

## QUESITOS A SEREM RESPONDIDO PELO PERITO:

Vide art. 31, II da Lei nº 11.945/2009 e atualizações

a) Se a etiologia ou origem causal das lesões existentes na pessoa requerente é compatível com acidente com veículo automotor de via terrestre? \_\_\_\_\_.

b) Quais as lesões ou disfunções ocorridas? \_\_\_\_\_.

c) Nos termos do art. 3º, *caput<sup>1</sup>*, da Lei nº 6.194/1974, se há **invalidez permanente**, isto é, **dano(s) anatômico e/ou funcional definitivo(s) (sequelas), não passível(is) de reversão terapêutica**, descrevendo-o(s) então detalhadamente; \_\_\_\_\_.

d) Qual(is) o(s) segmento(s) corporal(s) atingidos?; Percentual em desfavor do órgão vinculado? \_\_\_\_\_.

e) Nos termos do art. 3º, § 1º<sup>2</sup>, da Lei nº 6.194/1974, incluído pela Lei nº 11.945/2009, bem como da respectiva tabela anexa que acompanha esta lei, se a **invalidez permanente foi total** (repercussão na íntegra do patrimônio físico e/ou mental) ou **parcial** (repercussões em partes de membros superiores e inferiores); \_\_\_\_\_.

f) Em caso de invalidez total, **quais os segmentos corporais atingidos, nos termos da tabela que menciona os danos sofridos, conforme a Norma Legal supra?** \_\_\_\_\_.

g) De acordo com o art. 3º, § 1º, incisos I e II<sup>3</sup>, da Lei nº 6.194/1974, **em caso de invalidez parcial**, se ocorreu **invalidez parcial completa, atingindo de forma completa todo um segmento corporal (ou mais de um)**, ou **invalidez parcial incompleta, atingindo de forma incompleta**, descrevendo-o(s) então detalhadamente; \_\_\_\_\_.

h) De acordo com esse citado inciso II, da Lei nº 6.194/1974, bem como da respectiva tabela anexa, **em caso de invalidez parcial incompleta**, se a **repercussão da lesão na anatomia e/ou funcionalidade do segmento corporal foi intensa (75%), média (50%), leve (25%) ou residual (10%)**; \_\_\_\_\_.

i) Finalmente, **se, eventualmente, a lesão segmentar foi de tal monta que atingiu a funcionalidade de todo o respectivo membro:** (Exs.: Invalidez permanente em *ombro* comprometedora da funcionalidade de todo o *membro superior*; Invalidez permanente em *joelho* ou *tornozelo* comprometedora da funcionalidade de todo o *membro inferior*, etc.). \_\_\_\_\_.

Caicó-RN, 14 de Agosto de 2019.

**Kelly Maria Medeiros do Nascimento**  
Advogada OAB/RN – 7.469

Vba.

7



## **PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"**

Fábio Júlio do Nascimento, brasileiro, solteiro, comerciário, portador do RG nº 2.004.567 – SSP/RN, expedido por Secretaria de Segurança Pública – SSP/RN e, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº 058.166.334-90, residente e domiciliado na Rua Padre Brito Guerra, 90, Paulo VI, Caicó-RN – CEP.: 59300-000, telefone nº 84-99708-9479. 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](mailto:caicoseguros@gmail.com) e [caicodpvat@hotmail.com](mailto:caicodpvat@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 CAICÓ/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, 14 de Junho de 2019.

Outorgante: *Fábio Júlio do Nascimento*

\* 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

**Fábio Júlio do Nascimento**, brasileiro, solteiro, comerciário, portador do RG nº 2.004.567 – SSP/RN, expedido por Secretaria de Segurança Pública – SSP/RN e, Inscrito (a) no CPF/MF sob o nº 058.166.334-90, residente e domiciliado na Rua Padre Brito Guerra, 90, Paulo VI, Caicó-RN – CEP.: 59300-000, telefone nº 84-99708-9479. Declaro para os devidos fins de Direito que se fizerem necessários, em **AÇÃO DE INDENIZAÇÃO – 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 conhecedora 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.

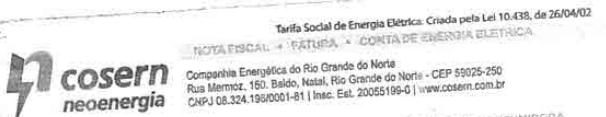
Caicó-RN, 14 de Junho de 2019.

Fábio Júlio do Nascimento  
Declarante  
CPF nº 058.166.334-90.

Viaj.






**DADOS DO CLIENTE**

ANTONIO VALDEVINO DOS SANTOS

 CPF: 481 797 614-00  
 CLASSIFICAÇÃO

 B1 RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	BÉRÉ	EMISSÃO	MÊS/ANO
021469412	19/03/19	20/03/2019	03/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO	DATA DE VENCIMENTO
20/03/2019	3000471255	130821	27/03/2019

**ENTREGUE DA UNIDADE CONSUMIDORA:**

RUA PADRE BRITO GUERRA 90

 PAULÓ VII/ÁREA URBANA  
 CAICÓ RN  
 59300-000

CONTA CONTRATO MÊS/ANO

 0459129014 03/2019  
 DATA DE VENCIMENTO 27/03/2019

TOTAL A PAGAR R\$ 17/04/2019

67,43

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	94.0970000	0,63704769	59,88
Contrib. Ím. Pública Municipal			8,77
Multa por atraso (R\$ 019915748 - 16/02/19)			0,50
Juros por atraso (R\$ 019915748 - 18/07/19)			0,15
Ajuste(s) (R\$ 019915748 - 18/07/19)			0,13

TOTAL DA FATURA		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	DATA LEITURA	ATUAL	DATA LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
8979459	CAT	16/02/2019	25.980,00	20/03/2019	26.082,00	30	1.00000		94.00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/ano (kWh)	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO
MAR/19 94	ICMS	59,88	10,77
FEV/19 59	PIS	54,88	1,15
JAN/19 30	COFINS	53,88	3,21
DEZ/18 90			
NOV/18 116			
OUT/18 153			
SET/18 127			
AGO/18 106			
JUL/18 87			
JUN/18 132			
MAR/18 101			
ABR/18 93			
MAR/18 111			
Consumo Ativo(kWh)		Total	
			R\$ 59,88 100%

EP 06 8610 C008 6634 B519 BG4F 03B0 D34F

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Peço no ponto mais certo de você o parâmetro mínimo de consumo, não pedir velho, certa o supermercado fui dizer que era pelo menor de metade, 2656, certamente com o que o cliente tem em casa com br. O seguidor dessa Nota Fiscal é de que o mesmo é válido em espécie. No dia 10/03/2019, a tarifa em vigor é a viva. Mais informações em [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br). O cliente é compensado quando a sua fatura é paga no prazo estabelecido individual ou no nível de fornecimento. Pagos em atraso geram multa de 2% (dois por cento) diária, juros 1% (um milésimo) 10.438/02 e estabilidade mantida no período. Mas o cliente é compensado quando não descumprimento do prazo definido para o pagamento de atrasamento comercial.

As tarifas vigentes de fornecimento (Resolução ANEEL nº 442/2016), tarifas, produtos, serviços prestados e tarifas de encerramento de fornecimento, estão disponíveis na nossa página de atendimento no site [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br).

DURADA E FREQUÊNCIA DA INTERFERÊNCIA					LIGAÇÕES DE TERRA	
CONJUNTO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
CAICÓ	0,00	5,43	10,86	21,73	220	202 231
PIABA	0,00	3,23	8,47	12,66		
OMBOC	0,00	3,11	0,00	0,00		

Límite DCR: 12,22 EU00 - Valor da Encargos de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 22,29





## **BOLETIM DE ATENDIMENTO PRONTO SOCORRO**

**SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO** **DATA** **HORA DE ENTRADA** **Nº ATENDIMENTO**

Rimilia	01.06.19	21:45	171
---------	----------	-------	-----

#### CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

**CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**  
Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviaturas e de forma legível.

Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviaturas e de forma legível.				
NOME Fábio Júlio do Nascimento		DATA DE NASCIMENTO 14.11.80		IDADE 38a M
CPF 058 166 334- 90	RG 2 004 567	DATA DE EXPEDIÇÃO 29.09.98		CARTÃO SUS 706 4066 5815 5488
NATURALIDADE Caicó	ESTADO CIVIL Solteiro	PROFISSÃO Motorista		RAÇA/COR M
NOME DA MÃE Juizimete Bezerra Silvia do Nascimento / F <sup>c/o</sup> do Nascimento Filho		NOME DO PAI		
ENDERECO R. Padre Britto Guerra, 90		BAIRRO Pauilo VI		
CIDADE/ESTADO Caicó		TELEFONE DE CONTATO 98220494	ESCOLARIDADE Ens. Médio Completo	
FOR	DE CHEGADA <input checked="" type="checkbox"/> ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> CORPO DE BOMBEIROS	<input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> POLÍCIA MILITAR	<input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA/MUNICÍPIO <input type="checkbox"/> OUTRO: _____	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
PACIENTE REGULADO?				

#### CAMPO 2 - SINAIS VITAIS

Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de saúde.

Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de saúde.

#### CAMPO 3 – ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

**CAMPO 3 – ACERVO MÉDICO DO PACIENTE**  
Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro responsável pelo ACCR.

				Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro responsável pelo paciente											
	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL	ESCALA DE GLASGOW					SCORE DE DOR					
					AO	RV	RM	AP	TOTAL	1	2	3	4	5	
										6	7	8	9	10	
QUEIXA PRINCIPAL					HISTÓRIA BREVE										
ALERGIAS					Acidente de trânsito										
OBSERVAÇÃO OBJETIVA					COMORBIDADES										
AVI	ÇÃO	HORA		REAVALIAÇÃO		HORA		 Maria Raquel M. da Nobrega COREN-SP/016-546-ENF ENFERMEIRO PLANTONISTA/COREN							

#### CAMPO 4 – ANAMNESE/EXAME FÍSICO

CAMPUS 4 - ARRABALDE, BLOCO A/B/C

pequena visita fez de protocolo a( sua morada  
Januário M. E.

## **DIAGNÓSTICO INICIAL**

**CAMPO F - EXAMES SOLICITADOS**

**CAMPO 5 – EXAMES SOLICITADOS** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ exames solicitados pelo médico plantonista.

HEMOGRAMA + PLAQUETAS     TGO + TGP     GASOMETRIA ARTERIAL     ELETROCARDIOGRAMA  
 UREIA + CREATININA     CKMB + CPK     COAGULOGRAMA     RAIO-X: Mãe e Filhos E AL  
 GLICEMIA     TROPONINA     EAS     TOMOGRAFIA:



## CAMPO 6 – PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro plantonista do PS.

<input type="checkbox"/> SUTURA – QUANT: _____	<input type="checkbox"/> SONDAÇÃO VESICAL – QUANT: _____	<input type="checkbox"/> RETIRADA CORPO ESTRANHO – QUANT: _____
<input type="checkbox"/> SNG/SNE – QUANT: _____	<input type="checkbox"/> LAVAGEM GÁSTRICA – QUANT: _____	<input type="checkbox"/> DRENAGEM DE ABSCESSO – QUANT: _____
<input type="checkbox"/> PARACENTSE – QUANT: _____	<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO/INALAÇÃO – QUANT: _____	<input type="checkbox"/> CURATIVO SIMPLES – QUANT: _____

#### CAMPO 7 – ENCaminhamento do paciente

CAMPO 7 - ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE  
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.

INTERNAMENTO – SETOR: \_\_\_\_\_  ESPECIALIDADE MÉDICA: \_\_\_\_\_

## CAMPO 8 – PRESCRIÇÃO MÉDICA

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.

Enc. orthopædist

## Emulsion of asphalt

Cristiane Holtega C. da Silva  
COREN-SP/RW 431.918-TE

MÉDICO PLANTONISTA 24H 031 921.894.454-34

BESP. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO/COREN

## CAMPO 9 – SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

5. Atenção e deixa ser preenchido pelo enfermeiro monitorista do PS para posterior coleta do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar.

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro plantonista do PS para posterior coleta do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar				
ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO		TRATAMENTO INDICADO		SITUAÇÃO DE VIOLENCIA
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SORO ANTI-RÁBICO <input type="checkbox"/> VACINA <input type="checkbox"/> SORO + VACINA		<input type="checkbox"/> INTERPESSOAL <input type="checkbox"/> AUTOPROVOCADA
PESO DO PACIENTE: _____ kg		ACIDENTE DE TRABALHO		TIPO DE VIOLENCIA:
QUANT. SORO APLICADA: _____ ml		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> FÍSICA
Nº LOTE: _____		EMISSÃO DE CAT		<input type="checkbox"/> PSICOLÓGICA/MORAL
VALIDADE: _____ / _____ / _____		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SEXUAL
				<input type="checkbox"/> OUTRA: _____
ACIDENTE DE TRÂNSITO		EM CASO POSITIVO, O USUÁRIO ERA:		
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> CONDUTOR	<input type="checkbox"/> PASSAGEIRO	<input type="checkbox"/> PEDESTRE
ENFERMEIRO PLANTONISTA/COREN _____				

**CAMPO 10 – CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE**

**CAMPO 10 – CONCESSÃO DE ATENDIMENTOS, DESTINO:**  
Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem.

Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem...	
MOTIVO DA SAÍDA	REMOÇÃO/ TRANSFERÊNCIA
<input type="checkbox"/> ALTA MÉDICA	UNIDADE DE DESTINO:
<input type="checkbox"/> EVASÃO	HORA: _____
RECUSA DO TRATAMENTO	CIDADE: _____
	DATA: _____ / _____ / _____
	DATA DE SAÍDA: _____ / _____ / _____





**HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ**  
Telecila Freitas Fontes



GOVERNO DO ESTADO  
RIO GRANDE DO NORTE

**DADOS DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

Nº do prontuário:

Nome: Fábio Silveira do Nascimento Data do procedimento: 06/06/19

Data de nascimento: 14/01/80

Idade: 38

Sexo:  F  M

Setor de procedência:  Clin. Cirúrgica  Clin. Médica  UTI  Urgência Enf/Leito:

Endereço: Rua Padre Brito Guerra Nº 90

Cidade: Arco - RN

Procedimento cirúrgico: III Cirurgico da Fratura do Antebraço

Tipo de anestesia: Bloqueio do PLEXO

Horário de início do procedimento: 14 h 30

Término do procedimento: 15 h 15

Uso de bisturi elétrico?  Sim  Não

Local da placa: M1D

Alergias?  Sim Quais:

Não

Comorbidades?  Sim Quais:

Não

Medicação administrada em sala:

Material para análise anatomo-patológica?  Sim  Não Peça corretamente identificada/protocolada:  Sim  Não

Material conservado em:  Formol  Álcool  Sem fixador

Setor de destino:  Clin. Cirúrgica  Clin. Médica  UTI

Condições do encaminhamento:  Acordado  Sonolento  Entubado Outros:

SSVV ao final do procedimento: PA: x mmHg Sat O<sub>2</sub>: %

Equipe cirúrgica: Cirurgião: Dr. Silveira Filho Cirurgião/Auxiliar: Dr. Júlio Tadim

Anestesista: Dr. Silvio

Instrumentador: Almirante A. Marinho

Circulante(s): Balma, clínica

Assinatura/Carimbos: Assinatura de A. Marinho

Coren/RN 250.303-ENF

Assinatura/Carimbos: A. Marinho

Coren/RN 250.303-ENF



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>Fábio Filho do nascimento</i>			4. Nº DO PRONTUÁRIO <i>007342</i>		
CPF: <i>015 1871 6633 490</i>			RG: <i>200 4507</i>		
5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>106406658155488</i>			6. DATA DE NASC. <i>19/11/80</i>		
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Juzinete Bezerra Lima do Nascimento</i>			7. SEXO MASC. ( ) FEM. ( ) <i>84 988804999</i>		
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>Rua Dr. José Brito Centro - RN</i>			9. TELEFONE DE CONTATO		
11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Ouro</i>			12. COD. IBGE MUNICÍPIO <i>13. UF RN</i> 14. CEP: <i>59300-000</i>		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <i>Febre alta</i> <i>Dor de cabeça</i>					
16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <i>Le</i>					
17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <i>Det/R</i>					
18. DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Febre alta</i>		19. CID 10 PRINCIPAL: <i>Det/R</i>		20. CID 10 SECUNDÁRIO:	
21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:		PROCEDIMENTOS SOLICITADOS			
22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Febre</i>		23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
24. CLÍNICA		25. CARATER DA INTERNAÇÃO		26. DOCUMENTOS ( ) CNS ( ) CPF	
27. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF.SOLIC./ASSIST.		28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST.			
29. DATA DA SOLICITAÇÃO <i>6/6/19</i>		30. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)					
31. ( ) ACID. DE TRANSITO		34. CNPJ DA SEGURADORA		35. Nº DO BILHETE	
32. ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO				36. SÉRIE	
33. ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO		37. CNPJ DA EMPRESA		38. CNAE DA EMPRESA	
39. CBOR					
40. VINCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTONOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR		42. COD. ORGÃO EMISSOR			
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)			
43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR					





GOVERNO DO ESTADO  
RIO GRANDE DO NORTE

## SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE:	Fábio Júnior do Nascimento		
REGISTRO PRONTUÁRIO:	089344	DATA NASCIMENTO:	11-11-80
ENDERECO (Rua, Número):	Fa. Mano Bruto Cachorro, 90	BAIRRO:	Porto Velho
MUNICIPIO:	Porto	UF:	RO
CEP:	59300-000	TELEFONE:	9822-0496
NOME DO PAI:	Francisco do Nascimento Filho		
RESPONSÁVEL:	Fábio Gó (Fábio)		
NOME DA MÃE:			
PRENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)			

CLÍNICA:	ENFERMARIA/LEITO:	INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE
( ) MÉDICA CIRÚRGICA	ORTOPÉDIA ( ) PEDIATRIA	( ) DE TRABALHO ( ) DE TRANSITO ( ) DE OUTROS FINS ( ) NÃO
DIAGNÓSTICO INICIAL:		
MÉDICO SOLICITANTE		

INTERNAÇÃO	ORIGEM RESIDÊNCIA?	UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE
DATA	HORA	( ) SIM ( ) NÃO
PROCEDÊNCIA:	CARATÉR DE INTERNAÇÃO:	
Fistula hepática		( ) ELETIVA ( ) NORMAL ( ) EMERGÊNCIA
RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)		

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição)	TIPO DE PROCEDIMENTO:
Trel	( ) LIMPO ( ) INFECTADO ( ) CONTAMINADO ( ) POTENCIAL M. CONTAMINADO
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/Descrição)	DATA: HORA:
APRESENTOU INFECÇÃO?	FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO:
( ) HOSPITALAR ( ) COMUNITÁRIA ( ) NÃO	( ) PROFILATICAMENTE ( ) NÃO ( ) TERAPEUTICAMENTE
MOTIVO DA SAÍDA (AIH):	SE MOTIVADO SAÍD = 1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTO DA ALTA
( ) ALTA ( ) REMOÇÃO ( ) ÓBITO ATÉ 24 HORAS ( ) ÓBITO APÓS 24 HORAS	( ) CURADO ( ) MELHORADO ( ) INALTERADO ( ) A PEDIDO ( ) ADMINISTRATIVO ( ) POR INDICIPLINA ( ) EVASÃO ( ) INTER.P/DIAGNOSTICO ( ) P/COMPLEMETAÇÃO F. DE ACIDENTE
PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)	

INDICAÇÃO CLÍNICA:	DESTINO:
PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO	OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECÇÃO:
USA MORTE:	MÉDICO RESPONSÁVEL: (carimbo/assinatura)





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: (084) 3421-9630, e 9628

## LAUDO DE CIRÚRGIA

Nome do Paciente:	Rafael de Souza Falcão	Nº Registro	Data de Admissão
-------------------	------------------------	-------------	------------------

Nome do Procedimento Cirúrgico:	Intervenção Endoscópica
---------------------------------	-------------------------

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

Data	Início	Término	Duração	Gazes	Compr.	Dreno
00/06/19	14:30h	15:15h	45min			

Do + A

Prete

Desço volar a sete

Redicão

Criado

Hemostasia

Sutur

Criado

Folia

iar

2º Auxiliar

Cirurgião





Enfermagem final do procedimento	
<input checked="" type="checkbox"/> Contagem de instrumentais/segulhas e compressas	
<input checked="" type="checkbox"/> Transporte seguro do paciente da mesa operatória para maca	
<input type="checkbox"/> Drenos, sondas e acessos pinçados e identificados	
<input checked="" type="checkbox"/> Transporte seguro até o setor de destino (na maca)?	
<input checked="" type="checkbox"/> Paciente encaminhado para o setor de destino às <u>15:30</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> Não	
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermeiro/Técnico de Enfermagem/COREN: <u>Clara de A. Marinho</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Assinatura/Cartimbo: <u>(Assinatura/Cartimbo)</u>	
<b>Pós-OPERATÓRIO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Checagem ao chegar no setor de destino:	
<input type="checkbox"/> Transporte seguro do paciente da maca para o leito	
<input type="checkbox"/> Drenos, sondas e acessos abertos (CPM)	
<input type="checkbox"/> Abrir horário das medicações	
<input type="checkbox"/> Complicações: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> TEV <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Infecção sítio cirúrgico <input type="checkbox"/> PCR	
<input type="checkbox"/> Outras _____	
<input type="checkbox"/> Alta hospitalar: <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outro local _____	
<input type="checkbox"/> Bom estado geral: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Avaliação da ferida cirúrgica: <input type="checkbox"/> Limpa em cicatrização <input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Infelcionada	
<input type="checkbox"/> Orientações para cuidados domiciliares e retorno ambulatorial: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Outras observações: _____	

<input type="checkbox"/> Órva de hemocomponentes?	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
ário de início do procedimento:	<u>1h30min</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> de bisturi elétrico?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
il de posicionamento da placa:	<u>MFD</u>	
icações administradas na sala:		
<input type="checkbox"/> erial para análise anatomo-patológico?	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
a corretamente identificada/protocolada?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
enal conservado em:		
ário de término do procedimento:	<u>15 h 15 min</u>	
o de destino: <input checked="" type="checkbox"/> Clin. cirúrgica <input type="checkbox"/> Clin. médica <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Enf/leito:		
ndições de encaminhamento: <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Semiconsciente <input type="checkbox"/> Sonolento		
<input type="checkbox"/> Intubado <input type="checkbox"/> Outros:		
<input type="checkbox"/> Óstomia		
<input type="checkbox"/> Igenioterapia?	<input type="checkbox"/> Sim	Tipo: _____
<input type="checkbox"/> esso venoso permeável?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Cateter periférico <u>150</u>
	<input type="checkbox"/> Cateter central _____	
<input type="checkbox"/> Iuseal/Vâmito?	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
stema de drenagem?	<input type="checkbox"/> Sim	SVD <input type="checkbox"/> SNG/SNE <input type="checkbox"/> Dreno _____
<input type="checkbox"/> Ostomia		
<input type="checkbox"/> urativo?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	Tipo: <u>DRIVEVO</u>
	<input type="checkbox"/> Com sangramento	<input type="checkbox"/> Sem sangramento
<input type="checkbox"/> Não		
inais Vitais ao final do procedimento: PA: _____ mmHg Sat O <sub>2</sub> : _____ % Tax: _____ °C		





### FICHA DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO SOCIAL

Nome: Fábio Júlio do Nascimento

#### FORMA DE ACESSO AO SERVIÇO

Sozinho(a), procurou o serviço  Trazido(a) por familiares  Trazido pelo SAMU  Socorrido(a) em via pública  Encaminhado, Unidade de Origem: \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

#### DADOS PESSOAIS

Data de Nascimento: 14/11/1980 Idade Completa: 38 Estado Civil: União Estável  
 Endereço: R. Padre Brito Guerra Nº: 90 Bairro: Paulo VI  
 Município: Caicó Telefone do Responsável: (84) 9822-0494 fone/mae  
 Telefones Complementares:  
 Escolaridade:  Não Escolarizado  Ensino Fundamental  Ensino Médio  Ensino Superior  Pós-Graduação  
 Ocupação/Profissão: motorista Situação:  Empregado  Desempregado  Autônomo  Aposentado  
 O Usuário exerce outra atividade laboral remunerada paralela a principal?  Sim  Não. Qual:  
 Benefícios Sociais:  Aposentadoria  Pensão por Morte  BPC  Bolsa Família  Seguro desemprego  Auxílio Reclusão  Benefício eventual  Não recebe benefícios sociais  
 Unidade De Internamento:  Clínica Médica  Clínica Cirúrgica  Leitos de Psiquiatria  UTI Leito: 105 - 03  
 Usuário com Acompanhante:  Sim  Não Quantidade: 01 Telefone:  
 Documentos Entregues:  Identidade  CPF  Cartão SUS  Comprovante de Residência

#### SITUAÇÃO DOMICILIAR E FAMILIAR

Usuário reside:  Casa  Apartamento  Propriedade Rural Situação:  Própria  Alugada  Cedida  Outro  
 Condição:  Sozinho  Com familiares  Em família extensa/ampliada  em Instituição de longa permanência  
 Pessoa em Situação de rua  Com apoio afetivo e emocional de familiares  Apoio parcial  Sem apoio familiar

#### CONDICÕES DE SANEAMENTO BÁSICO

Esgoto:  Rede Geral  Fossa  Vala  a céu aberto  Outros.  
 Coleta de Lixo:  Queimado em casa  Enterrado em casa  Coletado pelo município Frequência:  
 Abastecimento Hídrico:  CAERN  Carro Pipa  Cisterna  Poço  Açude  Barreiro  Rio  Outro

#### RENDAS E CUSTEIO DAS NECESSIDADES INDIVIDUAIS E COLETIVAS

Não Possui renda  Menor de 01 SM  Entre 1 e 2 SM  Entre 2 e 4 SM  Entre 4 e 6 SM  Mais que 6 SM  
 De que forma o Usuário contribui para as despesas da família?  Integralmente  Parcialmente  Não contribui

#### CONDICÕES ADVERSAS

O Usuário tem deficiência:  Física  Mental  Intelectual  Sensorial  Não possui deficiência

Usuário acompanhado por Serviço ou Instituição?  Sim  Não Qual?

Enc. Inhamamentos:

#### DEPENDÊNCIAS QUÍMICAS

Usuário fuma?  Sim  Não. A quanto tempo? Já tentou parar?  Sim  Não Tem interesse?  Sim  Não  
 Usuário bebe?  Sim  Não. A quanto tempo? Já tentou parar?  Sim  Não Tem interesse?  Sim  Não

Usa substâncias psicoativas?  Sim  Não Qual? Com que frequência?  
 A quanto tempo? Já tentou parar?  Sim  Não Tem interesse?  Sim  Não

Usuário acompanhado por Serviço ou Instituição?  Sim  Não Qual?

#### PERCEPÇÕES DE SERVIÇO SOCIAL (Incluso Violações de direitos)

Avaliação social feita () no bairro. Usuário aguarda cirurgia que deve ser realizada hoje. Está acompanhado pelo pai. Recebem orientações necessárias. Solicitado o complemento de residência.

#### SAÍDA

Óbito:  ITEP  SVO  DO

Alta Hospitalar:  Médica  A Pedido (Termo de Responsabilidade)  Transferência

Evasão

Raquel Sales de Medeiros  
Assistente Social

/RN, em: 06 de junho de 2019





## SERVIÇO DE PSICOLOGIA HOSPITALAR TRIAGEM

### 1 – Identificação:

Nome: Fábio Júlio do Nascimento Idade \_\_\_\_\_  
Setor/leito: CC/405 - 3 Informante:  Próprio usuário  Outro: pai

### 2 – Internação e diagnóstico

Motivo da internação: Pinco mão esquerda Data da internação: 05.06.2019

### 3 – Limitações:

Patologia Limitante:  Sim  Não – Se SIM, qual limitação?  Auditiva  Visual  Motora  Fala  
 Outra: Em decorrência das fracturas.

### 4 – Acompanhamento durante a hospitalização:

Acompanhante participante no quarto:  Sim  Não – Se SIM, quem?  Pais  Companheiro(o)  filho  
 outro: \_\_\_\_\_

### 5 – Aspectos Emocionais e Cognitivos:

Apresenta:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alteração de Consciência           | <input type="checkbox"/> Alteração da atenção              |
| <input type="checkbox"/> Choro constante                    | <input type="checkbox"/> Desorientação a/o/auto psíquica   |
| <input type="checkbox"/> Tristeza/solidão                   | <input type="checkbox"/> Memória não preservada            |
| <input type="checkbox"/> Transtorno emocional evidente      | <input type="checkbox"/> Expressão de afeto não condizente |
| <input type="checkbox"/> Pensamento desorganizado           | <input type="checkbox"/> Inadequação de sono               |
| <input type="checkbox"/> Linguagem incoerente/desorganizada | <input type="checkbox"/> Abuso de álcool e outras drogas   |

### 6 – Com relação à equipe de saúde e internação, apresenta:

- Recusa/resistência ao cuidado ou tratamento  
 Não adaptação à internação

### 7 – Encaminhamentos:

- Para avaliação psicológica mais minuciosa  
 Para outra especialidade: \_\_\_\_\_  
 Para outro serviço: \_\_\_\_\_

Caicó/RN, 06 / 06 / 2019

Kátia Priscilla F. dos Santos  
Psicóloga CRP: 17/3459

Kátia Priscilla F dos Santos  
Psicóloga  
CRP: 17/3459

Entrega de instrumento de triagem psicológica de Dias & Radomile. Por: Tatvanna Sousa



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 10/09/2019 09:54:45  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091009544508200000047057532>  
Número do documento: 19091009544508200000047057532

Num. 48678935 - Pág. 12



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECILA FREITAS FONTES  
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugí, s/n – Bairro Paulo IV – Caicó/RN  
CEP: 59.300-000  
CNPJ (MF): 08.24174/0135-57 – (84) 3421-9620, 9621 e 9628

<b>ANAMNESE INICIAL DE ENFERMAGEM</b>		ENFERMARIA: 105	LEITO: 03								
DATA DE ADMISSÃO: 05.06.19		Nº DO PRONTUÁRIO: 009345									
NOME DO PACIENTE: Fábio Sélio do Nascimento											
Hora de admissão: 11:00											
<b>DADOS SOCIAIS</b>											
Idade: 38 anos	Estado civil:	Espiritalidade:									
Ocupação:	Sexo: Masculino										
Procedência: ( ) Residência ( ) Serviço de saúde	( ) Setor:										
<b>MOTIVO DA INTERNAÇÃO</b>											
Queixa principal: Tontura Pingo Negro											
Estado emocional: ( ) Calmo ( ) Ansioso ( ) Irritado ( ) Triste ( ) Agitado ( ) Agressivo ( ) Coma											
<b>HISTÓRIA DE SAÚDE</b>											
Comorbidades:	Alergias:										
Medicações de uso contínuo:											
Dor: ( ) Sim ( ) Não, local:	Medicamento para controle:										
Intensidade: _____ (0 a 10)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Resolutividade: ( ) Sim ( ) Não	sem dor	dor leve	dor moderada	dor intensa	dor maxima						
<b>EXAME FÍSICO</b>											
Estado geral: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Comprometido ( ) Grave											
<b>SINAIS VITAIS</b>											
PA: _____ mmHg	T: _____ °C	FR: _____ rpm	FC: _____ bpm	SatO <sub>2</sub> : _____ %	HGT: _____						
<b>FUNÇÃO NEUROLOGICA</b>											
Nível de consciência: ( ) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Torporoso ( ) Cooperativo ( ) Não cooperativo ( ) Comunicativo ( ) Não comunicativo											
Sono/reposo:											
Responsivo aos estímulos: ( ) Verbais ( ) Dolorosos ( ) Oculares ( ) Térmicos											
Crise convulsiva: ( ) Sim ( ) Não Se sim, quantos episódios:											
<b>ESCALA DE COMA DE GLASGOW</b>											
<b>PARÂMETRO</b>	<b>RESPOSTA</b>	<b>PONTOS</b>									
<b>ABERTURA OCULAR</b>	Abertura ocular espontânea	(4)									
	Abertura ocular ao comando	3									
	Abertura ocular a dor	2									
	Ausente	1									
	Não testável	NT									
<b>RESPOSTA VERBAL</b>	Orientado e conversando	(5)									
	Desorientado, confuso	4									
	Palavras desconexas	3									
	Sons incompreensíveis	2									
	Ausente	1									
	Não testável	NT									
<b>RESPOSTA MOTORA</b>	Obedece a comandos	(6)									
	Localiza estímulo de dor	5									
	Reflexo de retirada a dor	4									
	Decorticacão	3									
	Descerebração	2									
	Ausente	1									
	Não testável	NT									





**GOVERNO  
DO ESTADO  
DO RIO GRANDE  
DO NORTE**



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECILA FREITAS FONTES  
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n – Bairro Paulo IV – Caicó/RN CEP:  
59.300-000  
CNPJ (MF): 08.24174/0135-57 – (84) 3421-9620, 9621 e 9628

## **EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL**

DATA DE ADMISSÃO	Nº DO PRONTUÁRIO
NOME DO PACIENTE	





HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ  
Telecila Freitas Fontes



GOVERNO DO ESTADO  
RIO GRANDE DO NORTE

### ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Nº DE REGISTRO:

DATA:

NOME DO PACIENTE:

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

Cist andib (Barba)

Dor de fundo de

Síndrome Crônica

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Cist andib ✓

ASSINATURA DO MÉDICO:





RECEITUÁRIO

Po-450 Julio

R\$ 500,00  
Praça da Matriz  
Centro - Cárico-RN  
Levo para  
500 = 100m  
Olhem cadeia

R\$ 60,00 = 01g  
100m/12m

R\$ 619,20 - 619 7 est.

R\$ 619,20  
Sem juros  
Dr. Silvio Santos Filho  
Ortopedista - Traumatologista  
CRM/RN 4419





RECEITUÁRIO

Aug 22d

1

Lesson 6 ~~—~~ 44  
on 21/2/26

+ old tip land

Inkens die 6-6-19. ♀ 26.

Teim ~~der~~ o per la dos O'st.

3-619

*[Signature]*





HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ  
Telecilia Freitas Fontes  
ESTADO DO PERNAMBUCO  
Endereço: Rua São Pedro, 86 - Centro  
CEP: 56300-342 - Garanhuns - PE  
Fone: (81) 3421-9630 / 3421-9628  
E-mail: hris@pop.com.br  
Site: www.hris.com.br  
CONCEPÇÃO DO ESTADO  
RIO GRANDE DO NORTE

NOME:	Edson Julio Da Mota	LEITO:	105-03
DATA:	05.06.19		
DIAGNÓSTICO:			
ADMISSÃO:	05.06.19		

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS								
				08	10	12	14	16	18	20	22	24
01- <i>Acetaminofen 500mg</i>												
02- <i>Clorazepam 60mg Dose</i>												
03- <i>Paracetamol 500mg</i>												
04- <i>Aspirina 500mg</i>												
05- <i>Paracetamol 500mg</i>												
06- <i>Paracetamol 500mg</i>												
07- <i>Paracetamol 500mg</i>												
08- <i>Paracetamol 500mg</i>												
09- <i>Paracetamol 500mg</i>												
10- <i>Paracetamol 500mg</i>												
11- <i>Paracetamol 500mg</i>												
12- <i>Paracetamol 500mg</i>												
13- <i>Paracetamol 500mg</i>												
14- <i>Paracetamol 500mg</i>												
15- <i>Paracetamol 500mg</i>												
16- <i>Paracetamol 500mg</i>												
17- <i>Paracetamol 500mg</i>												
18- <i>Paracetamol 500mg</i>												
19- <i>Paracetamol 500mg</i>												
20- <i>Paracetamol 500mg</i>												
21- <i>Paracetamol 500mg</i>												

Carimbo e assinatura da Enfermagem



# **HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ**

## **Telecila Freitas Fontes**

Estrada do Perímetro Irrigado do Sabugi, S/N  
Paulo VI - Caicó-RN | Contatos: 84 3421-9630 / 3421-9628  
CNPJ: 08.241.754/0135-57



**GOVERNO DO ESTADO  
RIO GRANDE DO NORTE**

## CONTROLE DE SINAIS VITais

NOME DO PACIENTE Fábio Júlio da Nóbrega

LEITO 127-03



**S**  
**HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ**  
**Telecia Freitas Fontes**

Estrada do Rio Metrô irrigado do Sibugi, SN  
 Paulo VI - Ceará-RN | Contatos: 94 3219-9650 / 3219-9628  
 CNPJ: 08.249.154/0135-57

GERALDO ANTONIO  
 NOGUEIRA DO NORTE

NOME:	Kelly Julio	LEITO:	JOSE	HORÁRIOS									
				08	10	12	14	16	18	20	22	24	02
DATA:	16/09/2019												
DIAGNÓSTICO:													
ADMISSÃO:													

MEDICAMENTOS		DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS									
01-	02-				08	10	12	14	16	18	20	22	24	02
01- <i>Dia 16/09/2019</i> Glicerina 100ml flacone 8fls	02- <i>Glicerina</i> Glicerina													
03- <i>Glicerina</i> Glicerina	04- <i>Glicerina</i> Glicerina													
05- <i>Glicerina</i> Glicerina	06- <i>Glicerina</i> Glicerina													
07- <i>Glicerina</i> Glicerina	08- <i>Glicerina</i> Glicerina													
09- <i>Glicerina</i> Glicerina	10- <i>Glicerina</i> Glicerina													
11- <i>Glicerina</i> Glicerina	12- <i>Glicerina</i> Glicerina													
13- <i>Glicerina</i> Glicerina	14- <i>Glicerina</i> Glicerina													
15- <i>Glicerina</i> Glicerina	16- <i>Glicerina</i> Glicerina													
17- <i>Glicerina</i> Glicerina	18- <i>Glicerina</i> Glicerina													
19- <i>Glicerina</i> Glicerina	20- <i>Glicerina</i> Glicerina													
21- <i>Glicerina</i> Glicerina														

Carimbo Assinatura do médico:

Carimbo e assinatura da Enfermagem

 <b>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE</b> Secretaria de Saúde SEDEN <small>SECRETARIA DE SAÚDE ESTADUAL E MUNICIPAL</small>	<b>ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE</b> <b>HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECLÍNICA FREITAS FONTES</b> Estrada do Perímetro Irrigado Sabugí, s/n – Bairro Paúlito IV – Caicó/RN CEP: 59.300-000 CNPJ (MF): 08.241.74/0135-57 – (84) 3421-9620, 9621 e 9628		
<b>EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM</b>		<b>ENFERMARIA:</b>	<b>LEITO:</b>
DATA DE ADMISSÃO: <u>05/06/19</u> NOME DO PACIENTE: <u>Fábio Júlio do Nascimento</u> DATA E HORA: <u>06/06/19 - 8:00 h</u> SINAIOS VITAIS: PA: <u>mmHg</u> T: <u>°C</u> FR: <u>rpm</u> FC: <u>bpm</u> SatO <sub>2</sub> : <u>%</u> () Acamado <input checked="" type="checkbox"/> Deambulante, com ajuda: <input checked="" type="checkbox"/> Higiene: Corporal <u>Bon</u> Oral <u>Bon</u> Estado Geral: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Comprometido <input type="checkbox"/> Grave Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Icterícia Nível de consciência: <u>15</u> (Glasgow) Nível de sedação: <u>(Ramsy)</u> Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> % <input checked="" type="checkbox"/> Cateter nasal <input type="checkbox"/> VMI Desmame: <u>- O2 Ambiente</u> Dieta: <u>Oral Zero Até Cenoura</u> <input type="checkbox"/> Sonda: Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> BIC <input type="checkbox"/> Gravidez Exames/cirurgias: <u>SIM</u> <input type="checkbox"/> Preparo de exames: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Antibioticoterapia: Feridas e curativos: Braden: Morse: Diagnóstico de enfermagem: <u>Esoanase MS e MID</u>		<u>105</u>	<u>03</u>

8h

Evolução: Paciente evoluindo consciente, orientado, afiado e esperto no momento, com eliminações fisiológicas presentes, aceita dieta oferecida, sono e repouso preservados. Evoluindo S/ queixas no momento, nega DM; HTAS; e Processo Alérgico. EGK. Segue os cuidados da Enfermagem. Fátima Ramalho  
 COREN 14994

<b>EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM</b>		<b>ENFERMARIA:</b>	<b>LEITO:</b>
DATA DE ADMISSÃO:		Nº DO PRONTUÁRIO:	
NOME DO PACIENTE:			
DATA E HORA:		HD:	
SINAIS VITAIS: PA: <u>mmHg</u> T: <u>°C</u> FR: <u>rpm</u> FC: <u>bpm</u> SatO <sub>2</sub> : <u>%</u>			
() Acamado <input checked="" type="checkbox"/> Deambulante, com ajuda: <input checked="" type="checkbox"/> Higiene: Corporal <u>Oral</u>			
Estado Geral: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Comprometido <input type="checkbox"/> Grave			
Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Icterícia			
Nível de consciência: <u>15</u> (Glasgow) Nível de sedação: <u>(Ramsy)</u>			
Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> % <input checked="" type="checkbox"/> Cateter nasal <input type="checkbox"/> VMI Desmame:			
Dieta: <input type="checkbox"/> Sonda:			
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> BIC <input type="checkbox"/> Gravidez			
Exames/cirurgias: <input type="checkbox"/> Preparo de exames: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Antibioticoterapia:		Parecer médico:	
Feridas e curativos:		Braden:	
		Morse:	
Diagnóstico de enfermagem:			
Prescrição de enfermagem:			
Evolução:			





Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 10/09/2019 09:54:45  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091009544508200000047057532>  
Número do documento: 19091009544508200000047057532

Num. 48678935 - Pág. 22



Governo do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social  
Polícia Civil  
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA DE PLANTÃO CAICÓ EQUIPE 4  
Endereço: AV. CEL. MARTINIANO, 20. JARDIM SATÉLITE, CAICÓ

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2019177000606  
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO  
1.2 Data de Expedição: 13/06/2019 13:00:28  
1.4 Ligou CIOSP: Não

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 01/06/2019 19:30:00  
2.3 Fato: Consumado  
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo  
2.6 Tipo do local: Rural  
2.8 Número: S/N  
2.10 Complemento:  
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
2.15 Telefone(s): 84 997089479  
2.17 Número: 90  
2.19 Bairro: PAULO VI  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
3.23 Cidade: CAICÓ

2.2 Autoria: Conhecida  
2.4 Flagrante: Não  
2.7 Logradouro: BR 427 - PRÓXIMO AO SITIO MANHOSO  
2.9 CEP:  
2.11 Ponto de Referência:  
2.13 Cidade: CAICÓ

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: FABIO JULIO DO NASCIMENTO  
3.3 Nome Social:  
3.5 Etnia: Branca  
3.7 Sexo: MASCULINO  
3.9 CPF: 05816633490  
3.11 Nacionalidade:  
3.13 Profissão: MOTORISTA  
3.15 Telefone(s): 84 997089479  
3.17 Número: 90  
3.19 Bairro: PAULO VI  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
3.23 Cidade: CAICÓ  
3.2 Estado civil: União Estável  
3.4 Pai: FRANCISCO DO NASCIMENTO FILHO  
3.6 Mãe: LUZINETE BEZERRA SILVA DO NASCIMENTO  
3.8 Orientação Sexual:  
3.10 Identidade de Gênero:  
3.12 Data de Nascimento: 14/11/1980  
3.14 RG: 2004567 - ITEP/RN  
3.16 Passaporte:  
3.18 Naturalidade: CAICÓ/RN  
3.20 E-Mail:  
3.22 Logradouro: RUA PADRE BRITO GUERRA  
3.24 CEP:

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  
7.1.3 Chassi: \*\*\*\*\*20316  
7.1.5 Placa: OWE4103  
7.1.7 Marca: HONDA  
7.1.9 Ano do Modelo: 2015  
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA  
7.1.13 Nota Fiscal:  
7.1.15 Nome do proprietário: FERNANDO FLAVIO DO NASCIMENTO  
7.1.17 Nome do condutor:  
7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:  
7.1.4 Renavam:  
7.1.6 Estado:  
7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN ESD  
7.1.10 Ano de Fabricação: 2015  
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA  
7.1.14 Número do Motor:  
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

**8. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**9. DOS FATOS**

**9.1 Histórico**

O COMUNICANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA NA BR 427, SENTIDO CAICÓ/RN - JARDIM DO SERIDÓ/RN E QUE NA PROXIMIDADES DO SITIO MANHOSO, ENTRARIA A ESQUERDA E SINALIZOU, QUE UM VEÍCULO TIPO HILUX, DE COR BRANCA OU PLACA, DO QUAL O COMUNICANTE NÃO IDENTIFICOU A PLACA, PELA SITUAÇÃO DO MOMENTO, QUE VINHA NA MESMA DIREÇÃO, COLIDIU NA TRASEIRA DE SUA MOTO E DERRUBOU AO COMUNICANTE E SEU PAI, QUÉ ERA PASSAGEIRO DA MOTO. QUÉ PELA LOCALIZAÇÃO, NÃO SE FAZ LIGAÇÃO, DAÍ, NÃO ACIONARAM SAMU OU AMBULÂNCIA, MAS, O PRÓPRIO CONDUTOR DO VEÍCULO DA COLISÃO, O QUAL O COMUNICANTE TAMBÉM NÃO IDENTIFICOU, SÓ SABE QUÉ É DE FORTALEZA/CE, SOCORREU O COMUNICANTE PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CAICÓ/RN; QUÉ DA COLISÃO, O COMUNICANTE SOFRIU FRATURA NO PUNHO DA MÃO ESQUERDA E ESCORIAÇÕES POR TODO O CORPO. QUÉ SEU PAI SOFRIU APENAS ESCORIAÇÕES E NÃO FOI LEVADO PARA O HOSPITAL. ESTE REGISTRO FOI FEITO PARA PLEITAR SEGURADO DPVAT.

**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: 13/06/2019 13:00:28

Policial

Fábio Júlio do Nascimento  
Interessado

Poiogar direito

Atendimento: 1702009 - DEMERVAL DE SOUZA FILHO

Impresso por: 1702009 - DEMERVAL DE SOUZA FILHO em 13/06/2019 13:00:34

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 10/09/2019 09:54:45  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091009544508200000047057532>

Número do documento: 19091009544508200000047057532

Num. 48678935 - Pág. 23



Governo do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social  
Polícia Civil  
Delegacia Eletrônica



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Unidade Policial: DELEGACIA DE PLANTÃO CAICÓ EQUIPE 4  
Endereço: AV. CEL. MARTINIANO, 20. JARDIM SATELITE, CAICÓ

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2019177000606  
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO  
1.2 Data de Expedição: 13/06/2019 13:00:28  
1.4 Ligou CIOSP: Não

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 01/06/2019 19:30:00  
2.3 Fato: Consumado  
2.5 Melô(s) empregado(s): Veículo  
2.6 Tipo do local: Rural  
2.8 Número: S/N  
2.10 Complemento:  
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
2.11 Ponto de Referência:  
2.13 Cidade: CAICÓ

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: BR 427 - PRÓXIMO AO SITIO MANHOSO

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: CAICÓ

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: FABIO JULIO DO NASCIMENTO  
3.3 Nome Social:  
3.5 Etnia: Branca  
3.7 Sexo: MASCULINO  
3.9 CPF: 05816633490  
3.11 Nacionalidade:  
3.13 Profissão: MOTORISTA  
3.15 Telefone(s): 84 997089479  
3.17 Número: 90  
3.19 Bairro: PAULO VI  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
3.23 Cidade: CAICÓ  
3.2 Estado civil: União Estável  
3.4 Pai: FRANCISCO DO NASCIMENTO FILHO  
3.6 Mãe: LUZINETE BEZERRA SILVA DO NASCIMENTO  
3.8 Orientação Sexual:  
3.10 Identidade de Gênero:  
3.12 Data de Nascimento: 14/11/1980  
3.14 RG: 2004567 - ITEP/RN  
3.16 Passaporte:  
3.18 Naturalidade: CAICÓ/RN  
3.20 E-Mail:  
3.22 Logradouro: RUA PADRE BR:TO GUERRA  
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  
7.1.3 Chassi: \*\*\*\*\*20316  
7.1.5 Placa: OWE4103  
7.1.7 Marca: HONDA  
7.1.9 Ano do Modelo: 2015  
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA  
7.1.13 Nota Fiscal:  
7.1.15 Nome do proprietário: FERNANDO FLAVIO DO NASCIMENTO  
7.1.17 Nome do condutor:  
7.1.18 Observações:  
7.1.2 Seguradora:  
7.1.4 Renavam:  
7.1.6 Estado:  
7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN ESD  
7.1.10 Ano de Fabricação: 2015  
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA  
7.1.14 Número do Motor:  
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

**8. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**9. DOS FATOS**

**9.1 Histórico**

O COMUNICANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA NA BR 427, SENTIDO CAICÓ/RN - JARDIM DO SERIDÓ/RN E QUE NA PROXIMIDADES DO SITIO MANHOSO, ENTRARIA A ESQUERDA E SINALIZOU. QUE UM VEÍCULO TIPO HILUX, DE COR BRANCA OU PLACA, DO QUAL O COMUNICANTE NÃO IDENTIFICOU A PLACA, PELA SITUAÇÃO DO MOMENTO, QUE VINHA NA MESMA DIREÇÃO, COLIDIU NA TRASEIRA DE SUA MOTO E DERRUBOU AO COMUNICANTE E SEU PAI, QUÉ ERA PASSAGEIRO DA MOTO, QUE PELA LOCALIZAÇÃO, NÃO SE FAZ LIGAÇÃO, DAÍ, NÃO ACIONARAM SAMU OU AMBULÂNCIA, MAS, O PRÓPRIO CONDUTOR DO VEÍCULO DA COLISÃO, O QUAL O COMUNICANTE TAMBÉM NÃO IDENTIFICOU, SÓ SABE QUE É DE FORTALEZA/CE, SOCORREU O COMUNICANTE PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CAICÓ/RN. QUE DA COLISÃO, O COMUNICANTE SOFRU FRATURA NO PUNHO DA MÃO ESQUERDA E ESCORIAÇÕES POR TODO O CORPO. QUE SEU PAI SOFRU APENAS ESCORIAÇÕES E NÃO FOI LEVADO PARA O HOSPITAL. ESTE REGISTRO FOI FEITO PARA PLEITEAR SEGURAS DPVAT.

**9.2 Informações do CIOSP**

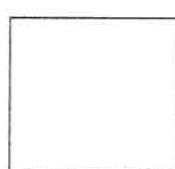
**10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)**

**11. DECLARAÇÃO**

O(s) declarante(s) sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.  
Data: 13/06/2019 13:00:28

Policial

Fábio Júlio do Nascimento  
Interessado



Prieger direito

Atendimento: 1702009 - DEMERVAL DE SOUZA FILHO  
Impresso por: 1702009 - DEMERVAL DE SOUZA FILHO em 13/06/2019 13:00:34

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



RECEITUÁRIO

P-630 Júlio

R\$ 100,00  
+ 100,00  
= 200,00  
Oleum oestix  
100,00 = 01 g  
100ml/2ml

P-Janeiro 27 - 679 7-eh

R-punho e Alerp  
Sem Sero   
Dr. Silvio da Costa Filho  
Ortopedista e Traumatologista  
Praça 8074 - 05.072-1419

Ret, perito + cuello

Tutor fixo liso

Mouvemento deles

Refero: 18-7 79 7-eh.

R-punho e Alerp  
Sem Sero R





### BOLETIM DE ATENDIMENTO PRONTO SOCORRO

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	DATA	HORA DE ENTRADA	Nº ATENDIMENTO
Graci	27.06.19	09:50	45

#### CAMPO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviaturas e de forma legível.

NOME FÁBIO JÚLIO DO NASCIMENTO	DATA DE NASCIMENTO 14.11.80	IDADE 38A	SEXO M
CPF 058.166.334-90	RG 2004567	DATA DE EXPEDIÇÃO ITEP-RN	CARTÃO SUS 706.4066.5815.5488
NATURALIDADE Calço-RN	ESTADO CIVIL UN CASAL	PROFISSÃO Motorista	RAÇA/COR B
NOME DA MÃE AIZINETE BOZENNA SILVA DO NASCIMENTO	NOME DO PAI Fábio do Nascimento Filho		
ENDERECO R. P. Bento Guerra, 90	Bairro Paulo VI		
CIDADE/ESTADO Calço - RN	TELEFONE DE CONTATO 9.9708.9479	ESCOLARIDADE E. MÉDIO COMPLETO	PACIENTE REGULADO? <input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
FORMA DE CHEGADA <input checked="" type="radio"/> ESPONTÂNEA <input type="radio"/> CORPO DE BOMBEIROS	<input type="radio"/> SAMU <input type="radio"/> POLÍCIA MILITAR <input type="radio"/> OUTRO: _____		

#### CAMPO 2 – SINAIS VITAIS

Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de saúde.

PA: 129 x 78 mmHg	FC: 78 bpm	FR: irpm	Temp. axilar: °C	SpO2: 98 %	Glicemia: mg/dl
-------------------	------------	----------	------------------	------------	-----------------

#### CAMPO 3 – ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro responsável pelo ACR.

VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL	ESCALA DE GLASGOW					ESCORE DE DOR				
				AO	RV	RM	AP	TOTAL	1	2	3	4	5
						6	7	8	9	10			
QUEIXA PRINCIPAL: Pós operatório de gestore no peito				HISTÓRIA BREVE: Retirada de pontos									
ALERGIAS: Nove													
OBSERVAÇÃO OBJETIVA				COMORBIDADES: Nove									
AVALIAÇÃO	HORA: 10:55			REAVALIAÇÃO	HORA:			Ivana Radenobrega ENFERMEIRO PLANTONISTA/COREN		COR:			

#### CAMPO 4 – ANAMNESE/EXAME FÍSICO

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.

#### DIAGNÓSTICO INICIAL

#### CAMPO 5 – EXAMES SOLICITADOS

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.

<input type="checkbox"/> HEMOGRAMA + PLAQUETAS	<input type="checkbox"/> TGO + TGP	<input type="checkbox"/> GASOMETRIA ARTERIAL	<input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA
<input type="checkbox"/> UREIA + CREATININA	<input type="checkbox"/> CKMB + CPK	<input type="checkbox"/> COAGULOGRAMA	<input type="checkbox"/> RAIO-X: _____
<input type="checkbox"/> GLICEMIA	<input type="checkbox"/> TROPONINA	<input type="checkbox"/> EAS	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA: _____
<input type="checkbox"/> AMILASE	<input type="checkbox"/> IONOGRAMA	<input type="checkbox"/> PCR	<input type="checkbox"/> OUTROS: _____





RECEITUÁRIO

Alex Jeferson

Ribeiro Júlio da M<sup>a</sup>, 38a,

Indicado a fut. enigas.

Ente de d<sup>r</sup> de futebol.

C<sup>t</sup> D 10: 562, 792

72819

Dr. Silviano  
TESTIMONIAL



**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.**

## SINISTRO 3190493747 - Resultado de consulta por beneficiário

---

**VÍTIMA** FABIO JULIO DO NASCIMENTO

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE**

**INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial Natal-RN

**BENEFICIÁRIO** FABIO JULIO DO NASCIMENTO

**CPF/CNPJ:** 05816633490

**Posição em 10-09-2019 09:24:37**

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

<b>Data do Pagamento</b>	<b>Valor da Indenização</b>	<b>Juros e Correção</b>	<b>Valor Total</b>
30/08/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
3ª Vara da Comarca de Caicó  
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0803330-02.2019.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: FABIO JULIO DO NASCIMENTO

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

**DESPACHO**

Considerando o teor do art. 99, §2º do CPC/15, intime-se a requerente para que, no prazo de 15 (quinze) dias, junte aos autos comprovante de rendimentos e/ou outros documentos que comprovem a sua condição de parte economicamente hipossuficiente.

Decorrido o prazo com ou sem manifestação, retornem os autos conclusos para decisão.

Publique-se. Intime-se. Cumpra-se.

Diligências e expedientes necessários.

Caicó/RN, data do sistema.

Juiz LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA

Titular da 3ª Vara de Caicó



Assinado eletronicamente por: LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA - 30/09/2019 16:41:37  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19093016413772100000047687307>  
Número do documento: 19093016413772100000047687307

Num. 49351510 - Pág. 1



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
3ª Vara da Comarca de Caicó  
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0803330-02.2019.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: FABIO JULIO DO NASCIMENTO

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

**DESPACHO**

Considerando o teor do art. 99, §2º do CPC/15, intime-se a requerente para que, no prazo de 15 (quinze) dias, junte aos autos comprovante de rendimentos e/ou outros documentos que comprovem a sua condição de parte economicamente hipossuficiente.

Decorrido o prazo com ou sem manifestação, retornem os autos conclusos para decisão.

Publique-se. Intime-se. Cumpra-se.

Diligências e expedientes necessários.

Caicó/RN, data do sistema.

Juiz LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA

Titular da 3ª Vara de Caicó



Assinado eletronicamente por: LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA - 30/09/2019 16:41:37  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19093016413772100000047687307>  
Número do documento: 19093016413772100000047687307

Num. 51664196 - Pág. 1

EM ANEXO.



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 22/01/2020 15:08:38  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012215083883200000050733093>  
Número do documento: 20012215083883200000050733093

Num. 52602491 - Pág. 1



**CAICÓ ADVOCACIA & ASSESSORIA JURÍDICA**  
**Kelly Maria Medeiros do Nascimento – OAB/RN 7.469**  
Avenida André Sales, 130 – Paulo VI – Caicó/RN – CEP.: 59300-000  
Próximo a Unidade Hospitalar Regional do Seridó - SESI  
Fones: (84) 3417-2265 99801-5199 e 98887-0543  
E-mail: [caicoseguros@gmail.com](mailto:caicoseguros@gmail.com) e [caicodpvat@hotmail.com](mailto:caicodpvat@hotmail.com).

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 3<sup>a</sup> VARA DA COMARCA DE CAICÓ/RN.**

PROCESSO: 0803330-02.2019.8.20.5101.

Promovente: **Fábio Júlio do Nascimento.**

Promovida: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

**Fábio Júlio do Nascimento**, já devidamente qualificado nos autos do processo em epígrafe, AÇÃO DE COBRANÇA/COMPLEMENTO que promove em face da **Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.**, por intermédio de sua bastante procuradora que esta subscreve, cumprindo determinação judicial epigrafada e, **em tempo hábil**, vem perante Vossa Excelência, expor e informar a situação funcional de nosso cliente como sendo:

1º) Apresento-lhe demonstrativo do comprovante de renda – Contracheque, o qual enfatiza que o nosso Cliente e Requerente acima citado tem vínculo empregatício, conforme documentação, em anexo. Ressalta-se que o mesmo percebe a remuneração em foco e, estabelece, como meio de sobrevivência e família; e

2º) Na certeza de ter cumprido com o estabelecido na Determinação Judicial, invoca-se, desde já, os preceitos Judiciais para dar curso a tramitação processual, ficando-o à disposição do Douto Juízo para dirimirmos às diligências inerentes e necessárias a celeridade processual.

Nestes Termos,  
Pede e Espera Deferimento.

Caicó-RN, 22 de Janeiro de 2020.

**Kelly Maria Medeiros do Nascimento**  
**Advogada – 7.469/RN**

Vba.



Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)		Data e Assinatura 05 / 11 / 2019	
Empregado 000001 Fabio Julio do Nascimento		Inscrição CNPJ: 12.984.478/0001-91	Admissão 02/05/2016
PIS 16078914600	Banco	Cargo Motorista	Lotação MATRIZ
Competência Outubro de 2019			
Discriminação das Verbas			
Cod.	Descrição	Referência	Provento
010	Salário-Família	1 colat(s)	32,80
011	Salário-Base	30 dia(s)	1.016,00
310	INSS	8%	81,28
	-		
Total de Proventos 1.048,80	Total de Descontos 81,28		
Base de Cálculo do INSS 1.016,00	Líquido a Receber 967,52		
Base de Cálculo do FGTS 1.016,00	FGTS 81,28		
Base de Cálculo do FGTS Contribuição Social 81,28	FGTS Contribuição Social Base de Cálculo do IRRF		
Salário Contratual 1.016,00			





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
3ª Vara da Comarca de Caicó  
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0803330-02.2019.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: FABIO JULIO DO NASCIMENTO

RÉU: SEGURADORA DPVAT

**DESPACHO**

Inicialmente, defiro o pedido de assistência judiciária gratuita, por entender que a parte autora preenche os requisitos do art. 98 e seguintes do CPC/2015.

Ademais, prevê o art. 334 do Código de Processo Civil que caso a petição inicial preencha os requisitos essenciais e não seja o caso de improcedência liminar do pedido, a requerida será citada e intimada para audiência de conciliação ou mediação (CPC, art. 334).

Não obstante, na presente demanda a parte autora alega ter sido vítima de acidente de trânsito e que em razão disso sofreu intervenções em membro do corpo permanentemente comprometedoras de parte ou da totalidade de suas funções, fazendo jus, portanto, ao recebimento de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT.

A prática forense demonstra que, em demandas desse tipo, somente são ajuizados os casos em que os seguros não foram pagos ou, se pagos, não atenderam à expectativa dos envolvidos quanto ao grau de invalidez pertinente, tendo em vista que não há nenhuma informação ao beneficiário dos critérios médicos usados.

É, portanto, necessário ao esclarecimento do caso a realização de perícia médica que determine, com precisão, a graduação da debilidade do postulante, para que se possa quantificá-la de acordo com a tabela anexa à Lei nº 6.194/74 e Súmula 474 do STJ.

No presente caso, portanto, afigurar-se-ia infrutífera uma prévia tentativa de conciliação e mediação antes de saber a extensão exata do dano, a fim de para adaptá-lo à tabela oficial, o que resultaria em medida ineficaz, tanto que a usual prática de mutirões de conciliação referentes à ações judiciais envolvendo seguro DPVAT acontecem com a realização simultânea de perícia médica para determinação do tipo e grau de lesão.

Neste contexto, a perícia não é apenas essencial para a solução do mérito, mas sim para a própria conciliação prévia, sendo então medida elementar para a celeridade processual dispensar, momentaneamente, a audiência a que se refere o art. 334 do CPC, postergando a sua realização para momento oportuno.

Ante o exposto, proceda-se à citação da parte ré, para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, alertando-a da regra do art. 344 do NCPC.

Caso haja contestação e havendo nesta arguição de preliminar ou fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (NCPC, artigos 350 e 351), dê-se vistas ao autor, através de seu advogado, a fim de que se pronuncie a respeito, no prazo de 15 (quinze) dias, procedendo sempre a Secretaria conforme o disposto no art. 203, § 4º, do NCPC.



Na hipótese de a citação não ser levada a efeito, intime-se igualmente o autor, por seu advogado, no prazo supra, para se pronunciar sobre a diligência negativa.

Com ou sem contestação ou, após a manifestação sobre a contestação, se for o caso, faça-se conclusão.

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

Diligências e expedientes necessários.

Caicó/RN, *data da assinatura eletrônica*.

**LUIZ CÂNDIDO DE ANDRADE VILLAÇA**

Juiz Titular da 3<sup>a</sup> Vara de Caicó



Assinado eletronicamente por: LUIZ CÂNDIDO DE ANDRADE VILLAÇA - 31/03/2020 15:51:45  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20033115514514000000052622422>  
Número do documento: 20033115514514000000052622422

Num. 54626909 - Pág. 2



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
3ª Vara da Comarca de Caicó  
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0803330-02.2019.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: FABIO JULIO DO NASCIMENTO

RÉU: SEGURADORA DPVAT

**ATO ORDINATÓRIO**

Considerando o que consta no Código de Normas da Corregedoria de Justiça do RN (Provimento nº 154/2016 - CJ/TJRN), na forma da lei e conforme determinação judicial prolatada nestes autos, de ordem do Juiz LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA, fica Vossa Senhoria **citado(a)** acerca do inteiro teor da petição inicial e de eventuais documentos que a instruem e, querendo, oferecer resposta no prazo legal.

**ADVERTÊNCIA:** Nos termos do artigo 344 do Código de Processo Civil, se o réu não contestar a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor.

**MARCUS CESAR DOS SANTOS BEZERRA**

Chefe de Secretaria



Assinado eletronicamente por: MARCUS CESAR DOS SANTOS BEZERRA - 06/04/2020 13:24:57  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040613245696200000052842394>  
Número do documento: 20040613245696200000052842394

Num. 54874505 - Pág. 1



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
3ª Vara da Comarca de Caicó  
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0803330-02.2019.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: FABIO JULIO DO NASCIMENTO

RÉU: SEGURADORA DPVAT

**DESPACHO**

Inicialmente, defiro o pedido de assistência judiciária gratuita, por entender que a parte autora preenche os requisitos do art. 98 e seguintes do CPC/2015.

Ademais, prevê o art. 334 do Código de Processo Civil que caso a petição inicial preencha os requisitos essenciais e não seja o caso de improcedência liminar do pedido, a requerida será citada e intimada para audiência de conciliação ou mediação (CPC, art. 334).

Não obstante, na presente demanda a parte autora alega ter sido vítima de acidente de trânsito e que em razão disso sofreu intervenções em membro do corpo permanentemente comprometedoras de parte ou da totalidade de suas funções, fazendo jus, portanto, ao recebimento de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT.

A prática forense demonstra que, em demandas desse tipo, somente são ajuizados os casos em que os seguros não foram pagos ou, se pagos, não atenderam à expectativa dos envolvidos quanto ao grau de invalidez pertinente, tendo em vista que não há nenhuma informação ao beneficiário dos critérios médicos usados.

É, portanto, necessário ao esclarecimento do caso a realização de perícia médica que determine, com precisão, a graduação da debilidade do postulante, para que se possa quantificá-la de acordo com a tabela anexa à Lei nº 6.194/74 e Súmula 474 do STJ.

No presente caso, portanto, afigurar-se-ia infrutífera uma prévia tentativa de conciliação e mediação antes de saber a extensão exata do dano, a fim de para adaptá-lo à tabela oficial, o que resultaria em medida ineficaz, tanto que a usual prática de mutirões de conciliação referentes à ações judiciais envolvendo seguro DPVAT acontecem com a realização simultânea de perícia médica para determinação do tipo e grau de lesão.

Neste contexto, a perícia não é apenas essencial para a solução do mérito, mas sim para a própria conciliação prévia, sendo então medida elementar para a celeridade processual dispensar, momentaneamente, a audiência a que se refere o art. 334 do CPC, postergando a sua realização para momento oportuno.

Ante o exposto, proceda-se à citação da parte ré, para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, alertando-a da regra do art. 344 do NCPC.

Caso haja contestação e havendo nesta arguição de preliminar ou fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (NCPC, artigos 350 e 351), dê-se vistas ao autor, através de seu advogado, a fim de que se pronuncie a respeito, no prazo de 15 (quinze) dias, procedendo sempre a Secretaria conforme o disposto no art. 203, § 4º, do NCPC.



Na hipótese de a citação não ser levada a efeito, intime-se igualmente o autor, por seu advogado, no prazo supra, para se pronunciar sobre a diligência negativa.

Com ou sem contestação ou, após a manifestação sobre a contestação, se for o caso, faça-se conclusão.

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

Diligências e expedientes necessários.

Caicó/RN, *data da assinatura eletrônica*.

**LUIZ CÂNDIDO DE ANDRADE VILLAÇA**

Juiz Titular da 3<sup>a</sup> Vara de Caicó



Assinado eletronicamente por: LUIZ CÂNDIDO DE ANDRADE VILLAÇA - 31/03/2020 15:51:45  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20033115514514000000052622422>  
Número do documento: 20033115514514000000052622422

Num. 54874506 - Pág. 2