

MS

MÚCIO SANTOS
Advocacia Et Consultoria

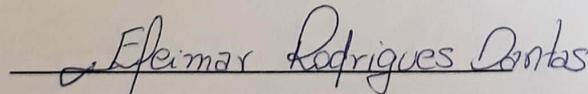
PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: **ELCIMAR RODRIGUES DANTAS**, brasileira, solteira, desempregada, portadora de cédula de identidade nº 003.869.629 SSP/RN, inscrita no CPF sob o nº 088.760.244-41, residente e domiciliada à Rua Primo Martins, n. 33, Silvio Bezerra de Melo, Currais Novos/RN - CEP: 59.380-000.

OUTORGADOS: **JOSÉ MÚCIO DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RN 11.368, ambos com endereço profissional na Rua Lula Gomes, 352, Centro, Currais Novos/RN - CEP: 59.380-000, Celular (84) 9.9934-7434, e-mail: j-mucio@hotmail.com, onde recebem intimações e comunicações deste feito.

PODERES: Com poderes das cláusulas "**AD JUDICIA**" "**ET EXTRA**", e com poderes para confessar, transigir, desistir, fazer acordos, requerer medidas preventivas e assecuratórias de direito, defender os interesses do outorgante em qualquer júízo, foro, instância ou tribunal inclusive Justiça Federal, repartições Públicas, federais, estaduais, municipais e autarquias, propor e variar de ações, agravar, apelar e interpor recursos livremente, praticar e assinar tudo o mais que se tome necessário em defesa de seus interesses e direitos, poderes de renúncia, inclusive substabelecer este em que lhe convier, o qual dá, desde logo, por firme e valioso.

Currais Novos/RN, 11 de Julho de 2019.



ELCIMAR RODRIGUES DANTAS

OUTORGANTE

Rua Lula Gomes, 352, Centro, Currais Novos/RN - CEP: 59.380-000.

CEL (84) 9-9934-7434 E-mail: j-mucio@hotmail.com

Scanned by CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE PERÍCIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO-II



POLEGAR DIREITO



Elicimar Rodrigues Dantas
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL NOME: 003.869.629
NOME: ELCIMAR RODRIGUES DANTAS

DATA DE EXPEDIÇÃO: 14/12/2017

FILIAÇÃO: ZILMAR RODRIGUES DANTAS

DATA DE NASCIMENTO: 02/09/1990

NATURALIDADE: PICUI-PB

DOC. ORIGEM: CERT. DE NASCIMENTO L-2016 F-54 RG-14785
PICUI-PB-CARTÓRIO UNICO-CARTÓRIO

CPF: 088.760.244-41

ASSINATURA DO DIRETOR: Josébas Ferreira do N. Junio
ASSINATURA DO DIRETOR: Josébas Ferreira do N. Junio

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

4916 013 8009-0

PROTOCOLO RECEBIDO
05 JUL, 2018
POLÍCIA DE SEGURANÇA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012824751128
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COO RENAVAM 2016 600003097 EXERCÍCIO
0109743742-3 00/00000000 2016

NOME
ZILMAR RODRIGUES DANTAS

CPF/CNPJ
23628090482

PLACA
QFR4767/PB

PLACA ANT./UF NOVO PB 9C2KC2500GR006918

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLE/NGO APLIC GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD
HONDA/CG 160 START 2016 2016

CAP/POT. cil CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 9/162 /CI PARTIC VERMELHA

IPVA PAGO EM	VENC. COTA ÚNICA	VENC./COTAS
05/10/2016	1ª	
FLUXO/PVZ	PARCELAMENTO/COTAS	2ª
*****	0	3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 05/10/2016

OBSERVAÇÕES
A.F BV FINANCEIRA S.A.

PICUI-PB LOCAL DATA
41581 18/10/2016

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012824751128 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2016 18/10/2016

VIA 1 CPF / CNPJ PLACA
23628090482 QFR4767/PB

RENAVAM MARCA / MODELO
01097437423 HONDA/CG 160 START

ANO FAB CAT. TARIF Nº CHASSI
2016 9 9C2KC2500GR006918

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
*****	SEGURO	P A G O

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO	05/10/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

31054-1121155-20161018

MAI-2016

PROTOCOLO
RECEBIDO
05 JUL. 2018
ANUALM @COLUNA 9/A



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

17-6-P




Lilian Rodrigues Dantas
IDENTIFICADORA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.478.401 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/2017

NOME ZILMAR RODRIGUES DANTAS

FILIAÇÃO JOÃO RODRIGUES DANTAS
MARIA DO CARMO DANTAS

NATURALIDADE PICUI-PB

DOC ORIGEM PICUI-PB

DATA DE NASCIMENTO 19/07/1955

NASC. N. 11385 FLS. 115 LIV. A-30
CPF. CAPTORIO PICUI-PB
236.280.904-82

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
Cidade: Mairama 29/08/83

B +

PROTÓCOLO RECEBIDO
05 JUL. 2018
MIRIAM ESCOBAR DA



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Zilmar Rodrigues Dantas,
RG nº 4.478.401, data de expedição 23/09/2017 Órgão
_____, portador do CPF nº 236250.904-82, com domicílio na
cidade de Picuí, no Estado de Paraíba, onde
resido na _____ (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Demétrio Leal, nº 70,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Zilmar Rodrigues Dantas, cujo o condutor era
Zilmar Rodrigues Dantas.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda / C.B. 160 START.
Ano: 2016 / 2016.
Placa: R.F.P. 4767 / P.B.
Chassi: 9C2KC2500GR006918
Data do Acidente: 05/02/2018.
Local e Data: Picuí, PB 18/05/2018



Zilmar Rodrigues Dantas
Assinatura do Declarante (reconhecer firma por **AUTENTICIDADE**)



Efeimar Rodrigues Dantas
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

088.760.244-43

Nome completo da vítima

Eluimar Rodrigues Dantas

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Eluimar Rodrigues Dantas		CPF titular da conta 088.760.244-43	Profissão REPOSOU
Endereço Rua: Tomaz Silveira		Número 144	Complemento
Bairro CENTRO	Cidade CURRAIS NOVOS	Estado RJ	CEP 59380000
Email Não possui			Telefone (DDD) (84) 99653-1020

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR SEM RENDA ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO _____

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
4916 8.009 0
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

natal, 05 de julho de 2018

Local e Data

x Eluimar Rodrigues Dantas

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Luiz Victor do Góes

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Govorno 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: 2ª DELEGACIA DE POLÍCIA DE PARNAMIRIM
Endereço: RUA LAGOA SALGADA, 10, NOVA PARNAMIRIM, PARNAMIRIM

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

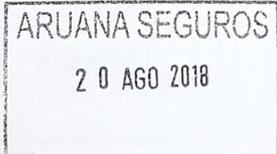
1.1 Protocolo: J2018024001155
1.2 Data de Expedição: 28/05/2018 08.53.23
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/MULHER
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 05/02/2017 05:00:00
2.2 Autoria: Conhecida
2.3 Fato: Consumado
2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Outros
2.6 Tipo do local: Urbano
2.7 Logradouro: AVENIDA PETRAKELLI
2.8 Número: SN
2.9 CEP:
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: NOVA PARNAMIRIM
2.13 Cidade: PARNAMIRIM
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ELCIMAR RODRIGUES DANTAS
3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Nome Social:
3.4 Pai:
3.5 Etnia: Sem Informação
3.6 Mãe: ZILMAR RODRIGUES DANTAS
3.7 Sexo: FEMININO
3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF: 08876024441
3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade:
3.12 Data de Nascimento: 02/09/1990
3.13 Profissão: ESTUDANTE
3.14 RG: No informado
3.15 Telefone(s): 84 996531020
3.16 Passaporte:
3.17 Número: 144
3.18 Naturalidade: PICUI/PB
3.19 Bairro: CENTRO
3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.22 Logradouro: RUA TOMAZ SILVEIRA
3.23 Cidade: CURRAIS NOVOS
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. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS VEÍCULOS)

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DP NA DATA DE HOJE E INFORMOU QUE EM DATA, HORA E LOCAL SUPRACITADOS CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACAS QFR 4767/PB, CHASSI 9C2KC2500GR006918, RENAVAM 0109743742-3, ANO DE FAB/MOD 2016/2016 EM NOME DE ZILMAR RODRIGUES DANTAS; QUE AO PASSAR POR UM QUEBRA MOLAS PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, SENDO ARREMESSADA AO SOLO; QUE FOI SOCORRIDA POR TERCEIROS E CONDUZIDA AO PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL CLÓVIS SARINHO EM NATAL/RN; QUE COM O IMPACTO DA QUEDA TEVE FRATURA EXPOSTA NA PERNA ESQUERDA, PASSANDO POR UMA PRIMEIRA CIRURGIA NESSE HOSPITAL ONDE PERMANECEU INTERNADA POR MAIS DE QUINZE DIAS; QUE POSTERIORMENTE FOI SUBMETIDA A UMA NOVA CIRURGIA NO ESTADO DA PARAÍBA; DEPOIS, NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS

Data do Complemento: 08/08/2018
Usuário: 75.447-1 - CARLOS ALBERTO DANTAS DE ASSIS
Complemento:

RETIFICAÇÃO: DATA/HORA DO FATO; ONDE SE LÊ 05/02/2017 AS 05:00 HORAS LEIA-SE: 05/02/2018 ÀS 05:00 HORAS.

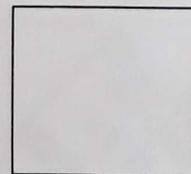
11. DECLARAÇÃO

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

Data 28/05/2018 08.53.23

Policial

Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1943448 - RODEVAL FRANCISCO DE SALES
Impresso por: 75.447-1 - CARLOS ALBERTO DANTAS DE ASSIS em 08/08/2018 17:11:19

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Scanned by CamScanner



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Luís Victor de Souza inscrito (a) no CPF/CNPJ 016.803.424 / 79, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Elumair Rodrigues Dantas inscrito (a) no CPF sob o Nº 088.760.244 / 43, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Elumair Rodrigues Dantas, inscrito (a) no CPF sob o Nº 088.760.244 / 43, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

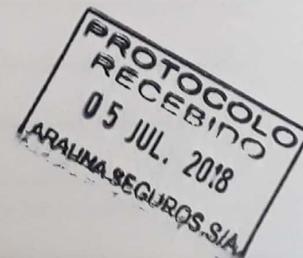
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua do Alcaário</u>		Número <u>335</u>	Complemento
Bairro <u>JK</u>	Cidade <u>LUTAIAS NOVAS</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59380000</u>
Email <u>Reginaconunios@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(84) 998559303</u>

Natal , 05 de 07 de 2018
Local e Data

Luís Victor de Souza
Assinatura do Declarante



DLDR.001 V001/2017



PROCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0304398/18
Vítima: ELCIMAR RODRIGUES DANTAS
CPF: 088.760.244-41

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 05/02/2018
Titular do CPF: ELCIMAR RODRIGUES DANTAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

3180385199

Sinistro

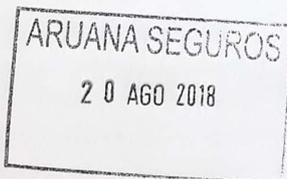
- Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ELCIMAR RODRIGUES DANTAS : 088.760.244-41

- Autorização de pagamento
Comprovante de residência

LUCAS VICTOR DE SOUZA : 016.803.424-79

- Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração



ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 20/08/2018
Nome: LUCAS VICTOR DE SOUZA
CPF/CNPJ: 016.803.424-79

Data do cadastramento: 20/08/2018
Nome: PRISCILA FLORENCIO DA SILVA
CPF: 017.192.214-05

Lucas Victor de Souza
LUCAS VICTOR DE SOUZA

Priscila Florencio da Silva
PRISCILA FLORENCIO DA SILVA





HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

Felipe Tiago Gomes

R. Francisco Pereira Gomes, 16 - Monte Santo

Cep: 58.187-000 - Picuí - Paraíba

Telefone: (83)3371-2664/ 3371-2990.

CNPJ: 03.616.174/0001-86

RECEITUÁRIO MÉDICO

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS FINEIS QUE, CHEGAR RODRIGUES DANTAS, SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TÍBIA ESQUERDA, FIXADO COM FURTO E PARAFUSOS NA ± 2 ANOS. NO MOMENTO ADIACENTA LIMITADA FUNCIONAL DE ± 10 (dez) % DA FURTO DO M.I.E.

Dr. Raiton Marinho da Costa
ORTOPEDISTA - T2OT 12188
CRM-PB 3995 / CRM-PE 13199
31.05.19

Data: _ / _ / _

Carimbo e assinatura do médico

AO RETORNAR TRAZER ESTA PRESCRIÇÃO





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 5732 /2018
Admissão: 05/02/2018 05:54:10

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: **60225 - ELCIMAR RODRIGUES DANTAS** (27 a 5 m 3 d)

Nascimento: 02/09/1990 Natural: CURRAIS NOVOS.BRASIL

Sexo: F Cor: SEM INFORMACAO

CNS: CPF: 08876024441 Prof:

Mãe: ZILMAR RODRIGUES DANTAS Pai:

Logradouro: SAO MIGUEL DOS CARIBES, 4453

CEP: 59086500

Bairro: NEÓPOLIS

Cidade: NATAL

Telefone: 84.99456335

Compl: - ATE 1719/1720

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 05/02/2018 05:50:48

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: ACD. DE MOTO, TRAUMA EM PÉ ESQ.

Hora: _____

Situa de queda de moto. Negro desvio em joelhos, pernas e punho.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

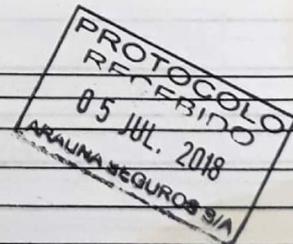
A VAPores se color cervical

B MVD e AIT. SIRA

C Pulso. Junt

D ECG 75

E Exame físico - MMSS e MMII, de fite e peras



OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Notas re alterações

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL, 09/102/2018

NATAL

SAME

ASSINATURA

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

BOLETIM OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Walcir Melo dos Santos* Reg. Nº
Diagnóstico pré-operatório: *Calcanhar de fratura*
Indicação terapêutica: *artroscopia* Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: *05/02/18* Início: Término: Duração:
Operador: *[Signature]* CRM/CRO:
1º Auxiliar: CRM/CRO:
2º Auxiliar: CRM/CRO:
Instrumentador:
Anestesista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

*1) Anestesia com fratura de bacia em duble canal sem
ponto
2) punção bacia lateral, artroscopia
3) fratura estiva
4) sutura*

[Signature]

*Dr. Camil Percebo de A. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5647*

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL *09/02/2018*
MAT. Nº *[Signature]* SAME
ASSINATURA

PROTÓCOLO RECEBIDO
05 JUL, 2018
ARALINA REQUERES S/A

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



ANAMNESE

Adulta intra utero de trauma em ME

EXAME FÍSICO

No fua Exame pena e

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Neurosurtores me st oticosa

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

Ao cl.

LABORATÓRIO

AMARO ALVES CRM 5433

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Ceftriaxona 2g EV

Tramadol 100 EV
SP 100

Anticoag.

AMARO ALVES CRM 5433

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

700

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 09/10/2018
MAT. N. /

SAME

ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

Outpatient

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.

AMARO ALVES CRM 5433

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.





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

RELATÓRIO DE
HISTÓRIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome

Elcomar Rodrigues Jantas

Leito:

Idade:

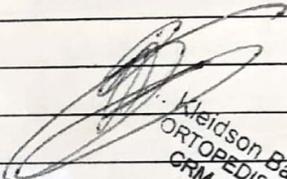
Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

Hora:

Paciente internado de acidente
de moto apresentando
fraturas expostas das
costas da perna (E).


Kleudson Bastos
ORTOPEDISTA
CRM 4421

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 09/10/2018
MAT. Nº _____
SAME
ASSINATURA

PROTÓCOLO
RECEBIDO
05 JUL, 2018
ARAFINA ENQUROS S/A



CONTROLE DE SINAIS VITAIS

NOME: Eliezer Rodrigues Duarte IDADE: 27 anos Nº REG: _____
 CNS: _____ ENFª: _____ LEITO: _____

DATA	HORA	PULSO	TEMPERATURA	P. A.	RESPIRAÇÃO	OBSERVAÇÕES
10/02/18	08:00	-	36°C	100/60		
10/02/18	12:00		36,5	110/70		
10/02/18	17:00		36°C	110/70		
11/02/18	09:00		36°C	120/90		forne + Sulfite + Dext
11/02/18	18:50		36,5	110/70		Criciça
12/02/18	12:00		36,5	90x60		Anticonvulsivo
12/02/18	15:00		36,5	100x60		Suave
13/02/18	10:30	5 5 5		110/70	36°C	Resposta
13/02/18	18:00			110 x 70	36,7°	Amônia + Biorca
14/02/18	10:00	Não responde		110/70	36,2°C	Nº 1. Biorca
14/02/18	18:00	N	-	110x70	36,7°C	Biorca + Vitamina
15/02/19	9:4	N	-	100x60	36°C	gdy

PROTOCOLO
 RECEBIDO
 05 JUL. 2018
 ARAJUNA MAGNUS S/A





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DR. MARIANO COELHO
Currais Novos/RN

PROTÓCOLO
RECEBIDO
05 JUL 2018
ARAUNA SEGUROS S/A

Nome: *Elcio Rodrigues* Idade: *27 anos* Nº Reg.:
Serviço: Enfº.: Leito:

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Data	Toda anotação deve ser assinada pelo profissional que a faz
09/07/18	<p>1º D.H.</p> <p>Paciente sofreu acidente automobilístico há 7 dias em trânsito exposta em filar e fibula resaca atendido de urgência no H. Welker e após realização cirurgia com fixação de placas, após término da cirurgia em ortopedias do estado. Receber alta à pedido da família cd Interação Hospitalar para uso de Antidolorificos sempre venoso.</p> <p>Psiquiatria CRM 6089 Janiceia L. Simplicio Lins</p>
10/07/18	<p>2º D.H.</p> <p>Paciente com quadro estável, não é capaz de permanecer, não foi necessário uso de Tráqueia, hoje vive em contato com sua genitora, pode fazer transferências para Praia - PB, para visitas ao origem.</p> <p>Hid. Gástrica em Filar e fibula cd Interação Comunitária</p> <p>Psiquiatria CRM 6089 Janiceia L. Simplicio Lins</p>
11/07/18	<p>3º D.H.</p> <p>Paciente com quadro estável, se refere dor intensa à noite, não necessita de uso de Sonda, não é capaz de permanecer.</p> <p>Exame em coxa esquerda, presença de edema em parte superior.</p> <p>Paciente com completa dependência em relação ao cuidador.</p> <p>cd Montagem Raio X de pé (E)</p> <p>Psiquiatria CRM 6089 Janiceia L. Simplicio Lins</p>



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
 HOSPITAL DR. MARIANO COELHO - Currais Novos/RN
 Av. Teotônio Freire, 813 - Fone: 3405-3260/ 3405-3261

NOME: <u>Elcimar Rodriguez Dantas</u>	IDADE: -	Nº REG.: -
SERVIÇO: -	ENF.: -	LEITO: <u>F3</u>

EVOLUÇÃO

TODA ANOTAÇÃO DEVE SER ASSINADA PELO MÉDICO QUE A FAZ

14/02/18 Paciente em 6º DSH. Diurese e evacuação preservadas. Sono preservado. Nega febre. Refere dor em membro inferior lesado.

AO EF: REG, orientada, hidratada, normocorada
 cd: - Manter analgesia;
 - Aguardando transferência para Pívi (previsto p/ 15/02)

Dr. Raulofo Brito
 MR CIRURGIA GERAL
 CRM/RN 9044
 Acd. Roberto Bezerra

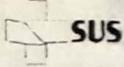
15/02/18 Paciente em 7º DSH. Evoluindo bem. Ausência de dor em tibia fraturada. Nega vômito e febre.

AO EF: REG, agnótica, amictíca, afebril, hidratada.
 cd: - Manter analgesia;
 - Transferência hoje (15/02/18) para Hospital de Pívi - PB pl tto com ortopedista.

Dr. Raulofo Brito
 MR CIRURGIA GERAL
 CRM/RN 9044
 Acd. Roberto Bezerra

PROTÓCOLO RECEBIDO
 05 JUL. 2018
 ARAUNA MAGUIROS S/A





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1-NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital Regional Dr. Mariano Coelho		2-CNES 2476487
3-NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE Hospital Regional Dr. Mariano Coelho		4-CNES 2476487

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE Etelmar Rodrigues Dantas		5 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 7018110451017991833		8 - DATA DE NASCIMENTO 02.09.90	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem <input type="checkbox"/> 3
11 - NOME DA MÃE Zelma Rodrigues Dantas		10 - RAÇA/COR	10.1 - ETNIA
13 - NOME DO RESPONSÁVEL Guilherme HALLINSON G. Dantas		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD 013 4311585	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Rua Tomaz Siqueira, nº 144 - Centro			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Corumbá MS		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF RN
		19 - CEP 5938000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente vítima de acidente automobilístico há 7 dias, com fraturas expostas de ossos do pé esquerdo, necessita cirurgia ortopédica no Hospital Regional de Natal.	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Ampliar + Exame físico	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) As acima citadas	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fraturas de tíbia e fêmur	24 - CID 10 PRINCIPAL
25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS



PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Internação hospitalar		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29 - CLÍNICA Corumbá	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO Urgência	31 - DOCUMENTO () CNS (X) CPF	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 027921107432
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SERIE
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

Scanned by CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
 HOSPITAL REGIONAL DR. MARIANO COELHO
 Currais Novos/RN

KG=003.869.629
 LP=14.12.2017
 SSPRN.

PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

NOME: <i>Elimar Rodrigues Dantas</i>		Nº. REG.:
DATA NASCIMENTO: <i>02.09.96</i>	IDADE: <i>27 anos</i>	SEXO: <i>Feminino</i>
PAI: <i>-</i>		
MÃE: <i>Zilmar Rodrigues Dantas</i>		
ENDEREÇO: <i>Rua Tomaz Seivora, Nº 144</i>	CIDADE: <i>CURRAIS NOVOS</i>	
RESPONSÁVEL: <i>Guilherme Herculimson G. Dantas</i>	FONE: <i>3431-1585</i>	
Nº. CARTÃO DO SUS: <i>7081045007998330</i>	Nº. CARTÃO SIS PRÉ NATAL:	
SERVIÇO:	ENFº.:	LEITO:
DATA ADMISSÃO: <i>09/02/2018</i>	ALTA <input type="checkbox"/>	DIAS DE PERMANÊNCIA: <i>15</i>
	ÓBITO <input type="checkbox"/>	TRANSFERÊNCIA: <i>15/02/18</i>
DIAGNÓSTICO INICIAL:	<i>PI Hospital do Rui</i>	
DIAGNÓSTICO FINAL:	<i>Fratura de tíbia e fíbula</i>	

SUMÁRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA, EXAME FÍSICO E TRATAMENTO

Paciente vítima de acidente automobilístico com fratura da tíbia e fíbula, foi admitida no H. Unifor em 09/02/2018, com queixa de dor e inchaço no local da lesão, pois os antepedais estavam quebrados.

Admissão Hospitalar.

PROTÓCOLO RECEBIDO
 05 JUL. 2018
 HOSPITAL REGIONAL DR. MARIANO COELHO





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DR. MARIANO COELHO
Currais Novos/RN

Nome: <i>Elcimar Rodrigues Freitas</i>	Idade: <i>27 anos</i>	Nº Reg.:
Serviço:	Enfº.:	Leito:

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Data: *12/02/18* Toda anotação deve ser assinada pelo profissional que a faz *4º DIH*

Clínica Cirúrgica
 Paciente em seu 4º DIH, sob dieta líquida, estável, refere queixas algóicas na região da base do umbigo durante a noite 11/02/18. Sem presençã de apetite (-), lúcido, orientado, diurese (+) e taquise (-).
 Ao exame REG, insuflações em eixo esquerdo, hidratada, normocorada.
 ACV/AP - NDN
 ABD - Flácido, pl. preservada sem dor a palpção profunda e superficial.
 Id - Mantida
 - Justar analgesia

[Signature]
 DR. RAIMUNDO BRAGA
 MR. CIRURGIA GERAL
 CRM/RN 9044

Data: *13/02/18* *# C* *5º DIH*

Paciente em seu 5º DIH, sob dieta líquida, em REG, refere queixas algóicas na base do umbigo, mesmo sob uso de tramal, sem perturbação pl. ab., diurese (+), normocorada (-), lúcido, orientado.
 Ao exame REG, insuflações em eixo esquerdo, expulso facial, algóica, hidratada, normocorada.
 ACV/AP - NDN
 ABD - Flácido Insól.
 Id - Mantida
 - Justar analgesia para tempo em +
 - Justar analgesia para cuidados de curativos

[Stamp]
 SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE



NOME: <i>Flávia Rodrigues Duarte</i>		IDADE: <i>27</i>	PRONTUÁRIO Nº: <i>91816</i>						
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: <i>Fratura de tíbia</i>		ENFERMARIA: <i>205</i>	DATA DA INTERNAÇÃO: <i>15/02/18</i>						
PRESCRIÇÃO MÉDICA		LEITO: <i>01</i>	DATA ATUAL: <i>15/02/18</i>						
Nº		HORÁRIOS							
1	<i>Dieta líquida com leite e calção</i>	1	2	3	4	5	6	7	8
2	<i>Dieta líquida com leite e calção</i>								
3	<i>Dieta líquida com leite e calção</i>								
4	<i>Dieta líquida com leite e calção</i>								
5	<i>Dieta líquida com leite e calção</i>								
6	<i>Dieta líquida com leite e calção</i>								
7	<i>Dieta líquida com leite e calção</i>								
8	<i>Dieta líquida com leite e calção</i>								
9	<i>Dieta líquida com leite e calção</i>								
10	<i>Dieta líquida com leite e calção</i>								
11	<i>Dieta líquida com leite e calção</i>								
12	<i>Dieta líquida com leite e calção</i>								
13	<i>Dieta líquida com leite e calção</i>								
14	<i>Dieta líquida com leite e calção</i>								
15	<i>Dieta líquida com leite e calção</i>								

PROTÓCOLO RECEBIDO
05 JUL. 2018
ARAUNA SEGUROS S/A

DR. JOSÉ MUCIO DOS SANTOS
Médico
CRM/PE 11141

DR. JOSÉ MUCIO DOS SANTOS
Médico
CRM/PE 11141





GOVERNO DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
Rua Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo
CEP: 58187-000 - Tel.: (83) 3371-2554/2990
Picuí - PB - CNPJ: 08.778.268/0001-60

Nº AIH _____
Nº de Ordem _____
Nº de Reg. 91 816
Nº do Docum. 3544167

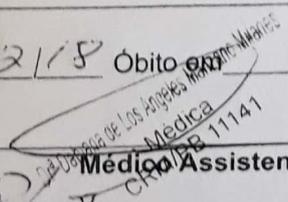
ARQUIVO MÉDICO

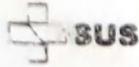
Nome: Elmar Rodrigues Santos
Responsável: Gilmar Rodrigues Santos
Pai: _____
Mãe: Gilmar Rodrigues Santos
Prof.: condutor Data Nasc.: 07/09/90 Idade: 27
Endereço: R: Jomeã Local Nº _____
Bairro: _____ Cidade: Picuí Est. Civil: Solteiro

PREENCHIMENTO MÉDICO

Diagnóstico definitivo: Frat. Tibial
Tratamento efetuado no hospital: Trat. Clínico
Exames realizados: _____
Internado em 15/02/18 Alta em 19/02/18 Óbito 00

Arquivista _____
Médico Assistente Tranquilo P. Trauma





Sistema Único da Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL DE PICUI			2 - CNES 2757710
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
3 - NOME DO PACIENTE <i>Almay Rodrigues Santos</i>			4 - N° DO PRONTUÁRIO <i>91816</i>
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i># 2030490799833</i>	6 - DATA DE NASCIMENTO <i>02/09/90</i>	7 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	8 - RAÇA/COR <i>Parda</i>
9 - NOME DA MÃE <i>Zilma Rodrigues Santos</i>		10 - TELEFONE DE CONTATO DDD () Nº DO TEL.	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL <i>Almay Rodrigues Santos</i>		12 - TELEFONE DE CONTATO DDD () Nº DO TEL.	
13 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) <i>R. Gonçalo Beal, 70</i>			
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Picui</i>	15 - COD. IBGE MUNICÍPIO <i>25140</i>	16 - UF <i>PB</i>	17 - CEP <i>58187000</i>
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente de 27 anos de idade, com história de doença por refluxo ácido e metabólica, em tratamento com medicação, episódio de...</i>			
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Doença de refluxo ácido e metabólica.</i>			
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Rx tórax e abdome superior</i>			
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de tórax</i>		22 - CID 10 PRINCIPAL <i>T023</i>	23 - CID 10 SECUNDÁRIO
24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Ho Médico</i>		26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0308010019</i>	
27 - CLÍNICA <i>Médico</i>	28 - CARÁTER DA INFORMAÇÃO <i>Urgência</i>	29 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/>) CNS () CPF	30 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE <i>700000-272545</i>
31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Roberto Henrique Alves</i>		32 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>15/07/2018</i>	33 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DE REGISTRO DO CONSELHO) <i>11141</i>
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	37 - CNPJ DA SEGURADORA		38 - Nº DO BILHETE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	40 - CNPJ DA EMPRESA		39 - SÉRIE
36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	41 - CNAE DA EMPRESA		42 - CBOR
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	50 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
46 - DOCUMENTO () CNS () CPF		47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PROTOCOLO RECEBIDO
05 JUL. 2018
ANUNIA SEGURADORA S/A



Data da internação: 19/02/2018 Hora: 10:55:43

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES
2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
ELCIMAR RODRIGUES DANTAS

6 - N° DO PRONTUÁRIO
1600814

7 - CARTÃO DO SUS
708104500799833

8 - DATA DE NASCIMENTO
02/09/1990

9 - SEXO
Masc Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
ZILMAR RODRIGUES DANTAS

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE
83 96531020

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)
R SEMEAO LEAL, 70, CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Picuí

14 - Cód. IBGE Município 15 - UF 16 - CEP
251140 PB 58187000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Doar intensas dor abdominal em
para O*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Crônica + dor

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

X

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
fmi.

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
INTERNAÇÃO HOSPITALAR Cirurgia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA
OATO

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO
02

28 - DOCUMENTO
(X) CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
980016285320999

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
OTAVIO FERREIRA JUNIOR

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
19/02/2018

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

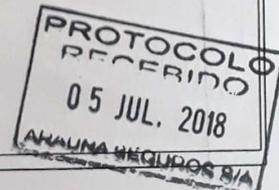
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
/ /

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



ENCAMBIAMENTO

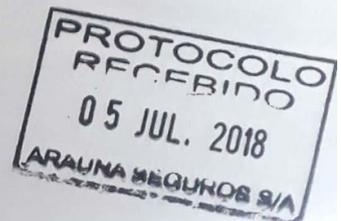
Encamibo paciente ELCINAR
RODRIGUES DA SILVA, 27 anos, para ava-
liar o ortopedista devido
fratura de tíbia esquerda (34012)
já com estabilização externa, sendo
paciente motociclista no carro
de 14 dias.

Internado nesta unidade estando
em uso de ceftriaxona (D7) + Analgésico.

Encamibo p/ melhor cuidado.

Grato, 15/02/18

Dr. Raulo Brito
MÉDICO CIRURGIÃO GERAL
CRM/RN 9044



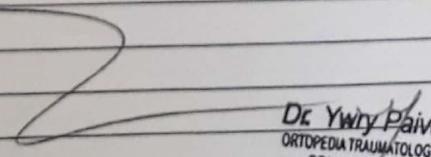


Nome do Paciente <i>Euclimar Romaguera Santos</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>06/03/18</i>	Enf. <i>outro F</i>	Leito <i>3.3</i>	
Operador <i>Dr Felipe Guedes</i>		1º Auxiliar <i>Dr Yury (MR2)</i>	
2º Auxiliar <i>Dr Overton (MR1)</i>	3º Auxiliar <i>-</i>	Instrumentador <i>Fran</i>	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fr Tibia distal (E)</i>			
Tipo de Operação <i>Osteossíntese</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>Fratura fechada 38 dias de evolução</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>SIM</i>			
Acidente Durante a Operação <i>NÃO</i>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Paciente em DDH sob anestesia.*
- 2) Aspirina + Antiagregante + Campos estéril.*
- 3) Incisão mini-ope em fraco anterior na perna (E) + Malão metal (E).*
- 4) Tumor em 4 placas*
- 5) Placas incrementa.*
- 6) Osteossíntese em parte el placa 3,5 bloqueada da IOE + parafusos de escape.*
- 7) Limbo de fo c/ SPO. 9 !*
- 8) Fechamento por placas.*
- 9) Curativo*


Dr Yury Paiva
 ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
 CRM-PB 10.907

PROTOCOLO RECEBIDO
05 JUL. 2018
ARAÚJO HIGIENIZAÇÃO





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
1ª Vara da Comarca de Currais Novos
Avenida Coronel José Bezerra, 167, Centro, CURRAIS NOVOS - RN - CEP: 59380-000

Processo nº 0801868-04.2019.8.20.5103

DECISÃO INTERLOCUTÓRIA

1. **Elcimar Rodrigues Dantas**, qualificado nos autos, ingressou em Juízo, por intermédio de advogada, com **Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório – DPVAT** em desfavor da **Seguradora Líder dos Consórcios Do Seguro DPVAT**, também qualificada, expondo na inicial os fatos e fundamentos em que baseia a sua pretensão.
2. É o relatório. **DECIDO**.
3. Inicialmente, **DEFIRO o pedido de justiça gratuita** formulado na inicial, eis que suficientemente justificado.
4. Outrossim, verifico a presença dos pressupostos processuais subjetivos e objetivos, bem como das condições da ação, razão pela qual **RECEBO a inicial**.
5. Por fim, tendo em conta que é remota a realização de composição antes mesmo da perícia, deixo de aprazar a audiência referida no art. 334 do Novo CPC, ressaltando que inexistente qualquer prejuízo para as partes, tendo em vista que é perfeitamente possível a realização do ato de conciliação/mediação em momento posterior, durante o transcurso do processo.

DISPOSITIVO.

6. De acordo com as razões acima esposadas, **RECEBO a inicial**, **DEFIRO em favor da requerente os benefícios da gratuidade judiciária e DETERMINO a CITAÇÃO da Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT para, caso queira, oferecer defesa em um prazo de 15 (quinze) dias, devendo constar no mandado que, caso não seja apresentada contestação, será decretada revelia, aplicando-se os efeitos legais.**
7. Publique-se. Cumpra-se.

Ricardo Antônio Menezes Cabral Fagundes

Juiz de Direito *em substituição legal*

(Documento assinado eletronicamente, nos termos da Lei nº 11.419/2006)





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
1ª Vara da Comarca de Currais Novos
Avenida Coronel José Bezerra, 167, Centro, CURRAIS NOVOS - RN - CEP: 59380-000

Processo nº 0801868-04.2019.8.20.5103

DECISÃO INTERLOCUTÓRIA

1. **Elcimar Rodrigues Dantas**, qualificado nos autos, ingressou em Juízo, por intermédio de advogada, com **Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório – DPVAT** em desfavor da **Seguradora Líder dos Consórcios Do Seguro DPVAT**, também qualificada, expondo na inicial os fatos e fundamentos em que baseia a sua pretensão.
2. É o relatório. **DECIDO**.
3. Inicialmente, **DEFIRO o pedido de justiça gratuita** formulado na inicial, eis que suficientemente justificado.
4. Outrossim, verifico a presença dos pressupostos processuais subjetivos e objetivos, bem como das condições da ação, razão pela qual **RECEBO a inicial**.
5. Por fim, tendo em conta que é remota a realização de composição antes mesmo da perícia, deixo de aprazar a audiência referida no art. 334 do Novo CPC, ressaltando que inexistente qualquer prejuízo para as partes, tendo em vista que é perfeitamente possível a realização do ato de conciliação/mediação em momento posterior, durante o transcurso do processo.

DISPOSITIVO.

6. De acordo com as razões acima esposadas, **RECEBO a inicial**, **DEFIRO em favor da requerente os benefícios da gratuidade judiciária e DETERMINO a CITAÇÃO da Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT para, caso queira, oferecer defesa em um prazo de 15 (quinze) dias, devendo constar no mandado que, caso não seja apresentada contestação, será decretada revelia, aplicando-se os efeitos legais.**
7. Publique-se. Cumpra-se.

Ricardo Antônio Menezes Cabral Fagundes

Juiz de Direito *em substituição legal*

(Documento assinado eletronicamente, nos termos da Lei nº 11.419/2006)

