



Número: **0805735-20.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **20ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **21/02/2019**

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
ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA (AUTOR)	RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS (ADVOGADO)
PORTE SEGURU S/A (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39223 024	14/02/2019 17:24	DOCUMENTOS parte 1	Documento de Comprovação
39223 049	14/02/2019 17:24	DOCUMENTOS parte 2	Documento de Comprovação



Toscano &
Contreras
ADVOGADOS

Escritório Natal - Av. Amintas Barros, 2909, 1º andar, sala 13
Lagoa Nova - Natal/RN CEP 59.062-250 - Tel/Fax: 84
3206.9533 - tcadvocacia5@hotmail.com

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE(S): ANDRÉ GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA, brasileiro, solteiro, motoboy, portador de RG nº 002.909.448-8881/RN e inscrito no CPF/MF sob o nº 008.495.594-56, residente e domiciliado na avenida das Fronteiras, nº 87, esq 3, bairro Santo Antônio, São Gonçalo do Amarante/RN, CEP: 591.297-591.

OUTORGADO(S): RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 5990, CRISTINA MARIA DE SIQUEIRA MACHADO, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº 600-A, ALINNE MARIA SOUTO DE QUEIROZ, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº 16.177, JANNA ABY ZAYAN TOSCANO LYRA CONTRERAS, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº 14.284, todos integrantes do escritório de Advocacia RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, regularmente inscrito na OAB/RN sob o nº 787, CNPJ nº 28.433.584/0001-08, com escritório profissional sito na Av. Amintas Barros, nº 2909, 1º andar, sala 13, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59.062-250.

PODERES: a quem conferem amplos poderes da cláusula “ad-judicia et extra”, para o foro em geral, podendo dito (s) procurador (es) em conjunto ou isoladamente, em qualquer instância, juízo ou tribunal, propor contra a quem de direito as ações competentes e defendê-los nas contrárias, e, ainda, requerer, acordar, discordar, confessar, transigir, desistir, receber e dar quitação, variar de ações, firmar termos de declarações legais e representá-los, em tudo se fizer necessário em favor de seus interesses, em qualquer repartição pública federal, estadual, municipal, autárquica, requerendo ou representando defesa, inclusive substabelecer o todo ou em parte as prerrogativas que ora lhe são conferidas.

Natal /RN, 31 de janeiro de 2019.

André Giuliane de O. Silva
Outorgante

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento, as partes abaixo qualificadas, contratam a prestação de assistência advocatícia, na forma e para os fins adiante estipulados:

1. PARTES: RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, com inscrição no CNPJ: 28.433.584/0001-08 e inscrição na OAB/RN Nº 787, com escritório profissional sito na Av. Amintas Barros, nº 2909, sala 13, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59.062-250, fone: 3206-9533, denominada CONTRATADA,

e por outro

lado André Guiiliane de Oliveira Silva, Advogado, com
RCM-001.909.348 SSP/RN e inscrito no CPF/MF sob o n.
008.495.592-56.

aqui denominado(a) CONTRATANTE.

2. FINALIDADE DO CONTRATO: O(A) CONTRATANTE contrata os serviços profissionais da CONTRATADA, para que esta ajuize ação perante os Juizados Especiais Cíveis ou Justiça estadual Comum.

3. DESEMPENHO DO MANDATO: A CONTRATADA postulará, em todas as instâncias, através de recursos adequados, para o fiel cumprimento do mandato outorgado pelo(a) CONTRATANTE.

4. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS:

4.1 Pela propositura da ação judicial, o/a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA, a título de honorários advocatícios, o valor de:

- 30% (trinta por cento) sobre todos os valores líquidos recebidos (judicialmente ou administrativamente) pelo(a) CONTRATANTE decorrente da ação proposta.
- O/A CONTRATANTE autoriza, expressamente, o desconto dos valores aqui contratados quando da expedição do Alvará Judicial ou ordem de pagamento decorrente da ação proposta.

5. DESISTÊNCIA E CONTUMÁCIA

5.1 No caso de desistência do processo antes da sentença ou ausência injustificada a perícia médica ou audiência, o contratante se compromete a pagar a título de honorários advocatícios, pelo trabalho já então realizado, a importância fixa de um salário mínimo vigente à época, salvo se for reajustar o processo conosco. Em todo caso deverá o contratante arcar com as custas judiciais fixadas pelo abandono da causa.

5.2 A verba oriunda da parte adversa, pelo princípio da sucumbência, reverterá a CONTRATADA.

5.3 No caso de desistência do processo após prolação de sentença, o (a) contratante fica obrigado a pagar os honorários advocatícios na sua integralidade.

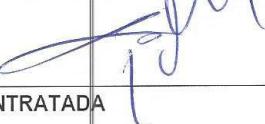
6. Agindo o (a) CONTRATANTE de forma dolosa ou culposa em face da CONTRATADA, restará facultado a este, rescindir o contrato, substabelecendo sem reserva de iguais e se exonerando de todas as obrigações.

7. CLÁUSULA DE RISCO: em caso de insucesso da ação proposta, o/a CONTRATANTE não desembolsará quaisquer valores à CONTRATADA, inclusive os gastos havidos com a demanda.

X

Assim, em 31 de janeiro / 2019 elegem o Foro da comarca de Natal/RN e assinam o presente instrumento em duas vias, para que possa produzir seus legais efeitos.


CONTRATANTE


CONTRATADA

TESTEMUNHAS :

Prisciane Barreto Barbosa

DETAN - RN 10435 // 00079 N° 013104084237		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VIA	00123946348	CÓD. REGISTRO	RN-RC
1	*****	EXERCÍCIO	2011
NOME			
ANDRÉ GOMIDE DE O SILVA			
CPF / CNPJ		PLACA	
008.495.594-56		NRF0292	
PLACANT LIP		CHASSI	
NRF0292/RN		922RC1670RS59000	
VEÍCULO TIPO		COMBUSTÍVEL	
PÁRABOLA / MOTOCICLETO / NÃO APPLICAVEL		ÁLCOOL - GÁSOL	
MARCA / MODELO		ANO E/OU ANO M/ÉS	
HONDA / CG 150 FAN ERL		2011	
CNP / PROT / CIL		2011	
OCV/149 CILINDRÍDAS		COR PRIMARIA	
COTA ÚNICA		PRETA	
I	17/01/2017	VALOR COTA ÚNICA	
R\$ 0,00		1º PAGO	
P		2º PAGO	
V		3º PAGO	
A	R\$ 4*****		
PRAZO TARIIFÁRIO (RS) OF (RS)		PRAZO TOTAL (RS) DATA DE PAGAMENTO	
*** TAXAS DESTRAN: PAGO		DESTRAN: PAGO	
OBSERVAÇÕES			
ALLEN, PED. EM FAVOR DE: 03.634.220/20001-65			
BANCO RONDA 3/A			
MOTOR: K016272539060			
NATAL / RN		DATA	
17/03/2017			
Sistema de Recuperação de Veículos			
CORRETORA DE SEGUROS			
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS			
02 AGO 2018			

PROTOCOLO
REC/BIDO
02 AGO 2018
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS



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: Complexo de Delegacias Especializadas, Av. Ayrton Senna, 3134, NEÓPOLIS, NATAL, FONE/FAX: 32321565

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018031000220 1.2 Data de Expedição: 26/06/2018 16.24.05
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: 20/04/2018 17.58.00 2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo 2.7 Logradouro: AV. FELIZARDO MOURA
2.6 Tipo do local: Via Pública 2.9 CEP: 59.000-000
2.8 Número: 0000 2.11 Ponto de Referência:
2.10 Complemento: 2.13 Cidade: NATAL
2.12 Bairro: NORDESTE
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA 3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Nome Social: 3.4 Pai: JEOBOAO DA SILVA
3.5 Etnia: Sem Informação 3.6 Mãe: VERA LUCIA DE OLIVEIRA
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF: 00849559456 3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade: 3.12 Data de Nascimento: 07/06/1980
3.13 Profissão: MOTOBOY 3.14 RG: 1909448 - ITEP/RN
3.15 Telefone(s): 84 988714265 3.16 Passaporte:
3.17 Número: 87 3.18 Naturalidade: NATAL - RN
3.19 Bairro: NOVO SANTO ANTÔNIO 3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.22 Logradouro: AVENIDA DAS FRONTEIRAS
3.23 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE 3.24 CEP: 59297591

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DA(S) ACUSADO(S)

NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

(NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não 7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: 7.1.4 Renavam: 00323946348
7.1.5 Placa: 7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.7 Marca: HONDA 7.1.8 Modelo: CG 150 FAN
7.1.9 Ano do Modelo: 2011 7.1.10 Ano de Fabricação: 2011
7.1.11 Cor do veículo: PRETA 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal: 7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: O COMUNICANTE 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor: O COMUNICANTE/VÍTIMA
7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARCEU A ESTA UNIDADE POLICIAL E INFORMOU QUE NA DATA E HORA CITADAS CONDUZIA A MOTOCICLETA EM TELA E AO DERRAPAR NA AREIA NA PISTA VEIO DESEQUILIBRAR E CAIR E SOFRER LESÕES CONFORME BAA DE NÚMERO 19029/2018, ORIUNDO DO PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO. DISSE QUE FORA CONDUZIDO PELO SAMU PARA O REFERIDO PRONTO SOCORRO CONFORME OCORRÊNCIA DE NÚMERO 200491/1, ORIUNDO DA SMS. NADA MAIS DISSE

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

REGISTRO PARA FINS DE REQUERIMENTO DE SEGURO DPVAT

10. COMPLEMENTOS

Data do Complemento: 30/07/2018
Usuário: 1702343 - JANIR AZEVEDO DE PAIVA
Complemento: NO ITEM 7.1.5, PLACA LEIA-SE NOF-0292
NO ITEM 7.1.3, LEIA-SE CHASSI 9C2KC1670BR539060

11. DECLARAÇÃO

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

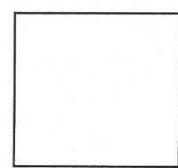
Data: 26/06/2018 16.24.05

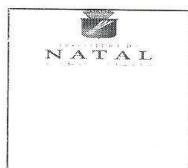
Hal Paiva

Policial

Andre Gulinane de Oliveira Silva

Interessado





PREFEITURA DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 NATAL



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 20/04/2018, aproximadamente às 17h58min, na Avenida Felizardo Moura, Nordeste, nesta Cidade. **Sob nº de ocorrência 200491/1**, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 21 de junho de 2018.

Everton da Silva Rocha
Coordenador Administrativo SAMU 192 Natal
Matrícula nº 61.096-08



Rua Potiguares, 300 - Dix Sept Rosado - Natal/RN – CEP: 59054-280
Tel.: (84) 3232-9222 (84) 3232-9211 - e-mail: admsamunatal@yahoo.com.br



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 19029 /2018

Admissão: 20/04/2018 19:18:13



Felipeab

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 70901 - ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA (37 a 10 m 13 d)

Nascimento: 07/06/1980 Natural: NATAL.BRASIL

NS:

Mae: VERA LUCIA DE OLIVEIRA

ogradouro: DAS FRONTEIRAS, 87

EP: 59296066

Bairro: GOLANDIM

Telefone: .

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

luxograma: .

DBS:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
120290	97/100				19	94		15	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO COM TRAUMA DE MID

Hora: 19:30

Paciente trazido pelo samu, de 40 min, aqdo, por queda de moto h 40 min, depois de perder controle da direção, deu golpe na moto. Paciente teve dor em MID por 30min. Dor intensa tórica, síncop.

Nega: perda de conscientia.

- A Vias aéreas livres. Fonction respiratoire normale.
- B NV + simetria SIRA
- C PGR 2T RNF 21 respir
- D Glasgow 15
- E Dor em joelho de MID.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

EPG 100 100

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 03/05/18
MAT. N° SAME

ASSINATURA
Enredo S. Osp. Cidade Natal SAM
SSP RN 154/18
Data: 20/04/18 Hora: 20:18
Técnico: Exame: Médico:

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Queda de moto.

Gerado via SX por SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS. Impresso em 20 de Abril de 2018.

Núcleo Hospitalar da Epidemiologia

25/04/18

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)			
A			
B			
C			
D			
E			
A(ALERGIAS)	Nega		
M(MEDICAÇÃO EM USO)	Nega		
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)	Nega		
L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)	Nega		
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)	Sólo encontro		
V (PASSADO VACINAL)	Desconhece		
EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)		LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	
Rx gástrico e quântil, digo, Rx de peito AP e Frontal			
OUTROS			
CONDUTA PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
Arto. Dr. Cipriano Ritmo		CONFERE COM ORIGINAL NATAL, 03/05/18 MAT. N. 154.6204 Assinatura SAM	
Dr. Raci e ROSA Clínico Geral e de Ap. Digestivo CRM/RN 4001		Assinatura SAM CRM/RN 154.6204	
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL		ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE			
ESPECIALISTA 1	Dr. Raci e ROSA CRM/RN 4001	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2		HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3		HORA:	DATA:

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 20/04/18 Ortugueda		
ANAMNESE	Andar te intrudido c/ traumas em M&D	
EXAME FÍSICO	Ruptura s/ma cratera costela/ana de Fémur-D	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	NR M&D & alta c/ep	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)*** TC Joelho D.	LABORATÓRIO Ao M&D p/ fratura	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	OUTROS	
<p>Tranadol 100.</p> <p>Tensivam 40 (degranulador a 10 sf 100)</p> <p>— Fome</p> <p>— Tala ngru no mao/ep.</p>	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
<p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p> <p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p>		
DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: Ortugueda	DATA: / / HORA: / /	
SAÍDA:	DATA: / / HORA: / /	
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/>	Transferido para:
ÓBITO:	DATA: / /	HORA: / /
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>
<p>Médico (Carimbo)</p> <p>CONFERIR COM ORIGINAL NATAL 03/05/18 MAT. N. SAME</p>		
<p>Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação</p>		
DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA: / /	
SAÍDA:	DATA: / / HORA: / /	
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/>	Transferido para:
ÓBITO:	DATA: / /	HORA: / /
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>
<p>I.T.E.P. <input type="checkbox"/></p>		

 <p>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarmento</p>		<p style="text-align: right;">(R)</p> <p>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH</p>	
<p>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</p>			
<p style="text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO</p>			
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE		4 - CNES	
<p><i>André Giuliane de Oliveira Silveira</i></p>			
<p style="text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</p>			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO	
700004829312100		07-06-80	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - SEXO	
Vera Lucia de Oliveira		34	
12 - ENDERECO (RUA, N°)		11 - TELEFONE DE CONTATO	
B. Av das Fronteiras N° 87 casa-03		988734265 986394986	
13 - MUNICÍPIO		14 - BAIRRO	
S. G. A.		Centro	
15 - UF		16 - CEP	
RN		59290.000	
<p>LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</p>			
<p><i>André Giuliane de Oliveira</i></p>			
<p>17 - PRINCIPAIS SÍNOS E SINTOMAS CLÍNICOS</p>			
<p><i>André Giuliane de Oliveira</i></p>			
<p>18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</p>			
<p>19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)</p>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID INICIAL	
<i>Franja sanguínea intercochlear fechar</i>		21 - CID INICIAL	
22 - CID SECUNDÁRIO		23 - LAUDOS ASSOCIADOS	
<p><i>Franja sanguínea intercochlear fechar</i></p>			
<p style="text-align: center;">PROCEDIMENTO SOLICITADO</p>			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		26 - LEITO / CLÍNICA	
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
0308010019		28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
29 - DT SOLICITAÇÃO		30 - CNPJ / CPF	
20/04/18		30 - CNPJ / CPF	
<p><i>Assinatura e Carimbo (Nº REG. CONSELHO)</i></p>			
<p>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES / VIOLENCIAS)</p>			
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		33 - CNPJ DA SEGURADORA	
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO		37 - CNPJ	
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		38 -	
41 - CID PRINCIPAL		39 -	
42 - CID SECUNDÁRIO		40 -	
<p style="text-align: center;">DESCRITIVO, CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL</p>			
<p style="text-align: center;">AV. JUAN PABLO</p>			
43 - () GRAVE		44 - () GRAVÍSSIMA	
<p style="text-align: center;">AVALIAÇÃO</p>			
45 - NOME DO PROF. AUTORIZADO		50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE / AVALIAÇÃO	
47 - DT AUTORIZ.		51 - DT AUTORIZ.	
48 - CNS / CPF		52 -	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	
<p style="text-align: right;">010.019.106.13</p>			

RELATÓRIO ANESTESIA

I.S.D.A.

Fratura do Femur Diáfrago.

PRÉ-ANESTÉSICO:

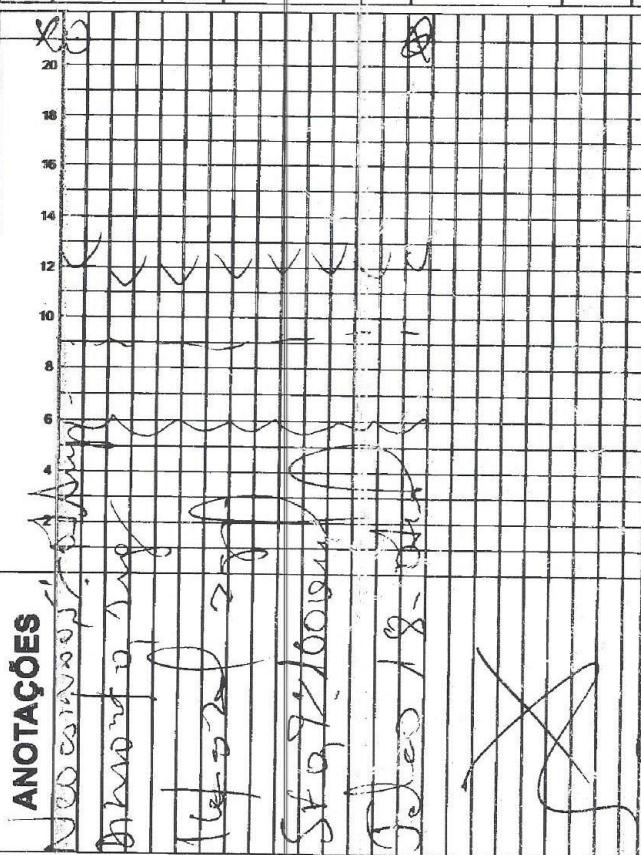
DROGAS:

TÉCNICA ANESTÉSICA:

Isóflurano

DROGAS USADAS NA ANESTESIA

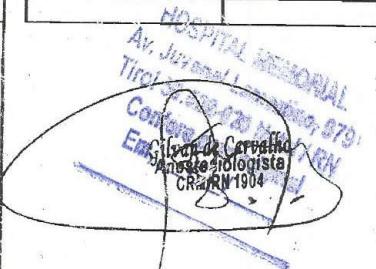
CÓD.	DESCRÍÇÃO	UNID	QUANT.	CÓD.	DESCRÍÇÃO	UNID	QUANT.	CÓD.	DESCRÍÇÃO	UNID	QUANT.
000150	Adrenalina	AMP		006818	Narciso	AMP					
028955	Aqua Bidestilada	AMP		007527	Pentil 10mg	AMP					
000842	Atropina 25	AMP		007558	Prostogranine	AMP					
002050	Clorato de Potássio	AMP		005292	Ketalar	AMP					
001460	Clorato de Sódio	AMP		003353	Codíclam 100mg	AMP					
001622	Diamor 2mg	AMP		000449	Quelicidin 500mg	AMP					
002115	Diprivan	AMP		003573	Rapilam	AMP					
002963	Halotamina	AMP		000974	Sovoreane	ML					
003080	Hormonid 15mg	AMP		008449	Sol. Ranger Simples	FRS					
017075	Hormonid 5mg	AMP		028125	Sol. Fisiológica	FRS					
003071	Isoxil	AMP		006740	Sol. Glucosado	FRS					
003511	Fentanil 2ml	AMP		008529	Sol. Ranger Lactado	FRS					
003780	Forane	ML		001002	Thiomébutal	FRS					
011703	Halotano	ML		003013	Tranxilum	AMP					
004495	Eprocaina	AMP		005727	Solam	AMP					
002487	Eroxol	AMP		00475	Xilocaina 1%	AMP					
010588	I. meadent	AMP		000995	Xilocaina 2% s/a	AMP					
005807	Xilocaina 0,5 c/a	AMP		010026	Xilocaina 2% c/a	AMP					
005894	Xilocaina 0,5 c/a	AMP		010033	Xilocaina Pesada	AMP					
010585	Xilocaina Pesada	AMP									



ANOTAÇÕES

Intercorrências

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE
Oxímetro	SIM
Cardioscópio	SIM
Capnógrafo	
DESCRÍÇÃO	
Oxigênio Líquido	
Protocolo Líquido	



INÍCIO ANESTESIA:	08.05.2018	INÍCIO CIRURGIA:	08.05.2018	DATA:	08.05.2018
FINAL CIRURGIA:	08.05.2018	FINAL ANESTESIA:	08.05.2018	ANESTESIOLOGISTA:	Gelson de Carvalho Anestesiologista CRM/SP/1904



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 05/05/2018 13:43

FICHA DE INTERNAMENTO

Dados do Paciente

Paciente: **ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA** Registro: **128985**
Num. RG: **001909448** CPF: **008.495.594-56** Nascimento: **07/06/1980** 38 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **DAS FRONTEIRAS** N.: **87** Bairro: **NOVO SANTO ANTONIO**
Cidade: **SAO GONCALO DO AMARANTE** UF: **RN** CEP: **59290000** Fone: **84988714265**
Profissão: **MOTOBOY** Mãe: **VERA LUCIA DE OLIVEIRA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **05/05/2018 12:47** Previsão saída: **07/05/2018 11:00** Atendente: **CLAUDIAF**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **700004829312100**
Médico: **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA** CRM: **7036**

ENFERMARIA 113-A

Dados do Responsável

Responsável: _____ CPF: _____ RG: _____
Parentesco: _____

Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

Andre Giuliane de Oliveira



Observações
COM UMA FOLHA E UMA PELICULA DE RX LAUDO DO SUS MEDICO NAO GLENTE



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 05/05/2018 13:43

Dados do Paciente

Paciente: **ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA** Registro: **128985**
Num. RG: **001909448** CPF: **008.495.514-56** Nascimento: **07/06/1980** 38 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **DAS FRONTEIRAS** N: **87** Bairro: **NOVO SANTO ANTONIO**
Cidade: **SAO GONCALO DO AMARANTE** UF: **RN** CEP: **59290000** Fone: **84988714265**
Profissão: **MOTOBOY** Mãe: **VERA LUCIA DE OLIVEIRA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **05/05/2018 12:47** Previsão saída: **07/05/2018 11:00** Atendente: **CLAUDIA F**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **700004829312100**
Médico: **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA** CRM: **7036**

ENFERMARIA 113-A

Dados do Responsável

Responsável: _____ CPF: _____ RG: _____
Parentesco: _____

TERMO DE CIÉNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

- Autorizo o(a) **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA** a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: **S8557 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (CO)**
- O(A) **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA**, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
- Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto

Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciéncia e Consentimento e Responsabilização.
Preenchido pelo responsável do paciente

Assinatura: Paciente Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente, a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA - CRM 7036





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL / RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veioxmail.com.br

PROTÓCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 128985 IH: 1 Paciente: ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA

Nascimento: 07/06/1980 38 anos Internação: 05/05/2018 12:47:33 Leito: ENFERMARIA 113-A

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

08/05/2018 12:13:54 COREN - 662098 - MARIA ELIZABETE B PEREIRA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR, ACOMPANHADO DE SEU FAMILIAR E MAQUEIRO, CONSCIENTE, ORIENTADO (A), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, SIC NEGA ALERGIA, MEDICAMENTOSA, DM E HAS, FOI PUNCIONADO(A) COM CATETER VENOSO N° 18 VIABILIZANDO SF0,9% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Doença pré-existente:

Há reserva sanguínea: SIM Prótese: NÃO Jóias: NÃO Membro e lado da cirurgia: MID

Exame Laboratorial: SIM Risco Cirúrgico: SIM Raio X: PRÉ: SIM-QTD: 02

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Outros Exames:

Assinatura Responsável

Maria Elizabeth Barbosa Pereira

SRPA

08/05/2018 12:13:54 COREN - 662098 - MARIA ELIZABETE B PEREIRA

Nível consciência: CONSCIENTE

Oxigenoterapia: O2 AMBIENTE

Acesso venoso: SIM

Diurese: NÃO

Acianótico: NÃO

Pálido: NÃO

Sudorese: NÃO

Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO

Raio X de Controle:

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE POI, CONSCIENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA HVP., COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, DIURESE ESPONTÂNEA, PRECISA REALIZAR RX DE CONTROLE, ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES, SEGUE ENCAMINHADO ATÉ O LEITO ACOMPANHADO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM.

Assinatura Responsável

Maria Elizabeth Barbosa Pereira

**Hospital Memorial de Natal**

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hnmemorial@veloxmail.com.br

EVOLUÇÃO MÉDICA -**Dados do Paciente**

Paciente: ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA
Nascimento: 07/06/1980 (38 anos

Registro: 128985 Num.Internação: 1
Data Internação: 05/05/2018 12:47:33

Evolução: 05/05/2018 20:24:12

ADMISSAO

PACIENTE INTERNA-SE PARA CIRURGIA ORTOPEDICA.
NEGA QUEIXAS.

NEGA ANTECEDENTES, USO DE MEDICAÇÕES E ALERGIAS.

AO EXAME: EGB, EUPNEICO, AFEBRIL, GLASGOW 15
AR: MV + EM AHT SEM RA
ACV: RCR EM 2T BNF SEM SOPROS
ABD INOCENTE
PANTURRILHAS LIVRES

CD:
SOLICITO EXAMES LAB
SOLICITO RESERVA DE SANGUE
AGUARDA CIRURGIA

KALLINE ANDRADE CARVALHO
CRM - 6057

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tiro 59.029-4220 Natal / RN
Centro com original
Em,

REGISTRO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO

Dados do Paciente

Paciente: **ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA**

Nascimento: **07/06/1980 38 anos**

Acompanhante:

Registro: **128985** Nº Internação: **1**

Data Internação: **05/05/2018 12:47:33**

Parentesco:

PROCEDÊNCIA
PACIENTE ADMITIDO NA UNIDADE 1, PROVENIENTE DA SUA RESIDÊNCIA PARA SUBMETER A TTT CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR.
DIREITO AOS CUIDADOS DR. FABIO.

ESTADO GERAL

Consciente

Responsivo

Inconsciente

Sonorento

Corado

Cianótico

Hipocorado

Acianótico

Respiração

O2 Ambiente

Máscara de Venture

Observações:

Higiene

Observações:

Com Auxílio

Sem Auxílio

Deambulação

Observações:

Com Auxílio

Sem Auxílio

Restrito ao leito

SINAIS VITAIS

Pressão Arterial: **120/80**

Pulso: **79**

Temperatura: **36,2**

Respiração: **18**

ANAMNESE

Doenças Clínicas
O MESMO NEGA.

Uso de Medicamentos

Integridade da Pele
INTEGRA.

ACESSO VENOSO

Tipo:

Local:

Hiperemia Dor Edema Temperatura:

Tempo:

DIETA

Tipo: Oral

Sonda Nasogástrica

Sonda Nadoenteral

Aceita

Aceita Parcial

Não Aceita

Observações:

DIURESE

Sonda:

Esportâneo: SIM.

Observações Gerais:

PACIENTE EM PRE OPERATORIO DE FRATURA DE FEMUR
DIREITO, CONCIENTE E ORIENTADO O2 AMBIENTE, CONCIENTE E
ORIENTADO O2 AMBIENTE, O MESMO NEGA HAS, DM E
ALERGIA, ACEITANDO DIETA OFERECIDA, AFE RIDO SSVV, SEGUE AOS
CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Documentação e Exames:
DUAS IMAGEM DE RX

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.620-020 Natal / RN
Contrato com ação
Em,

HAZIA

05/05/2018 14:11:54

COREN - 670726

THAZIA JANIELE DOS SANTOS SILVA



Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARQUE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-6200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

O DE ENFERMAGEM - UNIDADE ENFEI

Paciente: **ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA** Registro: **128985** Nº Internação: **1**
Nascimento: **07/06/1980** 38 anos Data Internação: **05/05/2018 12:47:33** Leito: **ENFERMARIA 113-A**

OBSERVAÇÕES GERAIS

PACIENTE SAIU DE ALTA HOSPITALAR AS 10:34HRS LEVADO POR MAQUEIRO E ACOMPANHADO DE FAMILIARES.

Rafael

09/05/2018
COREN - 563892
RAFAEL AUGUSTO AVELINO

Limpeza: **CLORETO DE SODIO A 9% GAZES, 01 PAR DE LU** Tipo de Ferida: **LIMPA**

Localização: **FEMUR DISTAL**

Condições do Leito: **APRESENTANDO EXSUDATO EM GAZES**

EXSUDATO DA FERIDA

Seroso Purulento

Sanguinolento Serossanguinolento Picosanguinolento Sem Exudato

PELE - PERILESIONAL

Integra Escoriada

Final Flogísticos Descamada Alergica/Dermatite Macerada

Quantidade: **Pequeno**

Odor: **Característico**

BORDAS

Distintas Regulares Irregulares

OBSERVAÇÕES GERAIS

09/05/2018 12:04:18
COREN - 266755
MARIA DE FATIMA DE LIMA

Maria de Fátima de Lima

*HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tiro 39 324-6200 Natal / RN
Centro essa original
Em, / /*



(/)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGUR
DPVATPONTOS DE
ATENDIMENTO
(/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE
DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRENSATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT Acompanhe o Processo de Indenização

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 3180355840 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA
COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO ANDRE GUILIANE DE OLIVEIRA SILVA
CPF/CNPJ: 00849559456

Posição em 13-02-2019 12:45:01

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. [Clique aqui](https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes.aspx) (<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes.aspx>) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



Disponível na
App Store

(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



DISPONÍVEL NO
Google Play (<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

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)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

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