

**PROCURAÇÃO PARTICULAR**

**OUTORGANTE:** FRANCISCO DE ASSIS SILVA, brasileiro, casado, agricultor, portador do RG nº 001.449.150 SSP/RN e inscrito no CPF sob o nº 030.209.804-61, residente e domiciliado no Povoado Varzinha, 14, Zona Rural, Cerro Corá, CEP: 59395-000. Fone: (84) 9.9957-2056/9.9675-9023.

**OUTORGADO:** FLÁVIA MAIA FERNANDES, brasileira, divorciada, advogada inscrita na OAB/RN sob o nº 8403, MILENA GALVÃO FERREIRA DE SOUZA, brasileira, divorciada, advogada inscrita na OAB/RN sob o nº 4892, ambas com endereço profissional nesta cidade, na Rua Moisés Galvão, 125, Centro, Currais Novos- RN, CEP: 59.380-000, 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, passar recibos, receber importâncias monetárias, requerer medidas preventivas e assecuratórias de direito, defender os interesses do outorgante em qualquer juízo, 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, inclusive substabelecer este em que lhe convier, o qual dá, desde logo, por firme e valioso.

Currais Novos/RN, 19 de Setembro de 2019.

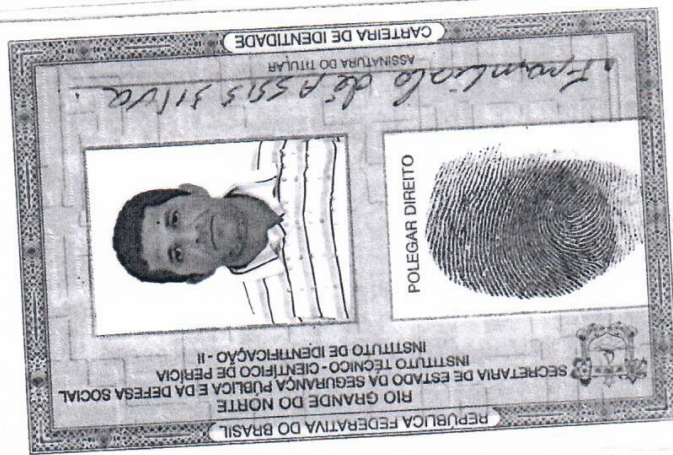


OUTORGANTE

Rua Moisés Galvão, 125 - Centro - Currais Novos/RN  
flaviamaiaadvocacia@hotmail.com

(84) 3412-1112 Fixo  
(84) 99877-0162 Whatsapp









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

NOME: FRANCISCO DE ASSIS SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 1449150 SSP RN

CPE: 030.209.804-61 DATA NASCIMENTO: 15/08/1974

FILIAÇÃO: LUCAS FELIX DA SILVA  
CICERA TEIXEIRA DA SILVA

PERMISSÃO: ACC: CAT. HAB: A

Nº REGISTRO: 05205829552 VALIDADE: 16/04/2024 1ª HABILITAÇÃO: 16/10/2014

OBSERVAÇÕES:

FRANCISCO DE ASSIS SILVA

LOCAL: CURRAIS NOVOS, RN DATA EMISSÃO: 15/04/2019

ASSINATURA DO PORTADOR: Octávio Santiago Filho  
Diretor Geral - Detran/RN

ASSINATURA DO EMISSOR: 93538406059  
RN705509885

RIO GRANDE DO NORTE

DENATRAN CONTRAN

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1760685080

PROIBIDO PLASTIFICAR 1760685080

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

cosern neoenergia

COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE  
Rua Memmiz, 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: FRANCISCO DE ASSIS SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA: PO VARZINHA, 14

CPF: 030.209.804-61

CLASSIFICAÇÃO: B1 RESIDENCIAL RESIDENCIAL

VARZINHA/ÁREA RURAL  
CERRO CORA RN  
59395-000

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
023803858	ÚNICA	08/05/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
09/05/2019	3000893177	201603

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0855431920	05/2019

DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
16/05/2019	10/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$): 18,71

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30.0000000	16,08
Acrescimo Bandeira AMARELA	0,53863439	0,09
Contrib. Ilum. Pública Municipal		2,00
Multa por atraso-NF 021089889 - 14/03/19		0,30
Juros por atraso-NF 021089889 - 14/03/19		0,10
Atualização IGPM-NF 021089889 - 14/03/19		0,14

TOTAL DA FATURA: 18,71

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

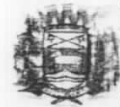
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
201068880	CAT	15-04-2019	3.726,30	09-05-2019	3.733,00	20	1,00000		6,70



Assinado eletronicamente por: FLAVIA MAIA FERNANDES - 27/09/2019 09:57:49

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092709574969300000047645604>

Número do documento: 19092709574969300000047645604



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS N°

Responsável pelo preenchimento:	Data: 9/04/19	Hora: 05:50
Nome: R de Assis Silva	Idade: 44a	Data Nasc: 15/03/75
Nº Cartão SUS: 700 0008 1030 0103	CPF/RG: 000.000.000-00	Sexo: ( ) M ( ) F
Endereço: R. Engenheiro Dantas 280	Bairro: Centro	FONE:
Cidade: Cerro Corá	Ocupação:	
Nome do Responsável:		
Forma de chegada:		
(X) Meio próprio ( ) Ambulância		

Sinais Vitais	PA: X mmHg	FC: bpm	FR: rpm	T: °C	HGT: mg dL	SpO <sub>2</sub> : %
Dor:	( ) Aguda ( ) Crônica ( ) Recorrente	Tipo de dor:	( ) Leve ( ) Moderada ( ) Forte ( ) Severa			
Estado Geral:	( ) Aparentemente BEM ( ) REGULAR ( ) GRAVE ( ) Inconsciente ( ) Consciente					
Glasgow:	( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Convulsão ( ) Hemorragias ( ) Politraumatizado					
Queixa principal:	Queda de moto atingindo braço direito					
Comorbidades:	nenhuma dor + edema na 2ª e 3ª					
Medicamentos em uso:	Não					
Alergia medicamentosa:	Não					
Enfermeiro (a):		COREN:		Hora:		

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL/EXAME CLÍNICO

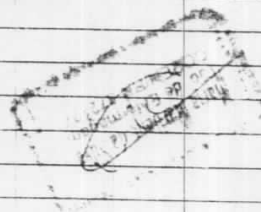
Queda de moto

DIAGNÓSTICO

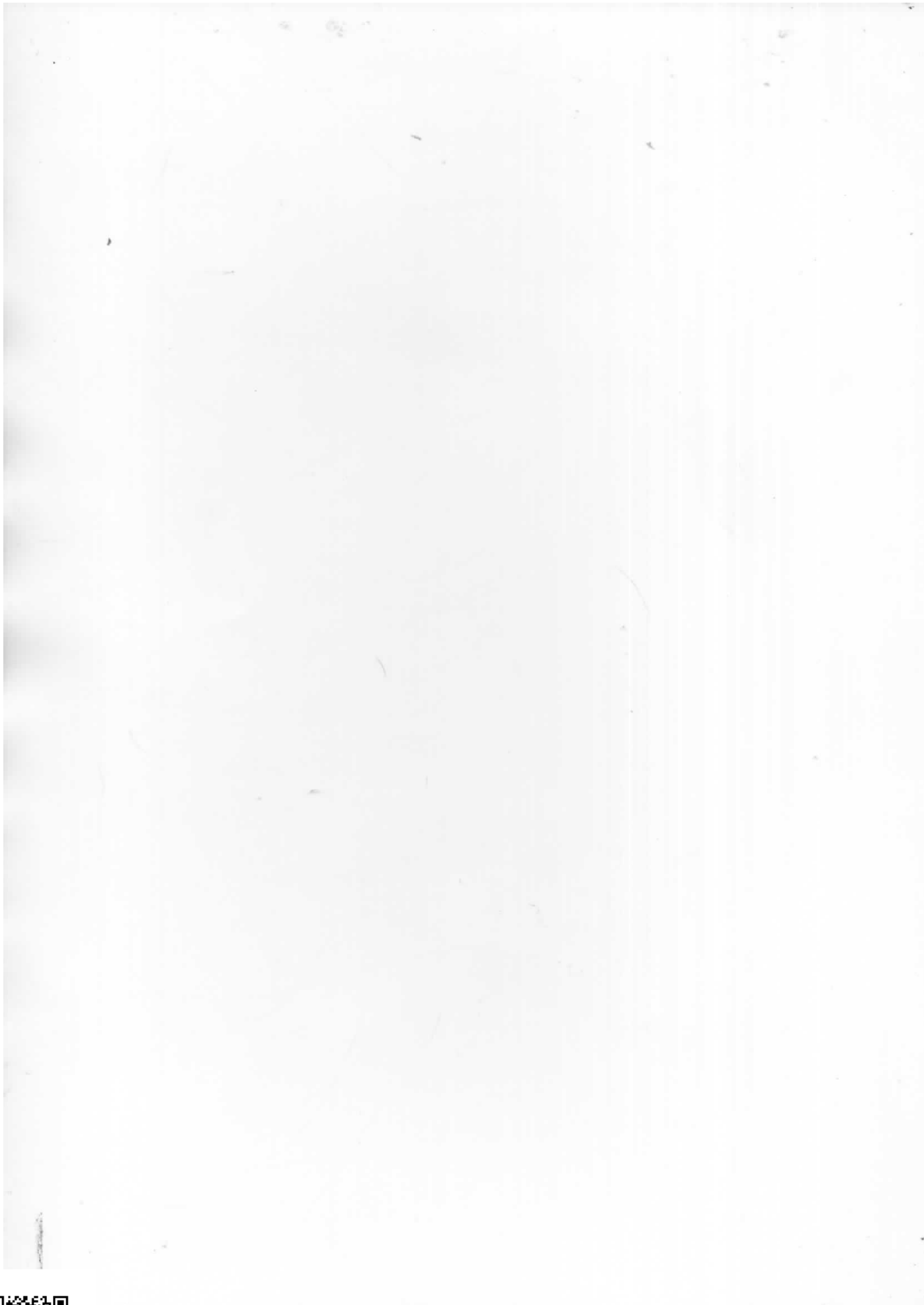
CONDUTA/PRESCRIÇÃO

Receita para o paciente

Depressão e dor na 1ª e 2ª



Mateus Braz  
CRM-PA 11889



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR  
Delegacia Municipal de Cerro Corá

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº 015/2019

<b>Natureza da Ocorrência: Acidente de trânsito com danos</b>		
<b>Local: Sítio Varginha, Zona rural de Cerro Corá.</b>		
<b>Data do Fato: 29/04/2019</b>		<b>Horário: 04h30min</b>
<b>COMUNICANTE: Francisco de Assis Silva</b>		
Filiação: Lucas Félix da Silva e de Cícera Teixeira da Silva		
Naturalidade: Cerro Corá/RN	Nacionalidade: Brasileiro	
Nascido em: 15/08/1974	Idade: 44 anos	RG: 1.449.150 - SSP/RN
CPF: 030.209.804-61	Est. Civil: Casado	Profissão: Agricultor
Endereço: Sítio Varzinha, 14, Zona Rural, Cerro Corá/RN.		
<b>VITIMA: O comunicante</b>		
Filiação: Lucas Félix da Silva e de Cícera Teixeira da Silva		
Naturalidade: Cerro Corá/RN	Nacionalidade: Brasileiro	
Nascido em: 15/08/1974	Idade: 44 anos	RG: 1.449.150 - SSP/RN
CPF: 030.209.804-61	Estado Civil: Casado	Profissão: Agricultor
Endereço: Sítio Varzinha, 14, Zona Rural, Cerro Corá/RN.		
<b>HISTÓRICO</b>		
<p>Compareceu a esta Delegacia de Polícia o comunicante acima qualificado para informar que na data, horário e local supracitados, Quando se deslocava da cidade de Cerro Corá/RN, para sua residência acima mencionada, em sua motocicleta, que quando trafegava numa estrada carroçal, que devido a péssima condição da estrada a motocicleta caiu no buraco e o mesmo perdeu o controle de direção vindo a cair na pista de rolamento; que devido a gravidade do acidente a vítima foi socorrido por seu filho conhecido por Fernando Lucas Cardoso Silva, que conduziu a vítima para o hospital da cidade de Cerro Corá, onde a vítima recebeu os primeiro atendimento medico em seguida foi transferida para o hospital da cidade de Currais, para se submeteu a um exame de "RX", que na ocasião foi constatada uma fratura no punho direito. Que após vinte e dois dias a vítima foi encaminhada pra o hospital Deoclecio Marques, na cidade de Parnamirim-RN, onde foi submetido a um procedimento cirúrgico; Que apos quatro dias na referida unidade hospitalar a vitima foi liberada. A vitima pilotava uma motocicleta, HONDA/CG 125 TITAN KS, ANO/MOD 2003/2003, PLACA MMV 8556/RN, COR AZUL, CHASSI 9C2JC30103R264664 e RENAVAL 00809993562, em nome de Francisco de Assis Silva (vítima). Nada mais disse e nem lhe foi perguntado.</p>		
testemunha		
Endereço:		
Testemunha:		
Endereço		

Registrado em: 02/07/2019

*Francisco de Assis Silva*  
ASSINATURA DO COMUNICANTE

*Rivanildo A. Brazão*  
Rivanildo A. Brazão - 2º SGT PM. Mat. 114.902-4

Rivanildo Alves Brazão - SGT/PM  
Mat. 114902-4  
CMT do Destacamento





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADÊS

DETRAN - RN 11966 // 00153 Nº 014528646206  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 00809993562 R.A.T.R.C. \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2019

FRANCISCO DE ASSIS SILVA

CPF / CNPJ 030.209.804-61 PLACA MMV8556

PLACA ANT. / UF MMV8556/PB CHASSI 9C2JC30103R284664

PASSAGEIRO / MOTOCICLETA / NAO APLICAVEL ESPECIE TIPO GABOLINA COMBUSTIVEL

HONDA / CG 125 TITAN XS MARCA / MODELO ANO FAB. 2003 ANO MOD. 2003

OCV / 124 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR DOB PREDOMINANTE AZUL

	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. / QOTAS
1	R\$ 0.00	31/05/2019	1º ISENTO
P	FAIXA 1/PVA	PARCELAMENTO / QOTAS	2º ISENTO
V	002805 3X	R\$ *****	3º ISENTO
A			

PRÊMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO \*\*\* TAXAS DETRAN: DAGO \*\*\* DPVAT: DAGO

MOTOR: JC30E132 64664

CERRO-CORA/RN 31/05/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT  
RN Nº 014528646206 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 31/05/2019

RENAVAM 00809993562 CPF / CNPJ 030.209.804-61 PLACA MMV8556

HONDA / CG 125 TITAN XS MARCA / MODELO Nº CHASSI 9C2JC30103R284664

ANO FAB. 2003 CAT. TRF. 9

PRÊMIO TARIFARIO DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

PMS (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGOU SEU SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) PAGAMENTO PARCELADO DATA DE OUTUBAÇÃO

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.248.609/0001-04





## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os fins que se fizerem necessários,

que o (a) Sr. (a) Francisco de A. Souza foi examinado

(a) nesta Unidade de Saúde às 9:00 horas,

Necessitando de 60 ( seisenta ) dias de

afastamento do trabalho por motivo de moléstia classificada no C.I.D. com

nº 11, a partir da presente data.

Parnamirim/RN 08 / 06 / 19

Dr. Flávia Maia Fernandes  
Ortopedista  
Médico







Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

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

10/2

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

FRANCISCO DE ASSIS SILVA

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

165981

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

700 0008 1030 0103

8- DATA DE NASCIMENTO

15/08/1974

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

CICERA TEIXEIRA DA SILVA

12- TELEFONE DE CONTATO

999197135

13- NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

SÍTIO VAZINHA, 14

16- MUNICÍPIO

SERRO CORA

17- BAIRRO

ZONA RURAL

18- UF

RN

19- CEP

59395000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com febre do  
ponto de  $\pm 30$  dias, em  
tratamento clínico

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

necessidade de tratamento clínico

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

EC + EF + RX

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

Febre do ponto

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Trat. Clínico

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

36- ( ) AC. TRÂNSITO

37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO

38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGAO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



Sus: 700.0008 1030 0103 2699919 7135 uf



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

Mãe - Cicova Teixeira de Silva  
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 66

NOME: Marcelo de Assis Silva  
IDADE: 15/08/1974 COR: - SEXO: Mas ESTADO CIVIL: Casado  
NATURALIDADE: Couco-Cara RN PROFISSÃO: Agricultor PROCEDÊNCIA: -  
ENDEREÇO: Couco-Cara - Uazinha 14 BAIRRO: Zona Rural  
CIDADE: Couco-Cara RN DATA: 05/06/2019 HORA: 13:20hs

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

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

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

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)  
ferimento de faca qto  
punho D 11/777 cm

EXAME FÍSICO

RECEBIDO EM \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_  
INTERNO NO SERVIÇO DE \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_  
LOCAL NO LOCAL \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL ferimento do punho D

CONFESSÃO DE LEITURA  
DATA: 05/06/2019  
ASSINATURA: [assinatura]





## EXAMES COMPLEMENTARES



Ass. do Responsável

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

## CONDUTA

Intervenir / Operar

Dr. Edmar M. Dantas  
CRM-942  
Ortopedia-Traumatologia

Ass. do Responsável

## DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Ortopedia</i> DECISÃO MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR _____ DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/>
ENTREGUE À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
MÉDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)





## ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 129826 - FRANCISCO DE ASSIS SILVA (44 a 9 m 21 d)

Nascimento: 15/08/1974 Natural: CERRO CORA, BRASIL

Sexo: M Cor: SEM  
INFORMACAO

IS: 700000810300103

CPF: 03020980461

Prof:

Mãe: CÍCERA TEIXEIRA DA SILVA

Pai:

Graduação: VARZINHA, 1

IDP: 59395000

Bairro: AREA RURAL

Cidade: CERRO CORA

Telefone: 84 .999572056

Compl:

Evento: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: FAMILIA

\*Empresa:

Exograma:

Discriminador:

S: ENCAMINHADO POR DR RODRIGO  
BRAL

Classificação: 05/06/2019 10:38:22

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

## HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Sinais: FRATURA RADIO DISTAL(?)

Ra: \_\_\_\_\_

Dor e inchaço no antebraço

## EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

Dor e inchaço no antebraço

## TRAS OBSERVAÇÕES:

Ida: -

GNÓSTICO INICIAL - CID

Fratura radio distal

CONFIRMAÇÃO  
DATA: 05/06/2019  
Assinado: [assinatura]



A \_\_\_\_\_

B \_\_\_\_\_

C \_\_\_\_\_

D \_\_\_\_\_

E \_\_\_\_\_

A(ALÉRGICAS) \_\_\_\_\_

M(MEDICAÇÃO EM USO) \_\_\_\_\_

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) \_\_\_\_\_

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) \_\_\_\_\_

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) \_\_\_\_\_

V (PASSADO VACINAL) \_\_\_\_\_

**EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)**

**LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**

OUTROS

**CONDIÇÃO PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS**

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

Dr. Michel Figueira de Araújo  
Ortopedista e Traumatologista  
Ortopedia Oncológica  
CRM 4423 - TEOT 10751

**ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL**

**ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL**

**ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE**

<b>ESPECIALISTA 1</b>	<b>HORA:</b>	<b>DATA:</b>
<b>ESPECIALISTA 2</b>	<b>HORA:</b>	<b>DATA:</b>
<b>ESPECIALISTA 3</b>	<b>HORA:</b>	<b>DATA:</b>

**DESTINO DO PACIENTE:**

**INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:** DATA / / HORA

**SAÍDA:** ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) REVELIA ( ) TRANSFERIDO PARA:

**OBITO:** DATA / / HORA

**ENTREGUE À FAMÍLIA** ( ) COM ATESTADO ( ) S.V.O ( ) ITEP



④ 08:30 AM to 08:50 AM

SIMBOLOS	
E	$\frac{1}{2} \oplus \frac{1}{2} \oplus \frac{1}{2} \oplus \frac{1}{2}$

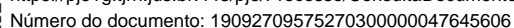
POSICÃO	22
---------	----

[illegible]

Anestesistas: Dr. THIAGO DE CASTRO BARROS

*recepção*  
Dr. Thiago de Castro Bastos  
Medicina Anestesiologista  
CRM/RN 7078  
045 858 314-60

Anotar no verso as complicações pre-operatórias, operatórias e pós-operatórias







Hospital

Nome do paciente

FCO DE ASSIS SILVA

Nº prontuário

Data operação

07/05/19

Enf.

Leito

Operador

MARCELO ROBERTO

1º auxiliar

CARLOS MAGNO

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

D. ALMEIDA

Anestesiista

TIAGO BASTOS

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

FRATURA DE PUNTO DIREITO

Tipo de operação

TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXACAO PERCUTANEA

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

PACIENTE SOB ANESTESIA, ASSEPSIA COM  
PÓS-MANIPULAÇÃO, RESOLUÇÃO, PINAGEM COM 2 FIOS  
DE KIRSCHNER. CURATIVO, TALA TIPO LUVA

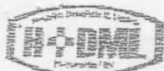
Dr. Carlos Magno P. do Carmo  
Ortopedista - Traumatologia  
Ponto em Traumatologia  
CRM 21067 / EOT 5981  
CPF: 188.304.804-14

I ) CIRURGIAS MULTIPLAS  
(0415010012)  
I ) POLITRAUMATIZADO  
(0415030013)  
I ) PROC. CLÍNICO  
II ) PROC. CIRÚRGICO  
0408000407  
I ) CBO. 225225  
I ) CBO. 225270  
I ) DIAS  
I ) CID S22.0

CONF.

DATA:

07/05/19  
R. ALMEIDA



HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA  
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

( ) Hemoconcentrado Unid. ( ) Plasma Unid. ( ) Plaquetas Unid.  
( ) Albumina Unid. ( ) Expansor plasmático Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

Vide Bolson de Anestesiologia  
h: h: b:  
h: h: h:  
h: h: h:

HIDRATAÇÃO VENOSA

Soro Fisiológico: 500 ml ( ) Soro Ringer Simples: ml Quantidade total de volume  
( ) Soro Glicosado: ml ( ) Soro Ringer Lactato: ml administrado:

ANATOMO PATOLÓGICO

Não ( ) Sim Peça: Peça para sepultamento: Não ( ) Sim  
Swab para cultura: Líquido:

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: ( ) limpo ( ) c/exsudato ( ) Contaminada ( ) Aparelho gessado ( ) Bandagens ( ) Talas ( ) Outros:

INTERCORRÊNCIAS: Sem intercorrências, procedimento realizado  
com sucesso, segue para o CKO

Ass: [Assinatura] Coren: 37.7701

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: (X) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Narcose ( ) Coma ( ) Vigil ( ) Agitado  
Respiratório: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel (X) O<sub>2</sub> ambiente Curativo: (X) Oclusivo ( ) Compressivo ( ) Bolsa de  
colostomia ( ) Outro:  
Diurese: ( ) Espontânea ( ) Normal ( ) Hematúria ( ) Irrigação Vesical ( ) Oligúrico Destino após a cirurgia: CKO

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

Hora: 9:00h Data: 07/06/19 Nível de consciência: ( ) Acordado ( ) Sonolento ( ) Narcose (X) Orientado  
( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choro Vias aéreas: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) cânula de Guedel ( ) Cateter O<sub>2</sub> Ambiente  
Mobilização MMII: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade Mobilização MMSS: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade  
Venoclise: ( ) Não ( ) Sim Tipo: Local: Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral ( ) Vesical  
Drenos: ( ) Sucção ( ) Torácico ( ) Penrose ( ) Kherr Ostomias: ( ) Sim ( ) Não Especifique:  
Irrigação vesical contínua: ( ) Retorno satisfatório ( ) Retorno Insuficiente ( ) Coágulos  
Curativo: ( ) Oclusivo ( ) Descoberto ( ) Limpo ( ) Sujo Monitorização: ( ) ECG (X) Oxímetro (X) PA

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

SINAIS VITAIS

Líquidos administrados na URPA:

Hora	TC	P	PA	FR	Sat.%	Dor	Soro glicosado: ml
Admissão		62	=	=	98%		Soro Fisiológico: ml
30'		66	=	=	98%		Ringer: ml
60'							Irrigação vesical contínua: ml
Alta							

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gast.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

Após observação paciente  
encaminhado a clínica ortopédica, acordado  
cancelar o CKO

Ass: [Assinatura] Coren: 197.112





HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCE  
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Fco de Assis Silva Idade: 44a D/N: 15/08/1974  
Pront.: 165981 Município: Serra Cora Procedência: ( ) Interno ( ) Externo  
Data da cirurgia: 07/08/19 Hora Admissão: Bloco: Sala: Hora Saída: Peso:  
Alergias: ( ) Não ( ) Sim Comorbidades: X HAS ( ) DM ( ) Outras  
Uso de medicações: ( ) Não X Sim Jejum: ( ) Não X Sim  
SSVV Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm FI: rpm FC: bpm SpO<sub>2</sub>: % T: °C

Enfermeiro(a): Souza Instrumentado(a): Jaime Circulante: Daniela

Cirurgia: Redução + Passagem de fio Especialidade: Urologia Sala: 01  
Hora Início: 08:00 Hora Término: 10:30 Tipo de cirurgia: ( ) Eletiva ( ) Urgência ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada  
1ª Cirurgião: M. Morcello Aux.: Jaime Residente:

Anestesia: ( ) Local X Sedação ( ) Geral TOT: ( ) Bloqueio ( ) Raquidiana Ag.nº ( ) Peridural ( ) c/cateter ( ) s/cateter  
Ag.nº Cateter nº: Início: Garrote: ( ) Smarch ( ) Pneumático Início: Término:  
Anestesiologista: Dr. Paulo Roberto

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>79</u>	<u>75</u>	<u>75</u>	Bpm
Pulso	<u>73</u>	<u>71</u>	<u>71</u>	Bpm
Oximetria	<u>98%</u>	<u>99%</u>	<u>99%</u>	%
Capnografia				%
PA	<u>100x80</u>	<u>100x80</u>	<u>100x80</u>	mmHg

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

SONDAGEM GÁSTRICA
SNG nº
Retorno:

CATETERISMO VESICAL
SVF nº
SVA nº
Diurese:
Profissional responsável:

EXAMES SOLICITADOS:	
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Tímpano Sanguínea	<input type="checkbox"/> Glicosimetria:
<input type="checkbox"/> Cópia (Raio X)	

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

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
( ) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Metal ( ) Descartável	
Local: _____	
DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA
<input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não	( ) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Local: <u>MSD</u>	Solução: <u>Convidado</u> Local: _____

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos:
Tela:
Cateter:
Ostomia:
Fio de KC: <u>2 fio nº 2/5</u> Parafuso - tipo:
Placa - Tipo:
Outros:

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>P. Cirurgia</u> Quant. Material: <u>06</u>
Val.: <u>16/06/19</u> Contagem de gaze e compressa: <input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim



## SINISTRO 3190488140 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** FRANCISCO DE ASSIS SILVA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

**BENEFICIÁRIO** FRANCISCO DE ASSIS SILVA

**CPF/CNPJ:** 03020980461

### Posição em 23-09-2019 20:42:56

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
06/09/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50







PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
2ª Vara da Comarca de Currais Novos  
Avenida Coronel José Bezerra, 167, Centro, CURRAIS NOVOS - RN - CEP: 59380-000

Processo: 0802657-03.2019.8.20.5103

Polo ativo: FRANCISCO DE ASSIS SILVA

Polo passivo: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

**DESPACHO**

Vistos.

Em juízo de cognição sumária, entendo presentes os requisitos da petição inicial.

Defiro a gratuidade judiciária (art. 98 do CPC).

Tendo em vista a necessidade de prova pericial e as peculiaridades das ações indenizatórias sobre seguro obrigatório, deixo de designar, inicialmente, a audiência que alude o artigo 334, do CPC, observando-se a regra contida no § 4º do mesmo dispositivo, uma vez que é costume das demandadas (seguradoras) somente realizarem acordo após a realização da perícia médica no caso de indenização por invalidez.

Ante a existência de convênio firmado entre o TJRN e a Seguradora Líder, objetivando a realização de perícias médicas judiciais em ações envolvendo o seguro obrigatório DPVAT, independentemente de qual seja a seguradora demandada, segundo o qual cumpre à Seguradora Líder o custeio de perícia, a um valor fixo de R\$ 200,00 (duzentos reais), nomeio a Drª Rosemary Pinheiro dos Santos, CRM 1989, para exercer a função de perita nos autos do presente feito, mediante termo de compromisso, cumprindo ao profissional cumprir escrupulosamente o encargo que fora cometido, nos termos do disposto no art. 422, do Código de Processo Civil. (determino que a Secretaria Judiciária oficie ao Núcleo de Perícias do TJRN para que indique a este juízo um perito cadastrado junto àquele núcleo para fins de realização de perícia nestes autos.)

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação. Cite-se a parte requerida para contestar no prazo de 15 dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial.  
Providencie a Secretaria Judiciária:



a) citação da parte promovida, para no prazo legal de 15 (quinze) dias apresentar contestação (havendo preliminares e/ou alegação de fatos impeditivos, modificativos ou extintivos do direito autoral, ouça-se a parte autora, no prazo de 15 (quinze) dias. Em seguida, após a intimação das partes para a quesitação e indicação de assistente, assim requeiram, proceda-se com a realização de perícia); b) a intimação da Seguradora para efetuar o depósito do valor da perícia médica, juntando aos autos o comprovante de pagamento em 15 (quinze) dias; c) com a prova do depósito dos honorários periciais, intimação dos advogados dos litigantes, para, em 15 (quinze) dias, a contar da intimação da presente deliberação, querendo, ratificarem ou apresentarem seus quesitos, bem como indicar perito assistente. d) designada a data para realização do exame, intem-se as partes, bem como a Seguradora Líder, para comparecimento, ficando o(a) autor(a) ciente de que sua ausência injustificada será interpretada como desistência de produção de prova.

Sem prejuízo dos quesitos eventualmente apresentados pelas partes, os quesitos do juízo são os seguintes: 1) quais as lesões atualmente apresentadas pela parte autora; 2) das referidas lesões decorreu alguma invalidez ou incapacidade para a autora; 3) em caso positivo ao item anterior, deve informar qual o segmento orgânico ou corporal acometido e o grau da lesão, de acordo com a tabela contida na Resolução nº 1/75, de 03.10.75, expedida pelo Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP.

Registre-se que o pagamento dos honorários periciais fica condicionado à entrega do laudo pelo profissional.

Com a apresentação do laudo, intem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 15 (quinze) dias, expedindo-se, de logo, alvará para levantamento dos honorários periciais, em favor do(a) perito(a).

Publique-se. Intem-se. Cumpra-se.

CURRAIS NOVOS, 27 de setembro de 2019

**RICARDO ANTONIO MENEZES CABRAL FAGUNDES**

**Juiz de Direito**

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº 11.419/06)



PROCEDIMENTO COMUM (7) 0802657-03.2019.8.20.5103  
FRANCISCO DE ASSIS SILVA  
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

ATO ORDINATÓRIO

Certifico que, com permissão no artigo 4º, do Provimento nº 10/2005 da Corregedoria de Justiça do RN, foi expedido o presente ato ordinatório com a finalidade de intimar a parte autora do despacho ID nº49309732.

CURRAIS NOVOS 10/10/2019

MARIA DE FATIMA DOS SANTOS OLIVEIRA

