



Número: **0801252-03.2019.8.20.5144**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Monte Alegre**

Última distribuição : **17/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GIRLENO GOMES DA SILVA (AUTOR)	EMILIANA VIRGINIA BEZERRA DA ROCHA (ADVOGADO) KLEBER MOIZES VELOSO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA DPVAT (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
51944 155	17/12/2019 14:59	Petição Inicial	Petição Inicial
51944 174	17/12/2019 14:59	Petição inicial	Outros documentos
51944 176	17/12/2019 14:59	procuração	Procuração
51945 429	17/12/2019 14:59	RG	Documento de Identificação
51945 430	17/12/2019 14:59	comprovante de residencia	Documento de Comprovação
51945 433	17/12/2019 14:59	BOAT	Outros documentos
51945 438	17/12/2019 14:59	Documento do veiculo	Outros documentos
51945 442	17/12/2019 14:59	Laudo médico	Outros documentos
51945 445	17/12/2019 14:59	prontuario médico	Outros documentos

Petição inicial e documentos em anexo.



EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(ÍZA) DA
_____ VARA CÍVEL DA COMARCA DE MONTE ALEGRE/RN.

DA TRAMITAÇÃO PRIORITÁRIA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

GIRLENO GOMES DA SILVA, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade sob o nº 002.626.429, SSP/RN, devidamente inscrito no CPF sob o nº 092.385.444.-41, residente e domiciliado à Rua Severina Maria de Paiva, nº 948, Cobé, Área Rural, Vera Cruz/RN, CEP.: 59184-000, endereço eletrônico: rochaeveloso@gmail.com, vem perante Vossa Excelência, através dos seus advogados abaixo subscritos, com procuração em anexo, onde recebe intimações e notificações, com endereço profissional situado à Rua Professor Arthepio Bezerra, nº 63, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP.: 59064-250, propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA

Em face da **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, pessoa jurídica de Direito Privado, CNPJ: 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, N.º 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.031-205, pelos motivos de fato e de direito que passa a expor:

PRELIMINARMENTE

I - DA JUSTIÇA GRATUITA

O Demandante vem perante Vossa Excelência, inicialmente, requerer o benefício da justiça gratuita conforme preconiza o art. 5º, LXXIV da CF/88 e art. 98 e art. 99, §§ 3º e 4º da Lei 13.105/2015, por não dispor de meios necessários para arcar com as despesas judiciais de estilo, sem prejuízo de seu próprio sustento e de sua família e por se encontrar desempregado.

II - DA AUDIÊNCIA CONCILIATÓRIA

Endereço: Rua Arthepio Bezerra, nº 63, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP.: 59064-250.
Email: rochaeveloso@gmail.com



O presente pleito consiste na obrigação de fazer por parte da Demandada em PAGAR O PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO, indeferido de forma arbitrária, bem como o pedido de danos morais em virtude do ato danoso que o banco demandado causou.

Seguindo os ditames da lei, o Código de Processo Civil determina a necessidade da audiência de mediação/conciliação, conforme prever o art. 334, assim vejamos, *in verbis*:

Art. 334. Se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, devendo ser citado o réu com pelo menos 20 (vinte) dias de antecedência.

Porém, mediante a tal previsão legal, o próprio legislador deixou a critério da parte Autora a obrigação de demonstrar o interesse em conciliar ou não, conforme previsto no art. 334, § 5º do CPC:

§ 5o O autor deverá indicar, na petição inicial, seu desinteresse na autocomposição, e o réu deverá fazê-lo, por petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência.

Sendo assim, requer a designação de audiência de conciliação/mediação, com vistas a oportunizar a solução pacífica do conflito de interesses entre as partes litigantes.

III. DOS FATOS

O Demandante, no dia 16 de Junho de 2019, por volta das 01h30m se envolveu em acidente de trânsito, do qual lhe sobrevieram sequelas de caráter permanente.

Em uma simples análise do Boletim de Ocorrência e Boletim de Atendimento Hospitalar, verifica-se que em razão do acidente, a parte Autora sofreu uma Amputação Traumática Do MIE, (amputação da perna esquerda) e escoriações em partes do corpo, CID 10 S78.1, S82.3 e S81.8, ou seja, em face do acidente, o autor teve sequelas que comprometeram a sua estrutura corporal.

O laudo médico é contundente em asseverar o caráter a gravidade da moléstia do Demandante, redundando na necessidade de percepção da indenização do seguro DPVAT.

Contudo, o Autor enviou toda à documentação pertinente ao seguro DPVAT (Proc. sinistro **3190470718**), mas a seguradora indeferiu pelo



fato do acidente ter ocorrido 2 (dois) meses após o vencimento do pagamento, conforme protocolos das ligações nº43064478(atend. Claudia) e nº 43380795(atend. Samanta).

Incumbe detalhar que a lei nº. 6.194/1974 com recentes modificações da lei nº. 11.945/2009 que regula a tabela do Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP estabelece o valor que deveria ser pago pela seguradora. Vejamos:

Danos Corporais Totais Repercussão na Inteira do Patrimônio Físico	Percentual da Perda
Perda anômica e ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100
Perda anômica e ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anômica e ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autônoma	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autônoma, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	Percentuais das Perdas
Perda anômica e ou funcional completa de um dos membros superiores e ou de uma das mãos	70
Perda anômica e ou funcional completa de um dos membros inferiores	50
Perda anômica 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	25
Perda anômica e ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10
Perda anômica e ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10
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 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 baço	10

Desta forma não resta outra alternativa ao segurado senão intentar a presente ação judicial para ver salvaguardado o seu direito securitário.

IV - DO DIREITO

Endereço: Rua Arthepio Bezerra, nº 63, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP.: 59064-250.
Email: rochaaveloso@gmail.com



Inicialmente cumpre destacar, que a Lei nº 6.194/74 fez nascer o Seguro Obrigatório DPVAT, criado para amparar as vítimas de acidentes causados por veículos automotores de vias terrestres.

Para tanto, foi criado um consórcio de seguradoras privadas, responsável pela administração da verba arrecadada com o pagamento desse seguro, o que é feito por proprietários de veículos no momento do licenciamento anual junto ao Departamento Estadual de Trânsito - DETRAN. Trata-se, inclusive, de condição essencial para que os veículos possam transitar pelas vias rodoviárias do país.

Sendo assim, esse convênio é responsável, especificamente, pelo pagamento das indenizações devidas às vítimas de acidente envolvendo veículos automotores de via terrestre ou por cargas transportadas por esses veículos, sejam elas: 1º por morte; 2º por invalidez total ou parcial; 3º ou por despesas de assistência médica e suplementares, conhecidas como DAMS. Esta última modalidade prevê o reembolso de despesas devidamente comprovadas.

Ademais, conforme o teor do artigo 5º, da Lei nº 6.194/74, que foi modificado pela Lei nº 11.945/09:

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

Oportuno mencionar que, conforme entendimento do Superior Tribunal de Justiça - STJ, as Resoluções do CNSP não prevalecem sobre os dispositivos legais. Nesse sentido, vejamos a pacífica jurisprudência, *in verbis*:

AGRAVO INTERNO. RECURSO ESPECIAL. CPC/2015. DIREITO CIVIL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO. ACIDENTE DE TRÂNSITO. LESÃO AO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO. ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO. RECUSA DE INDENIZAÇÃO. DESCABIMENTO. SÚMULA 257/STJ. 1. Controvérsia acerca do pagamento de indenização do seguro DPVAT ao proprietário de veículo inadimplente com o pagamento do prêmio. 2. Nos termos da Súmula 257/STJ: "A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização". 3. **PRECEDENTES DESTA CORTE SUPERIOR NO SENTIDO DE QUE A INDENIZAÇÃO É DEVIDA, AINDA QUE A VÍTIMA SEJA O PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO, INADIMPLENTE COM O PAGAMENTO DO PRÊMIO.** 4. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO. (STJ - AgInt no REsp: 1798176

Endereço: Rua Arthepio Bezerra, nº 63, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP.: 59064-250.

Email: rochaaveloso@gmail.com



PR 2019/0046062-6, Relator: Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, Data de Julgamento: 01/07/2019, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 02/08/2019). (grifo nosso).

Nos termos da jurisprudência que se formou no STJ a partir do julgamento do Recurso Especial nº 1.483.620/SC, submetido ao rito dos recursos repetitivos, a incidência de atualização monetária nas indenizações por morte ou invalidez do seguro DPVAT, prevista no § 7º do art. 5º da Lei n. 6194/74, redação dada pela Lei n. 11.482/2007, opera-se desde a data do evento danoso.

Outrossim, a Lei nº 6.194/74 não condiciona o pagamento da indenização à quitação do prêmio do seguro pelo proprietário, prevendo apenas a necessidade da prova do acidente e o dano dele decorrente, conforme entendimento jurisprudencial acima, bem como Súmula 257 do STJ, senão vejamos:

Súmula 257 - A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização. (Súmula 257, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 08/08/2001, DJ 29/08/2001 p. 100).

Neste diapasão, vejamos entendimento do TJ/RN, que segue a mesma linha jurisprudencial do Superior Tribunal de Justiça:

DIREITO CIVIL, PROCESSUAL CIVIL E LEGISLAÇÃO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES (DPVAT). ACIDENTE DE TRÂNSITO. ÓBITO DO SEGURADO. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. INADIMPLÊNCIA QUANTO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO. ALEGADA IMPOSSIBILIDADE DE RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO. RAZÃO NÃO ACOLHIDA. APLICAÇÃO DO ART. 5º DA LEI Nº 6.194/74 E SÚMULA 257 DO STJ. O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO SERÁ EFETUADO MEDIANTE SIMPLES PROVA DO ACIDENTE E DO DANO DECORRENTE. A FALTA DE QUITAÇÃO DO PRÊMIO DO SEGURO DPVAT NÃO AMPARA A RECUSA DA INDENIZAÇÃO. APELAÇÃO CÍVEL CONHECIDA E DESPROVIDA. (TJ-RN - AC: 20180076200 RN, Relator: Desembargador Cornélio Alves, Data de Julgamento: 29/11/2018, 1ª Câmara Cível). (grifo nosso).

Vejamos também outras jurisprudências sobre o caso ora em estudo:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. PAGAMENTO DO PRÊMIO. DESNECESSIDADE. SÚMULA 257 DO STJ. CORREÇÃO

Endereço: Rua Arthepio Bezerra, nº 63, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP.: 59064-250.

Email: rochaaveloso@gmail.com



MONETÁRIA. DATA DO SINISTRO. **1. Não é necessária a comprovação do pagamento do prêmio para a cobrança do seguro DPVAT. Inteligência da Súmula n. 257 do STJ.** 2. Correção monetária. Incidência desde a data do sinistro. Súmula n. 580 do STJ. APELAÇÃO DESPROVIDA. (Apelação Cível Nº 70078447521, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 26/09/2018) (grifo nosso).

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. SÚMULA 257 DO STJ. FALTA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES (DPVAT). RECUSA DO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO DESCABIDA. Trata-se de ação de cobrança, relativa à indenização do seguro obrigatório previsto na Lei nº 6.194/74 (DPVAT), convertida na Lei nº 11.945/2009, julgada procedente na origem. A matéria trazida em grau recursal diz respeito tão somente a alegação de inaplicabilidade da Súmula 257 do STJ. **O egrégio STJ, já consolidou o entendimento através da Súmula 257 do egrégio STJ, de que a falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização.** Sentença mantida com a condenação da seguradora ao pagamento de indenização. APELAÇÃO DESPROVIDA (Apelação Cível Nº 70078371598, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Niwton Carpes da Silva, Julgado em 30/08/2018). (grifei).

Vale ressaltar ainda, que os documentos acostados a inicial, comprovam o acidente e a intensidade da sequela da vítima, portanto, não há motivo que justifique a negativa da Demandada em indenizar a parte Autora com o valor que faz jus.

Com isso fica evidente que o direito da parte Autora de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório é mais que provido.

Quanto ao valor da indenização estabelece o art. 3º, b, da Lei 6.194/74, modificado pela Lei 11.482 de 2007, contempla que:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada: (Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos).

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte; (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007);



II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007);

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

Desta feita, o Demandante, como não recebeu o devido Seguro Indenizatório, vem, a esse Douto Juízo, pleitear a complementação a que lhe é de direito por justiça.

Sendo assim, não restando mais nada a se demonstrar ou provar, eis que todas as exigências legais foram amplamente atendidas, tem-se que a conjugação dos fatos aqui narrados com o direito ora esposado é suficiente para sustentar a pretensão do Autor de obter o que lhe é assegurado por lei. Portanto, vem à presença de Vossa Excelência para obter a plenitude do pleito que se segue.

V - DOS PEDIDOS

Ante o exposto, requer a Vossa Excelência que se digne em deferir os seguintes pleitos:

- a) A concessão de prioridade na tramitação, visto que o Autor pessoa com deficiência;
- b) Requer o benefício da justiça gratuita conforme preconiza o art. 5º, LXXIV da CF/88 e art. 98 e art. 99, §§ 3º e 4º da Lei 13.105/2015, por não dispor de meios necessários para arcar com as despesas judiciais de estilo, sem prejuízo de seu próprio sustento e de sua família e por se encontrar desempregado.
- c) A determinação à Secretária desse Juízo da citação da Demandada, no endereço indicado, para, querendo, se fazer presente à audiência de mediação/conciliação designada nos termos do art. 334, § 5º, do CPC e apresentar defesa, no prazo legal, sob pena de revelia e confissão (CPC, art. 344);
- d) Se digne Vossa Excelência em nomear perito, conforme art. 465 do Código de Processo Civil, a fim de que em conjunto com os documentos carreados aos autos, se quantifique o real valor devido à autora a título de indenização DPVAT;

Endereço: Rua Arthepio Bezerra, nº 63, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP.: 59064-250.

Email: rochaaveloso@gmail.com



- e) Devidamente processado o feito, com o respeito ao devido processo legal, seja a presente ação julgada **PROCEDENTE** para:
- Que se declare devido à parte autora o pagamento da indenização do seguro DPVAT – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, com valor a ser quantificado após realização de perícia médica.
 - Condenar a demandada ao pagamento de indenização referente ao seguro DPVAT - INVALIDEZ, com valor a ser quantificado após realização de perícia técnica.
- f) Que seja condenada a Demandada ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, este à base de 20% sobre o valor da condenação;

VI - DOS REQUERIMENTOS FINAIS

Requer que, todas as intimações e publicações sejam endereçadas ao endereço profissional dos patronos do Reclamante, **Dr. KLEBER MOIZES VELOSO DA SILVA, OAB/RN 1346-A e Dra. EMILIANA VIRGINIA BEZERRA DA ROCHA, OAB/RN 15.800;**

Requer ainda, a notificação do Reclamado, no endereço constante desta peça processual para, querendo, comparecer à audiência designada por este Juízo e contestar os termos da presente reclamação, sob pena de revelia e confissão quanto à matéria fática.

Protesta em provar o Reclamante, por todos os meios de prova em direito admitidos, em especial prova documental, testemunhal e depoimento pessoal.

Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos Reais).

Termos em que,
Pede deferimento.

Natal/RN, 17 de dezembro de 2019.

KLEBER MOIZES VELOSO DA SILVA
OAB/RN: 1346-A





EMILIANA VIRGINIA BEZERRA DA ROCHA
OAB/RN 15.800

Endereço: Rua Arthepio Bezerra, nº 63, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP.: 59064-250.
Email: rochaaveloso@gmail.com



Assinado eletronicamente por: EMILIANA VIRGINIA BEZERRA DA ROCHA - 17/12/2019 14:56:04
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121714560461600000050118290>
Número do documento: 19121714560461600000050118290

Num. 51944174 - Pág. 9



EMILIANA VIRGÍNIA
ADVOCACIA & CONSULTORIA JURÍDICA

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: GIRLENO GOMES DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da carteira de identidade nº 002.626.429 SSP/RN, inscrita no CPF/MF nº 092.385.444-41, residente e domiciliado à Rua Severina Maria de Paiva, 948, Cobé, Vera Cruz/RN, CEP: 59184-000.

OUTORGADO(S): EMILIANA VIRGINIA BEZERRA DA ROCHA, brasileira, advogada, inscrita na ordem dos advogados do Brasil sob o número OAB/RN 15.800 com escritório profissional situado à Rua Professor Arthepio Bezerra, nº 63, Lagoa Nova, CEP 59064-250, Natal-RN. Telefone de contato (084)98705-3770

PODERES: Amplos e ilimitados para o foro em geral e em especial os da Cláusula *AD JUDICIA ET EXTRA*, onde este instrumento particular apresentarem, podendo propor ações e delas variar, transigir ou desistir, receber e dar quitação, inclusive substabelecer, acompanhando-as até final sentença, agravar, apelar ou interpor qualquer tipo de recurso em direito permitido, representar o(s) Outorgante(s) em qualquer juízo de grau de jurisdição, nas demandas necessárias, enfim, praticar e requerer o que se fizer necessário, o que tudo será dado como bom firme e valioso.

Natal/RN, 02 de setembro de 2019.

GIRLENO GOMES DA SILVA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



Emiliano Gomes do Silveira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Scanned by CamScanner



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

002.626.429

DATA DE
EXPEDIÇÃO

31/10/2006

NOME

GIRLENO GOMES DA SILVA

FILIAÇÃO

JOSE GOMES DA SILVA FILHO

VERA LUCIA DA SILVA GOMES

NATURALIDADE

SÃO JOSÉ DE MIPIBU RN

DATA DE NASCIMENTO

24/09/1989

DOC. ORIGEM

CERT. DE NASCIMENTO L-A14 F-29 RG-10287

SÃO JOSÉ DE MIPIBU RN-UNICO CARTORIO

CPF

2a. VIA

FÁBIO E

VERA SANTAS

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Scanned by CamScanner





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

092.385.444-41

Nome

GIRLENO GOMES DA SILVA

Nascimento

24/09/1989



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA • FATURA • NOTA FISCAL



Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150. Baldo, Natal - RN. CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

VERA LUCIA DA SILVA GOMES

CPF: 065.214.784-43

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SEVERINA MARIA DE PAIVA 948

COBE/AREA RURAL
VERA CRUZ RN
59184-000

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
028783731	ÚNICA	09/07/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
09/0	3000674231	1559053

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0645511018	07/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA
16/07/2019	08/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
88,12	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	120,0000000	0,66892612	80,03
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,50
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,50
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			-0,91
			88,12

TOTAL DA FATURA

CONSUMO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL





1 - LOCAL E DATA

Local RR 325 Bairro Z. N. D. S. / COBE
Cidade/UF VERA CRUZ P. Ref. MATATAMA MUNICIPAL
Data 16/06/2019 Hora do acidente 07:0 Hora do registro 03:0 Dia da semana sexta

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- Colisão Frontal - Colisão Lateral - Capotamento - Atropelamento
 - Colisão Posterior - Colisão Transversal - Choque - Outro(s)

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi PFN 3804 Cidade PARNAMIRIM UF RN
Marca/Mod. CHEVROLET / COLTA Cor BRANCO Ano 2011 / 12012
Proprietário ELUCIANA NUNES DA SILVA Nº de Ocupantes 1
Condutor ALTONIANO Data de Nasc. 1/1
Endereço AV. MANGUEIRA PRIMA Nº 101 Fone 8271-41270
Bairro COBE Cidade VERA CRUZ UF RN
CPF Nº 092.385.444-41 CNH Nº - Validade 1/1 Categoria -
Local de Trabalho AGRICULTOR Fone -
End. - Nº - Bairro - Cidade -

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi WVW 0313 Cidade VERA CRUZ UF RN
Marca/Mod. HONDA / CBR 150 Cor VIRAZELHA Ano 2010 / 12010
Proprietário GILOMDO LOMAS DA SILVA Nº de Ocupantes 01
Condutor GILOMDO LOMAS DA SILVA Data de Nasc. 24/09/1989
Endereço RUA SUELENIA MARIA DE SILVA Nº 948 Fone -
Bairro COBE Cidade VERA CRUZ UF RN
CPF Nº 092.385.444-41 CNH Nº - Validade 1/1 Categoria -
Local de Trabalho AGRICULTOR Fone -
End. - Nº - Bairro - Cidade -

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____ / _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____ / _____ / _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ / _____ / _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____ / _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____ / _____ / _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ / _____ / _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____



7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V1

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4

Destinação: Nº de Boletim: 101622, Nº de Ocorrência: 562102, Data Registro: 24/06/2019, Hora Registro: 10:02:05, Número/Control: 60108078CPREEDBE



11 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre Testemunha
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: H. GLOVIS SARAIVA Presenciou: Foto Registro

Nome Luciano Gomes da Silva
 RG N° 002.626.929
 Endereço R. Salvador Garcia de Paula Órgão Expedidor ITOP Data de Nascimento 27/10/1984
 Bairro COBE N° 948 Fone _____
 Versão _____ Cidade Vera Cruz UF PA

12 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre Testemunha
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____ Presenciou: Foto Registro

Nome _____
 RG N° _____
 Endereço _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
 Bairro _____ N° _____ Fone _____
 Versão _____ Cidade _____ UF _____

13 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre Testemunha
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____ Presenciou: Foto Registro

Nome _____
 RG N° _____
 Endereço _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
 Bairro _____ N° _____ Fone _____
 Versão _____ Cidade _____ UF _____

14 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre Testemunha
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____ Presenciou: Foto Registro

Nome _____
 RG N° _____
 Endereço _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
 Bairro _____ N° _____ Fone _____
 Versão _____ Cidade _____ UF _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
 Nome _____ RG N° _____ Órgão Exp. _____
 Endereço _____ N° _____
 Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS/FOTOS SIM NÃO AUTUAÇÃO SIM NÃO AIT N° _____ CÓD/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

AO CHEGAR AO LOCAL DA ACIDENTAÇÃO SE SE ENCONTROU O VEÍCULO ACIDENTADO SENDO PARADO NO LOCAL POR POR DA VÍTIMA MARCELO E SEU FILHO LUCAS DA SILVA FILHO, VÍTIMA INFORMOU QUE O FILHO TAMBÉM SEU SOCORRIDO PELA SEMAR. O MOTORISTA CONDUTOR DO VEÍCULO FEZ BOMAS PASSOU OS DADOS DO VEÍCULO E DISSE QUE Tinha sido o irmão dele ENQUANTO NÃO RECEBER INFORMAÇÃO O EMPREGO DE UM PAI E NÃO PASSO O DADO DE UM IRMÃO O VEÍCULO FOI EM A PESSOA DE MARCELO JOSÉ DE SILVA Nº 002.755.831, CPF 029.797.391, 02, FUI FEITO DADOS AUTOS PARA O CONDUTOR DO VEÍCULO A19124282, A19124281 O CONDUTOR DO VEÍCULO ENCONTROU NO LOCAL DO ACIDENTE AO DE NOTAR NÃO ESTAVA EM CONDIÇÃO DE DAR A VINGA POR ESTAR NO SILE DE CONDUTOR DO CIDAD Salvador Garcia de Paula, de modo que não conseguiu por isso a foi de vítima levou a ela a casa dele e dele a moto se encontrava foi feita uma notificação para o condutor de veículo A19185052

Nome Completo do Agente MARCO ALEX ALVES
 POSTO/GRAD.: 3-501 PM N° 92425 Viatura DRE103 Subunid.: 3-6PRE
 Local e Data Rua Salvador Garcia, 16 de Setembro de 2019.
 Assinatura do Agente de Trânsito _____



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN RN Nº 011811348364
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VEICULO: 2 COD. RENAVAM: 00212511041 ANO: 2015

Nome: GIRLENO GOMES DA SILVA

CNPJ: 092.385.444-41 PLACA: NNN0313

PLACA ANT./DF: NNN0313/RN CHASSI: 9CEKJ2610AR028121

TIPO DE VEICULO: PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NÃO APLICAVE COMBUSTIVEL: ALCOOL-GASOL

MARCA/MODELO: HONDA/CG160 TITAN MIX RS ANO FABRICAÇÃO: 2010 ANO LICENCIAMENTO: 2010

CAP/MOTOCICLETA: 0CV/149 CILINDRADAS CATEGORIA: PARTICULAR COR: VERMELHA

IPVA	VALOR	DATA DE PAGAMENTO	1ª	2ª	3ª
R\$	0,00	08/04/2015	PAGO	PAGO	PAGO
FABRIL PER A	002849 3X	R\$ *****			

PREMIO FABRIL (R\$): *** TAXAS DETRAN: PAGO *** PREMIO TOTAL (R\$): *** DPVAT: PAGO *** DATA DE PAGAMENTO:

MOTOR: KC16E1A028121

VERA CRUZ/RN DATA: 05/01/2016

Signature: *Emiliana Bezerra da Rocha*
 Coordenadora de Registro de Veículos
 DETRAN RN





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

RECEITUÁRIO

NOME: _____ MATRÍCULA: _____

Waldemar

Atesto para os devidos fins que
 O Sr. Waldemar Gomes da Silva,
 Apresentou Amputação Transversal a nível de
 boxa esquerda sem metacarpo e falange proximal
 de 4to. e 5to. dedos no dia 16/06/19.
 Entendendo as atitudes de parte médica da
 INSS

CID: S78 L

10/07/19

DR. ALÍPIO CARMINO, SEGUNDO
 ORTODONTIA
 CRM 41.4782

OFÍCIO ÚNICO DE VERA CRUZ
 Rua João Tavares Cabral, 108, Centro, CEP nº 59184000
 32750326

Certifico que a presente cópia é a
 reprodução fiel do original que me foi
 exibido.

Selo Digital: RN2015001147370000484ZFD

Confira a autenticidade em <http://selodigital.tjrn.jus.br/selo>
 Vera Cruz/RN, 31 de Julho de 2019 - 10:5

Marinilda Ferreira Lima
 Escrivã Publica Autorizada

AA346777

DATA 1 / 1 /

MÉDICO - CRM

FUMAR FAZ MAL À SAÚDE - USE CINTO DE SEGURANÇA
 PILOTE SEMPRE COM CAPACETE - NÃO BEBA AO DIRIGIR
 ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 5618 /2019

Prontuário: 1186065

Paciente: 131265 - GIRLENO GOMES DA SILVA
Cartão SUS: CPF: Dt Nasc: 24/09/1989
Idade: 29 anos 8 meses 22 dias Sexo: M Etnia: PARDA Estado Civil: NÃO INFORMADO
Nome da mãe: VERA LUCIA DA SILVA GOMES
Nome do pai: JOSE GOMES DA SILVA FILHO
Rua/Av: SEVERINA MARIA DE PAIVA Nº: 9480
Complemento: Bairro: COBÉ
CEP: 59184000 Cidade: VERA CRUZ
Telefone: 84 981016519 84 981016519 Unidade: PS - ORTOPEDIA Leito: 1006
Especialidade: ORTOPEDICA
Responsável: GIRLENO GOMES DA SILVA -
Usuário: RAFAELLA SILVA MENDES MARTINS

Admissão: 16/06/2019 15:12:52 Alta: 21/06/2019 Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.3 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA
408050012 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 02/06/2019
MAT. Nº. 151-10-07
SAME
V.S.
ASSINATURA

NATAL, 16 de Junho de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

Scanned by CamScanner



035 SISTEMA FORA DO AR



SESAP / RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO-SOCORRO CLOVIS SARINHO
Cod. 293 439 540
PRONTUARIO DE INTERNAÇÃO

Nº DE FIA _____ Nº DE REGISTRO _____ LEITO _____

Paciente: GIRLENO GOMES DA SILVA Idade: _____
Nascimento: 24/10/1989 Natural: S. J. MIAZU Sexo: M Cor: PARDI
CNS: 700.902.936.331.391 CPF: 092.385.444-41 Profissão: _____
Mãe: VERA LUCIA DA SILVA GOMES Pai: JOSE GOMES DA SILVA FILHO Nº 948
Logradouro: R. SEVERINA MARIA DE SILVA - 0
CEP: _____ Bairro: COSE Cidade: VERA CRUZ Telefone: _____
Admissão: 16/10/2019
Diagnostico Inicial: cid - S. 3 S. 81.8
ESQUELETO PROE. 0308010059

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, OK
MAT. Nº. 1020000
SAME
[Signature]
ASSINATURA



cod. 293439540



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

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AM

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		2 - END.
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	WALFREDO GURGE	4 - CNEB
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE		

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - Nº DO PROTOCOLO	
5 - NOME DO PACIENTE	EMILIANA BEZERRA SILVA	MASCULINO	FEMININO
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	1
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)	13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP
-------------------------	----------------	-------------	---------	----------

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	VITAMINA LE TAMBÉM EM 17 (E) MIE (E) AMPLAÇÃO TAMBÉM SEM (E)
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	PROCEDIMENTO CLÍNICO
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	ANAMNESE + EX FESD + 17

CONFERE COM ORIGINAL
ANAT. 02/05/2019
MAT. Nº 150 195
ASSINATURA

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
AMPLAÇÃO TAMBÉM SEM (E)	PERNA (E)	SF23	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
URGENTE	URGENTE	URGENTE	DI. TUBERCI
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			29 - DT SOLICITAÇÃO
			16.06.19
			30 - CNS / CPF
			76821944
			31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
			Dr. Marcelo Mariano de Oliveira Cirurgião de Ombreira Cotovelada CRM 17.575

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - Nº DO BILHETE
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	39 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL			
42 - CID SECUNDÁRIO			

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

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		2 - CNES	
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE				4 - CNES	
5 - NOME DO PACIENTE		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	FEMININO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)					
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - Nº		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS		
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
				29 - DT SOLICITAÇÃO	
				30 - CNS / CPF	
				31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS		
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -		
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
41 - CID PRINCIPAL			43 - ()	44 - () GRAVE	45 - () GRAVISSIMA
42 - CID SECUNDÁRIO			AUTORIZAÇÃO		
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO		54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIIH)		
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.				
48 - CNS / CPF	52				
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)				

CONFERIR COM ORIGINAL
 NATAL. 10/10/19
 MAT. Nº. 100.000
 ASSINATURA

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial trauma de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a luz dos valores éticos e humanitários.





Nome: Carineo Cassio de Almeida

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

06/10

Hora:

ORTOPEDIA 16/6/19
Centro Cirúrgico

Paciente internado em sala amputado transmetatarsal nível de 1º metacarpo. Com perda de coloração pele, lesões e edema plantar presentes. Regime alimentar (alimentos moles gelados) hipertônicos (Di. 1000 + Di. 1000) amputado nível 1º metacarpo. Pulso distal presente. Amputado transmetatarsal, até nível intermetatarsal. Pulso distal presente, plantar úmido. Pulso D. até nível intermetatarsal. Paciente avaliado e liberado para cirurgia geral.
 → Monitorado constantemente : encaminhado à UTI.

CONFERE COM ORIGINAL
 NATAL. 02/01/2017
 MAT. Nº 180407
 SAME
 ASSINATURA





Nome: Carla dos Santos

Idade: _____ Nº Registro: _____

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

16/06/19

Politrauma fixo do membro superior direito
 fratura de rádio e ulna com deslocamento
 da articulação radioulnar proximal

em A-UTS

— Poltrauma

CONFERE COM ORIGINAL
 MAT. Nº 021/06/2019
 MAT. Nº 021/06/2019
 SAME
 ASSINATURA

17
06
19

OPORTUNIDADE
 PACIENTE INTERNADE EM UTE, ACQUILO,
 RECEPTIVO, SEM DEXAS IMPEDIDAS
 ADPT PCB CURSOS DE REDE
 MIB: COMATO COM PARO
 SANGUINEM
 CP: NAU TROCA COMATO
 META: LINDA
 TRATAMENTOS AMPLIAR A TARDE DO
 COMATO

Dr. Marcelo Martins
 Divisão de Ortopedia e Traumatologia
 CRM 47.123

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.





706

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Juliano Gomes de Jesus Idade: _____ N° Reg.: _____
 Serviço: ORTOPEDIA Enf.: _____ Leito: _____

AO SERVIÇO: Urgência Geral

MOTIVO DA CONSULTA: - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

Paciente com Abcessos traumáticos transgênicos na Esquerda, sem história recu. Suica 16/6/19 às 03:55, evoluído por Urgência Geral (USG) + (USG) + (USG). Tram de alta urgência. Solita avaliação para alta de Urgência Geral. (No balcão) em alta

CONFERE COM ORIGINAL
 NATAL, 02/10/19
 MAT Nº 15-147-
 SAME
 ASSINA: [Signature]
 M. [Signature]
 Médico que solicita o parecer

Natal/RN, 20 de 06 de 19

PARECER: ✓ Cirurgia geral ✓
 Paciente vítima de edusão moto-carro há 5 dias, com amputação de MTE com vias aéreas perfeitas, glaxou 15', hemodinamicamente estável, torax estável, MV+ em g4+ 2/RA, abdome plano, RRA+ depressível, flácido e indolor a palpação.

Indicação da cirurgia geral
pleneiramente

Dr. [Signature]
 M. de [Signature]
 Nº 9917/CRM-RN 9977

Eduardo Ronald da Costa
 Médico-Cirurgião Geral
 CRM 7341 - CPF: 130.576.204-88

Natal/RN, 21 de junho de 19

[Signature]
 Médico que emite o parecer (3/1)





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

BOLETIM OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Belena Gomes de Jesus Reg. Nº _____
Diagnóstico pré-operatório: Amputação transmetatarso lateral esquerda
Indicação terapêutica: Amputação transmetatarso Urgência (X) Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 16/06/19 Início: _____ Término: _____ Duração: _____
Operador: M. Adriano CRM/CRO: _____
1º Auxiliar: M. Marcilio CRM/CRO: _____
2º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____
Instrumentador: _____
Anestesista: M. Leirson CRM/CRO: _____

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- 1) Descrição do caso e do paciente
- 2) Anamnese e exame físico
- 3) Exame físico: inspeção, palpação, percussão, ausculta, ortostatismo
- 4) Exame físico: inspeção, palpação, percussão, ausculta, ortostatismo
- 5) Exame físico: inspeção, palpação, percussão, ausculta, ortostatismo
- 6) Exame físico: inspeção, palpação, percussão, ausculta, ortostatismo
- 7) Exame físico: inspeção, palpação, percussão, ausculta, ortostatismo
- 8) Exame físico: inspeção, palpação, percussão, ausculta, ortostatismo
- 9) Exame físico: inspeção, palpação, percussão, ausculta, ortostatismo
- 10) Exame físico: inspeção, palpação, percussão, ausculta, ortostatismo

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL: 02/07/2012
MAT. Nº: 186.16.1-1-1
SABE
ASSINATURA

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

Scanned by CamScanner





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 30445 /2019
Admissão: 16/06/2019 03:43:00

CIRURGIA GERAL -

Paciente: 131265 - GIRLENO GOMES DA SILVA (29 a 8 m 22 d)
Nascimento: 24/09/1989 **Natural:** SAO JOSE DE MIPIBU.BRASIL **Sexo:** M **Cor:** PARDA
CNS: **CPF:** **Prof:**
Mãe: VERA LUCIA DA SILVA GOMES **Pai:** JOSE GOMES DA SILVA FILHO
Logradouro: SEVERINA MARIA DE PAIVA , 9480
CEP: 59184000 **Bairro:** COBÉ **Cidade:** VERA CRUZ
Telefone: 84 .981016519 **Compl:**

Motivo: TRAUMA MEMBROS INFERIORES **Tipo:** REFERENCIADO
Origem: AMBUL. OUTRA ***Empresa:**

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas:
Hora: _____

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
 B
 C
 D
 E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por RAFAELLA SILVA MENDES MARTINS. Impresso em 16 de Junho de 2019.



GERAL

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

BOLETIM DE ATENDIMENTO MANUAL

ADMISSÃO 16/06/19 03:43 HS - Classificação: Amarelo
Motivo: () SAD - () Problema Técnico no Sistema - () Outros

Paciente: GIRLENO GOMES DA SILVA Idade: 29

Nascimento: 24/09/1989 Natural: S.J. MIRIBU Sexo: M Cor: _____
CNS: _____ CPF: 092.385.444-41 Profissão: _____

Mãe: VERA LUCIA DA SILVA GOMES Pai: JOSÉ GOMES DA SILVA RILHO

Logradouro: R. SEUGRINA MARIA DE PAIVA Nº 948
CEP: _____ Bairro: COBÉ Cidade: VERACRUZ Telefone: 98301.6519

Motivo: FRATURA EXPÔSTA (?) Tipo: COLISÃO MOTO CARRO Origem: _____

Fluxograma:										Discriminador:		
OBS.:										Classificação:		
HORA	P.A	HGT	SatO2	FiO2	F.R	F.C	TEMP	Glasgow	RTS			
					ULTRA FAST							
					DATA: <u>15/06/19</u>		HORA: <u>11:25</u>					
					Tipo de Exame: <u>FAST</u>							

CONFERE COM ORIGINAL
MATERIAL, MAT. Nº. 142-161-2
SOME
ASSINATURA

HISTORIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Hora: 03:50 Queixa: Paciente vítima de colisão com moto.
Apresenta dor importante traumática de MIE
Feito 2000 ml de SFO, 9% no transpê
Não há relato de hemiparesia da consciência
Leptos do visito no hospital

ULTRA USG foot
DATA: 16/06/19 HORA: 09:00
Tipo de Exame: foot

EXAME FISICO (PRIMARIO)

- A VA peric.
- B MVD bilat nRA
- C RCR em 2T clínt. toquicochico FC: 161, pulso filiforme PA: 60/40 mmHg.
- D Glasgow: 3+5+6=14
- E Amput traumática de MIE cl sangramento control

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abel: flácido e molde.

DIAGNOSTICO INICIAL - CID

AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA TERÇA (E) (S123)
(ESMAGAMENTO)



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)

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 02/07/2019
MAT Nº. 142-61-2
SAME

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)
- USG FAST
- Rx de quadrul AP e coxa Esq AP.
Rx torax AP

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
OUTROS

CONDUTA PRIMARIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

- Exposição volêmica
- HT + elevações → HT: 33.
- USG FAST: Sem evidência de líquido livre na cavidade
Rx torax: Sem presença de áreas costais ou pneumotórax. Hemotórax laminar à d?
cs: Solicito TC torax para ser feito após estabilização hemodinâmica.
AO CC pela ortopede.
Aguarda reavaliação pela Cir Geral

UNTEREM
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA MIB
INTERFERON
1. de

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dra. Ana Cecília Matias
MÉDICA
CRM-RN 9164

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dr. Marcelo Maranhão de Almeida
Cirurgião Geralista
CRM-RN 9164

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1	Ortopedia	HORA: 03:55	DATA: 16/06/19.
ESPECIALISTA 2		HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3		HORA:	DATA:

