



Número: **0813721-25.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **25ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

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
LILIANO ROBERTO DA SILVA (AUTOR)	JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)
PORTO SEGURO S/A (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
41675092	09/04/2019 08:44	Petição Inicial	Petição Inicial
41675130	09/04/2019 08:44	01 PROCURAÇÃO	Procuração
41675220	09/04/2019 08:44	02 BOLETIM POLICIAL	Documento de Comprovação
41675231	09/04/2019 08:44	03.1 DOCUMENTOS MÉDICOS	Documento de Comprovação
41675242	09/04/2019 08:44	03.2 DOCUMENTOS MÉDICOS	Documento de Comprovação
41675248	09/04/2019 08:44	03.3 DOCUMENTOS MÉDICOS	Documento de Comprovação
41675256	09/04/2019 08:44	03.4 DOCUMENTOS MÉDICOS	Documento de Comprovação
41675260	09/04/2019 08:44	03.5 DOCUMENTOS MÉDICOS	Documento de Comprovação
41675265	09/04/2019 08:44	03.6 DOCUMENTOS MÉDICOS	Documento de Comprovação
41675275	09/04/2019 08:44	03.7 DOCUMENTOS MÉDICOS	Documento de Comprovação
41675281	09/04/2019 08:44	03.8 DOCUMENTOS MÉDICOS	Documento de Comprovação
41675316	09/04/2019 08:44	04 PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO	Documento de Comprovação
41675318	09/04/2019 08:44	05 QUESITOS	Outros documentos
41675332	09/04/2019 08:44	06 DOCUMENTOS PESSOAIS	Documento de Identificação
41675338	09/04/2019 08:44	07 DECLARAÇÃO DE POBREZA	Documento de Comprovação
41675342	09/04/2019 08:44	08 CONTRATO DE HONORÁRIOS	Documento de Comprovação

SEGUE PETIÇÕES E DOCUMENTOS.

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Liliano Roberto da Silva
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro
RG nº: 003.221.424 CPF nº: 703.387.127-45
Endereço: Rua Cicero Fernandes Pimenta
Bairro: Monte Castelo Cidade: Parnamirim /RN,
CEP: 59146-190.

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: jrfeves@outlook.com.

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

Parnamirim/RN, 14 de junho de 2018

LILIANO ROBERTO DA SILVA

OUTORGANTE



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18006439B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA: BARROS/1070821		DATA/HORA: 27/01/2018 20:50
Na Rodovia		
MUNICÍPIO/UF: NATAL/RN		
BR: 101	KM: 94.5	SENTIDO: Decrescente
DESCRIPTIVO DO LOCAL:		

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA: Plena Noite	CONDIÇÃO METEOROLÓGICA: Céu Claro	
TIPO DE VIA: Principal	TIPO DE PISTA: Dupla	CONDIÇÃO DE PISTA: Seca
TIPO DE PAVIMENTO: Asfalto	ESTRUTURA VIÁRIA: Declive	
LOCALIDADE URBANIZADA: Sim	EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO: Não	EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL: Sim

IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO CRESCENTE



IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO DECRESCENTE



IMAGEM DO LOCAL



AUXÍLIO DE OUTRO ÓRGÃO:

SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO AUXÍLIO:

SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

O acidente gerou o TCO N 02/2018 na delegacia de Plantão da Polícia Civil em desfavor de: LUCAS GABRIEL NÓBREGA DA FONSECA, LEANDRO VITOR BOTELHO COSTA, JOÃO PAULO FARIAS DE LIMA e ARTHUR GABRIEL DA SILVA SENA, pois segundo testemunhas arroladas no TCO a vítima estava fugindo do grupo que tentava agredi-la, e que por isso correu em direção a BR 101, tendo sido atropelada. O TCO foi conduzido pelo PM Everson Cavalcante de Brito, cuja viatura efetuou a prisão dos 04 indivíduos.

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF BARROS, MATRÍCULA 1070821

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 04/02/2018 15:35

NÚMERO DE CONTROLE: 9A6F6F710DAC2F1AA850E52AB17324

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 1 de 7



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18006439B01

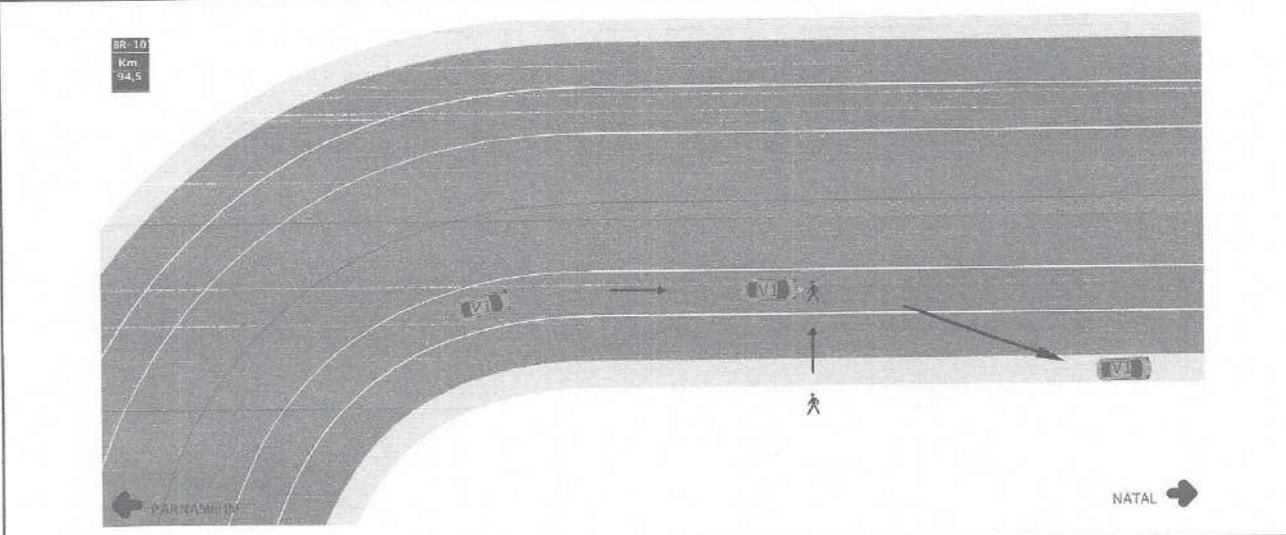
STATUS:
Encerrado

DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Atropelamento de Pedestre	

Croqui



Narrativa

Segundo levantamento feito no local, V1 seguia reto a frente quando o pedestre adentrou a rodovia, tentando fugir de pessoas que o estavam perseguindo, dando causa ao atropelamento.

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF BARROS, MATRÍCULA 1070821

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 04/02/2018 15:35

NÚMERO DE CONTROLE: 9A6F6F710DAC2F1AA850E52AB17324

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 2 de 7



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18006439B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V1	PLACA: QGO0904	MARCA/MODELO: HYUNDAI/HB20 1.0M COMFOR	ANO FABRICAÇÃO: 2017
SITUAÇÃO: Tracionador	RENAVAM: 01121133042	TIPO DE VEICULO: Automóvel	PAIS: BRASIL
CHASSI: 9BHBG51CAHP778718	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	
ESPECIE: Passageiro			
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: Veículo apresentou danos no capô e no para-brisa dianteiro, conforme as fotos em anexo.			
NOME DO PROPRIETÁRIO: ARNALDO CIPRIANO DE MEDEIROS JUNIOR		CPF/CNPJ: 063.115.784-09	
Dados de Endereço			
LOGRADOURO: R PADRE JOAO DAMASCENO			NUMERO: 2040
COMPLEMENTO: AP 302		BAIRRO:	
MUNICIPIO/UF: NATAL/RN			
TELEFONE: 999957967		EMAIL:	
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF BARROS, MATRÍCULA 1070821

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 04/02/2018 15:35

NÚMERO DE CONTROLE: 9A6F6F710DAC2F1AA850E52AB17324

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 3 de 7



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18006439B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / QGO0904 / HYUNDAI/HB20 1.0M COMFOR		ENVOLVIMENTO: Condutor/ PROPRIETÁRIO
NOME: ARNALDO CIPRIANO DE MEDEIROS JUNIOR	CPF: 063.115.784-09	DATA DE NASCIMENTO: 04/12/1989
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Solteiro(a)	NOME DA MÃE: MARCIA MARIA RODRIGUES DE MEDEIROS	
Dados de Endereço		NÚMERO: 2040
LOGRADOURO: R PADRE JOAO DAMASCENO	BAIRRO: LAGOA NOVA	
COMPLEMENTO: AP302		
MUNICÍPIO/UF: NATAL/RN		
TELEFONE: 084999957967	EMAIL:	
Dados da Habilitação		
HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAIS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: B
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 04586737310	UF: RN
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 13/03/2009	VALIDADE DA CNH: 19/12/2018	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 99		
Circunstâncias		
ESTADO FÍSICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Sim	
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Sim	RESULTADO DO TESTE: 0.0 mg/L	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:		

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF BARROS, MATRÍCULA 1070821

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 04/02/2018 15:35

NÚMERO DE CONTROLE: 9A6F6F710DAC2F1AA850E52AB17324

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 4 de 7



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18006439B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:		ENVOLVIMENTO: Pedestre
NOME: LILIANO ROBERTO DA SILVA	CPF:	DATA DE NASCIMENTO: 01/01/1984
Nº DE IDENTIFICAÇÃO: 00000	ÓRGÃO EXPEDIDOR: rn	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:	

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NÚMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF:	
TELEFONE:	EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Lesões Graves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA:	
USAVA CAPACETE:	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Não	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: Vítima em estado grave.		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	

Encaminhamento

MOTIVO: Socorro médico	TIPO DE RECEPTOR: Hospital ou clínica
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO: Hospital Clóvis Sarinho	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:	

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF BARROS, MATRÍCULA 1070821

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 04/02/2018 15:35

NÚMERO DE CONTROLE: 9A6F6F710DAC2F1AA850E52AB17324

Página 5 de 7

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18006439B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / QGO904 / HYUNDAI/HB20 1.0M COMFOR

NÚMERO DO BAT:

18006439B01

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

BARROS/1070821

DATA/HORA:

27/01/2018 20:50

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Painel corta-fogo		X	
2	Longarina dianteira esquerda		X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X	
4	Estrutura da soleira esquerda		X	
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X	
8	Estrutura da coluna central esquerda		X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho portamalás ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
17	Estrutura da soleira direita		X	
18	Estrutura da coluna central direita		X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X	
22	Longarina dianteira direita		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

0

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF BARROS, MATRÍCULA 1070821

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 04/02/2018 15:35

NÚMERO DE CONTROLE: 9A6F6F710DAC2F1AA850E52AB17324

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 6 de 7



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18006439B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V1)

IMAGEM DA TRASEIRA (V1)



Sem Imagem



Sem Imagem

IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)

IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)



Sem Imagem



Sem Imagem

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF BARROS, MATRÍCULA 1070821

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 04/02/2018 15:35

NÚMERO DE CONTROLE: 9A6F6F710DAC2F1AA850E52AB17324

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 7 de 7



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 4330 /2018
Admissão: 27/01/2018 22:22:32

CIRURGIA GERAL - VERMELHO

Paciente: 59042 - LILIANO ROBERTO DA SILVA (21 a 10 m 6 d)
Nascimento: 21/03/1996 **Natural:** NATAL.BRASIL **Sexo:** M **Cor:** PARDA
CNS: 700400967097445 **CPF:** **Prof:**
Mãe: MARLENE **Pai:**
Logradouro: DAS ANGELICAS, 1 **Cidade:** PARNAMIRIM
CEP: 59159550 **Bairro:** JARDIM PLANALTO
Telefone: 84.991799745 **Compl:**

Motivo: ATROPELAM. POR CARRO **Tipo:** REFERENCIADO
Origem: AMBUL. SAMU NATAL ***Empresa:**

Fluxograma:						Discriminador:			
O						Classificação: 27/01/2018 22:00:40			
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FI02	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
21:30	130/80		99%		22			8	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: ATROPELAMENTO/ + ENTUBADO

Hora: 22:30 Paciente vítima de atropelamento no caminho em menos uma hora, chega ao serviço conduzido pelo SAMU, em máscara laríngea, inferna Glasgow 8, Realidade JAT.
 AC, ABD. MM. AP. MIO, crepe de tórax,

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

CONFERE COM ORIGINAL
 NATAL, 27/01/2018
 MAT. Nº. 154.898
 ASSINATURA

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

27/01/18 22:50
 Joao Roberto
 CMT: 01/001014 + FRC
 TALA
 + ABD.

*Gerado via SX por MARIA XAVIER. Impresso em 27 de Janeiro de 2018.



Nome: Wilson Roberto de Silva

Leito: _____ Idade: _____ Nº Registro: _____

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 28/05/18 Hora: _____

Paciente vitreolábica, chega ao
 serviço em uso de digoxina, conduta pelo SAMU,
 injeções glicosídicas, em uso de máscara
 laríngea. Realiza o JAT,
 apresenta anisocoria (PE > PD), pupila

a E.
 Realiza abnega torácica e D
 (Pneumotórax).

Procedido realizado em
 intervenção

Dr. Marcelo Igor L. Granjeiro
 MEDICO
 CRM-RR 7011

Dr. Cláudio
 CONFERE COM ORIGINAL
 NATAL, 17-07-2018
 MAT. Nº. 15082870
 SAME
 A. S. NATALISA

28/05/18 Varizes OI: 15L

Paciente politraumatizada vítima de alto pulso, apresentando perfurações fechadas de membros.

Apresenta pulsos radicais palpáveis bilaterais (2+ / 2+), peroneos palpáveis e simétricos bilaterais, não palpou pulsos radiais bilaterais, ausência de ulsores

- Paciente se tornou dormente, não foi conduzido a

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

intervenções pelo Serviço em momento
 - Realizado o atendimento

Dr. Eduardo Anacleto de Carvalho
 Cirurgião Vasculista
 Radiologista Intervencionista
 CRM-RR 7817



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

FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL

Identificação

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: P.S. Leito: 616
Data de admissão: 27/01/18 Alta: 1/1
Nome: Liliano Roberto da Silva Naturalidade: Panamirim
Idade: 21 Sexo: Masculino () Feminino Data de Nascimento: 21/03/1996
RG: 603.221.424 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: Ens. Médio
Filiação: Pai: João Roberto da Silva Lima
Mãe: Márcia Silveira
Endereço: R. das Anelicas, 01 - Jardim Planalto Cidade: Panamirim
Telefone: 99179-9745 () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: Gilberlens Outros telefones: 99635-8938 - Renan
Composição familiar: Reside com companheira e filhos
Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrpicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Desempregado Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs () SAD
Interação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa _____

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares Trazido pelo SAMU
() Socorrido em via pública () Outros meios _____
() Encaminhado: Hospital de origem: _____

Crterios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
Fator de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Gilberlens Pereira de Sousa
Parentesco: Irmão Telefone: 99179-9745
Endereço do Responsável: _____

Evolução

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

Paciente em cuidados da neurocirurgia, vítima de atropelamento
acompanhado pelo irmão a família foi orientada quanto as per-
mas da unidade e solicitados as cópias dos documentos.

Sonidelany S. Príncipe da Silva
Assistente Social
CRESS 2500

Saída

óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. _____
Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____
Orientações/Encaminhamentos: _____

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



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

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

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Perante vítima de atropelamento abandonado em cerca 68 anos de idade com múltiplas fraturas e escoriações</i>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Risco de morte</i>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>TC de crânio: + fraturas + escoriações</i>					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>TCE</i>	21 - CID INICIAL <i>S06</i>	22 - CID SECUNDÁRIO		23 - LAUDOS ASSOCIADOS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>TCE</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>04 04 01 0284</i>	26 - LEITO / CLÍNICA <i>NR</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>Urgente</i>	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Paulo Rodolfo</i>	29 - DT SOLICITAÇÃO <i>27/10/18</i>
				30 - CNS / CPF <i>017.48692400</i>	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) <i>PAULO RODOLFO MÉDICO CRM/RN 8031</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRANSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	40 -	
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		41 - CID PRINCIPAL	
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - () GRAVE	
		44 - () GRAVE	
		45 - () GRAVISSIMA	

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) <i>0303040092(7) S06</i>
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
48 - CNS / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

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



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Liliana Rebeca da Silva Reg. Nº 59048

Diagnóstico pré-operatório: Palteuroma / Pneumotórax a D

Indicação terapêutica: toracostomia fechada Urgência () Eletiva ()

em sala d'água INTERVENÇÃO

Data: 28/01/18 Início: 00:30 Término: 00:45 Duração: 15m

Operador: Dr. Gótilio CRM/CRO: [Signature]

1º Auxiliar: Dr. Marcela Jger CRM/CRO: 7041

2º Auxiliar: CRM/CRO: _____

Instrumentador: CRM/CRO: 0412040166(5)527.8 (1029,44)

Anestesiista: CRM/CRO: _____

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

(01) Paciente decubita dorsal sob anestesia geral.

(02) Assepsia e antisepsia.

(03) Apoição campos.

(04) Incisão a nível 5: (F1) de nível por planos.

(05) Colocação e fixação de rede torácica n: 28
pexagem nylon, dgs, melene 0,0 e fecha-
mente bordas nylon 3,0.

(06) Curativos

TERE COM ORIGINAL
17/07/2018
25488-70
ASSINATURA

Dr. Gótilio Marinho
Cirurgião Geral
CRM/RN 7231

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.

SOS - 790400967097445 del 996605069 at



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

Uae. Maslene Silva

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 70

NOME: Liliane Roberto da Silva

IDADE: 21/03/1996 COR: - SEXO: MASC. ESTADO CIVIL: Solteira

NATURALIDADE: Pernambuco PROFISSÃO: Atendente PROCEDÊNCIA: -

ENDEREÇO: Rua Ceco BAIRRO: Monte Castelo

CIDADE: Pernambuco DATA: 27/03/2018 HORA: 16:46:5

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM REGULAR COM DISPNEIA CHOCADO COMATOSO
C/ HEMORRAGIA EM CONVULSÃO POLITRAUMATIZADO AGITADO OUTROS

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM NÃO

PUPILAS A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA C) PRESSÃO ARTERIAL

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

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

Handwritten signature and stamp: S. Baulore CONF. COPIAS

DIAGNÓSTICO INICIAL



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

451

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE cod = 231739239	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE Ulisses Roberto de Jesus		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS 700400962097445	8 - DATA DE NASCIMENTO 22/10/31/1996	9 - SEXO M	10 - TELEFONE DE CONTATO 99170-9745
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Marlene Silva		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) Rua Dos Anselmos - 02		16 - CEP	
13 - MUNICÍPIO Pernambuco	14 - BAIRRO Jardim Plante	15 - UF RN	16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Frotensa despenhamento, Frotula deitada
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Tratamento ambulatorial

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) An. mm + Ex. frotula + etc			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL rotura de ligamento + Ex. frotula	21 - CID INICIAL S42	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Ex. frotula	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			29 - DT SOLICITAÇÃO 25, 02, 18
			30 - CNS / CPF 000415764-8
			31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL	DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ()	44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

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

CONFERE COM ORIGINAL
 09692-4

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravadas por causas de violência física, psicológica ou sexual, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a luz dos valores éticos e humanísticos.



Hospital

Nome do paciente

Nº prontuário

Data operação

LILIANO ROBERTO DA SILVA

Leito

Operador

1º auxiliar

2º auxiliar

02/03/18

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesiologista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

DR. MICHEL

DR. URAI

Tipo de operação

Diagnóstico pós-operatório

FRATURA DE UMEROS ESQUERDO

Relatório imediato do patologista

OSTEOSSINTESE UMEROS + ENXERTO DE ILIACO A ESQUERDO

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL APOS ANESTESIA.
2. ASSESPIA E ANTISSEPSIA, COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. INCISÃO PROXIMAL E DISTAL NO BRAÇO ESQUERDO, DIVULSÃO EM PLANOS ANATÔMICOS, REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA
4. FIXAÇÃO COM PLACA UMEROS 4,5MM + PARAFUSOS CORTICAIS
5. LIMPEZA COM SF 0,9% EM GRANDE QUANTIDADE
6. COLOCAÇÃO DE ENXERTO DE ILIACO A ESQUERDA
7. SUTURA POR PLANOS ANATÔMICOS COM HEMOSTASIA RIGOROSA.
8. CURATIVO ESTÉRIL.
9. TIPÓIA
10. CRO.
11. RX CONTROLE.

Dr. Uraí de Oliveira
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 10063/15

CONFERE COM ORIGINAL
 Hebe Galvão
 S. B. B. B.



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Paciente: Luciano Roberto da Silva Idade: 21a D/N: 21/03/1996
 Prontuário: 150806 Município: Famamirim Procedência: Interno () Externo
 Data da cirurgia: 02/03/18 Hora Admissão: Bloco: 15 Sala: Hora Saída: Peso:
 Alergias: Não () Sim Nega Comorbidades: () H+S () DM () Outras Nega
 Uso de medicações: () Não () Sim Nega Jejum: () Não Sim
 SSVV Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm FI: rpm FC: bpm SpO₂: % T: °C

Enfermeiro(a): Dediane Instrumentado (a): Reis Circulante: Amélia do N. Fonseca Rocha
COREN-RS 354.243-TE

Cirurgia: Proctologia Urgente E Especialidade: Proctologia Sala: 01
 Hora Início: 16:30 Hora Término: 17:30 Tipo de cirurgia: Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
 1ª Cirurgião: Dr. Micheli Aux.: Dr. Ura Residente:

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: () Bloqueio () Raquidiana Ag. nº 25 () Peridural () c/cateter () s/cateter
 Ag. nº Cateter nº: Início: 16:20 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: Término:
 Anestesiologista: Dr. Ura

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipotensão	Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	Cat. Diálise	<input type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Bradicardia	Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervoso
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Íntegra	<input type="checkbox"/> Taquicardia	SNG	<input type="checkbox"/> Diprifusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input type="checkbox"/> C/lesões	<input type="checkbox"/> Choque	SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Normoesfígmico	Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/> Dificuldade	<input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input type="checkbox"/> Eupnéia	Cistostomia	
<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input type="checkbox"/> Dispnéia	Dreno:	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input type="checkbox"/> Manchas		Tração	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input type="checkbox"/> S/Tricotomia		Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	79	78	72	Bpm
Pulso	78	78	79	Bpm
Oximetria	100	100	99	%
Capnografia	-	-	-	%
PA	147	128	137	mmHg

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	Cabeça	Anatômicos
<input type="checkbox"/> Ventral	PESCOÇO	Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	TÓRAX	Fletidos
<input type="checkbox"/> Litômica	Lombar	MMII
<input type="checkbox"/> Trendlemburg		Anatômicos
<input type="checkbox"/> Canivete		Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive		Fletidos

ACESSO VENOSO	
<input type="checkbox"/>	Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Venosa Periférica
<input type="checkbox"/>	Punção Venosa Central
<input type="checkbox"/>	Dissecção venosa
Local:	<u>MS</u>
Cateter:	<u>ulco 22</u>

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	<input checked="" type="checkbox"/> Metal () Descartável
Local: <u>canivete</u>	
DEGERMAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	<input type="checkbox"/> Sim () Não
Local: <u>Ura</u>	Solução: <u>Clor de</u>

SONDAGEM GÁSTRICA	
SNG nº	<u> </u>
Retorno:	<u> </u>
CATETERISMO VESICAL	
SVF nº	<u> </u>
SVA nº	<u> </u>
Diurese:	<u> </u>
Profissional responsável:	

IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos:	<u> </u>
Teia:	<u> </u>
Cateter:	<u> </u>
Ostomia:	<u> </u>
Fio de KC:	<u> </u>
Placa - Tipo:	<u>DGP Guro</u>
Outros:	<u> </u>

EXAMES SOLICITADOS:	
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gaseometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input type="checkbox"/> Glicosimetria
<input checked="" type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	<u> </u>

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
 Caixa cirúrgica: Danco 415 Quant. Material: 39
 Val.: 08/03/18 Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim



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 DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NUMERO DO PRONTUÁRIO

LILIANO ROBERTO DA SILVA

150806

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RAÇA/COR

700 4009 6709 7445

21/03/1996

MASCULINO

PARDA

11- NOME DA MAE

12- TELEFONE DE CONTATO

MARLENE SILVA

9960-5069

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

LARISSA DA SILVA LOPES (ESPOSA)

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA CICERO FERNANDES PIMENTA 413

16- MUNICÍPIO

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

PARNAMIRIM

M CASTELO

RN

59141-010

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FT Distúrbio unemo

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PROC CIRÚRGICO.

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

RX

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGAO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

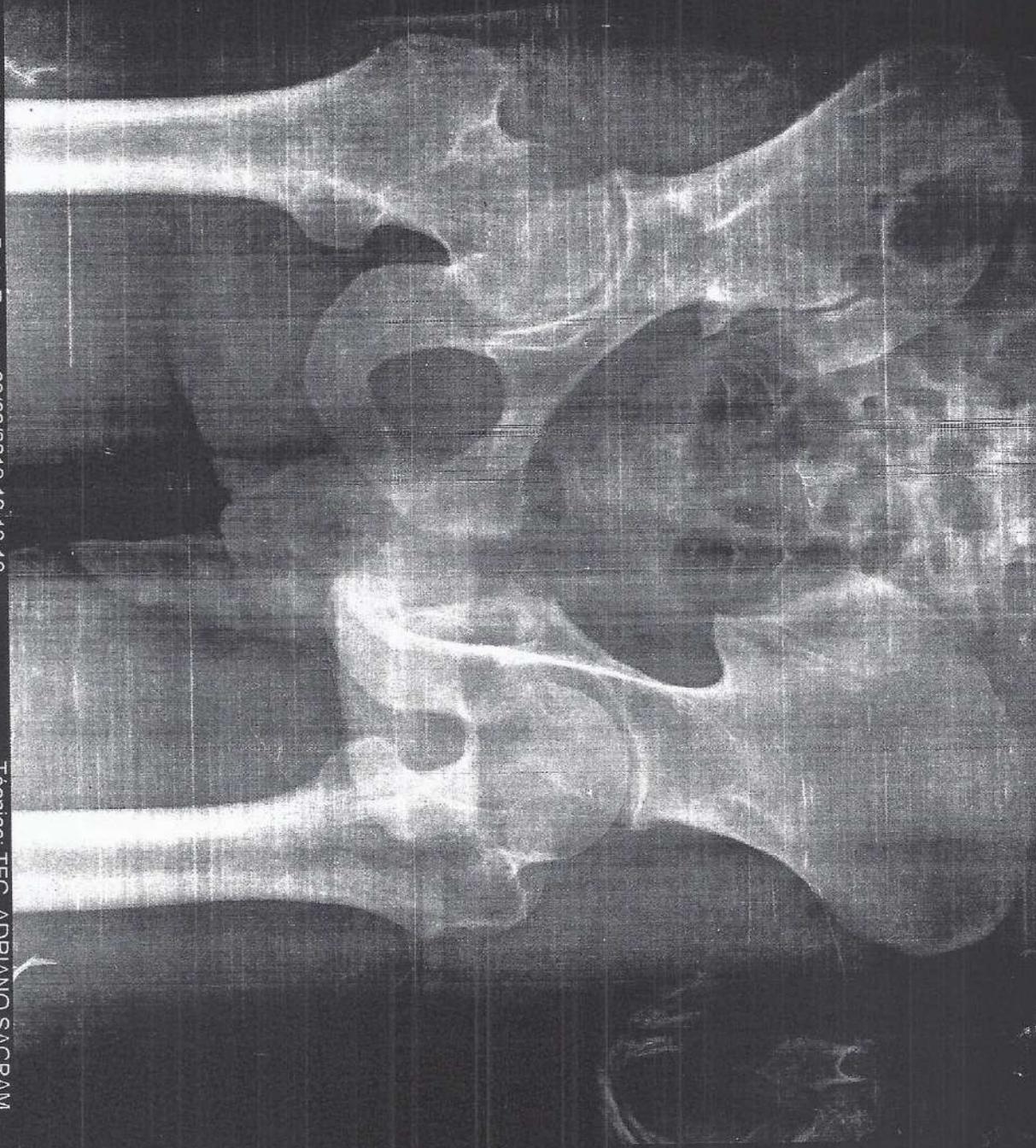
() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

COM ORIGINAL
M. de Fátima
Servidor
S. B. Santos
096921-4

D



Id. Paciente: LEITO 616
Data Exame: 03/02/2018 18:13:13
Paciente: LILIANO ROBERTO DA SILVA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: TEC. ADRIANO SACRAM
Idade: 0 ano(s)
BACIA AP
50.2 %

Idade: 0 ano(s)
UMERO AP 64,2 %
Técnico: TEC. ADRIANO SACRAM

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Paciente: LILIANO ROBERTO DA SILVA

Id. Paciente: LEITO 616 Data Exame: 03/02/2018 18:15:49



E



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



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que consta em nossos arquivos a ocorrência de um paciente com nome indefinido do sexo masculino, no dia 27/01/2018, aproximadamente às 20h53min, na Avenida Salgado Filho, Candelária, nesta Cidade. Tendo sido atendido pelo SAMU 192 Natal, **sob nº de ocorrência 189347/1**, onde foram realizados os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 12 de junho de 2018.

RENATA M. CAMPOS LUDOVICO
Diretor(a)
Matrícula nº 02.304-4

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

11/06/2018

10.0.0.100/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=189347&Digito=1&ReadOnly=1

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 189347/1

Data: 27/01/2018

CHAMADO

TARM: DIANA ALVES JAPIASSU

Médico Regulação: MARCOS ANTÔNIO PEREIRA DANTAS JÚNIOR

Rádio Operador: JOSIVANDERSON DA SILVA DANTAS

Médico Cena: MARCOS ANTÔNIO PEREIRA DANTAS JÚNIOR

Equipe Enfermagem Cena: COMUNICADOR

Usuário Pós-Cena:

VTR: USA 03 (BASE DESCENTRALIZADA NEÓPOLIS)

Equipe VTR: JOSE WALLACE DE OLIVEIRA ROCHA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
ROGÉRIA MOREIRA DE ABRANTES - ENFERMEIRO
JULIANA MEDEIROS FARIAS - MÉDICO

REGULAÇÃO MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: LIANA

Telefone: (84) 99912-5565

Nome do Paciente:

PACIENTE DESCONHECIDO

Idade: *

0 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: Longitude:

Endereço: AVENIDA SENADOR SALGADO FILHO

Nº: VP

Bairro: CANDELÁRIA

Outro Bairro:

Referência/Complemento: QTH PASSARELA POTILANDIA //// SENTIDO CENTRO ////

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Primária: ATROPELAMENTO POR AUTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

27/01/2018 20:55:22 - Dr(a). MARCOS ANTÔNIO PEREIRA DANTAS JÚNIOR

APH: TRAUMA / HD: ATROPELAMENTO POR AUTO

REGULAÇÃO: PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR AUTO TEM FRATURA EXPOSTA EM MEMBRO SUPERIOR E ESTÁ INCONSCIENTE.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USA

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:	Regulação Médica:	Solicitação VTR:	Saída VTR:	Chegada Local:
27/01/2018	27/01/2018	27/01/2018	27/01/2018	27/01/2018
20:53:50	20:55:22	20:55:48	20:59:23	21:15:05
Saída Local:	Chegada Destino:	Liberação Destino:	Liberação VTR:	
27/01/2018	27/01/2018	27/01/2018	27/01/2018	
21:55:03	22:31:53	22:31:54	22:31:55	

CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?*

Sim Não Não informado

CONDUTA

Remoção

Conduta Equipe de Enfermagem:

27/01/2018 21:55:27 - COMUNICADOR

TARM: ANA KARENINA. CONTATO FEITO COM O HOSPITAL WALFREDO GURGEL, POLITRAUMA, DR. GETÚLIO CONFIRMA O RECEBIMENTO DO PACIENTE.

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv prop.:

22:50

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Vaga Zero

Motivo da entrada:

v

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

SINISTRO 3180362431 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LILIANO ROBERTO DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO LILIANO ROBERTO DA SILVA
CPF/CNPJ: 70338712445
Posição em 06-02-2019 12:08:47

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
23/10/2018	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50

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)?



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Recetta Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
703.387.124-45

Nome
LILIANO ROBERTO DA SILVA

Nascimento
21/03/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Memória, 150 - Bairro Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.199/0001-81 | Insc. Est. 20355199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

ALTANILDO DE LIMA BEZERRA

CPF: 702.049.934-15
CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

002807943
APRESENTAÇÃO

26/02/2018

UNICA
Nº DO CLIENTE
3000820639

28/03/2018
Nº DA INSTALAÇÃO
2182798

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA CICERO FERNANDES PIMENTA 464
CS-N

MONTE CASTELO/AREA URBANA
FARNAMIRIM/RN
59146-190

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7002864287	02/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA FISCAL/PREVISÃO LEITURA
05/03/2018	28/03/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	38,42

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	85,0000000	0,53398058	34,70
Contribuição Iluminação Pública			4,07
Compensação DMIC 12/17			-0,35
TOTAL DA FATURA			38,42

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
2011031443	CAT	29/01/2018	3729,00	28/02/2018	3824,00	70	1,00000		85,00



INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data de entrega da bandeira em vigor é o Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é responsável quanto ao registro na conta, sendo responsável pelo nível de tensão de fornecimento. Pagação em atraso gera multa 2% (ANEXO, Anexo I Res. ANEEL 10.438/02) e juros e encargos monetários sobre o valor devido. O cliente é responsável por não disponibilizar o endereço de e-mail para contato. Em caso de suspensão de fornecimento, o atendimento ao cliente poderá ocorrer após 20 dias de falta de energia, podendo também ser cobrado o custo de disponibilização do endereço em que ocorrer a suspensão. Combata o comércio de energia, seja a clandestinidade. Ministério de Saúde, Governo Federal.

ATENÇÃO! A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Vencido	Diretório	Valor	Vencido	Diretório	Valor
05/02/18	26/02/18	41,71			

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer suspensão dos registros de registro de crédito ao PPE nº 227/ASA, com exceção de nacional. Este comunicado não substitui o envio de débito anterior. Comunicando energia de débito em processo judicial que poderá ser cobrada após o final do processo.

CONJUNTO PASSAGEM DE	VALOR APURADO DE 2017	LIMITE FISCAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
						MÍNIMO	MÁXIMO
300	4,18	5,31	10,62	21,26	220	202	231
400	1,00	3,30	6,60	13,20			
500	4,18	3,03	6,06	9,09			

Link DCEV: 12,22 BUSE - Valor do Encargo de Uso Sistema de Outback de R\$ 12,58

CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)

7002864287 02/2018 05/03/2018 38,42

8381000000-0 38420038407-4 00286428720-4 01030892373-9

LILIANO ROBERTO DA SILVA

AGÊNCIA: 2008

OPERAÇÃO: 013

CONTA: 87923-1

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Liliano Roberto da Silva,
brasileiro(a), portador(a) do RG nº 003.221.424, inscrito(a) no CPF
sob o nº 703.387.124-45, residente e domiciliado à Rua
Cícero Fernandes Pimenta, nº 464,
Monte Castelo, Parnamirim /RN, CEP
59146-110, Declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência
financeira, não tendo condições de arcar com custas processuais e honorários
advocaticios 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, 14 de junho de 2018.

LILIANO ROBERTO DA SILVA

Declarante

LEI Nº 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, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

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

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

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

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

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

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

JOÃO FIGUEIREDO

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

I - CONTRATANTE: Liliano Roberto da Silva
brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 003.221.424, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 703.387.124-45, residente e domiciliado(a) a Rua Cicero Fernandes Pimenta, nº 464, Monte Castelo - Panamirim/RN, CEP 59146-110.

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

III - OBJETO DO CONTRATO:

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

IV - DAS ATIVIDADES:

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

- 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;
- praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os específicos no Instrumento Procuratório, parte deste.

V - DA DESISTÊNCIA:

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

VI - DOS HONORÁRIOS:

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

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

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

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

VII - DA COBRANÇA:

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

VIII - DO FORO:

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

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

Panamirim/RN, 14 de junho de 2018

LILIANO ROBERTO DA SILVA

CONTRATANTE

JOÃO ROBERTO F. DAS NEVES

Testemunha

Gabriella Monteiro de Moura

CPF: 017.329.794-30

Testemunha

Francisca Oliveira do N. Silva

CPF: 923.980.303-34