



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                                      |                            |
|--|--------------------|--|----------------------------|
| ERIMAX ADOLFO VARELA (AUTOR)                               |                    | RICARDO JOSE SILVA REIS (ADVOGADO)                                 |                            |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU) |                    |  |                            |
| URAI DE OLIVEIRA (TERCEIRO INTERESSADO)                    |                    |  |                            |
| Documentos   |                    |  |                            |
| Id.  | Data da Assinatura | Documento  | Tipo                       |
| 11866565   | 17/08/2017 10:15   | <u>1. Procuração</u>   | Procuração                 |
| 11866580   | 17/08/2017 10:15   | <u>2. DOCUMENTOS PESSOAIS</u>                                      | Documento de Identificação |
| 11866611   | 17/08/2017 10:15   | <u>3. DECLARAÇÃO E COMPROVANTE DE RESIDENCIA..</u>                 | Documento de Comprovação   |
| 11866621   | 17/08/2017 10:15   | <u>4. PAGAMENTO DO SINISTRO</u>                                    | Documento de Comprovação   |
| 11866659   | 17/08/2017 10:15   | <u>5. DECLARÇÃO ATENDIMENTO DO SAMU</u>                            | Documento de Comprovação   |
| 11867034   | 17/08/2017 10:15   | <u>5. 1 B.A. U HOSP. WOLFREDO GURGEL.</u>                          | Documento de Comprovação   |
| 11866719   | 17/08/2017 10:15   | <u>5. 2. B.A.U - HOSP. WOLFREDO G.</u>                             | Documento de Comprovação   |
| 11866745   | 17/08/2017 10:15   | <u>5. 3 B.A.U HOSP. WOLFREDO GURGEL.</u>                           | Documento de Comprovação   |
| 11866781   | 17/08/2017 10:15   | <u>5. 4 B.A.U HOSP. WOLFREDO GURGEL.</u>                           | Documento de Comprovação   |
| 11866886   | 17/08/2017 10:15   | <u>5. 5 B.A.U HOSP. WOLFREDO GURGEL.</u>                           | Documento de Comprovação   |
| 11866918   | 17/08/2017 10:15   | <u>5. 6 B.A.U HOSP. WOLFREDO GURGEL.</u>                           | Documento de Comprovação   |
| 11866950   | 17/08/2017 10:15   | <u>5. 7 B.A.U. HOSP. WOLFREDO G.</u>                               | Documento de Comprovação   |
| 11866975   | 17/08/2017 10:15   | <u>5. 8 B.A.U. HOSP. WOLFREDO G.</u>                               | Documento de Comprovação   |
| 11867117   | 17/08/2017 10:15   | <u>6. 1 B.A.U INTERNAÇÃO PARA CIRURGIA HOSP. DEOCLECIO MARQUES</u> | Documento de Comprovação   |
| 11867158   | 17/08/2017 10:15   | <u>6. 2 INTERNAMENTO PARA CIRURGIA NO HOSP. DEOCLECIO MARQUES.</u> | Documento de Comprovação   |
| 11867199   | 17/08/2017 10:15   | <u>6. 3 INTER. PARA CIRURGIA HOSP. DEOCLECIO MARQUES.</u>          | Documento de Comprovação   |
| 11867229   | 17/08/2017 10:15   | <u>6. 4 INTER PARA CIRURGIA HOSP. DECLECIO MARQUES. MARQUES.</u>   | Documento de Comprovação   |
| 11867311   | 17/08/2017 10:15   | <u>6. 6 INTERNAMENTO PARA CIRURGIA. HOSP. DEOCLECIO MAERQUES.</u>  | Documento de Comprovação   |

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



OAB/RN 215  
Página 1 de 1

#### PROCURAÇÃO PARTICULAR

Pelo presente instrumento de Procuração Particular, como Outorgante(s) **ERIMAX ADOLFO VARELA**, brasileira, em União Estável, residente no CPF/Nº sob o nº 039.098.844-17, com RG nº 2.568.138 - SSP/RN, domiciliado na Rua João Vinícius Antunes, nº 41, Apt. 201, Possagem de Areia, Parangim/RN CEP: 58.145-130, para o fto. Outorga e constitui como seus bastantes advogados e procuradores **Breno Cabral Cavalcanti Ferreira**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/RN sob o nº 5.810, e-mail [brunocavali@cabralreis.com.br](mailto:brunocavali@cabralreis.com.br); **Ricardo José Silva Reis**, brasileiro, divorciado, advogado inscrito na OAB/RN sob o nº 5.816, e-mail [ricardosilva@cabralreis.com.br](mailto:ricardosilva@cabralreis.com.br); **Douglas Bartolomeu Moura da Silva**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RN sob o nº 7.857, e-mail [douglas@cabralreis.com.br](mailto:douglas@cabralreis.com.br), integrantes do Escritório de Advogados **Cabral & Reis Advogados Associados**, pessoa jurídica de direito privado com inscrição no CNPJ/MF sob o nº 08.418.830/0001-45, e registro na OAB/RN sob o nº 215, situado na Av. Capitão-Mor Gouveia, 3005, sala 15, Shopping Ceasa, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59079-400, a quem são conferidos todos os poderes acima e os demais necessários ao cumprimento com diligência e apreço do exercício de defesa do outorgante, **especialmente para ingressar com ação de cobrança de Seguro DPVAT**.

A presente Procuração Particular, com as cláusulas adiante, habilita os advogados em epígrafe a praticarem todos os atos do processo, inclusive para receber alvará, citação inicial, contestar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, subjuatocar com ou sem reserva de poderes, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber, dar quitação e firmar compromisso, **até mesmo para declarar hipossuficiência econômica e requerer o benefício da justiça gratuita**.

**CLÁUSULA DE HONORÁRIOS** - Fica acordado entre OUTORGANTE(S) e os advogados OUTORGADOS, qualificados acima, que (i) a primeira(s) parágrafo(s) dos seguintes, a título de honorária advocatícia pelos serviços de vido a ser executados em cumprimento aos poderes conferidos por este mandado, o percentual de 30% (trinta por cento) sobre QUANTO VERGEM TRATADA QUE VENHA A RECEBER DO AUTOR, DIRETA OU INDIRETAMENTE, INCLUINDO NA SÚMULA JUDICIAL COMO ADMINISTRATIVA, EXCETO DAS HONORÁRIAS ACORDADAS NO VOLUNTARIAMENTE PAGOS PELA PARTE CONTRÁRIA, SUBSTRAINDO O VALOR MÍNIMO DA R\$ 1.000,00 (um mil reais), devendo sua pagamento ocorrer de uma única vez quando o(s) OUTORGANTE(S) receber(em) seu(s) crédito(s). Em caso de restituição, por parte do(s) OUTORGANTE(S), será assegurado aos advogados OUTORGADOS o valor correspondente ao percentual aqui pactuado, por ocasião da disponibilização do(s) crédito(s) ao(s) OUTORGANTE(S). Desde já, o(s) OUTORGANTE(S) autoriza(m) expressamente a retenção do percentual pactuado em favor dos advogados OUTORGADOS.

Natal/RN, 20 de junho de 2017.

**ERIMAX ADOLFO VARELA**

*Ricardo José Silva Reis*

Av. Capitão Mor Gouveia, 3005 - Sala 15 - Shopping Ceasa - Lagoa Nova - Natal/RN - CEP 59079-400  
Fone: 84 3234.3274 - E-mail: [cabralreis@cabralreis.com.br](mailto:cabralreis@cabralreis.com.br) - [www.cabralreis.com.br](http://www.cabralreis.com.br)



Scanned by CamScanner

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Enimar Adolfo Urdade

RG nº 06178902010, data de expedição 03 / 10 / 15, Órgão Datarm-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<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua José Jureu Antunes</u>        |
| Número                            | <u>41</u>                            |
| Apto / Complemento                | <u>AP-201</u>                        |
| Bairro                            | <u>Passeagem de Graia</u>            |
| Cidade                            | <u>Corumbim</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: Enimar Adolfo Urdade



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

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE  
RUA MERMOS, 150, BALDO,  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20855199-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
Ligações Gratuitas:  
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116  
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
-Ouvidoria 0800 084 0404  
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167  
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

ERIKA ISABEL DO NASCIMENTO LIMA  
CPF: 052.907.354-17 NIS: 12815914548

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOAO 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

## 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

Série: U

## CONTA CONTRATO

007005502114

Nº DO CLIENTE

3010457239

Nº DA INSTALAÇÃO

0002316048

## 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      | 0,17561666 | 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 | 5,32         |
| Acréscimo Bandeira VERMELHA              |            |            | 2,57         |
| Contribuição Iluminação Pública          |            |            | 3,88         |
| (CMS-Parcela Subvencionada)              |            |            | 5,90         |
| 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> |

## INFORMAÇÕES 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                        |            | HISTÓRICO DO CONSUMO |     |
|--|------------|----------------------|-----|
| Consumo Ativo até 30 kWh                 | 0,13246765 | MAI 17               | 114 |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh  | 0,22706740 | ABR 17               | 133 |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh | 0,34063110 | 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               | 68  |
|  |            | MAI 16               | 61  |

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| NUMERO DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR            | ATUAL               | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
|-------------------|----------------|---------------------|---------------------|---------|-----------|--------|-------------|
| 00900900070472511 | CAT            | 18/04/2017 5.596,00 | 18/05/2017 5.719,08 | 30      | 1,00000   | 0,00   | 114,08      |

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

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

| DESCRIÇÃO   | CONJUNTO          | VALOR APURADO | METAS MENSAL | METAS TRIMESTRAL | METAS ANUAL        |
|---|-------------------|---------------|--------------|------------------|--------------------|
| mar/2017  |                   |               |              |                  |                    |
| DICR-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         | 5,60             | 13,20              |
| DMIC-Duração máxima de interrupção contínua   |                   | 0,00          | 3,03         | 0,00             | 0,00               |
| DICR-Duração de interrupção em dia crítico  |                   |               |              |                  | Limite DICR: 12,22 |
| EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 11,90  |                   |               |              |                  |                    |
| [Todo Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DICR, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.] |                   |               |              |                  |                    |

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de 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.  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do 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 Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 28,21.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

## NÍVEIS DE TENSÃO

| TENSÃO NOMINAL(V) | LÍMITE 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 |

## TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.

Este canhoto será usado para leitura ótica.

838300000004 452600384070 005502114208 007765547233



12/04/2017

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Novo 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 Indenizacao | 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 O

### 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 URGÊNCIA**  
SAMU 192 RN

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se faz necessário  
que em busca no sistema informatizado do SAMU 192 RN  
encontrada a ocorrência Nº S235455 referente ao paciente **BRUNO**  
**ADOLFO VARELA** 30 anos, atendido pelo Serviço de Atendimento  
Móvel de Urgência - SAMU 192 RN, no dia 25/01/2016, em  
Parnamirim/RN, conforme ficha anexa.

*P. J. Silva Reis*  
SABRINA  
Coordenadora

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGENCIA**  
**CIRURGIA GERAL**

|                   |                       |                      |                        |
|-------------------|-----------------------|----------------------|------------------------|
| PACIENTE          |                       | ERIMAX ADOLFO VARELA |                        |
| DATA DE ENTRADA   |                       | 28/10/2016           | HORA 16:47 Nº BAA 24-8 |
| IDADE             | 30                    | SEXO                 | ETNIA                  |
| CARTÃO SUS        |                       | ESTADO CIVIL         |                        |
| CPF               | RG                    |                      |                        |
| NOME DA MÃE       |                       |                      |                        |
| NOME DO PAI       |                       |                      |                        |
| NASCIMENTO        | 01/01/1986            | NATURALIDADE         |                        |
| TELEFONE          |                       | PROFISSÃO            |                        |
| RUA/AV.           | Nº                    |                      |                        |
| COMPLEMENTO       | NAO FOI APRESENTADO   | BAIRRO               |                        |
| CEP               | DOC. DE IDENTIFICACAO |                      |                        |
| ORIGEM            | Ambulância - SAMU     | CIDADE               |                        |
| ACID. DE TRABALHO | Não                   | MOTIVO               |                        |
|                   | USUÁRIO               |                      |                        |

### HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (INÍCIO)

Bozente  
SPAMU não protocola faza mas de  
comenciação, ramos e ramos  
expos e

## EXAME FÍSICO (PONTUAÇÃO)

- A Vaion avaros peronos. Sem cura
- B Experiencia em 1911
- C Estival Anualmente
- D Glasgow 15. Sem cura  
Escudo 1911 em 1911

**OUTRAS OBSERVAÇÕES**

Toia, white

| HORA | PRESÇA<br>ANTERIO |
|------|-------------------|
|      |                   |
|      |                   |
|      |                   |
|      |                   |
| DIAZ |                   |





ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: *Gr 70*

ANAMNESE

*Q vida de risco*

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

*FX exp osso da perna*

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

*RX*

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

*to pelo Hma 20/01/2019  
em 20/01/2019*

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

*Dr. Henrique Camargo*

*DR. ZACARIAS*

Assinatura e Data do Responsável

CONFERE COM ORIGINAL  
DATA: 20/01/2019  
MAT. Nº: 123456789

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA

SAÍDA:

Decisão Médica ☐

A Revella ☐

Transferido ☐

ÓBITO:

DATA:

Entregue à família

com Atestado ☐

DESTINO DO PACIENTE

INTERNAMENTO NA CLÍNICA

SAÍDA

ÓBITO

Entregue à família

DESTACAR

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

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

LAUDO PARA  
SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE

4 - CNES

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5 - NOME DO PACIENTE

*Erimesa Adalberto Viana*

6 - Nº DO PROTOCOLO

7 - CARTÃO NACIONAL / SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - MARCELO

11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DO ESTABELECIMENTO

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº)

14 - MUNICÍPIO

15 - BAIRRO

16 - UF

17 - CEP

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Arred de sono*

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Ex. MP 05505 de 10/10/2012**Tx + 100 mg*

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

*PX + EX + Anomalia*

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

22 - CID INICIAL

23 - CID SECUNDÁRIO

24 - DATA DO EXAME

*Ex. MP 05505 de 10/10/2012***PROCEDIMENTO SOLICITADO**

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - LEITO / CLÍNICA

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

*0415 010012***PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS ÀS DEPENDÊNCIAS DO SUS**

29 - TIPO DE TRANSPORTO

30 - CAPTAÇÃO DE TRANSPORTE

31 - TIPO DE TRANSPORTE

32 - CUSTO

33 - TIPO DE TRANSPORTE

34 - OBSERVAÇÕES



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado de Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfrado Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Salinho

Nome:

ERIMAR ADOLFO VARELA

Serviço:

Idade:

Nº Registro:

Letra:

DATA

28/10/16  
20:30h

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Presença com Prontidão Externa. Prontidão para o CC.

29/10/16  
00:30

Presença administrando a TUBALUNGA. Prontidão para o CC.

30/10/16

Presença com Prontidão Externa. Prontidão para o CC.

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL 25/10/16

MAT. Nº 13222

SAME

31/10/16

Presença com Prontidão Externa. Prontidão para o CC.

Presença com Prontidão Externa. Prontidão para o CC.

Presença com Prontidão Externa. Prontidão para o CC.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfrado Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

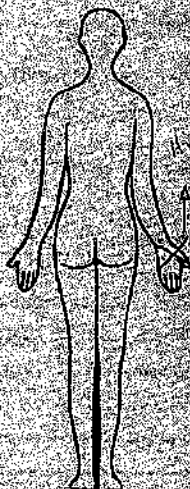
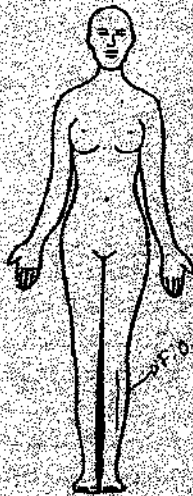
FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Ermar Adolys Varela  
DATA DE NASCIMENTO: 01/03/1988 IDADE: 30  
REGISTRO: 1340199  
DATA DE ADMISSÃO: 28/10/2016 HORA: 23:30  
ADMISSÃO DO PACIENTE:  
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: D. T. P. de A.  
HIDRATAÇÃO: SIM (X) NÃO ( ) VIA: PERIFÉRICO (X) ACESSO CENTRAL ( )  
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE (X) ORIENTADO (X) VIGIL ( ) AGITADO ( )  
INCONSCIENTE ( )  
ESTADO GERAL: BOM ( ) REGULAR (X) GRAVE ( )  
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AMBIENTE (X) M.V. ( ) ENTUBADO ( ) TRAQUEOSTOMIZADO ( )  
ALÉRGICO: SIM ( ) NÃO (X) HIPERTENSO: SIM ( ) NÃO (X)  
DIABÉTICO: SIM ( ) NÃO (X) ASMÁTICO: SIM ( ) NÃO (X)  
DOENÇA RENAL: SIM ( ) NÃO (X) OUTRAS PATOLOGIAS:  
MEDICAÇÕES EM USO:  
CIRURGIAS ANTERIORES:  
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM ( ) NÃO ( )  
OBSERVAÇÃO:

ÁREA DE TRICOTOMIA:

ÁREA DE PUNÇÃO:

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: PUNÇÃO DE TRICOTOMIA: 0702030805



CONFERE COM ORIGINAL

NATAL 29/12/16

MAT. Nº 182000000

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

INSTRUMENTADO: Frag. 1000  
CIRCULANTE: Paulo J. de A.  
TIPO DE ANESTESIA: GERAL ( ) RAQUÍ (X) PERIDURAL ( ) BIPOLAR ( )  
OBS:  
ANESTESISTA: 22:30 Dr. G. L. de A.  
INÍCIO DE ANESTESIA: 22:30  
TÉRMINO DE ANESTESIA: 00:30  
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: Cefazolin  
HORA: 23:35

ESTE HOSPITAL

Scanned by CamScanner



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO



PACIENTE ERIMAX ADOLFO VARELA RG. 002.568.198  
CARTÃO SUS - N° 1140199  
IDADE 30 SEXO - ETNIA - ESTADO CIVIL -  
NOME DA MÃE -  
NOME DO PAI -  
RUA/AV. - N° -  
COMPLEMENTO NAO FOI APRESENTADO DOC. DE BAIRRO  
CEP -  
ESPECIALIDADE ORtopedia CIDADE Paranaíba-MG  
USUÁRIO Envaldo UNIDADE ORO Mocós LEITO 720

ADMISSÃO 28/10/2016 18:16 ALTA - / / - ÓBITO - / / - DIAS DE PERMANÊNCIA -

DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA EXATADA PERNA ESQ

DIAGNÓSTICO FINAL

Admissão com história de trauma  
Morte com fratura exatada perna esquerda

REVISADO  
EM 14-11-16  
POR FORT





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

FICHA DE  
ACOMPANHAMENTO  
SOCIAL

Identificação

Enfermeira: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ UTI: \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_  
Data de admissão: 28/10/2016 Atividade: \_\_\_\_\_  
Nome: Bayanex Adolfo Vande Naturalidade: \_\_\_\_\_  
Idade: 31 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 25/10/1985  
RG: 002.568.138 Estado Civil: solteiro Nível de Instrução: \_\_\_\_\_  
Filiação: Pai: Edvaldo Adolfo Vande Mãe: Osniete Nicácio Barbosa  
Endereço: R. Prof. Tereza Antunes Carbonell, 100, 2º andar, 59060-000, Natal, RN  
Telefone: 986039848 ( ) Residência ( ) Trabalho  
Contato: Mª do Livramento Outros telefones: \_\_\_\_\_  
Composição familiar: Reside com os pais e irmãos  
Outras informações: Faz uso de ( ) Alcool ( ) Fumo ( ) Drogas ( ) Medicamentos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Vigilante Trabalho em vínculo empregatício: ☐  
( ) Aposentado ( ) Auxílio doença ( ) BPC ( ) Autônomo ( ) Pensãoista ( ) Desempregado  
Programas e Serviços: ( ) Passe Livre ( ) Bolsa Família ( ) PEP ( ) PPS ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
Interação decorrente de acidente de trabalho? ( ) Não ( ) Sim Nome da Empresa: \_\_\_\_\_

Forma de Acesso ao Serviço

( ) Sozinho - procurou atendimento ( ) Trazido por familiares ( ) Encaminhado pelo médico  
(X) Socorrido em via pública ( ) Outros meios: \_\_\_\_\_  
( ) Encaminhado: Hospital de origem: Sica Saúde

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? ( ) Não ( ) Sim Qual motivo: \_\_\_\_\_  
Portador de deficiência: ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Física ( ) Mental ( ) Outra: \_\_\_\_\_  
Responsável pelo paciente: Mª do Livramento  
Parentesco: sofre  
Endereço do Responsável: \_\_\_\_\_

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar)

Obito: Encaminhado para: \_\_\_\_\_  
Alta hospitalar: \_\_\_\_\_  
Outros: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

Nome: **ERIMAX ANDRÉ VANDER**

Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório: **FRATURA EXPOSTA DE COTOVELO**

Indicação terapêutica: **TAMPAMENTO COTVELO**

Urgência (X) Eletiva ( )

### INTERVENÇÃO

Data: **26/10/16**

Início:

Término:

Duração:

Operador: **M. CALHEI**

CRM/CRO:

1º Auxiliar:

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesiologista: **M. GILBERTO**

CRM/CRO:

### RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO CONFERE COM ORIGINAL

DESCOMPOSIÇÃO

FRATURA EXPOSTA DE COTOVELO

Ampliação da fratura

Desmoldagem da pele

Ampliação da fratura

Ampliação da fratura

Ampliação da fratura

Ampliação da fratura

Ampliação da fratura

Ampliação da fratura

Ampliação da fratura

NATAL: **29/10/16**  
MAT. Nº: **246.142**  
SABE  
ASSINATURA



Nome: RICARDO JOSE SILVA REIS Matr. 710


RG: 11.111.999 Nascimento: 02/01/56

Data: 02/12/12 Mecanismo: 12/12/12

|    |                                   |  |
|----|-----------------------------------|--|
| 1  | DATA: 02/12/12                    |  |
| 2  | 1st Ambulância 9h 10min 14/12/12  |  |
| 3  | Letim 1, 25 6/12/12               |  |
| 4  | Ambulância 500 + 100 e 4/12/12    |  |
| 5  | 1st Ambulância 500 6/12/12        |  |
| 6  | 1st Ambulância 100 + 100 14/12/12 |  |
| 7  | 1st Ambulância 100 + 100 14/12/12 |  |
| 8  | 1st Ambulância 100 + 100 14/12/12 |  |
| 9  | 1st Ambulância 100 + 100 14/12/12 |  |
| 10 | 1st Ambulância 100 + 100 14/12/12 |  |
| 11 | 1st Ambulância 100 + 100 14/12/12 |  |
| 12 | 1st Ambulância 100 + 100 14/12/12 |  |
| 13 | 1st Ambulância 100 + 100 14/12/12 |  |
| 14 | 1st Ambulância 100 + 100 14/12/12 |  |
| 15 | 1st Ambulância 100 + 100 14/12/12 |  |

RICARDO JOSE SILVA REIS  
 11.111.999  
 02/01/56

CONFERE COM ORIGINAL  
 NATAL 29/12/12  
 MAT. Nº 11.111.999  
 SAME  
 ASSINATURA

|  |  |
|--|--|
|  <p>GOV. DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE<br/>Secretaria de Estado de Saúde Pública<br/>Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel<br/>Pronto Socorro Clóvis Sarrinho</p> | <p>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO</p>                          |
|  | <p>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</p> |

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

|                                   |          |
|-----------------------------------|----------|
| 1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE   | 2 - CNES |
| 3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE | 4 - CNES |

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

|                                 |  |                          |                     |
|---------------------------------|--|--------------------------|---------------------|
| 5 - NOME DO PACIENTE            |  | 6 - ID DO PROTOCOLO      |                     |
| 7 - CARTÃO NACIONAL / SUS       |  | 8 - DATA DE NASCIMENTO   | 9 - SEXO            |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL |  | 11 - TELEFONE DE CONTATO |                     |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)         |  | 13 - CID INICIAL         | 14 - CID SECUNDÁRIO |
| 15 - BAIRRO                     |  | 16 - UF                  | 17 - CEP            |

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

|  |  |
|--|--|
| 18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS   | 19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO |
| 20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) | 21 - CID INICIAL                           |
| 22 - CID SECUNDÁRIO  | 23 - LAUDOS ASSOCIADOS                     |

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

|   |                     |                             |                                       |
|---|---------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | 25 - LETO / CLÍNICA | 26 - CARACTER DA INTERNAÇÃO | 27 - NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL |
| 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO               | 29 - CID CPT        | 30 - AMPLAÇÃO               |                                       |

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE TRÂNSITO, ENGATES, ETC.)**

|                               |                         |                   |
|-------------------------------|-------------------------|-------------------|
| 31 - TIPO DE TRANSPORTADOR    | 32 - CNPJ DA SEGURADORA | 33 - Nº DO BULETE |
| 34 - TIPO DE TRABALHO TÍPICO  | 35 - CNPJ               | 36 - Nº DO BULETE |
| 37 - TIPO DE TRABALHO TRAVEJO | 38 - CNPJ               | 39 - Nº DO BULETE |
| 40 - CID SECUNDÁRIO           | 41 - CNPJ               | 42 - Nº DO BULETE |

**AUTORIZAÇÃO**

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| 43 - NOME DO RESPONSÁVEL | 44 - NOME DO RESPONSÁVEL |
| 45 - NOME DO RESPONSÁVEL | 46 - NOME DO RESPONSÁVEL |
| 47 - NOME DO RESPONSÁVEL | 48 - NOME DO RESPONSÁVEL |
| 49 - NOME DO RESPONSÁVEL | 50 - NOME DO RESPONSÁVEL |