placa de antibiótico profilático Uso de aspirador Exames de imagem estão disponíveis Revisão do cirurgião. Passos críticos Duração estimada /Possíveis perdas sanguíneas 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pos-operatória desse cliente:
Consentimento cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> Revisão do cliente Sítio cirúrgico 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Chirurgião <u>Dra. Fernanda Góes</u>
Consentimento transfusional	<ul style="list-style-type: none"> Consentimento transfusional Banho <input checked="" type="checkbox"/> Sim/Horário <u>01h</u> <input type="checkbox"/> Não Tricotomia <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Anestesista <u>Dra. Cláudia Caldeira</u>
Horário	<ul style="list-style-type: none"> Local <u>Local</u> Horário <u>Jejum/Fim/Início <u>22h</u></u> <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeira <u>Enfermeira Ana Elizângela</u>
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Imagem Biópsia Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Revisão do anestesista Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames laboratoriais	<ul style="list-style-type: none"> Exames laboratoriais Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> O cliente tem alergia?
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> O cliente tem alergia?
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> O cliente tem alergia?
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames	<ul style="list-style-type: none"> Exames Retirada prótese e adorno? 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário
Exames					



PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

CONTROLE HÍDRICO E T.P.R.

APTº

NOME: Dr. Sérgio Vitor de Oliveira Bezerra REG.: 545 MÉDICO: Dr. Vitor CONVÉNIO: SUS

DIA	HORAS	PRESSAO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PULSO	DIETA	VÓMITO	DIURESE	EVACUAÇÃO	ASSINATURA
15/01/19	22:30	110 X 70	—	37,0	—	—	—	—	—	Be-Paulo
16/01/19	06:00	115 X 60	—	35 °C	—	—	—	—	—	Be-Paulo
16/01/19	16:30	120 X 80	—	36,9 °C	—	—	—	—	—	Be-Paulo
16/01/19	02:00	100 X 60	—	36,7 °C	48	—	—	—	—	Be-Paulo

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE



Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

ATESTADO
MÉDICO

ATESTADO

Atestado para os devidos fins, que o(a) segurado(a)

2023-09-26 apreendido de *Alneida Bozene*

foi examinado(a) nesta Unidade de Saúde às _____ horas, e necessita

afastar-se de suas atividades profissionais / estudantis, durante um período

de 60 (Seisenta) dia (s), por motivo de doença

a partir desta data.

Autorização do paciente para
divulgação do CID.

CID. 10 nº

5023

Local e data

msf/21.12.2018
Ivan Tavares de K. Junior
Cirurgia e Traumatologia
BucoMaxiloFacial
CBO/RN 1629 - CRM 168.370.704-00

Assinatura e carimbo do profissional

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





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

2ª Vara da Comarca de Assu

DR. LUIZ CARLOS, 230, Fórum da Justiça Estadual, NOVO HORIZONTE, AÇU - RN - CEP: 59650-000

Processo: 0804114-79.2019.8.20.5100 - PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Nas ações de cobrança de DPVAT, o juiz deve adotar providências para que o processo tramite com celeridade. Em casos em que dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia e apresentação de defesa, a audiência de conciliação pode ser designada para momento posterior, fazendo-se adaptação no procedimento que conduza à máxima efetividade e à celeridade processuais. Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação.

Quanto a assistência judiciária gratuita, a parte autora alegou não ter condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo próprio. O artigo 5º da Lei 1.060/1950, com suas alterações, dispõe que, se não houver fundadas razões para indeferir o pleito, este deverá ser julgado de plano. Observa-se que, mesmo na vigência do artigo 4º da aludida lei, a presunção de pobreza era relativa (REsp 1.286.262-ES). Portanto, caso não haja, nos autos, elementos suficientes a concessão da benesse, o pedido deve ser indeferido. Se houver, concede-se. Ademais, a assistência da parte por advogado particular não impede o deferimento do benefício, conforme prevê o art. 99, § 4º, do CPC: “*A assistência do requerente por advogado particular não impede a concessão de gratuidade da justiça*”. Nesta lide estão presentes os aludidos elementos, assim, defiro a assistência judiciária gratuita.

Ante o exposto, DEFIRO a gratuidade da justiça e PROCEDO a adequação do procedimento com a finalidade de dar celeridade ao processo.

PROVIDÊNCIAS:

1) Cite-se a seguradora-ré para, querendo, apresentar resposta no prazo de 15 (quinze) dias, **devendo carrear aos autos cópia integral do procedimento administrativo respectivo ao sinistro narrado na exordial**, manifestando-se, ainda, quanto à eventual ocorrência de prescrição, litispendência e coisa julgada no caso sob análise, sob pena de revelia. Deverá, nessa mesma oportunidade, se assim desejar, apresentar quesitos técnicos respectivos à perícia judicial, bem como nomear seu assistente técnico.

2) Com a defesa, intime-se a parte autora, por seu advogado, para apresentar réplica à contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, devendo, ainda, apresentar sua quesitação pericial e nomear o respectivo assistente técnico, se assim desejar.



3) Ultrapassadas tais etapas, determino o aprazamento de perícia médica a ser realizada por perito de confiança deste juízo, pelo que, desde já, apresento os quesitos a serem respondidos:

3.1- Quais as lesões sofridas pelo autor?

3.2- As lesões decorreram de acidente de veículo?

3.3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente?

3.4- Totalmente ou em parte?

3.5 – Em que percentual?

3.6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica?

3.7- A incapacidade é temporária ou permanente?

3.8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica?

3.9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta?3.10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média(50%), leve (25%) ou residual(10% ou menos)?

4) A Secretaria Judiciária deverá providenciar a intimação das partes acerca do perito nomeado, local, dia e hora da perícia com, ***no mínimo 20 (vinte) dias de antecedência***, podendo, no prazo de 15 (quinze) dias, arguir o impedimento ou a suspeição do perito, se for o caso. A parte autora deverá ser advertida que eventual ausência deve ser comprovadamente justificada, sob pena do prosseguimento do feito ***sem a produção da prova***.

5) Nesse aspecto, determino que a intimação da parte autora dar-se-á pessoalmente, por carta ou mandado, dirigido ao ***endereço constante em seu comprovante de residência***, e por intermédio de seu advogado constituído.

6) Após a realização da perícia judicial, o laudo médico deverá ser apresentado pelo perito no prazo de **20 (vinte) dias**.

7) Em virtude da existência de Convênio celebrado entre o Tribunal de Justiça deste estado e a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, em que houve a fixação dos honorários periciais no valor de **R\$200,00**(duzentos reais), intime-se a seguradora-ré para que, no prazo de 10 (dez) dias, providencie o pagamento dos honorários.

8) Nessa mesma oportunidade, intimem-se as partes para, no prazo comum de 10 (dez) dias, manifestarem-se e informarem se têm interesse em audiência de conciliação, requerendo o que entenderem de direito.

9) Havendo impugnação à prova, intime-se o perito judicial para que, também no prazo de 10 (dez) dias, apresente os esclarecimentos que julgar pertinentes.

10) Com a manifestação do profissional, intimem-se as partes para que, no prazo comum de 10 (dez) dias, tomem ciência da resposta, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais, **caso o processo não seja incluído em mutirão**.



11) Cumpridas as diligências ora determinadas em sua *integralidade*, voltem-me conclusos para sentença.

12) Publique-se.

ASSU, 13 de janeiro de 2020.

ANA MARIA MARINHO DE BRITO

Juiz(a) de Direito

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)



Assinado eletronicamente por: ANA MARIA MARINHO DE BRITO - 13/01/2020 19:26:46
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011319264378700000050326650>
Número do documento: 20011319264378700000050326650

Num. 52162298 - Pág. 3



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

2ª Vara da Comarca de Assu

DR. LUIZ CARLOS, 230, Fórum da Justiça Estadual, NOVO HORIZONTE, AÇU - RN - CEP: 59650-000

Processo: 0804114-79.2019.8.20.5100 - PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Nas ações de cobrança de DPVAT, o juiz deve adotar providências para que o processo tramite com celeridade. Em casos em que dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia e apresentação de defesa, a audiência de conciliação pode ser designada para momento posterior, fazendo-se adaptação no procedimento que conduza à máxima efetividade e à celeridade processuais. Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação.

Quanto a assistência judiciária gratuita, a parte autora alegou não ter condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo próprio. O artigo 5º da Lei 1.060/1950, com suas alterações, dispõe que, se não houver fundadas razões para indeferir o pleito, este deverá ser julgado de plano. Observa-se que, mesmo na vigência do artigo 4º da aludida lei, a presunção de pobreza era relativa (REsp 1.286.262-ES). Portanto, caso não haja, nos autos, elementos suficientes a concessão da benesse, o pedido deve ser indeferido. Se houver, concede-se. Ademais, a assistência da parte por advogado particular não impede o deferimento do benefício, conforme prevê o art. 99, § 4º, do CPC: “*A assistência do requerente por advogado particular não impede a concessão de gratuidade da justiça*”. Nesta lide estão presentes os aludidos elementos, assim, defiro a assistência judiciária gratuita.

Ante o exposto, DEFIRO a gratuidade da justiça e PROCEDO a adequação do procedimento com a finalidade de dar celeridade ao processo.

PROVIDÊNCIAS:

1) Cite-se a seguradora-ré para, querendo, apresentar resposta no prazo de 15 (quinze) dias, **devendo carrear aos autos cópia integral do procedimento administrativo respectivo ao sinistro narrado na exordial**, manifestando-se, ainda, quanto à eventual ocorrência de prescrição, litispendência e coisa julgada no caso sob análise, sob pena de revelia. Deverá, nessa mesma oportunidade, se assim desejar, apresentar quesitos técnicos respectivos à perícia judicial, bem como nomear seu assistente técnico.

2) Com a defesa, intime-se a parte autora, por seu advogado, para apresentar réplica à contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, devendo, ainda, apresentar sua quesitação pericial e nomear o respectivo assistente técnico, se assim desejar.



3) Ultrapassadas tais etapas, determino o aprazamento de perícia médica a ser realizada por perito de confiança deste juízo, pelo que, desde já, apresento os quesitos a serem respondidos:

3.1- Quais as lesões sofridas pelo autor?

3.2- As lesões decorreram de acidente de veículo?

3.3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente?

3.4- Totalmente ou em parte?

3.5 – Em que percentual?

3.6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica?

3.7- A incapacidade é temporária ou permanente?

3.8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica?

3.9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta?3.10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média(50%), leve (25%) ou residual(10% ou menos)?

4) A Secretaria Judiciária deverá providenciar a intimação das partes acerca do perito nomeado, local, dia e hora da perícia com, ***no mínimo 20 (vinte) dias de antecedência***, podendo, no prazo de 15 (quinze) dias, arguir o impedimento ou a suspeição do perito, se for o caso. A parte autora deverá ser advertida que eventual ausência deve ser comprovadamente justificada, sob pena do prosseguimento do feito ***sem a produção da prova***.

5) Nesse aspecto, determino que a intimação da parte autora dar-se-á pessoalmente, por carta ou mandado, dirigido ao ***endereço constante em seu comprovante de residência***, e por intermédio de seu advogado constituído.

6) Após a realização da perícia judicial, o laudo médico deverá ser apresentado pelo perito no prazo de **20 (vinte) dias**.

7) Em virtude da existência de Convênio celebrado entre o Tribunal de Justiça deste estado e a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, em que houve a fixação dos honorários periciais no valor de **R\$200,00**(duzentos reais), intime-se a seguradora-ré para que, no prazo de 10 (dez) dias, providencie o pagamento dos honorários.

8) Nessa mesma oportunidade, intimem-se as partes para, no prazo comum de 10 (dez) dias, manifestarem-se e informarem se têm interesse em audiência de conciliação, requerendo o que entenderem de direito.

9) Havendo impugnação à prova, intime-se o perito judicial para que, também no prazo de 10 (dez) dias, apresente os esclarecimentos que julgar pertinentes.

10) Com a manifestação do profissional, intimem-se as partes para que, no prazo comum de 10 (dez) dias, tomem ciência da resposta, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais, **caso o processo não seja incluído em mutirão**.



11) Cumpridas as diligências ora determinadas em sua *integralidade*, voltem-me conclusos para sentença.

12) Publique-se.

ASSU, 13 de janeiro de 2020.

ANA MARIA MARINHO DE BRITO

Juiz(a) de Direito

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)



Assinado eletronicamente por: ANA MARIA MARINHO DE BRITO - 13/01/2020 19:26:46
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011319264378700000050326650>
Número do documento: 20011319264378700000050326650

Num. 55439313 - Pág. 3