



Número: **0858397-92.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **18/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MATHEUS LEONARDO DA SILVA SOUTO (AUTOR)	JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)
PORTO SEGURO S/A (RÉU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
34330 523	31/10/2018 09:56	<u>01 PROCURAÇÃO</u>
34330 496	31/10/2018 09:56	<u>02 BOLETIM POLICIAL</u>
34330 462	31/10/2018 09:56	<u>03 DOCUMENTOS MEDICOS</u>
34330 438	31/10/2018 09:56	<u>03.1 DOCUMENTOS MEDICOS</u>
34330 396	31/10/2018 09:56	<u>03.2 SAMU</u>
34330 365	31/10/2018 09:56	<u>04 - PRÉVIO REQUERIMENTO ADM</u>
34330 346	31/10/2018 09:56	<u>05 - Quesitos</u>
34330 320	31/10/2018 09:56	<u>06 DOCUMENTOS PESSOAIS</u>
34330 309	31/10/2018 09:56	<u>07 DECLARAÇÃO DE POBREZA</u>
34330 292	31/10/2018 09:56	<u>08 CONTRATO</u>

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Mathews Leonardo da Silva Santo
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro
RG nº: 003 377. 495 CPF nº: Fol. 777. 924-00
Endereço: Rua Ararequara, 104
Bairro: Bacop Izuf Cidade: Natal /RN,
CEP: 59.136.350.

OUTORGADO:

JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.239, com escritório profissional à Rua Dr. Sadi Mendes 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 assecratórias 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 cirúrgico**, o que tudo dará por firme e valioso e, em especial para presente ação de cobrança do **Seguro DPVAT**.

Parnamirim/RN, 17 de Outubro de 2018

*Mathews Leonardo da Silva Santo
OUTORGANTE



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 97439

1 - LOCAL E DATA

Local Av. AGENEDITO SANTANA Bairro AMARANTE
Cidade/UF SÃO GONÇALO DO AMARANTE P. Ref. NORdestão
Data 17/10/2018 Hora do acidente 17:53 Hora do registro 20:00 Dia da semana SÁBADO

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi MYS 4630 Cidade SÃO GONÇALO DO AMARANTE UF RN
Marca/Mod. FIAT-UNO MILLE SMART Cor AZUL Ano 2000 / 2001
Proprietário MARIA LUIZA SILVA DA COSTA Nº de Ocupantes 04
Condutor ALISSON FRANCISCO DANTAS DA SILVA Data de Nasc. 22/12/1986
Endereço LUSA RUA 1257A Fone 987711290 988419451
Bairro AMARANTE Cidade SÃO GONÇALO UF _____
CPF N° 068 775 444 55 CNH N° _____ Validação / / Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi MYH 7555 Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. HONDA - CG 125 TITANES Cor AZUL Ano 2003 /
Proprietário NILTON RODRIGUES DA SILVA Nº de Ocupantes _____
Condutor MATEUS LEONARDO DA SILVA SOUTO Data de Nasc. 08/10/1999
Endereço LUSA ARARIAPUAMA N° 104 Fone 987591047
Bairro JAGOS ALUL - C.J. GRAMOLEZ Cidade NATAL UF RN
CPF N° _____ CNH N° _____ Validação / / Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

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

6 - VEÍCULO 04:

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

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? Av. BENEDITO SANTANA
Em que sentido? JACÓPO - SÃO CONCÓRCIO Em que faixa? DIREITA
Versão do condutor ALÉGA QUE TRAFEGAVA NORMALMENTE, QUANDO CHEGOU EM FRENTE
AO NORDESTÃO FAZU O VEÍCULO PARA CONVERGIR A ESQUERDA NA SUA SORTE
ANTES, QUANDO INICIOU A CONVERSÃO, VIZ SUGIU MUITO RÁPIDO SEM TIRAR COMO
EVITAR O ACIDENTE

Assinatura do Condutor do V1

Amor Francisco Souto de Silveira

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. BENEDITO SANTANA
Em que sentido? SÃO GONÇALO DO AMARANTE - JACÓPO Em que faixa? DIREITA
Versão do condutor ALÉGA QUE TRAFEGAVA NORMALMENTE, QUANDO CHEGOU EM FRENTE
AO NORDESTÃO, VIZ ENTROU DE VEZ NA SUA FRENTE, NÃO SENDO POSSIVEL
EVITAR O ACIDENTE

Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____ Em que faixa? _____
Em que sentido? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____ Em que faixa? _____
Em que sentido? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4

Até a hora da Relatório: 07/03/2018 Número da Ocorrência: 956438 Data Registro: 23/03/2018 Hora Registro: 10:38:37 Número/Controle: 4A4C7D0B4BF34260

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? Av. BENEDITO SANTANA
Em que sentido? IGAPÓ - SÃO GONÇALO Em que faixa? DIREITA
Versão do condutor ALÉGA QUE TRAFEGAVA NORMALMENTE, QUANDO CHEGOU EM FRENTE
PO NORTESTADÔ FAZU O VEÍCULO FAZER CONVERGIR A ESQUERDA NA SUA SONDA
AVANTE, QUANDO INICIOU A CONVERSÃO, VIZ SORGIU MUITO RÁPIDO SEM TER COMO
EVITAR O ACIDENTE

Assinatura do Condutor do V1 Alvaro Francisco Infunes de Silveira

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? Av. BENEDITO SANTANA
Em que sentido? SÃO GONÇALO DO AMARALTE - IGAPÓ Em que faixa? DIREITA
Versão do condutor ALÉGA QUE TRAFEGAVA NORMALMENTE, QUANDO CHEGOU EM FRENTE
AO NORTESTADÔ, VIZ ENTROU DE REZ NA SUA FRENTE, NÃO SENDO POSSIVEL
EVITAR O ACIDENTE

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

97439

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Caract./Pista	Cond./Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecedor	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input checked="" type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Aclive Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Neblina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclive Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input checked="" type="checkbox"/> Linha <u>contínua</u>
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s)
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. <u> </u> KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	
			<input type="checkbox"/> Retorno		
			<input type="checkbox"/> Entroncamento		
			<input type="checkbox"/> Bifurcação		

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

-  ÁRVORE
-  VESTÍGIOS
-  SEMÁFORO
-  PEDESTRE
-  BICICLETA OU MOTO
-  CARRO DE PEQUENO PORTO
-  CAMINHÃO OU ÔNIBUS
-  CARRETA



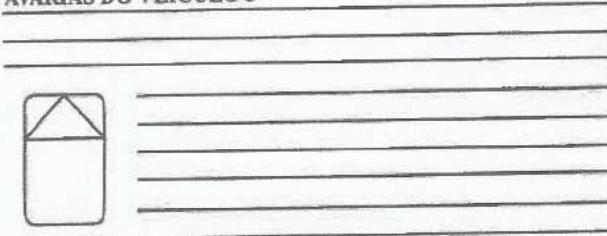
10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

PARABRAISA PARALAMA DIANT- LADO DIREITO, FRONTE DIREITO RETROVISOR LADO DIREITO, porta Lado direito

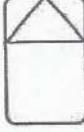


AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 2

FRENTE COMPLETA



AVARIAS DO VEÍCULO 4



II -	<input checked="" type="checkbox"/> Vítima: condutor de <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4	<input type="checkbox"/> Pedestre	<input checked="" type="checkbox"/> Testemunha
	Passageiro de <input type="checkbox"/> V1 <input checked="" type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4	Conduzido para: <u>HOSPITAL STº CATARINA</u>	Presenciou: <input checked="" type="checkbox"/> Fato <input type="checkbox"/> Registro
Nome	<u>JUANATHA AVIANDO COEVAL</u>		
RG Nº	<u>005.345.670</u>	Órgão Expedidor <u>IEP-EN</u>	Data de Nascimento <u>27/10/1991</u>
Endereço	<u>RUA OLÍMPIA</u>	Nº <u>93 A</u>	Fone <u>988260757</u>
Bairro	<u>LAGOA - AZUL</u>	Cidade <u>NATAL</u>	UF <u>RN</u>
Versão			

Assintura _____ Hora _____

12 -	<input type="checkbox"/> Vítima: condutor de <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4	<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> Testemunha
	Passageiro de <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4	Conduzido para: _____	Presenciou: <input checked="" type="checkbox"/> Fato <input type="checkbox"/> Registro
Nome	<u>EUDIL SILVA DE MEDEIROS</u>		
RG Nº	<u>002.085.963</u>	Órgão Expedidor <u>ITEP-EN</u>	Data de Nascimento <u>15/10/1981</u>
Endereço	<u>RUA STA MARIA</u>		
Bairro	<u>GOLANDIN</u>		
Versão	<u>Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE/RJ</u> <u>NEGA QUE FICOU PAVIA SE AO LADO DO PORTÃO DE ENTRADA E SAÍDA</u> <u>DO ESTACIONAMENTO DO MERCETO DURANTE VISUALIZOU QUE O CADERO CONTRA</u> <u>GIU A ESCUELA SEM QUAO DIFERENCIAIS DE PASSAGEM A MOTO, ALÉM QUE O CADERO</u> <u>IRIA PARA SENTIDO AO GOLANDIN E A MOTO SENTIDO OPPOSTO</u>		
Assinatura:	<u>Rodrigo Oliveira de Medeiros</u>		Hora _____

Assinatura: _____ **Hora:** _____

13 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: CLOVIS SALINAS

Testemunha
 Presenciou: Fato Registro

Nome MATEUS LACERDA DA SILVA SANTO
 RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 08/10/1999
 Endereço _____ Nº _____ Fone 987591077
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Vizinhos _____

Assintura _____ **Hora** _____

14 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Presenciou: Fato Registro

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

Assintura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
Nome _____ RG Nº _____ 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

* CONJUGOR DE VL NÃO APRESENTOU A CNH, INFORMOU QUE HAVIA SIDO EXTRAVADA NA MÁQUINA DE LAVAR, POIS O MESMO HAVIA ESQUECIDO A MESMA NO BOLSO DE UMA BERMUDA. O VÉHICULO FOI ENTREGUE A MONIQUE MAGNA SILVA DA COSTA - CNH 048337932110 CAT 49
* CONJUGOR DE VZ NÃO POSSUI CNH NAO PORTAVA DOCUMENTOS PESSOAIS O NOME DE MATEUS FOI DADO PELO PROPRIETÁRIO, O MESMO ALEGOU NÃO TER CONDIÇÕES DE ASSINAR A VERSAL.
* A MOTO FOI ENTREGUE A RICARDO ALEXANDRE XAVIER, CPF 02318472967
CONTATO = 388233620

Name Completo do Agente: MAXWELL FERNANDES

Nome Completo do Agente: J. M. WILSON RG: 100000000000000000
POSTO/GRAD.: 3º SGT PM N° 84093 Viatura DRE 150

Local e Data SÁO GONÇALO 17 de 03 de 2018

Subunit: alpha



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 12730 /2018

Admissão: 17/03/2018 19:44:29

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **65891 - MATHEUS LEONARDO DA SILVA SOUTO (18 a 6 m 9 d)**

Nascimento: 08/09/1999 Natural: NATAL.BRASIL

Sexo: M Cor: SEM
INFORMACAO

CNS: 703004863092074

CPF:

Prof:

Mãe: CELIA MARIA DA SILVA SOUTO

Pai:

Logradouro: ARARAQUARA, 104

Cidade: NATAL

CEP: 59136350

Bairro: LAGOA AZUL

Telefone: 84.987591077

Compl:

Motivo: CARRO X MOTO

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 17/03/2018 19:42:25

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
90 X 60		97%			88	88		15	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: ac moto/frat exposta mid

Hora: 19:55

Paciente vítima de colisão carro x moto há 2h. Deu entrada no serviço trazido pelo SAMU. Refere dor em L.I.D. Usava capacete. Nega uso de bebida alcoólica. Nega cefaleia, náuseas, vômitos, perda de consciência, dor abdominal e dor torácica.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A: Umas areias péruas, sem cervicalgia

B: evit, simétrico, sem RA. Eupneico.

C: PA: 90x60 mmHg, pulsos amplos.

D: Glasgow 15

E: Fratura exposta em L.I.D. Ferimento contuso em sombra lateral, céu esquerdo.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome flácido e indolor à palpação

Pele estéril

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Poli trauma

ENFERMAGA

*Gerado via SX por CLAUDIA LUCIANA CAVALCANTI DE FRANCA. Impresso em 17 de Março de 2018.

17/03/2018 19:44:29

Assinatura: CLAUDIO LUCIANA CAVALCANTI DE FRANCA

Número do documento: 18103109521693900000033188877

Num. 34330462 - Pág. 1

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO URGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 2561 /2018

Prontuário: 1169388

dia 26/03/2018

Paciente: 65891 - MATHEUS LEONARDO DA SILVA SOUTO

Cartão SUS: 703004863092074

CPF:

Idade: 18 anos 6 meses 9 dias

Sexo: M

Etnia: SEM
INFORMACAO

Dt Nasc: 08/09/1999

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: CELIA MARIA DA SILVA SOUTO

Nome do pai:

Rua/Av: ARARAQUARA

Nº: 104

Complemento:

CEP: 59136350

Cidade: NATAL

Telefone: 84 987591077 84 987591077

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1041

Especialidade: ORTOPEDICA

Bairro: LAGOA AZUL

Responsável: MATHEUS LEONARDO DA SILVA SOUTO -

Usuário: CLAUDIA LUCIANA CAVALCANTI DE FRANCA

Admissão: 17/03/2018 21:34:01 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.2 - FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

408050500 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

Atividade profissional de atletas

do probable risco de fraturas patelar

Natal 17/03/2018

Ao cl.



NATAL, 17 de Março de 2018.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

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

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Cláudia Sampaio

Name:	JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES	
Serviço:	ORTOPEDIA	
	Nº Registro:	
	Idade:	
	Leito:	
DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR	
18/05	FERREIRA DIR + CIR + ORTOPEDIA TENDÃO PATELA	
	FETO CIR PERA ORTOPEDIA	
	Fratura TENDÃO TRANSOPERADA	
	PAC AC MIR	
19/05	Maior dor	
	Marconi M. Brandão Ortopedia CRM 3642	
	CONFERE COM ORIGINAL IMATL. 131018 IMAT N° SAME ASSINATURA INVOCADA CARTA DE REFERENCIA	

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ALGORITMO PI SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1- AVALIE A RESPONSIVIDADE DA VÍTIMA. 2- PECA AJUDA A OUTRA PESSOA A LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAL. 3- AGARRA VIA AEREA, 4- AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR). 5- SE APENAS 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA VALVA, MÁSCARA), 6- AVALIE PULSO CAROTÍDEO OU FEMURAL (BRANGUIL EN LACTENTE), 7- SE PULSO SÓ AUSENTE, INICIE COMPRESSÕES TORACICAS, 100MIN IMPORÇÃO 30:2 ATÉ A CHEGADA DO DEA (ANALISE O RITMO, 9- RITMO CHOCÁVEL APlique TROMBO 360/200, P/DEA BIFÁSICO, REINICIE RCP, 10- RITMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP 30:2, 11- AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS, 12- PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADO ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MERA, 13- COLOCAR A VÍTIMA EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: 13 MF

ANAMNESE

Moto x carro

EXAME FÍSICO

EEG, EUPLETICO, UOL, ORIENTADO, MUNICIPALIZADO, HIDRATADO, FUG EM SUPERCURO (E)

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

- (1) ANAHESIA G. R. F. S.
- (2) ANTIBIOTICO IMPLANTES
- (3) SUTURA
- (4) CURATIVO
- (5) DFLA DA BHF, ORIENTACAO
- (6) SAT.

Kerlison Paulino de Oliveira
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
Implantes Osseointegrados
CRO/RN - 2273

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

observar Vagabundo
isolamento e sítio
desperdício
etc max

CONFERE COM ORIGINAL
MAT. 13107114
MAT. N°
SAME

ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Aberura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente	5
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 corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, onde está, etc, o porquê, a data e etc.)	5
Confuso: (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas [fala estritória, mas sem troca conversacional]	3
Gons Ininteligíveis. [Gemendo sem articular palavras.]	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MMR)	
Obedece a ordens verbais. [Faz coisas simples quando lhe é ordenado.]	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica à dor. [Decorticação].	4
Padrão fixo à dor [Decorticação].	3
Padrão extensor à dor [Desdescrtação].	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 RESPIRATORIA	10 - 290 = 4 > 290 = 3 6 - 90 = 2 1 - 50 = 1 00 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTOLICA	> 90 = 4 76-90 = 3 50-70 = 2 00 = 0

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

03 - 08=grave (necessidade de intubação imediata);
09- 3= moderado;
14-15=leve

* Referência: TEASDALE G., JENNET, B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84.

* A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. No Escala Qualitative solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com as seguintes aditivas:

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

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



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA

3515168

5- PACIENTE

MATHEUS LEONARDO DA SILVA SOUTO

6- NÚMERO DO PRONTO-SI

160127

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

703 0048 6309 2074

8- DATA DE NASCIMENTO

08/08/1999

9- SEXO

MASCULINO

10- RACA-EST

PARDA

11- NOME DA MÃE

CELIA MARIA DA SILVA SOUTO

12- FONE DE CONTATO

987357366

13- NOME DO RESPONSÁVEL

CELIA MARIA DA SILVA SOUTO

14- FONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

RUA ARARAQUARA, 104

16- MUNICÍPIO

NATAL

17- BAIRRO

GRAMORE

18- UF

RN

19- CEP

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Justificativa de Internação

Do fone de dona celia maria + impotencia sexual

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

O paciente é dona celia maria

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND

26- CID 10 CAUSA ASPELADA

Pronto fone de dona celia maria + impotencia sexual

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento de dona celia maria

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

On Topografia

30- CARÁTER DA INTERNACAO

31- DOCUMENTO

32- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Liliane Neves M D

() CNS () CPF

35- ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- N.º DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOB

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Autorização

47- CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52- N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO

48- DOCUMENTO

49- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

CONFERE COM ORIGINAL

Servidor

132397



Hospital

Nome do paciente		Matheus Leandro.		Nº prontuário
Data operação	29.03.18	Enf.	Leito	
Operador	Dr. Osvaldo	1º auxiliar	Dr. Fábio Ribeiro	
2º auxiliar		3º auxiliar		Instrumentador
Anestesista	Dr. Adlei	Tipo de anestesia		
Magnóstico pré-operatório	Fractura de plato fibular (D) + fractura de fêmur distal.			
Magnóstico pós-operatório	Fractura emplastrada plato fibular e fêmur distal.			

Relatório imediato do patologista

Relatório radiológico no ato
dente durante a operação

CONFERE COM ORIGINAL

S. J. 20:

15/23/96/1

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

- 1) Fazendo um desaberto clássico sob roguim.
- 2) Garrote em M (D)
- 3) Foco em rgs antero-medial da fibra proximal.
- 4) Colisão de placa DCP 4,5 em estante de 10 furos.
- 5) Fractura de 02 parafusos expostos + 04 parafusos escondidos.
- 6) Ligação avascular + fixação pt platos.
- 7) Injeção de fêmur lateral da cinta (D)
- 8) Dissecção por platos.
- 9) Reduz cinta para fêmur distal
- 10) Fixação de placa de 4,5 em laje de 12 furos
- 11) Fixação de 08 parafusos corticais
- 12) Ligação avascular de 5f a 0,5x
- 13) Sutura pt platos.
- 14) Curativo

DR. JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES
TJRN/RN
13/03/2018



~~LICENCIADO COM ORIGINAL
SER. N.º 15239~~

ALERGIA A DIPRONEA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Matheus Henrique da Silva Jairo Idade: 18 Anos
 Pront.: 160122 Município: Maracá Procedência: () Interno () Externo
 Data da cirurgia: 29/03/17 Hora Admissão: Bloco: 18:00 Sala: _____ Hora Saída: _____
 Alergias: () Não () Sim Dipronea Comorbidades: (/) H/S (/) DM (/) Outras _____
 Uso de medicações: () Não () Sim _____ Jejum: () Não () Sim _____
 SSVV Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm Fl: rpm FC: bpm SpO₂: % T: °C

Enfermeiro(a): Tatiane Instrumentado (a): Olho Circulante: Glávia C + fêmoro

Cirurgia: _____ Cirúrgico fixado p/olho direito especialidade: _____ Sala: 03
 Hora Início: 09:42 Hora Término: _____ Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
 Cirurgião: Dr. Leônio Aux.: Dr. Envaldo Residente: _____

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: _____ () Bloqueio () Raquidiana Ag.nº 25 () Peridural () Cateter Ag.nº _____ Cateter nº: _____ Início: _____ Garrote: () Smarch () Pneumático Início: 09:50 Término: 10:40
 Anestesiologista: Dr. Adilson

EUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
Consciente	Normocorada	Normotensão	Jelco m50	EKG
Letárgico	Hipocorada	Hipotensão	Acesso V. Central	Oximetro
Coma	Cianótica	Hipertensão	Cat. Diálise	Respirat.
Orientado	Ictérica	Normocárdico	Fístula	EEG
Desorientado	Desidratada	Bradicardia	Arteriovenosa	Estimul. Neurol.
Sedado	Integra	Taquicardia	SNG	Pacifusor
Ansioso	C/lesões	Choque	SVD	BEC
Deambula	Sudorese	Normoesfígmeno	Colostomia	Defibrillador
t/dificuldade	Cicatriz cirúrgica	Eupnéia	Cistostomia	
Acamado	Higiene Satisfatória	Dispnéia	Dreno:	
Paraplégico	Higiene deficiente	Dispositivo O ₂	Aparelho gessado	
Tetraplégico	Manchas		Tracão	
Amputações	S/Tricotomia		Teles	

PAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
93,95	95	100+		Bpm
91	94	106		Bpm
98%	99%	98%		%
anografia				%
103065	133263	133269		mmHg

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
Dorsal	Cabeça	Anatômicos
Ventral	Pescoço	Abduzidos
Lateral	Tórax	Fletidos
Litotômica	Lombar	MMII
Trendlemburg		Anatômicos
Canivete		ASOCIAÇÃO
Proclive		Pláticos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
() Sim () Não () Metal () Descartável		
Local:		
DEGERMAÇÃO		
() Sim () Não		TRICOTOMIA
Local:	Solução Ácida - B-	Locais

IMPLANTE CIRÚRGICO		
Drenos:		
Teia:		
Cateter:		
Ostomia:		
Fio de KC:		
Placa - Tipo:	15 estudo de fls	14 plástico
Outros:	4,5 larga 12 mms	

ASPECTOS DO MATERIAIS E CO		
Caixa cirúrgica:	20x20x45	
300018 Contagem:	1000	

64-84-98+35-7



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 72

NOME: Mathews Leonardo da Silva Souto
 IDADE: 08/09/1999 COR: M SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro
 NATURALIDADE: Natal - RN PROFISSÃO: estudante PROcedência: Ex-estudante
 ENDEREÇO: Rua - Aracaju 7109 BAIRRO: Guanabara
 CIDADE: Natal - RN DATA: 26/03/2018 HORA: 21:16

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	COM DISPNEIA <input type="checkbox"/>	CHOCADO <input type="checkbox"/>	COMATOSO <input type="checkbox"/>
C/ HEMORRAGIA <input type="checkbox"/>	EM CONVULSÃO <input type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO <input type="checkbox"/>	AGITADO <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	
UPLAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL

SCORE FINAL (SCORE DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
-------	------------	-------	------

STÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

D.S *JJ Góis* *D.R.*
- Den na

EXAME FÍSICO

CONFERE COM ORIGINAL

servidor

152396-1

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

TEMP.	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fran Den na + Cefal



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

ENFERMARIA N°	LEITO	PRONTUÁRIO		
DATA	HORA	CATEGORIA	160127	
26/03/2018	21:59		GIH	
PACIENTE				
MATHEUS LEONARDO DA SILVA SOUTO				DATA DE NASCIMENTO
ESTADO CIVIL				08/09/1999
SOLTEIRO				
ENDEREÇO (RUA, N°)				PROFISSAO
RUA ARARAQUARA, 104				ESTUDANTE
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF	CEP	
NATAL	GRAMORE	RN		
LOCAL DE TRABALHO				TELEFONE
FILIAÇÃO				
CELIA MARIA DA SILVA SOUTO				NAO DECLARADO
RESPONSÁVEL				
CELIA MARIA DA SILVA SOUTO				TELEFONE
ENDEREÇO				987357366
DIAGNOSTICO PROVISÓRIO				
DIAGNOSTICO DEFINITIVO				

DATA DE ADMISSÃO 26-03-18

ALTA 01-04-18

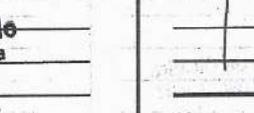
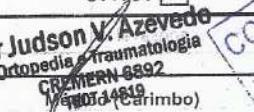
SETO

HISTÓRIA CLÍNICA

CONFERE COM ORIGINAL

Servidor

152396-7

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:		ORTOPEDIA	
ANAMNESE		<p>Acidente motociclistico iniciado no ombro direito com artralgia geral e liberação parcial do ombro direito. Devido à fratura exposta do Tíbia D.</p>	
EXAME FÍSICO		<p>Reumatismo em região anterior do Tíbia Proximal D) e Soprovento direito 1 cm</p>	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA		<p>Frat. exposta de Tíbia + (BAIÃO D) Fractura</p>	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***		LABORATÓRIO DARECAN	
		OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
<p>- I ferrovias - Ao canto encurvado para controle da dor</p>		<p>17/03/18 26/03 22/04</p>	
<p>Dr Judson V. Azevedo Ortopedia e Traumatologia CREMERN 6892 MOT 4819</p>		 <p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p>	
			
DESTINO DO PACIENTE: Internado		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: ORTOPEDIA		DATA: 17/03/18 HORA:	
SAÍDA:		DATA: / / HORA:	
Decisão Médica <input type="checkbox"/> Á Revelia <input type="checkbox"/>		Transferido para:	
ÓBITO:		DATA: / / HORA:	
Entregue à família		com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	
			
<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"/> Á Revelia <input type="checkbox"/>		Transferido para:	
ÓBITO:		DATA: / / HORA:	
Entregue à família		com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	

DESTACAR

**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: *R. A. F. NEVES**GEORGINA STYLIA SOUZA*
Reg. N° *1169388*Diagnóstico pré-operatório: *Fixar Frp Perna + Costão Pernas Paresca*Indicação terapêutica: *Linfadenectomia Cervical* Urgência () Eletiva ()*& Fixação Perna***INTERVENÇÃO**

Data: Início: Término: Duração:

Operador: *Pereira* CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Descoleta + Anticoag.
Descolada incisão mediana Perna RP
Cirurgia fechada
Oferminante
Fixação em Perna Transoperatório
FECHAMENTO PERNAS
OPERATÓRIO

vianon, v. branca
cropele
CRM 3642

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 12/10/18
IMAT. N° SAME

INSTITUTO
JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES
CRM 3642

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

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 Walfrido 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>Mathews Leonardo da Silva</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO
	9 - SEXO <i>M</i>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	MASCULINO 1 FEMININO 2

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>Acidente Moto-estático com fratura exposta da Tibia D.</i>

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessidade de Tratamento cirúrgico</i>
--

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Exame Físico + Rx</i>	20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Trot. da Tibia</i>	21 - CID INICIAL <i>5822</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
--	---	---------------------------------	---------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Intervento cirúrgico de fratura da fibula</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>040805050-0</i>	26 - LEITO / CLÍNICA <i>Ortopédio</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>Cirúrgica</i>	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Judson Willmario da Cunha</i>
				29 - DT SOLICITAÇÃO <i>17/03/18</i>

30 - CNS / CPF
044419109481

31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
Dr Judson V. Azevedo Dr Judson V. Azevedo
 Ortopedia e Traumatologia Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RN 14819 CRM-RN 14819
 CREMERN 6892

32 - () ACIDENTE DE TRANSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUSEDI 14819
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 - CONFERENCIA 13/03/18	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL			
42 - CID SECUNDÁRIO			

43 - () GRAVE 44 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

45 - 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)	

Enviado para o CRM-RN
 CRM-RN 14819

010.019.107.13

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=1810310951398230000033188854

Número do documento: 1810310951398230000033188854

Num. 34330438 - Pág. 3

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS): Dipirona

M (MEDICAÇÃO EM USO): Negativa

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): Negativa

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL): Desvacinado.

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

Raios - x de coxa, e perna e joelho
AP e Perfil direitos.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

~~Fratura em Tiba A.~~

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

① UAT - 01.03.18 8:30h AD
② Voltarem 75 mg Olhos 1M. 20:10

Dra. Ana Cecília Matias
MÉDICA
CRM-RN 9164

ALTA DA CIRURGIA GOSTA

Dr. Lúcio Vale Pereira
Cirurgia Geral
CRM/RN 4209

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

8:30h o paciente informou que o paciente tomou a vacina da infância, que tem certos de vacina, foi orientado a procurar VRS p/ conferir o esquema vacinal

CONFERE COM ORIGINAIS

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: BMT

HORA: 20:30h

DATA: 17/03/18

ESPECIALISTA 2: DR. LÚCIO PEREIRA

HORA: 20:30h

DATA: 17/03/18

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

MÉDICO (CARIMBO)

O preenchimento do boletim de atendimento produz uma rede de saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e protege o profissional de saúde, contribua para a melhoria da assistência no HMWG.



Ato Declaratório

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 RN



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que foi encontrada a ocorrência de Nº 42956/1 referente ao paciente **MATHEUS LEONARDO DA SILVA SOLTO** 18 anos, atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 17/03/2018 em São Gonçalo do Amarante/RN. Vítima colisão carro/moto. Conforme ficha anexa.

Natal, 10 de maio de 2018.


Sabrina Cavalcante de Macedo
Coordenadora da Regulação Médica SAMU 192 RN
Matrícula: 195.864-0

SAMU 192 RN
END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 – BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545
FONE: 84 3209-5321

10/05/2018

10.19.91.2/SSORN/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=42956&Digito=1&ReadOnly=1

42956/1

Data: 17/03/2018

CHAMADO

TARM: ELYKLÊNYA PATRÍCIA DE CARVALHO PEREIRA PAIVA

Médico Regulação: LUIS FELIPE REVOREDO ANTUNES DE MELO

Rádio Operador: LUCIANO FERREIRA BARBALHO

Médico Cena: CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 47 (JOÃO CÂMARA)

Equipe VTR: ANDERSON PEREIRA DA SILVA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE
EMERGÊNCIA
HERLON PACHECO DE MEDEIROS - TECNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MEDICA	TROTE	INFORMAÇÃO	ENGANO	QUEDA DA LIGAÇÃO	CONTATO COM EQUIPE SAMU	TRANSF./INTERNAÇÃO
---------------------	-------	------------	--------	---------------------	----------------------------	--------------------

Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE

Nome do Solicitante: HELDER

Telefone: (84) 99702-8392

Nome do Paciente:

MATHEUS LEONARDO DA SILVA SOLTO

Idade: *

18

NÃO INFORMADO

Sexo: *

MASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: Longitude:

Endereço: AV BENEDITO SANTANA

Nº: VP

Bairro:

Outro Bairro: AMARANTE

Referência/Complemento: PX A SKISITA//PX AO NORDESTÃO

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Observações Rádio Operador: ENVIADA A USB 47 SAINDO DA BASE MACAIBA PASSADA A OC PARA O TEC. ENFA THIAGO OLIVEIRA DR CECILIA RECEBE O PACIENTE NO CLÓVIS SARINHO

Queixa Primária: ACIDENTE CARRO X MOTO

Quem Solicitou:

Distância do paciente:

Local:

Histórico Regulação Médica:

17/03/2018 17:51:01 - Dr(a). LUIS FELIPE REVOREDO ANTUNES DE MELO

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: INFORMA COLISÃO CARROXMOTO. 01 VITIMA - MOTOCICLISTA. CONSCIENTE. VERBALIZANDO. SEM SANGRAMENTO IMPORTANTE.

DEFORMIDADE EM MIE. ORIENTO NAO MOBILIZAR PACIENTE. SINALIZAR VIA.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 17/03/2018 17:56:48 Usuário: (RÁDIO OPERADOR) FRANCISCO DE SALES RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR
Observação: Controle de frota: ENVIADA A USB 47 SAINDO DA BASE MACAIBA

Data: 17/03/2018 18:12:57 Usuário: (RÁDIO OPERADOR) FRANCISCO DE SALES RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR
Observação: Controle de frota: ENVIADA A USB 47 SAINDO DA BASE MACAIBA PASSADA A OC PARA O TEC. ENFA THIAGO OLIVEIRA

Data: 17/03/2018 19:22:40 Usuário: (TARM) THALYTA MIRELLI DE OLIVEIRA ALVES COSTA
Observação: INFORMO A DR CALIANDRE NO POLITRAUMA DO PSCS - 3232-7576

Data: 17/03/2018 19:59:32 Usuário: (RÁDIO OPERADOR) LUCIANO FERREIRA BARBALHO
Observação: Controle de frota: ENVIADA A USB 47 SAINDO DA BASE MACAIBA PASSADA A OC PARA O TEC. ENFA THIAGO OLIVEIRA DR CECILIA RECEBE O PACIENTE NO CLÓVIS SARINHO

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado: 17/03/2018 17:47:34	Regulação Médica: 17/03/2018 17:51:01	Solicitação VTR: 17/03/2018 17:53:34	Saída VTR: 17/03/2018 17:58:56	Chegada Local: 17/03/2018 18:10:00
Saída Local: 17/03/2018 19:23:00	Chegada Destino: 17/03/2018 19:45:00	Liberação Destino: 17/03/2018 19:58:42	Liberação VTR: 17/03/2018 19:58:44	

10/05/2018

10.19.91.2/SSORN/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=42956&Digito=1&ReadOnly=1

CONDUTA

Remoção

Conduta Médico Regulador:

17/03/2018 19:19:57 - CLÁUDIO AUGUSTO CÂMARA DE MACEDO
PROTÓCOLO DE TRAUMA + AP COM RINGER LACTATO + IMOBILIZAÇÃO DE MMID

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL (NP) - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGE ▼

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Motivo da entrada:

▼

Ass:

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE -- ▼

H. ligação ao serv prop.:

: □

Vaga Zero

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

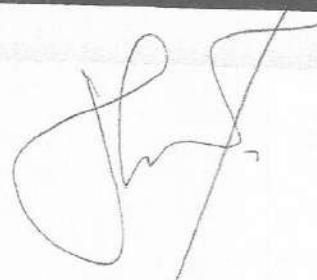
Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

Sim Não

Sim Não

VIOLENCIA A VULNERAVEIS?



SINISTRO 3180327621 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MATHEUS LEONARDO DA SILVA SOUTO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO MATHEUS LEONARDO DA SILVA SOUTO
CPF/CNPJ: 70177792400

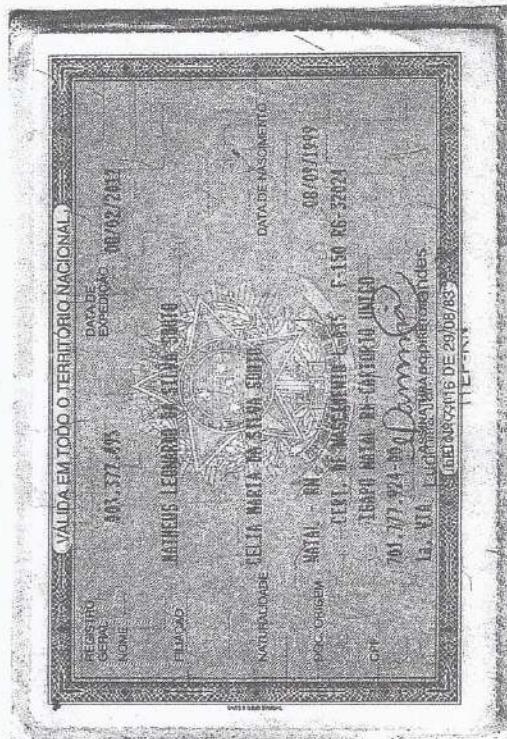
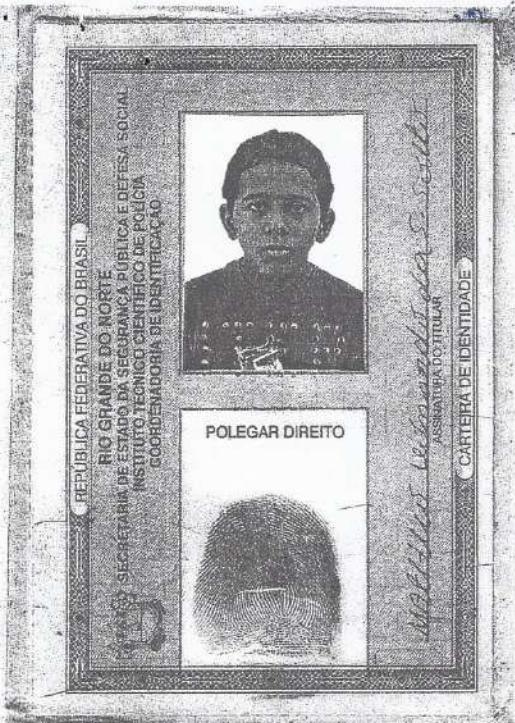
Posição em 28-09-2018 09:52:33

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
31/08/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

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 10.436, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Menezes, 150, Bairro, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.198/0001-81 | Insc. Est. 20955199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO BEZERRA SOUTO

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ARARAQUARA 104

CPF: 108.523.104-63

LAGOA AZUL/AREA URBANA.

CLASSIFICAÇÃO

NATAL RN

59136-350

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO

MÊS ANO

0160743018

06/2017

DATA DE VENCIMENTO

DATA PREVISTA PARA LEITURA

05/07/2017

26/07/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

134,44

Nº DA NOTA FISCAL: 00129700
SÉRIE: UNICA
EMISSÃO: 26/06/2017
APRESENTAÇÃO: 28/06/2017
Nº DO CLIENTE: 3000012448
Nº DA INSTALAÇÃO: 749874

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	145.0000000	0,56505984	82,04
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,09
Contribuição Iluminação Pública			9,21
Refrigeração de Urgência			37,26
Multa por atraso-NF 001251313 - 25/05/17			1,71
Multa por atraso-NF 001198047 - 25/04/17			2,04
Juros por atraso-NF 001198047 - 25/04/17			0,88
Juros por atraso-NF 001251313 - 25/05/17			0,11

TOTAL DA FATURA:

134,44

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
2130607244	CAT	01/06/2017	7.179,00	30/06/2017	7.324,00	25	1.00000
2130607244	CAT	25/05/2017	7.179,00	01/06/2017	7.179,00	7	1.00000

DETALHAMENTO DE CONSUMO:

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS:

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO:

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Mathew Leonards da Silva Souto, brasileiro(a), portador(a) do RG nº 003 377 495, inscrito(a) no CPF sob o nº 403.777.924.00, residente e domiciliado à Rua Rua Amraquara, nº 54, bairro Azul, Parelho/RN, CEP 59.130.350, 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, 17 de Outubro de 2018.

X MATHEUS LEONARDS DA SILVA SOUTO

Declarante

LEI N° 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e das outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. . 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homônima 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: Matthew Leonardo da Silva Santo
brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 003377495, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 703.777.924-00,
residente e domiciliado(a) a Rua Antônio Viana, ¹⁰⁴
bairro Azul - Natal/RN, CEP 59136-350.

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, Parnamirim/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 responsáveis 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 Parnamirim/RN.

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

Parnamirim/RN, 19 de Setembro de 2018

Matthew Leonardo da Silva
CONTRATANTE


JOÃO ROBERTO F. DAS NEVES

Testemunha

Francisco Oliveira da Silva Filho

CPF: 923.980.303-34

Testemunha

Jeanne Costa Fernandes

CPF: 095.492.554-84