

ANEXO

QUESITOS A SEREM RESPONDIDOS PELO PERITO INDICADO PELO JUÍZO:

Nos termos do art. 31, II da Lei nº 11.945/2009.

QUESITOS DO (A) PROMOVENTE:

1- A invalidez a qual se encontra restrito o (a) promovente, elencada no bojo da exordial, em termo (s) de percentual (ais) afeta (m) a funcionalidade do **Membro Superior e ou Inferior?**

2- Qual a **repercussão** da invalidez no (s) membro (s) afetado (s) em percentual (is) ?

3- Existem sequelas residuais?

4- Em caso positivo em que percentual?

Caicó-RN, 06 de Junho de 2019.

Kelly Maria Medeiros do Nascimento
Advogada – OAB/RN 7.469



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: Ramiro Neco da Silva, brasileiro, solteiro, motorista, portador do RG sob o nº 028.674-SSP/AM e, Inscrito no CPF/MF sob o nº 241.406.514-15, residente e domiciliado no Sítio Timbaubinha, 33 – Zona Rural, Município de Jardim de Piranhas-RN, CEP.: 59324-000, telefone nº 84-99949-7771. Nomeia e Constitui poderes a **Outorgada:** **KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO**, brasileira, casada, advogada com OAB/RN sob o nº 7.469; podendo ser intimada na Rua André Sales, 130, Paulo VI, Caicó-RN – CEP nº 59300-000 - Próximo ao Hospital Regional do Seridó - SESP, Telefones: 84-3417-2265, 84-99801-5199 e 84-98887-0543 – E-mail: caicoseguros@gmail.com e caicodpvt@hotmail.com, as quais conferem amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula "ad Judicia", art. 38 parte final do CPC, **COM FIM ESPECIAL DE PATROCINAR A DEFESA DO (A) OUTORGANTE, junto ao processo na Comarca de JARDIM DE PIRANHAS/RN**, podendo as outorgadas, confessar, assinar, desistir, propor acordo, receber e dar quitação, receber quaisquer quantias derivada de condenação, transigir, apresentar réplica, oposições, firmar, apresentar recurso e contra razões, e ainda requerer seguro de vida, junto bem como, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo ainda levantar alvará judicial, acompanhar todo processo até o final do julgamento, representado ainda os interesses do outorgante, podendo ajuizar apelação, ou, qualquer outro remédio jurídico competente, junto ao **Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte**, para garantir o direito do outorgante, e finalmente, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato.

- CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS -

Pelo presente contrato firmado entre os contratantes, fica estabelecido o pagamento dos honorários advocatícios, pagos pelo outorgante, em favor da outorgada, os quais deverão ser pagos na base de **30% (trinta por cento)**, sobre o valor bruto da condenação final apurado em liquidação de sentença, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, em favor do contratado, conforme pacto através do presente instrumento, nos termos do **art.22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994**. Contratam ainda as partes que em caso de desistência da ação, ou, ainda renuncia dos poderes do (a) contratante em favor de outro (a) causídico (a), nada impede e obsta o pagamento dos honorários contratuais, nos mesmos valores acima citados, tudo em conformidade com o disposto no art. 14 do Estatuto da OAB, sem prejuízo dos honorários sucumbenciais, conforme determina a Lei. Nada mais a constar lavro o presente para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Caicó-RN, 22 de Setembro de 2018.

Outorgante: 

* Isento de reconhecimento de Firma, em face de Lei nº 8.952, de 13/12/1994, que dá nova redação ao art. 38 do CPC.



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu, **Ramiro Neco da Silva**, brasileiro, solteiro, motorista, portador do RG sob o nº 028.674-SSP/AM e, Inscrição no CPF/MF sob o nº 241.406.514-15, residente e domiciliado no Sítio Timbaubinha, 33 – Zona Rural, Município de Jardim de Piranhas-RN, CEP.: 59324-000, telefone nº 84-99949-7771. Declaro para os devidos fins de Direito que se fizerem necessários, em **AÇÃO DE COBRANÇA E OU COMPLEMENTAÇÃO DO SEGURO DPVAT – INVALIDEZ/COMPLEMENTO**, que sou pobre na forma da lei, não tendo condições financeiras de prover as despesas e custas processuais com a demanda. Declaro, ainda, ser conhecedor das sanções administrativas, Cíveis e Criminais, caso o presente não retrate a verdade dos fatos. Nada mais a declarar, lavro o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Caicó-RN, 19 de Setembro de 2018.



Declarante

CPF nº 241.406.514-15

Procurador Legalmente Habilitado



Vara Única de J. Piranhas
Fl. 09 +

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: RAMIRO NECO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF: 028674AP SSP AM

CPF: 241.406.514-15 DATA NASCIMENTO: 04/03/1948

REUNICAO: TEODORO NECO DA SILVA
CRISTALINA GONCALVES DE SOUZA

PERMISSAO: ACC CAIXA: AD

Nº REGISTRO: 02248854390 VALIDEZ: 07/05/2018 1ª HABILITACAO: 13/04/1980

Observações:

Assinatura do Portador: Ramiro Neco da Silva

LOCAL: CAICO, RN DATA EMISSAO: 08/05/2015

Assinatura do Emissor: [Assinatura]

15105300306
RN702193446

DETRAN - RN (RIO GRANDE DO NORTE)

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1031909039

PROIBIDO PLASTIFICAR
1031909039



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL RIO GRANDE DO NORTE SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
 POLÍCARI DIREITO		REGISTRO GERAL 794.937 DATA DE EXPEDIÇÃO 04.12.84 NOME MARIA AUXILIADORA PEREIRA FILIAÇÃO PEDRO CELESTIANO PEREIRA JOSEFA SIMÕES PEREIRA CAICÓ-RN. NATURALIDADE CAICÓ-RN. DATA DE NASCIMENTO 31.08.1963 CERT. NASC. 227.944.FLS.145.LV.25. 2º CRT. DE CAICÓ-RN. CPF	ASSINATURA DO TITULAR ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 11.111 DE 02/05/63

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Receita Federal
CPF
 CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição
512.098.534-34

Nome
 MARIA AUXILIADORA PEREIRA

Nascimento
 31/08/1963

REAL SERICARD

Cartão de uso pessoal e intransferível
 Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão
 MAI/2010


CORREIOS





Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Manoel, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-260
CNPJ 08.324.186/0001-61 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

FAMÍRO NELG DA SILVA

SI TIMBAUBINHA 33

CPF 241406614-15 NIS 19000703819

ZONA RURAL/ÁREA RURAL
JARDIM DE PIRANHAS RN
59334-000

CONTA CONTRATO

MÉS/ANC

BT RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofaseio

7003408447
DATA DE VENCIMENTO

09/2018
DATA PREVISIA FISCALIA

MADDA NOTAFIS

SÉRIE

EMISSION

012472114

UNICA
Nº DO CLIENTE

17/09/2016
Nº DA INSTALAÇÃO

17/05/2018

3000998647

2163876

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contribuição Iluminação Pública
ICMS-Parcela Subvencionada

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
20.000.000	3,21440526	6,43
70.000.000	0,38755874	26,72
41.000.000	0,55193811	22,60
		6,62
		6,65

TOTAL DA FATURA		DEL INDIATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL	A.1.1.1.1.1	CONSUMO (KWH)
-----------------	--	--	-------------	---------------

Nº DO MEDIDOR		TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
			DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
70374189		CAT	15/05/2015	26.176,00	17/05/2015	26.317,00	32	1,00000		141,00

440 D. R. L. AND M. C. TIGHE

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DATA	CONSUMO (KWH)	%
MÊS/MAY 2015		
SET 10 141	60,67	10,92
AGO 18 116	60,67	1,19
MAI 18 111	60,67	5,48
JUN 10 105		
MAI 18 147		
ABR 18 232		

Consumo kWh até 20 dias
Consumo kWh até 30 dias e 100 dias

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

© 2003 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 253: 111–117

67CF CFCB 9865 7100 8A29 1CB2 D146 03EE

[illegible]

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

CONSUMO	VALOR APROVADO	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)		
		LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
ANO RAINHA	10/2019	10,73	21,46	42,92
	0,00	7,67	15,34	30,69
	0,00	0,00	0,00	0,00

0,00 5,75 0,00

Conta D(R) 16,80 B.USC - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 19,45





INCER
INSTITUTO DO CÉREBRO

Paciente: RAMIRO NECO DA SILVA

Número de Registro: 12397

Data de Nascimento: 04/Mar/1948

Exame:

Médico(a) Solicitante: DR. EDUARDO PONTES

Data do Exame: 17/Nov/2017 10:10

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX

Metodologia:

Imagens obtidas com cortes de 5 mm, com a administração do meio de contraste endovenoso.

Análise:

Leve derrame pleural posterior basal bilateral, determinando atelectasia do parênquima pulmonar subjacente.

Opacidades fibroatelectásicas esparsas, predominando em bases.

Duas opacidades nodulares bem delimitadas e não calcificadas em ápice pulmonar direito, a maior delas com 0,8 cm, incomparáveis.

O protocolo utilizado tem baixa acurácia para avaliação de micronódulos pulmonares.

Traqueia e brônquios principais patentes, de calibres normais.

Estruturas vasculares mediastinais com trajeto e calibre conservado.

Ateromatose aórtica discreta.

Coração de dimensões levemente aumentadas.

Linfonodos mediastinais aumentados em número e menores que 1,0 cm em seu eixo curto, paratraqueais superiores, inferiores, janela aorta pulmonar e subcarinais, inespecíficos.

Conclusão:

Ateromatose aórtica.

Coração de dimensões levemente aumentadas.

Leve derrame pleural posterior basal bilateral.

Duas opacidades nodulares bem delimitadas e não calcificadas em ápice pulmonar direito.

Dra. Carla Caparroz Branco
CRM:SP 105.190

Dra. Carla Caparroz Branco
CRM:SP 105.190

Laudado por: Dra. Carla Caparroz Branco (CRM/SP 105.190)
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia
Laudo emitido em: 17/Nov/2017 17:12

Aprovado por: Dra. Carla Caparroz Branco (CRM/SP 105.190)
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia
Laudo aprovado em: 17/Nov/2017 17:28





Tomografia Computadorizada
Ressonância Magnética

No. Requisição:
2146856



DATA DO EXAME: 20/11/2017

PACIENTE: RAMIRO NECO DA SILVA



IDADE: 69A RG/CPF: 241.406.514-15

TELEFONE: 999497771

ENDEREÇO: SÍTIO TIMBAUBINHA

Nº: 33

BAIRRO: ZONA RURAL

CIDADE: JARDIM DE PIRANHAS

CONVÊNIO: PARTICULAR

CEP:

ESTADO: RN

MÉDICO: TANIA DINIZ GODEIRO DOS SANTOS

Tomografia Computadorizada do Abdome Total

Indicação clínica: Queda de moto.

Técnica do Exame:

Foram realizados cortes tomográficos computadorizados no abdome superior e pelve antes, durante e após a injeção endovenosa do meio de contraste iodado não-iônico, em equipamento multislice, com 2mm de espessura e incremento.

- Contraste venoso iodado: SIM.
- Contraste oral: NÃO.

Achados:

As bases pulmonares foram parcialmente visibilizadas, observando-se derrame pleural bilateral, maior à esquerda, cursando com atelectasias nos lobos inferiores, provavelmente passivas.

Imagens de fraturas em arcos costais inferiores à esquerda. Corpo vertebral de T8 parcialmente visto no presente estudo, apresentando imagens também sugestivas de fraturas.

Fígado de situação habitual, dimensões normais e contornos regulares, apresentando coeficientes de atenuação normais.

Vesícula biliar de dimensões e paredes normais. Aparentemente não há cálculos no seu interior (a acuracidade da ultrassonografia é superior a da tomografia na detecção de cálculos biliares).

Ausência de dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas.

Baço de situação habitual, dimensões normais e contornos regulares.

Pâncreas de situação habitual, dimensões normais e contornos regulares.

Revisado por:

Relatado por:

Último digitador(a): JBB
Técnico realizante: GUSTAVO LUIZ
Página: 1 Segue

001508844300947320171120145559
JULIAO BEZERRA
CRM-RN 5549 RADIOLOGISTA

Unidade 1: COVISA 1848 - Resp.Téc: Dr.Olimpio Maciel CRM 581 - Alvará CRM 5
Unidade 2: COVISA 1738 - Resp.Téc: Dr.Francisco Neto CRM1441 - Alvará CRM 1222
Unidade 3: COVISA 2081 - Resp.Téc: Dr.Marcos Barros CRM 4534 - Alvará CRM 1224





Tomografia Computadorizada
Ressonância Magnética

No. Requisição:
2146856



DATA DO EXAME: 20/11/2017

PACIENTE: RAMIRO NECO DA SILVA



IDADE: 69A

RG/CPF: 241.406.514-15

TELEFONE: 999497771

ENDEREÇO: SÍTIO TIMBAUBINHA

Nº: 33

BAIRRO: ZONA RURAL

CIDADE: JARDIM DE PIRANHAS

CEP:

ESTADO: RN

CONVÊNIO: PARTICULAR

MÉDICO: TANIA DINIZ GODEIRO DOS SANTOS

Adrenais de situação habitual, dimensões normais e contornos regulares.

Rins tópicos, de dimensões normais e contornos regulares. Os rins concentram e eliminam simétrica e satisfatoriamente a substância de contraste.

Presença de dois pequenos cistos com fina septação interna no pólo superior e no terço médio do rim esquerdo, medindo 0,9 cm cada um deles.

Ausência de dilatação dos sistemas pielocalicilares ou imagens típicas de cálculos urinários.

Bexiga urinária de paredes regulares sem imagens de excrescências no seu interior.

Resíduos fecais impedindo adequada avaliação dos cólons, sem alterações detectáveis ao método.

Aorta abdominal e veia cava inferior de calibres normais. Ateromatose aorto-iliaca.

Não há sinais de linfonodomegalia ou líquido livre nas cavidades abdominal e pélvica.

Pequenas imagens ovais escleróticas localizadas nos ilíacos, sugerindo ilhotas de osso compacto.

Impressão Diagnóstica:

Derrame pleural bilateral, maior à esquerda, cursando com atelectasias nos lobos inferiores, provavelmente passivas.

Imagens de fraturas em arcos costais inferiores à esquerda. Corpo vertebral de T8 parcialmente visto no presente estudo, apresentando imagens também sugestivas de fraturas. Sugere-se complementação com estudo do tórax

Cistos com fina septação interna no rim esquerdo (Bosniak II).

Ateromatose aorto-iliaca.

Revisado por:

Relatado por:

Último digitador(a): JBB
Técnico realizante: GUSTAVO LUIZ
Página: 2 Segue

001508844300947320171120145559
JULIAO BEZERRA
CRM-RN 5549 RADIOLOGISTA

Unidade 1: COVISA 1848 - Resp.Téc: Dr.Olímpio Maciel CRM 581 - Alvará CRM 5
Unidade 2: COVISA 1738 - Resp.Téc: Dr.Francisco Neto CRM1441 - Alvará CRM 1222
Unidade 3: COVISA 2081 - Resp.Téc: Dr.Marcus Basson CRM 4534 - Alvará CRM 1254





Tomografia Computadorizada
Ressonância Magnética

Vara Única do J. Fluminense

Fl. 15

No. Requisição:

2146856



DATA DO EXAME: 20/11/2017

PACIENTE: **RAMIRO NECO DA SILVA**



IDADE: 69A

RG/CPF: 241.406.514-15

TELEFONE: 999497771

ENDEREÇO: SÍTIO TIMBAUBINHA

Nº: 33

BAIRRO: ZONA RURAL

CEP:

CIDADE: JARDIM DE PIRANHAS

ESTADO: RN

CONVÊNIO: PARTICULAR

MÉDICO: TANIA DINIZ GODEIRO DOS SANTOS

Pequenas imagens ovulares escleróticas localizadas nos ilíacos, sugerindo ilhotas de osso compacto.

Revisado por:

Relatado por:

Último digitador(a): JBB
Técnico realizante: GUSTAVO LUIZ
Página: 3

001508844300947320171120145559
JULIAO BEZERRA
CRM-RN 5549 RADIOLOGISTA

Unidade 1: COVISA 1848 - Resp.Téc: Dr.Olímpio Maciel CRM 581 - Alvará CRM 5
Unidade 2: COVISA 1738 - Resp.Téc: Dr.Francisco Neto CRM1441 - Alvará CRM 1222





Ultrassonografia

No. Requisição:
2147025



DATA DO EXAME: 20/11/2017

PACIENTE: RAMIRO NECO DA SILVA

IDADE: 69A RG/CPF: 241.406.514-15 TELEFONE: 999497771

ENDEREÇO: SÍTIO TIMBAUBINHA

Nº 33 BAIRRO: ZONA RURAL

CIDADE: JARDIM DE PIRANHAS

CEP:
ESTADO: RN

CONVÊNIO: PARTICULAR

COD.PAC: 508844

MÉDICO: TANIA DINIZ GODEIRO DOS SANTOS

ULTRASSONOGRRAFIA DO TÓRAX

Hemitórax direito sem sinais ecográficos de derrame pleural.

Seio costofrênico livre à direita.

Hemitórax esquerdo apresenta imagem anecóica, medindo 5,1 x 4,2 x 3,9 cm, compatível com pequeno/moderado derrame pleural, com volume estimado em 45 ml, associado a atelectasia de parte do parênquima pulmonar no seu aspecto inferior.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Imagem de pequeno derrame pleural livre à esquerda, com volume estimado em 45 ml.

Recebido por



Fl. 174

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		DATA	HORA DA ENTRADA	Nº ATENDIMENTO
		12.11.14	0:05	152
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível				
NOME	Rafael Neto M. Silva		DATA DE NASCIMENTO	04.03.48
CPF	541.405.514/15	RG	038644	DATA DE EXPEDIÇÃO
NATURALIDADE	Paraná	ESTADO CIVIL	U-C	CARTÃO SUS
NOME DA MÃE	Carla Lian Conceição M. Silva	NOME DO PAI	Rafael Neto M. Silva	
ENDEREÇO	Rua Sítio Tenente		BAIRRO	Zona Rural
CIDADE/ESTADO	Paraná/RN	TELEFONE DE CONTATO	9966-8543	RAÇA/COR
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS				
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde				
PA	mmhg	FC	bpm	FR
				irpm
TEMP. AXILAR	°C	SpO2	%	Glicemia
				mg/dl
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO				
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista				
Paciente vítima de				
acidente de trânsito				
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO				
alcoóliculo, com				
doença crônica				

CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
Rx de Crânio	
CAMPO 4 - PRESCRIÇÃO MÉDICA	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
① Deceção de Crânio - Crânio	
D.O.M. - 2x	
Lm	
MÉDICO PLANTONISTA/CRM	RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN
CAMPO 5 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE	
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem	
MOTIVO DA SAÍDA	REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA
() ALTA MÉDICA	UNIDADE DE DESTINO:
() EVASÃO	
() RECUSA DO TRATAMENTO	



Vara Única de J. Piranhas
Fl. 18

RG. 28.674.45 CPF. 241.406.519.18



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ
Estrada do Prémio Unigado Sabugi, SN - Bairro Paulo VI - Caicó/RN
CEP: 59.300-000 - Telefone: (84) 3421-9630 / 9628 / 9620
CNPJ: (MF): 08.241.754/0135-57

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		6228550
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES
U. H. P. S.		6228550
Identificação do Paciente		6 - N° DO PRONTUÁRIO
5 - NOME DO PACIENTE		623372
RAMIRO NÉO D SILVA		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO
710101017139171718171719		04/03/1987
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - SEXO
CRISTINA GONCALVES DE SOUSA		Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
12 - ENDEREÇO (RUA N° BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO
SÍTIO TIMBAUBINHA ZONA RURAL		914 4977171
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD IBGE MUNICÍPIO
JARDIM DE PIRANHAS		2156340001
		15 - UF
		16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Crescimento de tumor + polipneumonia			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Necessidade de Tr. Químico			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Aumento tox. fígado			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
		T068	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADA			

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
Polipneumonia + tumor			
25 - CLÍNICA		26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
28 - DOCUMENTO		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
() CNS () CPF		03 2010019	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
Dr. Ramiro Nêo D. Silva		12/03/2019	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
33 - () ACIDENTE DE TRANSITO			
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
36 - () ACIDENTE OUTRO			
37 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
38 - SÉRIE			
40 - CNP EMPRESA			
41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
44 - COD ORGÃO EMISSOR			
45 - DOCUMENTO			
() CNS () CPF			
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			





Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado São José, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

Vare Única de J. Piranhas
Fl. 19

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE: RAMIRO NELO DA SILVA		DATA NASCIMENTO: 04.03.1968		SEXO: M
REGISTRO/PRONTUÁRIO: 023 373				
ENDEREÇO (Rua, Número): SITIO TIMBAUBINHA		BAIRRO: FORTA RICAL		
MUNICÍPIO: JARDIM DE PIRANHAS	UF: RN	CEP: 59324000	TELEFONE: 9944-2331	
NOME DO PAI: TEODORO NELO DA SILVA		NOME DA MÃE: CRISTINA GONCALVES DE JESUS		
RESPONSÁVEL: M. AUXILIARIA PEREIRA - EPOA -				
PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)				
CLÍNICA:		ENFERMARIA/LEITO:		INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE
<input type="checkbox"/> MÉDICA <input type="checkbox"/> ORTOPÉDIA <input type="checkbox"/> CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> PEDIATRIA				<input type="checkbox"/> DE TRABALHO <input type="checkbox"/> DE TRANSITO <input type="checkbox"/> DE OUTROS FINS <input type="checkbox"/> NÃO
DIAGNÓSTICO INICIAL:				MÉDICO SOLICITANTE
INTERNAÇÃO		ORIGEM RESIDÊNCIA?		UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE
DATA 02.11.14	HORA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
PROCEDÊNCIA:		CARATÉR DE INTERNAÇÃO:		
		<input type="checkbox"/> ELETIVA <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA		
RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)				
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição)		TIPO DE PROCEDIMENTO:		
		<input type="checkbox"/> LIMPO <input type="checkbox"/> INFECTADO <input type="checkbox"/> CONTAMINADO <input type="checkbox"/> POTENCIAL M. CONTAMINADO		
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/Descrição)		DATA: 24.11.14	HORA:	
APRESENTOU INFECÇÃO?		FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO:		
<input type="checkbox"/> HOSPITALAR <input type="checkbox"/> COMUNITARIA <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> PROFILATICAMENTE <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> TERAPEUTICAMENTE		
MOTIVO DA SAÍDA (AIH):		SE MOTIVADO SAÍD =1(remoção) ASSINAL DETALHAMENTO:		
<input checked="" type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> REMOÇÃO <input type="checkbox"/> ÓBITO ATÉ 24 HORAS <input type="checkbox"/> ÓBITO APÓS 24 HORAS		<input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> INALTERADO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/> POR INDICIPLINA <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> INTER.P/DIAGNOSTICO <input type="checkbox"/> P/COMPLETETAÇÃO F.DE A		
PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)				
INDICAÇÃO CLÍNICA:		DESTINO:		
PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO		OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECÇÃO:		MÉDICO RESPONSÁVEL: (carimbo/assinatura)
CAUSA MORTE:		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		





Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000

CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

Vara Única do J. Piranhas
Fl. 20

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Nº DE REGISTRO:

023373

DATA:

12.11.2017

NOME DO PACIENTE:

RAMIRAN NECO DA SILVA

QUEIXA PRINCIPAL, HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, ANTECEDENTES, EXAMES FÍSICO.

Atual - Admissões.

Provém de várias de grande de
peso, com trans fúscas e
esquerdas + trans torácicas
esquerdas + distúrbios fúscas.

Ex. fúscas: Torax MD, Mucosas,

sem M. Distúrbios: 80-80%,

flavido (transúrbio de peso),

MD, Ausculta de insuflação

ponto real. Descolamento

Bruas NECROSIS.

Colo Colo UFG de Admissões

HIPOTESE DIAGNÓSTICA:

+ M. Mucosas da
Orto peça

ASSINATURA DO MÉDICO:

Dr. Irami Araújo Filho

Assinatura: Irami Araújo Filho





Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

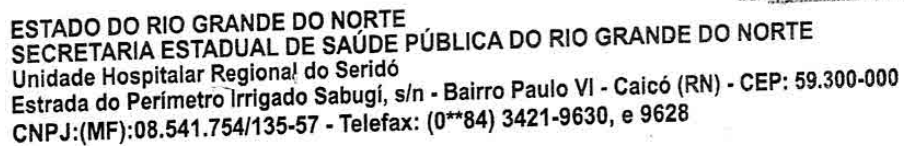
Vara Única do J. Titulares
Fl. 21

EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:	Nº de Registro	Data Admissão
PAMIRO NECO DA SILVA	02 33 + 3	12 / 11 / 17

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
12/11/17	10:30	PA = 120x90	Nome José
12/11/17	10:40h	Paciente 69 anos foi admitida no setor da clínica cirúrgica proveniente da urgência. Vítima de acidente automobilístico. HD. Dor abdominal A/E. Vias de saída de todas acompanhadas da esposa. Consciente, Orientada, eupneica em O2 ambiente. Abdome global + duro com dor à palpação por toda abdome. Apresenta cometo. Hematoma na alha (E). Presença de HAS em uso de hidroclorotiazida + losartana. Potência 5mg + 12, 5mg. Negs DM e alergias. Presença de edema em MMII (+2/+4). Em tempo: Apresenta roncos. Eliminações fisiológicas (+). Aguarda realização da cirurgia. Segue aos cuidados da equipe.	
13/11/17	10h	Paciente no 2º DIU. HD. Dor abdominal A/E. Consciente orientada, eupneica em O2 ambiente. Aceita a dieta. Presença de hematoma na alha (E). Abdome global + distendida com dor à palpação na região epigástrica. Presença de edema em MMII (+2/+4). Não, disp. eliminasez para 20g (+). Não realizou a USG abdominal total porque segundo o médico não tem condições de visualização, ficou na repouso amando. Segue aos cuidados da equipe.	Paloma Batista Costa COREN/RN 442.479
14.11.17		Alta hospitalar.	Paloma Batista Costa COREN/RN 442.479

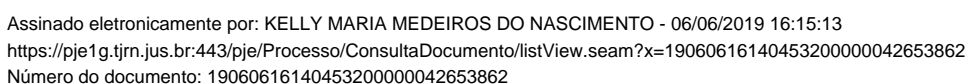




Vara Unica de J. Pirandello
Fl. 22

EVOLUÇÃO ODONTOLÓGICA

NOME DO PACIENTE: Ramiro nero de Silva

[illegible]

Vera Unico de J. Pires
Fl. 23



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perimetro Irigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241.754/0135-57 - Telefax: (0-84) 3421-9630, e 9628

PRESCRIÇÃO MÉDICA E
CONTROLE DE APLICAÇÃO

DIA: 12/11/13

PACIENTE: RAMIRO NEVES DA B

Nº DO REGISTRO: 023.313 DATA DE ADMISSÃO: 12/11/13 Nº DO LEITO

DIA: 21/11/13 DIA: 21/11/13 DIA: 1

191112

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
Dilata-ção				18:20, 30, 40		
Instalador 30 x 60 1/4						
(2) Buscopan - 10mg				14:15		
ABSA - 10mg						
Plasyl - 2g						
(3) Paratrans - 10mg				14:15		
ABSA - 10mg						
(4) Sitacril						
Paracetamol						
Paracetamol 10mg						
OUTROS CUIDADOS						
ESPECIFICAÇÃO						
ESPECIFICAÇÃO						
ESPECIFICAÇÃO						
ASSINATURA DO MÉDICO						

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		DATA	HORA DA ENTRADA	Nº ATENDIMENTO
		01-12-13	10:42:15	38
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível				
NOME	Raimundo Nelly da Silva		DATA DE NASCIMENTO	IDADE SEXO
CPF	241406514-15		24-07-47	69 M
NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	CARTÃO SUS	
R. de Piraúbas - RN - 50110-000			100907939498792	
NOME DA MÃE	Eustáquia Gonçalves de Souza		NOME DO PAI	
ENDEREÇO	R. Sítio Timorócinha		BAIRRO	
CIDADE/ESTADO	J. de Piraúbas		TELEFONE DE CONTATO	RACIA/COR
			999497771	Branca
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS				
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde				
PA	mmHg	FC	bpm	FR
				irpm
TEMP. AXILAR		°C	SpO2	%
				Glicemia
		mg/dl		
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO				
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista				
<p>At + 120/80 mmHg 114/114 mmHg Pulso 75 bpm 75 bpm Arterial 112/80</p>				
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO		SCORE DE GLASGOW		

Confere com o Original
Caicó - RN 28/02/18
Francisco Araújo

CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
<p>Roxo os tocos por fronteira + 400 mmHg + 110 mmHg</p>	
CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
<p>Ausultação de Córden Green</p>	
MÉDICO PLANTONISTA/CRM	RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN
CAMPO 6 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE	
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem	
MOTIVO DA SAÍDA	REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA
<input type="checkbox"/> ALTA MÉDICA <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> RECUSA DO TRATAMENTO <input type="checkbox"/> ÓBITO	UNIDADE DE DESTINO: _____ DATA: ____/____/____ HORA DA SAÍDA: ____





Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugá, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000

CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

Vara Única de J. Piranhas

Fl. 274

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	2. CNES: 6.778.580
3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	4. CNES: 6.778.580
5. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:	6. Nº DO PRONTUÁRIO
NOME: RAMIRO NEGO DA SILVA	033596
CPF: 7 9 1 4 0 6 5 6 4 1 5	RG: 0 2 8 6 7 4 / R N

7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8. DATA DE NASC.	9. SEXO
1 0 0 7 0 7 9 3 9 2 9 8 7 7 2	04/03/1948	MASC. (X) FEM. ()
10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	DDD	11. TELEFONE DE CONTATO
CRISTALINA GONÇALVES DE SOUZA	84	9 9949-7771
12. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	ZONA RURAL	
SÍTIO TIMBAUBURMA	14. COD. IBGE MUNICÍPIO	15. UF
13. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	JARDIM DE PIRANHAS	RN
	16. CEP	59324-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:	Paciente intubado, politraumatizado, vítima de acidente de moto, com traumatismo abdominal, tontura, náuseas, distensão abdominal. Poder 7A-1218
18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:	As acima citadas

19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

20. DIAGNÓSTICO INICIAL:	21. CID 10 PRINCIPAL:	22. CID 10 SECUNDÁRIO:	23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
Politraumatismo	T068		

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
Revisão Intensiva	0308010039
26. CLÍNICA	27. CARATER DA INTERNAÇÃO
Médica	Urgência
28. DOCUMENTOS	29. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLIC./ASSIST.
() CNS (X) CPF	09650553491
30. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST.	31. DATA DA SOLICITAÇÃO
Dr. João Batista de Brito	01/12/17
32. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)	
Dr. João Batista de Brito	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA

33. () ACID. DE TRANSITO	36. CNPJ DA SEGURADORA	37. Nº DO BILHETE
34. () ACID. TRABALHO TÍPICO		
35. () ACID. TRABALHO TRAJETO	39. CNPJ DA EMPRESA	40. CNAE DA EMPRESA
		41. CBOR
42. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		

AUTORIZAÇÃO

43. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	44. COD. ORGÃO EMISSOR	49. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45. DOCUMENTOS	46. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	
() CNS () CPF		
DA AUTORIZAÇÃO	48. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)	



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 06/06/2019 16:15:13

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060616140453200000042653862>

Número do documento: 19060616140453200000042653862



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

Versão Unificada de Interdição
Fl. 28

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE: <u>GAMERO NETO DA SILVA</u>	
REGISTRO/PRONTUÁRIO: <u>073 546</u>	DATA NASCIMENTO: <u>04/03/1948</u> SEXO: <u>MASC</u>
ENDEREÇO (Rua, Número): <u>SITIO TIMBIRIBANHA</u>	BAIRRO: <u>ZONA RURAL</u>
MUNICÍPIO: <u>FAZENDA DE PIRANHAS</u>	UF: <u>RN</u> CEP: <u>59324-000</u> TELEFONE: <u>84-99949-7771</u>
NOME DO PAI: <u>TEODORO NETO DA SILVA</u>	NOME DA MÃE: <u>CRISTALINA GONCALVES DE SOUZA</u>
RESPONSÁVEL: <u>M^{te} ALEXANDRE PEREIRA (P^{re}ma)</u>	
PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)	
CLÍNICA: MÉDICA <input type="checkbox"/> ORTOPÉDIA CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> PEDIATRIA	ENFERMARIA/LEITO: INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE <input type="checkbox"/> DE TRABALHO <input checked="" type="checkbox"/> DE TRANSITO <input type="checkbox"/> DE OUTROS FINS <input type="checkbox"/> NÃO
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Poliuramiasis</u>	MÉDICO SOLICITANTE: <u>Dr. João Batista de Brito</u>
INTERNAÇÃO ATA: <u>011217</u> HORA: <u>14hs</u>	ORIGEM RESIDÊNCIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ROCEDÊNCIA:	UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE
CARATÉR DE INTERNAÇÃO: <input type="checkbox"/> ELETIVA <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> EMERGÊNCIA	
RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)	
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIIH- Código/ Descrição): <u>Tratamento clínico</u>	TIPO DE PROCEDIMENTO: <input type="checkbox"/> LIMPO <input checked="" type="checkbox"/> INFECTADO <input type="checkbox"/> CONTAMINADO <input type="checkbox"/> POTENCIAL M. CONTAMINADO
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIIH- Código/Descrição)	DATA: <u>04/12/17</u> HORA: <u>10hs</u>
APRESENTOU INFECÇÃO? <input type="checkbox"/> HOSPITALAR <input type="checkbox"/> COMUNITARIA <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO: <input type="checkbox"/> PROFILATICAMENTE <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> TERAPEUTICAMENTE
MOTIVO DA SAÍDA (AIIH): <input checked="" type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> REMOÇÃO <input type="checkbox"/> ÓBITO ATÉ 24 HORAS <input type="checkbox"/> ÓBITO APÓS 24 HORAS	SE MOTIVADO SAÍDA = 1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTODA ALTA <input type="checkbox"/> CURADO <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> INALTERADO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/> POR INDICIPLINA <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> INTER.P/DIAGNOSTICO <input type="checkbox"/> P/COMPLETETAÇÃO F.DE ACIDENTE
PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)	
INDICAÇÃO CLÍNICA:	DESTINO:
PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO	OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECÇÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
RTE:	MÉDICO RESPONSÁVEL (carimbo/assinatura): <u>Dr. João Batista de Brito</u>



Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Unidade Hospitalar Regional do Sertão
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugá, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Cuiabá (MT)
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

Vara Única de J. Pizarro

Fl. 29 +

ANAMNESE E EXAME FISICO

Nº DE REGISTRO:

DATA:

NOME DO PACIENTE:

QUEIXA PRINCIPAL, HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, ANTECEDENTES, EXAMES FÍSICO.

021517 Um tumor grande na base da língua há 20 dias
referando dor nos dentes e gânglios anteriores.

Avatami fimo, abham flicho, -tolos a
Sua fimo de erotico pntomof.

R^+ se refere ao tempo mínimo necessário para
seu custo mínimo e por ser uma função
de preço mínimo.

Tout est le même - faire que nous ne
franchir le costes + provision fonction de
TS.

\Rightarrow John's power $\propto \frac{\text{energy}}{\text{distance}^2}$

04.12.17

Pentru a lăsa din drum a celor care au
o3 venis in loc es neces caster i excedu in
difert semnificativ

6: S_n is always true

Smilax latifolia a large vine in wall & moss

cas: A l'ho de l'ortografia

Dr. Handerson Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 14230

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

ASSINATURA DO MÉDICO:



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 06/06/2019 16:15:13

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060616140453200000042653862>

Número do documento: 19060616140453200000042653862

Num. 44114396 - Pág. 22



Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000

CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

Vara Única de J. Pires

Fl. 30

EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:	Nº de Registro	Data Admissão
RAMIRO NELO DA SILVA	073596011217	

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
01.12.17	14:00	Paciente admitido no Hospital Regional do Seridó com diagnóstico de Hipertensão Arterial. História de doença de crônica há ± 20 dias, realizou raio-x de tórax, exame interno 2 dias e recebeu alta, daí internado no Hospital Regional do Seridó onde realizou TC de tórax não foi avaliada e recebeu alta devido a "graves". Continuou com dores abdominais, alimentando-se mal, pois tem melancolia e confusão e hipertensão. Ex + febre. ECG com arritmia, aumento de ondas T, pele íntegra, mucosas coradas. Eliminações intestinais em 3 dias e urina normal.	
02/12/17	08:15h	Paciente admitido em 2º DIA, consciente, orientado, eufórico, apnéia ao falar, normotensionado, apnéia pulmonar (sic), queixando-se de lombalgia. Abdomem flácido, indolor, eliminação intestinal normal há 02 dias e urina (+) (sic). Afunde exame físico de Out-pente.	
03.12.17	06:00	PA 130/80 mmHg.	
03.12.17	17:00h	Paciente admitido em 3º DIA segue no 2º DIA. Consciente e orientado. Eufórico, apnéia ao falar e normotensionado. Abdomem flácido - indolor e palpável. Algas urina coradas no momento. Ausc. Pulm. B. Sem RR. Eliminação de urina normal há 02 dias. Raio-x. Segue após exame físico de Out-pente.	
04.12.17	13:00h	Paciente admitido em 4º DIA, consciente, orientado, normotensionado, eufórico, sono e repouso preservados, excitando a diálise. Comorbidade. Eliminação de urina normal há 02 dias e urina (+) (sic), diálise eliminação intestinal preservada. Sem queixas. Segue sob cuidados da equipe.	



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 06/06/2019 16:15:13

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060616140453200000042653862>

Número do documento: 19060616140453200000042653862

Num. 44114396 - Pág. 23



Vara Unica de J. Pizarro
Fl. 31

114-01

NOME DO PACIENTE: RAMIRO NETO DA SILVA

[illegible]



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Sertão

DIA: 01/12/17

PRESCRIÇÃO MÉDICA E CONTROLE DE APLICAÇÃO

PACIENTE: Daniela Neco B. Silva

Nº DO REGISTRO 093596

DATA DE ADMISSÃO

DIA	01171917	DIA	1	DIA	
-----	----------	-----	---	-----	--

Ergebnis:

ABDullah ar

Applique de Célucel Extra pour distance à évaluer

RECICAMIENTOS	DOSE	VIA	DI 12 (X)	INTERV	HORARIO	DI 12 (X)	HORARIO	HORARIO	HORARIO
1. 100mg - 4x + 430 - 100 (16h)			X			X	12	13	14
2. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
3. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
4. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
5. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
6. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
7. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
8. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
9. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
10. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
11. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
12. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
13. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
14. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
15. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
16. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
17. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
18. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
19. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
20. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
21. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
22. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
23. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
24. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
25. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
26. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
27. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
28. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
29. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
30. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
31. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
32. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
33. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
34. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
35. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
36. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
37. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
38. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
39. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
40. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14
41. 100mg 500 - 1A em 2000 570,941			X			X	12	13	14

ASSINATURA DO MÉDICO





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: 3ª DELEGACIA REGIONAL - DE CAICÓ

Endereço: AVENIDA CEL. MARTINIANO, S/N, JARDIM SATÉLITE, CAICÓ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018073000131

1.2 Data de Expedição: 12/03/2018 11.24.23

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 11/11/2017 23.00.00

2.2 Autoria: Conhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Rural

2.7 Logradouro: SÍTIO TIMBAUBINHA

2.8 Número: SN

2.9 CEP:

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.13 Cidade: CAICÓ

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: RAMIRO NECO DA SILVA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: TEODORO NECO DA SILVA

3.5 Etnia: Branca

3.6 Mãe: CRISTALINA GONÇALVES DE SOUZA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 24140651415

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 04/03/1948

3.13 Profissão: MOTORISTA

3.14 RG: 028674AP - SSP/RN

3.15 Telefone(s): 84 999497771

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 33

3.18 Naturalidade: JARDIM DE PIRANHAS/RN

3.19 Bairro: ZONA RURAL

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: SÍTIO TIMBAUBINHA

3.23 Cidade: JARDIM DE PIRANHAS

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)**6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)****7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: 9C2HC1420FR022562

7.1.4 Renavam: 01050672809

7.1.5 Placa: QGC4553

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: BIZ 100 ES

7.1.9 Ano do Modelo: 2015

7.1.10 Ano de Fabricação: 2015

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: RAMIRO NECO DA SILVA

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: RAMIRO NECO DA SILVA

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA**9. DOS FATOS****9.1 Histórico**

O DECLARANTE COMPARECEU NESTA DELEGACIA COM O OBJETIVO DE REALIZAR REGISTRO DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO COM O FIM EXCLUSIVO DE FORMULAR PEDIDO DE SEGURO OBRIGATORIO EM RAZÃO DE DPVAT, ADUZINDO O QUE ADIANTE SE SEGUE: QUE NA DATA DE 11 DE NOVEMBRO DO ANO DE 2017, POR VOLTA DAS 23:00HRS, O DECLARANTE ESTAVA GUIANDO/CONDUZINDO A MOTONETA DESCRITA NO ITEM ANTERIOR, NO SENTIDO JARDIM DE PIRANHAS/RN - SÍTIO TIMBAUBINHA, ZONA RURAL DE JARDIM DE PIRANHAS/RN, MOMENTO EM QUE PERDEU O CONTROLE VINDO A CAIR SOBRE UMAS PEDRAS; QUE O DECLARANTE FOI SOCORRIDO E CONDUZIDO A UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ - UHRS, NA CIDADE DE CAICÓ/RN, DANDO ENTRADA NO REFERIDO HOSPITAL ÀS 00H:05MIN; QUE O DECLARANTE OBTVE ALTA HOSPITALAR NA DATA DE 14/11/2017; QUE O DECLARANTE NA DATA DE 01/12/2017, ÀS 10H:42MIN, DEU ENTRADA NOVAMENTE, NO SUPRAMENCIONADO HOSPITAL VISTO QUE, CONTINUOU SENTINDO DORES. NADA MAIS FORA DITO.

9.2 Informações do CIOSP**10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)****11. DECLARAÇÃO**

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

Data 12/03/2018 11.24.23

 Policial

 Interessado


Polegar direito

Atendimento: 2201410 - CARLA KATHIRENE VIEIRA COSTA

Impresso por: 2201410 - CARLA KATHIRENE VIEIRA COSTA em 12/03/2018 11:24:28

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

J2018073000131

Protocolo: J2018073000131 - Codigo de autenticação: 1359d1e0ab21539bf08e3d160fb2f2a1

Página 1 1





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180566875

Vítima: RAMIRO NECO DA SILVA

Data do Acidente: 11/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA AUXILIADORA PEREIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RAMIRO NECO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00659/00660 - carta_04 - INVALIDEZ

00050330



Carta nº 13749303



ANEXO 2

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Vara Única da Comarca de Jardim de Piranhas
Praça Getúlio Vargas, 100, Vila do Rio, JARDIM DE PIRANHAS - RN - CEP: 59324-000

PROCEDIMENTO COMUM (7): 0800177-32.2019.8.20.5142

AUTOR: RAMIRO NECO DA SILVA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Receboa inicial por estarem devidamente preenchidos os requisitos dos arts. 319 e 320, ambos do Novo Código de Processo Civil.

Defiroo pedido de justiça gratuita.

O art. 139 do Novo Código de Processo Civil, inciso VI, dispõe:

Art. 139. O juiz dirigirá o processo conforme as disposições deste Código, incumbindo-lhe:

(...)

VI - dilatar os prazos processuais e alterar a ordem de produção dos meios de prova, adequando-os às necessidades do conflito de modo a conferir maior efetividade à tutela do direito;

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo de aprazar, neste momento, a audiência de conciliação.

Ressalte-se a dificuldade de acordo nos processos de DPVAT, uma vez que a produção de prova pericial faz-se imprescindível, comprometendo a utilidade da designação de audiência em momento anterior à prolação do laudo.

Assim, verifica-se a necessidade de perícia técnica para deslinde da causa.

Determinoa realização de perícia.

Oficie-se ao Núcleo de Perícias do TJRN para indicar perito cadastrado, conforme resolução nº 233 do CNJ, ficando



desde já nomeado o perito indicado. Fixo os honorários no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais) como honorários periciais.

Intime-se o perito para informar se aceita o encargo e, em caso, positivo, informar o dia, horário e local para realização do ato.

O laudo pericial deverá conter, nos termos do art. 473 do NCPC:

I - a exposição do objeto da perícia;

II - a análise técnica ou científica realizada pelo perito;

III - a indicação do método utilizado, esclarecendo-o e demonstrando ser predominantemente aceito pelos especialistas da área do conhecimento da qual se originou;

IV - resposta conclusiva a todos os quesitos apresentados pelo juiz, pelas partes e pelo órgão do Ministério Público.

O valor da perícia será pago pela Seguradora ré, que deve ser INTIMADA para depositar o valor em conta judicial, seguindo o que determina o Termo de Convênio Institucional de nº 39/2019.

Incumbe às partes, dentro de 15 (quinze) dias contados da intimação deste despacho de nomeação do perito arguir o impedimento ou a suspeição do perito, se for o caso, indicar assistente técnico e apresentar quesitos, conforme artigo 465, §1º, NCPC.

Intimem-se as partes da data da perícia, horário e local.

Após apresentado o laudo, **expeça-se** Alvará de Autorização Judicial para levantamento dos honorários periciais.

Com o laudo acostado aos autos, **remetam-se** os autos ao CEJUSC para realizar audiência de conciliação.

Cite-se a parte ré para ciência dos termos da exordial.

Caso não haja acordo, o prazo para contestação (de quinze dias úteis) será contado a partir da realização da audiência.

A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial.

Publique-se. Intimem-se. Cumpra-se.

JARDIM DE PIRANHAS/RN, 3 de setembro de 2019



Tânia de Lima Villaça
Juíza de Direito em substituição
(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº 11.419/06)



Intimação da advogada da parte autora acerca do despacho.

