



Número: **0838801-59.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **26/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE UMBERTO DA SILVA (AUTOR)		JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12040612	28/08/2017 16:11	01 PROCURAÇÃO	Procuração
12040617	28/08/2017 16:11	02 BOLETIM DE OCORRÊNCIA	Documento de Comprovação
12040626	28/08/2017 16:11	03 DOCUMENTOS MÉDICOS	Documento de Comprovação
12040628	28/08/2017 16:11	04 PRÉVIO REQUERIMENTO ADM	Documento de Comprovação
12040636	28/08/2017 16:11	05 QUESITOS	Outros documentos
12040645	28/08/2017 16:11	06 DOCUMENTOS PESSOAIS	Documento de Identificação
12040652	28/08/2017 16:11	08 CONTRATO DE HONORÁRIOS	Documento de Comprovação

PROCURAÇÃO PARTICULAR AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: João Umberto de Silva

Nacionalidade: brasileiro Estado Civil: solteiro

RG nº: 003.805.800 CPF nº: 714.360.744-44

Endereço: Vila Otacilio Otavio de Oliveira 12

Bairro: Centro Cidade: São J. do Lampião RN.

OUTORGADO: JOÃO ROBERTO FERREIRA NEVES, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.239, com escritório profissional à Rua Dr. Sadi Mendes de Lucena, nº 1022-A, Monte Castelo, Parnamirim/ RN, CEP 59.146-110, E-mail: jrfneves@outlook.com.

PODERES: amplos e ilimitados para o foro em geral, junto ou separadamente, em qualquer juízo ou grau de jurisdição, podendo propor e variar de ações civis e criminais, em quaisquer medidas preliminares ou assecuratórias dos nossos direitos e interesses, defende-lhe nas que lhe forem propostas, usar de todos os recursos em Direito admitidos, receber citações e notificações, louvar-se em peritos ou impugná-los, cobrar honorários, inclusive do(s) outorgante(s), referente à presente ação, fazer impugnação, adjudicações, arrematações, transigir, desistir, receber e dar quitações, reconhecer ou não o procedimento do pedido, renunciar ao direito sobre ação, firmar compromissos e substabelecer, podendo ainda usar dos poderes da cláusula “AD JUDICIA ET EXTRA” para requerer e receber junto aos **Hospitais o Boletim do Primeiro Atendimento e Prontuário Cirúrgicos**, o que tudo dará por firme e valioso e, em especial para presente ação de cobrança do Seguro DPVAT. Destarte segue assinada por duas testemunhas, por analogia, na forma do art. 595 do CC.

Parnamirim /RN, 26 de Agosto de 2017



OUTORGANTE

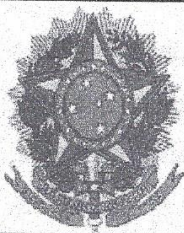
Assinado a rogo por:

Francisca Aliveni do Nascimento Silva

CPF: 923.980.303-34

Everton Felipe de Santana Felix

CPF: 070.507.954-61



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL SÃO JOSÉ DO CAMPESTRE - RN

CNPJ/MF – 08.472.037/0001-24 – e-mail: catoriosjcampestre@gmail.com

ELIANE VIANA DE SOUSA

Rua Getúlio Vargas, 630 – Ce



Registrador
Campestre/RN – CEP 59.275-000 – Fone: (84) 3294.2524

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente é uma

reprodução fiel do original que me foi
apresentado ao qual autentico e dou fé.

São José Campestre/RN 10/02/2017

Eliane Viana de Sousa

Notária

PRIMEIRO TRASLADO

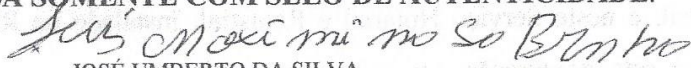
LIVRO NÚMERO 047

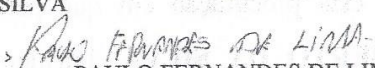
FOLHAS Nº 099

PROCURAÇÃO PÚBLICA QUE FAZ: José Umberto da Silva, na forma abaixo:

A 10 (dez) de fevereiro de 2017 (dois mil e dezessete), nesta Cidade de São José do Campestre, Estado do Rio Grande do Norte, República Federativa do Brasil, e neste Serviço Notarial e Registral, instalado na Rua Getúlio Vargas, 630, lavro esta procuração em que perante mim comparece, como *outorgante*: **JOSÉ UMBERTO DA SILVA**, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF/MF nº 714.360.744-44, identidade nº 3.805.800-SESPDS/RN, com endereço na Vila Projetada, nº 03, Centro, nesta cidade de São José do Campestre/RN, CEP: 59.275-000, onde tem domicílio, assina a rogo do outorgante o Sr. LUIZ MAXIMINO SOBRINHO (CPF/MF nº 214.462.964-15 – RG nº 3.805.800-SSP/RN), a pedido do mesmo por não ser alfabetizado, deixando a sua impressão dactiloscópica, ao pé deste instrumento. Reconheço a identidade do comparecente e sua capacidade para este ato. Então, na minha presença, pelo outorgante, me foi dito que, por este público instrumento, nomeia e constitui seu *procurador*: **RANIERE SOARES DA SILVA**, brasileiro, solteiro, frentista, inscrito no CPF/MF nº 078.762.554-00, identidade nº 2767465-ITEP/RN, com endereço na Vila Projetada, nº 03, Centro, nesta cidade de São José do Campestre/RN, CEP: 59.275-000, onde tem domicílio. A quem concede poderes especiais para representá-lo perante qualquer agência do **BANCO DO BRASIL S/A e/ou BRADESCO, em qualquer de suas agências, ou perante qualquer estabelecimento bancário competente**, podendo abrir, movimentar e encerrar conta poupança/corrente, receber, passar recibo e dar quitação, solicitar saldos e extratos, fazer cadastro e recadastramento, sacar com ou sem cartão, requisitar e receber cartão eletrônico, cadastrar, postar, alterar e desbloquear senhas, assinar propostas, contratos, termos, aditivos, declarações, todo e qualquer documento que se fizer necessário, assinando tudo em nome dele outorgante; enfim, praticar

todos os demais atos necessários ao fiel e cabal desempenho deste mandado. Assim o disse, do que dou fé, e me pediu este instrumento que lhe li, aceitou e assina abaixo, com as testemunhas: 1) MÁRCIA FELIZARDO, brasileira, solteira, agricultora, inscrita no CPF/MF nº 340.693.668-73, identidade nº 3030857-SSP/PB, com endereço na Rua José Peregrino, nº 36, Centro, nesta cidade de São José do Campestre/RN, CEP: 59.275-000, onde tem domicílio; e, 2) PAULO FERNANDES DE LIMA, brasileiro, casado, microempresário, inscrito no CPF/MF nº 335.115.768-14, identidade nº 2.192.824-SEDS/RN, com endereço na RUA Doutor Antônio Queiroga, nº 38, Centro, nesta cidade de São José do Campestre/RN, CEP: 59.275-000, onde tem domicílio. Eu, Vilma Jordana da Rocha, Notária e Registradora, a digitei, dato, subscrevo e assino em público e raso, com o sinal de que uso. **VÁLIDA SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE.**


 JOSÉ UMBERTO DA SILVA

 MÁRCIA FELIZARDO

 PAULO FERNANDES DE LIMA

São José do Campestre/RN, 10 de fevereiro de 2017.

Em testemunho de de verdade

Vilma Jordana da Rocha
 Notária e Registradora



AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado ao qual autentico e dou fé.

São José Campestre/RN 10/02/2017

Vilma Jordana da Rocha
 Notária

Emolumentos	R\$ 44,48
Taxa Fiscalização 7000002749457	R\$ 11,71
FCRCPN	R\$ 4,45
FRMP nº 1157987	R\$ 1,63
Total	R\$ 62,27



Govorno 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 SÃO JOSÉ DO CAMPESTRE

Endereço: AV. VEREADOR MANOEL CARDOSO DA SILVA, S/N, CENTRO, SÃO JOSÉ DO CAMPESTRE

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2017157000021

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRANSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 31/01/2017 10.17.58

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 06/10/2016 22.31.00

2.3 Fato: Consumado

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.4 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: SN

2.7 Logradouro: SAO JOSE DO CAMPESTRE RN

2.10 Complemento:

2.9 CEP:

2.12 Bairro: CENTRO

2.11 Ponto de Referência:

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.13 Cidade: SÃO JOSÉ DO CAMPESTRE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSE UMBERTO DA SILVA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Etnia: Parda

3.4 Pai: MANOEL SOARES DA SILVA

3.5 Mãe: LUIZA BARBOSA DA SILVA

3.6 Data de Nascimento: 05/07/1970

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 RG: 003805800 - ITEP/RN

3.9 CPF: 71436074444

3.10 Passaporte:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Naturalidade: LAGOA D'ANTA RN

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.14 E-Mail:

3.15 Telefone(s): 84 999071248

3.16 Logradouro: RUA VILA OTACILIO OTAVIO DE OLIVEIRA

3.17 Número: 12

3.18 CEP:

3.19 Bairro: CENTRO

3.20 Cidade: SÃO JOSÉ DO CAMPESTRE

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: *****43336

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: MMN9958

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: FIAT

7.1.8 Modelo: FIORINO TREKKING

7.1.9 Ano do Modelo: 1996

7.1.10 Ano de Fabricação: 1995

7.1.11 Cor do veículo: CINZA

7.1.12 Tipo do veículo: CAMINHONETE

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: ANTONIO CESAR TAVARES DE OLIVEIRA

7.1.16 Vínculo com a

7.1.17 Nome do condutor:

Ocorrência:

7.1.18 Observações: A VITIMA VINA DE CARRONA

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE INFORMA QUE VINHA DE CARONA COM UM AMIGO NO DESCRITO VEICULO QUANDO O MESMO COLIDIU COM OUTRO VEICULO, O DECLARANTE INFORMA QUE FOI ARREMESSADO PARA FORA DO VEICULO E FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO MUNICÍPIO E CONDUZIDO AO HOSPITAL MONSENHOR WOLFRED GURGEL CONFORME LAUDOS MÉDICOS HOSPITALARES, E NADA MAIS DISSE.

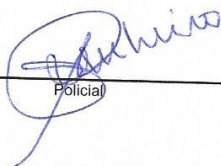
9.2 Informações do CIOSP

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 31/01/2017 10.17.58


Policial

Interessado



Atendimento: 965065 - NEUSA MARIA LOPES DIAS PINHEIRO

Impresso por: 965065 - NEUSA MARIA LOPES DIAS PINHEIRO em 31/01/2017 10:18:09

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

AL CORTIMO PI SUPORTE BÁSICO
4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUI, R, SENTIR), 5 - SE APNEIA, APLIQUE 2 VENTILADORES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOL), 6 - SE O RÍTIMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP (30/2), 11 - AVALIE A RESPIRAÇÃO DO DEB, 8 - DEB DISPONÍVEL: A, 10 - RÍTIMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP (30/2), 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MEÇA, 13 - COLOQUE A EM POSIÇÃO DE RE

NDIMENTO ESPECIALIZADO

NESTOR DOUGLAS M:33

NESE

VÍTIMA DE ACIDENTE DE CARRO COM
CONSIDERADA FÓRMULA EM 15/31 DETOR
MÚLTIPLOS FURTORES ISO/8000

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

NÍVELS NEURO DO FÉDERO
OBSERVAÇÃO OK. (TODAS AS COISAS)

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

COL. MATEMATICA
SI BOLA DE CIBERIA NO NOUE
NARRADA

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde coerentemente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, onde está, etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala alucinatória, mas sem troca conversacional)	3
Sons ininteligíveis. (Gemendo sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica a dor.	4
Padrão flexo a dor (Decorticação).	3
Padrão extensor a dor (Descrebrização).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	30 = 0
	10-29 = 4
	>30 = 3
	6-9 = 2
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	1-50 = 1
	00 = 0
	>90 = 4
	76-89 = 3
	50-59 = 2
	1-49 = 1
	00 = 0

"Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.I. Copes, et al: A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1988.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)

03 - 08 = grave (necessidade de intubação imediata);
09- 3 = moderado;
14-15 = leve

* Referência: TEASDALE G. JENNET, B. Assessed of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

* A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa solicite ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL, REQUISIÇÃO DE EXAMES, OU HA DE PRESCRIÇÃO E ANEXE AO BOLETIM.

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)***

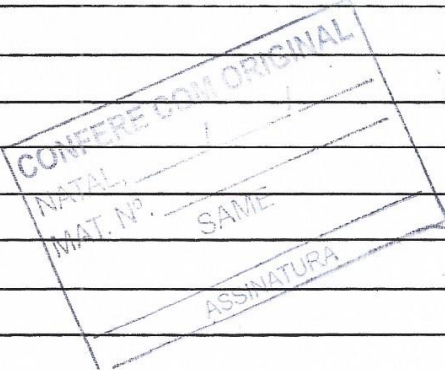
TC de crânio, coluna
cervical, torax e
abdomeRx de pulve AP
e perne (MIE)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. VAF 07.10.2016
8:50 PM P. Paula
Dra. Alyne Alves Sobrinho
Médica
CRM/RN 8.205

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:	NER	HORA:	07/10/16	DATA:	00:35h
ESPECIALISTA 2:		HORA:		DATA:	
ESPECIALISTA 3:	Dra. Alyne Alves Sobrinho Médica CRM/RN 8.205	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, contribuindo para a melhoria da assistência no HMWG.

REGISTRO DE SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL A CRIANÇAS, EM
FIM DE LUGAR, DEPENDÊNCIA FAMILIAR, DEPENDÊNCIA SOCIAL, DEPENDÊNCIA

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO ?

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐



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

FICHA DE ACOMPANHAMENTO SOCIAL

Enfermaria: Polinauma Leito: 109
UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 07 / 10 / 2016
Alto: _____

Identificação

Nome: João Humberto da Silva Naturalidade: Lagoa D'anta (RN)

Idade: 46 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 05 / 07 / 70
Estado Civil: solteiro Nível de Instrução: _____

Pai: Manoel Soares da Silva
Mãe: Luiza Barbosa da Silva

Endereço: Vila Olavillo Oliveira de Oliveira Cidade: São José de Campestre - RN

Telefone: () 9907-1248 ☐ Residencial ☐ Trabalho ☐ Recado
Outros telefones: _____

Responsável pelo paciente: Raimundo Soares da Silva Parentesco: _____
Endereço do Responsável: Silva - município

Situação Ocupacional do Paciente e Vinculação Previdenciária

Atividade que desenvolve: Agricultor

Trabalha com vínculo empregatício ☐ Sim ☒ Não

Desempregado ☐ Sim ☐ Não Benefício da LOAS ☐ Sim ☐ Não Renda: _____

Composição familiar: solteiro e quitanda

Forma de Acesso ao Serviço:

☐ Sozinho - procurou atendimento ☐ Trazido por familiares ☒ Trazido pelo SAMU

☐ Socorrido em via pública

☐ ENCAMINHADO: Hospital de origem: _____
Médico: _____

4. Paciente encontra-se nos requisitos para ter acompanhamento? ☐ Sim ☒ Não

Em caso positivo, qual o motivo? _____

Evolução (Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

07.10.2016 - Paciente sofreu acidente de trânsito, chegou ao H. através do SAMU. Contato com o sobrinho, João Raimundo Soares, seg. o mesmo se reúne com ele e sua mãe, mãe do paciente. Paciente não sabe ler e escrever, não tem documentação nenhuma, não sabe dar conta de si mesmo, vai morar. X/ Silvana 640





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Waifredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Nome: João Humberto de Silve Nº Registro: 1136803
Serviço: Non Idade: 44 Leito:

HISTÓRIA CLÍNICA

Non atletas 02:30h.

Idade 44, natureza de colúmbia com x comentes
maiores pelo sexo.

Ed - 10, nunca no / p/burgante, sem parcerias.

Reclusão = apudamento frontal exposto! Contorno frontal / ASAT.

Reclusão Cerebral / Nervos / Lombos
sem nenhum sintoma

⇒ Indicando Cerebro !!!

⇒ sem nota no CC de parcerias
no momento.

Mantendo em jejum / Curativo

Handwritten signature
Kivus Ferreira Aranda
Neurocirurgia
CRM/RN 7236

NCR 7.10.16

Até mantém jejum. 15
ainda não foi operado

por volume de teste.

Handwritten signature
Nelson Pinheiro Junior
Neurocirurgia
Neurocirurgia Endovascular
CRM/RN 5579

CONFERE COM ORIGINAL
DATA:
HIST. Nº
SAME
ASSINATURA

08/10/16 NCR Nota Operatória

Paciente submetido a tratamento cirúrgico de
apudamento frontal-lateral aberto. Até um internamento

cd: 1. A UTI.

Handwritten signature

Handwritten signature
Rafael Luis Brandão Cavalcanti
Neurocirurgia
CREMESP 75134 CREMERN 3641

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

CHECK LIST ADMISSÃO UTI

IDENTIFICAÇÃO		UTI do PS em 18/10/16
Nome:	Jose Humberto da Silva	Data: 09/10/16
Data de Nascimento:	05/07/1970	Reg. Nº 113 68 03

ROTEIRO (CHECK LIST) ADMISSÃO - UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

MÉDICO	RECEBER PACIENTE DO ANESTESISTA E/OU EQUIPE ASSISTENTE	☒
	REALIZAR EXAME FÍSICO - CHECAR DADOS VITAIS	☒
	CHECAR DISPOSITIVOS INVASIVOS E SOLUÇÕES DE INFUSÃO, EM ESPECIAL Nº DO TOT	☒
	REALIZAR ADMISSÃO DO PACIENTE	☒
	DEFINIR OBJETIVOS INICIAIS E ORIENTAR EQUIPE	☒
	COMUNICAR EQUIPE O PLANO DE ATENDIMENTO E EVOLUÇÃO DO CASO	☒
	REALIZAR / REVISAR PRESCRIÇÃO MÉDICA, CONFERIR PRESCRIÇÃO DE PROFILAXIAS: TEV, UP...	☒
	SOLICITAR EXAMES SUBSIDIÁRIOS PARA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS IMEDIATOS	☒
	NA AUSÊNCIA DO FISIOTERAPEUTA:	☒
	AVALIAR PADRÃO VENTILATÓRIO E INSTALAR OXIGENIOTERAPIA, SE NECESSÁRIO	☒
	INSTALAR VENTILADOR MECÂNICO E AJUSTAR PARÂMETROS, QUANDO NECESSÁRIO	☒
	VENTILAÇÃO E SATURAÇÃO ADEQUADAS	☒
TEMPO PREVISTO DE INTERNAÇÃO EM UTI:		06 dias
ENFERMAGEM	RECEBER O PLANTÃO DO ENFERMEIRO DO SETOR DE ORIGEM DO PACIENTE E REPASSAR À EQUIPE	☐
	MONITORIZAR O PACIENTE (ELETRODOS, OXIMETRIA, PNI)	☐
	VERIFICAR INSERÇÃO, FIXAÇÃO, ASPECTO DO DÉBITO DOS DOS POSITIVOS INVASIVOS (SVD, SNE/G, DRENOS, CVC, CVP, PAM, PVC, PIC, etc)	☐
	CHECAR SOLUÇÕES (VELOCIDADE DE INFUSÃO, COMPATIBILIDADE, VALIDADE, IDENTIFICAÇÃO)	☐
	CHECAR BOMBAS E EQUIPAMENTOS (BATERIAS, CONEXÕES, EXTENSÕES)	☐
	AVALIAR CURATIVOS (ASPECTO, MATERIAL UTILIZADO, PERIODICIDADE DE TROCA)	☐
	CHECAR PLANO DE POSICIONAMENTO (CABECEIRA ELEVADA?) E MOBILIZAÇÃO	☐
	APRAZAR PRESCRIÇÃO MÉDICA	☐
	DETERMINAR PLANO DE CUIDADOS, PROFILAXIA P/ UPP E ORIENTAR A EQUIPE	☐
	NA AUSÊNCIA DO FISIOTERAPEUTA:	☐
CHECAR VENTILADOR MECÂNICO (BATERIA, UMIDIFICAÇÃO, GASES, FUNCIONAMENTO ADEQUADO)	☐	
CHECAR EXTENSÕES, FIXAÇÕES TOT/TQ E PRESSÃO DO "CUFF"	☐	
POSICIONAMENTO ADEQUADO	☐	
FISIOTERAPIA	AVALIAR PADRÃO VENTILATÓRIO E INSTALAR OXIGENIOTERAPIA, SE NECESSÁRIO	☐
	CHECAR VENTILADOR MECÂNICO (BATERIA, UMIDIFICAÇÃO, GASES, FUNCIONAMENTO ADEQUADO)	☐
	CHECAR EXTENSÕES, FIXAÇÕES TOT/TQ E PRESSÃO DO "CUFF"	☐
	INSTALAR VENTILADOR MECÂNICO E AJUSTAR PARÂMETROS, QUANDO NECESSÁRIO	☐
	POSICIONAMENTO ADEQUADO	☐
VENTILAÇÃO E SATURAÇÃO ADEQUADAS	☐	
NUTRIÇÃO	AVALIAR PERÍODO DE JEJUM PROLONGADO	☐
	ESTABELECEER PLANO NUTRICIONAL	☐
	CERTIFICAR-SE DO FUNCIONAMENTO DE DISPOSITIVOS PARA ALIMENTAÇÃO (SE FOR O CASO)	☐
FARMÁCIA	REALIZAR RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA	☐
	AUXILIAR NO APRAZAMENTO DA PRESCRIÇÃO MÉDICA	☐
	AVALIAR INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS	☐
	AJUSTAR MEDICAÇÕES DE ACORDO COM A FUNÇÃO RENAL	☐
AS. SOCIAL	IDENTIFICAR FAMILIARES	☐
	REGISTRAR ENDEREÇO E TELEFONE DE FAMILIARES	☐
	SOLICITAR AOS FAMILIARES OS DOCUMENTOS PESSOAIS DO PACIENTE	☐
	ORIENTAR QUANTO A ROTINA DE FUNCIONAMENTO DAS UTIS	☐
	ORIENTAR FAMILIARES QUANTO A ROTINA DE VISITAS	☐

MÉDICO

ENFERMAGEM

FISIOTERAPIA

FARMÁCIA

AS. SOCIAL

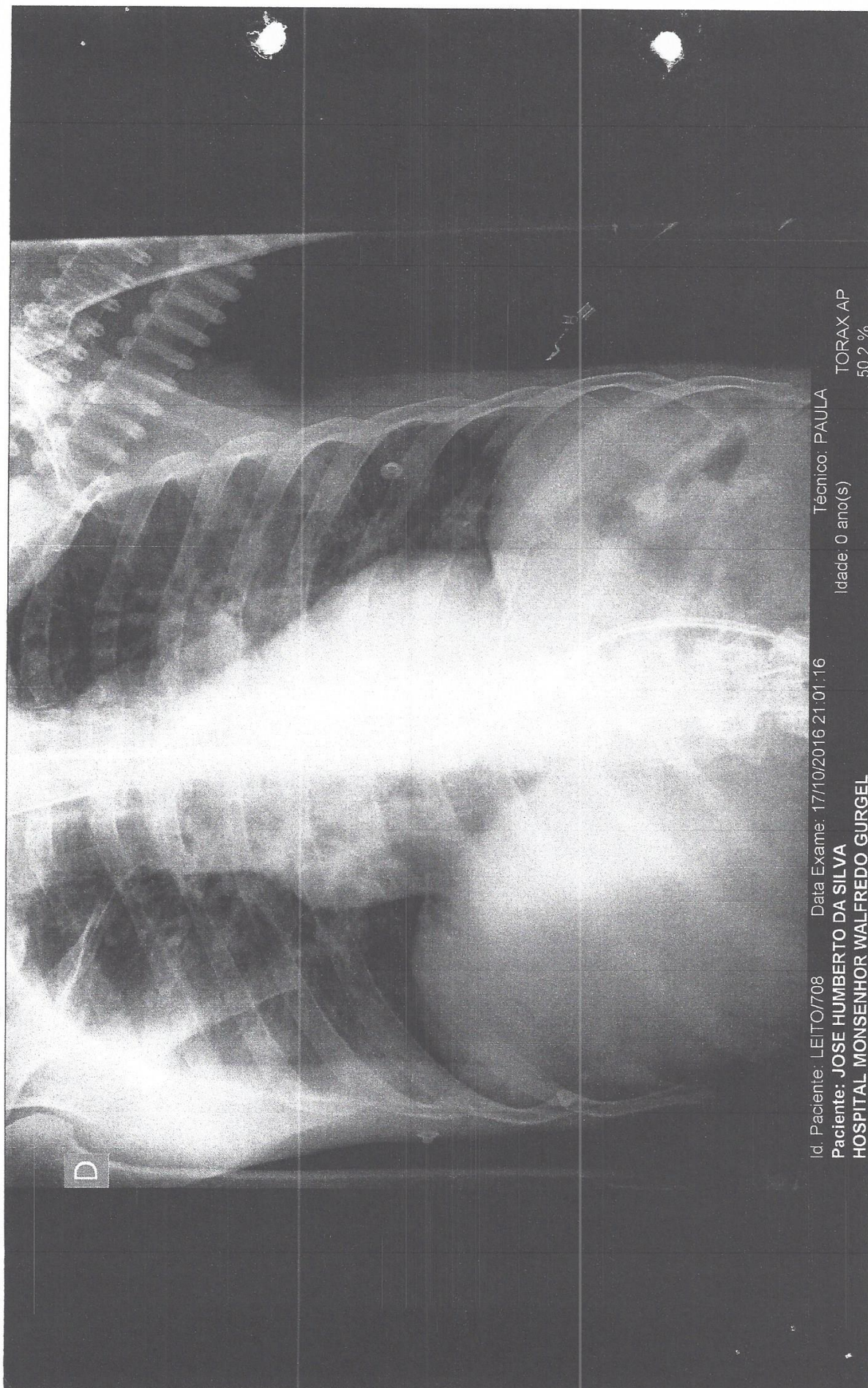
NUTRIÇÃO

Charleston Cruz
Médico
CRM/RN 8593

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.



GOVERNO DO RIO GRANDE DO NORTE - SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL - PRONTO SOCORRO DR. CLÓVIS SARINHO

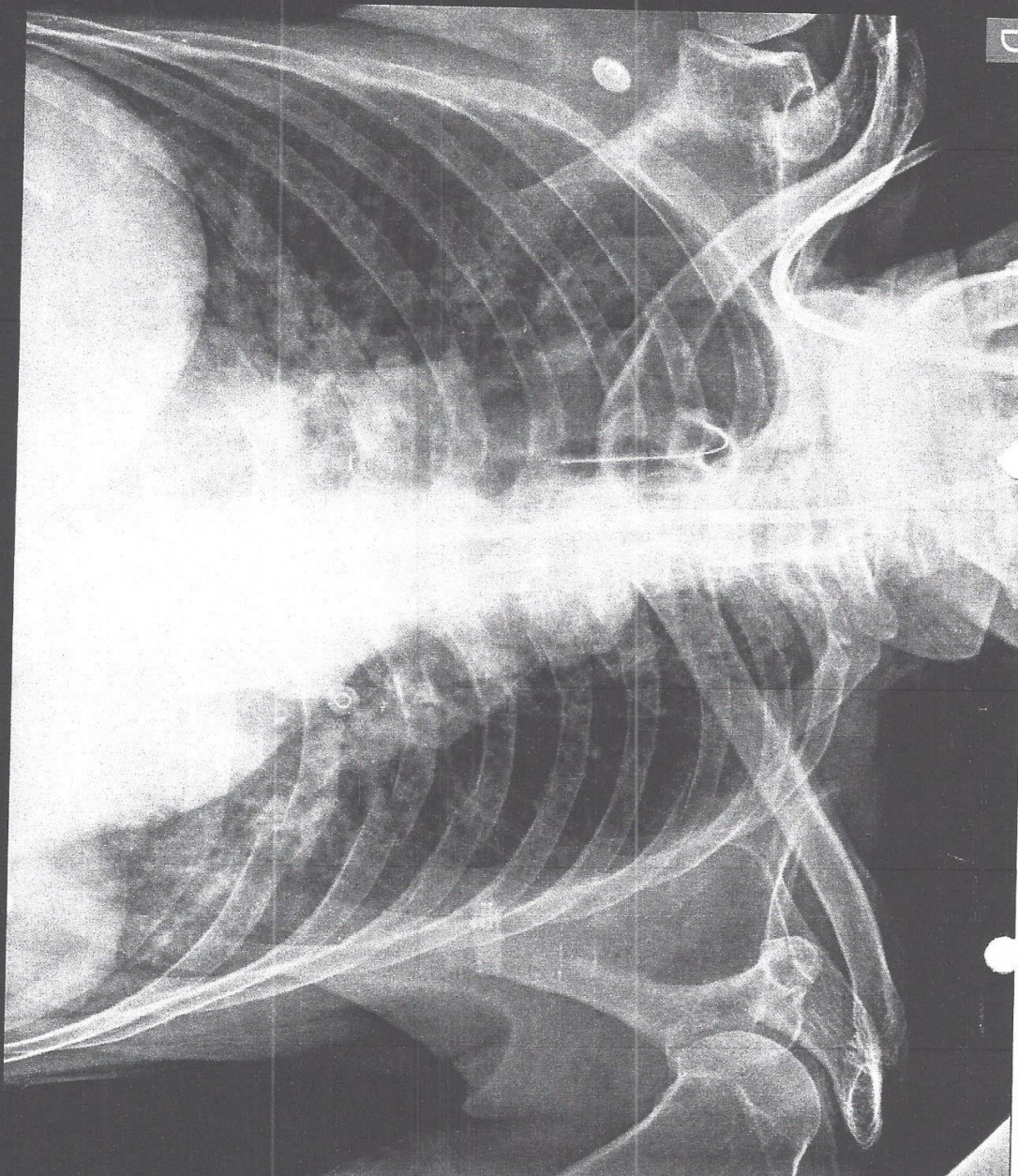


Id. Paciente: LEITO/708 Data Exame: 17/10/2016 21:01:16 Técnico: PAULA
Paciente: JOSE HUMBERTO DA SILVA Idade: 0 ano(s) TORAX AP
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL 50,2 %

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



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



Id. Paciente: LETTO 619 UTI DC Data Exame: 27/10/2016 20:13:51
Paciente: JOSE HUMBERTO DA SILVA
HOSPITAL MONSEÑOR WALFREDO GURGEL

Técnico: RAQUEL
Idade: 0 ano(s)
TORAX AP
51,6 %

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

SINISTRO 3170174359 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE UMBERTO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARUANA SEGUROS S/A

BENEFICIÁRIO JOSE UMBERTO DA SILVA

CPF/CNPJ: 71436074444

Posição em 14-08-2017 14:36:59

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

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
08/08/2017	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

Quesitos

- 1- Quais as lesões sofridas pelo autor?
- 2- As lesões decorreram de acidente de veículo?
- 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente?
- 4- Totalmente ou em parte?
- 5 - Em que percentual?
- 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho?
- 7- A incapacidade é temporária ou permanente?
- 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral?
- 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta?
- 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão para a capacitação laborativa é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 RANIERE SOARES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR LN
 2767465 ITP RN

CPF
 078.762.554-00 DATA NASCIMENTO
 30/01/1987

RELACÃO
 ELIANO SOARES DA SILVA
 MARIA DO SOCORRO
 FELIZARDO DA SILVA

PERMISSÃO ACC CATAMAR
 AB

Nº REGISTRO
 04663867130

VALIDADE
 16/10/2018

1ª HABILITAÇÃO
 05/06/2009

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 881960119

OBSERVAÇÕES
 A. /

Assinatura do Portador
 Ranier Soares da Silva

LOCAL
 NATAL, RN

DATA EMISSÃO
 18/10/2013

Assinatura do Emissor
 88698670750
 RN701438092

DETRAN - RN (RIO GRANDE DO NORTE)

PROIBIDO PLASTIFICAR
 881960119

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

NÃO ALFABETIZADO(A)

ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 003.805.800

DATA DE EXPEDIÇÃO 25/10/2016

NOME JOSE UMBERTO DA SILVA

FILIAÇÃO MANDEL SOARES DA SILVA
LUIZA BARBOSA DA SILVA

NATURALIDADE LAGOA D'ANTA RN

DOC. ORIGEM CERT. DE NASCIMENTO L-A-11 F-74/26-374

DATA DE NASCIMENTO 05/07/1970

CPF 714.360.744-44

SAD JOSE DO CAMPESTRE RN-2 CARTÃO

Josebias Ferreira do N. Junio
Coordenador de Identificação
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 50025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSE DOMINGOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
VOTACILIO OTAVIO DE OLIVEIRA 12

CPF 490.150.384-20

CENTRO/ÁREA URBANA
SAO JOSE DO CAMPESTRE RN
59275-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL
001080043

SÉRIE
ÚNICA

EMIÇÃO
20/09/2016

CONTA CONTRATO
0235937018

MÊS/ANO
09/2016

DATA DE VENCIMENTO
27/09/2016

DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
20/10/2016

APRESENTAÇÃO
0009/2016

Nº DO CLIENTE
5909104384

Nº DA INSTALAÇÃO
1447415

TOTAL A PAGAR (R\$)
59,89

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	101,000000	0,53642980	54,17
Contribuição Iluminação Pública			4,09
Multa por atraso - NF 001080584 - 20/07/16			1,05
Juros por atraso - NF 001080584 - 20/07/16			0,58

TOTAL DA FATURA

59,89

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
2009099574	CAT	19/09/2016	6.603,00	20/09/2016	6.704,00	32	1,00000		101,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

MÊS	CONSUMO (kWh)	VALOR DO IMPOSTO	%	VALOR DO IMPOSTO	%
SET 16	101				
AGO 16	102				
JUL 16	99				
JUN 16	110				
MAI 16	108				
ABR 16	108				
MAR 16	96				
FEV 16	109				
JAN 16	101				
DEZ 15	99				
NOV 15	150				
OUT 15	62				
SET 15	99				

Consumo Ativo (kWh) 101,00

TARIFAS APLICADAS 0,40538000

RESERVADO AO FISCO

DB47 2BEC D53F AC 02 C11D D170 D627 33EB

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie, na data da leitura e baseada em vigor a Lei 10.438-2004/02, no prazo de 5 dias. O cliente é responsável quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. O fornecimento e o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão.

ATENÇÃO! COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Valor	De	Valor	De	Valor	De
2009099574	2009/09/16	60,83	2009/09/16	2009/09/16	2009/09/16

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com consequência nacional. Este comunicado não substitui aviso de débitos anteriores e nem conta com débitos anteriores em processo judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Não existem débitos de 2016 e anos anteriores. Esta declaração substitui para comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as informações dos seus anteriores débitos (Lei 12.007/09). Esta declaração não abrange débitos de (pagamentos) futuros. Se os débitos não forem pagos em discussão judicial, não poderá ser cobrado após o fim do processo judicial.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONJUNTO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE
LAGOADA DANTA	APURADO	MENSAL	TRIMESTRAL	ANUAL
	0,00	6,03	12,06	24,12
	0,00	3,48	6,97	13,95

NÍVEL DE TENSÃO

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

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIO

I - CONTRATANTE: Jose Humberto da Silva
brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 063.805.800, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 714.360.744-44,
residente e domiciliado(a) a Vila Otacilio Otacilio de Oliveira, nº 12,
Rentv - São José do Rampestre/RN CEP 59275-000.

II - CONTRATADO: JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES, brasileiro, advogado, inscrito na OAB (RN) sob o nº. 11239 com cadastro no CPF sob o nº 413.039.704-49, com endereço profissional sito à Rua Dr. Sadi Mendes de Lucena, 1022-A, Monte Castelo, Parnamirim/RN, aqui denominado CONTRATADO.

III - OBJETO DO CONTRATO:

Cláusula 1ª. O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços advocatícios, para propositura da Ação de Cobrança do Seguro Obrigatório (DPVAT), na seara ADMINISTRATIVA e, JUDICIAL se for o caso, junto as Seguradoras responsáveis pelo pagamento de seguro.

IV - DAS ATIVIDADES:

Cláusula 2ª. As atividades incluídas na prestação de serviços objeto deste instrumento são todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam:

- a) praticar quaisquer atos e medidas necessárias e inerentes à causa, em todas as repartições públicas da União, dos Estados e Municípios, bem como Órgãos a estes ligados direta ou indiretamente, seja por delegação, concessão ou outros meios, bem como de estabelecimentos particulares;
- b) praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os específicos no Instrumento Procuratório, parte deste.

V - DA DESISTÊNCIA:

Cláusula 3ª. Fica acordado que, em caso de desistência, a parte CONTRATANTE pagará um salário mínimo a título de despesas, no ato da desistência.

VI - DOS HONORÁRIOS:

Cláusula 4ª. Ficam acordadas as partes que os honorários a título de prestação de serviços, serão pagos da seguinte forma: 20% (vinte por cento), do total deferido na seara administrativa e, 30% (trinta por cento) na judicial ou acordo realizado entre as partes, se for o caso, tudo, nos exatos termos do art. 22, § 4º, da Lei 8.906/94.

§ 1º. Caso haja morte ou incapacidade civil do CONTRATADO, seus sucessores ou representantes legais receberem os honorários na proporção do trabalho realizado.

Cláusula 5ª Os honorários de sucumbência pertencem ao CONTRATADO nos termos do art. 23 do EOAB, Lei 8.906/94, que poderão de imediato recebe-los em juízo, ou fora dele, ao final da ação, ou promover a competente execução em seu próprio nome, ou em nome do CONTRATANTE, nada tendo este a reclamar ou receber.

Cláusula 6ª. As partes estabelecerão que, havendo atraso no pagamento dos honorários, será cobrada multa de 10% (dez por cento), mais juros na proporção de 1% (um por cento) ao mês.

VII - DA COBRANÇA:

Cláusula 7ª. As partes acordam que facultará ao CONTRATADO, o direito de realizar a cobrança dos honorários por todos os meios admitidos em direito.

VIII - DO FORO:

Cláusula 8ª. Para a solução de questões decorrentes deste Contrato, fica eleito o foro da Cidade de Parnamirim/RN.

E por estarem justas e acertadas, assinam o presente em 02 (duas) vias de igual teor e forma.



CONTRATANTE

Parnamirim/RN, 28 de Agosto de 2017

JOÃO ROBERTO F. DAS NEVES

Testemunha

Francisca Oliveira de M. Filho

CPF: 923.980.308-34

Testemunha

Idene Costa Fernandes

CPF: 095 492 554-86