



Número: **0814415-91.2019.8.20.5001**

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
EDUARDO DE MACEDO SILVA (AUTOR)	JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)
PORTO SEGURO S/A (RÉU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
41852 994	12/04/2019 11:59	<u>01 PROCURAÇÃO</u>
41853 007	12/04/2019 11:59	<u>02 BOLETIM POLICIAL</u>
41853 034	12/04/2019 11:59	<u>03 DOCUMENTOS MEDICOS</u>
41853 050	12/04/2019 11:59	<u>03.1 DOCUMENTOS MEDICOS</u>
41853 082	12/04/2019 11:59	<u>03.2 DOCUMENTOS MEDICOS</u>
41853 090	12/04/2019 11:59	<u>04 PRÉVIO REQUERIMENTO</u>
41853 101	12/04/2019 11:59	<u>05 QUESITOS</u>
41853 118	12/04/2019 11:59	<u>06 DOCUMENTOS PESSOAIS</u>
41853 138	12/04/2019 11:59	<u>07 DECLARAÇÃO DE POBREZA</u>
41853 151	12/04/2019 11:59	<u>08 CONTRATO DE HONRÁRIOS</u>

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: EDUARDO DE MACÊDO SILVA, brasileiro, solteiro, marteleteiro, com RG sob o nº 002.721.672 SSP/RN, com CPF sob o nº 105.328.244-31, residente e domiciliado à Rua Santa Terezinha, nº 26, Serrinha – São Gonçalo do Amarante/RN – CEP: 59290-000.

OUTORGADO: JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.239, com escritório profissional à Rua Dr. Sadi Mendes Lucena, nº 1022-A, Monte Castelo - Parnamirim/ RN, CEP 59.146.110, E-mail: jrfneves@outlook.com.

PODERES: amplos e ilimitados para o foro em geral, junto ou separadamente, em qualquer juízo ou grau de jurisdição, podendo propor e variar de ações civis e criminais, em quaisquer medidas preliminares ou 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, 06 de novembro de 2018.

x Eduardo de Macêdo Silva

EDUARDO DE MACÊDO SILVA

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE

Endereço: AV. CEL ESTEVÃO MOURA, S/N, CENTRO, SÃO GONÇALO DO AMARANTE

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018027001312 1.2 Data de Expedição: 10/05/2018 10:51:49
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO 1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 06/03/2018 05:00:00 2.2 Autoria: Conhecida
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo 2.6 Tipo do local: Via Pública
2.8 Número: S/N 2.9 CEP:
2.10 Complemento: 2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: BELA VISTA 2.13 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: EDUARDO DE MACEDO SILVA 3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Nome Social: O MESMO 3.4 Pai: SEABSTIAO TEOTONIO DA SILVA
3.5 Etnia: Parda 3.6 Mãe: MARIA DAS NEVES DE MACEDO SILVA
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 Orientação Sexual: Heterossexual
3.8 CPF: 10532824431 3.10 Identidade de Gênero: Cisgenero
3.11 Nacionalidade: 3.12 Data de Nascimento: 27/11/1990
3.13 Profissão: MARTELETEIRO 3.14 RG: 2721672 - ITEP/RN
3.15 Telefone(s): 84 987046291 3.16 Passaporte:
3.17 Número: 27 3.18 Naturalidade: MACAÍBA RN
3.19 Bairro: SITIO CAMPINAS 3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.22 Logradouro: RUA PRINCIPAL
3.23 Cidade: SAO GONÇALO DO AMARANTE 3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VÉHICULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não 7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: 9C2KD0520AR030824 7.1.4 Renavam: 00204996740
7.1.5 Placa: NNT4872 7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.7 Marca: HONDA 7.1.8 Modelo: NX150 BROS MIX ES
7.1.9 Ano do Modelo: 2010 7.1.10 Ano de Fabricação: 2010
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: EDUARDO DE MACEDO SILVA 7.1.14 Número do Motor:
7.1.17 Nome do condutor: O COMUNICANTE 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE INFORMA QUE NA DATA ACIMA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO ACIMA DESCrita, NA ESTRADA DE BELA VISTA, NESTE MUNICÍPIO, QUANDO BATEU EM UM ANIMAL TIPO VACA E CAIU. QUE NO ACIDENTE O COMUNICANTE SOFREU OS DANOS CONSTANTES NO BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGENCIA DA UPA DE MACAÍBA SOB N° 013 E BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGENCIA DO PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO SOB N° 10558/2018. QUE O COMUNICANTE FOI SOCORRIDO POR POPULARES. FOI O QUE DISSE O COMUNICANTE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

FEITO B.O CONFORME RELATO DO COMUNICANTE

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO Foi COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data: 10/05/2018 10:51:49

Policial

Interessado

Polegar direito

Atendimento: 758310 - JOSÉ EMILIANO BARBOSA

Impresso por: 758310 - JOSÉ EMILIANO BARBOSA em 10/05/2018 10:52:12

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA



VERMELHO

BAM - BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO N° 008936.18-8

MATRÍCULA: 2014.29789-9 DATA: 06/03/2018
NOME: EDUARDO DE MACEDO SILVA HORA: 05:31:28
IDADE: 27 (a) e 3 (m) DATA DE NASC.: 27/11/1990 NOME DA MÃE: MARIA DAS NEVES DE MACEDO SILVA
SEXO: M(x) F() TELEFONE: (84) 99189-0338 COR: PARDO ESTADO CIVIL: CASADO
RG: 2.721.672 EMISSÃO: 26/05/2006 CPF: 105.328.244-31 CARTÃO SUS: 706202553671565
PROFISSÃO: Não definido ESCOLARIDADE: ENSINO MÉDIO
END.: RUA OLÍMPIO MACIEL, nº 57
BAIRRO: CENTRO ZONA: URBANA CIDADE: MACAIBA
PONTO DE REFERÊNCIA: PX.AO POSTO DE SAUDE CEP: 59.280-000
ACOMPANHANTE: AMIGO-JOSÉ

QUEIXA PRINCIPAL: QUEDA DE MOTO + DOR INTENSA EM MSD

HÁ QUANTO TEMPO: 06/03/2018

DIABETES: SIM() NÃO(X) NÃO SABE() HAS: SIM() NÃO(X) NÃO SABE() ETILISTA: SIM() NÃO(X) SOCIALMENTE()

ALERGIA: SIM() NÃO(X)

GESTANTE: SIM() NÃO(X)

TABAGISTA: SIM() NÃO(X)

MEDICAÇÕES EM USO:

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM() NÃO(X)

NOTIFICAÇÃO: SIM() NÃO(X)

É CADASTRADO(A) EM ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE? SIM(x) NÃO() QUAL: ESF JOSE COELHO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO:

PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADO EM CADEIRA DE RODA RELATA QUEDA DE MOTO + DOR INTENSA EM MSD

SINAIS VITAIS DA CHEGADA:
HORA: 05:35 TA: 140,0x80,0 PULSO: ALTURA: PESO:
RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: HGT:
ESCALA DE DOR: (x) 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10
ENFERMEIRA: KAMILA ROBERTA MEDEIROS FELIX

Assinatura e Carimbo profissional

Evolução médica

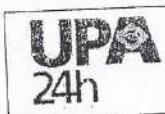
Queda de moto

*Dra. Asenath Cletde
Medica
CRM - 4197*

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

Acidente

Assinatura e carimbo do Médico



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAÍBA - RN
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
(UPA) UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-ALUÍZIO ALVES
AV. Mônica Dantas S/N Centro; Macaíba- RN Tel.: 3271-6500
CNPJ: 11.303.093/0001-40

RECEITUÁRIO

NOME: Eduardo de Paula Almeida

Ar. Hsp. Wolff ab Agl
Tensão br - 1^o com
respiração aguda de Fadiga
de laboratório D. em ordem
de rotina

*Dra. Renata Cleide
Médica
CRM - 4197*
06/03/2018

DATA: / /

Médico - CRM



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAÍBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ALUÍZIO ALVES
SERVIÇO SOCIAL

*Avenida Estrada de Jundiá, nº 100, Macaíba - RN.
CEP: 59.280-000 Fone: (84) 3271-4778.
E-mail: upa.aluizioalves@hotmail.com.*

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

NOME: EDUARDO DE MACEDO SILVA.

DATA:06/03/2018.

LEITO: CONSULT

IDADE: 27 ANOS

Paciente com trauma de ombro encaminhado para HWG na ambulância da unidade e técnico de enfermagem. Assistido por Dr. Asenate.

PACIENTE: Euaneo da Cunha Gurgel
Operação: clavícula D+ fratura fixada

PRONTO-CÍNICO
Dr. Paulo C.



DESCRICAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

**PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel**

Musica, humor.
Guitarra sempre, sempre
Guitarras atuais, sempre
Fazendo suas caprichos.
Desvanece-se
Inverno ou verão, em vez
de verão, é pra mim o meu clima
e sonhar só com felicidade, é a verdade,
automa ou primavera, sempre
dando os pedidos sempre
fazendo regras (fazendo regras)

29/05/28

J. V. ALVES DE ASSIS F. DE SOUZA
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3635-RN

BOLETIM DE ANESTESIA

ANESTESIA TIPO: Bloqueo Infraespinal Directo TECNICA:



Pronto clínica Dr. Paulo Gurgel
Evolução de Enfermagem

PACIENTE: Eduardo Vazquez Selva SETOR: Nanda LEITO: 208 A.
DIAGNOSTICO MÉDICO: Doenças do coração IDADE: 27 anos.
PROCEDÊNCIA: DOMICILIAR HOSPITALAR: QUAL:
ALERGIAS: _____ DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: _____

Evolução 29/03/18 Horário: 12:00

ASPECTO GERAL

- CONSCIENTE ORIENTADO ALGO ORIENTADO _____
 ATIVO CREATIVO HIPOATIVO
 HIPERTÔNICO HIPOTÔNICO
 COMATOSO SEDADO ANASARCA EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

- AVP: _____
 AVC: _____
 Jelco: _____
 Scalp.: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

- HV _____
 BI _____
 ATB _____

PELE

- HIDRATADA RESSECADA ICTÉRICA
 ANORMOCORADA HIPOCORADA CIANOSE
 EXTREMIDADE FRIAS NORMOTÉRMICA
 HIPOTERMIA: _____
 HIPERTERMIA: _____
 DRENO Local: _____
Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

- EUPNEICO DISPNEICO TAQUIPNÉICO
 BRADIPNEICO TIRAGEM: _____
 RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
 TAQUICÁRDICO NORMOCÁRDICO BRADICARDICO

OBSERVAÇÕES:

Paciente admitido na instituição a tempo curto para realização de exames laboratoriais orientados sobre febre e náuseas univas + letargia de ordens orientado.

VENTILAÇÃO

- O2 AMB MV _____ % HOOD: _____
 ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES

- DIURESE**
 ESPONTÂNEA SVA A CADA: _____
 HEMATÚRIA OLIGÚRIA ANÚRIA
 POLIÚRIA SVD _____
ASPERCETO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

- ESPONTÂNEA
 ESTÍMULO: _____
 AUSENTE DIAS _____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

- ABDOMÉ**
 PLACIDO GLOBOSE SEMI GLOBOSE
 DISTENDIDO DOR A PALPAÇÃO
 TIMPÂNICO MACIÇO RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOCÃO

- DEAMBULANDO CADEIRA DE RODAS
 SOBRE MACA MULETA

DIETA

- AO SEIO ORAL/COPINHO()GTM
 SOG/SNG _____
 RESÍDUO GÁSTRICO: _____
 ZERO VOMITO vezes

Grazielle Ferreira
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro
COREN/RN 3317

Evolução 29/03/18

Horário: 20:09h

ASPECTO GERAL

- CONSCIENTE ORIENTADO ALGO ORIENTADO _____
 ATIVO CREATIVO HIPOATIVO
 HIPERTÔNICO HIPOTÔNICO
 COMATOSO SEDADO ANASARCA EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

- AVP: _____
 AVC: _____
 Jelco: _____
 Scalp.: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

- HV _____
 BI _____
 ATB _____

VENTILAÇÃO

- O2 AMB MV _____ % HOOD: _____
 ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES

- DIURESE**
 ESPONTÂNEA SVA A CADA: _____
 HEMATÚRIA OLIGÚRIA ANÚRIA
 POLIÚRIA SVD _____
ASPERCETO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

- ESPONTÂNEA

PELE

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

APARELHO CARDIOPULMONAR

(EUPNEICO) (DISPNEICO) (TAQUIPNÉICO
 (BRADIPNEICO) (TIRAGEM: _____
 (RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
 (TAQUICÁRDICO) (NORMOCÁRDICO) (BRADICARDICO

(ESTÍMULO: _____ DIAS
 (AUSENTE) _____ DIAS
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOME
 (FLACIDO) (GLOBOSO) (SEMI GLOBOSO
 (DISTENDIDO) (DOR A PALPAÇÃO
 (TIMPÂNICO) (MACIÇO) (RUIDOS HIDROAÉREOS

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

DIETA
 (AO SEIO) (ORAL/COPINHO) (GTM
 (SOG/SNG) _____ / _____
 (RESÍDUO GÁSTRICO) _____
 (ZERO) (VOMITO) _____ vezes

OBSERVAÇÕES: - Paciente estável, sem queixas.
 - Raio-x ok

Bruna Santana
 ENFERMEIRA
 Coren/RN 514.835

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

ASPECTO GERAL

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

EVOLUÇÃO

HORÁRIO: _____

VENTILAÇÃO
 (O2 AMB) (MV) _____ % (HOOD:
 (ENTUBADO TOT N° _____
 OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE
 (ESPONTÂNEA) (SVA A CADA: _____
 (HEMATÚRIA) (OLIGÚRIA) (ANÚRIA
 (POLIÚRIA) (SVD) _____ / _____
 ASPERCTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

(ESPONTÂNEA
 (ESTÍMULO: _____
 (AUSENTE) _____ DIAS
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA **MEDICAMENTOS/ATB**
 (HV _____
 (BI _____
 (ATB _____

PELE

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

APARELHO CARDIOPULMONAR

(EUPNEICO) (DISPNEICO) (TAQUIPNÉICO
 (BRADIPNEICO) (TIRAGEM: _____
 (RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
 (TAQUICÁRDICO) (NORMOCÁRDICO) (BRADICARDICO

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOME
 (FLACIDO) (GLOBOSO) (SEMI GLOBOSO
 (DISTENDIDO) (DOR A PALPAÇÃO
 (TIMPÂNICO) (MACIÇO) (RUIDOS HIDROAÉREOS

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

DIETA

(AO SEIO) (ORAL/COPINHO) (GTM
 (SOG/SNG) _____ / _____
 (RESÍDUO GÁSTRICO) _____
 (ZERO) (VOMITO) _____ vezes

OBSERVAÇÕES: _____



PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

USO DE:		DATA / H	USO DE:		DATA
BOMBA DE INF.	DIL		ECG		
NEBULIZADOR	Nº		OXIG./UMIDIF.		
ASPIRADOR	DIL		BERÇO AQUECIDO		
CURATIVO			FOTOTERAPIA		
			INCUBADORA		

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
29/03/18	11:40	Pct admitido nouto setor para procedimento cirúrgico em clavicula p, consciente, orientado em O ambiente.	Thayna Batista do Nascimento COREN-RN 001.141.806 TE
29/03/18	14:20	Pct encaminhado ao CC, consciente, orientado, em O e ambulante, em órtese: Tiff + ilomas ball + imagem de RX ant.	Thayna Batista do Nascimento COREN-RN 001.141.806 TE
29/03/18	17:10	Pct retornou do CC.	
29/03	20:45	Adm. Voltaren 50mg + ibuprofeno Cefotaxim + ABP Cet 777 1/13000	
30/03	02	Adm. ibuprofeno + ABP Cet 777 1/13000	
	04	adm. cefotaxim + ABP Cet 777 1/13000	
30	08:45	Adm. med. Voltaren 50mg IM em A.S.D	Daysse D.C.L de Souza Téc Enfermagem
30/03	08:45	Adm. med. Dipirona + ABP Cet	Daysse D.C.L de Souza Téc Enfermagem COREN-RN 1.161.203
	10:30	Pct saido de alta hospitalar, consciente, orientado em O, em O2 ambulante, com carteira de vacinação, levando seus pertences pessoais, em anexo O: 04 P/ RX + O: 3 impresso de RX + ilomas ball	
30.03.18	12:30	em tempo realização curativo conjuntural orientações medicas	Daysse D.C.L de Souza Téc Enfermagem COREN-RN 1.161.203



PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

Evolução Médica

PACIENTE: Eduardo de Carvalho Almeida
REGISTRO Nº: 903
APTO.: 1002
MÉDICO: Francisco de Assis F. de Souza

DATA / HORA	DESCRIÇÃO MEDICA
<u>29/03/18</u>	<p><u>Inferior traçado como</u> <u>tal que evitasse</u></p> <p><i>Dr. Francisco de Assis F. de Souza Ortopedia - Traumatologia CRM 3635-RN</i></p>
<u>29/03/18</u>	<p><u>realizar deslocamento</u> <u>anterior</u></p> <p><i>Dr. Francisco de Assis F. de Souza Ortopedia - Traumatologia CRM 3635-RN</i></p>
<u>30/03/18</u>	<p><u>para evitá-lo</u> <u>tal que evitasse</u> <u>Algo que evitasse e que fosse</u> <u>fraca no topo articulações</u></p> <p><i>Francisco de Assis F. de Souza Ortopedia - Traumatologia CRM 3635-RN</i></p>

OPME: () NÃO SIM, qual

Alvo, ventilação, fluxo

PP N° 15

PP 10 15

PP N° 20

Anotações de Enfermagem e Intercorrências

Intervenções no ato cirúrgico;

Inicio da cirurgia: _____ Termino da cirurgia: _____

CIRURGÃO	Dr. Fábio	ASSISTENTE:	—	ANESTESIOLOGISTA	Dr. Edson
INSTRUMENTADORA	Bruna	CIRCULANTE:	Bruna	ENFERMEIRA:	Edna

URPA (Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

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

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

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

() Hemorragias () Desorientação () Agitação () Dispneia () Broncoespasmo () Outros: _____

Medicações Administradas na URPA (anotar horários) _____

Encaminhado para o andar

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

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

EXAMES: Labort Raio x () USG () TC() RNM() RISCO CIRÚRGICO () OUTROS _____

ENCAMINHADO: Enfermaria () UTI () Alta Hospitalar () Outros _____

Anotações de Enfermagem: *Enunciado queimado, conservado, ciúmes, mentira*

ENCAMINHADO POR: *Bruna* HORA: *12:00*

130/50

12. Hemoderivados solicitados e reservados () sim () Não Não aplicável
 13. Paciente tem alergia conhecida () sim não
 14. Aparelho de anestesia testado sim () não
 15. Esterilizações dos instrumentais com indicadores sim () não

ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

16. Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta
 17. Confirma preparo da pele com clorexidine degermante e tópica Sim () não
 18. Confirmar antibiótico profilático administrado sim () não aplicável
 19. Paciente em posição adequada sim () não

EQUIPE DE ENFERMAGEM

20. Confirmar se a disponibilidade dos materiais e equipamentos solicitados para cirurgia
 20. Confirmar com a equipe médica se os exames necessários estão disponível
 21. Confirma bisturi elétrico e placas instalados corretamente

INTRA-OPERATORIO

Posicionamento: Dorsal Lateral direita () Lateral esquerda () Posição Ginecológica ()
 () Decúbito Prócole () Decúbito Ventral

Monitorização cardíaca: sim () não PNI/Manguito em: MIE Placa neutra: Local: MIE
Passado faixa de smarch: Não sim, em: Inicio _____ Termino _____

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: () Clorex degermante () Clorex aquoso
 () Clorex Alcóolica PVPI degermante
 PVPI tintura () _____

Infusões: SF0,9% _____ ml R.Lactato: _____ ml R.Simples _____ ml SG5% _____ ml

Drenos: () Penrose nº _____ () Porto-vac nº _____ () Tórax nº _____

Sinais vitais: PA: 114/70mmhg FC: 93 bpm Sat: 99 % T: _____ °C Hora: _____

Anestesia: Inicio _____ Termino _____ () Geral Inhalatório () Geral Venosa () Sedação () Local
 () Peridural () Raqui Bloqueio:

IOT: Não () sim – Cânula nº _____ IOT aramado: não () sim nº _____

AVP: () não sim MIE, Jelco nº 10 por Bluma,

Cateter O2: não () sim SNG: NÃO () SIM Nº _____ SVD NÃO () SIM Nº _____

Ferida operatória: Curativo Limpido e seco

Cultura: _____ Anát.Patológico: Não () Sim _____ Unid _____

Material Explantado:

Conferido por Bluma Intcorrência SI
13/02/18

ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada sim () não
 Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta,

Medicações administradas (anotar horários) Rx amitriptilina 1amp + dipherone 1amp +
 Amitriptilina 1amp + Tramopropidina 1amp + Flutic 40mg +



PRONTO CLÍNICA E MATERNIDADE
Dr. Paulo Gurgel

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Eduardo de Maceió Sibra Nº REGISTRO 325918

Data Nascimento 27/11/90 IDADE 27a Sexo M LEITO: 208-A Data de Admissão / /
MÉDICO: Dra. Alcione

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO ÁGUA? () Não (X) Sim iniciado 05:00 PESO: 85 Kg Altura: 1,75 cm

RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: (X) SIM () NÃO

ALERGIAS: (X) NÃO () SIM: Mega

DOENÇAS PREGRESSAS: () DM () HAS () TABAGISMO () HIV () Hep B () Hep C () Arritmias () DPOC () AVC ()
Marcapasso () Outros: _____ Medicamentos de uso frequente: _____

Consentimento Cirúrgico Preenchido () Não (X) Sim

Exames: (X) Labor (X) Raio x () USG () TC () RNM () Risco cirúrgico Outros: _____

Encaminhado: () Deambulando (X) Cadeira de Rodas () Maca (X) consciente () Inconsciente (X) Orientado ()
Desorientado

Anotações de Enfermagem: _____

Conferido informação acima por: Eduardo de Maceió Sibra Admitido na sala: I Hora 14:25
Técnico usou: anestesia 02.084

ETAPA I: PRÉ -INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Histerectomia de clivícula "D"

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

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

PRONTOCLÍNICA
 Dr. Paulo Gurgel

REGISTRO DE INTERNAMENTO		
Nº AIH:	Nº ATENDIMENTO	DATA
TIPO DE INTERNAMENTO:	() CIRÚRGICO () CLÍNICO () PEDIÁTRICO	18/03/18 HS:
ACOMODAÇÃO:	LEITO:	CONVÊNIO SUS
MATRÍCULA	VALIDADE	
ASS. DO RESPONSÁVEL PELO INTERNAMENTO:		

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: EDUARDO DE MACEDO SILVA		SEXO: () M () F
DATA DE NASCIMENTO: 27/11/2000 RG: 002781672 CPF:		
FILIAÇÃO MÃE: MARIA DAS NEVES DE MACEDO SILVA		
PAI: SEBASTIÃO TOTÔMOS DA SILVA		
ENDEREÇO: RUA VINTES MONTES	Nº 54	
BAIRRO: LAGOA DAS PEDRAS	CIDADE: MARACAÍBA	
ESTADO: RN	CEP: 59250-000	
RESPONSÁVEL:	PARENTESCO:	
FONE: (84) 98704-8291	FONE: (84) 98725-2754	

SUMÁRIO DE ALTA

TIPO DE ALTA: () MÉDICA () ADMINISTRATIVA () A PEDIDO () EVASÃO () OBITO
DATA: / / 2018 HORA: ASS: RESPONSÁVEL DO SETOR:

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

trauma do cunho D
 w 23 dias aley.
 refundade e dor na
 clavícula D
 ns = tratado da
 clavícula D
tratado.
gastroenterite da clavícula D
+ alterações circulatórias
29/03/18

PRONTOCLÍNICA DA CRIANÇA LTDA
 CNPJ: 09.417.742/0001-91
 Confere com o Original
 Data: 10/05/2018
 Pronto-Clinica da Criança Ltda
 Patricia Gurgel
 (Assinatura)

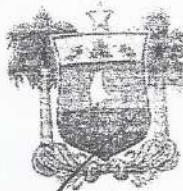
CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

 TRAUMATOLOGIA
 Ortopedia - Traumatologia
 3635-RN



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 10558 /2018
Admissão: 06/03/2018 08:32:07



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 64158 - EDUARDO DE MACEDO SILVA (27 a 3 m 9 d)

Nascimento: 27/11/1990 Natural: MACAIBA.BRASIL
NIS: 706202553671565 CPF: 10532824431

Sexo: M Cor: PARDA
Prof:

Mae: MARIA DAS NEVES DE MACEDO SILVA Pai:

Endereço: OLIMPIO MACIEL, 57
Bairro: CENTRO

Cidade: MACAIBA

CEP: 59280000 Telefone:

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Unidade: AMBUL. OUTRA

Tipo: REFERENCIADO

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 06/03/2018 08:25:00

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

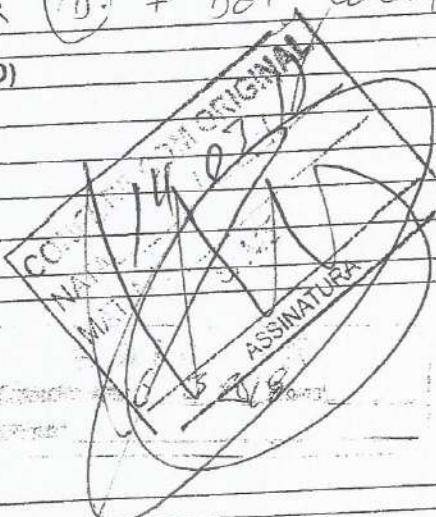
Queixas: queda de moto com trauma em clavícula d

Hora: _____

Paciente relata história de queda de moto (sic), há ± 4 horas, portava capacete, e) Trauma em Ombro direito e crepitação em clavícula (1) + dor local.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E



OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Relatório Hospitalar de Epidemiologia

06/03/18

Saída: _____

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Gerado via SX por FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ. Impresso em 06 de Março de 2018.



DOCUMENTO ESPECIALIZADO 2:

COM IESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

OUTROS

LUDGUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTACÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica À Revelia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / / HORA:

Entregue à família

com Atestado S.V.O. I.T.E.P.

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação.

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica À Revelia

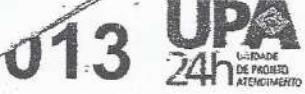
Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / / HORA:

Entregue à família

com Atestado S.V.O. I.T.E.P.



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA



BAM - BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO - N° 008936-18-8

MATRÍCULA: 2014.29789-9 DATA: 06/03/2018
NOME: EDUARDO DE MACEDO SILVA HORA: 05:31:28
IDADE: 27 (a) e 3 (m) DATA DE NASC.: 27/11/1990 NOME DA MÃE: MARIA DAS NEVES DE MACEDO SILVA
SEXO: M(x) F() TELEFONE: (84) 99189-0338 COR: PARDO ESTADO CIVIL: CASADO
RG: 2.721.672 EMISSÃO: 26/05/2006 CPF: 105.328.244-31 CARTÃO SUS: 706202553671565
PROFISSÃO: Não definido ESCOLARIDADE: ENSINO MEDIO
END.: RUA OLÍMPIO MACIEL, nº 57
BAIRRO: CENTRO ZONA: URBANA CIDADE: MACAIBA
PONTO DE REFERÊNCIA: PX.AO POSTO DE SAUDE CEP: 59.280-000
ACOMPANHANTE: AMIGO-JOSE

QUEIXA PRINCIPAL: QUEDA DE MOTO + DOR INTENSA EM MSD

HÁ QUANTO TEMPO: 06/03/2018

DIABETES: SIM() NÃO(X) NÃO SABE() HAS: SIM() NÃO(X) NÃO SABE() ETILISTA: SIM() NÃO(X) SOCIALMENTE()
ALERGIA: SIM() NÃO(X)
GESTANTE: SIM() NÃO(X)
TABAGISTA: SIM() NÃO(X)

MEDICAÇÕES EM USO:

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM() NÃO(X)

NOTIFICAÇÃO: SIM() NÃO(X)

É CADASTRADO(A) EM ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE? SIM(x) NÃO() QUAL: ESF JOSE COELHO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO

PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADO EM CADEIRA DE RODA RELATA QUEDA DE MOTO + DOR INTENSA EM MSD

SINAIS VITAIS DA CHEGADA

HORA: 05:35 TA: 140,0x80,0 PULSO: ALTURA: PESO:

RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: HGT:

ESCALA DE DOR: (x) 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10

ENFERMEIRA: KAMILA ROBERTA MEDEIROS FELIX

Assinatura e Carimbo profissional

Evolução médica

Ombro do bate

CONFIDENCIAL

NADA

DATA:

ADMINT.

Dra. Rosenata Cléide

Médica

CRM - 4197

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO: *Lombalgia*

Assinatura e carimbo do Médico

Autenticação: 93ac4796873cffb7ce64c8b2971de778

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ALUÍZIO ALVES
Av. Estrada de Jundiaí, 100
CENTRO - CEP: 59.280-000 - Fone: (84) 3271-4204

Página: 1



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

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES			
3 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	4 - CNES			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PROTOCOLO			
Eduardo de Macedo Silva				
7 - CARTÃO NACIONAL SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO		
	27/11/1990	MASCULINO		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)	13 - BAIRRO	14 - MUNICÍPIO	15 - UF	16 - CEP
Olumpes Maia	Centro	Natal	RN	50280000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fratura de clavícula direita
Permeável de rotura cirúrgica

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

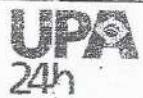
Rx + S - finos

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
	542.0		
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Ortopédico de ferro e clavícula			Fábio S. Pereira
28 - DT SOLICITAÇÃO	29 - CNS / CPF	30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
		Fábio S. Pereira CRM/RN - 6944	Ortopedia
20.01.015.0	Ortopédico Eletrônico	029.549.854-45	CRM/RN - 6944

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

32 - ACIDENTE DE TRANSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	39 -
40 - ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL		DESCRÍPCAO / CLASSIFICAÇÃO MÉDICA/LEGAL	
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - () GRAVE	44 - () GRAVÍSSIMA
AUTORIZAÇÃO			
45 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ABA)	
46 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.		
47 - CNS / CPF	52 -		
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		

010.019.107.019
As práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde e os valores éticos e humanitários.



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAÍBA - RN
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
(UPA) UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-ALUÍZIO ALVES
AV. Mônica Dantas S/N Centro; Macaíba- RN Tel.: 3271-6500
CNPJ: 11.303.093/0001-40

RECEITUÁRIO

NOME: Edmar de Souza Almeida

Dr Hélio Wolfsberg
Tencorão - 1º em
curva suave de Fratura
de Coluna D. em corte
de moto

Dra. Renata Cleide
Médica
CRM - 4197
06/03/2018

DATA: / /

Médico - CRM

CRM - 4197
NATAL - 02/18
CRM - 4197

SINISTRO 3180249270 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EDUARDO DE MACEDO SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO ARUANA SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO EDUARDO DE MACEDO SILVA

CPF/CNPJ: 10532824431

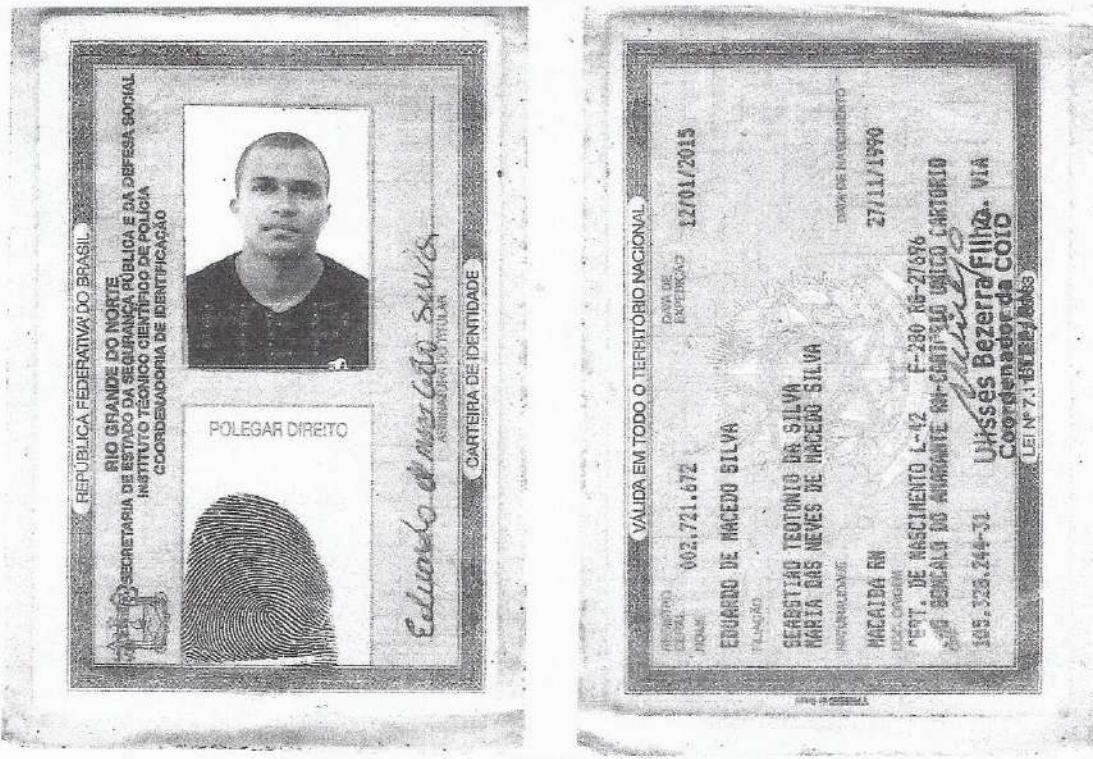
Posição em 11-04-2019 09:19:48

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
03/08/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

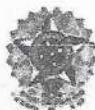
Quesitos

- 1- Quais as lesões sofridas pelo autor?
- 2- As lesões decorreram de acidente de veículo?
- 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente?
- 4- Totalmente ou em parte?
- 5 - Em que percentual?
- 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho?
- 7- A incapacidade é temporária ou permanente?
- 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral?
- 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta?
- 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão para a capacitação laborativa é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
105.328.244-31

Nome
EDUARDO DE MACEDO SILVA

Nascimento
27/11/1990

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
D27F.5DAE.D754.B770

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 11:07:31 do dia 10/12/2014 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - COTAS DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Av. Mermaz, 150, Bairro, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
NPI 08 324 810/001-81 | Inscrição Est. 2005109-3 | www.cenerj.com.br

DADOS DO CLIENTE

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SANTA TEREZINHA, 26

CPF 074 694 004-19

SERRINHA DE CIMA/ÁREA RURAL
SÃO GONÇALO DO AMARANTE/RN

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO MÊS/AÑO
7008407112 04/2018

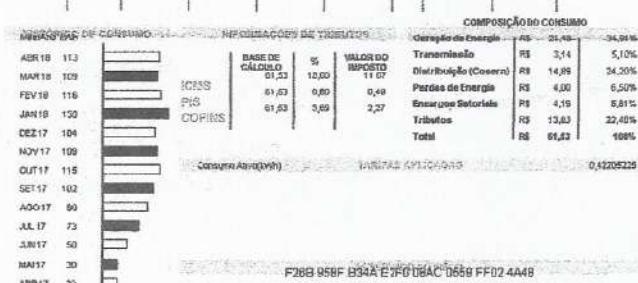
Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
005482413	UNICA	23/04/2018	21/05/2018	23/05/2018
APRESENTAÇÃO:	NP.DA CLIENTE	NP.DA INSTALAÇÃO	TOTAL A PAGAR (R\$)	
23/04/2018	301017583	2148175	77,46	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO		QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)		113.000000	0,54451326	61,53
Contribuição Iluminação Pública				12,75
Multa por atraso-NF	001078388 - 22/01/18			1,42
Juros por atraso-NF	001078388 - 22/01/18			1,14
Ajustação do IGP-MF	001078388 - 22/01/18			0,02

TOTAL DA FATURA

7746

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (W/H)
214038675	CNT	23/03/2018	LEITURA 177000	23/03/2018	LEITURA 185300	83	1,00000	113,00



ATENÇÃO! A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Concours à rôle permanent de la fonction publique territoriale

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos repositórios de restrição de crédito do SPC e SPCB, com abrangência nacional. Esta comunicação não substitui a ação da demanda judicial ou administrativa devidamente devidas.

Não existem débitos de 2017 e
2018 arrolados. Essa declaração, no
entanto, para comprovação do
cumprimento das obrigações do
consórcio, as quitações das
faturamentas mensais (Art. 4º
Lei 12.007/09). Esta declaração
não abrange débitos de
participantes que tenham
dívidas nem faltas em discussão
judicial que poderão ser
coincidentes no final do processo.

FATURAMENTO E PROJECÇÃO DE VENDAS					TÉRMINO NOME/RAZÃO
CE-RELATIVO	VALOR APROXIMADO	LÍQUIDO ESTIMADO	LÍQUIDO PROJEÇÃO	UNITE JAN/FEV/16,30	
EVIN	0,00	7,97	16,24	30,69	
EVIT	0,00	6,39	10,00	0,00	
EVUE	Límite DICR 18,50	EURO - Valor fixo da Unidade Sist. de Distribuição + R\$ 22,36			

卷之三

7008407112 04/2018 21/05/2018 77.46
CONTA CONTRATO MÉS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)
83850000000-8 77460038407 00840711220-5 00968144153-8

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES
<https://pj.e.tjrn.jus.br:443/pj1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=1904121157203330000040479801>
Número do documento: 1904121157203330000040479801

Núm. 41853118 - Pág. 2

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, EDUARDO DE MACÊDO SILVA, brasileiro, solteiro, manteleteiro, com RG sob o nº 002.721.672 SSP/RN, com CPF sob o nº 105.328.244-31, residente e domiciliado à Rua Santa Terezinha, nº 26, Serrinha – São Gonçalo do Amarante/RN – CEP: 59290-000.

Declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não tendo condições de arcar com às 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, 06 de novembro de 2018.

**Eduardo macêdo silva*

EDUARDO DE MACÊDO SILVA.

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, homônima ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

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

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

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

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

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

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

JOÃO FIGUEIREDO

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

I - CONTRATANTE: EDUARDO DE MACÉDO SILVA, brasileiro, solteiro, marteleteiro, com RG sob o nº 002.721.672 SSP/RN, com CPF sob o nº 105.328.244-31, residente e domiciliado à Rua Santa Terezinha, nº 26, Serrinha – São Gonçalo do Amarante/RN – CEP: 59290-000.

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 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:

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 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.

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.

Obs: em caso de falta/ou ausência não justificada por parte do CONTRATANTE aos atos judiciais ou administrativos, este fica ciente da multa do art. 334, § 8º do CPC.

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 128/2015 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 receber-las em juízo, ou fora dele, ao final da ação, ou promover a competente execução em seu próprio nome, ou em nome do CONTRATANTE, nada tendo este a reclamar ou receber.

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

VII - DA COBRANÇA:

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

VIII - DO FORO:

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

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

Parnamirim/RN, 06 de novembro de 2018.

x Eduardo de Macêdo Silva
CONTRATANTE


JOÃO ROBERTO F. DAS NEVES

Testemunha

Ana Louiza Gonçalves Simplicio
CPF: 097.273.484 - 83

Testemunha

marina caixas Bezerra
CPF: 704.452.384 - 30