



Número: **0838440-42.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **18/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JEFFERSON SANKLER FERNANDES (AUTOR)		JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12020365	26/08/2017 12:33	01 PROCURAÇÃO	Procuração
12020366	26/08/2017 12:33	02 BOLETIM POLICIAL	Documento de Comprovação
12020367	26/08/2017 12:33	03 DOCUMENTOS MÉDICOS I	Documento de Comprovação
12020369	26/08/2017 12:33	03 DOCUMENTOS MÉDICOS II	Documento de Comprovação
12020370	26/08/2017 12:33	03 DOCUMENTOS MÉDICOS III	Documento de Comprovação
12020376	26/08/2017 12:33	04 PRÁVIO REQUERIMENTO	Documento de Comprovação
12020375	26/08/2017 12:33	05 QUESITOS	Outros documentos
12020374	26/08/2017 12:33	06 DOCUMENTOS PESSOAL	Documento de Identificação
12020373	26/08/2017 12:33	07 DECLARAÇÃO DE POBREZA	Documento de Comprovação
12020372	26/08/2017 12:33	08 CONTRATO DE HONORÁRIOS	Documento de Comprovação

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jefferson Sankler Fernandes
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro
RG nº: 32.236.984-9 CPF nº: 060.382.064-69
Endereço: Rua Rio Pontal
Bairro: Pq. Industrial Cidade: Parnamirim /RN,
CEP: 59.149-320

OUTORGADO(S):

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

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

Parnamirim/RN, 24 de Abril de 2017.

Jefferson Sankler Fernandes
OUTORGANTE





RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLICIAMENTO RODOVIÁRIO ESTADUAL
1º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
SETOR DE TRÁFEGO

Av. Capitão-Mor Gouveia, 924, Cidade da Esperança - Natal - Rio Grande do Norte
Fone: (84) 3232-1514 - E-mail: epresetordetrafe@hotmai.com

Natal/RN, 18 de Abril de 2017.

BOAT nº: 94425

Data: 06/04/2017

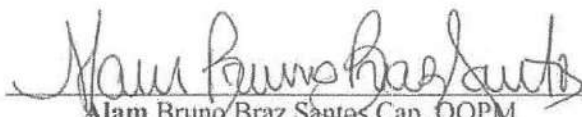
Local: RN 063 com a Av. Praia de Búzios - Ponta Negra - Natal/RN

Veículos envolvidos:

(V-1) HONDA/ CG 125 FAN - NNM 5349

(V-2) HONDA/ CG 125 FAN KS - OWG 0362

De acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, o condutor de V-2 deixou de observar o que preceituam os artigos 26-I c/c 162-I, 28 e 29-II.


Alam Bruno Braz Santos Cap. QOPM
Mat. 194.148-8
CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO

Verificação de autenticidade na internet: <http://www.pm.rn.gov.br> na tela de consulta de boletim.

Autenticação 545477984F	Número do Boletim: 94425	Número da Ocorrência: 134935	Data Registro: 18/04/2017	Hora Registro: 09:19:12	Número Controle:
----------------------------	--------------------------	------------------------------	---------------------------	-------------------------	------------------

*Somente possuem valor legal os pareceres que estejam assinados pelo chefe do setor ou auxiliar.

naífna



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 94425

1 - LOCAL E DATA

Local RN 063 Bairro PONTO NEGRO
Cidade/UF NATAL - RN P. Ref. AV. PÉDRA DE RIBEIRO
Data 06/04/2017 Hora do acidente 05:40 Hora do registro 06:00 Dia da semana QUINTA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi NNM 5349 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. HONDA - CG Cor PRETO Ano 2008 12008
Proprietário JOSÉ JAILSON RAMOS DA SILVA Nº de Ocupantes 01
Condutor ANDERSON FERNANDES NORONHA DE LIMA Data de Nasc. 04/09/1989
Endereço AV. AEROPORTO DE FLORIANÓPOLIS Nº 199 Fone 99975-3853
Bairro PARQUE INDUSTRIAL Cidade PARANÁPOLIS UF RN
CPF Nº 074.101.394-04 CNH Nº 04306528592 Validade 21/10/2012 Categoria AD
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi ONG 0362 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. HONDA - CG Cor PRETO Ano 2015 12015
Proprietário FRANCISCO BATISTA DA SILVA Nº de Ocupantes 01
Condutor JEFFERSON SANKLER FERNANDES Data de Nasc. 20/02/1985
Endereço AV. AEROPORTO DE FLORIANÓPOLIS Nº 199 Fone 99975-3853
Bairro PARQUE INDUSTRIAL Cidade PARANÁPOLIS UF RN
CPF Nº 050.382.064-67 CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

Autenticação Número do Boletim: 94425 Número da Ocorrência: 134935 Data Registro: 18/04/2017 Hora Registro: 09:19:12 Número/Controle: S45477984F

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? RN 063

Em que sentido? PIUM - PONTA NEGRA Em que faixa? única

Versão do condutor aquele que transitava normal quando foi colidido pelo V2 posteriormente.

Assinatura do Condutor do V1 

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? RN 063

Em que sentido? PIUM - PONTA NEGRA Em que faixa? única

Versão do condutor aquele que não observou o parada do V1 quando colidiu.

Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido? Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido? Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V4

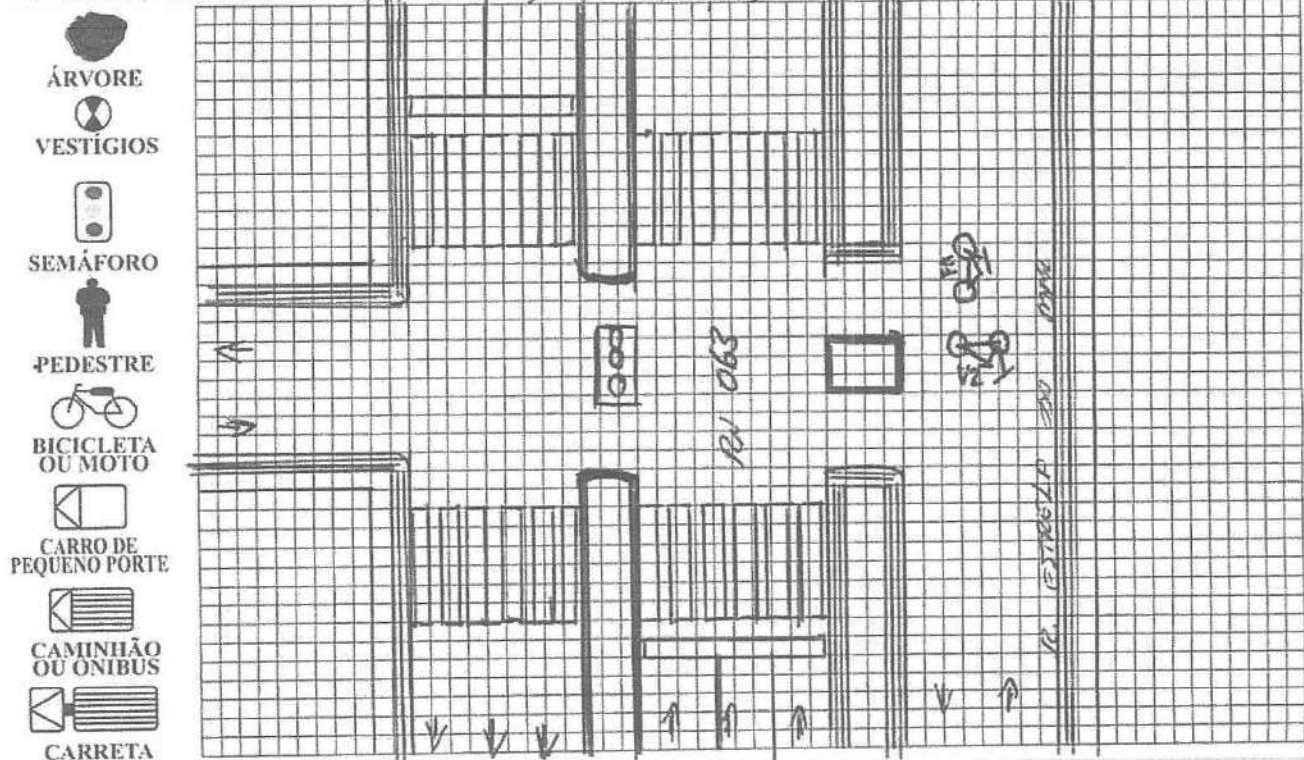
Autenticação Número do Boletim: 94425 Número da Ocorrência: 134935 Data Registro: 18/04/2017 Hora Registro: 09:19:12 Número/Controle: S45477984F

8 - CONDIÇÕES DA VIA

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

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

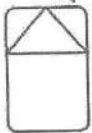
PONTA NEGRA



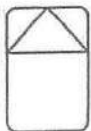
10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

Grelha - Dobeta - central
 Tanque - Estribo central
 Forca - Retração

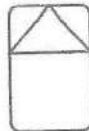


AVARIAS DO VEÍCULO 3

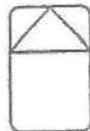


AVARIAS DO VEÍCULO 2

Tanque, Grelha - Retração da



AVARIAS DO VEÍCULO 4



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

Nome ANDRÉ FERREIRA FERNANDES NARONHA DE LIMA Data de Nascimento 04/03/1989
 RG N° 074.101.344-04 Órgão Expedidor _____ Nº 199 Fone 9975.3853
 Endereço Av. Aeroporto de Florianópolis Cidade PARANÁMARIM UF RN
 Bairro EMILS - PR - INDUSTRIAL Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

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

Nome JEFFERTON SARKLER FERNANDES Data de Nascimento 20/02/1985
 RG N° 050.382.064-67 Órgão Expedidor _____ Nº 199 Fone 9975.3853
 Endereço Av. Aeroporto de Florianópolis Cidade PARANÁMARIM UF RN
 Bairro EMILS - PR - INDUSTRIAL Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

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

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

Assinatura _____ Hora _____

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

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

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

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

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

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

- OI condutores não foram socorridos pela equipe do
SOMU pois aguardaram o atendimento médico

Nome Completo do Agente Elyad de Moura Lopes
 POSTO/GRAD.: 3º SGT PM N° 97.272 Viatura 10 Subunidade: Enquadrada 4ª
 Local e Data Natal, 06 de 04 de 2017
 Autenticação Número do Boletim: 94425 Número da Ocorrência: 134935 Data Registro: 18/04/2017 Hora Registro: 09:19:32 Número do Documento: 545477984F

ato declaratório

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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 14100/2017
Admissão: 06/04/2017 18:45:05

Técnico: JOAO GUSTAVO
Exame: CRANIO/FACE
Médico: NEUROCIRURGIA - AMARELO

Paciente: **13249 - JEFFERSON SANKLES FERNANDES (32 a 1 m 14 d)**
Sexo: M Cor: PARDA
Data de nascimento: 20/02/1985 Natural: CANGUARETAMA BRASIL
CPF: 06038206469 Prof:
Mãe: ANA ALICE COSTA FERNANDES Pai: GERALDO DO NASCIMENTO
Endereço: RUA PITIMBU, 258 Bairro: PARQUE INDUSTRIAL Cidade: PARNAMIRIM
Telefone: 59140120 Compl:

Tomografia/HN/NG
Data: 06/04/17 Hora: 18:52
Técnico: Exp. Vanda
Exame:
Médico: Dr. Patrícia
Classificação: 06/04/2017 18:36:48

ORA	P.A.	CON	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA
Queixas: PERDIDA DE CONS. COLISÃO MOTO MOTO
Data:
Queda de moto
9-15 sem óculos
4C - cinto e facô

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)
Data: 13/04/17 Hora: 9:19
Técnico: Vanda / Thiago
Exame:
Médico:
Dr. Bruno Góis
Neurocirurgia
CRM-RN 5623

OUTRAS OBSERVAÇÕES:
Tomografia/HN/NG
Data: 09/04/17 Hora: 13:14
Técnico: Vanda / Gerson
Exame:
Médico: Patrícia
Tomografia/HN/NG
Data: 09/04/17 Hora: 10:23
Técnico: Vanda / Gerson
Exame:
Médico:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID
*Gerado via SX por IVANILDA ALVES PEREIRA. Impresso em 06 de Abril de 2017.



paciente: 13249 - JEFFERSON SANKLEB FERNANDES (32 a 1 m 14 d)
Sexo: M Cor: PARDA
ascimento: 20/02/1985 Natural: CANGUARÉTAMA.BRASIL
NS: CPF: 06038206469 Prof:
Mãe: ANA ALICE COSTA FERNANDES Pai: GERALDO DO NASCIMENTO
Ogradouro: RIO PITIMBU, 258 Bairro: PARQUE INDUSTRIAL Cidade: PARNAMIRIM
EP: 59140120 Compl:
telefone: .

Motivo: MOTO - QUEDA
Origem: AMBUL. OUTRA

Tipo: REFERENCIADO
Empresa:

TOMOGRAFIA/HNMG
Data: 06/04/17 Hora: 18:52
Técnico: Ruy Vanda
Exame: Cerebral
Médico: Dr. Patrícia

Fluxograma:

Classificação: 06/04/2017 18:36:48

HORA	P.A.	CO	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: PERDIDA DE CONS. COLISÃO MOTO MOTO
Hora: .

Envolvimento de membros superiores e inferiores
G - 15 - sem alterações
FC - normal e ACB

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	13/04/17	Hora: 9:19	Dr. Bruno Gois
B	Vanda		Neurocirurgião
C	Mano		CRM-RN 5823
D	Patrícia		
E			

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

TOMOGRAFIA/HNMG
Data: 09/04/17 Hora: 13:14
Técnico: Vanda/Gerson
Exame: Cerebral
Médico: Patrícia

TOMOGRAFIA/HNMG
Data: 09/04/17 Hora: 10:23
Técnico: Vanda/Gerson
Exame: Cerebral
Médico: Patrícia

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por IVANILDA ALVES PEREIRA. Impresso em 06 de Abril de 2017.

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPOSTA DA VÍTIMA 2 - PEÇA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPÍTAIS) 3 - ABRAIA VIA AÉREA 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR 5 - SE APLIQUE 2 VENTILADORES DE RESGATE (DISPOSITIVO DO SA, VALVA, MÁSCARA) 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUAL EM LACTENTE), 7 - SE PULSO AUSCULTAR, INICIE COMPRESSIONES TORÁCICAS (AVALIAR PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEB, 8 - DEB, DISPOÑÍVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 360 (200 J P/ DEB BIFÁSICO), E REINICIE RCP. 9 - RÍTIMO NÃO CHOQUEÁVEL, REINICIE RCP (30:2). 10 - RÍTIMO NÃO CHOQUEÁVEL, REINICIE RCP (30:2). 11 - AVALIE O RÍTIMO A CADA 5 SEGUNDOS. 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MOVIMENTAR. 13 - COLOQUE-A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

BMF

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE Paciente vítima de acidente motociclístico, com capacete, evoluindo com trauma de pé

EXAME FÍSICO batido, orientado, supino O2 amb., sem sangramentos ativos, ferimentos contusos em dorso nasal, ausência de epistaxe e/ou otorragia ativa

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA trauma contuso de pé.

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)*** TC de crânio + face

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

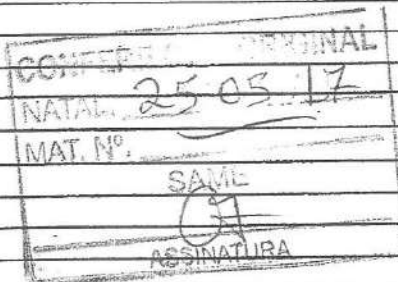
anamnese / exame clínico
TC - ausência de fraturas de pé.
orientação / prescrição
alta BMF

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Mariana Lima de Figueiredo
Residente em Cirurgia e Traumatologia
Bucco-maxilo-facial HUOL-DOD-UFRRJ
CRO/RN 4059

Mariana Lima de Figueiredo
Residente em Cirurgia e Traumatologia
Bucco-maxilo-facial HUOL-DOD-UFRRJ
CRO/RN 4059



ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA DE GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde conscientemente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, onde está, está se perguntando a data e etc.)	5
Consciente (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma distorção na continuação)	4
Palavras incoerentes (Fala aleatória, mas com traços conversacionais)	3
Sons ininteligíveis. (Comando sem qualquer resposta)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Parece calmar simples quando lhe é ordenado)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Resposta inespecífica a dor.	4
Postura flexa à dor (Desorientação).	3
Postura extensora à dor (Desorientação).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS"	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	20 = 4
	16-20 = 3
	10-15 = 2
	1-9 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90 = 4
	75-90 = 3
	50-75 = 2
	1-50 = 1

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

13-15-grave (necessidade de intubação imediata);
10-12-moderado;
6-9-leve

*Referência: TEASDALE G., JENNET B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-94

*A escala proposta aplica-se a pacientes conscientes e que tenham um nível superior a 3 anos. Na Escala Constituída aplica-se ao paciente que classifique a intenção da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

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

*Escala de Trauma Revisada (RTS): É um índice de sobrevivência para pacientes de trauma hemodinâmico. Referência: Adaptado de Champion H.L., Sacco W.L., Copes, et al: A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1989.



PEDIDO DE PARECER

Unidade Solicitante: _____ Município: _____
Paciente: Jefferson Sankleb Fernandes Prontuário: _____

Motivo da Consulta: Paciente sofreu colisão moto-moto há ± 2h. Apresentou perda de consciência. Nega afasia. Usava capacete (sic). Sonolento no momento.

A - Umas áreas perivas, cervical dura D - bilargom = 14 pupilas fixas reagentes
B - mv + simétrico E - Escarapéis em cotovelo direito, esquerdo
C - Estável FC = 80 bpm Amaldi Costa de Medeiros Junior 06.05.17 11h
Médico: _____ CRM: _____ Data: _____

Encaminhado à especialidade: Neurocirurgia

Consulta marcada para a Unidade: _____ Município: _____
Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia 06.05.17

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: _____ Município: _____
Paciente: _____ Prontuário: _____

(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)

CONFERE COM ORIGINAL
NATL: 25.05.17
MAT. Nº. _____
SAML
07
ASSINATURA

Diagnóstico: _____ CID: _____
Médico: _____ CRM: _____ Data: _____

Retornar à clínica solicitante: _____ Unidade: _____
Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia _____

3237 7588

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 1353 /2017

Prontuário: 1158321

Pa: 13249 - JEFFERSON SANKLEB FERNANDES
 Ca: 13249 - JEFFERSON SANKLEB FERNANDES
 Id: 2 anos 1 mes 14 dias
 No: mãe: ANA ALICE COSTA FERNANDES
 pai: GERALDO DO NASCIMENTO
 endereço: RUA PITIMBU

CPF: 06038206469
 Sexo: M
 Etnia: PARDA

Dt Nasc: 20/02/1985
 Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nº: 258
 Bairro: PARQUE INDUSTRIAL

Cidade: PARNAMIRIM

Unidade: POLITRAUMA

Leito: 13

Telefone: 84 32327561

Idade: NEUROCIRURGIA

Responsável: JEFFERSON SANKLEB FERNANDES -

SOSILMA PEREIRA DA SILVA

Admissão: 06/04/2017 20:26:57

Alta:

Obito:

Dias de permanência:

DIAGNOSTICO INICIAL: S06.8 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS
 303040002

DIAGNOSTICO FINAL:

HSA lúnica frontal @ Sem dano no edimento

RESUMO DE ALTA

Reza H
 Ruyes Ferreira Alves
 Neurocirurgião
 CRM 17258

CONFERE COM ORIGINAL

DATA: 25/05/17

MAT: 17

SANE: 17

ASSINATURA

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRI

NATAL: 06 de Abril de 2017.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho				LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH	
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 <i>REFENSON SPARKLETS</i>			6 - Nº DO PROTOCOLO		
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	1	FEMININO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO		
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)					
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP		
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>CHAMA DE MOVO pelo nariz Refere náuseas</i>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Risco de morte</i>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)					
<i>TC crânio - 7 KSAK frontal direito</i>					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>TCB</i>	21 - CID INICIAL <i>B00</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS		
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>303040092</i>	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>CONTROLE COM ORIGINAL NATA 25/05/17 MAT. Nº SAME (A)</i>	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>TCB</i>			29 - DT SOLICITAÇÃO		
		30 - CNS / CPF		31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BONUS		
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -		
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO	DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL				
41 - CID PRINCIPAL					
42 - CID SECUNDÁRIO	43 - () 44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA				
AUTORIZAÇÃO					
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO		54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)		
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.				
48 - CNS / CPF	52				
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)				

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a luz dos valores éticos e humanitários.



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

RELATORIO DE
HISTORIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome

Jefferson Sankles Fereira

Leito:

Idade:

32A.

Nº Registro:

HISTORIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

Hora:

06/04/17 10:36.

Paciente 32A, Ref. Noto e. Capote (83C).

Apresenta sintomas, sem diurese.

Exat = 10, sem dor, sem febre, sem vômito.

Quanto à ingestão

sem interesse / dor no abdômen.

Relembro: HSDA com dor abdominal

Sem dor / sintomas associados.

Não dispõe de medicação / sem comorbidades.

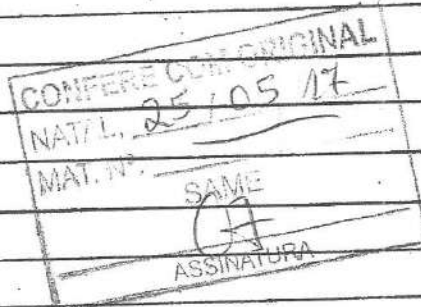
Exat = 10, sem dor, sem febre, sem vômito.

Quanto à ingestão, sem interesse.

Relembro de controle em outro hospital.

Exat = 10, sem dor, sem febre, sem vômito.

Quanto à ingestão, sem interesse.



Rhys Ferreira Arruda
Neurocirurgião
CRM/RN 7238



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

EVOLUÇÃO
MULTIDISCIPLINAR

Nome

Jefferson Penna

Leito:

M 32

Idade:

Nº Registro:

DATA

11/04/2017

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

TCC

HSDA

Perante o quadro neurológico
estável, vital, ECG normal, sem
defeitos neurológicos focais, e
queixas de cefaleia
TC crânio poliposto
contém, segue em observação

12/04/2017

TCC

HSDA

NO

Q15 1/1 de 1/1

TCC 1/1 alterado

RECEBUEM
RECEBUEM
RECEBUEM

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 25/05/17
MAT. Nº
SAME
07
ASSINATURA

13/04/17

NO

pontos evoluí normal

menor cefaleia

ECG normal, glogos 15

sem defeito not

cap/2 contido p/observar alto

Dr. C. Oliveira
NEUROCIRURGIA
CRM/RN



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

Nome: _____

Nº Registro: _____

Serviço: _____

Idade: _____

Leito: _____

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDICPLINAR

7/8/17

TCE

HSDA exames frakel J.

Perante vital, ECG 15
sem sinais de insuficiência
sem sinais de insuficiência
felicidade TC controle

TC controle

sem alterações em relação
ao exame anterior

HSDA frakel J. (domínio)

CONFÉRCIO
NATAL 25.05.17

MAT. Nº. _____

09/04/17

ASSINATURA

Francisco Wagner Gomes

GIS, em suporte

PTR.

afetar. não.

10/04/17 #PCR TCE

soluções TC controle

Pete evolui intencional.

ST yuxar, GIS

te ca-trak (09/04): Pachuá

mantido em relação a TC

meio

CO: Suporte Clínico.

Dr. Cláudio V. Pereira
NEUROLOGIA
CRM - 8199

André Corsino da Costa
Neurocirurgia
CRM/RN 6546

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAMNESE: <i>TC de crânio sem lesões</i>	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSIONÃO DIAGNÓSTICA: <i>Doença de Alzheimer</i>	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****	LABORATÓRIO
OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável
DESTINO DO PACIENTE: N° do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <i>NCR</i>	DATA: / / HORA:
SAÍDA:	DATA: / / HORA:
Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:	
ÓBITO: DATA: / / HORA:	
Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐	
<i>Dr. Bruno Cois</i> Neurocirurgião CRM-RN 2923	
Médico (Carimbo)	
Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação	
DESTINO DO PACIENTE: N° do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA:
SAÍDA:	DATA: / / HORA:
Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:	
ÓBITO: DATA: / / HORA:	
Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐	

14/04/17 27:20

#NCR#

TCB + NDA laminar frontal direita

Paciente segue estavel neurologicamente, apresenta
cefaleia leve, com resolucao por analgesia

Aq exame: BSG, urinal, gravidade apu

Neuro: G15, DIFR, FM e sensibilidade normais

CD: Segate neurologico

Programar alta hospitalar em 24-48h e assessoria
Ao 2º Andar



+ Dr Bruno Gady

PAULO RODOLFO
NEUROLOGIA
CRM/RN 8031

LOGH DST 10/04/17
17:00 16 710 38

16/4/2017

ver resultado de exame

Exame bem, e poucos queixas.

TC de ontem mostra reducao do edema frontal

Cd: Apoi 10 dias de observacao e com estabilizacao
do edema opo por alta. Fausita ciufo,
para em Nafid, e reposicao de diurese

DR ANGELO R S NETO
NEUROLOGIA
CRM/RN 1261
ORIGINARIO 14261



SE-AP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 17896 /2017

Admissão: 24/04/2017 12:37:09

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: **16640 - JEFFERSON SANKLER FERNANDES** (32 a 3 m 4 d)

Nascimento: 20/01/1985 Natural: CANGUARETAMA.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: CPF: 06038206469

Prof:

Mãe: ANA ALICE COSTA FERNANDES

Pai: GERALDO DO NASCIMENTO FERNANDES

Logradouro: CAPITAO CESAR, 258

CEP: 59140120

Bairro: CENTRO

Cidade: PARNAMIRIM

Telefone: 84.987473015

Compl:

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 24/04/2017 12:24:15

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: CEFALÉIA APOS QUEDA DE MOTO

Hora: _____

Paciente refere cefaleia de leve intensidade há cerca de 10 dias, desde que sofreu acidente de moto. Não vomita, tontura, náusea, alteração visual.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vias aéreas patentes
- B Cúprico
- C Exame hemodinâmico
- D Glasgow 15
- E

TOMOGRAFIA/HMWG

Data: 30/04/17 Hora: 10:52

Técnico: *[assinatura]*

Exame: *[assinatura]*

Médico: *[assinatura]*

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

CONFERE COM ORIGINAL
14.06.17

NATALIN,

PROTÓCOLO: LW

[assinatura]
LUIZ C. GOMES
ASSIST. TEC. EM SAÚDE
MAT.: 101.820-0

TOMOGRAFIA/HMWG

Data: 24/04/17 Hora: 13:19

Técnico: *[assinatura]*

Exame: *[assinatura]*

Médico: *[assinatura]*

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Gerado via SX por MARIA AURISTELA LEANDRO. Impresso em 24 de Abril de 2017.

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1- AVALIE A RESPOSTA DA VÍTIMA 2- PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS) 3- ABRA VIA AÉREA 4- AVALIE RESPIRAÇÃO VER, OUVIR, SENTIR 5- SE APNEIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSÃO VALVULA MÁSCARA) 6- AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTES) 7- SE JULGAR AUSENTE, INICIE COMPRESSIONES TORÁCIAS 10MM (PROPORÇÃO 30:2) 8- SE A CHEGADA DO DECA 8- DECA DISPONÍVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 360 J 200 J PI DECA BÍFASICA, E REINICIE (CPR) 10- RITMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE CPR (30:2), 11- AVALIE O RITMO A CADA 3 CICLOS, 12- PARE CPR QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MOVIMENTE 13- COLOQUE A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO

CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL; REGISTRO DE EXAMES, FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXO O DODUTIN.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:	
ANAMNESE NCA 12:55 Queixa de início há 15 dias, com HSDA Apresenta apnéia paroxística fazem 15 em despert motor co-te de uam	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)**** TC = 4506	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) intubação orotraqueal DR. EMERSON L. OLIVEIRA NEUROCIRURGIA CRM/RN 4257	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM CONFERE COM ORIGINAL NATALIN, 14/06/11 PROTÓCOLO: LIV. WASHINGTON LUIS C. GOMES ASSIST. TEC. EM SAÚDE MAT. 161.320-0
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde convenientemente e responde adequadamente às perguntas sobre seu nome, local, endereço, data, o tempo e o dia)	5
Consciente (Responde de maneira conveniente, mas não apresenta desorientação e confusão)	4
Palavras incoerentes (Palavras soltas, mas sem conexão convencional)	3
Sons incoerentes (Gargalhadas, gemidos, sons sem significado)	2
Assimilação	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a comandos verbais (Responde adequadamente quando lhe é orientado)	6
Localiza estímulo doloroso	5
Resposta inapropiada a dor	4
Padrão flexo 3 dor (Desorientação)	3
Padrão extensor 3 dor (Desorientação)	2
Sem resposta motora	1
Total	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
	3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4
	>20 = 3
	6-9 = 2
	1-5 = 1
	0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4
	75-90 = 3
	<70 = 2
	1-50 = 1
	0 = 0

"Escala de Triagem Revisada (RTS): São indica de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.L. Sacco H.L. Copes, et al: A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 824, 1990.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)

03 - 08 pontos (necessidade de intubação imediata);
09-14 pontos moderado;
15-16 pontos

* Referência: TEASDALE G. JENNET, B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale, Lancet 1974;2:81-94

* A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que estejam com idade superior a 2 anos. Na Escala Dourina, solicite ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com as seguintes adjetivos:

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



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

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

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 <i>Jefferson Sander Fomado</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO					
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	1	FEMININO	2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO					
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)						
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>pontas af. fronte d. cefálico</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Risco de morte vestibular</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>TC d. crânio</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>TCE</i>	21 - CID INICIAL <i>S06</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>303040092</i>	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
CONFERE COM ORIGINAL NATALIA 14/06/17				29 - DT SOLICITAÇÃO
				30 - CNS / CPF
				31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) <i>DR. EMERSON L. G. CAMERA NEUROCIRURGO CRM/RN 4257</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO	WASHINGTON LOPES ASSIST. TEC. EM RADIOL MAT.: 181.520-0	DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
41 - CID PRINCIPAL			
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ()	44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
48 - CNS / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a luz dos valores éticos e humanitários.



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

RELATORIO DE
HISTORIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome: JEFFERSON SANKLER

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTORIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 28/09/2017

Hora: 16:00h

Paciente é quadricêntrico de 40 anos de idade, com queixa de dor abdominal há 2 dias, com início súbito, em epigástrio, com irradiação para o dorso, sem relação com alimentação, sem febre, vômito ou diarreia.

Exame físico: paciente em boas condições gerais, sem sinais de desidratação ou choque.

Exame de laboratório: Hemograma normal, sem alterações.

Dr. Fernando L. M. Costa
Neurocirurgião
CRM 2.240

CONFERE COM ORIGINAL
1406

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



Nome: Jefferson Tonkle Nº Registro: _____
Serviço: MA 35 Idade: _____ Sexo: _____

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

25/04/17

TCE HSD c/ sang c/ peg. efeito
de manuseio;
neurologia ferida, s/ debut
desnude de hemisfério
Cerebelo

Dr. Roberto Carlos Costa
Neurologia
CRM 19424

26/04/17

NWE

Paralelo motor br.
GIS, m. de f. m.
Dormência
p. al. em v. m.

Sobito TC c/ calado p/ de v. m.
Impulsão arde na difusão.

CV: TC calado

27/04/2017 TCE HSD c/ sang
CONFERE COM ORIGINAL
11/06/17

Dr. André Corsino da Costa
Neurocirurgia
CRM/RN 6546

Dr. Fernando L. C. Costa
Neurocirurgia
CRM 2.240

28/04/17

HSD c/ sang
Paralelo motor br.
Dormência
p. al. em v. m.
Sobito TC c/ calado p/ de v. m.
Impulsão arde na difusão.

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

ed. p/ p/ sang. h. g. g.

Dr. Emerson L. C. Oliveira
Neurocirurgia
CRM/RN 4257

**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**

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Leito: _____

Data de admissão: 24/04/17Alta: 1/1/1Nome: Jefferson Samblen Fernandes Naturalidade: Canguaretama-RNIdade: 32 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 20/02/1985RG: 329369848-SP Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: Fund IFiliação: Pai: Gerardo do Nascimento FernandesMãe: Ana Alice Costa FernandesEndereço: Av. Rio Pitimbu, 258 - Parque IndustrialCidade: Barnamirim-RNTelefone: 98847-4318 - casa ☐ Residencial ☐ Trabalho ☐ RecadoContato: 98843-9198 - esposa Outros telefones: _____Composição familiar: Reside com pais, 1 tio, 1 irmão, 1 sobrinhoOutras informações: Faz uso de ☒ Alcool ☐ Fumo ☐ Drogas ☐ Psicotrópicos**Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária**Atividade desenvolvida: Pintor - const. civil Trabalho c/ vínculo empregatício ☐ Não ☐ Sim☐ Aposentado ☐ Auxílio doença ☐ BPC ☒ Autônomo ☐ Pensionista ☐ DesempregadoProgramas e Serviços: ☐ Passe Livre ☐ Bolsa Família ☐ PETI ☐ PSF ☐ CAPs ☐ SADInternação decorrente de acidente de trabalho? ☐ Não ☐ Sim Nome da Empresa: _____**Forma de Acesso ao Serviço**☐ Sozinho - procurou atendimento ☒ Trazido por familiares☐ Socorrido em via pública ☐ Outros meios: _____☐ Encaminhado: Hospital de origem: _____**Critérios para Acompanhante**Possui requisitos? ☐ Não ☐ Sim Qual o motivo? _____Portador de deficiência: ☐ Auditiva ☐ Visual ☐ Física ☐ MentalResponsável pelo paciente: Ana Carolina G. de OliveiraParentesco: Esposa Telefone: 98843-9198Endereço do Responsável: O mesmo**Evolução**

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

24.04-17. Paciente aos da neurocirurgia chegou acompanhado por Ana, que foi orientada quanto a rotina do hospital e solicitadas cópias da documentação.

Eltonyago CRSS 1290

Saídaóbito: Encaminhamento: ITEP ☐ SVO ☐ DO ☐ Obs. _____Alta hospitalar ☐ Transferência ☐ Destino: _____

Orientações/Encaminhamentos: _____

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

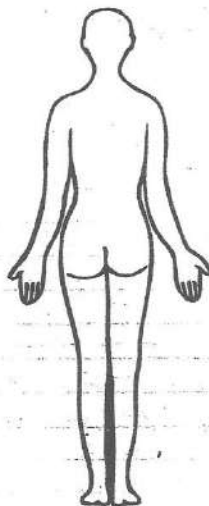
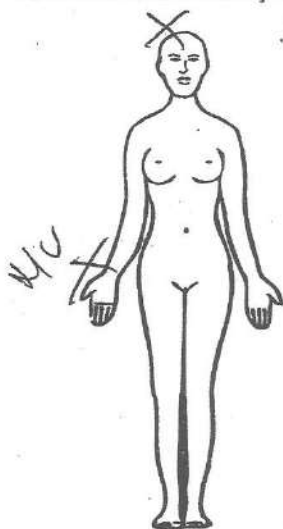


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Jefferson Gankler Fernandes
DATA DE NASCIMENTO: 20/01/1985 IDADE: 32 anos
REGISTRO: 1158973
DATA DE ADMISSÃO: 26/04/2017 HORA: 16:40 HS
ADMISSÃO DO PACIENTE:
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Neurocirurgia
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: AR AMBIENTE (X) M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()
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: _____ HORA: _____
ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



COPIA
Nº 1496
PROTÓTIPO
WASHINGTON LUIZ C. GOMES
ASSIST. TEC. EM ENFERMAGEM
MAT. 181.820-0

JALECO Nº _____ ACESSO CENTRAL: _____
INSTRUMENTADO: Vaneria Rejone
CIRCULANTE: Daiane Hugo
TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI () PERIDURAL () B.P.B. () LOCAL (X)
OBS: sedação
ANESTESISTA: Dr. Leandro Gomes
INÍCIO DE ANESTESIA: 16:45
TÉRMINO DE ANESTESIA: 18:45h
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: CEFAZOLINA 2gr.
HORA: 17:45

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

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

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

**BOLETIM
OPERATÓRIO****IDENTIFICAÇÃO**Nome: Jefferson Sankler Fernandes Reg. Nº 1158973Diagnóstico pré-operatório: MSDC Frontal (D)Indicação terapêutica: Drainagem de MSDC F (D) Urgência (☒) Eletiva (☐)**INTERVENÇÃO**Data: 28/0 Início: 17:30 Término: 18:30 Duração: 1:00hOperador: Dr. Emerson Oliveira CRM/CRO: 42971º Auxiliar: Paulo Rodovalho (R2) CRM/CRO: 8031

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador: 0403010306 (14) S065

Anestesista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- ① Paciente em decúbito dorsal sob sedação com cabeça sobre rodilha em posição Neutra
- ② Tricotomia, degremação, antissepsia e assepsia com PVPi *
- ③ Posicionamento das campos cirúrgicos e infiltração de pele com hidrocaína + adrenalina
- ④ Infiltração de pele sobre ponto de euro (D) com exposição de crânio e hemostase
- ⑤ Trepanação do ponto de euro à (D)
- ⑥ Coagulação de duramater com bipolar
- ⑦ Injeção de pituitore em duramater e capsula externa de MSDC.
- ⑧ Coagulação de borda da duramater e capsula
- ⑨ Saída de MSDC hipertensiva
- ⑩ Lavagem de loja com SF 9,9% exaustivamente até saída de líquido claro
- ⑪ Fechamento de subcutâneo com nylon 3-0
- ⑫ Fechamento de pele com pontal e nylon 3-0
- ⑬ Curativo estéril.
- ⑭ Atg sem intercorrências
- ⑮ Paciente encaminhado ao (R2)

Coleta de material anatomo-patológico: (☒) NÃO (☐) SIM QUAL?Coleta de material para microbiologia: (☒) NÃO (☐) SIM QUAL?

At: Otor, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

INICIO DE CIRURGIA: 17:15
CIRURGIÃO: Dr. Emerson
1º AUXILIAR: Dr. Paulo
2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR:
TIPO DE CIRURGIA: Drenagem de Hematoma subcutâneo crônico.

TÉRMINO DE CIRURGIA: 18:45
SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (x) N° DA SONDA: -
SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (x) N° DA SONDA: -
EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (x) RX: SIM () NÃO ()
RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (x) TIPO: -
RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (x) TIPO: -

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO () FEITO FICHA: SIM () NÃO ()
MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (x) ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM () NÃO (x)
FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO (x)
DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO (x)
COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM (x) NÃO () QUANTIDADE: 50 UND.
GAZES CONFERIDAS: SIM (x) NÃO () QUANTIDADE: 20 UND.
CAIXA CIRÚRGICA: CLAUOTOMIA + NERVO DEDICADA + CX. DE TREPANAO
COMPLETA: SIM (x) NÃO () OBS.: -
ÓBITO: SIM () NÃO (x) HORA: - REALIZADO RCP: SIM () NÃO ()
RESPONSÁVEL PELA RCP: -

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (x) UTI () ALTA ()
EM AR AMBIENTE: SIM (x) NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM (x) NÃO ()
ENTUBADO: SIM () NÃO (x)
PREENCHIDO AIH: SIM (x) NÃO ()
FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (x) NÃO ()
FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (x) NÃO ()

OBSERVAÇÕES: Paciente admitido na S.O. para procedimento cirúrgico de amputação de membro superior direito, consciente, orientado, de ambiente HU em USD com boa viabilidade, alega diabetes hipertensão e cirurgia medicamentosa. Colocado placa de fixação externa de coxa direita.

17:15 - Administrado Dexametasona 10 mg, Ondasetron 4 mg, Dipirona 1gr, Tramadol 100 mg.
Realizado procedimento cirúrgico de amputação de membro superior direito.

19:05h paciente ainda em fase de recuperação, por ordem do Anestesiologista + Neurologista + Fisioterapeuta.

Paciente encaminhado ao CRO acordado, por ordem do Médico de Dr. Fúsal. SSVV - PA - 126x84, mmHg, FC 112 bpm, SpO2 93% - Paciente 170843 com

Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Assinatura do Circulante

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

Eng. Rafael

QUELE A SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL A CRIMINAIS, MDC, PRES E IDOSOS, DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) ^{ANEXOS}

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: NEUROCIRURGIA DATA: 24/09/17 HORA:

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA:

Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐

EMERSON L.C. OLIVEIRA
NEUROCIRURGIA
CRM/RN 4257
Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA:

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA:

Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐

DESTACAR

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A (ALERGIAS): Não
M (MEDICAÇÃO EM USO): Em uso de hidro e Ibuprofeno
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):
L (LÍQU E ALIMENTOS INGERIDOS):
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):
V (PASSADO VACINAL):

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUITA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

RETORNO p/ URGÊNCIA
Sem fixar p/ cirurgia
CTEN

NOTAÇÃO DE SUPERMAGEM

CONF. COM. GERAL
14 06 14

João Roberto Ferreira das Neves
Cirurgião Geral
CRM: 1818

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: Neurocirurgia
ESPECIALISTA 2:
ESPECIALISTA 3:

HORA: 12:45
HORA:
HORA:

DATA: 24.04.19
DATA:
DATA:

SINISTRO 3170367963 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JEFFERSON SANKLER FERNANDES

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARUANA SEGUROS S/A

BENEFICIÁRIO JEFFERSON SANKLER FERNANDES

CPF/CNPJ: 06038206469

Posição em 14-08-2017 12:22:13

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 3.375,00

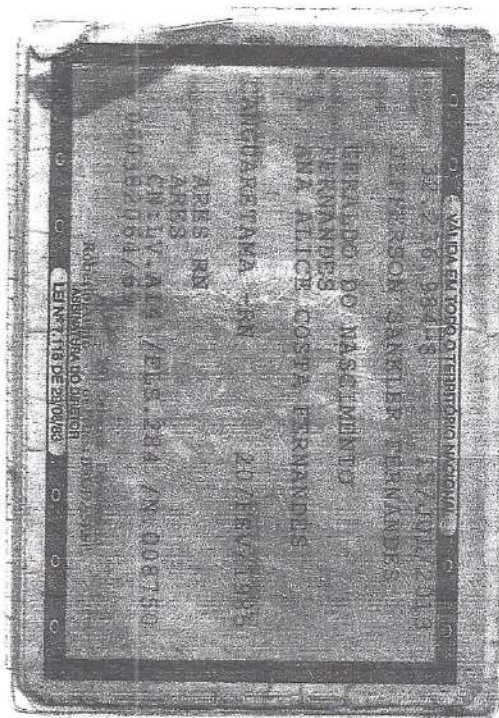
O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

	Data do Pagamento	Valor da Indenizacão	Juros e Correção	Valor Total
--	--------------------------	-----------------------------	-------------------------	--------------------

	15/08/2017	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00
--	------------	--------------	----------	--------------

Quesitos

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





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Rio Grande do Norte
Rua Mamoez, 190 - Bairro, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 58026-250
GNPJ 05.324.199/0001-91 | Ins. Est. 2055193-4 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
ANA MARIA DA SILVA SOUSA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV RIO PITIMBU 258 PQ INDUSTRIAL

CPF: 009.615.654-08

EMAUS/ÁREA URBANA
PARANAMIRIM RN
59149-120

CLASSIFICAÇÃO
91 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Manifestação

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0851903127	01/17
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA PARCIAL LECTURA
03/03/2017	24/03/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	269,64

Nº DA NOTA FISCAL	CÓDIGO	EMISSÃO
001212610	ÚNICA	22/02/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
22/02/2017	3000633349	1230151

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	336,0000000	0,8124907	273,00
Contribuição Iluminação Pública			20,65
Refrigeração de Urgência			-36,83
Multa por atraso-NF 001160776 - 24/11/16			1,16
Multa por atraso-NF 001201733 - 25/01/17			4,44
Juros por atraso-NF 001201733 - 25/01/17			1,11
Juros por atraso-NF 001160776 - 24/11/16			1,53
Compensação DMC 12/16			-1,81
TOTAL DA FATURA			269,64

REPOSIÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TPO DA POSIÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (KWH)
2542131	CAT	15/02/2017	23 942,00	22/02/2017	24 025,00	8	83,00
2542131	CAT	15/02/2017	23 942,00	16/02/2017	23 942,00	1	0,00
2542131	CAT	25/01/2017	23 897,00	15/02/2017	23 942,00	21	278,00

INFORMAÇÕES DE CONSUMO				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
MÊS/ANO	Nº	CONSUMO	VALOR	CONSUMO	VALOR	CONSUMO	VALOR
FEV 17	336						
JUN 17	253						
DEZ 16	162						
NOV 16	106						
OUT 16	257						
SET 16	299						
AGO 16	263						
JUL 16	241						
JUN 16	263						
MAI 16	329						
ABR 16	254						
FEV 16	255						

4785 7642 2583 1458 324A 0CC9 6C0E B657

DURAÇÃO E RESERVAÇÃO DE INTERMISSÃO		TEMPO DE VARIACÃO (M)	
VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Jefferson Sankler Fernandes,
brasileiro(a), portador(a) do RG nº 32 236 984-9, inscrito(a) no CPF
sob o nº 060 382 064-69, residente e domiciliado à Rua
Rio Pitumbá, nº 258,
Parque Industrial, Parnamirim /RN, CEP
59149120, Declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência
financeira, não tendo condições de arcar com custas processuais e honorários
advocatícios sem prejudicar o meu próprio sustento e o da minha família,
consoante o que dispõe a Lei 1.050/1960, e por ser expressão da verdade, firmo
a presente.

Parnamirim/RN, 24 de Abril de 2017.



Jefferson Sankler Fernandes
Declarante



2º

SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS

Paiva Amaral

TABEILÃO: AIRENE JOSÉ AMARAL DE PAIVA

Av. Brigadeiro Souto, 10 - Bos Esperança - CEP: 59126-560 - Parnamirim/RN - Tel: (84) 2020-3200 / 3272-2295

Reconheço por autenticidade a firma de JEFFERSON

SANKLER FERNANDES

Parnamirim/RN, 24/04/2017

Em testemunho da verdade. Emol R\$ 2,34

PEDRO ERASMO DE PAIVA NUNES - Substituto

*Válido somente com selo de autenticidade

das outras providências.

acional decreta e eu

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

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

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

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

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

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

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

JOÃO FIGUEIREDO

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

I - CONTRATANTE: Jefferson Sankler Fernandes
brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 32 236 948, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 060 382 064 69,
residente e domiciliado(a) a AV. Rio Pitimbu, nº 258,
Parque Industrial - Panamirim, CEP 59149120.

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

III - OBJETO DO CONTRATO:

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

IV - DAS ATIVIDADES:

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

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

V - DA DESISTÊNCIA:

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

VI - DOS HONORÁRIOS:

Cláusula 4ª. Ficam acordadas as partes que os honorários a título de prestação de serviços, serão pagos da seguinte forma: 20% (vinte por cento), do total deferido na seara administrativa e, 30% (trinta por cento) na judicial ou acordo realizado entre as partes, se for o caso, tudo, nos exatos termos do art. 22, § 4º, da Lei 8.906/94 e do provimento 128/15 do TJRN

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

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

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

VII - DA COBRANÇA:

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

VIII - DO FORO:

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

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

Panamirim/RN, 24 de Abri de 2017.



Jefferson Sankler Fernandes
CONTRATANTE

JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Testemunha

Testemunha



2º SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS
Paiva Amaral
TABELÃO: AIRENE JOSE AMARAL DE PAIVA
Reconheço por autenticidade a firma de JEFFERSON
SANKLER FERNANDES
Panamirim/RN, 24/04/2017
Em testemunho da verdade. Emol R\$ 2,34
PEDRO ERASMO DE PAIVA NUNES - Substituto
*Válido somente com selo de autenticidade

Francisca O. do N. Filho
923.980.303-34