TJRN
PJe - Processo Judicial Eletrônico

18/09/2019

Número: **0804064-59.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**
Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal**
Última distribuição : **05/06/2019**
Valor da causa: **R$ 12.656,25**
Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EMERSON CARLOS PEREIRA DA SILVA (AUTOR)	**NADJA KELLY DOS SANTOS (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38731067	05/02/2019 11:09	Petição Inicial	Petição Inicial
38731173	05/02/2019 11:09	Petição de EMERSON- DPVAT	Documento de Comprovação
38731224	05/02/2019 11:09	PROCURAÇÃO	Documento de Comprovação
38731301	05/02/2019 11:09	HABILITAÇÃO	Documento de Comprovação
38731651	05/02/2019 11:09	RELATORIO DE ENFERMAGEM E CENTRO CIRURGICO-ilovepdf-compressed	Documento de Comprovação
38732127	05/02/2019 11:09	DOCUMENTOS LIDER	Documento de Comprovação
38732236	05/02/2019 11:09	DECLARAÇÃO DE PROPRIETARIO	Documento de Comprovação
38732312	05/02/2019 11:09	DECLARAÇÃO DA SAMU	Documento de Comprovação
38732351	05/02/2019 11:09	COMPROVANTE DE RESIDENCIA	Documento de Comprovação
38732374	05/02/2019 11:09	CARTÃO	Documento de Comprovação
38732437	05/02/2019 11:09	BOLETIM DE INTERNAMENTO	Documento de Comprovação
38732598	05/02/2019 11:09	BOLETIM DE ATENDIMENTO	Documento de Comprovação
38732699	05/02/2019 11:09	BO	Documento de Comprovação

SEGUE PETIÇÃO EM ANEXO.

EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DE UMA DAS VARAS CÍVEIS DA COMARCA DE NATAL/RN – a quem esta couber por distribuição legal

EMERSON CARLOS PEREIRA DA SILVA, brasileiro, solteiro, agente penitenciário inscrita no RG sob o nº 1836772 - ITEP/RN e no CPF sob o nº 03537215495, sem endereço eletrônico, residente e domiciliado na Rua Av. Capitão Mor Gouveia, 1135, Ap. 701, torre B, Nossa Senhora de Nazaré, 505, CEP: 59060-400, Natal/RN, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, por meio de suas advogadas que esta subscreve (instrumento de mandado anexo), com endereço profissional para recebimento e intimação/notificaçoes na Rua Marcílio Dias, Igapó, Natal/RN, propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ

Em desfavor de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ: 09.248.608/0001-04, podendo ser citada por intermédio de seu representante legal na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º Andar – Centro, Rio de Janeiro - CEP: 20031205, pelas razões de fato e de direito a seguir expostas.

PRELIMINARMENTE

I - DA JUSTIÇA GRATUITA:

O Requerente declara em sã consciência que não tem condições de arcar com as custas e despesas processuais sem prejuízo do seu próprio sustento e de sua família.

É de ordem pública o princípio da gratuidade da justiça aqueles que não tem condições de arcar

com as custas e despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio e de sua família nos temor da Lei nº 1.060, de 05 de Fevereiro de 1950, nos seus artigos 2º, parágrafo único; 3º e 4º.

Diante do exposto, o benefício da assistência judiciária gratuita, é garantido constitucionalmente, portanto, o Requerente desde já requer este benefício, uma vez que não tem condiçoes econõmicas-financeiros de arcar com as custas processuais, sem prejuízo do sustento próprio e de sus família.

II - DOS FATOS:

No dia 28/09/2017, por volta das 5:45, o demandante conduzia sua motocicleta Honda XRE300, de cor preta, ano 2015, chassi 9C2ND111617, Renavan 01047071002, placa OWF- /RN , no Bairro de Lagoa Nova, na Rua Raimundo Chaves, nas proximidades do Centro Administrativo, onde estava indo em direção ao seu local de trabalho, quando em determinado momento foi atingido por um veículo e arremessado as parades do túnel, sofrendo várias lesões e fratura em punho esquedo, conforme boletim de ocorrência em anexo.

Em virtude desse acidente, o demandante foi atendido pelo SAMU 192 Natal, onde foram realizados os procedimentos de praxe, e em seguida foi encaminhado para o Hospital Walfredo Gurgel, Natal/RN, conforme boletim de atendimento nº 46228/2017, oportunidade na qual permaneceu internado e submetido a exames, vindo o autor a realizar procedimento cirúrgico, consoante descrito nos documentos médicos que seguem anexos e que foram apresentados por ocasião do requerimento administrativo junto à seguradora demandada.

Vale ressaltar Excelência, que o demandante ficou com sequelas, limitações e perda completa da flexão do punho esquerdo, conforme parecer médico em anexo.

Diante desses fatos, a parte demandante procurou receber pela via administrativa os valores a que tinha direito através do Seguro DPVAT. Entretanto, a Ré concedeu apenas R$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos) a título de invalidez permanente, conforme ilustrado pela imagem a seguir.

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SINEC/RN
BENEFICIÁRIO EMERSON CARLOS PEREIRA DA SILVA
CPF/CNPJ: 03537215495

Posição em 05-02-2019 10:12:46

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
05/04/2018	R$ 843,75	R$ 0,00	R$ 843,75

Denota-se legítimo o direito a percepção da indenização e o dever da seguradora de indenizar, pois é este o sentido do seguro, logo, em decorrência do acidente sofrido, não resta outra saída senão socorrer-se ao Judiciário para conseguir a diferença securitária no valor de R$ 12.656,25 (doze mil seiscentos e cinquenta e seis reais e vinte e cinco centavos) a que tem direito em razão da invalidez permanente que vai o acompanhar para o resto de sua vida.

III - DO DIREITO

O Seguro DPVAT foi criado no ano de 1974, pela Lei Federal nº 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que determina que todos os veículos automotores, paguem anualmente uma taxa que garante, na ocorrência de acidentes, o recebimento de indenização tanto no caso de ferimento, invalidez, quanto no caso de morte.

Em seu artigo terceiro elenca-se a cobertura do seguro, vejamos:

> Art. 3º: Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2o desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:
> I - R$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;
> II - até R$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e
> III - até R$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

A Lei em comento determina o pagamento da indenização mediante a SIMPLES ocorrência do acidente e do dano por ele provocado, mas, no entanto, a seguradora procura inviabilizar o DPVAT, fundando suas posições em resoluções e circulares, as quais se encontram em rota de colisão com o dispositivo legal delineado.

O direito à percepção do seguro está expresso no art. 5° da Lei que diz, que demonstrado o nexo causal existente entre o acidente automobilístico e a lesão de caráter permanente na vítima, impõe-se o dever de indenizar, vejamos:

Art. 5º O pagamento da indenização, será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. (destaques acrescidos)

Ademais todos os documentos apresentados a seguradora e acostados aos autos, fazem prova suficiente da incapacidade sofrida pelo Requerente, e que vai lhe acompanhar por toda vida, devendo ser reconhecido o direito a indenização, com juros a partir da citação e correção monetária a partir da entrada em vigor da MP nº 340/2006.

Data que os valores foram congelados e a partir daí, nunca mais teve reajuste, sofrendo a inevitável e progressiva deterioração pela inflação, ao passo que todo ano o valor arrecadado pelo DPVAT que é pago pelo contribuinte, é reajustado, e seu pagamento é obrigatório.

> AGRAVO REGIMENTAL EM APELAÇÃO CÍVEL. SEGURO DPVAT. APLICAÇÃO DA TABELA INTRODUZIDA PELA MP N° 451/08. IMPOSSIBILIDADE. SINISTRO OCORRIDO ANTES DA SUA VIGÊNCIA. CORREÇÃO MONETÁRIA. TERMO INICIAL. DATA DA PUBLICAÇÃO DA MP N° 340. RECOMPOSIÇÃO DA MOEDA. AGRAVO IMPROVIDO.
> 1. A Medida Provisória 451/08, que estabelece uma gradação do valor da indenização a depender da intensidade da deficiência sofrida, não se aplica ao presente caso, eis que posterior à

> ocorrência do sinistro. 2. Aplica-se a correção monetária a partir da publicação da MP n° 340, eis que desde essa data o valor da indenização não se alterou, mas o valor dos prêmios continuou sendo atualizado, propiciando, assim, a recomposição do valor da moeda. 3. Agravo regimental conhecido, mas improvido. (TJDFT, 2ª T. Cível, ac. 487.348, Des. J.J. Costa Carvalho, julgado em 2011).
> APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. ACIDENTE OCORRIDO EM 25/04/07. VALOR DA INDENIZAÇÃO. CORREÇÃO MONETÁRIA. 1. É APLICÁVEL A LEGISLAÇÃO DE REGÊNCIA DO DPVAT DA ÉPOCA DO ACIDENTE, QUE ESTABELECE A INDENIZAÇÃO NO VALOR DE R$13.500,00 PARA A HIPÓTESE DE INCAPACIDADE PERMANENTE, TOTAL OU PARCIAL. 2. A CORREÇÃO MONETÁRIA INCIDE A PARTIR DA VIGÊNCIA DA MP 340/06, SOB PENA DE INACEITÁVEL INJUSTIÇA CONSISTENTE EM VALOR CORROÍDO PELA INFLAÇÃO E AGRAVADA PELOS FREQUENTES REAJUSTES DO PRÊMIO.(TJ-DF - APC: 20080710006606 DF 0000541-65.2008.8.07.0007, Relator: CRUZ MACEDO, Data de Julgamento: 12/09/2012, 4ª Turma Cível, Data de Publicação: Publicado no DJE : 12/07/2013 . Pág.: 154).

Nos processos administrativos realizados pela seguradora, quando realizada a perícia, o que se vê é um enorme caos, um mar de obscuridade, a começar pelos médicos escolhidos pela mesma, pois em geral não são especializados em perícia médica, e são obrigados a seguir um formulário que contém as quantificações definidas em 10%, 25%, 50%, 75% e 100%, ou seja, se a incapacidade de uma pessoa for de 90%, os profissionais têm que marcar 75%, e assim degressivamente, prejudicando as vítimas.

Além dos sérios problemas com a imparcialidade das perícias da seguradora, a mesma, impõe óbices no pagamento administrativo mesmo que a menor, alegando causas banais ou já superadas pelo entendimento jurisprudencial.

Por esses motivos, TODOS os processos administrativos referentes à invalidez permanente e despesas médico hospitalares, são objetos de lide no judiciário, porque a seguradora nunca faz o pagamento correto, ou seja, a seguradora apenas usa o procedimento do pagamento administrativo para atrasar a vítima, e até desmotiva-la.

Portanto, exigir que o beneficiário tenha o trabalho duplo para receber, sem, contudo ser indenizado das despesas que isso gera ao mesmo, é no mínimo ultrajante, pois só beneficia a seguradora na sua gana em enriquecer-se em detrimento da vítima.

Diante de todos esses motivos, não há que se falar também em princípio da causalidade e sucumbência autoral, pois como visto a seguradora historicamente sempre deu muitos motivos para o ajuizamento de ações de cobranças de seguros.

Desta forma, por tudo que foi exposto, não restam dúvidas de que a parte demandante deve ser indenizada pela requerida através do seguro DPVAT, uma vez que preenche todos os requisitos previstos em lei.

IV - DO PEDIDO

Ante o exposto, requer a Vossa Excelência que:

a) Sejam concedidos os benefícios da assistência judiciária gratuita, com base na Lei nº 1.060/50 e alterações posteriores;

b) A procedência do pedido constante na presente ação, para condenar a requerida ao pagamento da indenização no *quantum* de R$ 12.656,25 (doze mil seiscentos e cinquenta e seis reais e vinte e cinco centavos) a que tem direito em razão da invalidez permanente que vai o acompanhar para o resto de sua vida por causa do sinistro narrado;

c) A intimação/citação das demandadas no endereço informado na exordial para comparecer a audiência conciliatória e, caso reste infrutífera a composição, contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão;

d) Requer ainda, que seja nomeado perito, de preferência, locado nesta urbe, para realizar parecer médico e quantificar a sequela permanente que assola o requerente, tudo conforme a parceria firmada entre o TJ e a seguradora Líder (convênio n. 01/2013 de 22 de agosto de 2013);

e) seja a demandada condenada em honorários advocatícios em 30% (trinta) porcento sobre o valor da condenação, mais custas processuais e demais emolumentos;

f) com base na Súmula 54 do STJ, que o valor da condenação seja acrescido de juros e correção monetária retroativa a data do sinistro.

Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos, inclusive por documentos que possam surgir no curso do processo.

Dá-se à causa o valor de R$ 12.656,25 (doze mil seiscentos e cinquenta reais e vinte e cinco centavos).

Nestes termos
Pede deferimento.
Natal/RN, 05 de fevereiro de 2018

NADJA KELLY
OAB/RN 14580

THAISE NELLIGANE
OAB/RN 12520

MAIRILE AMORIM
OAB/RN 14081

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: EMERSON CARLOS PEREIRA DA SILVA, brasileiro, solteiro, agente penitenciário inscrita no RG sob o nº 1836772 - ITEP/RN e no CPF sob o nº 03537215495, sem endereço eletrônico, residente e domiciliado na Rua Av. Capitão Mor Gouveia, 1135, Ap. 701, torre B, Nossa Senhora de Nazaré, 505, CEP: 59060-400, Natal/RN.

OUTORGADAS: Dras: NADJA KELLY DOS SANTOS BEZERRA, brasileira, advogada, casada, inscrita na OAB/RN sob o nº. 14.580, **MAIRILE LAIZE AMORIM PINTO**, brasileira, Advogada, solteira, inscrita na OAB/RN sob o nº. 14.081 e **THAISE NELLIGANE DA SILVA FERREIRA**, brasileira, Advogada, casada, inscrita na OAB/RN sob o nº. 12.520, todas com endereço profissional na Rua Marcílio Dias, n° 286, Igapó, CEP: 59104-260, Natal/RN.

PODERES: O **OUTORGANTE** nomeia e constitui as **OUTORGADAS** suas bastantes procuradoras e advogadas, onde com esta se apresentar, outorgando-lhes os necessários poderes para representá-lo em juízo ou fora dele em qualquer ação em que for autor, réu, assistente, ou oponente, podendo tudo praticar, requerer, assinar, com poderes para transigir, desistir, reconvir, concordar, discordar, ratificar, retificar, dar quitação, receber intimações, renunciar a prazo recursal, acompanhando quaisquer processos em todos os termos e instâncias, representando perante qualquer repartição, autarquia ou órgão federal, estadual, ou municipal, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, requerer a expedição de alvarás, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, firmar termos de primeiras e últimas declarações, impugnar avaliações, firmar plano de partilha, bem como proceder com o saque de créditos e ainda praticar todos os demais atos que se fizerem necessários ao integral cumprimento do presente mandato, para o que confere os poderes contidos na cláusula "*ad judicia*" podendo substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reserva os poderes aqui conferidos.

Natal/RN, 09/08/2018.

Assinado eletronicamente por: NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:08:20, NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:07:23 Num. 38731224 - Pág. 1
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020510460008000000037467995
Número do documento: 19020510460008000000037467995

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

RN

NOME
EMERSON CARLOS PEREIRA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
1836772 ITEP RN

CPF
035.372.154-95

DATA NASCIMENTO
27/01/1980

FILIAÇÃO
DAMIÃO MIGUEL DA SILVA
CLEIDE PEREIRA DA SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
02824754788

VALIDADE
17/03/2020

1ª HABILITAÇÃO
20/05/1998

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1486800215

OBSERVAÇÕES
EAR

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
NATAL, RN

DATA EMISSÃO
13/12/2017

Letícia Maria Galvão Gomes
Coordenador de Registro de Condutores
ASSINATURA DO EMISSOR

11455869326
RN702740924

RIO GRANDE DO NORTE

PROIBIDO PLASTIFICAR
1486800215

RECEBIDO
14 MAR 2018
SINEC-RN

Assinado eletronicamente por: NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:07:24, NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:08:21
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020510470527700000037468069
Número do documento: 19020510470527700000037468069

PRONTOCLINICA E MATERNIDADE
Dr. Paulo Gurgel

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Cameron Carlos Pereira da Silva Nº REGISTRO _____

Data Nascimento 27/01/80 IDADE 37 Sexo M LEITO: _____ Data de Admissão 18/10/17

MÉDICO: Dr. Assis

ADMISSAÕ DO CENTRO CIRURGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? ( )Não (X)Sim inicio 21:00 PESO: 88 Kg Altura: 1,70 cm

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

ALERGIAS: (X)NÃO ( )SIM: nega tudo

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

Consentimento Cirúrgico Preenchido ( )Não (X) Sim

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

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

Anotações de Enfermagem : _____

Conferido informação acima por Sonia Maria Barbosa da Silva Técnica de Enfermagem COREN/RN 1022397 Admitido na sala: 01 Hora ____

ETAPA I: PRÉ -INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Fratura de perna "8"

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 ( ) hemoterapico ( )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 (X)
8. Monitor Multi-Parâmetro ( )
9. Saida de: Oxigênio (X) Ar Comprimido ( ) Vácuo ( )
10. Aspirador cirúrgico disponível e testado (X)
11. Mesa cirúrgica testada (X)
12. Hemoderivados solicitados e reservados ( ) sim ( )Não (X)Não aplicável
13. Paciente tem alergia conhecida ( )sim (X) não

Assinado eletronicamente por: NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:07:26, NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:08:22
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020511082261600000037468404
Número do documento: 19020511082261600000037468404

14.Aparelho de anestesia testado (x) sim ( )não
15.Esterilizações dos instrumentais com indicadores (x) sim ( )não

ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

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

EQUIPE DE ENFERMAGEM

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

INTRA-OPERATORIO

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

Monitorização cardíaca: (x) sim ( )não PNI/Manguito em: MIE Placa neutra: Local: posicionamento

Passado faixa de smarch: Não ( ) sim, em: MSG Inicio _____ Termino _____

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

Infusões: SF0,9%_____ml R.Lactato: 500 ml R.Simples _____ml SG5%_____ml

Drenos: ( ) Penrose nº_____ ( )Porto-vac nº____ ( )Tórax nº_____

Sinais vitais: PA 120x153 mmhg FC 89 bpm Sat: 98 % T:___°C Hora: 16:35

Anestesia: Inicio 15:30 Termino 16:30 ( ) Geral Inalatório ( ) Geral Venosa (x) Sedação ( ) Local
( ) Peridural ( ) Raqui ( )Bloqueio: plexobraquial

IOT: ( ) Não ( ) sim – Cânula nº_____ IOT aramado: ( ) não ( ) sim nº_____
AVP: ( ) não (x) sim 14G, Jelco nº 20 por sangria
Cateter O2: ( )não ( ) sim **SNG:** ( )NÃO ( )SIM Nº____ SVD ( )NÃO ( ) SIM Nº____

Ferida operatória : Curativo limpo e seco
Cultura:_____ Anát.Patológico: ( )Não ( )Sim _____Unid_____
Material Exp[illegible] Maria Barbosa da Silva
Conferido por Técnica de Enfermagem COREN/RN 102097 Intercorrência_____

ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada (x) sim ( )não
Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta, _____
Medicações administradas (anotar horários) Cefazolina, Dipirona, Dexametasona, Ranitidina, Metoclopramida, Ondansetrona

OPME: ( ) NÃO ( ) SIM, qual
1 parafuso cortical nº 35

Assinado eletronicamente por: NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:07:26, NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:08:22
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020511082261600000037468404
Número do documento: 19020511082261600000037468404

Anotações de Enfermagem e Intercorrências

Início da cirurgia: 15:40 Termino da cirurgia: 16:25

CIRURGIÃO: Dr. Assis	ASSISTENTE:	ANESTESIOLOGISTA: Dr. Cristiano
INSTRUMENTADORA: Geraldino	CIRCULANTE: Sonzio	ENFERMEIRA: Edano

URPA (Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

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

GESSO EM: MSD ( ) MSE (X) MID( ) MIE( )

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

ENCAMINHADO: (X) Enfermaria ( ) UTI ( ) Alta Hospitalar ( ) Outros_____

Anotações de Enfermagem :_____

ENCAMINHADO POR: _____ HORA:-_____

Assinado eletronicamente por: NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:07:26, NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:08:22
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020511082261600000037468404
Número do documento: 19020511082261600000037468404

Prontoclinica Dr. Paulo Gurgel

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

MÉDICO: Assis

PACIENTE: Emerson Carlos Pereira da Silva SETOR: 2º LEITO: 307 B

DIAGNOSTICO MÉDICO: ATB (E) IDADE: 37 anos

PROCEDÊNCIA: ( ) DOMICILIAR ( ) HOSPITALAR: QUAL: ——

ALERGIAS: Nega DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES:

EVOLUÇÃO 18/10/17 **HORÁRIO:** 10h

ASPECTO GERAL
(X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO ( ) ALGO ORIENTADO ____
(X) ATIVO (X) REATIVO ( ) HIPOATIVO
( ) HIPERTÔNICO ( ) HIPOTÔNICO
( ) COMATOSO ( ) SEDADO ( ) ANASARCA ( ) EDEMA

ACESSO VENOSO *(Local e data de inserção)*
( ) AVP:
( ) AVC:
( ) Jelco: Sem acesso
( ) Scalp.:

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB
( ) HV
( ) BI
( ) ATB

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

APARELHO CARDIOPULMONAR
(X) EUPNEICO ( ) DISPNEIDO ( ) TAQUIPNÉICO
( ) BRADIPNEICO ( ) TIRAGEM:
( ) RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO:
( ) TAQUICÁRDICO (X) NORMOCÁRDICO ( ) BRADICARDICO

VENTILAÇÃO
(X) O2 AMB ( ) MV____% ( ) HOOD:
( ) ENTUBADO TOT Nº
OBS:

ELIMINAÇÕES
DIURESE
(X) ESPONTÂNEA ( ) SVA A CADA:
( ) HEMATÚRIA ( ) OLIGÚRIA ( ) ANÚRIA
( ) POLIÚRIA ( ) SVD ____/____
ASPERCTO/CARACTERISTICA:

EVACUAÇÃO
( ) ESPONTÂNEA
( ) ESTÍMULO:
(X) AUSENTE no horário DIAS
ASPECTO/CARACTERISTICA:

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

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

DIETA
( ) AO SEIO ( ) ORAL/COPINHO ( ) GTM
( ) SOG/SNG ____/____/____
( ) RESIDUO GÁSTRICO:
(X) ZERO ( ) VOMITO ____ vezes

OBSERVAÇÕES: Admissão: Nega tudo
acidente de moto há 17 dias
Rx com identificação e exames ok

Thayenara Jennifer A. Santos
Enfermeira
COREN RN 4[illegible]39

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 18/10/17 **HORÁRIO:** 18:10

ASPECTO GERAL
(X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO ( ) ALGO ORIENTADO ____
(X) ATIVO (X) REATIVO ( ) HIPOATIVO
( ) HIPERTÔNICO ( ) HIPOTÔNICO
( ) COMATOSO ( ) SEDADO ( ) ANASARCA ( ) EDEMA

ACESSO VENOSO *(Local e data de inserção)*
(X) AVP: MSD
( ) AVC:
( ) Jelco:
( ) Scalp.:

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB
(X) HV
( ) BI
(X) ATB enfalotina

VENTILAÇÃO
(X) O2 AMB ( ) MV____% ( ) HOOD:
( ) ENTUBADO TOT Nº
OBS:

ELIMINAÇÕES
DIURESE
(X) ESPONTÂNEA ( ) SVA A CADA:
( ) HEMATÚRIA ( ) OLIGÚRIA ( ) ANÚRIA
( ) POLIÚRIA ( ) SVD ____/____
ASPERCTO/CARACTERISTICA:

EVACUAÇÃO
( ) ESPONTÂNEA

Assinado eletronicamente por: NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:07:26, NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:08:22
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020511082261600000037468404
Número do documento: 19020511082261600000037468404

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

APARELHO CARDIOPULMONAR
(✓) EUPNEICO ( ) DISPNEIDO ( ) TAQUIPNÉICO
( ) BRADIPNEICO ( ) TIRAGEM: _____
( ) RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
( ) TAQUICÁRDICO (✓) NORMOCÁRDICO ( ) BRADICARDICO

( ) ESTÍMULO: _____
(✓) AUSENTE _____ DIAS
ASPECTO/CARACTERISTICA: _____

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

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

DIETA Aguardo
( ) AO SEIO ( ) ORAL/COPINHO ( ) GTM
( ) SOG/SNG ___/___/___
( ) RESIDUO GÁSTRICO: _____
( ) ZERO ( ) VOMITO _____ vezes

OBSERVAÇÕES: Paciente segue estável, ainda sonolento, devido efeito anestésico. Segue aos cuidados da equipe.

Ana Claudia ... COREN ... Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 18 / 10 / 19 **HORÁRIO:** 23h

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

ACESSO VENOSO ***(Local e data de inserção)***
(✓) AVP: MSE
( ) AVC: _____
( ) Jelco: _____
( ) Scalp.: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA **MEDICAMENTOS/ATB**
(✓) HV _____
( ) BI _____
(✓) ATB Cefalotina

VENTILAÇÃO
(✓) O2 AMB ( ) MV _____ % ( ) HOOD: _____
( ) ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES
DIURESE
(✓) ESPONTÂNEA ( ) SVA A CADA: _____
( ) HEMATÚRIA ( ) OLIGÚRIA ( ) ANÚRIA
( ) POLIÚRIA ( ) SVD ___/___
ASPERCTO/CARACTERISTICA: _____

EVACUAÇÃO
( ) ESPONTÂNEA
( ) ESTÍMULO: _____
(✓) AUSENTE _____ DIAS
ASPECTO/CARACTERISTICA: _____

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

APARELHO CARDIOPULMONAR
(✓) EUPNEICO ( ) DISPNEIDO ( ) 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 ___/___/___
( ) RESIDUO GÁSTRICO: _____
( ) ZERO ( ) VOMITO _____ vezes

OBSERVAÇÕES: Criança em POI, segue para quarto. Realizado Rx pós

Thamyres Nanyele de Araujo Enfermeira COREN 241.275 Carimbo e Assinatura do Enferme

Assinado eletronicamente por: NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:07:26, NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:08:22
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020511082261600000037468404
Número do documento: 19020511082261600000037468404

PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

RELATORIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE Emerson Lopes
APTO.: Nº REGIST.
CONVEN.

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.
18.10.17	15:00	pct erc. ao c.c. com oxaco; O2 1/ex + exames lab — / —	Débora 161022
18-10-17	17:30	Retornou do cc acompanhado por maqueiro de maca, consciente orientado c/ SVP em curso ao pct. 2 frascos sn Rx + exames laboratoriais + AGHT e bolsagem de material urinário —	Maria Edineuza de Sena Araújo Técnica Enfermagem Coren-RN 960865
19-10-17	04:00	Adm Dipirona 1amp + ABD EV + Cefalotina 1g + ABD EV conforme prescrito	Helena Cristina Costa Técnica Enfermagem COREN 79055
19-10-17	06:00	Adm Dipirona 1amp + ABD EV conforme prescrito	Helena Cristina Costa Técnica Enfermagem COREN 79055
19/10/17	08:00	Adm. med. EV Cefalotina 1g + Abd + Voltaren IM conforme prescrito — / —	Elaine Lourenço Nascimento COREN-RN 191153TE
19/10/17	09:00	Pact. saiu de Alta hospitalar acompanhado por parente levando seus pertences pessoais — / — / —	Elaine Lourenço Nascimento COREN-RN 191153TE

Assinado eletronicamente por: NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:07:26, NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:08:22
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020511082261600000037468404
Número do documento: 19020511082261600000037468404

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRONTOCLÍNICA Dr. Paulo Gadelha

PACIENTE: Genaro Carlos Pereira dos santos

APTO/ENF.:

REGISTRO:

CONVÊNIO: SUS

DATA: / /

PRESCRIÇÃO	HORARIOS					
1 Dieta						
Hgm Lona curvé						
65						
Dr. Francisco de Assis F. de Souza Ortopedia - Traumatologia CRM 3635-RN						
1 Dieta						
Dieta livre a partir das 8			SN D			
Dipirona 1000mg Ev			30/09	300		
Cefalotina 1g EV. 8/8h Ev		25/09	08	16		
Ketoprofeno 100mg 12/12h Ev			08			
Metoclopramida 10mg + Dexametasona 8/8h Ev		25/09	08	12	18	
Ranitidina 1000mg Flovent 125mg 8/8h Ev 6/6h				SN		
Cessar			Rotina			
Cuidar da ferida			Atenção!			

Ana Cláudia Bezerra dos Santos Enfermeira COREN-RN 70.075

Dr. Francisco de Assis F. de Souza Ortopedia - Traumatologia CRM 3635-RN

DÉBITOS	
SERINGA 01	
SERINGA 03 cc	
SERINGA 05 cc	
SERINGA 10 cc	
SERINGA 20 cc	
EQUIPO MICROGOTAS	
EQUIPO P/ BI	
EQUIPO P/ SANGUE	
JELCO Nº	
SCALP Nº	
POLIFIX	
LUVA PROCEDIMENTO	
LUVA ESTER. Nº	
GASES PCT	
ESPARADRAPO	
MICROPORE	
PVPI	
ETER	
ALCOOL 70%ml	
ALGUDÃO BOLA	
AGULHA DESC.	
CREPOM Nº	
ALGODÃO ORTOP.	
CEPACOL ml	
POMADA	
SONDA DE FOLEY	
SONDA URETRAL	
SONDA NASO	
COLETOR FECHADO	
COLETOR ABERTO	
LAMINA BISTURI	
ELETROLDO	
MASC. DESCAT	
SORO FISIO. 0,9%	
FITA HGT	

FARMÁCIA

RECIBO

Assinado eletronicamente por: NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:07:26, NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:08:22
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020511082261600000037468404
Número do documento: 19020511082261600000037468404

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRONTOCLINICA Dr. Paulo Gurgel

PACIENTE: Cleman Carlos Ferreira da Silva

APTO/ENF.:

REGISTRO:

CONVÊNIO:

DATA: / /

PRESCRIÇÃO	HORARIOS					
Alcolit						
Cefalotina 1g 6/6						
Cetoprofeno + Luvas Lorepeg						
ABHQ						

Dr. Francisco [illegible] F. de Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3635-PM

DÉBITOS	
SERINGA 01	
SERINGA 03 cc	
SERINGA 05 cc	
SERINGA 10 cc	
SERINGA 20 cc	
EQUIPO MICROGOTAS	
EQUIPO P/ BI	
EQUIPO P/ SANGUE	
JELCO Nº	
SCALP Nº	
POLIFIX	
LUVA PROCEDIMENTO	
LUVA ESTER. Nº	
GASES PCT	
ESPARADRAPO	
MICROPORE	
PVPI	
ETER	
ALCOOL 70%ml	
ALGUDÃO BOLA	
AGULHA DESC.	
CREPOM Nº	
ALGODÃO ORTOP.	
CEPACOL ml	
POMADA	
SONDA DE FOLEY	
SONDA URETRAL	
SONDA NASO	
COLETOR FECHADO	
COLETOR ABERTO	
LAMINA BISTURI	
ELETRODO	
MASC. DESCAT	
SORO FISIO. 0,9%	
FITA HGT	

RC FARMÁCIA

RECIBO

Assinado eletronicamente por: NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:07:26, NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:08:22
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020511082261600000037468404
Número do documento: 19020511082261600000037468404

PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

PACIENTE: Guerrios Carlos P. da Silva
REGISTRO Nº
CONVENIO
APTO.:
MÉDICO: Dr. Fabio de Barros

EVOLUÇÃO MEDICA

DATA / HORA	DESCRIÇÃO MEDICA
18/10/17	Internado para cirurgia. Dor no joelho.
18/10/17	Realizado cirurgia: ruptura de menisco por compressão.
18/10/17	Pós cirurgia tudo certo + boa perfusão, bem corado, hidratado, eupneico, acordado, ativo, orientado. Queixa: Parestesia no dorso do pé direito + edema do maléolo fibular (pós-op)

Dr. Francisco de Assis F. de Souza
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3635-RN

Dr. Francisco de Assis F. de Souza
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3635-RN

Dr. Francisco de Assis F. de Souza
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3635-RN

PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

CONTROLE HÍDRICO E T.P.R.

APTº

NOME.: Emerson Carlos Ferreira REG.: MÉDICO.: CONVÊNIO.:

DIA	HORAS	PRESSAO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PULSO	DIETA	VÔMITO	DIURESE	EVACUAÇÃO	ASSINATURA
19.10.17	06:00	120x70mmHg	—	36.1°	—	—	—	—	—	[illegible]

Assinado eletronicamente por: NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:07:26, NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:08:22
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020511082261600000037468404
Número do documento: 19020511082261600000037468404

PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclínica da Criança Ltda.

PLANTÃO 24 HORAS
CIRURGIAS - CLÍNICO GERAL
PEDIATRIA - ORTOPEDIA
LABORATÓRIO DE ANÁLISES
PRONTO-SOCORRO - RAIO-X

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordestão Ponta Negra) - Natal/RN

Francisco Carlos
Fraturas da perna

- Paciente fez tratamento cirúrgico de fratura do tornozelo.

Trauma Atual

- Fraqueza muscular com discreto desvio em valgo
- aguarda definição da flexão e dorso flexão do tornozelo e consultar ortopedia pediátrica

Natal,

Dr. Francisco de Assis F. de Souza
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3635-RN

RECEBIDO
1 MAR. 2018
SINEC-RN

Assinado eletronicamente por: NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:07:26, NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:08:22
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020511082261600000037468404
Número do documento: 19020511082261600000037468404

PACIENTE: Gerson Carlos Teixeira da Silva

CIRURGIA(S) REALIZADA(S): Osteossíntese Fratura do Punho E

REG. PACIENTE Nº:

CONVENIO: SUS

COD. PROCEDIMENTO(S):

PRONTOCL Dr. Paulo G

EQUIPE MEDICA		EQUIPAMENTOS / TEMPO DE USO		GASOMETRIA / TEMPO DE USO		
CIRURGIÃO: Dr Francisco de Assis F. de Souza Ortopedia - Traumatologia CRM 3635-RN		BISTURI ELETRICO:		AR COMPRIMIDO:		DATA: 18.10.17
1º AUXILIAR:		CAPINOGRAFO:		GÁS CARBÔNICO:		HORA: :
2º AUXILIAR:		INTENS. DE IMAGENS:		NITROGENIO:		TERMINO: :
3º AUXILIAR:		MONITOR CARDIACO:		O^2 SOB CATETER:		SANGUE:
ANESTESISTA: Dra Anestesiologista CRM/RN 8827		OXIM. DE PULSO:		O^2 SOB PRESSAO:		
INSTUMENTADOR(A):		SERRA ELETRICA:		ÓXIDO NITROSO:		

FIOS CIRURGICO	QTD	80,00 / 20 MEDICAMENTOS	QTD	SORO	QTD	SOLUÇÃO	QTD	OPMES
NYLON 2.0 (2CM)		DIPIRONA	L	ABD 1000ML		ALCOOL 70% 40 ML	1	ARRUELAS
NYLON 2.0 (4CM)	L	DRAMIN B6DL		ABD 10ML		ALCOOL IODADO		CIDEX POR ML
ETHYBOND 2.0		EFEDRINA		FISIOLOGICO 0,9% 1000ML		FORMOL		CIMENTO ORTOPEDICO
CATGUT SIMPLES 5.0		EPINEFRINA		FISIOLOGICO 0,9% 250ML		MATERIAL ORTOPEDICO	QTD	FIO DE KIRSCHNNER
CATGUT CROMADO 1.0	1	FENERGAN 50MG 2ML		FISIOLOGICO 0,9%500ML		ATADURA GESSO		FIO DE LUQUE
VICRYL 0		FUROSEMIDA		GLICOSADO 5% 250ML		ATADURA CREPOM		FIXADOR EXTERNO
PROLENE 2.0		GLICONATO DE CÁLCIO 10%		GLICOSADO 5%500ML		ATADURA DE ALGODÃO		GANCHO
MONOCRYL 3.0		HIDROCORTIZONA 500MG		GLICOSE 50% AMPOLA		MALHA TUBULAR		GEOLFOAM
PDS II 1.0		IPSILON 1G		RINGER LACTATO 500ML	1	EQUIPO MACROC/ INJETOR	1	GRAMPO
FIO ALGODÃO C/ AGULHA		IPSILON 4MG		RINGER SIMPLES 500ML		EQUIPO P/ ARTROSCOPIA 4 VIAS		HASTER
CERA OSSEA		METOCLOPRAMIDA		POMADAS	QTD	EQUIPO P/ SANGUE		LIGAMENTO SINTETICO
ANESTÉSICOS	QTD	ONDASETRONA	1	EPITESAN		COLETOR DE URINA FECHADO		PARAFUSO CORTICAL
LINDOCAÍNA 2% C/ VASO	1	PROSTIGMINE		NEOMICINA		TUBO C/ BALÃO 3.0		PARAFUSO ESPONJOSO
LINDOCAÍNA 2% GEL		RANITIDINA		TROFORDEMIN		ESPARADRAPO 100 Cm	1	PARAF. INTERF. TITANEO
LINDOCAÍNA S/ VASO		TILATIL 40MG	1	SULFADIAZINA DE PRATA		CATETER TIPO ÓCULOS	1	PINO
ISOFLURANO		SELOKEN 5 MG / 5ML		FIO PERFURO CORTANTE	QTD	ELETRODOS	☒	PINO DESLIZANTE
NOVABUPI C/ VASO		DIPROSPAM		JELCO nº 20	1	ESCOVA DESCARTÁVEL	1	PLACA
NOVABUPI S/ VASO	1	C. PAPAVERINA 50MG/2ML		POLIFIXO 2 VIAS		MASCARA	☐	PARAFUSO CANULADO
SERVO FLORANO		TRIDIL		SCALPS		MICROPORE		LAMINA DE SHAVER
LINDOCAINA 10% SPRAY		CLORETO DE SUXAMETÔNIO		AGULHA P/ RAQUIN		SERINGA DE INSULINA		PROTESE
NEOCAÍNA S/ VASO		CLONIDIN		AGULHAS		MÁSCARAS DESCARTAVEL		SURGICEL
NEOCAÍNA C/ VASO		NIBIUM		AGULHA DE STIMUPLEX		GORRO DESCARTAVEL	☒	DRILL ELETRICO
XILOCAINA		RETENÇÃO DE RECEITA	QTD	MATERIAL ORTOPEDICO	QTD	PRÓ-PÉ Pares	☒	ASPIRADOR
MEDICAMENTOS	QTD	DIMORF		ATADURA GESSO		ESCOVA SECA		PARAFUSO ANCORA
ADRENALINA		DOLANTINA		ATADURA CREPOM	☐	MICROPORE LARGO		PLAST ANEL 1.4
AMINOFILINA		FENTANIL	1	ATADURA DE ALGODÃO	☐	LUVAS ESTÉREIS	L	PARAFUSO TRANSVERSO
AMIODARONA		FLUMAZENIL		MALHA TUBULAR		ALGODÃO GRIBOLA	1	SONDAS
ATROPINA		ISOFLORANE		SOLUÇÃO	QTD	LUVAS DE PROCEDIMENTO	☒	URETRAL 4
BUSCOPAM SIMPLES		KETAMINA		VASELINA		COMPRESSA CIRURGICA	L	ASPIRAÇÃO TRAQUEAL 04
CEFALOTINA 1G		MIDAZOLAM	1	CLOREXIDINA ALCOOLICA		GASES 10X10 PCT 20	L	NASO LONGA 04
CAFAZOLINA 1G	L	NARCAN		CLOREXIDINA AQUOSA 2%		SERINGA DESC. 3ML		SONDA DE FOLEY
CAPTOPRIL 25MG		NILPERIDOL		CLOREXIDINA DEGERMANTE		SERINGA DESC. 5ML	1	OUTROS
CEFETRIAXONA 1G		NUBAIM		PVPI DEGERMANTE 50 ML	1	SERINGA DESC. 10ML	1	
CLORETO DE POTÁSSIO 19%		PROPOFOL	L	PVPI TÓPICO 50 ML	1	SERINGA DESC. 20ML	1	
CLORETO DE SÓDIO 20%		SERVOFLORANE		DETERGENTE ENZIMATICO		Jamma de Ordem		
DEXAMETASONA 4MG	L	TRAMAL		ÁGUA OXIGENADA				

Assinado eletronicamente por: NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:07:26, NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:08:22
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020511082261600000037468404
Número do documento: 19020511082261600000037468404
Num. 38731651 - Pág. 12

PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Foi feito a [illegible], Antisepsia, Anestesia, Campo cirúrgico, Incisão cutânea, Hemostasia, Exposição do [illegible] Redução e fixação com parafuso. Liberação da face da Quinta, Neurólise [illegible] Fechamento (Fois [illegible])

Dr. Francisco de Assis F. de Souza
Ortopedia Traumatologia
CRM 3635 RN

ASSINATURA OU CARIMBO DO MÉDICO

BOLETIM DE ANESTESIA:

ANESTESIA TIPO: Bloqueio Plexo Braquial + Sedação

TÉCNICA:

HOR: 15:30 16:30

Sat O2 99 99 99

monit. - oxi
- cardio
- PANI
- cofina
sal de O2 100%

1. Venóclise
2. Dormonid 5mg
3. Fentanil 100mcg
4. Propofol 200mg 02 gotas + [illegible] SF 0,9% 250ml con
5. Dexametasona Ondansetrona 8m
6. Dipirona 2g Tenoncan 40mg

ANOTAÇÕES: Anticoagulação + Anestesia de plexo Bloqueio a 7cm, Bloqueio a sucesso, Bloqueio Plexo Braquial a lidocaina 0,8% 40ml 20ml + mocaina 0,2% 40ml 20ml.

Dr.ª Cristiany da Silva Vieira
Anestesiologista
CRM/RN 6827
CPF: 010.195.967-24

	MIN. C/ ACRÉSCIMO	MIN S/ ACRÉSCIMO	TOTAIS

INÍCIO DA ANESTESIA: 15:30 h
INÍCIO DA CIRURGIA: 15:40 h
TÉRMINO DA CIRURGIA: 16:25 h
TÉRMINO DA ANESTESIA: 16:30 h
OBSERVAÇÕES:

Assinado eletronicamente por: NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:07:26, NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:08:22
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020511082261600000037468404
Número do documento: 19020511082261600000037468404

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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	Nome completo da vítima
	035.372.154-95	EUERSON CARLOS PEREIRA DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
EUERSON CARLOS PEREIRA DA SILVA	035.372.154-95	DESINFORMADO

Endereço	Número	Complemento
AV CAPITÃO MOR GOUVEIA	1135	Ap. 701

Bairro	Cidade	Estado	CEP
NOSSA SENHORA DE NAZARÉ	NATAL	RN	59.060-400

Email	Telefone (DDD)
	(84) 98754-3574
	(84) 99899-0102

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

- [x] 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)

AGÊNCIA NRO	D/V	CONTA NRO	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

[x] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO

AGÊNCIA NRO	D/V	CONTA NRO	D/V
1588	1	33.546	0
(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 RN, 14 de março de 2018
Local e Data

RECEBIDO
14 MAR 2018
SINEC-RN

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Assinado eletronicamente por: NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:07:27
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020510573970800000037468861
Número do documento: 19020510573970800000037468861

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
ELIERSON CARLOS PEREIRA da SILVA	035.372.154-95	28/09/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

NATAL RN, 12 de MARÇO de 2018
Local e Data

RECEBIDO
1 / MAR. 2018
SINEC-RN

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

Assinado eletronicamente por: NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:07:27
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020510573970800000037468861
Número do documento: 19020510573970800000037468861

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Clide Pereira da Silva,

RG nº 297 961, data de expedição 02/12/2010

Órgão SSP, portador do CPF nº 199 339 324 26 com domicílio na cidade de Natal, no Estado de RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Manoel Miranda Alecrim, nº 1598

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 Emerson Carlos, cujo o condutor era Emerson Carlos Pereira da Silva

Veículo: MOTO
Modelo: Honda / XRE 300
Ano: 2014/2015
Placa: OWF 1643
Chassi: 9C2ND1110FR011617
Data do Acidente:
Local e Data: Natal 07/03/2018

Clide Pereira da Silva
Assinatura do Declarante

Emerson Carlos Pereira da Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

NATAL CARTÓRIO 7º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Leôncio Efelvino de Medeiros, 2933 - Capim Macio - 59.078-578 - Natal / RN
Fone/Fax: (84)4008.5858 - 4008.5862
Bel. Luis Celio Soares
Oficial

Reconheço AUTÊNTICAS as firmas de EMERSON CARLOS PEREIRA DA SILVA (AIT00015198) e CLEIDE PEREIRA DA SILVA (AIT00015199). Dou fé.
Natal, 7 de Março de 2018 11:56.59.

Em testemunho _____ da verdade.
ESCREVENTE AUTORIZADO
Cod: 15204DNA34266081 Usuario: milena
*VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

FIRMA 1 AIT-015198
FIRMA 1 AIT-015199

Valéria de Lima Cid Medeiros
CPF: 481.522.184-72
ESCREVENTE AUTORIZADA

RECEBIDO
14 MAR 2018
SINEC-RN

CONFERIDO COM A CÓPIA AUTENTICADA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **EMERSON CARLOS PEREIRA DA SILVA,** foi vítima de queda de moto, no dia 28/09/2017, aproximadamente ás 07h58min, na Rua Raimundo Chaves, Candelária, nesta Cidade. Tendo sido atendido pelo SAMU 192 Natal**, sob nº de ocorrência 172613/1,** onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão e removida para o Hospital Walfredo Gurgel.

Natal, 25 de outubro de 2017.

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

RECEBIDO
14 MAR. 2018
SINEC-RN

Assinado eletronicamente por: NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:07:28
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020510592909800000037469041
Número do documento: 19020510592909800000037469041

CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?*
Sim Não Não informado

CONDUTA

Atendimento na residência
Conduta VTR
Remoção / Transferência
Óbito
Endereço não localizado
Evasão do local
Recusa atendimento
Recusa remoção
Removido por terceiros
Trote

Conduta Equipe de Enfermagem:
28/09/2017 08:48:42 - COMUNICADOR
TARM: MARILIA IVANA; FEITO CONTATO COM DR EDER (POLITRAUMA)

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento: NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo: -- SELECIONE --

H. ligação ao serv prop.: 08:41

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Vaga Zero

Motivo da entrada:

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Data: __/__/____ __:__

Ass:

Assinado eletronicamente por: NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:07:28
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020510592909800000037469041
Número do documento: 19020510592909800000037469041

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 172613/1 Data: 28/09/2017

CHAMADO

TARM: GABRIEL FERNANDES DUTRA PONTES

Médico Regulação: ANA BEATRIZ HAHN FERREIRA DE MELO

Rádio Operador: BRENO MORAIS DOS SANTOS

Médico Cena: MARCOS ANTÔNIO DE FREITAS

Equipe Enfermagem Cena: COMUNICADOR

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 10 (BASE DESCENTRALIZADA SÃO JOÃO)

Equipe VTR: FRANCISCO FABIO LEONARDO DOS SANTOS - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
FRANCISCO CANINDÉ DA SILVA - TECNICO DE ENFERMAGEM

(●) Regulação Médica ( ) Trote ( ) Informação ( ) Engano ( ) Queda da ligação ( ) Sem Médico ( ) Transf./Internação ( ) Eletivo

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: ALEXANDRE MEDEIROS

Telefone: (84) 98812-5385

Nome do Paciente:
EMERSON CARLOS PEREIRA DA SILVA

Idade: * 37 ANO(S)

Sexo: * MASCULINO

( ) **Endereço não informado**

( ) **Coordenadas Informadas**
Latitude: Longitude:

Endereço: RUA RAIMUNDO CHAVES

Nº: VP

Bairro: CANDELÁRIA

Outro Bairro:

Referência/Complemento: QTH TUNEL DO ARENA

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Primária: QUEDA DE MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

28/09/2017 08:01:36 - **Dr(a). ANA BEATRIZ HAHN FERREIRA DE MELO**
APH: TRAUMA / **HD:** QUEDA DE MOTO
REGULAÇÃO: AGENTE PENITENCIÁRIO ACABOU DE SOFRER QUEDA DE MOTO AGORA. PACIENTE REMOVEU O CAPACETE. LESÃO NO PÉ E NAS MÃOS. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEAS E VÔMITOS. REFERE TONTURA. ORIENTO SINALIZAR A VIA E NÃO MOVER O PACIENTE.
AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB
PRIORIDADE: ANCIÃO
CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO
POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado: 28/09/2017 07:58:40	**Regulação Médica:** 28/09/2017 08:01:36	**Solicitação VTR:** 28/09/2017 08:12:29	**Saída VTR:** 28/09/2017 08:12:32	**Chegada Local:** 28/09/2017 08:17:19
Saída Local: 28/09/2017 08:39:08	**Chegada Destino:** 28/09/2017 08:49:31	**Liberação Destino:** 28/09/2017 09:40:48	**Liberação VTR:** 28/09/2017 09:40:48	

Assinado eletronicamente por: NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:07:28
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020510592909800000037469041
Número do documento: 19020510592909800000037469041

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

cosern neoenergia

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

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 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
EMERSON CARLOS PEREIRA DA SILVA

CPF 035 372 154-95

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV CAPITAO MOR GOUVEIA 1135 AP-701
TO- B

NOSSA SENHORA DE NAZARE/AREA URBAN
NATAL RN
59060-400

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7010841709	02/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
27/02/2018	22/03/2018
TOTAL A PAGAR (R$)	
118,12	

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
002447647	ÚNICA	20/02/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
20/02/2018	3011043397	2557415

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	186,0000000	0,53398058	99,79
Contribuição Iluminação Pública			11,59
Multa por atraso-NF 000996361 - 20/12/17			2,41
Multa por atraso-NF 001002726 - 19/01/18			2,12
Juros por atraso-NF 000996361 - 20/12/17			1,57
Juros por atraso-NF 001002726 - 19/01/18			0,35
Atualização IGPM-NF 000996361 - 20/12/17			1,09
Atualização IGPM-NF 001002726 - 19/01/18			0,21

	0,00	3,17	0,00	0,00
	0,00	2,94	0,00	0,00

Limite DICRI 12,22 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R$ 36,10

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R$)
7010841709	02/2018	27/02/2018	118,12

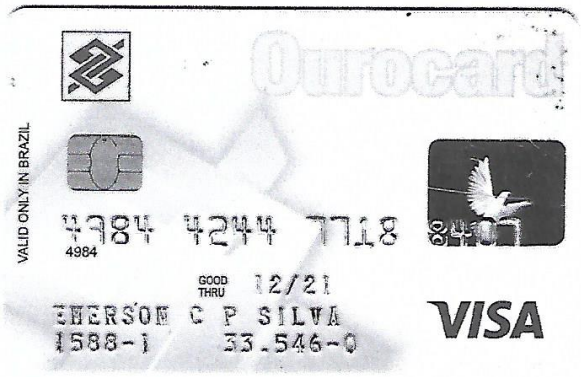
83800000001-7 18120038407-7 01084170920-0 00958096623-6

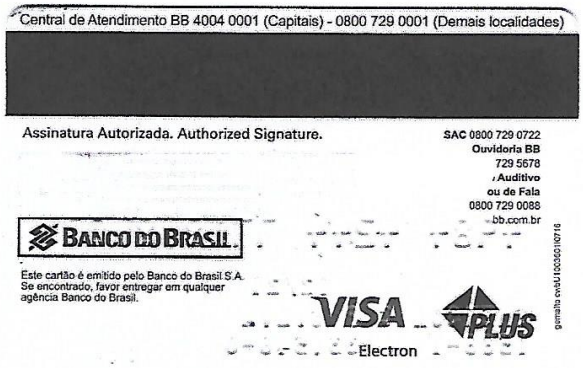
Se for usar andaimes e escadas, mantenha distância dos fios elétricos

Nunca deixe materiais perto da rede elétrica.

RECEBIDO
14 MAR. 2018
SINEC-RN

98754-3574
99899-0102





RECEBIDO

14 MAR. 2018

SINEC-RN

(Ano)

PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH:	Nº ATENDIMENTO 287764	DATA 18/10/17 HS:
TIPO DE INTERNAMENTO:	(X)CIRÚRGICO ( )CLÍNICO ( )PEDIÁTRICO	
ACOMODAÇÃO: Enfermaria	LEITO: 307 C	CONVÊNIO SUS
MATRICULA 700506789152258	VALIDADE	
ASS. DO RESPONSÁVEL PELO INTERNAMENTO:		

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Emerson Carlos Pereira da Silva		SEXO: (X)M ( )F
DATA DE NASCIMENTO: 27/03/80	RG: 3836772	CPF:
FILIAÇÃO MÃE: Cleide Pereira da Silva		
PAI: Damião Miguel da Silva		
ENDEREÇO: Av. Capitão Mor Gouveia Nº 3335		
BAIRRO: Nossa S. de Nazaré	CIDADE: Natal	
ESTADO: RN	CEP: 59080-400	
RESPONSÁVEL:	PARENTESCO:	
FONE: (84) 99897 9504	FONE: 99843-5179	

SUMÁRIO DE ALTA

TIPO DE ALTA: ( )MÉDICA ( )ADMINISTRATIVA ( )A PEDIDO ( )EVASÃO ( )OBITO

DATA: / / 2017 HORA: ASS:RESPONSÁVEL DO SETOR:

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

Criança com trauma do punho com 10 anos, tem a fratura fechada

Dx = Fratura do punho E

Tratamento Ortopedia Fratura do punho E

RECEBIDO
14 MAR. 2018
SINEC-RN

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA
CNPJ: 09.417.742/0001-91
Confere com o Original
Data: 07/12/2017
Prontoclinica da Criança Ltda
Patricia Medeiros
Faturista

Dr. Francisco de Assis F. de Souza
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3635-RN

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

Assinado eletronicamente por: NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:07:31
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020511011747700000037469159
Número do documento: 19020511011747700000037469159

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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **46228 /2017**
Admissão: **28/09/2017 08:56:38**

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente:41138 - EMERSON CARLOS PEREIRA DA SILVA (37 a 8 m 1 d)
Nascimento: 27/01/1980 Natural: SANTO ANTONIO.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: CPF: 03537215495 Prof:
Mãe: CLEIDE PEREIRA DA SILVA Pai:
Logradouro: CAPITAO-MOR GOUVEIA, 1135
CEP: 59060400 Bairro: NOSSA SENHORA DE NAZARÉ Cidade: NATAL
Telefone:84.98990102 84 98990102 Compl: - DE 1023 A 1751 - LADO IMPAR

Motivo: MOTO X CARRO - COLISAO **Tipo:** REFERENCIADO
Origem: AMBUL. SAMU NATAL *Empresa:

Fluxograma:	Discriminador:
OBS: SAMU	Classificação: 28/09/2017 08:51:35

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: ACIDENTE DE MOTO COM DEFORMIDADE DE ANTABRAÇO E TNZ
Hora: 09:05
Paciente vítima de colisão moto-carro há cerca de 01 hora. Refere ter co com a moto contra o carro e muro de proteção da via. Refere dor em bra esquerdo, perna direita e pé direito. Presença de escoriações em mot e muito. Nega ter sido atingido na cabeça, nega dor cervical e

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A Permeável
B Ar ambiente
C Hemodinamicamente estável
D Glasgow 15
E Limitado em antebraço esquerdo, perna direita e pé direito

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

RECEBIDO 14 MAR 2018 SINEC-RN

RAIOS-X Realizado em 28/09/17 Hora: Técnico:

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por CLAUDIA LUCIANA CAVALCANTE DE FRANÇA. Impresso em 26 de Setembro de 2017.

02/10/17

Assinado eletronicamente por: NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:07:32
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020511040350700000037469308
Número do documento: 19020511040350700000037469308

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS): nega

M (MEDICAÇÃO EM USO): nega

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): nega

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS) última ingestão às 07h00

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): Colisão moto carro

V (PASSADO VACINAL): Não lembra a última vez que tomou antitetânica

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

RX de antebraço esquerdo PA e perfil

RX de mão esquerda PA e perfil

RX de mão direita PA e perfil

RX tornozelo direito AP e oblíquo.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Vacinação antitetânica

Voltarem 75mg IM.

Dr. Edmar Montenegro
CRM 1780

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: Ortopedia	HORA: 09h15	DATA: 28/09/17
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

Dr. Edmar Montenegro
CRM 1780

MÉDICO (CARIMBO)

CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PROPRIOS DO HOSPITAL. REQUISIÇÃO DE EXAMES FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXE AO BOLETIM.

Assinado eletronicamente por: NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:07:32
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020511040350700000037469308
Número do documento: 19020511040350700000037469308

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

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 – ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: PSCS / HMWG
2 – CNES:
3 – ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE:
4 – CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 – NOME DO PACIENTE: EMERSON CARLOS PINTO DA SILVA
6 – Nº DO PROTOCOLO:
7 – CARTÃO NACIONAL / SUS:
8 – DATA DE NASCIMENTO: 27/04/1980
9 – SEXO: MASCULINO 1 / FEMININO 2
10 – NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: CLOVIS PINTO DA SILVA
11 – TELEFONE DE CONTATO:
12 – ENDEREÇO (RUA, Nº):
13 – MUNICÍPIO:
14 – BAIRRO:
15 – UF:
16 – CEP:

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 – PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: DOR. COM FORMA EM PUNHO (E).

18 – CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: MOVIMENTO CIRURGICO

19 – PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS): PADRÃO EXAME FISICO.

20 – DIAGNÓSTICO INICIAL: FRAT. DE RADIO NUM E CCD.
21 – CID INICIAL: T10
22 – CID SECUNDÁRIO:
23 – LAUDOS ASSOCIADOS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 – DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TOTAL MEMBRO SUPERIOR
25 – CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0308000019
26 – LEITO / CLÍNICA: ORTOPEDIA
27 – CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
28 – NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:
29 – DT SOLICITAÇÃO: 28/9/17
30 – CNS / CPF: DR. DEAN GUARNIERE R. DANTAS ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA CRM-RN 1048 SPF: 702.825.434-53
31 – ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

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

CONFERE COM O ORIGINAL
04/10/17
FIS.

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e científicas [illegible]

192.168.011.104

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: .....

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO DE ANALISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Adquirida

Pto não é - pálido, sem perda
líquido ou tecidos
Ap - fraturas ossos direita Esq c/
desvio,
cd. Tabo e eline p/ Ho Cirurgia
Tornozelo (M) - Fratura maléolo
lateral - No conservada

- Tabo Coto Fr2 (J)
- Tabo punho (J)

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

COMPARE COM O ORIGINAL
04.10.17
MATRICUL
PROTOCOLO
WASHINGTON LUIZ C. GOMES
ASSISTENTE SOCIAL MATRÍCULA
MAT. 301.3203

Assinatura e Carimbo do Respo

ALGORITMO P/ SUPORTE BASICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPONSIVIDADE DA VITIMA E PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS) E PEÇA UM DESFIBRILADOR(DEA), 3 - ABAIXA VIA AÉREA, 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 5 - SE APNÉIA, AFLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MASCARA), 6 - AVALIE PULSO CAROTIDEO OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), 7 - SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSÕES TORÁCICAS, 100/MIN (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEA, 8 - DEA DISPONIVEL - ANALISE O RITMO, 9 - RITMO CHOCAVEL APLIQUE 1 CHOQUE 360 J 200J P/ DEA BIFASICO), E REINICIE RCP 10 - RITMO NÃO CHOCAVEL REINICIE RCP(30:2), 11 - AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS, 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR OU CASO A VITIMA SE MEXA, 13 - COLOQUE A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado: (Responde coerentemente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade onde está, o porquê, a data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Gemendo sem articular palavras.)	2
Ausente	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica à dor.	4
Padrão flexo a dor (Decorticação).	3
Padrão extensor à dor (Descerebração).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS		
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13 - 15	= 4
	9 - 120	= 3
	6 - 80	= 2
	4 - 50	= 1
	30	= 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10 - 290	= 4
	>290	= 3
	6 - 90	= 2
	1 - 50	= 1
	00	= 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	> 900	= 4
	76-890	= 3
	50-570	= 2
	1-490	= 1
	00	=00

**Escala de Trauma Revisada (RS). Bom indica de sobrevida para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H R. Sacco W.J. Copes, et al, A revision of the Trauma score. J. Trauma 29(5) 624, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

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

* Referência: TEASDALE G. JENNET. B. Assessmed of coma and impained consciousness. A pratical scale. Lancei 1974.2:81-84

** A escala proposta aplica-se a doentes conscientes colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Q solicita-se ao doente que classifique a intensidade da de acordo com os seguintes adjetivos.

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intens
0	1	2	3

Assinado eletronicamente por: NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:07:32
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020511040350700000037469308
Número do documento: 19020511040350700000037469308

0'20T'6T0'0T0

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FISICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

04 10 17

Assinatura e Carimbo do Responsavel

DESTINO DO PACIENTE: INTERNAR Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: ORTOPEDIA DATA: 28 SET 2017 HORA: 11:12h.

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐ Á Revelia ☐ Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA:

Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐

DR. GEAN GUARNIERE R. CAMPOS
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 4781 RQE 11044
CPF 025.474-53

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. ☐

Assinado eletronicamente por: NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:07:32
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020511040350700000037469308
Número do documento: 19020511040350700000037469308

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 ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS
Endereço: Complexo de Delegacias Especializadas, Av. Ayrton Senna, 3134, NEÓPOLIS, NATAL, FONE/FAX: 32321565

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018031000036
1.2 Data de Expedição: 21/02/2018 16.25.45
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 28/09/2017 07.50.00
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
2.7 Logradouro: RUA RAIMUNDO CHAVES
2.8 Número: SN
2.9 CEP:
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência: CENTRO ADMINISTRATIVO
2.12 Bairro: LAGOA NOVA
2.13 Cidade: NATAL
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: EMERSON CARLOS PEREIRA DA SILVA
3.2 Estado civil: Divorciado(a)
3.3 Nome Social:
3.4 Pai: DAMIAO MIGUEL DA SILVA
3.5 Etnia: Branca
3.6 Mãe: CLEIDE PEREIRA DA SILVA
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 Orientação Sexual: Heterossexual
3.9 CPF: 03537215495
3.10 Identidade de Gênero: Intersexo
3.11 Nacionalidade:
3.12 Data de Nascimento: 27/01/1980
3.13 Profissão: AGENTE PENITENCIÁRIO
3.14 RG: 1836772 - ITEP/RN
3.15 Telefone(s): 84 998990102
3.16 Passaporte:
3.17 Número: 1135
3.18 Naturalidade: SANTO ANTONIO - RN
3.19 Bairro: NAZARÉ
3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.22 Logradouro: AVENIDA CAPITÃO MOR GOUVEIA
3.23 Cidade: NATAL
3.24 CEP: 59060400

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS VÍTIMAS)

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)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: 9C2ND1110FR11617
7.1.4 Renavam: 01047071220
7.1.5 Placa: OWF1643
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.8 Modelo: XRE 300
7.1.9 Ano do Modelo: 2015
7.1.10 Ano de Fabricação: 2014
7.1.11 Cor do veículo: PRETA
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: CLEIDE PEREIRA DA SILVA
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor: O PRÓPRIO COMUNICANTE
7.1.18 Observações: CNH DO COMUNICANTE: 02824754788 - CATEGORIA AB/RN.

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA, PARA RELATAR QUE NO LOCAL, DATA, E HORA, QUE CONDUZIA SUA MOTOCICLETA COM DESTINO AO SEU LOCAL DE TRABALHO NO CENTRO ADMINISTRATIVO, MAS PRECISAMENTO NO GRUPO DE ESCOLTA PENITENCIÁRIA, QUE SEGUIA NA VIA DIREITA DO TÚNEL, POIS HAVIA UM ENGARRAFAMENTO, E NÃO DEU PARA VER OS VEÍCULOS PARADOS, QUE VEIO OUTRO VEÍCULO QUE NÃO DEU PARA VER A SUA MOTOCICLETA, O QUAL CHEGOU A COLIDIR E ARREMESSANDO O COMUNICANTE NAS PAREDES DO TÚNEL, , QUE FOI SOCORRIDO PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DA SAMU 192 NATAL, EM SEGUIDA ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL - PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO, CONFORME BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 46228/2017,, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO.

9.2 Informações do CIOSP

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 21/02/2018 16.25.45

Policial

Interessado

Polegar direito

Atendimento: 1909614 - FRANCISCO ARMANDO FALCAO LEAL
Impresso por: 1909614 - FRANCISCO ARMANDO FALCAO LEAL em 21/02/2018 16:25:50

FINAL DO BOLETIM DE OCORRNCIA

RECEBIDO
14 MAR. 2018
SINEC-RN

Assinado eletronicamente por: NADJA KELLY DOS SANTOS - 05/02/2019 11:07:32
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020511055270500000037469404
Número do documento: 19020511055270500000037469404