



Número: **0816581-33.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **18/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 7.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

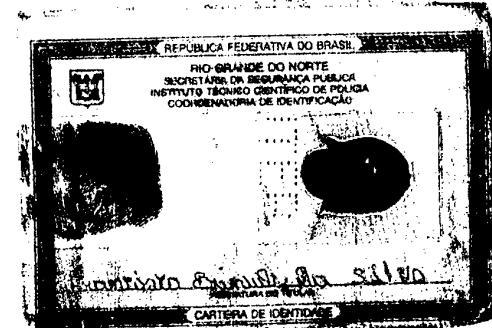
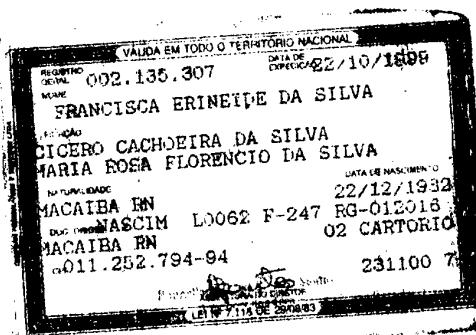
Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>FRANCISCA ERINEIDE DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>ISLAYNNE GRAYCE DE OLIVEIRA BARRETO (ADVOGADO)</b>
<b>PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS (RÉU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
25276 817	03/05/2018 17:35	<a href="#">Identificação pessoal</a>	Documento de Identificação
25276 839	03/05/2018 17:35	<a href="#">Boletim de acidente</a>	Documento de Comprovação
25276 854	03/05/2018 17:35	<a href="#">Internação hospitalar</a>	Documento de Comprovação
25276 919	03/05/2018 17:35	<a href="#">Administrativo Erineide</a>	Documento de Comprovação
25595 446	03/05/2018 17:35	<a href="#">PROCURAÇÃO</a>	Petição
25595 469	03/05/2018 17:35	<a href="#">Procuracao Erineide</a>	Procuração



**ATENÇÃO**  
A Vida útil das ledos impressos neste  
comprovante é de 100 dias. Não é a exposição  
à luz, ao calor ou à umidade que determina  
o fim da vida útil, mas sim o uso excessivo.  
A vida útil dos ledos impressos neste  
comprovante despende-se em função de:  
- uso excessivo; - uso de plásticos, produtos  
químicos ou óleos; - exposição a temperaturas  
extremas; - uso de aparelhos eletrônicos.  
A vida útil dos ledos impressos neste  
comprovante é de 100 dias. Não é a exposição  
à luz, ao calor ou à umidade que determina  
o fim da vida útil, mas sim o uso excessivo.  
**COSERN** Grupo Neoenergia

**TARIFA SOCIAL DE ENERGIA ELÉTRICA** Criada pela Lei 10438, de 26/04/02  
**NOTA FISCAL / FATURA / CONTO DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Marmoz, 150, Baldo, Nata, Rio Grande do Norte - CEP 56025-250  
CNPJ 05.179.000/0001-61 | Iiac. Est. 20065199-0 | www.cosern.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
FRANCISCO ASSIS S DOS SANTOS  
=> CADASTRO DESATUALIZADO <=

**ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
FZ RETIRO 1590-FZ 254 SITIO  
RETIRO

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
PENDENCIAL  
Município

Nº DA NOTA FISCAL	001391383	DATA EMISSÃO	28/06/2017
APROVAÇÃO	29/06/2017	Nº DO CLIENTE	301006892
		Nº DA INSTALAÇÃO	2035878

**DETALHAMENTO DA FAZENDA RURAL**  
MALACASARIN  
55260-000

CONTA CONTRATO		MESANO	
7001144914	08/2017		
DATA DE VENCIMENTO	05/09/2017	DATA PRIMEIRA LEITURA	28/09/2017
		TOTAL A PAGAR (R\$)	63,83

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	85.0000000	0,55021719	47,67
Acrecimo Baldeira AWARELA			0,22
Acrecimo Banheira VERMET HA			0,20
Corrigenda do Contador (kWh)			0,36
Multa por atraso-NF 001388324 - 29/08/17			1,02
Juros por atraso-FC 001388324 - 28/08/17			0,57

**TOTAL DA FATURA** 63,83

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)	
ANT1622P	LAT	401107	742534	24/06/17	747100	32	1.0000	95,00

**HISTÓRICO DE CONSUMO**

MÊS/ANO kWh	BÁSIS DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
AGO17 95	IPI		R\$ 52,07	Geração de Energia R\$ 19,81 36,00%
AGO17 95	ICMS		R\$ 0,22	Transmissão e Logística R\$ 2,41 4,36%
JUL17 90	PIS		R\$ 0,20	Outras Remunerações R\$ 0,00 0,00%
JUL17 90	COFINS		R\$ 0,20	Perda de Energia R\$ 0,36 5,52%
ABR17 67			R\$ 0,00	Locação Baterias R\$ 0,42 6,61%
MAR17 56			R\$ 0,00	Impostos R\$ 13,41 24,00%
FEV17 46			R\$ 0,00	Total R\$ 55,68 100%
JAN17 94			R\$ 0,00	
DEZ16 100			R\$ 0,00	
NOV16 115			R\$ 0,00	
OCT16 109			R\$ 0,00	
SET16 98			R\$ 0,00	
AGO16 103			R\$ 0,00	

Consumo Ativo(kWh) 041000000

FUSI b6 EB 5607 dd93 AUFF 8743 F3D0 6E7C

Comprovante de Nota Fiscal de Consumo de energia elétrica. Não é de direito da Companhia Energética do Rio Grande do Norte fornecer, nem é de direito do consumidor, a cópia da Nota Fiscal de Consumo. Pode ser obtida no endereço: [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br). O cliente deve apresentar documento de identificação e comprovante de residência. O consumo é calculado a partir da leitura anterior ao dia da emissão da Nota Fiscal, ou seja, o consumo é calculado a partir da leitura anterior ao dia da emissão da Nota Fiscal, podendo haver variação no consumo.

**ALTERAÇÃO DA COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTA EM ABERTO**

Consumidor(a) pagante	Francisco Assis dos Santos	(Nome)	
Vencimento	28/08/17	Valor	R\$ 63,83
Documento		Venceu	28/08/17

Notas fiscais emitidas em 2016 e anos anteriores são de responsabilidade da Companhia Energética do Rio Grande do Norte para consumo residencial, com exceção das operações de consumo industrial, agrícola, de geração, de transmissão e logística, de perda de energia e de impostos, que são de responsabilidade da União, de acordo com a Lei nº 10.007/09. Fazem parte da Nota Fiscal de Consumo os valores de consumo de energia elétrica que não foram paga



Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83427228  
Comunicação: C1971071  
\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS:

Tipo de Envolvido:	Passageiro	Veículo:	V1/MYP-4449 /		
Nome/Apelido:	FRANCISCA ERNEIDE DA SILVA	Sexo:	Feminino	Data de	
Nome do Pai:					
Nome da Mãe:					
Endereço:				CEP:	
Município/UF:		Naturalidade:		Nacionalidade:	BRASIL
CPF:	011.252.794-94	Documento de Identificação:		Orgão Expedidor:	
Estado Civil:		Grau de Instrução:		Telefones:	
Ocupação Principal:				Origem:	
Estado Físico:	Lesões Graves	Socorrido pela PRF?	Não	Usava Cinto?	Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo?	Não			Usava Capacete?	Sim

Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor:		Responsável pela Recepção:	
Documento do Responsável:			Data/Hora da Recepção (hora local):
Município/UF:		Motivo:	
Descrição do Encaminhamento:			

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 21/06/2016 13:00:25  
NÚMERO DE CONTROLE: 6d59cbcd5d357aa1

Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 5 de 7

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
 Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
 Sistema de Informações Operacionais  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

OCORRÊNCIA: 83427228  
 Comunicação: C1971071  
 \* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

**CONDUTOR ENVOLVIDO**

Veículo: V1/MYP-4449

Nome/Apelido: JOSE EDIMILSON SOARES DA SILVA

Data de Nascimento: 15/03/1988 Sexo: Masculino Estado Civil:

Nome do Pai: JOSE DA SILVA

Nome da Mãe: FRANCISCA SOARES DE LIMA

Endereço: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Município/UF: \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_ Celular: (84) 991359180

Grau de Instrução: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: \_\_\_\_\_

CPF: 083.965.264-00 Documento de Identificação: 002.863.759 Orgão Expedidor: \_\_\_\_\_

Origem: \_\_\_\_\_ Destino: \_\_\_\_\_

Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Sim

Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Não

Transcrição da Declaração: \_\_\_\_\_

Condutor é Habilitado? Não Categoria CNH: \_\_\_\_\_ Registro CNH: \_\_\_\_\_ Primeira Habilitação: \_\_\_\_\_

Validade CNH: \_\_\_\_\_ País CNH: \_\_\_\_\_ Dormia? Não Km Percorridos: \_\_\_\_\_ Horas Dirigindo: Ignorado

Pertences: \_\_\_\_\_

Informações Complementares: \_\_\_\_\_

**ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR**

Tipo de Receptor: \_\_\_\_\_ Responsável pela Recepção: \_\_\_\_\_

Documento do Responsável: \_\_\_\_\_ Data/Hora da Recepção (hora local): \_\_\_\_\_

Município/UF: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Descrição do: \_\_\_\_\_

**CONDUTOR ENVOLVIDO**

Veículo: V2/ CICLOMOTOR

Nome/Apelido: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Município/UF: \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Grau de Instrução: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Ocupação Principal: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Documento de Identificação: \_\_\_\_\_ Orgão Expedidor: \_\_\_\_\_

Origem: \_\_\_\_\_ Destino: \_\_\_\_\_

Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Não

Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Ignorado

Transcrição da Declaração: \_\_\_\_\_

Condutor é Habilitado? Ignorado Categoria CNH: \_\_\_\_\_ Registro CNH: \_\_\_\_\_ Primeira Habilitação: \_\_\_\_\_

Validade CNH: \_\_\_\_\_ País CNH: \_\_\_\_\_ Dormia? Não Km Percorridos: \_\_\_\_\_ Horas Dirigindo: Ignorado

Pertences: \_\_\_\_\_

Informações Complementares: \_\_\_\_\_

**ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR**

Tipo de Receptor: \_\_\_\_\_ Responsável pela Recepção: \_\_\_\_\_

Documento do Responsável: \_\_\_\_\_ Data/Hora da Recepção (hora local): \_\_\_\_\_

Município/UF: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Descrição do: \_\_\_\_\_

**VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>**

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 21/06/2016 13:00:25

NÚMERO DE CONTROLE: 6d59cbcd5d357aa1

Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 4 de 7



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**Departamento de Polícia Rodoviária Federal**  
**Sistema de Informações Operacionais**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**OCORRÊNCIA:** 83427228  
**Comunicação:** C1971071  
**\* STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

**VEÍCULOS ENVOLVIDOS**

Placa: MYP-4449 | Sequencial: V1 | Descrição: | Chassi: 9C2JC30104R054757 | Renavam: 00816396230

Marca/Modelo: HONDA/CG 125 TITAN KS | Cor: VERMELHA | Ano: 2004 | Tipo: Motocicletas | Emplacamento: |

Ocupantes: 2 | Espécie: | Categoria: |

Proprietário: JOSE LOURENCO DA SILVA | CPF/CNPJ: 026.866.414-52

Endereço: SIT ASSENTAMENTO JOSE COELHO D 25 | CEP: 59.280-000

Município/UF: | Telefones: |

Celular: (84) 991359180

**COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA**

Placa U1: | Placa U2: | Placa U3: | Placa U4: |

Origem: BRASIL | Destino: BRASIL

**INCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO**

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo | Saída de Pista? Não | Derrapagem? Não | Capotagem? Não | Tombamento? Não

Colisão com Objeto Fixo: Não Houve | Colisão com Objeto Móvel: Não Houve | Incêndio? Não

Marcas de Frenagem (m): 0,0 | Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

**ADOS DA CARGA**

Carregamento: | Houve Derramamento de Carga? Não | Extensão dos Danos: | Moeda: Real-R\$

Valor Total da Carga: R\$0,00 | Produto Perigoso: |

Descrição da Carga:

**ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO**

Tipo de Receptor: | Data/Hora da Recepção (hora local): | Motivo: |

Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável:

Município/UF: | Descrição do Encaminhamento: |

**VEÍCULOS ENVOLVIDOS**

Placa: | Sequencial: V2 | Descrição: CICLOMOTOR | Chassi: | Renavam: |

Marca/Modelo: | Cor: | Ano: | Tipo: Ciclomotor | Emplacamento: |

Ocupantes: 1 | Espécie: | Categoria: |

Proprietário: | CPF/CNPJ: |

Endereço: | CEP: |

Município/UF: | Telefones: |

Celular: |

**COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA**

Placa U1: | Placa U2: | Placa U3: | Placa U4: |

Origem: BRASIL | Destino: BRASIL

**INCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO**

Manobra do Veículo no Acidente: Entrava na via | Saída de Pista? Não | Derrapagem? Não | Capotagem? Não | Tombamento? Não

Colisão com Objeto Fixo: Não Houve | Colisão com Objeto Móvel: Não Houve | Incêndio? Não

Marcas de Frenagem (m): 0,0 | Estado dos Pneus: Não Há

Descrição do Recolhimento:

**ADOS DA CARGA**

Carregamento: | Houve Derramamento de Carga? Não | Extensão dos Danos: | Moeda: Real-R\$

Valor Total da Carga: R\$0,00 | Produto Perigoso: |

Descrição da Carga:

**ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO**

Tipo de Receptor: | Data/Hora da Recepção (hora local): | Motivo: |

Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável:

Município/UF: | Descrição do Encaminhamento: |

**VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET:** <http://www.dprf.gov.br>

**DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:** 21/06/2016 13:00:25

**NÚMERO DE CONTROLE:** 6d59cbcd5d357aa1

Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 3 de 7



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83427228  
Comunicação: C1971071  
\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CROQUI

Local Parcialmente Desfeito

SENTOO V2  
SENTOO V1  
V2

LEGENDA:

- Automóvel
- Veículo Trator
- Pedestre
- Ponto B
- Ponto P
- Ponto C
- Ônibus
- Animal
- Capotagem
- Caminhão
- Tombamento
- Incêndio
- Local da colisão
- Marcha à ré
- Placa de Trânsito
- Trem
- Conjugado
- Objeto Fixo
- Ponto A'
- Ponto A
- Antes da Colisão
- Marca de Frenagem
- Veículo Ausente
- Robôquic/Semi-reboque
- Triângulo de Amarração
- Veículo de 2 ou 3 rodas
- Marcha à frente
- Patinagem ou Dorrapagem
- Depois da Colisão

MACAÍBA

LAJES

Latitude do Ponto C: \_\_\_\_\_ Longitude do Ponto C: \_\_\_\_\_

Referência do Ponto A/A': \_\_\_\_\_

| Referência do Ponto B: \_\_\_\_\_

Distância AB (m): \_\_\_\_\_

Distância AC (m): \_\_\_\_\_

Distância BC (m): \_\_\_\_\_

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

CONFORME AVERIGUAÇÕES REALIZADAS, VESTÍGIOS DEIXADOS NO LOCAL E DECLARAÇÃO VERBAL DO CONDUTOR DE V1, ESSE SEGUIA O FLUXO NORMAL DA VIA PELA DIREITA, QUANDO ENTROU A SUA FRETE V2 VINDO DO ACOSTAMENTO, E HOUVE A COLISÃO.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 21/06/2016 13:00:25

NÚMERO DE CONTROLE: 6d59ebcd5d357aa1

Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 2 de 7



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83427228  
Comunicação: C1971071  
\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: [ 1970635 - RAFAEL DE LUCENA LOPES FERREIRA ]	Data/Hora do Acidente (hora local): [ 01/01/2016 01:30 ]	BR: [ 304 ]	KM: [ 286,0 ]
Município/UF: [ MACAIBA/RN ]	Tipo de Acidente: [ Colisão traseira ]	Sentido da Via: [ Crescente ]	
Fase do dia: [ Plena noite ]	Condições da Pista: [ Seca ]	Restrições de Visibilidade: [ Inexistente ]	
Sinalização existente: [ Vertical, Horizontal ]	Sinalização luminosa: [ Inexistente ]	Condição meteorológica: [ Ceu Claro ]	
Houve danos ao patrimônio da União? [ Não ]			
Houve solicitação de perícia? [ Não ]	Data e horário da solicitação:		
A perícia compareceu ao local do sinistro? [ Não ]	Data e horário do:		

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? [ Não ]

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? [ Não ]

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDICÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: [ Rural ] Tipo de Localidade: [ Não edificada ]

Existe acostamento? [ Sim ] Estado de Conservação: [ Bom ] Há desnível? [ Não ] É pavimentado? [ Sim ] Largura (m): [ 2,5 ]  
Possui defensas? [ Não existe ] Possui meio-fio? [ Conservada(o) ] Possui sinalizaç? [ Não existe ]

Existe canteiro central? [ Não ] Estado de Conservação: [ ] Largura (m): [ 0 ] Tipo de inclinação: [ ]  
Obstáculo ao Cruzamento: [ Não Informado ] Estado de Conservação do Obstáculo: [ ]

Faixa de Domínio - Estado de Conservação: [ Bom ] Ocupação: [ Livre ]

Cerca: [ Não existe ] Pista de Rolamento - Estado de Conservação: [ Bom ] Tipo: [ Simples ] Qtd. de Faixas: [ 2 ]  
Tipo de Pavimento: [ Asfalto ] Perfil: [ Em nível ] Traçado: [ Reta ] Curva Vertical: [ Não Existe ] Superelevação: [ Não ]  
Superlargura: [ Não ] Largura da Pista (m): [ 7 ] Estreitamento: [ Não Existe ]

TEXTO DESCRIPTIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 21/06/2016 13:00:25  
NÚMERO DE CONTROLE: 6d59cbcd5d357aa1

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"



**RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMELHADOS**

Veículo:	V2	Placa:			
Nome do Agente/Assinatura:	RAFAEL DE LUCENA LOPES FERREIRA			Nº BOAT:	83427228
Registro/Matrícula do Agente:	1970635			Data:	01/01/2016 01:30
<b>Item</b> Descrição - Componentes Não Estruturais					
1	Guidão, suas fixações e comandos nele instalados.	Valor	Sim	Não	NA
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2		X	
3	Amortecedor(es) traz. (inclusive fixação no chassi).	2		X	
4	Motor e suas fixações.	2		X	
5	Eixo do garfo traseiro	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		X	
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2		X	
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2		X	
9	Pedais de apoio do condutor e passageiro	2		X	
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1		X	
11	Alça traseira	1		X	
12	Assento (fixação e firmeza)	1		X	
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	1		X	
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2		X	
<b>Descrição- Componentes estruturais</b>					
A	Coluna de direção e mesas sup./inf. (folga anormal, danos)	3		X	
B	Amortecedor(es) dianteiro(s)	3		X	
C	Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" E "NA":					
0					

**CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO**

Assinale abaixo o cargo que corresponde ao dano do veículo

- Dano de Pequena Monta:** até 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.
- Dano de Média Monta:** acima de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.
- Dano de Grande Monta:** quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independentemente do somatório de pontos.

**Observações:**

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM  
Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO  
Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou Não Existente

NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)

**VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET:** <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:	21/06/2016 13:00:25
NÚMERO DE CONTROLE:	6d59cbcd5d357aa1

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 6 de 7



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
 Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
 Sistema de Informações Operacionais  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

OCORRÊNCIA: 83427228  
 Comunicação: C1971071  
 \* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

**RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMELHADOS**

Veículo:	V1 / HONDA/CG 125 TITAN KS	Placa:	MYP-4449
Nome do Agente/Assinatura:	RAFAEL DE LUCENA LOPES FERREIRA	Nº BOAT:	83427228
Registro/Matrícula do Agente:	1970635	Data:	01/01/2016 01:30
<b>Item</b> Descrição - Componentes Não Estruturais			
1	Guidão, suas fixações e comandos nele instalados.	Valor	Sim X Não NA
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2	X
3	Amortecedor(es) trás. (inclusive fixação no chassi).	2	X
4	Motor e suas fixações.	2	X
5	Eixo do garfo traseiro	2	X
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2	X
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2	X
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2	X
9	Pedais de apoio do condutor e passageiro	2	X
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1	X
11	Alça traseira	1	X
12	Assento (fixação e firmeza)	1	X
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	1	X
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2	X
<b>Descrição - Componentes estruturais</b>			
A	Coluna de direção e mesas sup/inf. (folga anormal, danos)	3	X
B	Amortecedor(es) dianteiro(s)	3	X
C	Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3	X
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3	X
Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" E "NA":			2

**CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO**

- Dano de Pequena Monta:** até 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.
- Dano de Média Monta:** acima de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.
- Dano de Grande Monta:** quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independentemente do somatório de pontos.

**Observações:**

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou Não Existente

NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

ATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 21/06/2016 13:00:25  
 ÚMERO DE CONTROLE: 6d59cbcd5d357aa1

omentes possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 7 de 7

## FOLHO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL	CNES 2653923
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL	CNES

*ORT*

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
NOME DO PACIENTE Francisca Erineide Silveira	CPF 011252794-94			
CNPJ / CNPJ MUNICIPAL (CNS) 16-2632553500041	DATA DE NASCIMENTO 01/01/1986	SEXO FEMININO	RACA/COR	ETNIA
Nome da mãe Maria Rosa Florencio da silva	DDD TELEFONE DE CONTATO (84) 9191-1529			
RESIDENCIAL SAVEL	DDD TELEFONE DE CONTATO			
ENDERECO (LOGRADOURO, Nº, COMPLEMENTO)	RETIRO. O PACIENTE NAO APRESENTOU DOCUMENTOS. OS DADOS FORAM FORNECIDOS PELO ACOMPANHANTE.			
Bairro ZONA RURAL	MUNICÍPIO DE PROCEDÊNCIA MACAIBA	UF RN	CEP 59280-000	

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
<i>→</i>	
CC	QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOC.
---------------------	------------------	-------------------	----------------------

DETALHADO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
CLÍNICA OBSERVAÇÃO 2	CARÁTER DA INTERNAÇÃO	DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	Nº DOCUMENTO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE PLANTONISTA		DATA DA SOLICITAÇÃO 01/01/2016 05:35	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

PP	PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)		
ACIDENTE	CNPJ DA SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE
( ) TRÂNSITO			
( ) TRABALHO TÍPICO			
( ) TRABALHO TRAJETO			
VÍNCULO	PRENDER A PREVIDÊNCIA		
	( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO		

Nº PROFISSIONAL AUTORIZADOR	CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSPITALAR
CPF		<i>0108050516</i>
CATEGORIA AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	<i>S 723</i>

MINISTÉRIO DE SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE NATAL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH,

LEITO N°

MÉDICO

UNIDADE HOSPITALAR

CNPJ 08.241.754/0102-99

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL - PRONTO SOCORRO DR. CLÓVIS SARINHO

NOME DO PACIENTE

*Fernanda Grineste*

ENDEREÇO (RUA + Nº + BAIRRO)

MUNICÍPIO

UF

C E P

DATA DO NASCIMENTO

MASC. FEM.

NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE

ASSINATURA DO DIRETOR CLÍNICO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CID INTERN

DATA EMISSÃO

ASSINATURA DO AUDITOR

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE

- 1 - ACIDENTE DE TRABALHO
- 2 - ACIDENTE DE TRÂNSITO
- 3 - TENTATIVA DE HOMICÍDIO

- 4 - AGRESSÃO
- 5 - TENTATIVA DE SUÍCÍDIO
- 6 - OUTROS ACIDENTES

EM CASO DE ACIDENTE DE TRABALHO

Nº F

RUA DO TRABALHO

CNPJ DO EMPREGADOR

EM CASO DE ACIDENTE DE TRANSITO

CNPJ DA SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

CAUSA EXTERNA

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Bruxo de moto*

*PX exp fêmur distal O*

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Traumatologista*

PRIM...MAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

*PX*

*99.11.11*

DIAGNÓSTICO INICIAL

*PX Pélvis*

DIAGNÓSTICO INICIAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO (POR EXENSO)

PROCEDIMENTO SOLICITADO (POR EXENSO)		DIAGNÓSTICO INICIAL							
ESIGNATURA DO MÉDICO	CRM	DATA	CLÍNICA		OBSTÉTRICA		MÉDICA		OUTRA
			CIRÚRGICA	1	2	3	4	5	
Dr. Henrique Penido			FISIOPNEUMOL		PSIQUIATRIA		PEDIATRIA		
Tumores Osseos / Coluna		01-01-16							
CRM 7716									

*REVISADO  
EM 21/01/16  
POR M/1 Kolis OK*



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTUÁRIO DE HOPITALIZAÇÃO - 1087604



5º andar

PACIENTE FRANCISCA ERINEIDE  
CARTÃO SUS - Nº 1087604  
IDADE 30 SEXO F ETNIA - ESTADO CIVIL -  
NOME DA MÃE -  
NOME DO PAI -  
RUA/AV. RETIRO Nº -  
COMPLEMENTO O PACIENTE NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS. OS DADOS FORAM FORNECIDOS PELO ACOMPANHANTE  
CEP 59280-000 CIDADE Macaíba-RN  
ESPECIALIDADE Ortopedia UNIDADE Observação 2 LEITO 1005  
USUÁRIO Tinoco

ADMISSÃO 01/01/2016 05:35 ALTA / / / ÓBITO / / / DIAS DE PERMANÊNCIA / / /

DIAGNÓSTICO INICIAL

Uso Completo de joelho (D).

DIAGNÓSTICO FINAL

Uso intenso com trauma agorátmico uso  
de joelho (D)

Uso Completo extenso de joelho (D).

Intensão para tratamento cirúrgico de  
urgência.

03/01/16 - Ortopedia

2º uso constante joelhos  
tela de sonda

cor VAM

Dr. Ricardo Emmanuel H. Matos  
Ortopedia  
CRM/RN 5387 / EOD

Natal, / / /

Assinatura do médico responsável - CRM

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

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

**RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO**

Nome: Francisco Henrique da Silva Registro: \_\_\_\_\_  
Serviço: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

**HISTÓRIA CLÍNICA**

OITIVAS - Paciente com fratura exposta  
bilíngue de joelho (D) e braço.  
(D) (O) Presente lesão complexa de joelho  
bilíngue exposta de joelho (D) (O) fôto de  
osteosíntese de joelho aberto (D) e profunda (D)  
(D) (O) fôto de fratura notável (D).

Internado p/ tratamento cirúrgico  
de urgência.

DR. M. F. FREIRE  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM 442 CONCEPÇÃO

**HISTÓRIA CLÍNICA**

11/05/2011  
11/05/2011  
11/05/2011

05/05/2011  
05/05/2011  
05/05/2011

DATA

27/11/16

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

01290

Afebril, bem, com dor forte no pulmão.  
Nego férula. São pernas distas.

Selk  
Col. VPM

7/11/16 Paciente com dor no pulmão.

8/11/16 Paciente evoluindo bem, s/ queixa.  
Nega férula. São pernas pernas  
col. VPM

9/11

avaliação

10/11/16 Fis. clínica s/ alterações

Pedro Dias

Ortopedia e Traumatologia

CRM-RN: 8378

10/11/16

Paciente evoluindo bem, s/ queixa.  
Nega férula. São pernas pernas

col. VPM

11/11/16  
Saciendo ecológico afebril,  
e com dor no pulmão.  
Evolução mantida.

Dr. Kleidson Bastos

ORTOPEDISTA

CRM 3522

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU E NOSSE CRM 3522

## GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE



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

BOLETIM  
OPERATÓRIO

## IDENTIFICAÇÃO

Nome: Francklin EnyandeReg. Nº 1087604Diagnóstico pré-operatório: Tenosite complexa exposto de peito (D)Localização terapêutica: Abdomen e tórax Urgência () Elefiva ()Cirúrgico

## INTERVENÇÃO

Data:	Inicio:	Término:	Duração:
Operador:	<u>Dr. Irineval</u>		CRM/CRO:
Auxiliar:			CRM/CRO:
Auxiliar:			CRM/CRO: <u>397,15</u>
Instrumentador:	<u>F.YADON (1) 070203 0406 -&gt; 040805 0683 (4) 5820</u>		
Anestesiado:	<u>Y.T.RNO</u>		CRM/CRO: <u>040806 0450 (4) 5810 905,91</u>

## RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Paciente em decúbito dorsal, reb. instante, algônia e antalgia, operação de campo de cirurgia, limpeza e desinfecção com SFC, 3%, desbridamento das tendões extensores e flexores. Visualizado: fissura do peito (D) + lesão completa dos tendões pectorais (D) (com resto fibrotomia), fôto que exibe lesões cicatriciais de fôto anterior (D) + fôto que exibe exposição de peito (D). Foi feita a remoção da fôto anterior com fixação com Kirschner, fôto de tendões pectorais, fixação externa e fôto de peito (D). Sutura cirúrgica, aplicação de enxertos de cirurgia vascular.

Retirada de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUIL?Retirada de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUIL?

Assinatura: C:

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

### FICHA DE ANESTESIA

Francisca Erineide da Silva

ASA: II (E)

Sexo: F

Registro:

Fratura exposta de fêmur e patela (D) Data: 01/01/16

Cirurgia Realizada: Treptamento cirúrgico de fratura exposta de fêmur e patela

Cirurgião: Dr. Michel

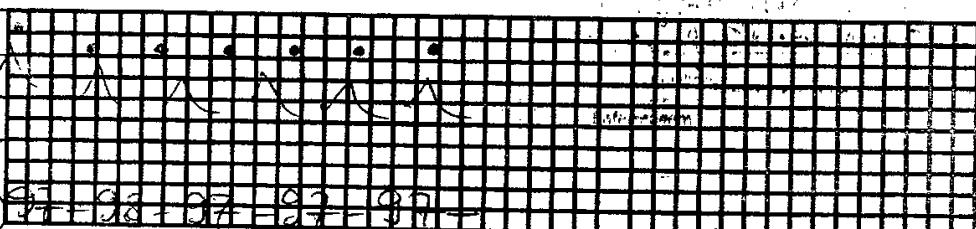
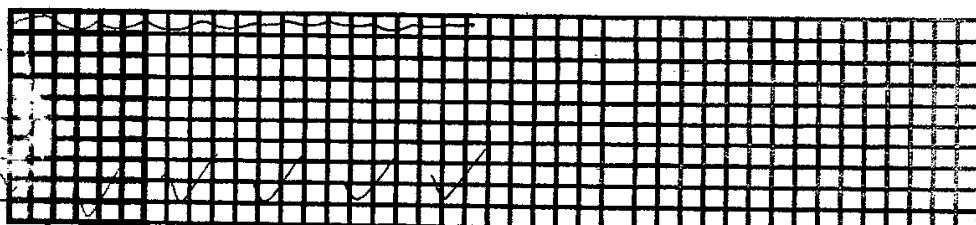
Auxiliar:

Anestesiologista: José Pedro de Souza

Enfermagem:

História Clínica Admisional:

Técnica Anestésica: Rogianesthesia paracaudiana (L3-L4)



Início: (18) 14:25 Término: 16:35

Anestésicos Utilizados:

1. Nevacaina 0,5% - 01 AMP;
3. Ecdrina 50mg - 01 Amp;
5. Anicolina 50mg - 02 AMP;
7. Zopran 08mg - 01 AMP;
9. Dipirona 01g - 02 AMP;
11. Zinger 50ml - 50ml - 03 FR.
- 12.
- 13.
14. Fentanil bolusg - 01 AMP;
4. Kepazol 01g - 02 FA;
6. Infak 50mg - 01 AMP;
8. Decadron 10mg - 01 AMP;
10. Efital 50mg - 01 FA

Encaminhamento: Procedimento: Sem intercorrências.

João Pedro de Souza Maia  
Anestesiologista  
CRM 1801 - CPF 914.461.764-00

Assinatura do Anestesiologista - CRM

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

# ORIENTAÇÃO CLÍNICA

ATENDIMENTO ESPECIAL DO 1.....	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
Assinatura e Carimbo do Responsável	
Assinatura e Carimbo do Responsável	

Caso o espaço destinado para exames seja insuficiente, utilize impressos próprios do hospital. Reunião de exames, folha de prescrição enfermagem.

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Aberça Ocular (AO)	
Outros se abrem espontaneamente.	4
Outros se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de coma profundo adormecido, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Outros se abrem por estímulo doloroso.	2
Outros não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado. (Faz coisas corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, onde está e porque, a data e etc...)	5
Confuso. (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Faz a mesma, mas sem troca conversacional)	3
Sons ininteligíveis. (Gemendo sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedeça a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	5
Levanta estimulo doloroso	4
Retraida inespecífica à dor.	3
Párdore bruto à dor (Decorticacão).	2
Atrofia extensor e dor (Desconexão).	1
Resposta motora.	
5	

ESCALA DE TRAUMA REVISADA (RTS) - TRAUMA REVISADA TESTE DE CONSCIENCIA D-11	
CONSCIENCIA NORMAL	10-15 = 4
CONSCIENCIA IMPAIRIDA	9-7 = 3 8-5 = 2 4-5 = 1 3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-200 = 4 2-200 = 3 8-80 = 2 4-50 = 1 0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTOLICA	100-200 = 4 76-99 = 3 50-75 = 2 40-49 = 1 00 = 0

### CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)

13-00-grave (necessidade de intubação imediata);  
05-3= 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 projeta põe-se a doentes concientes e que sobrevivem com idade superior a 3 anos. Na Escala Glasgow sólida-se ao doente que classifica a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes objetivos:

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

## **EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)**

**USO DE ESPAÇOS HÁZIS PARA DANOS SEJA INSUFICIENTE** UMA LEI IMPERATIVA REQUERENDO EXAMES FOLHARE PREVISÃO DE ANEXO AQUELE

#### **A (ALERGIAS):**

**(MEDICAÇÃO EM USO):**

**(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):**

**LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS):**

#### **AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):**

(PASSADO VACINAL): \_

#### **XAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) \*\*\***

## LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

## Rx de fórox (AP)

$P_X \perp\!\!\!\perp \text{sex}_2 \mid \mathcal{D} \quad (\text{AP}_2 \circ \theta)$

Rx de heel last (AP e P)

Rx de perno ① (AP e P) <sup>Dra. C. G. S. 888</sup>

---

**OUTROS**

## **CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)**

VAT

## **ANOTACÕES DE ENFERMAGEM**

M:40 - Neurálgicas do C.B.  
Paciente queixa-se momente-  
de dor em n.º 0. Foi  
realizado raios-X de  
cervo e rebordo.  
Rx torax n.

AO exams: EGR, euvirile  
FC = 120bpm, abdomen  
tendril. AP normal.

Alta de C.G.

Segue agradecendo  
e vivendo. O Stópedice

Assinatura e Cármbo do Encarregável

Assinatura e Parimbo do seu representante

ESPECIALISTA 1:	<i>Osteopatia</i>	HORA:	08:55	DATA:	01/10/16
ESPECIALISTA 2:		HORA:	<del>09:55</del>	DATA:	
ESPECIALISTA 3:		HORA:	<del>10:55</del>	DATA:	

MÉDICO (Caribe)

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:		<i>Ortop</i>	
ANAMNESE <i>Bruxismo de molar</i>			
EXAME FÍSICO			
PRESSÃO DIAGNÓSTICA <i>FX exp fémur distal D</i>			
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) <i>RC</i>		LABORATÓRIO	
		OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) <i>Levoflo 250 mg, 6x, agendado</i> <i>Subir ao OR</i>		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM <i>J. Henrique Pereira</i> Traumatoss / Coluna CRM 7716	
Assinatura e Carimbo do Responsável		Assinatura e Carimbo do Responsável	
DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTEGRAÇÃO NA CLÍNICA: <i>Ortopédico</i>		DATA: / /	HORA: / /
SAÍDA:		DATA: / /	HORA: / /
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para: <i>Ortopédico</i>		ANEXO	
ÓBITO: Entregue à família		DATA: / /	HORA: / /
com Alestado <input type="checkbox"/>		S.V.O. <input checked="" type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
Médico (Carimbo)			
A ser entregue ao paciente após a sua liberação			
DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTEGRAÇÃO NA CLÍNICA:		DATA: / /	HORA: / /
SAÍDA:		DATA: / /	HORA: / /
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para: <i>Ortopédico</i>		ANEXO	
DATA: / /		HORA: / /	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
Atestado			



Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2016

Carta nº: 9977223

A/C: FRANCISCA ERINEIDE DA SILVA

Sinistro: 3160635298 ASL-1119245/16  
Vitima: FRANCISCA ERINEIDE DA SILVA  
Data Acidente: 01/01/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: PAULO RICARDO COSTA GUILHERME

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCA ERINEIDE DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000002256-X

Conta: 000010037064-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	<b>2.531,25</b>

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ **2.531,25**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



M.M. JUIZ, SEGUE PROCURAÇÃO EM FORMATO PDF EM ANEXO.

DANTAS BARRETO  
ADVOGADOS

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Francisca Erinei de Silva

NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

IDENTIDADE: 002.135.307 CPF: 011.252.794-94

ENDEREÇO: FZ Retiro 1580 - FT 254, Sítio Retiro, MACAÍBA/RN,  
CEP 59280-000

Telefones: 9 9853-2889 - 9 9694-1847

OUTORGADOS: EVERTON MEDEIROS DANTAS, brasileiro, casado, domiciliado em Parnamirim, Rio Grande do Norte, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº. 8.357 e ISLAYNNE GRAYCE DE OLIVEIRA BARRETO, brasileira, casada, domiciliada em Parnamirim, Rio Grande do Norte, advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº. 7.221, ambos com endereço profissional na Avenida Amintas Barros, 2372, sala 05, Lagoa Nova, CEP: 59062-350. Natal/RN.

PODERES:

Por este instrumento particular de mandato, o(a) outorgante nomeia e constitui os outorgados seus bastantes procuradores e advogados outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, receber alvará judicial, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, bem como os contidos na cláusula *ad judicia et extra* para o foro em geral.

HONORÁRIOS: Fica acordado entre as partes que os honorários a título de prestação de serviços, serão pagos da seguinte forma: 20% sobre o valor deferido pela justiça ou acordo realizado entre as partes litigantes, sem comunicação com honorários fixados em razão de sucumbência, arbitramento ou penalidade por litigância de má-fé, sendo tais verbas retidas em favor da outorgada, nos termos da Lei nº. 8.906/94.

Natal/RN, 15 de maio de 2018.

Francisca Erinei de Silva  
OUTORGANTE

Avenida Amintas Barros, 2372, sala 05, Lagoa Nova, Natal/RN. Telefone: (84)9993-7261.