



Número: **0836637-24.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **26/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>ERIMAX ADOLFO VARELA (AUTOR)</b>	<b>RICARDO JOSE SILVA REIS (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)</b>	
<b>URAI DE OLIVEIRA (TERCEIRO INTERESSADO)</b>	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
11866 565	17/08/2017 10:15	<u>1. Procuração</u>
11866 580	17/08/2017 10:15	<u>2. DOCUMENTOS PESSOAIS</u>
11866 611	17/08/2017 10:15	<u>3. DECLARAÇÃO E COMPROVANTE DE RESIDENCIA..</u>
11866 621	17/08/2017 10:15	<u>4. PAGAMENTO DO SINISTRO</u>
11866 659	17/08/2017 10:15	<u>5. DECLARÇÃO ATENDIMENTO DO SAMU</u>
11867 034	17/08/2017 10:15	<u>5. 1 B.A. U HOSP. WALFREDO GURGEL.</u>
11866 719	17/08/2017 10:15	<u>5. 2. B.A.U - HOSP. WALFREDO G.</u>
11866 745	17/08/2017 10:15	<u>5. 3 B.A.U HOSP. WALFREDO GURGEL.</u>
11866 781	17/08/2017 10:15	<u>5. 4 B.A.U HOSP. WALFREDO GURGEL.</u>
11866 886	17/08/2017 10:15	<u>5. 5 B.A.U HOSP. WALFREDO GURGEL.</u>
11866 918	17/08/2017 10:15	<u>5. 6 B.A.U HOSP. WALFREDO GURGEL.</u>
11866 950	17/08/2017 10:15	<u>5. 7 B.A.U. HOSP. WALFREDO G.</u>
11866 975	17/08/2017 10:15	<u>5. 8 B.A.U. HOSP. WALFREDO G.</u>
11867 117	17/08/2017 10:15	<u>6. 1 B.A.U INTERNAÇÃO PARA CIRURGIA HOSP. DEOCLECIO MARQUES</u>
11867 158	17/08/2017 10:15	<u>6. 2 INTERNAMENTO PARA CIRURGIA NO HOSP. DEOCLECIO MARQUES.</u>
11867 199	17/08/2017 10:15	<u>6. 3 INTER. PARA CIRURGIA HOSP. DECLECIO MARQUES.</u>
11867 229	17/08/2017 10:15	<u>6. 4 INTER PARA CIRURGIA HOSP. DECLECIO MARQUES.</u>
11867 311	17/08/2017 10:15	<u>6. 6 INTERNAMENTO PARA CIRURGIA. HOSP. DEOCLECIO MAERQUES.</u>

11867 345	17/08/2017 10:15	<u>6. 7. INTER. PARA CIRURGIA HOS. DEOCLECIO MARQUES.</u>	Documento de Comprovação
11867 559	17/08/2017 10:15	<u>6. 5 INTER. PARA CIRURGIA HOSP. DEOCLECIO MARQUES.</u>	Documento de Comprovação
11867 585	17/08/2017 10:15	<u>7. 1 B.O.A.T DA PRF. (3)</u>	Documento de Comprovação
11867 598	17/08/2017 10:15	<u>7. 2 B.O.A.T DA PRF.</u>	Documento de Comprovação
11867 625	17/08/2017 10:15	<u>7. 3 B.O.A.T. PREF.</u>	Documento de Comprovação
28879 661	23/07/2018 10:02	<u>Juntada de documentos</u>	Petição
28879 695	23/07/2018 10:02	<u>Declaração de hiposuficiênci</u>	Documento de Comprovação
28879 713	23/07/2018 10:02	<u>CTPS - Erimax - pag 1</u>	Documento de Comprovação
28879 723	23/07/2018 10:02	<u>CTPS - Erimax - pag 13. pdf</u>	Documento de Comprovação
28879 747	23/07/2018 10:02	<u>CTPS Erimax - pag. 14. pdf</u>	Documento de Comprovação

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

Pelo presente instrumento de Procuração Particular, com ouforgamei) **ERIMAK ADOLFO VARELA**, brasileiro, em União Estadual, vigente, inscrito no CPF/MF sob o nº 059 098.844-17, com RG de nº 2.561.138 - 559/01, domiciliado na Rua Juiz Inácio Antunes, nº 41, Apt. 201, Passagem de Areia, Parati/RN CNP: 36.345-410, para o fato. Quanto é constitui como seu(s) bastamtes advogado(s) e procurador(es) **Breno Cabral Cavalcanti Ferreira**, brasileiro, casado, advogado inscrito no CRM/RN sob o nº 5.110, e-mail: brunoferreira@cabralcabral.com.br; **Ricardo José Silva Reis**, brasileiro, advogado inscrito no CRM/RN sob o nº 5.816, e-mail: ricardoreis@cabralcabral.com.br; e **Douglas Barcelos da Mota**, brasileiro, advogado inscrito na OAB/RN sob o nº 7.827, e-mail: douglasbarcelosmota@cabralcabral.com.br, integrantes do Escritório de Advocacia Cabral & Reis Advogados Associados, pessoa jurídica de direito privado com inscrição no CNPJ/MF sob o nº 04.118.810/0001-45, e registro no CRM/RN sob o nº 218, situado na Av. Capitão-Teixeira Euzebio, 3005, sala 15, Shopping Ceará, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59076-400, e quem são confiáveis todos os problemas relativos e os demais necessários ao cumprimento com diligência e prazo do exercício de defesa do outorgante, especialmente para ingressar em ação de **restituição de Seguro DPVAT**.

A presente Procuração Particular, com as cláusulas adiante, habita os signatários em esgrifar e encarregar todos os atos do processo, inclusive para receber avarias, dívidas, contas, reconhecer a procedência do pedido, transigir, diretriz, sumarizar com os seus meios de poder, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber, dar quitação e firmar compromissos, até mesmo para declarar hipossistémea eadimica e requerer o benefício da justiça gratuita.

**CLÁUSULA DE HONORÁRIOS** - Fica acordado entre OUTORGANTE(S) e os advogados OUTORGADO(S), quantificadas acima, que (s) permaneça(s) pagando(s) aos signatários, a título de honorários, honorários, pelos serviços devido a ser executados em cumprimento aos poderes delegados por este mandado, o percentual de 30% (trinta e seis por cento), salvo que, veracum, festejado que venha a necessidade de alterar diretiva ou indiretamente, tanto na ordem judicial como administrativa, modificando as honorárias acordadas ou voluntariamente pactuadas da parte contrária, bastando o valor máximo de R\$ 1.000,00 (um mil reais), devendo seu pagamento ocorrer de uma unica vez quando o(s) OUTORGANTE(S) receber(em) seu(s) crédito(s). Em caso de restituição, por parte de(s) OUTORGANTE(S), será reverbado aos intitulados OUTORGADO(S) o valor correspondente ao percentual que partiu, por razão da despoluição do(s) crédito(s) 200 OUTORGANTE(S). Desse je, (s) OUTORGANTE(S) autorizam expressamente a remessa do percentual supredito em favor dos advogados OUTORGADO(S).

Natal/RN, 20 de junho de 2017.

ERIMAK ADOLFO VARELA

*ERIMAK ADOLFO VARELA*



Scanned by CamScanner

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edimilson Adolfo Souza

RG nº 0617890-2010, data de expedição 08/10/15, Órgão Detran-RN,

CPF nº 059.098.844-17, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua João Júnior Antunes</u>
Número	<u>41</u>
Apto / Complemento	<u>AP-201</u>
Bairro	<u>Passagem de Areia</u>
Cidade	<u>Ribeirão das Neves</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59145-030</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 3025 2196 (84) 991944196</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Natal 31 de Maio de 2017

Assinatura do Declarante: Edimilson Adolfo Souza



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

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



www.cosern.com.br

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

Ligações Grátias:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

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

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligaçāo Grātiā de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

ERIKA ISABEL DO NASCIMENTO LIMA  
CPF: 052.907.364-17 NIS: 12615914648

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JAD IRINEU ANTUNES 41 AP- 201  
COND RESIDENCIAL MINHA SANTA  
RUA PRESIDENTE JOSE SARNEY BL- 89 QD- 05  
PASSAGEM DE AREIA/AREA URBANA  
59145-030 PARNAMIRIM RN

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

## DATA DE VENCIMENTO

25/05/2017

## TOTAL A PAGAR (R\$)

45,26

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

18/05/2017

## DATA DA APRESENTAÇÃO

18/05/2017

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

000818613

## CONTA CONTRATO

007005502114

## Nº DO CLIENTE

3010457239

## Nº DA INSTALAÇÃO

0002316048

Série: U

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS

Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

7FD9.277F.6EE6.86D7.DFE0.FC81.89AE.7152

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,17551666	5,26
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,30105713	21,07
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	14,00	0,45158570	6,32
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,57
Contribuição Iluminação Pública			3,98
ICMS-Parcela Subvençāoada			5,00
Multa por atraso-NF 000857810 - 18/04/17			0,87
Juros por atraso-NF 000857810 - 18/04/17			0,19
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>45,26</b>

## INFORMAÇĀOES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
35,22	18,00	6,33	35,22	1,17	0,41	35,22	5,40	1,90

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh 0,13246765  
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,22706740  
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh 0,34063110

## HISTÓRICO DO CONSUMO

		KWh
MAI	17	114
ABR	17	133
MAR	17	101
FEV	17	63
JAN	17	57
DEZ	16	82
NOV	16	80
OUT	16	79
SET	16	64
AGO	16	84
JUL	16	79
JUN	16	58
MAJ	16	61

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$ %  
Geração de Energia 12,15 24,59  
Transmissão 1,58 4,51  
Distribuição (Cosern) 8,27 23,48  
Encargo Salarial 2,51 7,13  
Tributos 8,64 24,53  
TOTAL 35,22 100

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇĀOES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL			
mar/2017								
DIC-No. de horas sem Energia	PASSAGEM DE AREIA	0,00	5,31	10,62	21,25			
FIC-No. de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20			
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,03	0,00	0,00			
DMIC-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRF: 12,22					
EU3D-Valor do Encargo de Uso = R\$ 11,90								
Todo Consumidor pode solicitar a esclarecimento dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRF a qualquer tempo.								

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 17/06/2017

## INFORMAÇĀOES IMPORTANTES

A partir do 22/04, tarifa com reajuste médio de 3,08% para Baixa Tensão e 4,07% para Alta Tensão-REH 2.221/17  
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.  
Pagamento em atraso gera: Multa 2% (Res. 414/ANEEL-09/09/10) e Juros 1% a.m. (Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês.  
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 26,21.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

## NÍVEIS DE TENSÃO

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

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
007005502114	05/2017	45,26	25/05/2017

8383D0000004 452600384070 005502114208 007765547233



## TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este canhoto serve como prova de autenticação mecânica.

12/04/2017

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.**

### SINISTRO 3170122214 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** ERIMAX ADOLFO VARELA

**COBERTURA** Invalidez

**SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO** ARUANA SEGUROS S/A

**BENEFICIÁRIO** ERIMAX ADOLFO VARELA

**CPF/CNPJ:** 05909884417

**Posição em 12-04-2017 14:08:16**

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

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
09/03/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

### ACESSIBILIDADE



[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](#)



[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](#)

A A A



### COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas](#) ([/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx](#))

[Documentos Invalidez Permanente](#) ([/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx](#))

[Documento Morte](#) ([/Pages/Documentacao-Morte.aspx](#))

[Dicas Indispensáveis](#) ([/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx](#))



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA**  
SAMU 192 RN

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se reza:  
que em busca no sistema informatizado do SAMU 192 RN  
encontrada a ocorrência Nº S235455 referente ao atendimento ao  
**ADOLFO VARELA** 30 anos, atendido pelo Serviço de Atendimento  
Móvel de Urgência - SAMU 192 RN, no dia 09/08/2018, no  
Parnamirim/RN, conforme ficha anexa.

P/...  
Câmara

Scanned by CamScanner



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GÓES

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA  
CIRURGIA GERAL

PACIENTE ERIMAX ADOLFO VARELA  
DATA DE ENTRADA 28/10/2016 HORA 16:47 N° BAA 0148  
IDADE 30 SEXO - ETNIA -  
CARTÃO SUS - ESTADO -  
CIVIL  
CPF - RG -  
NOME DA MÃE -  
NOME DO PAI -  
NASCIMENTO 01/01/1986 NATURALIDADE -  
TELEFONE -  
RUA/AV. - N° - PROFISSÃO -  
COMPLEMENTO NAO FOI APRESENTADO BAIRRO -  
DOC. DE IDENTIFICAÇÃO -  
CEP - CIDADE -  
ORIGEM Ambulância - SAMU MOTIVO -  
ACID. DE TRABALHO Nao USUÁRIO Ump

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA CONSULTA

Perdeu a visão devido a cefaleia, fez  
SAMU e foi protocolado. Faz 1 mês que  
comunica o, náuseas e náuseas e náuseas  
após o -

EXAME FÍSICO

- A Visão acusada perdeu
- B Exame de -
- C Estômagos -
- D Glóbulos 15 sem -

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Tóxos, náuseas

HORA	PROBLEMA APRESENTADO

DIA 00/00/00

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

O MÉDICO E O ENFERMADOR SÃO RESPONSÁVEIS PELA INTEGRALIDADE DA DOCUMENTAÇÃO. NENHUMA DAS PÁGINAS DESTE DOCUMENTO PODE SER DIVIDIDA, CORTADA, PEGADA, NEM APENAS TOQUE.

A  
B  
C  
D  
E

A (ALERGIAS): Nenhuma

M (MEDICAÇÃO EM USO): Nenhuma

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PREVIAS): \_\_\_\_\_

L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS): \_\_\_\_\_

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): \_\_\_\_\_

V (PASSADO VAGINAL): Alta, só pálida

C (MÉS COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)): \_\_\_\_\_

radiografia de tórax AP  
(1) de pelve AP  
(1) coxa E AP e pelve  
(1) perna E AP e pelve

ABORDAGEM CLÍNICA

D (CONDUTA PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PRINCIPAIS ANAMNESIS): \_\_\_\_\_

0540,97 - 1000-4,61 abd

37 graus 100g + 1000-54

18,05

R1 de tórax sem alterações

pele, humor ac.

11 de pelve sem alterações

FAST - normal

Alte de Cervix

E (ESPECIALISTA): \_\_\_\_\_

S (SPECIALISTAS): \_\_\_\_\_

EX (EXAMES): \_\_\_\_\_

Scanned by CamScanner

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO:		6750
ANAMNESE		
Bvide de nho		
EXAME FÍSICO		
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA		
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADILOGIA E IMAGEM)...		LABORATÓRIO
Rx		
DIFERENCIAR		
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)		ANALISAR
Rx		ANALISAR
SMTX 30.00		ANALISAR
CONFERIR CONFERIR		
Assinatura: <i>CONFIRMANTE</i>		
DESTINO DO PACIENTE:		
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:		
SAÍDA:		
Decisão Médica	<input type="checkbox"/>	À Revella
ÓBITO:	<input type="checkbox"/>	DATA:
Entregue à família	<input type="checkbox"/>	com Aleixo
TESTIGAR		
DESTINO DO PACIENTE:		
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:		
SAÍDA:		

Scanned by CamScanner

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

LAUDO DE  
 SOLICITAÇÃO DE

SOLICITAÇÃO DE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNPJ

3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Enimex Adalfo M.

7 - CARTÃO NACIONAL / SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - MANGUEIRA

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - RG

12 - ENDERECO (RUA, N°)

13 - BAIRRO

13 - MUNICÍPIO

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVO DE INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

anorexia

exaustão

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

1+0

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS / RESULTADOS DOS HABITUAIS

EX + EX +

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID INICIAL

22 - CID DE ENTRADA

EX 119005 do mês de

PROCEDIMENTO DO PACIENTE

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - LEITO / CLÍNICA

26 - CID DE ENTRADA

27 - CODIGO DO PROCEDIMENTO

CONF. DE SOLICITAÇÃO

0415 01.0012

NAT

MAT

PREENCHER EM CASO DE CAPTAÇÃO ELETÔNICA

28 - NOME DO TITULAR

29 - CAPTAÇÃO ELETÔNICA

30 - NOME DO TITULAR

31 - CAPT

32 - NOME DO TITULAR

33 - CAPT

Scanned by CamScanner

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado de Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walneido Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sartório

Nome:

**SEMAX ADOLFO VARELA**

Serviço:

DATA

28/10/16

20304

Idade:

Nº Registro:

Letra:

**EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR**

Pronto com fratura extinta Perna direita. Fissura

DEPARTAMENTO DE  
PRONTO-SOCORRO

29/10/16

00:30

Pronto ressarcido a fissura com ferro de ferro  
e muleta. Estado: bom

SEMAX  
VARELA

30/10/16

Pronto com ferro direito. Perna direita com  
muleta. Estado: bom

**CONFERE COM ORIGINAL**

NATAL 30/10/2016

MATERIAL: 100%

SAMM

31/10/16

Pronto com ferro  
Estado: bom

HOSPITAL

Pronto com ferro direito  
Estado: bom

Pronto com ferro direito

Estado: bom

Estado: bom

Scanned by CamScanner





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO 10001157

PACIENTE ERIMAX ADOLFO VARELA R.G. 002-568-139  
 CARTÃO SUS N° 1140199  
 IDADE 30 SEXO F ETNIA  
 NOME DA MÃE  
 NOME DO PAI  
 RUAVAV.  
 COMPLEMENTO NAO FOI APRESENTADO DOC. DE IDENTIFICACAO BAIRRO  
 CEP  
 ESPECIALIDADE Ortopedia CIDADE PRAIA GRANDE  
 USUÁRIO Fribuldo UNIDADE ORO Marca LECO 770

ADMISSÃO 28/10/2016 18:16 ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL

**DIAGNÓSTICO FINAL**

Private company to be  
more competitive

34

Scanned by CamScanner

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

ASSOCIAÇÃO

Identificação

Enfermeira:

Leito: \_\_\_\_\_ UTI \_\_\_\_\_

Data de admissão:

28/10/2016

Altura: \_\_\_\_\_

Nome:

Enriqueta Adelio Varela

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Idade:

31

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Data de Nascimento: ( )

RG: 002 528 138

Estado Civil: Solteiro

Nível de instrução: \_\_\_\_\_

Filiação: Pai: Edivaldo Adelio Varela

Mãe: Dona Nicanor Borges

Endereço: R. Vaz Leme 1015, Centro, Ceará-Mirim, Ceará

Br 350 km 202, rodovia Aracati - Chapel

Telefone: 86039848

Rede social: \_\_\_\_\_

Contato: Mário Lívio Moreira (Outros telefones: \_\_\_\_\_)

Composição familiar: Reside com os pais ( ) Sim ( ) Não

Outras informações: Faz uso de ( ) Álcool ( ) Fumo ( ) drogas ( ) maconha

Situação Ocupacional e Vinculação ao Trabalho

Atividade desenvolvida: Vigilante

( ) Aposentado ( ) Auxílio doença ( ) SPC ( ) Autônomo ( ) Profissional

Programas e Serviços: ( ) Passe Livre ( ) Bolsa Família ( ) PEF

Internação decorrente de acidente de trabalho? ( ) Não ( ) Sim ( ) Nome da empresa: \_\_\_\_\_

Forma de Acesso ao Serviço

( ) Sozinho - procurou atendimento ( ) Trazido por familiar

(X) Socorrido em via pública ( ) Outros motivos: \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado: Hospital de origem: \_\_\_\_\_

Críticos para o atendimento

Possui reumatismo? ( ) Não ( ) Sim ( ) Cuidado menor

Portador de deficiência: ( ) Auditiva ( ) Visual

Responsável pelo paciente: ( ) Mão ( ) Família

Parentesco: ( )

Endereço do Responsável:

(Endereço do paciente)

(Endereço do paciente)

(Endereço do paciente)

(Endereço do paciente)

Outras:

Al:

Ca:

Scanned by CamScanner



Plastic Deformation

GOV. DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de Estado de Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel  
Pronto Socorro Clávis Barreto

LAUDO PARA  
SOLICITAÇÃO DE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNACAO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNPJ
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNPJ

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE	6 - NÚMERO PROTÓTICO		
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - GÉNERO	10 - CID
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO		

12 - ENDERECO (RUA, N°)	13 - BAIRRO	14 - UFT	15 - CEP
-------------------------	-------------	----------	----------

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

16 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	17 - CID
--	----------

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO	19 - CID
--	----------

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	21 - CID
--	----------

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL	23 - CID INICIAL	24 - CID SECUNDÁRIO	25 - CID POR IMPORTE
--------------------------	------------------	---------------------	----------------------

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	27 - LEITO / CLÍNICA	28 - CARACTERIZAÇÃO DA INTERNACAO	29 - VÔTEO DE APROVAÇÃO
---	----------------------	-----------------------------------	-------------------------

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	31 - CID	32 - CID	33 - CID
-----------------------------	----------	----------	----------

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS AO PACIENTE

34 - TIPO DE VEÍCULO DE TRANSPORTE	35 - CRMJ DA SEGURADORA	36 - CRMJ
------------------------------------	-------------------------	-----------

37 - TIPO DE TRABALHO TÍPICO	38 - CRMJ	39 - CRMJ
------------------------------	-----------	-----------

40 - TIPO DE LUGAR DE TRABALHO	41 - CRMJ	42 - CRMJ
--------------------------------	-----------	-----------

43 - TIPO DE TRABALHO	44 - CRMJ	45 - CRMJ
-----------------------	-----------	-----------

46 - TIPO DE TRABALHO	47 - CRMJ	48 - CRMJ
-----------------------	-----------	-----------

49 - TIPO DE TRABALHO	50 - CRMJ	51 - CRMJ
-----------------------	-----------	-----------

52 - TIPO DE TRABALHO	53 - CRMJ	54 - CRMJ
-----------------------	-----------	-----------

55 - TIPO DE TRABALHO	56 - CRMJ	57 - CRMJ
-----------------------	-----------	-----------

58 - TIPO DE TRABALHO	59 - CRMJ	60 - CRMJ
-----------------------	-----------	-----------

61 - TIPO DE TRABALHO	62 - CRMJ	63 - CRMJ
-----------------------	-----------	-----------

64 - TIPO DE TRABALHO	65 - CRMJ	66 - CRMJ
-----------------------	-----------	-----------

67 - TIPO DE TRABALHO	68 - CRMJ	69 - CRMJ
-----------------------	-----------	-----------

70 - TIPO DE TRABALHO	71 - CRMJ	72 - CRMJ
-----------------------	-----------	-----------

Scanned by CamScanner