

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: MARIA DOS ANJOS LIMA EUFLAUZINO, solteira, do lar, portadora do RG n.º 3032228 e do CPF n.º 093.687.67432, residente e domiciliada na Rua Antonio Adónis dos Santos, n.º 114, Bairro Promorar/área urbana da Cidade de Parelhas, Estado do Rio grande do Norte

OUTORGADO: AILTON JOSÉ DOS SANTOS, brasileiro, casado, advogado, sob registro junto a OAB/RN de nº 15.727, com escritório comercial à vila 7 de setembro nº 40, Bairro Maria Terceira CEP: 59.360-000, Parelhas/RN.

PODERES: O Outorgante concede amplos poderes da cláusula "ad judicium" ao Outorgado, a fim de que possa defende-lo (s), *in solidum*. Nas ações competentes até o final do julgamento, usando os recursos legais, acompanhando o feito em todos os seus trâmites, podendo para tanto apresentar declarações, ceder, renunciar, ou transferir direitos, promover propostas, conciliar, permutar, confessar, desistir, transigir, decidir, firmar compromissos ou acordo, receber, dar quitações, assinar, receber citações e intimações comparecer as audiências, respondendo pelo (s) Outorgante (s), inclusive subestabelecer a presente, com ou sem reserva de poderes, com igual teor e validade, e em especial perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartições Públicas, autarquias ou entidades Paraestatais, recorrendo de decisões quando necessário for, até trânsito em julgado o que tudo será dado como bom e firme valioso.

Parelhas/RN, 15 fevereiro de 2020.

Maria dos Anjos Lima Euflauzino
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, MARIA DOS ANJOS LIMA EUFLAUZINO, brasileira, solteira, do lar, MARIA DOS ANJOS LIMA EUFLAUZINO, solteira, do lar, portadora do RG n.º 30322228 e do CPF n.º 093.687.67432, residente e domiciliada na Rua Antonio Adônis dos Santos, n.º 114, Bairro Promorar/área urbana da Cidade de Parelhas, Estado do Rio grande do Norte, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Maria dos Anjos Lima Euflauzino
NOME COMPLETO





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE PARELHAS
Endereço: Rua Alexandre Pereira, S/N, Centro, PARELHAS

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM
1.1 Protocolo: 2072106-00000071
1.2 Data de Expedição: 15/04/2019 11:12:14
1.3 Natureza do Caso: DANO
1.4 Ugei CIOEP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO
2.1 Data e Hora do Fato: 22/02/2019 11:15:00
2.2 Endereço: Desconhecida
2.3 Fato: Ocorrência
2.4 Pagamento: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Outros
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.7 Logradouro: AV. COMENDADOR JOSÉ GOMES
2.8 Número: SN
2.9 CEP:
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: CENTRO
2.13 Cidade: PARELHAS

3. DADOS PESSOAIS DO COMITENTE (PESSOA FÍSICA)
3.1 Nome Completo: MARIA DOS ANJOS LIMA EURLAUZINO
3.2 Estado civil: União Estável
3.3 Nome Social:
3.4 Pai: JOÃO EURLAUZINO DANTAS FILHO
3.5 Etnia: Parda
3.6 Mãe: MARIA DAS VITÓRIAS ALEXANDRE LIMA
3.7 Sexo: FEMININO
3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF:
3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade:
3.12 Data de Nascimento: 13/07/1981
3.13 País de Nascimento: Brasil
3.14 RG: 3002226 - SSPRN
3.15 Telefone:
3.16 Residência:
3.17 Número: 114
3.18 Nacionalidade: PQUJUPB
3.19 Bairro: MARIA TERCEIRA
3.20 E-mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.22 Cidade: PARELHAS
3.23 Logradouro: RUA ANTÔNIO ADONIS
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DAS VÍTIMAS(S)
4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DOS ACUSADOS (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)
6. DADOS PESSOAIS DAS TESTEMUNHAS (NÃO FORAM INCLuíDOS TESTEMUNHAS)
7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)
7.1.1 Seguradora: Ita
7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: 9518AK3SG0000283
7.1.4 Placa: 06094/08
7.1.5 Estado: 01166122481
7.1.6 Marca: TRAXX
7.1.7 Modelo: TRAXXUHI150-7
7.1.8 Ano de Fabricação: 2015
7.1.9 Cor do veículo: PRETA
7.1.10 Tipo de veículo: MOTOCICLETA
7.1.11 Número do Motor:
7.1.12 Número da Cofradia:
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.14 Nome do proprietário: MARIA DOS ANJOS LIMA EURLAUZINO
7.1.15 Nome do vendedor: MARIA DOS ANJOS LIMA EURLAUZINO
7.1.16 Observações:
7.1.17 Observações:
7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA
8.1 DADOS
8.2 Fatos
8.3 Informações do CIOEP
8.4 Outras Providências
8.5 Registro de B.O.
8.6 Complementos (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)
8.7 Declaração
8.8 Declaração (O declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.)
Data: 15/04/2019 11:12:14

Assinatura:
Nome: Maria dos Anjos Lima Eurlauzino
Cargo: Policial
Rubrica:
Fim do Boletim de Ocorrência



Assinado eletronicamente por: AILTON JOSE DOS SANTOS - 01/03/2020 23:21:02

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030123210254700000051845682>

Número do documento: 20030123210254700000051845682

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETTRAN - RN Nº 013831732786	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
VEICULO	2	EXERCÍCIO	2018
COD RENAVAM	0166122301	DATA EMISSÃO	01/10/2018
PLACA	0603126	PLACA	0603126
CHASSI	9512A00036900293	RENAVAM	01166122301
COMBUSTÍVEL	GASOLINA	ANO FAB	2015
ANOT/PAB	093.687.674-32	DE INE	9
CPF/CNPJ	093.687.674-32	MARKA / MODELO	TRAXX / JH150-7
CPF/CNPJ	093.687.674-32	Nº CHASSI	9512A00036900293
PREMIO TARIFARIO		PREMIO TARIFARIO	
FMS (R\$)		DEVOLUTIV (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
COTA ÚNICA		COTA ÚNICA	
PACOTAMENTO		PACOTAMENTO	
DATA DE QUITAÇÃO		DATA DE QUITAÇÃO	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.249.698/0001-44		SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.249.698/0001-44	

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		DATA	HORA DA ENTRADA	Nº ATENDIMENTO
		22/03/19	13:40	77
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível				
NOME	Vitorias Alexandre Rimp		DATA DE NASCIMENTO	IDADE
CPF	093687074-32	RG	3032228	13/09/91
NATURALIDADE	PR	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	SEXO
NOME DA MÃE	deas Vitorias Alexandre Rimp	NOME DO PAI	CARTÃO SUS	
ENDEREÇO	Antonio Adones, 114	BAIRRO	900401420496412	
CIDADE/ESTADO	Lamelhas - RN	TELEFONE DE CONTATO	9664-4205	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				
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO				
SCORE DE GLASGOW				

Confere com o Original
Caicó - RN, 10/04/2019
Marta Barros dos Santos

CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
2X de PAIN TURNOUSO P.E	
MÉDICO PLANTONISTA/CRM	RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN
João Batista CRM 1837 006.502.531	
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
☐ ALTA MÉDICA ☐ EVASÃO ☐ RECUSA DO TRATAMENTO ☐ 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 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

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR-AIH

1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ		2. CNES: 6.778.580	
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOME: <i>Dr. dos Anjos Lourenço Fagundes</i>		4. Nº DO PRONTUÁRIO <i>028216</i>	
CPF: <i>0 9 3 6 8 7 6 7 1 3 2</i>		RG: <i>3 0 3 2 2 2 8</i>	
5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>7 0 0 4 0 1 4 2 0 4 9 6 4 4 2</i>		6. DATA DE NASC. <i>13/09/91</i>	
7. SEXO MASC. (X) FEM. ()			
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Dr. das Viradas Deslencere Sampaio</i>		9. TELEFONE DE CONTATO <i>9664-4305</i>	
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>R. Antonio Salinas, 154</i>		11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Jaurema</i>	
12. COD. IBGE MUNICÍPIO <i>24</i>		13. UF <i>RN</i>	
14. CEP <i>59360006</i>			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <i>Paciente vítima de acidente de auto, com fratura-luxação em pé E.</i>
16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <i>Necesse cirurgia.</i>
17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <i>Rx - fratura-luxação 1º MTE / fratura 2º, 3º e 4º MTE.</i>

18. DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>fratura-luxação pé E</i>	19. CID 10 PRINCIPAL: <i>S929</i>	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS			
22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: <i>Tratamento cirúrgico.</i>	23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0408050457</i>		
24. CLÍNICA <i>OT</i>	25. CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>✓</i>	26. DOCUMENTOS () CNS () CPF	27. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLIC./ASSIST.
28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST. <i>Tasso Santos</i>	29. DATA DA SOLICITAÇÃO <i>22/02/19</i>	30. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO) <i>Dr. Alacón R. de A. Dantas</i> <i>Ortopedista e Traumatologista</i> <i>35 Nº DO REG. - TEP 15037</i>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)			
31. () ACID. DE TRANSITO	34. CNPJ DA SEGURADORA		36. SÉRIE
32. () ACID. TRABALHO TÍPICO	37. CNPJ DA EMPRESA		38. CNAE DA EMPRESA
33. () ACID. TRABALHO TRAJETO			39. CBOR
40. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	42. COD. ORGÃO EMISSOR		43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
44. DOCUMENTOS () CNS () CPF	45. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR		
46. DATA DA AUTORIZAÇÃO	47. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)		





Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ
Estrada do Parícutro Irigóide Sabugá, SN - Bairro Paulo VI - CAICARI
CEP: 59.300-000 - Telefax: (84) 3421-9630 / 9628 / 9629
CNPJ: (MF): 08.241.754/0135-57

LAUDO DE CIRURGIA

Nome do Paciente

Marcelo dos Anjos Lima Eufrazino

Nº Registro

01282116

Data Admissão

22/02/11

Nome do Procedimento Cirúrgico

Descrição do Ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Sutures, Drenagem, Fechamento)

Data
22/02/11

Início
16:00

Término
17:14

Duração
01:14

Gazes

Compr

Dreno

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia.
2. Assepsia e antissepsia.
3. Observamos firmemente punção em face medial do pé esquerdo, além de deformidade e edema em pé E.
4. Debridamento dos tecidos desvitalizados e irrigação do ferimento com soro em abundância.
5. Redução incremental de luxação do 1º metacarpo sob anestesia específica.
6. Observamos estabilidade de luxação.
7. Imobilização com tala gipsada, após o curativo e sutura.
8. Boa perfusão distal em pé E.
9. Observamos redução da luxação em 1º MTE após radiográfico.

Ass. Alacón P. de A. Dantas
Ortopedista e Traumatologista
CRM/RN 6225 - TRC 15037

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Ass. Alacón P. de A. Dantas
Ortopedista e Traumatologista
CRM/RN 6225 - TRC 15037



LAUDO DE ANESTESIA

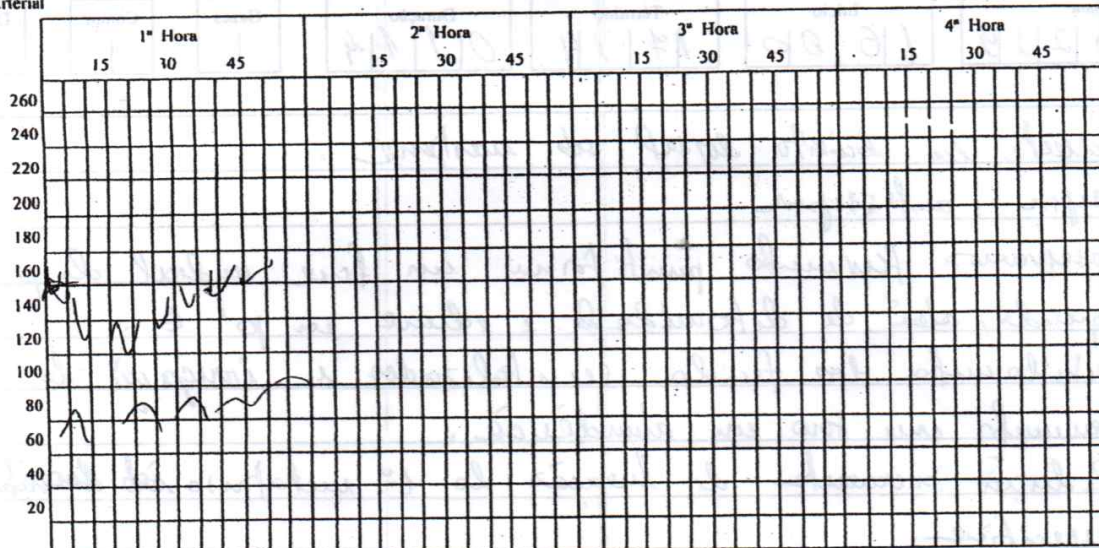
2 | 2 | 0 | 2 | 1 | 8

1	6	5	0
---	---	---	---

Término		

Duração	

Pressão Arterial



Tipo de Anestesia	Agente	Volume
Periférica	1) BUPIVACAÍNA	15 ml
EDT (Dorsal)	2) LIDOCAÍNA	11 ml
Periférica	3) OXAPROLINA	04 ml

[illegible]

ALIGRAF (84) 3417-2206

Cirurgião





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

8

EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:	Nº de Registro	Data Admissão
U/A dos Deitos B. Gregório	028216	22 02 19

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
22.02.19	16h15min	Paciente 27 anos, admitida no Centro Cirúrgico procedente da Urgência, com fratura exposta em pé, direito, de tipo "esquerdo" decorrente de colisão entre motos por volta dos 11h15min de hoje. Nega alergias e/ou comorbidades. Relata última refeição por volta dos 09 horas de hoje.	
22/02/19		# ORTOPEDIA # Paciente vítima de acidente motorciclístico com trauma em pé esquerdo. Ao exame, consciente, orientada, estável, com ferimento puntiforme em face lateral do pé, sem contiguidade com locus de fratura, além de incapacidade funcional e deformidade. Rx: Fratura-luxação de 1º MTE e fratura de 2º, 3º e 4º MTE, desviados. CD: Ao Centro Cirúrgico p/ resolução da urgência (desbridamento do ferimento e redução de luxação do 1º MTE; limpeza e colocação sobo). P.S.: A paciente é proveniente de município não-pactado com esta unidade. Após procedimento, encaminhada para hospital de origem (Pauços RN), para aguardar tratamento das demais fraturas via N.E.R. da SESTP.	
22/02/19	16h40min	Paciente submetida a anestesia raqui para realizar procedimento de desbridamento do ferimento, redução de luxação em 1º MTE, após procedimento foi encaminhada a clínica cirúrgica.	

23.02.19 Alta hospitalar.



DIAGNÓSTICO INICIAL						
HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO
SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS						
CONFERE COM ORIGINAL DATA: 23-02-19 Assinado						
EXAME FÍSICO						
HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) fratura de 2^a @ Exatidão do HWC como med						
TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	TA			
SCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C						
PUPILAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL			
ALGUA ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☐ NÃO						
APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐ OUTROS ☐ C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐						
CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO						
CIDADE: Parnaíba - PI DATA: 23-02-19 HORA: 18:21 ENDEREÇO: 25 447 05-11 BAIRRO: Parnaíba NATURALIDADE: Parnaíba - PI PROFISSÃO: 9101-15 IDADE: 27 COR: branca SEXO: feminino ESTADO CIVIL: casado NOME: Maria dos Reis Lima Silva						

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 0040



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



Assinado eletronicamente por: AILTON JOSE DOS SANTOS - 01/03/2020 23:21:05

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030123210332100000051845684>

Número do documento: 20030123210332100000051845684

MÉDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)	
U.C. Fabio Ferreira Freire Ortopedia e Traumatologia CRM 5804 - TEOT 13187			
ENTREGUE	☐ A FAMÍLIA	☐ S.V.O.	☐ I.T.E.P.
ÓBITO	____/____/____	HORA	____/____/____
DATA	____/____/____	HORA	____/____/____
RETIROU-SE POR	☐ DECISÃO MÉDICA	☐ A REVELIA	
HORA	____ HS	HORA	____/____/____
☐ FICOU NO LOCAL	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE	☐ REMOVIDO EM	____/____/____

DESTINO DO PACIENTE

Ass. do Responsável

CONDUTA

☐ HEMATOLOGIA	☐ NEUROLOGIA	☐ NEFROLOGIA	☐ CIR. VASCULAR	☐ ENDOSCOPIA
☐ CLÍNICA MÉDICA	☐ CIRURGIA GERAL	☐ ORTOPEDIA	☐ BUÇO-FACIAL	☐ UROLOGIA
☐ NEUROCIRURGIA	☐ OTORRINO	☐ OFTALMOLOGIA	☐ C. PLÁSTICA	☐

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

Ass. do Responsável

EXAMES COMPLEMENTARES



Hospital

MARIA DOS ANJOS LIMA EUFRAZINO

Nome do paciente

27/02/2019

DR. CARLOS PINTO

Data operação

Ent.

Leito

DR. JOSIVAN

1º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

FRATURA NO PÉ ESQUERDO 1º, 2º, 3º, 4º, 5º METATARSO E LINSFRANC

Tipo de operação

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PÉ - OSTEOSSINTESE

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 - vóceras

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA;

2. ASSEPSIA E ANTISSEPIS;

3. ESVAZIAMENTO E GARGOTEAMENTO DO MEMBRO

ESQUERDO

4. APOSIÇÃO DOS CAMPOS ESTÉREIS;

5. REDUÇÃO INCRUENTA E ABERTA DOS 1º, 2º, 3º, 4º

METATARSO E REDUÇÃO DA LUXAÇÃO DE LINSFRANC

FIXAÇÃO COM FIOS DE KIRSCHNER NO PÉ ESQUERDO

6. SOB INTENSIFICADOR DE IMAGEM

7. RAEIA EM PLANO CURATIVO

8. BOA PERFUSÃO DISTAL

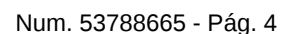
CONFERE COM ORIGINAL
DATA: 27/02/2019

JOSIVAN F. NUNES
ORTODONTISTA
CRM-14.5163

JOSIVAN F. NUNES
ORTODONTISTA
CRM-14.5163

Nº prontuário

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia



ATA - 01/03/2020

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

2- CNES: 3515168

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

Identificação do Paciente

4- CNES: 164492

5- PACIENTE: MARIA DOS ANJOS LIMA EUFRAZINO

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 164492

7- CARTÃO NACIONAL SUS: 705 4094 1859 9092

8- DATA DE NASCIMENTO: 13/07/1991

9- SEXO: FEMININO

10- RAÇA/COR: PARDA

11- NOME DA MÃE: MARIA DAS VITÓRIAS ALEXANDRE LIMA

12- TELEFONE DE CONTATO: 996044205

13- NOME DO RESPONSÁVEL: JOAO EUFRAZINO DANTAS FILHO

14- TELEFONE DE CONTATO: 996044205

15- ENDEREÇO (RUA, Nº): RUA ANTONIO ADONES, DOS SANTOS, 114

16- MUNICÍPIO: PARELHAS

17- BAIRRO: PROMORAR

18- UF: RN

19- CEP: 5904-701

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: fratura grave da 1ª e 2ª falange da 1ª

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: fratura grave da 1ª e 2ª falange da 1ª

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS): fratura grave da 1ª e 2ª falange da 1ª

23- DIAGNÓSTICO INICIAL: fratura grave da 1ª e 2ª falange da 1ª

24- CID 10 PRINCIPAL: S62.01

25- CID 10 SECUND.:

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: fratura grave da 1ª e 2ª falange da 1ª

28- CODIGO DO PROCEDIMENTO:

29- CLÍNICA: fratura grave da 1ª e 2ª falange da 1ª

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO: fratura grave da 1ª e 2ª falange da 1ª

31- DOCUMENTO: fratura grave da 1ª e 2ª falange da 1ª

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: fratura grave da 1ª e 2ª falange da 1ª

33- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): fratura grave da 1ª e 2ª falange da 1ª

34- DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/03/2020

35- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: fratura grave da 1ª e 2ª falange da 1ª

36- () AC. TRANSITO

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

38- () AC. TRABALHO TRAJECTO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: fratura grave da 1ª e 2ª falange da 1ª

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: fratura grave da 1ª e 2ª falange da 1ª

47- COD. ÓRGÃO EMISSOR: fratura grave da 1ª e 2ª falange da 1ª

48- DOCUMENTO: fratura grave da 1ª e 2ª falange da 1ª

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: fratura grave da 1ª e 2ª falange da 1ª

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO: fratura grave da 1ª e 2ª falange da 1ª

51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): fratura grave da 1ª e 2ª falange da 1ª

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: fratura grave da 1ª e 2ª falange da 1ª

01/03/19

PARANAMIRIM

Dr. Fábio Ferreira Freire
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5804 - TEOT 13187

CID 10: 592

AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS A CRITÉRIO MÉDICO PERITO.

PACIENTE Neu dos Anjos L. Eurcino
CIRURGIÇO DE Art do pd
LUCENA NO DIA 27/02/19
E DEVE MANTER ACOMPANHAMENTO
AMBULATORIAL E FISIOTERAPICO.

NO HOSPITAL DEOCÉCIO MARQUES DE
FOL SUBMETIDO(A) A TRATAMENTO

LAUDO





SESAP / RN – HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO MANUAL

ADMISSÃO 08/02/2019 - _____: _____ HS – Classificação: Amarelo
Motivo: () SAD – () Problema Técnico no Sistema – () Outros _____

Paciente: Maria dos Anjos Lima Eufrazio Idade: 27 A.
Nascimento: 13/07/1991 Natural: Picuí - PB Sexo: F Cor: -
CNS: 705 4094 1859 9093 CPF: 093.687.674-32 Profissão: _____
Mãe: Maria das V. Alexandre Lima Pai: José Eufrazio Dantas Frit
Logradouro: Rua Adonir dos Santos
CEP: 59360-000 Bairro: Promotor Cidade: Panelhas/RN Telefone: 99604

Motivo: Colisão moto/moto com Tipo: _____ Origem: _____
travessa em pé esquerdo

Fluxograma:					Discriminador:			
OBS.:					Classificação:			
HORA	P.A	HGT	SatO2	FIO2	F.R	F.C	TEMP	Glasgow

HISTORIA – CAUSA EFICIENTE DA LESAO ALEGADA

Hora: _____ Queixa: Incidente com travessa no pé (E) dir

EXAME FÍSICO (PRIMARIO)

A _____
B _____
C MF normal
D _____
E _____

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

DIAGNOSTICO INICIAL – CID

Fratura - Luxação pé (E) dir



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS)

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

CONDUTA PRIMÁRIA, MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

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





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA		REGULAÇÃO		OBS
ORTOPEDIA		WALFREDO GURGEL		
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO		
		164492		
DATA	HORA	CATEGORIA	GIH	
23/02/2019	19:46			
PACIENTE			DATA DE NASCIMENTO	
MARIA DOS ANJOS LIMA EUFRAZINO			13/07/1991	
ESTADO CIVIL		PROFISSÃO		
CASADO		DO LAR		
ENDEREÇO (RUA, Nº)				
RUA ANTONIO ADONES, DOS SANTOS, 114				
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF	CEP	
PARELHAS	PROMORAR	RN		
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE	
FILIAÇÃO				
MARIA DAS VITORIAS ALEXANDRE LIMA				
RESPONSÁVEL			TELEFONE	
JOAO EUFRAZINO DANTAS FILHO			996044205	
ENDEREÇO				
O MESMO				
DIAGNOSTICO PROVISORIO				
DIAGNOSTICO DEFINITIVO				

DATA DE ADMISSÃO
23.02/19.

ALTA 01/03/19

OBITO

HISTORIA CLINICA

frat grave do pé @ to 21 dia

Dr. Paulo Ferreira Freire
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5804 - RBO 13187CONFERE COM ORIGINAL
DATA: 01/03/19

Assinatura





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, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190520922 Vítima: MARIA DOS ANJOS LIMA EUFLAUZINO

Data do Acidente: 22/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DOS ANJOS LIMA EUFLAUZINO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%
Gratuação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: MARIA DOS ANJOS LIMA EUFLAUZINO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000001106-1

Conta: 0000019616-9

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

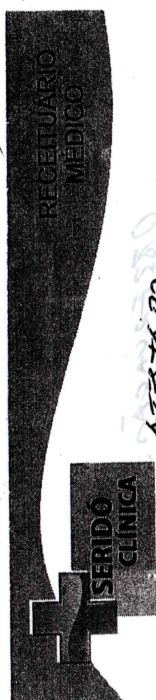
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



ATESTADO.

Maria dos Anjos de Lima
TUFILAZINO. 28 ANOS.

AUTONOMA
RELAT. ACIDENTE EM FEV/2019

→ TRAVESSIA APRESENTA
DOR E LIMITAÇÃO COM

EDEMA E CICATRIZES CIRÚRGICAS

GRAS + DEFICIT DA
FUNÇÃO NORMAL DO PÉ

ESQUERDA

SEQUELA DE FRACTURA

DE FRACTURA DO PÉ ESQUERDO

COM DIFICULDADE DE

RETORNO AS FUNÇÕES

NORMAIS DO REFERIDO PÉ.

CID = T93.0

10/08/19

93/10/08/19

Dt. Edimar Medeiros Dantas
Ortopedia / Traumatologia
CRM RN 940

Dt. Reinaldo Oliveira Santos
Ortopedia / Traumatologia
CRM RN 3366

Rua José Carlos Ferreira, 68-A, Manoel Sebastião - Ouratis Novos RN
Fone: (84) 3412-2420 / 3412-3898



Cartilha Médica DPVAT

Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

Cartilha Médica DPVAT

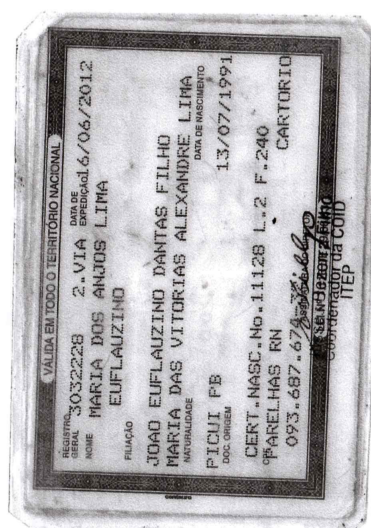
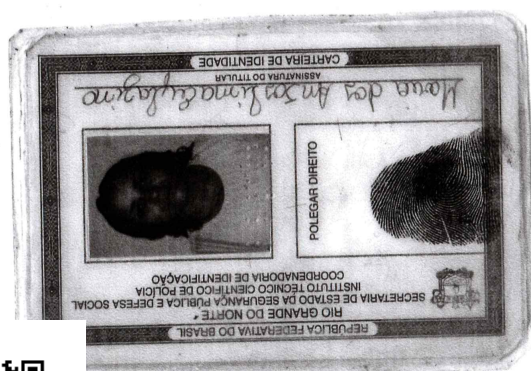
Segunda Edição | Setembro de 2019



Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores		Percentuais das Perdas
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos		70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50	
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar		25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo		
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão		10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé		

Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais		Percentuais das Perdas
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou 50% da visão de um olho		50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral		25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baco		10





EXCELENTÍSSIMA SENHORA DOUTORA JUÍZA DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA
COMARCA DE PARELHAS/RN_

-

Processo nº. **0800224-29.2020.8.20.5123**

MARIA DOS ANJOS LIMA EUFLAUZINO, já devidamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, vem, por intermédio de seu advogado, ao final subscrito, informar que a ação hora protocolada é de cobrança de diferença de seguro DPVAT como consta na inicial e não de cobrança de aluguel como se encontra no protocolo, foi um erro na hora de protocolar a petição

RequeR a juntada da informação aos autos

Nestes termos, pede deferimento.

Parelhas/RN, 14 de março de 2020.

Ailton José dos Santos

OAB/RN 15727





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Vara Única da Comarca de Parelhas
Praça Arnaldo Bezerra, 94, Centro, PARELHAS - RN - CEP: 59360-000

MONITÓRIA (40): 0800224-29.2020.8.20.5123
AUTOR: MARIA DOS ANJOS LIMA EUFRAUZINO
RÉU: SEGURADORA LIDER

DESPACHO

Vistos.

Defiro o benefício da justiça gratuita.

Tendo em vista ser imprescindível a produção de prova pericial nas ações que versam sobre os danos causados em acidente de veículo automotor e, ainda, em razão de não trazer prejuízo a quaisquer das partes, deixo de designar a audiência de conciliação e mediação, prevista no art. 334 do CPC.

Desta feita, cite-se a parte demandada para, em querendo, apresentar contestação, no prazo legal de 15 (quinze) dias (CPC, art. 335).

Havendo a arguição, na contestação, de qualquer das matérias elencadas no art. 350, CPC (preliminares), intime-se a parte autora para, em 15 (quinze) dias, manifestar-se sobre estas.

Cumpra-se.

PARELHAS/RN, na data da assinatura digital.

JANAINA LOBO DA SILVA MAIA
Juíza de Direito
(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)

