



Número: **0827037-42.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **18/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JULIO CESAR DE LIRA GOMES (AUTOR)	JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)
PORTO SEGURO S/A (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
28545 917	04/07/2018 13:16	01 - PROCURAÇÃO	Procuração
28545 925	04/07/2018 13:16	02 - BOLETIM POLICIAL	Documento de Comprovação
28545 944	04/07/2018 13:16	03 - DOCUMENTO MÉDICO	Documento de Comprovação
28545 954	04/07/2018 13:16	04 - PRÉVIO REQUERIMENTO ADM	Documento de Comprovação
28545 970	04/07/2018 13:16	05 - Quesitos	Outros documentos
28545 979	04/07/2018 13:16	06 - DOCUMENTO PESSOAIS	Documento de Identificação
28545 988	04/07/2018 13:16	07 - DECLARAÇÃO DE POBREZA	Documento de Comprovação
28545 999	04/07/2018 13:16	08 - CONTRATO DE HONORARIOS	Documento de Comprovação

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (S):

Nome: JULIO CESAR DE LIMA GOMES
Nacionalidade: BRAS. Estado Civil: SOLTEIRO
RG nº: 298 0891 CPF nº: 090 392 394 - 79
Endereço: R. Jose Basilio DO NASCIMENTO .205
Bairro: São Gonçalo Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE/RN,
CEP: 59.290-000

OUTORGADO(S):

JOÃO ROBERTO FERREIRA NEVES, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.239, com escritório profissional à Rua Edgar Dantas, 453-A, Santos Reis, Pamamirim/ RN, CEP 59.141-150, 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.

Pamamirim/RN, 05 de JUNHO de 2018

Júlio César de Lima Gomes.
OUTORGANTE



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 98248

1 - LOCAL E DATA

Local AVENIDA BENEDITO SANTANA RN 160 Bairro REGO MOLISTO
Cidade/UF SÃO GONÇALO DO AMARANTE - RN P. Ref. RESIDENCIA 190
Data 12/10/2018 Hora do acidente 19:50 Hora do registro 21:35 Dia da semana SEXTA FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi MZA 9609 Cidade SÃO GONÇALO DO AMARANTE UF RN
Marca/Mod. FIAT POLDI FIRE Cor AZUL Ano 2003 / 2004
Proprietário EDILSON BARBOSA DA COSTA N° de Ocupantes 01
Condutor EDILSON BARBOSA DA COSTA Data de Nasc. 13/01/1966
Endereço RUA MERCURIO N° 50 Fone 084: 996605113
Bairro SANTO ANTONIO - LOT. SÃO PEDRO Cidade SÃO GONÇALO DO AMARANTE UF RN
CPF N° 490.108.204-49 CNH N° 018.942.10403 Validade 31/03/2021 Categoria B
Local de Trabalho AUTONOMO Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro 1 Cidade 1

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi Q9N 4660 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. HONDA XRE 190 Cor VERMELHA Ano 2016 / 2016
Proprietário AUJAIR MARIO DE AZEVEDO N° de Ocupantes 01
Condutor JULIO CESAR DE LIRA GOMES Data de Nasc. 02/04/1991
Endereço RUA JOSE BASILIO DO NASCIMENTO CASA 3 N° 205 Fone 084: 987291420
Bairro NOVO SANTO ANTONIO Cidade SÃO GONÇALO DO AMARANTE UF RN
CPF N° 090.392.394-79 CNH N° 0621441484 Validade 15/07/2018 Categoria AB
Local de Trabalho MARINHA DO BRASIL - HOSPITAL NAVAL Fone 084: 32163420
End. RUA SILVIO PELICO N° SAR Bairro ALECRIM Cidade NATAL - RN

5 - VEÍCULO 03:

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

6 - VEÍCULO 04:

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

Autenticação Número do Boletim: 98248 Número da Ocorrência: 984456 Data Registro: 18/01/2018 Hora Registro: 11:24:36 Número/Controle: 00215DCEA6CCB32D

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? AVENIDA BENEDITO SANTANA RN 160
Em que sentido? SÃO GONÇALO DO AMARANTE X ISAPÓ Em que faixa? UNICA
Versão do condutor ALEGRA QUE TRAFEGAVA CONFORME O ACIMA DESCRITO, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR V2, ULTRAPASSANDO UMA OUTRA MOTOCICLETA QUE TAMBEM VINHA NO SENTIDO CONTRARIO DA VIA, COLIDINDO FRONTALMENTE EM MEU VEICULO.

Assinatura do Condutor do V1 Edilson Barbosa da Costa

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? AVENIDA BENEDITO SANTANA RN 160
Em que sentido? ISAPÓ X SÃO GONÇALO DO AMARANTE Em que faixa? UNICA
Versão do condutor ALEGRA QUE TRAFEGAVA CONFORME O ACIMA DESCRITO. QUANDO FOI ULTRAPASSAR UMA OUTRA MOTOCICLETA QUE SEGUIA A SUA FRENTE, SO LEMBRA QUE COLIDIU FRONTALMENTE COM UM VEICULO QUE VINHA EM SENTIDO CONTRARIO.

Assinatura do Condutor do V2 Yhio Costa de Lima Gomes

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?
Em que sentido? Em que faixa?
Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?
Em que sentido? Em que faixa?
Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V4

Autenticação Número do Boletim: 98248 Número da Ocorrência: 984456 Data Registro: 18/01/2018 Hora Registro: 11:24:36 Número/Controle: 00215DCEA6CCB32D

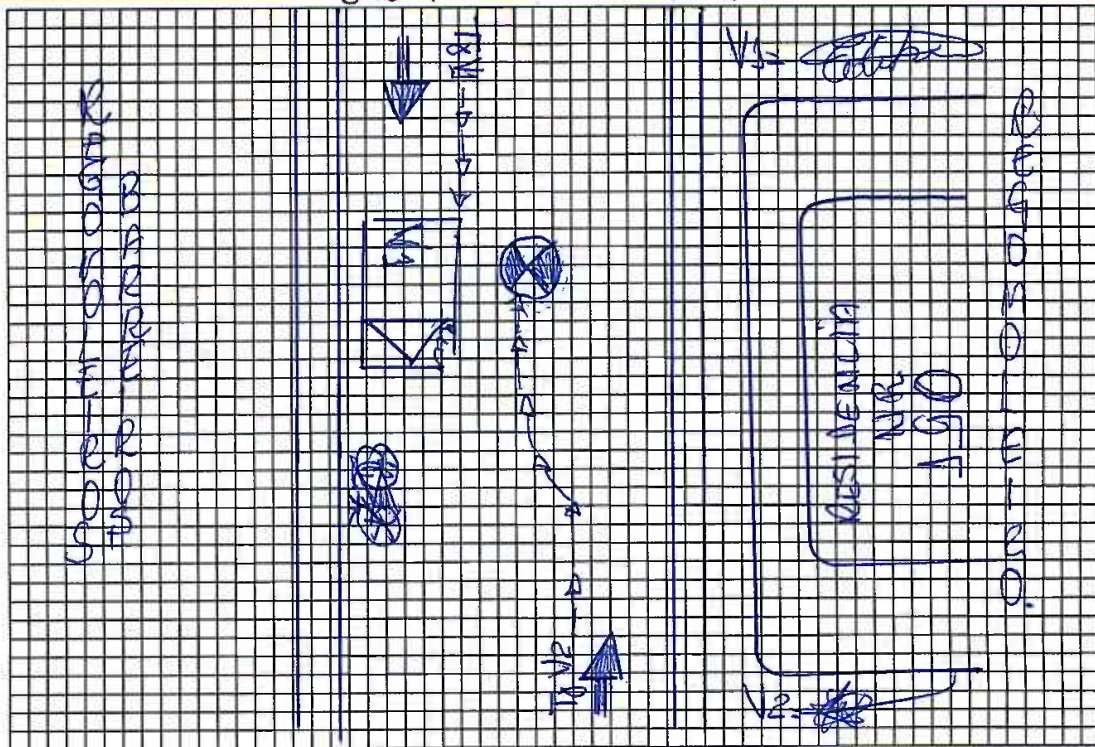
8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input checked="" type="checkbox"/> Aclive Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input checked="" type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclive Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input checked="" type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s) _____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. ___ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

SÃO GONÇALO DO AMARANTE

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



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

IGAPO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

KAROL ESQUECIDO; PARA-LAMAS DIANTEIRO; PARA-LAMAS DIANTEIRO ESQUERDO; DANOS MECANICOS ELETRICOS E INTERNOS A VERIFICAR.

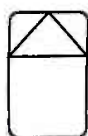


AVARIAS DO VEÍCULO 2

ARRO DIANTEIRO; PARA-LAMPA DIANTEIRO; TELES COORDIOS; MUESAS CHASSIS; GUNION; CAREMASEM DO TALLI; QUE; DETROUS COBRES; DEDAL DE FEED; KAROL; KATANG PINTURA ARRANHADA; DANOS A VERIFICAR.



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre Testemunha
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: HOSPITAL SANTA CATARINA. Presenciou: Fato Registro

Nome JULIO CESAR DE LIRA GOMES
RG N° 2980891 Órgão Expedidor S.S.P RN Data de Nascimento 02/10/1991
Endereço RUA JOSE BASILIO DO NASCIMENTO CASA "3" Nº 205 Fone 041: 98729 1420
Bairro NOVO SANTO ANTONIO Cidade SÃO GONÇALDO DO AMARANTE UF RN
Versão AOS CURRADOS IMEDIOS

Assinatura _____ Hora _____

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

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

Assinatura _____ Hora _____

13 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre Testemunha
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____ Presenciou: Fato Registro

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

Assinatura _____ Hora _____

14 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre Testemunha
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____ Presenciou: Fato Registro

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

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

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

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

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

INFORMO QUE OS VEICULOS FOAM PARADOS DO LADO DE LÁ -
PARTE E DEIXADOS A MARGEM DA VIA PARA DESOBSTRUÇÃO DO TRÁNSITO
POR POPULARES.

INFORMO QUE V2 FICOU SOB OS CUIDADOS DO CONDUTOR DE V1 POR
NÃO APARECEU NENHUM INTERESSADO EM FICAR RESPONSÁVEL PELO MESMO.

Nome Completo do Agente JOAO VENUSINO NETO
POSTO/GRAD.: 32 SGT PM N° 97.829 Viatura DRE 107 Subunidade 12 D PRE
Local e Data SÃO G. DO AMARANTE, 12 de JAN de 2018.

Autenticação Número do Boletim: 98248 Número da Ocorrência: 984456 Data Registro: 18/01/2018 Hora Registro: 11:24:36 Número/Controle: 00215DCEA6CCB32D

HJPB - HOSPITAL DR. JOSÉ PEDRO BEZERRA

Boletim de Atendimento - EMERGÊNCIA

Dados do Paciente

Número do Boletim: **34538/2018** Data/Hora: 12/01/2018 / 21:27:30h
 Paciente: 286117 - JULIO CESAR DE LIRA GOMES
 Dt Nasc: 02/04/1991 Idade: 26 anos Sexo: M Estado Civil: NÃO INFORMADO C N S:
 Mãe: FRANCISCA LEOPOLDINO DE LIRA
 Pai:
 Endereço: PADRE MOURA, 5 Bairro: REGOMOLEIRO
 Cidade: SAO GONCALO DO AMARANTE CEP: 59298400 UF: RN
 Telefone: - Identidade: Naturalidade/UF: NATAL

Classificação de Risco: -

Queixa Principal:

T.A.mmHg	Pulso	F.R.	TEMP.	HGT mg/dl	SPO2
120x80	90	20			97%

OBS:

Dados de Atendimento
 Especialidade: CIRURGIA GERAL Motivo: CONSULTA DE URG/EMERG
 Usuário: GUARACI FREITAS DA COSTA Diag. Inicial:

Sumário de Atendimento (Histórico, Exames Solicitados e Conduta) *Hora Atend:

Paciente vítima de acidente de mob como, nega perda de consciência, tortura e vômitos, pede urgência medicamentosa. Queixa de dor em tornozelo Esquerdo, frouxo e não érg.

Do exame: A, B, C, D → s/alterações
 E → escoriações em mão E.
 Tórax e abdome s/alterações.

Prescrição: CD; Sdúmb Rx Tórax PA, Rx Davaia AP, Rx tornozelo E AP e Perfil; Rx. P&E. Ax e oblíquo; Rx Joelho E. AP e Perfil.

RX realizado
 12-01-18
 Assinatura do Técnico Realizante

Dra. Cátia de França Bezerra
 Cirurgia Oncológica / Oncoginecologia
 CRM 5926

Confere com Original
 Data: 12/01/18

Alta por decisão médica(); Internação(); Enc.outro Serviço(); Evasão()
 Data: ___/___/18. Hr: ___:___ Ass. Médico: _____

Petona e Redigir refilios; s/ fraturas.
 Mas queixar-se de dor e m tornozelo Esquerdo,



MARINHA DO BRASIL
HOSPITAL NAVAL DE NATAL
DIVISÃO DE MEDICINA
CLÍNICA MÉDICA



AO POLITRAUMA

JULIO CESAR DE LIRA GOMES

- 26 Anos
- Nega comorbidades
- Nega alergia a medicamentos

Paciente vítima de acidente moto-carro às 21:00. No momento do acidente o militar encontrava-se de capacete. Nega perda da consciência, amnésia, impacto no capacete, náuseas, vômitos e tontura. Relata que todo o impacto foi no lado esquerdo do corpo. No momento o paciente está vigil, consciente, orientado referindo dor em MIE, tornozelo E e MSE.

Parâmetros da chegada: PA: 134 x 70 FC: 102 FR: 20 SatO2: 98%

Ao exame: BEG, anictérico, acianótico, normocorado e hidratado

- A: Vias aéreas pèrveas, sem cervicalgia
- B: MV+ e simétrico, sem RA
- C: RCR, 2T, BNF. Pulso amplo e firme. FC: 100 bpm
- D: Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreativas, vigil, consciente, orientado, sem déficit motor.
- E: Escoriações em panturrilha esquerda, joelho esquerda e MSD na região do biceps.

Solicito avaliação da neurocirurgia e ortopedia.

Natal/RN, 13 de janeiro de 2018

Fabiano Barros de Medeiros
MÉDICO
CRM/RN 8422

Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

Dr. Hélio Rubens Polido Garcia – CRM 5500
cirurgia da mão - microcirurgia - artroscopia

JULIO CESAR DE LIRA GOMES

Órtese estática para punho E com bloqueio do polegar

Dr. Hélio R. Polido Garcia
Cirurgia da Mão
Microcirurgia
CRM 5500

Dr. Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia
Cirurgia da Mão/Microcirurgia
CRM 5500

Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

Dr. Hélio Rubens Polido Garcia - CRM 5500
cirurgia da mão - microcirurgia - artroscopia

JULIO CESAR DE LIRA GOMES

Consulta Cirurgia da Mão

Fratura do polegar E

Dr. Hélio R. Polido Garcia
Cirurgia da Mão
Microcirurgia
CRM - 5500

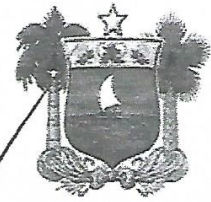
Dr. Hélio Rubens Polido Garcia
CRM 5500

Sol. Enrijas 6/20
com 1/26
M





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 1918 /2018
Admissão: 13/01/2018 02:29:14

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: **57009 - JULIO CESAR DE LIRA GOMES** (26 a 9 m 11 d)
Nascimento: 02/04/1991 Natural: NATAL.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: CPF: 09039239479 Prof:
Mãe: FRANCISCA LEOPOLDINO DE LIRA Pai: JOSE IVAN GOMES
Logradouro: BELA VISTA, 30 Cidade: SAO GONCALO DO AMARANTE
CEP: 59297045 Bairro: REGO MOLEIRO
Telefone: 84.991020672 Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISÃO
Origem: FAMILIA

Tipo: REFERENCIADO
*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 13/01/2018 02:23:46				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: PAC. VITIMA DE ACIDENTE MOTO-CARRO O MESMO REFERE DOR EM PARTE LATERAL DO CORPO LADO E + REFERE DOR EM MIE, TNZ E MSE

Hora: 02:35

Vítima de Colisão moto - carro, com capacete.

Dores e Abdome tens - Dor em Saco E - Perna, Joelho e Tornozelo E.

Dor lombar

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A *Peneira*

B *Respirar em ambiente*

C *Pulso firme*

D *Glasgow 15*

E *-*

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 15/01/2018
MAT. Nº 161.228.0
SAME
ASSINATURA

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

O EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO E A AVALIAÇÃO DETALHADA CRITÉRIOS DO PACIENTE (DA CABEÇA AOS PÉS), VEJA, NÃO APENAS OLHE; OUÇA, NÃO APENAS ESCUTE; SINTA NÃO APENAS TOQUE.

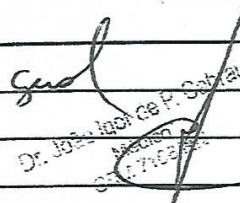
CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL, REQUISIÇÃO DE EXAMES FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXE AO BOLETIM.

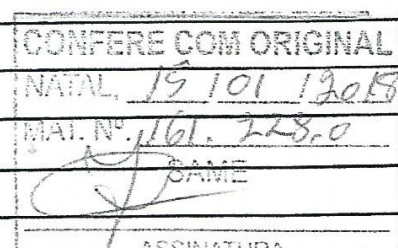
EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)	
A	
B	
C	
D	
E	

A (ALERGIAS): Nega
M (MEDICAÇÃO EM USO): Axtracina + Prednisona no momento
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): Fratura
L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS)
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):
V (PASSADO VACINAL):

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)
Ja faz medicação na dor
no Hospital Santo-Estevão
Alta da cirurgia geral

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ASSINATURA
Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE			
ESPECIALISTA 1:	<u>Ortopedia</u>	HORA: <u>02:38</u>	DATA: <u>13.01.2019</u>
ESPECIALISTA 2:	<u>Neurocirurgia</u>	HORA: <u>06:38</u>	DATA: <u>13.01.2019</u>
ESPECIALISTA 3:		HORA:	DATA:


MÉDICO (CARIMBO)

ALGORITMO PI SUP OR TE B4SICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPONSABILIDADE DA VITIMA 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPIAIS) E PEÇA UM DESFIBRILADOR(DEF). 3 - ABERTA VIA AEREA, 4 - AVALIE RESPIRACAO (VER OLHOS, SEITRIR), 5 - SE APNEIA, APLIQUE 2 VENTILACOES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOUSA, VALVA, MASCARA), 6 - AVALIE PULSO CAROTIDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EN LACTANTE), 7 - SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSOES TORACICAS. 100MM (PROPORCAO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEA, 8 - DEA DISPONIVEL: ANALISE O RITMO, 9 - RITMO CHOCÁVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 360 (200 PJ DEB RIFÁSICO), E REINICIE RCP, 10 - RITMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP(30:2), 11 - AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS, 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VITIMA SE MEÇA, 13 - COLOQUE A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO

CASO O EMPREENHADOR NÃO TENHA EXAMES REALIZADOS, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL, REQUISICIONADO DE EXAMES, FOLHA DE PRESUNÇÃO E ANEXO O BOLETIM

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
<p><i>Ag. uso @ Ap. 2 oligo joelho @. Ap. 1 perna @. Ap. 2 perna @. FMZ @</i></p>	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><i>obtido - informo colinas carro uso. dor + edema torn @. joelho @ = perna @</i></p> <p><i>tal período pulso e palego @</i></p> <p><i>Fract. Cost. @ meta sem obvio</i></p> <p><i>Assinatura</i></p>	<p style="text-align: center;">CONFERE COM ORIGINAL NATAL, 15/10/2018 MAT. Nº 161 228,0 SAME</p> <p style="text-align: center;">ASSINATURA</p>
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, endereço, está, o porquê, a data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, 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 ordenada.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Reativa inespecífico a dor.	4
Padrão flexo à dor (Decorativação).	3
Padrão extensor à dor (Descoordenação).	2
Ausente.	1

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-150 = 4
	9-120 = 3
	6-80 = 2
	4-50 = 1
	30 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10-20 = 4
	12-20 = 3
	6-9 = 2
	1-5 = 1
	0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	> 90 = 4
	75-90 = 3
	55-70 = 2
	1-50 = 1
	0 = 0

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)

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

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

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

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

"Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.L. Sauer W.J. Copps, et al: A revision of the Trauma score, J. Trauma 23(5): 624, 1986.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

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: *Medica e Oran* N° do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA:

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica À Revelia Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA: I.T.E.P.

Entregue à família com Atestado S.V.O.

Carimbo
Clínica dos Polos Centro
de Diagnóstico (Carimbo)

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 15 / 01 / 2018
MAT. N° 161.228.0

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE: N°do Boletim de Atendimento: SAME

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA: ASSINATURA

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica À Revelia Transferido para:

DATA: / / HORA:

DESTACAR

SINISTRO 3180139307 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JULIO CESAR DE LIRA GOMES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO ARUANA SEGUROS S/A

BENEFICIÁRIO JULIO CESAR DE LIRA GOMES

CPF/CNPJ: 09039239479

Posição em 13-06-2018 10:57:47

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/04/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

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
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JULIO CESAR DE LIRA GOMES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 2980891 SSP RN

CPF 090.392.394-79 **DATA NASCIMENTO** 02/04/1991

FILIAÇÃO
 JOSE IVAN GOMES
 FRANCISCA LEOPOLDINO DE LIRA

PERMISSÃO **ACC** **CAT. HAB.**
 AB

Nº REGISTRO 06217417484 **VALIDADE** 15/07/2018 **1ª HABILITAÇÃO** 29/10/2014

OBSERVAÇÕES
 EXERCE ATIV REMUNERADA;

Julio Cesar de Lira Gomes.
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL NATAL, RN **DATA EMISSÃO** 06/11/2015

ASSINATURA DO EMITENTE 04477470480
 RN702304724

DE GRAY BUCHEROS BRANDEZANO DIETES

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1169098619

PROIBIDO PLASTIFICAR 1169098619

CARTÃO DE APLICAÇÃO
 1ª edição - Ministério de Habitação
 19.10 - NOLAN - CEP 51001-910

VALIDA SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE

AUTENTICIDADE
 00H-001171

CONFERÊNCIA
 Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado.

05. FEV. 2018
[Assinatura]

- Maria Conceição Moura Leite - Tabeliã
- Itérbio Moura Leite - Substituto
- Alberto Magnus Higinio de Moura - Escrivente Autorizado

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO
 Av. Coronel Estevam Moura, 30 - Centro
 São Gonçalo do Amarante/RN - CEP: 59291-550
 CNPJ: 08.451.635/0001-17 - FONE: (84) 3278-2290
 www.saaesgarn.com.br

INSCRIÇÃO **0036654.5** CLASSE **PAR** TARIFA **R-M** ECONOMIAS **RES COM IND PUB OUT** MÊS/FAT **12/2017**

HIDROMETRO **A15C205395** INSTALAÇÃO **09/08/16** LOCALIZAÇÃO **00 02 03 1600001747** FATURA **170358620**

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR
JULIO CESAR DE LIRA GOMES
 RUA JOSÉ BASÍLIO DO NASCIMENTO 205 3, UH 03 Q 07 L197
 CEP 59 290-000 SAO GONCALO DO AMARANTE-RN

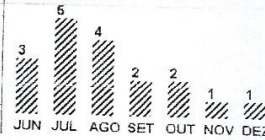
SERVIÇOS E TARIFAS

COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	AGUA(000 A 0010 - 3,552 * 10)		35,52

HIDROMETRIA

LEITURA ANTERIOR... 48 DATA 23/11/17
 ATUAL..... 49 DATA 24/12/17
 CONSUMO : 01 DIAS: 31
 LEITURISTA: 28 OCO: 00

ULTIMOS CONSUMOS



MÉDIA: 2 m³

DÉBITO(S):
 JUN/2017 - NOV/2016

VENCIMENTO 26/01/2018 VALOR R\$ 35,52

AGENTE ARRECADADORES, COSERN SERVIÇOS,
 CAIXA ECONOMICA FEDERAL E PAGFACIL.

**É PROIBIDO O DESPEJO DE ÁGUAS SERVIDAS
 NA RUA, CONFORME LEGISLAÇÃO AMBIENTAL.**

CONSUMIDOR

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO
 Av. Coronel Estevam Moura, 30 - Centro
 São Gonçalo do Amarante/RN - CEP: 59291-550
 CNPJ: 08.451.635/0001-17 - FONE: (84) 3278-2290
 www.saaesgarn.com.br

INSCRIÇÃO **0036654 5** NOME **JULIO CESAR DE LIRA GOMES** MÊS/FAT **12/2017**

VENCIMENTO 26/01/2018 VALOR R\$ 35,52

SAAE 0036654 12 17 170358620 AUTENTICAÇÃO NO VERSO
 82610000000-7 35520416003-8 66541217170-4 35862000004-4



CONFERÊNCIA
 Certifico que a presente cópia
 é a reprodução fiel do original
 que me foi apresentado.

05.FEV.2018

- Maria Conceição Moura Leite - Tabeliã
- Itêrbio Moura Leite - Substituto
- Alberto Magalhães Higino de Moura - Escrevente Autorizado

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, JULIO CESAR DE LIRA GOMES,
brasileiro(a), portador(a) do RG nº 2980891, inscrito(a) no CPF
sob o nº 090 392 394-79, residente e domiciliado à Rua
JOSE BASILIO DO NASCIMENTO, nº 205,
SÃO GONCALO, SÃO GONCALO DO ANUNTEIRN, CEP
59 290-000, Declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência
financeira, não tendo condições de arcar com custas processuais e honorários
advocáticos sem prejudicar o meu próprio sustento e o da minha família,
consoante o que dispõe a Lei 1.050/1960, e por ser expressão da verdade, firmo
a presente.

Parnamirim/RN, 05 de JUNHO de 2018.

x JULIO CESAR DE LIRA GOMES

Declarante

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e das outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, hominímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 29 de agosto de 1983; 162º da Independência e 95º da República.

JOÃO FIGUEIREDO

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

I - **CONTRATANTE:** JULIO CESAR DE LIRA GOMES
brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 2980891, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 090392394-79
residente e domiciliado(a) a R. JOSE BASILIO DO NASCIMENTO, nº 205,
SÃO GONÇALVO - SÃO GONÇALVO DO AMORANTE, CEP 59.290-000

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 situado à Rua Edgar Dantas 453-A, Santos Reis, 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 JUDICIAL, junto as Seguradoras reponsáveis 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:

- 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;
- 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: 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 e, do provimento 128/15 do TJRN.

Cláusula 5ª. Fica estipulado o valor de até R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais), decorrente das despesas administrativas, a cargo do CONTRATANTE, que será paga ao final do processo, com êxito.

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

Cláusula 6ª. Os honorários de sucumbência pertencem ao CONTRATADO nos termos do art. 23 do EOAB, Lei 8.906/94, que poderão de imediato recebê-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 7ª. 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 8ª. As partes acordam que facultará ao CONTRATADO, o direito de realizar a cobranças dos honorários por todos os meios admitidos em direito.

VIII - DO FORO:

Cláusula 9ª. 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.

Parnamirim/RN, 14 de maio de 2018

JULIO CESAR DE LIRA GOMES
CONTRATANTE

JOÃO ROBERTO F. DAS NEVES

Testemunha

Testemunha

CPF: 557 658 909-70

CPF: 095 492 554-84