



Número: **0811815-97.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **20ª 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
LEANDRO SILVA DA ROCHA (AUTOR)	JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)
PORTE SEGURU S/A (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
41194 673	28/03/2019 09:26	<u>01 PROCURAÇÃO</u>	Procuração
41194 920	28/03/2019 09:26	<u>02 BOLETIM POLICIAL</u>	Documento de Comprovação
41194 934	28/03/2019 09:26	<u>02.1 BOLETIM POLICIAL</u>	Documento de Comprovação
41194 959	28/03/2019 09:26	<u>03 DOCUMENTOS MÉDICOS</u>	Documento de Comprovação
41194 991	28/03/2019 09:26	<u>04 PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO</u>	Documento de Comprovação
41195 000	28/03/2019 09:26	<u>05 QUESITOS</u>	Outros documentos
41195 007	28/03/2019 09:26	<u>06 DOCUMENTOS PESSOAIS</u>	Documento de Identificação
41195 022	28/03/2019 09:26	<u>07 DECLARAÇÃO DE POBREZA</u>	Documento de Comprovação
41195 027	28/03/2019 09:26	<u>08 CONTRATO DE HONORÁRIOS</u>	Documento de Comprovação

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: LEANDRO SILVA DA ROCHA, brasileiro, solteiro, aposentando, com RG sob o nº 002.298.186, com CPF sob o nº 067.500.474-83, residente e domiciliado Rua Bom Jesus nº 18, Laranjeira do Abdias, São José de Mipibu/RN, CEP: 56162-000

OUTORGADO:

JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES, brasileiro, divorciado, 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 assecutarórias 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.

Leandro Silva da Rocha

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 96770

1 - LOCAL E DATA

Local OUA. ZEP. AURELIO COM A N. MARIA VIEIRA Bairro PEREIRO
P. Ref. OUA. ZEP. AURELIO
Data 27/08/2018 Hora do acidente 02:40 Hora do registro 09:15 Dia da semana SEGUNDO

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi MYC-543B Cidade BOM JESUS UF 070
Marca/Mod. NISSAN VAN MINI Cor BRANCA Ano 2001 / 2001
Proprietário LOUIS JOSE DA SILVA Nº de Ocupantes 01
Condutor LAURISSA LOMAY BAPTISTA DA SILVA Data de Nasc. 08/06/1995
Endereço OUA. BOLIVIA Nº 238 Fone 84 981-359967 UF 070
Bairro ASSAGECI DO RODEIO Cidade SAO VICTORIA UF 070
CPF Nº 107.076.234-21 CNH Nº 069813429460 Validade 27/12/2018 Categoria D
Local de Trabalho OUA. ZEP. HOSÓDIO (CONSELHO TUTELAR) Fone 84-3689-8326
End OUA. ZEP. HOSÓDIO Nº 206 Bairro S. MELIS Cidade SAO VICTORIA

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi MYV-7621 Cidade SAO VICTORIA UF 070
Marca/Mod. HONDA/CB 125 FAN KS Cor BRANCA Ano 2009 / 2009
Proprietário VALENTINA RIGINO DE MELO Nº de Ocupantes 01
Condutor EDMILSON WALTER DE MELO Data de Nasc. 11/04/1992
Endereço OUA. GUSTAVO DEODORI Nº 517 Fone 84-98169-9778 UF 070
Bairro MONTE CASTELO Cidade SAO VICTORIA UF 070
CPF Nº 016.963.261-93 CNH Nº _____ Validade / / Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

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

6 - VEÍCULO 04:

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

Autenticação Número do Boletim: 96770 Número da Ocorrência: 266153 Data Registro: 31/08/2018 Hora Registro: 10:03:44 Número/Controle: A07D220286367294

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? TEN. AUDRELLIO

Em que sentido? CENTRO A BOA-ZOI

Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor ALEGA QUE, TRANSITAVA NO FAIXAMENTO DA DUA
TEN. AUDRELLIO COM A SRA. NOOTSEERTO MARQUES, PROVOCANDO
EM QUE PERCEBEU V-2 A SUA PRÓXIMA, ALEGAR AINDA QUE O
DIA HADIA EVITAR A COLISÃO, PODENDO V-2 VIMHA MUITO MAIS
RÁPIDO, DESACIONANDO A COLISÃO NA FRENTE DO SEU VEÍCULO.

Assinatura do Condutor do V1 Barbara B. da Silva

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? SGT NOOTSEERTO MARQUES

Em que sentido? CENTRO A BOA ESPECIAZEA

Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor NEGA QUE, TRANSITAVA NORMALMENTE, QUANDO NO
FAIXAMENTO DA DUA TEN. AUDRELLIO COM A SRA. NOOTSEERTO
MARQUES, PERCEBEU QUE V-2 VIMHA EM ALTA VELOCIDADE
COLIDINDO NA LATERAL DIREITA DO SEU VEÍCULO

Assinatura do Condutor do V2 FRANCISCO WALTER DE MELO

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V4

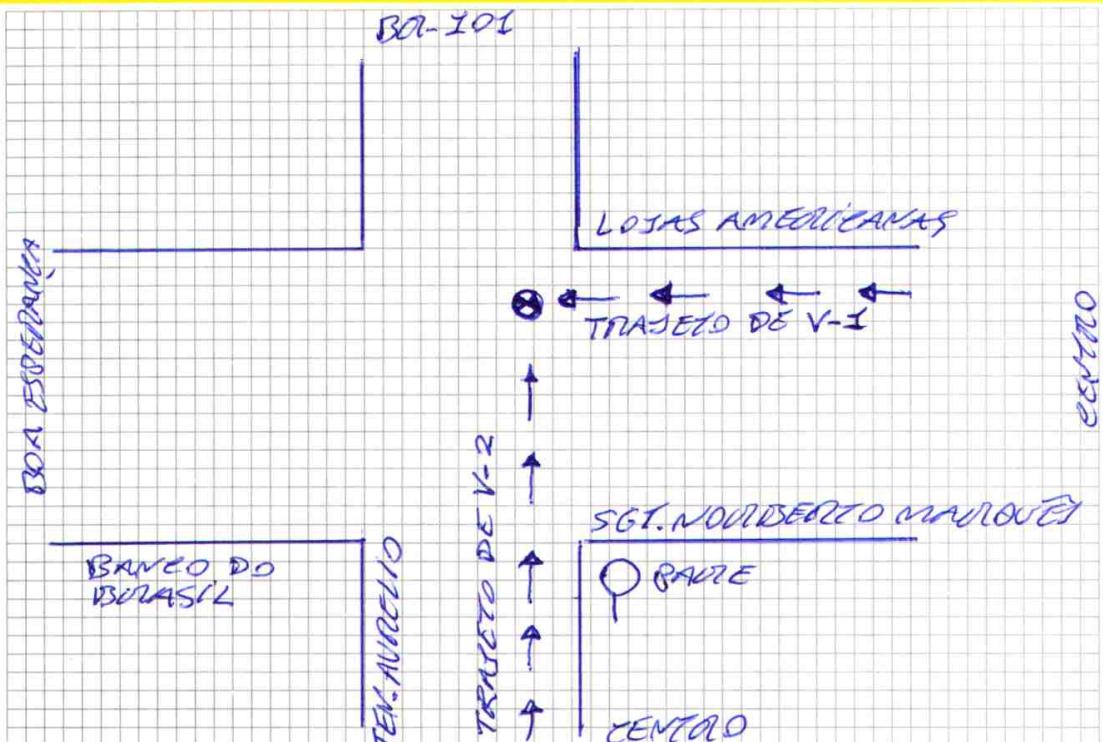
Autenticação Número do Boletim: 96770 Número da Ocorrência: 266153 Data Registro: 31/08/2018 Hora Registro: 10:03:44 Número/Controle: A07D220286367294

96770

8 - CONDIÇÕES DA VIA

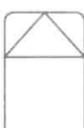
Luminosidade	Cond./ Tempo	tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecedo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" 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 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 type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente	_____	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input checked="" type="checkbox"/> Placa(s) <u>PAUSE</u>
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input checked="" type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

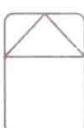


19 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1 BAIA - CHOCÓ, LAC
TEORIAS (DIAN. DDCI, RISCA) (BIRCT. DDCI)



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 2 PEDAL DA MARCAÇÃO,
PEDAL DE FREIO ESQUERDO, PECO,
VISOR ESQUERDO, RISCA ESQUERDA
MATA-CRISTAL (BLINDADO)
PROTEÇÃO DO CANO DE ESCO,
TANQUE LADO ESQUERDO.



AVARIAS DO VEÍCULO 4

Autenticação: Número do Boletim: 96770 - Número da Ocorrência: 266153 - Data Registro: 31/08/2018 - Hora Registro: 10:03:44 - Número/Controle: A07D220286367294

11 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: **HOSP. D MARQUES** Testemunha
 Presenciou: Fato Registro

Nome **EDUARDO WALTER DE MELO** RG N° **002892983** Órgão Expedidor **ITEP** Data de Nascimento **24/10/1992**
 Endereço **QDA GUSTAVO BECCHI DA** Nº **517** Fone **98169-9232**
 Bairro **MONTE CASTELO** Cidade **PARANAMirim** UF **PR**
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

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

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

Assinatura _____ Hora _____

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

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

Assinatura _____ Hora _____

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

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

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

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

16 - IMAGENS / FOTOS SIM NÃO AUTUAÇÃO SIM NÃO AIT N° **160835** CÓD/DESD **501-00**

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

**INFORMO QUE, AO CHEGAR NO LOCAL CONSTATEI QUE OS VEÍCULOS
 FAZIAM SÍNOS DEMONSTRANDO LOCAL DO RONCO DE COLISÃO. O
 CONDUTOR EDUARDO WALTER DE MELO TINDEGAVA NA DIRE
 TEM. ALFRESCO SENTADO CENTRADO A DIREITA. APÓS COLISÃO FOI SO
 CORRIDO BELA SAMU, A SUA VERSÃO FOI COLEHIDA NO HOSPITAL
 DE DEZERIO, ONDE FOI INFORMADO PELO MÉDICO QUE O DITADO
 CONDUTOR TINHA PASSADO POR UMA CIRURGIA NO TORNozelo. FAZ
 SENSÍVEL APRESENTAR A CONDUTORA DE V-E LAUSSA ZANAY BARBOSA
 DA SILVA NA 1^º DP PARA OS PROCEDIMENTOS CADIVELIS.**

Nome Completo do Agente **Eduardo Walter da Silva**

POSTO/GRAD.: **CBRM** PM N° **97762** Viatura **DOTE-110** Subunid.: **3º GBOLE**

Local e Data **PARANAMirim**, **27 de 08 de 2018** Assinatura do Agente de Trânsito **Eduardo Walter da Silva**

Autenticação Número do Boletim: 96770 Número da Ocorrência: 266153 Data Registro: 31/08/2018 Hora Registro: 10:03:44 Número/Controle: A07D220286367294



**ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DE MIPIBU-RN**

BO: 1571/2018

São José de Mipibu/RN, 21 de setembro de 2018

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Laranjeiras do Abdias, São José de Mipibu/RN
DATA E HORA DO FATO: 13 de agosto de 2018, por volta das 10:50h

COMUNICANTE: Evandro Silva da Rocha tel. 8866-0551
ENDEREÇO: Rua Monteiro Lobato, 40, Bosque das Colinas, São José de Mipibu/RN
CPF. 009.771.164-09 NASCIMENTO: 29/12/1979

VÍTIMA: Leandro Silva da Rocha tel. 9423-6058

EILIACÃO: José Segundo Marcelino da Rocha e Francisco Silva da Rocha

ENDEREÇO: Rua Bom Jesus, 18, Laranjeiras do Abaíra, São Luís, MA, 6500-000

ENDERECO: Rua Bom Jesus, 18, Laranjeiras do Abdias, São José de Mipibu/RN
NATURALIDADE: São José do Mipibu

NASCIMENTO: 16/08/1984
RG: 1000-1

HISTÓRICO: O comunicante relata que na data e horário acima citados a vítima seguia pilotando sua motocicleta de marca e modelo HONDA/ CG 150 FAN ESDI, placas: NOB-3243, ano de fabricação e modelo: 2013/2013, cor: vermelha, renavam: 00527917800; QUE em dado momento a vítima perdeu o controle da direção do referido veículo e caiu ao solo, tendo sido lesionado no joelho direito; QUE em ato contínuo a vítima foi socorrida para o hospital DIOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA em Parnamirim.

FinD120

Comunicante

APC JOÃO CARLOS
Mat. 168 117-6



PREFEITURA MUNICIPAL
DE SÃO JOSÉ DE MIPIBU/RN

UPA 24h

5013

MUNICÍPIO: S. J. M

DATA DE ENTRADA: 22/07/2018 13-08-2018 HORA: 11:49

SEXO: M

IDENTIFICAÇÃO	NOME: Leandro Silva da Rocha	
	MAE: Francisca Silva da Rocha	
	CARTÃO DO SUS: 163 8998 9041 0009 1	
	DATA NASCIMENTO: 16-08-1984	ESTADO CIVIL: Solteiro
	ENDEREÇO: R. Bom Jesus	PROFISSÃO: Mototaxi
	BAIRRO: Manacapuru do Abdião	CIDADE: S. J. M
ACOMPANHANTE: Francisca Silva da R.	IDADE: 59	
	RG: 950.751	

SINAIS VITais

PA	FC	FR	TEMP	SPO2	PESO	HGT	DOR		
100x80, 60				98			LEVE	MODERADA	INTENS
							A		

HISTÓRICO PATOLÓGICO

COMORBIDADES:

USO DE MEDICAÇÕES:

ALERGIA MEDICAMENTOSA:

Nego

ESTADO GERAL

APARENTEMENTE BEM	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	Sinais de agravamento
REGULAR	Politraumatizado	Hemorragias	Agitação
GRAVE	Dispneia Intensa	Convulsão	Precordialgias
Outros			

QUEIXA PRINCIPAL (EVOLUÇÃO E EXAME FÍSICO)

Paciente sentiu que o mal de estômago
já não desaparece e mesmo refere no peito
dor MUITO intenso. Que ocorreu na noite de 10/08/2018

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AZUL

VERDE

AMARELO

VERMELHO

Alta Rosana Moraes
ENFERMEIRO/ENFERMEIRA
COREN 270 965

CONFIRMADA
2018-08-13
B. G.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL / EXAME CLÍNICO

Historia de queda de mal de estômago em peito
peito é apertado e dura 1 dia



CPF: 007.500.777-0009
SUS: 16389989041 0009

Boletim

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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 49

NOME: Beandro Silva da Rocha
IDADE: 16/08/1984 COR: M SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro

NATURALIDADE: S. J. de M. P. B. PROFISSÃO: Agricultor PROCEDÊNCIA:
ENDEREÇO: Sítio Laranjeira do Abdiá BAIRRO: Zona Rural
CIDADE: S. J. de M. P. B. DATA: 13.08.2018 HORA: 14:46

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 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)
Paciente com história de queda de moto há cerca de 5 horas
com uso de capacete, vindo a esta unidade trazido por ambulância
do município sem immobilização adequada. Neas alterações ou comorbidades
Relevo dor em tornozelo D.

EXAME FÍSICO

A) Externas:
A → Vias aéreas primárias, sem cervicalgias
B → Paciente supíreico, MV+ em AHT
C → Hemorragia cutânea extensa, sobre todo, dorso, flácido e deprimível
D → Consciência e orientação, ECG = B
E → Aparece erupções em colarinho D

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fractura Plata TC B, R

CONFERIR COM ORIGINAL
J. F. C. Ferreira



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

REGULAÇÃO

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO	
		161976	
DATA	HORA	CATEGORIA	
13/08/2018	18:10	GIH	
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO	
LEANDRO SILVA DA ROCHA		16/08/1984	
ESTADO CIVIL		PROFISSAO	
SOLTEIRO			
ENDEREÇO (RUA, Nº)			
SITIO LARANJEIRAS DO ABDIAS			
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF	CEP
SAO JOSE DE MIPIBU	ZR	RN	
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE
FILIAÇÃO			
FRANCISCA SILVA ROCHA		JOSE SEGUNDO MARCELINO DA ROCHA	
RESPONSÁVEL		TELEFONE	
FRANCISCA (MAE)		36339064	
ENDERECO			
O MESMO			

DIAGNOSTICO PROVISORIO

Franç PCAPR PAPAL

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSAO

ALTA

OBITO

HISTORIA CLINICA

*JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES
TESTELO
12/08/2018
LGBG*



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES
3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE
LEANDRO SILVA DA ROCHA

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO
161976

7- CARTÃO NACIONAL/SUS
1638998900410009

8- DATA DE NASCIMENTO
16/08/1984

9- SEXO
MASCULINO

10- RAÇA/COR
PARDA

11- NOME DA MAE
FRANCISCA SILVA ROCHA

12- TELEFONE DE CONTATO
36339064

13- NOME DO RESPONSÁVEL
FRANCISCA (MAE)

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, N°)
SITIO LARANJEIRAS DO ABDIAS

16- MUNICÍPIO
SAO JOSE DE MIPIBU

17- BAIRRO
ZR

18- UF
RN

19- CEP

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOR NO TÓFICO

FRACO + LIMITE DAS MUL TÓFICO

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

O OCASO ECIMOS

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

RX TÓFICO

23- DIAGNÓSTICO INICIAL
FRACO ANGULO

24- CID 10 PRINCIPAL
TÍFICO

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
TÍFICO ANGULO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

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

34- DATA DA SOLICITAÇÃO
MANEKI M. BRANDÃO

Marconi M. Brandão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3642

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- N.º 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 () NAO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

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

CONFIRME
JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES
CRM 3642
DATA: 07/09/2013
CARIMBO: MARCONI M. BRANDÃO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Leandro Silveira dos Rechaz Idade: 34 D/N: 16/08/1984
 Pront: 161376 Município: S. J. Népibus Procedência: Interno Externo
 Data da cirurgia: 22/08/18 Hora Admissão: Bloco: 1 Sala: 1 Hora Saída: Peso:
 Alergias: Não Sim Comorbidades: HAS DM Outras Negro
 Uso de medicações: Não Sim Jejum: Não Sim
 SSW Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm FL: rpm FC: bpm SpO₂: % T: °C
 Enfermeiro(a): hildiane Instrumentador (a): Torres Circulante: Gaudêncio
 Cirurgia: Intat. Cervic. Fístula plást. laringo Especialidade: Ortopedia Sala: 01
 Hora Início: 08:45 Hora Término: 10:10 Tipo de cirurgia: Eletiva Urgência Limpa Contaminada Infectada
 1º Cirurgião: Dra. Michael Aux.: Dra. Ricarolo Residente:
 Anestesia: Local Sedação Geral TOT: Bloqueio Raquidiana Ag. nº 25 Peridural c/cateter s/cateter
 Ag. nº Cateter nº: Início: 08:20 Garrote: Smarch Pneumático Início: 08:32 Término:
 Anestesiologista: Dra. Lúcia

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

SINAIS VITAIS	Inicio	Meio	Fim	Unid.
FC	55	60	72	Bpm
Pulso	55	60	72	Bpm
Oximetria	95	96	97	%
Capnografia	—	—	—	%
PA	85x35	79x30	111x59	mmHg

ACESSO VENOSO			
	Punção Arterial	<u>Geral</u>	
	Punção Venosa Periférica	<u>Perif.</u>	
	Punção Venosa Central	<u>Central</u>	
	Dissecção venosa	<u>Dissecção venosa</u>	
Local:			
Cateter:			

SONDAGEM GÁSTRICA		
	SNG nº	
Retorno:		
CATETERISMO VESICAL		
	SVF nº	SVA nº
Diurese:		
Profissional responsável:		
EXAMES SOLICITADOS		
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria	
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros	
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input type="checkbox"/> Glicosimetria:	
<input checked="" type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)		

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

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Descartável
Local:	<u>Pontaria laringo E</u>
DEGERMAÇÃO	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim
Local:	<u>Ward 2010</u>

IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos:	
Tela:	
Cateter:	
Ostomia:	
Fio de KC:	Parafuso - tipo:
Placa - Tipo:	
Outros:	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
Caixa cirúrgica: <u>Burso 2010</u>	Quant. Material: <u>3,5</u>
Val.: <u>23/08/18</u>	Contagem de gaze e compressa: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim



Hospital

Nome do paciente LEANDRO DA SILVA ROCHA		Nº prontuário
Data operação	Enf.	Leito
Operador	1º auxiliar	
2º auxiliar 22/08/2018	3º auxiliar	Instrumentador
Anestesista	Tipo de anestesia	
Diagnóstico pré-operatório DR. RICARDO EMANUEL DR. MICHEL		
Tipo de operação		
Diagnóstico pós operatório FRATURA DE PLANALTO TIBIAL DIREITO		
Relatório imediato do patologista		
Exame radiológico no ato TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA DE PLANALTO TIBIAL		
Acidente durante a operação		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + ESVAZIMENTO MID
3. CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO LATERAL DISSECÇÃO POR PLANOS
5. REDUÇÃO SUPERFÍCIE ARTICULAR (VISUALIZAÇÃO DIRETA) +
FIXAÇÃO COM PLACA EM L (LATERAL) E PLACA EM T (MEDIAL) E
PARAFUSOS CORTICais E ESPONJOSO.
6. LAVAGEM + SUTURA
7. CURATIVO
8. SOLTURA DO GARROTE
9. BOA PERFUSÃO DISTAL
10. SOB AUXILIO DE ESCOPIA
11. TALA EM EXTENSÃO

Dr. Michel Freire de Araújo
Cirurgião-Dentista e Traumatologista
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4123 - JFDT 10751

CONFERENCIA
2018/08/23
300

Set. De prefeito (1)

EXAMES COMPLEMENTARES

DIAGNÓSTICO

Trauma

de Freitas

CID 10: CRM/RN: 7871
CRM/PB: 7862

M

MÉDICO / CRM

retração T ap 1m

Descrição do tratamento

MÉDICO/CRM

Anotação de enfermagem

Valcirene Alves de Freitas
Médica
CRM/RN: 7875
CRM/PB: 7862

Anotação do serviço social

INTERNAMENTO LOCAL: SIM () NÃO () DATA: / /

REMOÇÃO: SIM () NÃO () LOCAL: DATA: / /

TRANSFERÊNCIA: SIM (X) NÃO () LOCAL: DECISÃO LOCAL: AVALIAÇÃO ESPECIALISTA: EXAME:

ORTOPEDICA

TRANSPORTE SAMU SAV() SBV() DATA: / /
FAMILIA X PARENTESCO:
OUTRO QUAL: MÉDICO/CRM

DESTINO

ALTA DO HOSPITAL

DECISÃO MÉDICA

DATA:

HORA:

A REVELIA

A PEDIDO

MÉDICO/CRM

OBITO:

DATA: / /

HORA:

ENTREGUE A:

() FAMILIA
() FUNERARIA
() OUTROS _____

DECLAÇÃO DE OBITO:

DATA: / /

HORA:

MEDICO/CRM

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital					Enfermaria	Leito	Nº prontuário																															
Nome <i>Leandro da Silva Rocha</i>																																						
Data <i>22.08.18</i>	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso		Idade	Sexo	Cor																													
	Tipo sanguíneo	Hematílias	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia																																
Urina																																						
Ap. respiratório																																						
Ap. circulatório					Asma		Bronquite																															
Ap. digestivo					Eletrocardiograma																																	
Estado mental		Dentes		PESCOÇO		Ap. urinário																																
Diagnóstico pré-operatório		Ataracicos		Corticoides		Alergia		Hipotensores																														
Anestesias anteriores					Estado físico		Risco																															
Medicação pré-anestésica					Aplicada às		Efeito																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2">Agentes Anestésicos</td> <td rowspan="2">O₂</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;"><i>monitorizado com C.C. ox. Pulso PnC</i></td> </tr> </table>										Agentes Anestésicos	O ₂																	<i>monitorizado com C.C. ox. Pulso PnC</i>										
Agentes Anestésicos	O ₂																																					
<i>monitorizado com C.C. ox. Pulso PnC</i>																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2">Líquidos</td> <td rowspan="2">Oper.</td> <td rowspan="2">Anest.</td> <td rowspan="2">O Resp.</td> <td rowspan="2">P Pulso</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">260 250 240 230 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">(a) (b)</td> </tr> </table>										Líquidos	Oper.	Anest.	O Resp.	P Pulso											260 250 240 230 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10						(a) (b)							
Líquidos	Oper.	Anest.	O Resp.	P Pulso																																		
260 250 240 230 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10																																						
(a) (b)																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2">SIMBOLOS</td> <td rowspan="2">E</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;"><i>monitorizado com C.C. ox. Pulso PnC</i></td> </tr> </table>										SIMBOLOS	E																	<i>monitorizado com C.C. ox. Pulso PnC</i>										
SIMBOLOS	E																																					
<i>monitorizado com C.C. ox. Pulso PnC</i>																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2">ANOTAÇÕES</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;"><i>monitorizado com C.C. ox. Pulso PnC</i></td> </tr> </table>										ANOTAÇÕES																			<i>monitorizado com C.C. ox. Pulso PnC</i>									
ANOTAÇÕES																																						
<i>monitorizado com C.C. ox. Pulso PnC</i>																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2">POSIÇÃO</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;"><i>monitorizado com C.C. ox. Pulso PnC</i></td> </tr> </table>										POSIÇÃO																			<i>monitorizado com C.C. ox. Pulso PnC</i>									
POSIÇÃO																																						
<i>monitorizado com C.C. ox. Pulso PnC</i>																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2">Agentes</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;"><i>monitorizado com C.C. ox. Pulso PnC</i></td> </tr> </table>										Agentes																			<i>monitorizado com C.C. ox. Pulso PnC</i>									
Agentes																																						
<i>monitorizado com C.C. ox. Pulso PnC</i>																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2">Técnica</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;"><i>monitorizado com C.C. ox. Pulso PnC</i></td> </tr> </table>										Técnica																			<i>monitorizado com C.C. ox. Pulso PnC</i>									
Técnica																																						
<i>monitorizado com C.C. ox. Pulso PnC</i>																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2">Operação</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;"><i>monitorizado com C.C. ox. Pulso PnC</i></td> </tr> </table>										Operação																			<i>monitorizado com C.C. ox. Pulso PnC</i>									
Operação																																						
<i>monitorizado com C.C. ox. Pulso PnC</i>																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2">Cirurgiões</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;"><i>monitorizado com C.C. ox. Pulso PnC</i></td> </tr> </table>										Cirurgiões																			<i>monitorizado com C.C. ox. Pulso PnC</i>									
Cirurgiões																																						
<i>monitorizado com C.C. ox. Pulso PnC</i>																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2">Anestesistas</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;"><i>monitorizado com C.C. ox. Pulso PnC</i></td> </tr> </table>										Anestesistas																			<i>monitorizado com C.C. ox. Pulso PnC</i>									
Anestesistas																																						
<i>monitorizado com C.C. ox. Pulso PnC</i>																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2">Observações</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;"><i>monitorizado com C.C. ox. Pulso PnC</i></td> </tr> </table>										Observações																			<i>monitorizado com C.C. ox. Pulso PnC</i>									
Observações																																						
<i>monitorizado com C.C. ox. Pulso PnC</i>																																						
<p style="text-align: center;">Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias</p>																																						

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

() Hemoconcentrado _____ Unid.	() Plasma _____ Unid.	() Plaquetas _____ Unid.
() Albumina _____ Unid.	() Expansor plasmático _____ Unid.	
HEMOTRANSFUSÃO:		
<i>Não ficar de h: anestesia</i> _____ h: _____ _____ h: _____ _____ h: _____		
MEDICAÇÕES UTILIZADAS		
_____ h: _____ _____ h: _____ _____ h: _____		

() Soro Fisiológico: _____ ml	() Soro Ringer Simples: _____ ml	Quantidade total de volume administrado: _____
() Soro Glicosado: _____ ml	() Soro Ringer Lactato: _____ ml	

HIDRATAÇÃO VENOSA

(X) Não () Sim Peça: Swab para cultura:	ANÁTOMO PATOLÓGICO Peça para sepultamento: () Não () Sim Líquido:
---	--

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: (X) limpo () c/ exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros:
INTERCORRÊNCIAS: *Medicamentos preparados e administrados pelo anestesiologista. Término do procedimento sem intercorrências*

Ass: *Camila* Coren: *982220*

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: (X) Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
 Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel (X) O₂ ambiente **Curativo.** () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro:
 Diurese: () Espontânea () Normal () Hematuria () Irrigação Vesical () Oligúrico **Destino após a cirurgia: URPA**

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: *10:15* Data: *02/08/18* Nível de consciência: (X) Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado
 () Desorientado () Agitado () Choroso Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ () O₂ Ambiente
 Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade **Mobilização MMSS:** () Normal () Diminuída () Sem mobilidade
 Venoclise: () Não () Sim Tipo: *AVD* Local: *MSD*, Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
 Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kheir Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____
 Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
 Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC
 Relate: _____
SINAIS VITais

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: _____ ml
 Soro Fisiológico: _____ ml
 Ringer: _____ ml
 Irrigação vesical contínua: _____ ml

Horas	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	66				100%	Não
30'	67				99%	Não
60'	61				99%	Não
Alta	65				98%	Não

Medicações administradas URPA:

Horas	Medicação	Dose	Via	Assinatura	Eliminações:	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
	Cefazolíne	2g	EV	Almeida	Recebido da SO				
	Fluotol	1g	EV	Almeida	Desprezado				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: *Paulo. Admitido na SRA. EBB com febre 38,5°C e cefaléia. Sequeira das glândulas. Apresenta recuperando encaminhado para PL. Administrados medicamentos por encurtação do anestesista.*

Ass: *Almeida* Coren: *98220*

SINISTRO 3180504029 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LEANDRO SILVA DA ROCHA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO ARUANA SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO LEANDRO SILVA DA ROCHA

CPF/CNPJ: 06750047483

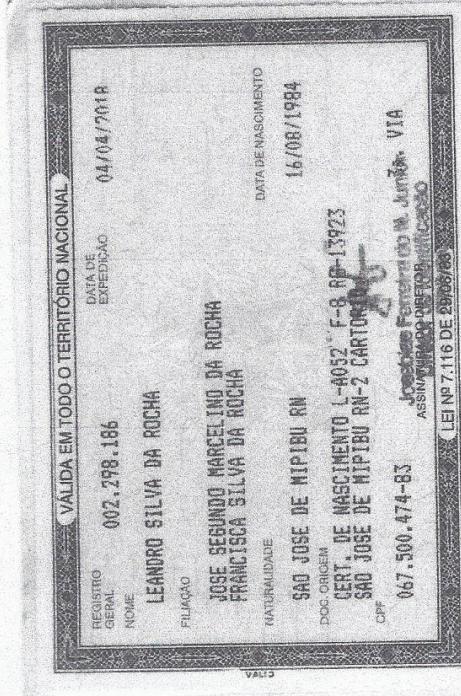
Posição em 12-02-2019 12:57:57

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
23/11/2018	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)?



DELEGACIA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RN 11243 // 00874 N^o 013971304604
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	00527917800	*****	2018
NOME			
LEANDRO SILVA DA ROCHA			
CPF / CNPJ	PLACA		
067.500.474-83	NOH3243		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
NOH3243 / RN	9C2KC1680DR306439		
ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PASSAGEIRO / MOTOCICLETA / NÃO APPLICA	ALCOOL - GASOL		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA / CG150 FAN ESDI	2013	2013	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
DCV / 149 CILINDRADAS	PARTICULAR	VERMELHA	
I COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS	
P R\$ 0,00	30/05/2018	1º PAGO	
V FAIXA I.P.V.A.	PARCEMENTO / COTAS	2º PAGO	
A 002 863 3X	R\$ 23,32	3º PAGO	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETAN: PAGO	***	DPVAT: PAGO	
OBSERVAÇÕES			
MOTOR: KC1680DR306439			
FONTE LOCAL		DATA	
SÃO JOSE DE MELBU / RN		30/05/2018	
Siderley Soárez da Silva Coordenador de Registro de Veículos			
DETAN - RN			
EXPEDIDOR			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN N^o 013971304604 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	CPF / CNPJ	DATA EMISSÃO
1	067.500.474-83	30/05/2018
RENAVAM	PLACA	
00527917800	NOH3243	
MARCA / MODELO	Nº CHASSI	
HONDA / CG150 FAN ESDI	9C2KC1680DR306439	
ANO FAB.	CAT. TARE	
2013	S	
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
PRÉMIO TARIFÁRIO		
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
PAGAMENTO		
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 06.248.603/0001-04

22/10/2018

2a Via de Fatura

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuítas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

LEANDRO SILVA DA ROCHA
CPF: 067.500.474-83

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA BOM JESUS 18

LARANJEIRA DO ABDIAS/AREA RURAL
59162-000 SAO JOSE DE MIPIBU RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO

04/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

90,86

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

26/09/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

26/09/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

012956428

Série: U

CONTA CONTRATO

007001475082

Nº DO CLIENTE

3010177351

Nº DA INSTALAÇÃO

0002106805

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

7C37.FFF4.DF34.D48B.E6F2.6949.975D.5F60

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.
Consumo Ativo(kWh)	113,00	0,63827160	72,12	Vencido Dt Reav Valor
Acréscimo Bandeira VERMELHA			7,50	03/09/18 26/09/18 102,75
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,99	
Multa por atraso-NF 010030134 - 26/07/18			1,40	
Juros por atraso-NF 010030134 - 26/07/18			0,58	
Atualização IGPM-NF 010030134 - 26/07/18			0,27	
TOTAL DA FATURA			90,86	
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS				
ICMS		PIS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR	BASE DE CÁLCULO	R\$ %
79,62	18,00	14,33	79,62	Geração de Energia 30,10 37,81
				Transmissão 3,58 4,50
				Distribuição (Cosern) 16,97 21,31
				Encargos Setoriais 4,78 6,00
				Tributos 19,63 24,85
				TOTAL 79,62 100

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo Ativo(kWh) 0,48081000	kWh
SET 18	113
AGO 18	126
JUL 18	100
JUN 18	112
MAI 18	125
ABR 18	114
MAR 18	114
FEV 18	108
JAN 18	118
DEZ 17	100
NOV 17	105
OUT 17	95
SET 17	88

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000000071003949	CAT	27/08/2018 7.919,00	26/09/2018 8.032,00	30	1,000000	0,00	113,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 26/10/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRÍÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jul/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	SÃO J MIPIBU	0,00	11,45	22,90	45,80
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,59	15,19	30,39
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	6,29	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 16,60		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 26,80					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios brejo da madre de: avenida antonio alves pessoa, centro / mercadinho pai e filho: rua meria tereza nunes, 136 a - pov liga do mato, zona rural.Lista completa em www.cosern.com.br.

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007001475082	09/2018	90,86	04/10/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838300000004 908600384074 001475082204 013752086938



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

LEANDRO SILVA DA ROCHA

AGÊNCIA: 4845

OPERAÇÃO: 013

CONTA: 18157-6

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **LEANDRO SILVA DA ROCHA**, brasileiro, solteiro, aposentando, com RG sob o nº 002.298.186, com CPF sob o nº 067.500.474-83, residente e domiciliado Rua Bom Jesus nº 18, Laranjeira do Abdias, São José de Mipibu/RN, CEP: 56162-000

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.

+ Leandro Silva da Rocha

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 DPVAT

I - OUTORGANTE: LEANDRO SILVA DA ROCHA, brasileiro, solteiro, aposentando, com RG sob o nº 002.298.186, com CPF sob o nº 067.500.474-83, residente e domiciliado Rua Bom Jesus nº 18, Laranjeira do Abdias, São José de Mipibu/RN, CEP: 56162-000

II - CONTRATADOS: 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 sito 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 reponsáveis pelo pagamento de seguro.

IV - DAS ATIVIDADES e OBRIGAÇÕES DOS CONTRATADOS:

Cláusula 1ª. 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 e, 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;

Cláusula 2ª As obrigações do(a) CONTRATADO no cumprimento do presente contrato, de posse das procurações que lhe forem outorgadas, prestará a atividade jurídica que for necessária ao caso com zelo, prezando sempre para o bom cumprimento do mandato.

V - DA DESISTÊNCIA e OBRIGAÇÕES DOS CONTRATANTES:

Cláusula 1ª. Fica acordado que, em caso de desistência, o(a) CONTRATANTE, pagará um salário mínimo a título de despesas, consultoria e/ou assessoria jurídica, no ato da desistência;

Cláusula 2ª. Em caso de falta/ou ausência não justificada por parte do(a) CONTRATANTE aos atos judiciais ou administrativos, este fica ciente da multa do art. 334, § 8º do CPC, bem como, fica ciente que deverá comunicar mudanças de endereços e telefones durante o curso do processo:

Cláusula 3ª. Os serviços e/ou despesas realizados fora da comarca-sede do(a) CONTRATADO, que careça de deslocamento, ficará ressalvado a este o direito de executá-los pessoalmente ou por advogado substabelecido, correndo por conta do(a) CONTRATANTE as despesas de viagem, estadia, transporte e honorários do substabelecido.

VI - DOS HONORÁRIOS:

Cláusula 1ª. Ficam acordadas entre as partes que os honorários a título de prestação de serviços, em caso de procedência da causa ou acordo firmado no curso do processo, mesmo em caso de substabelecimento com ou sem reserva de poderes, serão pagos da seguinte forma: 20% (vinte por cento), sobre todos os valores recebido na seara administrativa e, 30% (trinta por cento) sobre todo valor devido na judicial ou acordo realizado entre as partes, se for o caso;

Cláusula 2ª. Caso o pagamento não seja realizado na data ou na etapa prevista, será cobrada multa equivalente a 2% (dois por cento), bem como juros de mora, no percentual de 1% (um por cento) por mês de atraso;

Cláusula 3ª. Fica estipulado entre as partes que, se o(a) CONTRATADO optar em separar o valor devido a título de honorários advocatícios contratuais e/ou sucumbenciais, seja no âmbito administrativo ou judicial, poderá juntar o contrato de prestação de serviços advocatícios no processo para que se cumpra a finalidade pretendida, tudo, nos exatos termos do art. 22, § 4º, da Lei 8.906/94 e do Provimento 128/2015 do TJRN;

Cláusula 4ª. Caso haja morte ou incapacidade civil do(a) CONTRATADO, seus sucessores ou representantes legais receberam os honorários na proporção do trabalho realizado;

Cláusula 5ª Os honorários de sucumbência pertencem ao(s) CONTRATADOS, nos termos do art. 23 do EOAB, Lei 8.906/94, que será pago de imediato em juízo, ou fora dele, ao final da ação.

VII - DA COBRANÇA PELOS SEVIÇOS PRESTADOS:

Cláusula 1ª. As partes acordam que em caso de não pagamento dos valores contratados e/ou sucumbenciais, facultará ao(s) CONTRATADO, promoverá competente ação de execução em seu próprio nome, tudo nos exatos termos da Lei.

VIII - DO FORO:

Cláusula 1ª. 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, 17 de outubro de 2018

Leandro Silva da Rocha
CONTRATANTE


JOÃO ROBERTO F. DAS NEVES

Testemunha

Francisco Almeida da M. Filho

CPF: 923.980.303-34

Testemunha

Elton Roberto Almeida

CPF: 107.483.774-68