



Número: **0849779-95.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **26/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WERMERSON BONIFACIO DA SILVA (AUTOR)		JONATAS NEVES MARINHO DA COSTA (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12921220	26/10/2017 12:03	<a href="#">bo</a>	Outros documentos
12921231	26/10/2017 12:03	<a href="#">comprovante de residencia</a>	Outros documentos
12921240	26/10/2017 12:03	<a href="#">declaracao insuficiencia financeira</a>	Outros documentos
12921271	26/10/2017 12:03	<a href="#">docs medicos-ilovepdf-compressed1</a>	Outros documentos
12921276	26/10/2017 12:03	<a href="#">procuração</a>	Procuração
12921359	26/10/2017 12:03	<a href="#">rg</a>	Documento de Identificação
12921367	26/10/2017 12:03	<a href="#">Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo</a>	Outros documentos
13354325	27/11/2017 11:05	<a href="#">Petição</a>	Petição
13354340	27/11/2017 11:05	<a href="#">REDISTRIBUIÇÃO WERMERSON BONIFACIO DA SILVA</a>	Outros documentos



Governo do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social  
Polícia Civil  
Delegacia Eletrônica



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Unidade Policial: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

Endereço: RUA: ESPLANADA SILVA JARDIM, 2, RIBEIRA, NATAL

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2017031000250

1.2 Data de Expedição: 13/09/2017 14.20.31

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.4 Ligou CIOSP: Não

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 15/05/2017 04.00.00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.7 Logradouro: AV INDUSTRIAL JOÃO FRANCISCO MOTA- KM 06

2.8 Número: -

2.9 CEP:

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: FELIPE CAMARÃO

2.11 Ponto de Referência: EM FRENTE A EMPRESA SÃO GERALDO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.13 Cidade: NATAL

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: WERMERSON BONIFÁCIO DA SILVA

3.2 Estado civil: Sem Informação

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: IVANILDO VENCESLAU BONIFÁCIO

3.5 Etnia: Parda

3.6 Mãe: MARIA JOSÉ XAVIER DA SILVA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 11666353418

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 29/01/1991

3.13 Profissão: ASG

3.14 RG: 3222272 - SSP-RN

3.15 Telefone(s): 84 986368176

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 259

3.18 Naturalidade: NATAL-RN

3.19 Bairro: FELIPE CAMARÃO

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA JOÃO MIRANDA

3.23 Cidade: NATAL

3.24 CEP:

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)**

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

**5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)**

**6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)**

**7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS VEÍCULOS)**

**8. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**9. DOS FATOS**

**9.1 Histórico**

O COMUNICANTE INFORMA QUE ESTAVA TRANSITANDO NO LOCAL ACIMA CITADO, INDO AO TRABALHO, E FOI SURPREENDIDO POR UMA MOTOCICLETA QUE O ATROPELOU ENQUANTO ATRAVESSAVA A VIA, SENTIDO NATAL-MACAIBA, SENDO SOCORRIDO NO LOCAL PELA SAMU NATAL, CONFORME OCORRÊNCIA Nº 153783/1 E LEVADO AO HOSPITAL WALFREDO GURGEL, CONFORME CONSTA BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO Nº 22056/2017, COM FRATURA EXPOSTA NA PERNA, TENDO SIDO INCLUSIVE SUBMETIDO A CIRURGIA NA TÍBIA. O COMUNICANTE NÃO SABE INFORMAR QUE TIPO DE MOTOCICLETA O ATROPELOU, POIS SOMENTE VISUALIZOU O FAROL E O BARULHO DA MOTOCICLETA E DESMAIOU LOGO APÓS. AO SER PERGUNTADO SE DESEJARIA REPRESENTAR CRIMINALMENTE CONTRA O CAUSADOR DO ACIDENTE RESPONDEU QUE SIM. REQUER BO PARA FINS DE SEGURO DPVAT. NADA MAIS DISSE.

**9.2 Informações do CIOSP**

**9.3 Outras Providências**

SEGURO DPVAT

**10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)**

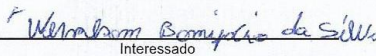
**11. DECLARAÇÃO**

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

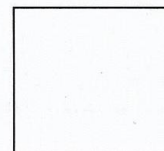
Data 13/09/2017 14.20.31



Policial



Interessado



Polegar direito

Atendimento: 2071541 - RAYANNE MARIA SILVA DE SENA

Impresso por: 2071541 - RAYANNE MARIA SILVA DE SENA em 13/09/2017 14:20:35

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Ipiranga, 1501, Galvão, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59075-250  
CNPJ 08.324.155/0001-01 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

#### DADOS DO CLIENTE

ADEMILSON TEIXEIRA MALAQUIAS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA JOÃO MIRANDA 259

CPF: 778.902.304-78

FELIPE CAMARAO/AREA URBANA  
NATAL RN  
59074-028

#### CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

CONTA CONTRATO	Nº ANO
0854023462	09/2017
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRESTAÇÃO DE CONTAS
19/09/2017	13/10/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	
124,75	

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
000513989	ÚNICA	12/09/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DE INSTALAÇÃO
12/09/2017	3000776438	724083

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	184,0000000	0,55979843	103,00
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,84
Acrescimo Bandeira VERMELHA			4,82
Contribuição Iluminação Pública			12,28
Multa por atraso - NF 000503978 - 12/07/17			1,64
Juros por atraso - NF 000503978 - 12/07/17			1,39

#### TOTAL DA FATURA

124,75

Nº DO REDDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
215278943	CAT	11/09/2017	2356,00	12/09/2017	2540,00	32	1,0000		184,00

#### DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

Mês/ano	Consumo Ativo (kWh)
SET 17 184	
AGO 17 155	
JUL 17 143	
JUN 17 160	
MAY 17 190	
ABR 17 110	
MAR 17 159	
FEV 17 152	
JAN 17 148	
DEZ 16 129	
NOV 16 81	
OUT 16 180	
SET 16 41	

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	100,46	18,00
PIS	100,46	1,31
C.O.FINS	100,46	8,50

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	VALOR (R\$)	%
Geração de Energia	R\$ 36,75	33,57%
Transmissão	R\$ 4,75	4,34%
Distribuição (Cosern)	R\$ 24,71	22,57%
Perdas de Energia	R\$ 6,07	5,55%
Encargos Sociais	R\$ 9,47	8,66%
Tributos	R\$ 27,71	25,32%
Total	R\$ 109,46	100%

Consumo Ativo (kWh) 0,41800000

472B F04E 959D C5FC 31EC B489 50D4 5443

Chamamos sua atenção para o fato de que a tarifa social de energia elétrica é uma medida de caráter temporário, destinada a beneficiar os consumidores que não possuem condições financeiras para pagar o valor integral da conta de energia elétrica. O cliente é obrigado a pagar o valor integral da conta de energia elétrica, independentemente de ter ou não o benefício da tarifa social. O cliente que não pagar o valor integral da conta de energia elétrica, terá o seu nome inscrito no cadastro de inadimplentes do Serasa, o que poderá gerar consequências negativas para o cliente, como a negativação do nome, o bloqueio de crédito, o aumento das taxas de juros, entre outras. O cliente deve estar atento para o prazo de validade do benefício da tarifa social, que é de 12 meses, e para o valor do consumo máximo permitido, que é de 184 kWh. O cliente deve estar atento para o valor do consumo mínimo permitido, que é de 41 kWh. O cliente deve estar atento para o valor do consumo máximo permitido, que é de 184 kWh. O cliente deve estar atento para o valor do consumo mínimo permitido, que é de 41 kWh.

#### ATENÇÃO! COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ATRASO

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia elétrica(s)				
Vencido	Devedor	Valor	Vencido	
18/08/17	126817	103,00	19/09/17	124,75

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia elétrica será suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de inadimplentes do Serasa e do SPC, com consequente negativação do nome. Este comunicado não substitui a entrega da notificação de inadimplência em nome do consumidor, em conformidade com o disposto no art. 2º do Decreto nº 7.093/2010.

NÍVEL DE TENSÃO				
TENSÃO NOMINAL (V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO (V)			
	MÍNIMO	MÁXIMO		
220	202	231		

CONSUMO	VALOR ANTERIOR	VALOR ATUAL
NATAL	2,35	5,18
REC	3,00	3,17
DISC	2,00	2,94

Límite DISC: 12,22 R\$ - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 35,31

CONTA CONTRATO	MÊS	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
0854023462	09/2017	19/09/2017	124,75

83840000001-4 24750038400-1 85402346220-5 00795074253-5



### DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Declaro para todos os fins e efeitos que, no momento, não disponho de recursos econômicos para custear quaisquer despesas processuais tanto de custas processuais, depósito recursal e honorários sem prejuízo do meu sustento e da minha família, posto que encontro-me desprovido de recursos para tal desiderato nos termos do Art. 1º da lei 7.115/83 de 29 de Agosto de 1983, da lei 1.060/50 e legislação pertinente, responsabilizando-me pelos termos dessa declaração.

Sendo a expressão da verdade, firmo a presente declaração, sob as penas da lei.

Natal, 13 de Outubro de 2014

Wernerson Bonifácio da Silva

AUTOR: Wernerson Bonifácio da Silva

CPF: 116.663.534.18



FIQUE ATENTO À SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL, A CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS. DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E HIGIENIZE

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA *Falta capilar p/lim*

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDIÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

*1) do cl.*

*2) Ketorolac 20mg 8-20h*

*Tramadol 100mg + 100mg EV*

*Dexametasona 4mg + m EV*

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE: *Alta* Nº do Boletim de Atendimento: *15105111*

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: *15/05/11* HORA: *12h*

SAÍDA: DATA: */ /* HORA: */*

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para: */*

ÓBITO: DATA: */ /* HORA: */*

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

*Carlos Pinto*  
Médico do P.S. e Emergência  
Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTACAR

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: */*



REGISTRO DE INTERNAMENTO		
Nº AIH:	Nº ATENDIMENTO 275533	DATA 29/08/17 HS:
TIPO DE INTERNAMENTO:	<input checked="" type="checkbox"/> CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO	
ACOMODAÇÃO	LEITO: 2016	CONVÊNIO SUS
MATRICULA 7044083776510	VALIDADE	
ASS. DO RESPONSÁVEL PELO INTERNAMENTO:		

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME: WESLEYSON BONIFACIO DA SILVA	SEXO: ( ) M ( ) F
DATA DE NASCIMENTO: 29/12/91	RG: 8222272 CPF:
FILIAÇÃO MÃE: MARIA JOSE XAVIER DA SILVA	
PAI: IVANILDO NEVESLUAN BONIFACIO	
ENDEREÇO: RUA SANTA HELENA Nº 308	
BAIRRO: FEUPE CAMARÃO	CIDADE: NATAL
ESTADO: RN	CEP: 59072-475
RESPONSÁVEL:	PARENTESCO:
FONE: (84) 98636-8176	FONE: (84) 98852-2999

SUMÁRIO DE ALTA	
TIPO DE ALTA: ( ) MÉDICA ( ) ADMINISTRATIVA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) ÓBITO	
DATA: / / 2017 HORA:	ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR:

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO
<p>paciente vítima de acidente de motocicleta, vítima de lesões, paciente com fixador externo na perna E, Rx = tração da tibia e a fixador externo. Tratamento realizado de fixador externo 29/08/17</p>

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA  
CNPJ: 09.417.742/0001-91  
Confere com o Original  
Data: 29/08/2017

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

Assinado eletronicamente  
Assinado por: JONATAS NEVES MARINHO DA COSTA



[illegible]





## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Wernison Bonifácio da Silva Nº REGISTRO 273577  
Data Nascimento 29/12/91 IDADE 23 A Sexo M LEITO 201-B Data de Admissão 29/08/17  
MÉDICO: Dr. Assis

### ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

JEIUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? ( ) Não (x) Sim início 20:00 PESO: 86 Kg Altura: 170 cm  
RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: (x) SIM ( ) NÃO  
ALERGIAS: (x) NÃO ( ) SIM: \_\_\_\_\_  
DOENÇAS PREGRESSAS: ( ) DM ( ) HAS ( ) TABAGISMO ( ) HIV ( ) Hep B ( ) Hep C ( ) Arritmias ( ) DPOC ( ) AVC ( )  
Marcapasso ( ) Outros: neque Medicamentos de uso frequente: neque  
Consentimento Cirúrgico Preenchido ( ) Não (x) Sim  
Exames: (x) Labor (x) Rolo x ( ) USG ( ) TC ( ) RNM ( ) Risco cirúrgico Outros: \_\_\_\_\_  
Encaminhado: ( ) Deambulando (x) Cadeira de Rodas ( ) Maca (x) consciente ( ) Inconsciente (x) Orientado ( )  
Desorientado

Anotações de Enfermagem:

Conferido informação acima por: Katya Chubbak Costa Admitido na sala: I Hora 13:30

### ETAPA 1: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Retirado de fixador externo de tíbia "E"

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO: ( ) Limpa ( ) Contaminada (x) Potencialmente Contaminada ( ) Infectada

1. Equipe completa presente (x) Sim ( ) Não
2. Paciente com identificação e cirurgia confirmada (x)
3. Termo de consentimento (x) Cirúrgico ( ) hemoterapico ( ) não, caso não esteja assinado contatar o médico.
4. Local da intervenção marcado corretamente (x) sim ( ) não ( ) não aplicável
5. Bisturi elétrico disponível e testado (x)
6. Aparelho de Anestesia (x)
7. Equipamento de Vídeo ( )
8. Monitor Multi-Parâmetro (x)
9. Saída de: Oxigênio (x) Ar Comprimido ( ) Vácuo ( )
10. Aspirador cirúrgico disponível e testado (x)
11. Mesa cirúrgica testada (x)
12. Hemoderivados solicitados e reservados ( ) sim ( ) Não (x) Não aplicável
13. Paciente tem alergia conhecida ( ) sim (x) não

PRONTOCLÍNICA DA CRIANÇA LTDA  
CNPJ: 09.417.742/0001-91  
Confere com o Original  
Data: 29/08/17  
Katya Chubbak Costa



PROFESSOR  
Dr. Paulo Sérgio

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

*Atendimento  
crifado de fratura exposta  
do membro superior  
direito - fratura de rádio e ulna  
com deslocamento.*

ASSINATURA DO CARIÓTIPO DO MÉDICO

*Francisco de Assis F. de Souza  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 3685-RN*

BOLETIM DE ANESTESIA:

ANESTESIA TIPO: *Anestesia Geral Endovenosa com máscara*  
TÉCNICA: *Intubação de traqueia*

MIN	SEG	TER	QUA	QUI	SAB	SUN	NOTA
18	17	16	15	14	13	12	11
10	9	8	7	6	5	4	3
2	1	0	9	8	7	6	5
0	9	8	7	6	5	4	3
9	8	7	6	5	4	3	2
8	7	6	5	4	3	2	1
7	6	5	4	3	2	1	0
6	5	4	3	2	1	0	9
5	4	3	2	1	0	9	8
4	3	2	1	0	9	8	7
3	2	1	0	9	8	7	6
2	1	0	9	8	7	6	5
1	0	9	8	7	6	5	4
0	9	8	7	6	5	4	3
9	8	7	6	5	4	3	2
8	7	6	5	4	3	2	1
7	6	5	4	3	2	1	0
6	5	4	3	2	1	0	9
5	4	3	2	1	0	9	8
4	3	2	1	0	9	8	7
3	2	1	0	9	8	7	6
2	1	0	9	8	7	6	5
1	0	9	8	7	6	5	4
0	9	8	7	6	5	4	3
9	8	7	6	5	4	3	2
8	7	6	5	4	3	2	1
7	6	5	4	3	2	1	0
6	5	4	3	2	1	0	9
5	4	3	2	1	0	9	8
4	3	2	1	0	9	8	7
3	2	1	0	9	8	7	6
2	1	0	9	8	7	6	5
1	0	9	8	7	6	5	4
0	9	8	7	6	5	4	3
9	8	7	6	5	4	3	2
8	7	6	5	4	3	2	1
7	6	5	4	3	2	1	0
6	5	4	3	2	1	0	9
5	4	3	2	1	0	9	8
4	3	2	1	0	9	8	7
3	2	1	0	9	8	7	6
2	1	0	9	8	7	6	5
1	0	9	8	7	6	5	4
0	9	8	7	6	5	4	3
9	8	7	6	5	4	3	2
8	7	6	5	4	3	2	1
7	6	5	4	3	2	1	0
6	5	4	3	2	1	0	9
5	4	3	2	1	0	9	8
4	3	2	1	0	9	8	7
3	2	1	0	9	8	7	6
2	1	0	9	8	7	6	5
1	0	9	8	7	6	5	4
0	9	8	7	6	5	4	3
9	8	7	6	5	4	3	2
8	7	6	5	4	3	2	1
7	6	5	4	3	2	1	0
6	5	4	3	2	1	0	9
5	4	3	2	1	0	9	8
4	3	2	1	0	9	8	7
3	2	1	0	9	8	7	6
2	1	0	9	8	7	6	5
1	0	9	8	7	6	5	4
0	9	8	7	6	5	4	3
9	8	7	6	5	4	3	2
8	7	6	5	4	3	2	1
7	6	5	4	3	2	1	0
6	5	4	3	2	1	0	9
5	4	3	2	1	0	9	8
4	3	2	1	0	9	8	7
3	2	1	0	9	8	7	6
2	1	0	9	8	7	6	5
1	0	9	8	7	6	5	4
0	9	8	7	6	5	4	3
9	8	7	6	5	4	3	2
8	7	6	5	4	3	2	1
7	6	5	4	3	2	1	0
6	5	4	3	2	1	0	9
5	4	3	2	1	0	9	8
4	3	2	1	0	9	8	7
3	2	1	0	9	8	7	6
2	1	0	9	8	7	6	5
1	0	9	8	7	6	5	4
0	9	8	7	6	5	4	3
9	8	7	6	5	4	3	2
8	7	6	5	4	3	2	1
7	6	5	4	3	2	1	0
6	5	4	3	2	1	0	9
5	4	3	2	1	0	9	8
4	3	2	1	0	9	8	7
3	2	1	0	9	8	7	6
2	1	0	9	8	7	6	5
1	0	9	8	7	6	5	4
0	9	8	7	6	5	4	3
9	8	7	6	5	4	3	2
8	7	6	5	4	3	2	1
7	6	5	4	3	2	1	0
6	5	4	3	2	1	0	9
5	4	3	2	1	0	9	8
4	3	2	1	0	9	8	7
3	2	1	0	9	8	7	6
2	1	0	9	8	7	6	5
1	0	9	8	7	6	5	4
0	9	8	7	6	5	4	3
9	8	7	6	5	4	3	2
8	7	6	5	4	3	2	1
7	6	5	4	3	2	1	0
6	5	4	3	2	1	0	9
5	4	3	2	1	0	9	8
4	3	2	1	0	9	8	7
3	2	1	0	9	8	7	6
2	1	0	9	8	7	6	5
1	0	9	8	7	6	5	4
0	9	8	7	6	5	4	3
9	8	7	6	5	4	3	2
8	7	6	5	4	3	2	1
7	6	5	4	3	2	1	0
6	5	4	3	2	1	0	9
5	4	3	2	1	0	9	8
4	3	2	1	0	9	8	7
3	2	1	0	9	8	7	6
2	1	0	9	8	7	6	5
1	0	9	8	7	6	5	4
0	9	8	7	6	5	4	3
9	8	7	6	5	4	3	2
8	7	6	5	4	3	2	1
7	6	5	4	3	2	1	0
6	5	4	3	2	1	0	9
5	4	3	2	1	0	9	8
4	3	2	1	0	9	8	7
3	2	1	0	9	8	7	6
2	1	0	9	8	7	6	5
1	0	9	8	7	6	5	4
0	9	8	7	6	5	4	3
9	8	7	6	5	4	3	2
8	7	6	5	4	3	2	1
7	6	5	4	3	2	1	0
6	5	4	3	2	1	0	9
5	4	3	2	1	0	9	8
4	3	2	1	0	9	8	7
3	2	1	0	9	8	7	6
2	1	0	9	8	7	6	5
1	0	9	8	7	6	5	4
0	9	8	7	6	5	4	3
9	8	7	6	5	4	3	2
8	7	6	5	4	3	2	1
7	6	5	4	3	2	1	0
6	5	4	3	2	1	0	9
5	4	3	2	1	0	9	8
4	3	2	1	0	9	8	7
3	2	1	0	9	8	7	6
2	1	0	9	8	7	6	5
1	0	9	8	7	6	5	4
0	9	8	7	6	5	4	3
9	8	7	6	5	4	3	2
8	7	6	5	4	3	2	1
7	6	5	4	3	2	1	0
6	5	4	3	2	1	0	9
5	4	3	2	1	0	9	8
4	3	2	1	0	9	8	7
3	2	1	0	9	8	7	6
2	1	0	9	8	7	6	5
1	0	9	8	7	6	5	4
0	9	8	7	6	5	4	3
9	8	7	6	5	4	3	2
8	7	6	5	4	3	2	1
7	6	5	4	3	2	1	0
6	5	4	3	2	1	0	9
5	4	3	2	1	0	9	8
4	3	2	1	0	9	8	7
3	2	1	0	9	8	7	6
2	1	0	9	8	7	6	5
1	0	9	8	7	6	5	4
0	9	8	7	6	5	4	3
9	8	7	6	5	4	3	2
8	7	6	5	4	3	2	1
7	6	5	4	3	2	1	0
6	5	4	3	2	1	0	9
5	4	3	2	1	0	9	8
4	3	2	1	0	9	8	7
3	2	1	0	9	8	7	6
2	1	0	9	8	7	6	5
1	0	9	8	7	6	5	4
0	9	8	7	6	5	4	3
9	8	7	6	5	4	3	2
8	7	6	5	4	3	2	1
7	6	5	4	3	2	1	0
6	5	4	3	2	1	0	9
5	4	3	2	1	0	9	8
4	3	2	1	0	9	8	7
3	2	1	0	9	8	7	6
2	1	0	9	8	7	6	5
1	0	9	8	7	6	5	4
0	9	8	7	6	5	4	3
9	8	7	6	5	4	3	2
8	7	6	5	4	3	2	1
7	6	5	4	3	2	1	0
6	5	4	3	2	1	0	9
5	4	3	2	1	0	9	8
4	3	2	1	0	9	8	7
3	2	1	0	9	8	7	6
2	1	0	9	8	7	6	5
1	0	9	8	7	6	5	4
0	9	8	7	6	5	4	3
9	8	7	6	5	4	3	2
8	7	6	5	4	3	2	1
7	6	5	4	3	2	1	0
6	5	4	3	2	1	0	9
5	4	3	2	1	0	9	8
4	3	2	1	0	9	8	7
3	2	1	0	9	8	7	6
2	1	0	9	8	7	6	5
1	0	9	8	7	6	5	4
0	9	8	7	6	5	4	3
9	8	7	6	5	4	3	2
8	7	6	5	4	3	2	1
7	6	5	4	3	2	1	0
6	5	4	3	2	1	0	9
5	4	3	2	1	0	9	8
4	3	2	1	0	9	8	7</



14. Aparelho de anestesia testado (x) sim ( ) não
15. Esterilizações dos instrumentais com indicadores (x) sim ( ) não
<b>ETAPA II: PRÉ-INCISÃO</b>
16. Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta (x)
17. Confirma preparo da pele com clorexidine degermante e tópica (x) Sim ( ) não
18. Confirmar antibiótico profilático administrado (x) sim ( ) não aplicável
19. Paciente em posição adequada (x) sim ( ) não
<b>EQUIPE DE ENFERMAGEM</b>
20. Confirmar se a disponibilidade dos materiais e equipamentos solicitados para cirurgia (x)
20. Confirmar com a equipe médica se os exames necessários estão disponíveis (x)
21. Confirma bisturi elétrico e placas instalados corretamente (x)
<b>INTRA-OPERATORIO</b>
Posicionamento: Dorsal (x) Lateral direita ( ) Lateral esquerda ( ) Posição Ginecológica ( ) ( ) Decúbito Proclie ( ) Decúbito Ventral
Monitorização cardíaca: (x) sim ( ) não PNI/Manguito em: <u>M5D</u> Placa neutra: Local: _____
Passado faixa de smarch: Não ( ) sim, em: _____ Início _____ Término _____
Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: ( ) Clorex degermante ( ) Clorex aquoso (x) Clorex Alcoolica ( ) PVPI degermante ( ) PVPI tintura ( ) _____
Infusões: SFO, 9% <u>500</u> ml R. Lactato: _____ ml R. Simples _____ ml SG5% _____ ml
Drenos: ( ) Penrose nº _____ ( ) Porto-vac nº _____ ( ) Tórax nº _____
Sinais vitais: PA <u>124x77</u> mmHg FC: <u>73</u> bpm Sat: <u>98</u> % T: <u>36</u> °C Hora: <u>14:10</u>
Anestesia: Início <u>13:50</u> Término <u>14:30</u> ( ) Geral Inalatório ( ) Geral Venosa (x) Sedação ( ) Local ( ) Peridural ( ) Raqui ( ) Bloqueio:
IOT: (x) Não ( ) sim - Cânula nº _____ IOT aramado: (x) não ( ) sim nº _____
AVP: ( ) não (x) sim <u>MSE</u> , Jelco nº <u>20</u> por <u>Sangue</u>
Cateter O2: ( ) não ( ) sim SNG: ( ) NÃO ( ) SIM nº _____ SVD ( ) NÃO ( ) SIM nº _____
Ferida operatória: Curativo <u>limpo e seco</u>
Cultura: _____ Anát. Patológico: (x) Não ( ) Sim _____ Unid _____
Material Explantado: <u>retirado de fixador externo</u>
Conferido por <u>Katiane</u> Intercorrência <u>S/intercorrência</u>
<b>ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA</b>
Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada (x) sim ( ) não
Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta, _____
Medicações administradas (anotar horários) <u>2g cefalotina, 2 dipirona, 1 desameto</u> <u>sona, 1 tetracina</u>

OPME: (x) NÃO ( ) SIM, qual

PRONTOCLÍNICA DA CRIANÇA LTDA

CNPJ: 09.417.742/0001-91

Confere com o Original



Anotações de Enfermagem e Intercorrências

Início da cirurgia: 14:00 Término da cirurgia: 14:20

CIRURGIÃO Dr. Assis ASSISTENTE: \_\_\_\_\_ ANESTESIOLOGISTA Dr. Cristiano  
INSTRUMENTADORA Suzanne CIRCULANTE: Katiana ENFERMEIRA: Edna

URPA (Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

☒ Acordado ( ) Sonolento ( ) agitado Ar ambiente ( ) MV 50%

( ) Cateter de O2 ( ) TQT ☒ AVP ( ) AVC

( ) Hipotensão ( ) Hipertensão ( ) Bradicardia ( ) Taquicardia ( ) Tremor ( ) Dor ( ) Baixa Saturação

( ) Hemorragias ( ) Desorientação ( ) Agitação ( ) Dispneia ( ) Broncoespasmo ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Medicações Administradas na URPA (anotar horários)

Encaminhado para o andar

AVP ☒ AVC ( ) SNG ( ) SVD FECHADA ( ) DRENOS ( ) CURATIVOS LIMPO ☒

GESSO EM: MSD ( ) MSE ( ) MID ( ) MIE ( )

EXAMES: ☒ Labort ☒ Raio x ( ) USG ( ) TC ( ) RNM ( ) RISCO CIRURGICO ( ) OUTROS \_\_\_\_\_

ENCAMINHADO: ☒ Enfermaria ( ) UTI ( ) Alta Hospitalar ( ) Outros \_\_\_\_\_

Anotações de Enfermagem:

ENCAMINHADO POR: Katiana

HORA: \_\_\_\_\_

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA  
CNPJ: 09.417.742/0001-91

Confere com o Original

Data: 13/09/2017

Katiana



Prontoclínica Dr. Paulo Gurgel

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE: Werner Benício

MÉDICO: Dr. Luis

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Ret. Hx. Litro Fibrose

SETOR: Renal

LEITO: 2508

PROCEDÊNCIA: ☒ DOMICILIAR ☐ HOSPITALAR: QUAL: ---

ALERGIAS: ---

DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: ---

EVOLUÇÃO: 29/05/17 HORÁRIO: 12:25

### ASPECTO GERAL

☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO ☐ ALGO ORIENTADO  
☒ ATIVO ☒ REATIVO ☐ HIPOATIVO  
☐ HIPERTÔNICO ☐ HIPOTÔNICO  
☐ COMATOSO ☐ SEDADO ☐ ANASARCA ☐ EDEMA

### ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

☐ AVP: ---  
☐ AVC: ---  
☐ Jelco: ---  
☐ Scalp: ---

### INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

☐ HV ---  
☐ BI ---  
☐ ATB ---

### PELE

☐ HIDRATADA ☐ RESSECADA ☐ ICTÉRICA  
☐ NORMOCORADA ☐ HIPOCORADA ☐ CIANOSE  
☐ EXTREMIDADE FRIAS ☒ NORMOTÉRMICA  
☐ HIPOTERMIA: ---  
☐ HIPERMIA: ---  
☐ DRENO Local: ---  
Característica do líquido: ---

### APARELHO CARDIOPULMONAR

☐ EUPNEICO ☐ DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO  
☐ BRADIPNEICO ☐ IRREGULAR  
☐ RUIDOS ADVENTÍCIOS TIPO: ---  
☐ TAQUICÁRDICO ☒ NORMOCÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO

### OBSERVAÇÕES

Paciente admitido na internação p/ cirurgia ortopédica. Suo Arco da perna e mão -  
para laboratório. Orientado sobre Hx e exame  
interna, referida de ardor. Última permissão  
de moto ± 90 graus

Enfermeiro: Francisco Azevedo N. Jr.

Enfermeiro

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO: 29/05/17 HORÁRIO: 18:20

### ASPECTO GERAL

☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO ☐ ALGO ORIENTADO  
☒ ATIVO ☒ REATIVO ☐ HIPOATIVO  
☐ HIPERTÔNICO ☐ HIPOTÔNICO  
☐ COMATOSO ☐ SEDADO ☐ ANASARCA ☐ EDEMA

### ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

☒ AVP: 1452  
☐ AVC: ---  
☐ Jelco: ---  
☐ Scalp: ---

### INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

☒ HV ---

### VENTILAÇÃO

☒ O2 AMB ☐ MV --- % ☐ HOOD: ---  
☐ ENTUBADO TOT Nº ---  
OBS: ---

### ELIMINAÇÕES

DIURESE  
☒ ESPONTÂNEA ☐ SVA A CADA: ---  
☐ HEMATÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ ANÚRIA  
☐ POLIÚRIA ☐ SVD ---  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: ---

### EVACUAÇÃO

CNPJ: 09.417.742/0001-91



**PELE**

☒ HIDRATADA ( ) RESSECADA ( ) ICTÉRICA  
☒ NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA ( ) CIANOSE  
( ) EXTREMIDADE FRIAS ☒ NORMOTÉRMICA  
( ) HIPOTERMIA: \_\_\_\_\_  
( ) HIPERTERMIA: \_\_\_\_\_  
( ) DRENO Local: \_\_\_\_\_  
Característica do líquido: \_\_\_\_\_

**APARELHO CARDIOPULMONAR**

☒ EUPNEICO ( ) DISPNEICO ( ) TAQUIPNEICO  
( ) BRADIPNEICO ( ) TIRAGEM: \_\_\_\_\_  
( ) RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: \_\_\_\_\_  
( ) TAQUICÁRDICO ☒ NORMOCÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO

**TESTÍCULO:**

☒ AUSENTE \_\_\_\_\_ DIAS  
**ASPECTO/CARACTERÍSTICA:** \_\_\_\_\_

**APARELHO DIGESTÓRIO**

**ABDOMEN**  
☒ FLACIDO ( ) GLOBOSO ( ) SEMI GLOBOSO  
( ) DISTENDIDO ( ) DOR A PALPAÇÃO  
( ) TIMPÂNICO ( ) MACIÇO ( ) RUÍDOS HIDROAÉREOS

**LOCOMOÇÃO**

( ) DEAMBULANDO ☒ CADEIRA DE RODAS  
( ) SOBRE MACA ( ) MULETA

**DIETA**

( ) AO SEIO ☒ ORAL/COPINHO ( ) GTM  
( ) SOG/SNG \_\_\_\_\_  
( ) RESÍDUO GÁSTRICO: \_\_\_\_\_  
( ) ZERO ( ) VÔMITO \_\_\_\_\_ vezes

**OBSERVAÇÕES:**

*Seu pai chegou -  
curativo no siso, ag. reinfecção*



Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

**EVOLUÇÃO 29/08/17**

**HORÁRIO:** 13:15

**ASPECTO GERAL**

☒ CONSCIENTE ( ) ORIENTADO ( ) ALGO ORIENTADO  
☒ ATIVO ( ) REATIVO ( ) HIPOATIVO  
( ) HIPERTÔNICO ( ) HIPOTÔNICO  
( ) COMATOSO ( ) SEDADO ( ) ANASARCA ( ) EDEMA

**ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)**

( ) AVP: \_\_\_\_\_  
( ) AVC: \_\_\_\_\_  
( ) Jelco: \_\_\_\_\_  
( ) Scaip.: \_\_\_\_\_

**INFUSÃO INTRAVENOSA**

**MEDICAMENTOS/ATB**

☒ HV \_\_\_\_\_  
( ) BI \_\_\_\_\_  
☒ ATB *cefazolin*

**PELE**

☒ HIDRATADA ( ) RESSECADA ( ) ICTÉRICA  
☒ NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA ( ) CIANOSE  
( ) EXTREMIDADE FRIAS ☒ NORMOTÉRMICA  
( ) HIPOTERMIA: \_\_\_\_\_  
( ) HIPERTERMIA: \_\_\_\_\_  
( ) DRENO Local: \_\_\_\_\_  
Característica do líquido: \_\_\_\_\_

**APARELHO CARDIOPULMONAR**

☒ EUPNEICO ( ) DISPNEICO ( ) TAQUIPNEICO  
( ) BRADIPNEICO ( ) TIRAGEM: \_\_\_\_\_  
( ) RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: \_\_\_\_\_  
( ) TAQUICÁRDICO ☒ NORMOCÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO

**OBSERVAÇÕES:**

*29/08/17  
S/O*

PRONTOCLÍNICA DA CRIANÇA LTDA

CNPJ: 09.417.742/0001-91

Confere com o Original

*Rafael W. S. dos Santos*









## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Wenerson Bomfim da Silva, portador(a) da  
cédula de identidade RG 322272, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº.  
116.663.534.18, residente e domiciliado (a) no endereço  
Rua. das Minomda, 259  
Felipe comarcas Natal RN;

**OUTORGADO:** JONATAS NEVES MARINHO DA COSTA, RG 07010121 37, CPF:  
816.001.435-04, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/BA sob o nº  
25.893, com endereços profissionais na Av. Almirante Alexandrino de Alencar,  
nº. 750, Alecrim, CEP 59031-350, Natal - Rio Grande do Norte.



**PODERES:** Para o foro em geral e repartições públicas, na forma do art. 38 do Código de  
Processo Civil e art. 5º, § 2º, da Lei nº 8906, de 4 de julho de 1994, com cláusula "ad extra" e  
"ad judicia", bem como PODERES ESPECÍFICOS para: receber citação, confessar, reconhecer  
a procedência do pedido, transigir, desistir, receber valores e alvarás, receber, sacar e  
endossar cheques nominativos, dar quitação, celebrar acordos e firmar compromisso,  
podendo praticar atos em qualquer juízo ou fora dele, em qualquer instância ou tribunal,  
inclusive repartições públicas administrativas e municipais, estaduais e federais como autor  
ou réu, em conjunto ou isoladamente, independentemente da ordem de nomeação,  
podendo ainda substabelecer esta, com ou sem iguais poderes e tudo mais praticar para o  
fiel cumprimento deste mandato por prazo indeterminado.

Natal, 13 de Outubro de 2014.

Wenerson Bomfim da Silva

**OUTORGANTE**



<p>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</p>	<p><b>RIO GRANDE DO NORTE</b>  <b>SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL</b>  <b>INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA</b>  <b>COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO</b></p>	 <p>POLEGAR DIREITO</p> 	<p><i>Wernerson Romêo da Silva</i>          ASSINATURA DO TITULAR  <b>CARTeira DE IDENTIDADE</b></p>
---------------------------------------	--	--	--

**CAIXA**  
POUPANÇA

6277 8013 1478 5639

WERMERSON BONIFACIO SILVA

0034 013 00052445 7 07/21

**elo**  
DEBITO

Num. 12921359 - Pág. 1





( / )

Buscar no site

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

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

**SINISTRO 3170511855 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** WERMERSON BONIFACIO DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME**BENEFICIÁRIO** WERMERSON BONIFACIO DA SILVA**CPF/CNPJ:** 11666353418**Posição em 23-10-2017 14:42:57**

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

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
11/10/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

## ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

## COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)  
Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)  
Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)  
Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

## PAGUE SEGURO



Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)  
Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)  
Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)



EM ANEXO.



**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA 13ª VARA CÍVEL DA  
COMARCA DE NATAL-RN.**

**Processo nº 0849779-95.2017.8.20.5001**

**WERMERSON BONIFACIO DA SILVA**, por sua advogada firmada, nos autos do processo em epígrafe, vem à presença de V. Exa. expor e requerer o que segue:

Em 06/09/2017 foi disponibilizada através do DJe Edição 2366 a resolução. nº 35/2017-TJ, tratando da alteração de competências de unidades jurisdicionais desta comarca.

Nesse diapasão, o art. 13 III da presente resolução prevê que os processos oriundos do DPVAT sejam redistribuídos para 19ª Vara Cível (antiga 2ª Vara de Sucessões), 20ª Vara Cível (antiga 19ª VC) e 23ª/24ª VC (antiga 1ª e 2ª Vara de Precatórias).

*In verbis:*

Art. 13. Ficam alteradas as competências das 1ª e 2ª Varas de Precatórias da Comarca de Natal transformadas, respectivamente, nas 23ª e 24ª Varas Cíveis da Comarca de Natal para, por distribuição:

I - processar e fazer cumprir todos os atos e diligências relativos a precatórias cíveis na Comarca de Natal; II - processar e julgar os conflitos decorrentes da Lei de Arbitragem; e III - processar e julgar os feitos relacionados ao Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT), com a atual 2ª Vara de Sucessões da Comarca de Natal, transformada em 19ª Vara Cível da Comarca de Natal, e a atual 19ª Vara Cível da Comarca de Natal, transformada em 20ª Vara Cível.

Portanto, requer que o presente processo seja redistribuído para as mencionadas Varas conforme cronograma previsto na Portaria nº1.529/2017.

Nestes termos,  
Pede deferimento.

Natal, 27 de novembro de 2017

**Maria Eugênia Chaves West**

**OAB/BA 25946**