



Número: **0809680-83.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **25ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **18/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 0,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GILMARIO FERREIRA LUZ (AUTOR)		ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
9628340	14/03/2017 08:52	bo	Documento de Comprovação
9628369	14/03/2017 08:52	boletim de urgencia 1	Documento de Comprovação
9628392	14/03/2017 08:52	boletim de urgencia 2	Documento de Comprovação
9628396	14/03/2017 08:52	comprovante	Documento de Comprovação
9628475	14/03/2017 08:52	doc pessoais	Documento de Identificação
9628445	14/03/2017 08:52	procuração	Procuração
10699673	31/05/2017 15:37	Despacho	Despacho



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA-GERAL DE POLÍCIA CIVIL – (DEGEPOL)
DIRETORIA DE POLÍCIA DA GRANDE NATAL – (DPGRAN)
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MACAÍBA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº4891/2016-DPM

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO
LOCAL: NAS PROXIMIDADES DA ROTATÓRIA ENTRE AS RODOVIAS BR-226 E BR-304, MACAÍBA/RN
Data e hora do fato: EM 29/08/2016, POR VOLTA DAS 17:45 HORAS

COMUNICANTE: GILMARIO FERREIRA LUZ
Filiação: NILTON SIZENANDO LUZ E NANCY DOS SANTOS FERREIRA
Documento: RG Nº1175343315-SSP/BA Nascimento: 20/03/1981
Profissão: COBRADOR INTERNO Naturalidade: AURELINO LEAL/BA
Endereço: RUA GOIÁS, Nº195, ROSA DOS VENTOS_PARNAMIRIM/RN
Telefone: (84)99187-3329

Vítima: O DECLARANTE

Filiação:
Documento:
Nascimento: Naturalidade:
Profissão:
Endereço:
TEL: (84)

Acusado: À ESCLARECER

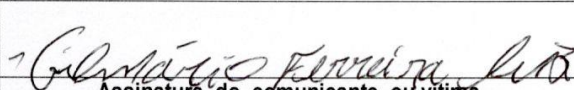
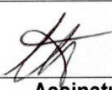
Naturalidade: DATA DE NASCIMENTO:
Endereço:
Profissão:
Ponto de referência:

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA:

O DECLARANTE COMPARECEU ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLICIA ONDE INFORMOU QUE NA DATA E LOCAL EM QUESTÃO TRAFEGAVA EM UMA MOTOCICLETA PROCEDENTE DE NATAL (VIA MANGABEIRA), QUANDO BRUSCAMENTE UM VEÍCULO ATRAVESSOU A SUA FRENTE, O DECLARANTE NÃO TENDO COMO DESVIAR-SE A TEMPO COLIDIU COM ESTE VEÍCULO, UM GM ÔNIX DE COR BRANCA CONDUZIDO PELO SENHOR SILVAN, ESTE ÚLTIMO PAROU PARA PRESTAR SOCORRO, PERMANECENDO NO LOCAL ATÉ O TRANSPORTE DA VÍTIMA PARA O HOSPITAL. A VÍTIMA FOI CONDUZIDA PELO SAMU, SENDO TRANSPORTADO ATÉ O HOSPITAL REGIONAL DOUTOR DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA EM PARNAMIRIM, CONFORME BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº69-2016, O DECLARANTE QUANDO DO ACIDENTE SOFRIDO, CONDUZIA UMA MOTOCICLETA DA MARCA HONDA, MODELO CG 125 FAN ES, DE COR PRETA, ANO 2009/2009, PLACA NNN-9825/RN, CHASSI Nº9C2JC41209R108926, RENAVAM Nº00157357538, MOTOCICLETA LICENCIADA EM NOME DE MARIA GOMES DA SILVA SOUZA. PORTANTO SOLICITA O DECLARANTE EM FUNÇÃO DO ACIDENTE SOFRIDO, ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

OBS: O DECLARANTE ACIMA, É RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE ATO.

MACAÍBA/RN; 01 DE NOVEMBRO DE 2016.

 Assinatura do comunicante ou vítima.	APC:  MAT: 194320-0 Assinatura e Matrícula do Policial
---	--



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168
PARNAMIRIM - RN

128

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 69/SAMU

SERVIDOR RESPONSÁVEL (PSA)

CONCEIÇÃO

MATRICULA

DATA

29/08/2016 19:13

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE

GILMARIO FERREIRA LUZ

NACIONALIDADE

BRASILEIRO

ESCOLARIDADE

ENS FUND. INCOMP

NOME DA MÃE

NANCI DOS SANTOS FERREIRA

CPF

049 631 764 40

ENDEREÇO

RUA GOIAS 195

BAIRRO

ROSA DOS VENTOS

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

DATA DE NASCIMENTO

20/03/1981

ESTADO CIVIL

SOLTEIRO

IDADE

35

RELIGIÃO

PROFISSÃO

MOTORISTA

NOME DO PAI

NILTON SIZENANDO LUZ

UF

CARTÃO DO SUS

709 2072 2904 1534

COMPLEMENTO

TRAZIDO POR SAMU

UF

RN

PARENTESCO

MASCULINO

FEMININO

MASCULINO

RAÇA/COR

TELEFONE

99873329

VISTO
NHVE/HRDM

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FORMA DE ENCAMINHAMENTO

() Regulado () SAMU () Demanda Espontânea

QUEIXA PRINCIPAL

MOTIVO

FLUXOGRAMA

DESCRIMINADOR

DOENÇAS PREEEXISTENTES

ALERGIAS

PESO

ALTURA

SSV

FC

FR

T

SO2

PA

GLICEMIA

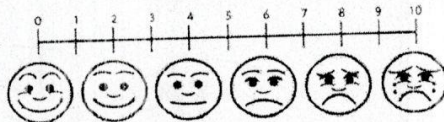
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

COREN

DATA

HORA

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR:



PRIORIDADE

() AZUL () VERDE () AMARELO () LARANJA () VERMELHO

ACOLHIMENTO
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- ☐ SALA VERMELHA
- ☐ URGÊNCIA
- ☐ ORTOPEDIA
- ☐ CONSULTA MÉDICA
- ☐ BUCOMAXILO
- ☐ PEQUENA CIRURGIA
- ☐ ACIDENTE DE TRABALHO
- ☐ VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
- ☐ QUEDA
- ☐ OUTROS

Abertura Ocular	Esponânea À voz À dor Nenhuma Orientada Confusa
Resposta Verbal	Palavras inapropriadas Palavras incongruências Nenhuma
Resposta Motora	Pede comandos Localiza dor Movimento de retração Flexão anormal Extensão anormal Nenhuma

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente vítima de calos corio. moto há 60 minutos. Nega perda de consciência, náusea, vômitos, tontura, febre, dor no local. Relata dor em tornozelo e joelho.

EXAME FÍSICO

A. vias aéreas patentes, com ruído cervical, sem cervicalgia
B. M.T., simétricas, sem ed. FR: 19 bpm.
C. RR em 14, BNF, sem ruído. FC: 84 bpm.
Abdomen: plano, flácido, RHA+ normal. Palco sem sinais de frot.
D. membros, ECG: 15 pulsos, pupilas isocólicas e fotorresgido.
E. lesões em perna D, flanco E.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

TRAUMA FROT JOELHO

Dr. Victor Matheus
Médico
CRM: 10000



Hospital		Nº prontuário
Nome do paciente Guilherme Fereira Luz		
Data operação 10/09/16	Enf.	Leito
Operador Dr. Elson Nogueira	1º auxiliar Dr. Rangel	Instrumentador
2º auxiliar	3º auxiliar	Tipo de anestesia FX mais tubul local Ete Stetker
Anestesista		
Diagnóstico pré-operatório FX mais tubul local Ete Stetker		
Tipo de operação Redução crânio + fratura de maxila		
Diagnóstico pós-operatório		
Relatório imediato do patologista		
Exame radiológico no ato		
Acidente durante a operação		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Retirada do DTR sob anestesia local
- 2) Assépsia + antissepsia do LIG - geral
- 3) Colocação do campo estéril + gaze
- 4) Redução crânio de corte (tubo)
- 5) Fixação crânio - local por meio de pinos
- 6) Drenagem por placa
- 7) Redução crânio de corte (tubo)
- 8) Fixação crânio - local por meio de pinos
- 9) Escalado placa de "L" local. Drenagem
- 10) limpeza e SFO 77.
- 11) Sutura por placa
- 12) curativo estéril
- 13) Retirada do campo e RPA 3/14/16

1	CIRURGIAS MÚLTIPLAS (0415010012)
1	POLITRAUMATIZADO (0415030013)
1	PROC. CLÍNICO
1	PROC. CIRÚRGICO
0408050557	
1	CBO-225225
1	CBO-225270
1	DIAS
1	CID-582.1

Dr. Rodrigo Cabral
Otorrinolaringologista
CRM 60467/3BOT 14528



HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Almaus Ferreira Luz Idade: 35a D/N: 20/09/16
Pront.: 195186 Município: Painópolis Procedência: ☒ Interno () Externo
Data da cirurgia: 10/09/16 Hora Admissão: 08:30 Sala: 03 Hora Saída: 11:50 Peso: 60
Alergias: ☒ Não () Sim Comorbidades: ☒ HAS () DM () Outras 03
Uso de medicações: () Não () Sim Jejum: () Não ☒ Sim
SSVV Admissão: PA: 110 mmHg Pulso: 72 bpm FI: 100 rpm FC: 100 bpm SpO₂: 98 % T: 36 °C
Enfermeiro(a): Wellane Instrumentado (a): Caione Circulante: Sayonara + ...
Cirurgia: TTT CIRÚRGICO DE FRATURA DE RATO FIBIL Especialidade: Ortopedia Sala: 03
Hora Início: 10:50 Hora Término: 11:50 Tipo de cirurgia: ☒ Eletiva () Urgência ☒ Limpa () Contaminada () Infectada
1ª Cirurgião: DR. ROBERTO Aux.: DR. GUSTAVO Residente: DR. ROBERTO
Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: DR. ROBERTO Raquidiana Ag.º 27 () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag.º 10 Cateter nº: 10 Início: 10:28 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: 10:28 Término: 11:50
Anestesiolista: DR. JACKSON

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

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>100</u>	<u>70</u>	<u>72</u>	Bpm
Pulso	<u>100</u>	<u>68</u>	<u>72</u>	Bpm
Oximetria	<u>98</u>	<u>99</u>	<u>99</u>	%
Capnografia				%
PA	<u>140/70</u>	<u>120/60</u>	<u>121/69</u>	mmHg

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

ACESSO VENOSO
<input type="checkbox"/> Punção Arterial
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Central
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa
Local: <u>03</u>
Cateter: <u>03</u>

SONDAGEM GÁSTRICA
<input type="checkbox"/> SNG nº <u>03</u>
Retorno: <u>03</u>
CATETERISMO VESICAL
<input type="checkbox"/> SVF nº <u>03</u>
<input type="checkbox"/> SVA nº <u>03</u>
Diurese: <u>03</u>
Profissional responsável: <u>03</u>

EXAMES SOLICITADOS:	
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input type="checkbox"/> Glicosimetria:
<input checked="" type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	_____

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não <input checked="" type="checkbox"/> Metal () Descartável
Local: <u>03</u>
DEGERMAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não
Local: <u>03</u>
Solução: <u>03</u>
Local: <u>03</u>

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos: <u>03</u>
Tela: <u>03</u>
Cateter: <u>03</u>
Ostomia: <u>03</u>
Fio de KC: <u>03</u>
Placa - Tipo: <u>DAS 3 FURCS</u>
Outros: <u>03</u>

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
Caixa cirúrgica: 45 + 85 + 85	Quant. Material: 1
Val.: 16.50.16	Contagem de gaze e compressa: 1 - Não

**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONOME

GILMARIO FERREIRA LUZ

145186

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

709207229041534

20/03/1981

MASCULINO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

12- TELEFONE DE CONTATO

NANCI DOS SANTOS FERREIRA

99873329

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

AUDINETE NASCIMENTO DOS SANTOS

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA - GOIAS Nº 195

16- MUNICÍPIO

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

PARNAMIRIM

ROSA DOS VENTOS

RN

59150000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

F.T. platô (E)

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

+70/ cirúrgico

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

RX / E.M. + 810

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO	
		145186	
DATA	HORA	CATEGORIA	GIH
30/08/2016	9:59		
PACIENTE			DATA DE NASCIMENTO
GILMARIO FERREIRA LUZ			20/03/1981
ESTADO CIVIL	PROFISSÃO		
SOLTEIRO	MOTORISTA		
ENDEREÇO (RUA, Nº)			
RUA - GOIAS Nº 195			
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF	CEP
PARNAMIRIM	ROSA DOS VENTOS	RN	59150000
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE
FILIAÇÃO		NILTON SUZENANDO LUZ	
NANCI DOS SANTOS FERREIRA			
RESPONSÁVEL			TELEFONE
AUDINETE NASCIMENTO DOS SANTOS			99873329
ENDEREÇO			
O MESMO			
DIAGNOSTICO PROVISÓRIO			
DIAGNOSTICO DEFINITIVO			
DATA DE ADMISSÃO	ALTA	11.09.16	OBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

F.T. PLATO (E)
TR, cirúrgico

Assinado eletronicamente
15/09/16



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:
() Hemoconcentrado _____ Unid. () Plasma _____ Unid. () Plaquetas _____ Unid.
() Albumina _____ Unid. () Expansor plasmático _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS
Roxitrolina 50mg h: 11H Tiludil 40mg h: 11H Cefazolina 2g h: 11H
Cloranfenicol 400mg h: 11H Dipirona 3g h: 11H _____ h: _____
Cefazolina 2g h: 11H _____ h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA
() Soro Fisiológico: _____ ml () Soro Ringer Simples: _____ ml Quantidade total de volume administrado: 1.500 ml
() Soro Glicosado: _____ ml () Soro Ringer Lactato: _____ ml

ANATOMO PATOLÓGICO
() Não () Sim Peça: _____ Peça para sepultamento: () Não () Sim
Swab para cultura: _____ Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES
FO de aspecto: () Limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros: _____

INTERCORRÊNCIAS: MEDICAÇÕES PREPARADAS E ADMINISTRADAS PELO ANESTESISTA
PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRÊNCIAS.

PROCESSO ENCAMINHADO p/ URPA Ass: [assinatura] Coren: [assinatura]

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO
Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () O₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: _____
Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: URPA

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO
Hora: 12H Data: 10/09/16 Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ () O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não () Sim Tipo: SVF Local: MSD Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sulo Monitorização: () ECG () Oxímetro () PA

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

SINAIS VITAIS
Hora T°C P PA FR Sat.% Dor
Admissão - 36 120/80 89 100 -
30' _____
60' _____
Alta _____

Líquidos administrados na URPA:
Soro glicosado: _____ ml
Soro Fisiológico: _____ ml
Ringer: _____ ml
Irrigação vesical contínua: _____ ml

Medicações administradas URPA:					Eliminações:				
Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura		Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação

Recebido da SO _____
Desprezado URPA _____

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: examinado e clínicos ortopédicos

Ass: _____ Coren: _____

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome Gilmarino				Idade	Sexo M	Cor	
Data 10/09/16	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso = 88kg	Outros	
Tipo sanguíneo	Hematomas	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Ureia		
	Urina						
Ap. respiratório Eupneico					Asma Nega	Bronquite	
Ap. circulatório Ritmo regular					Eletrocardiograma		
Ap. digestivo V.D.N.			Dentes	Pescoço	Ap. urinário		
Estado mental lúcido, consciente			Atarácicos	Corticoides	Alergia Nega	Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório fratura platis ilíal					Estado físico ASA I	Risco	
Anestésias anteriores							
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito		

Agentes Anestésicos	
Líquidos	
Oper	
Anest.	
O Resp.	
P Pulso	

SIMBOLOS	E Clonazepam 30mg / Meclofenolato 20mg / Propofol 50mg / Midazolam 10mg / Atarácicos / Corticoides / Antibióticos / Antídotos / Outros
ANOTAÇÕES	Clonazepam 30mg / Meclofenolato 20mg / Propofol 50mg / Midazolam 10mg / Atarácicos / Corticoides / Antibióticos / Antídotos / Outros
POSIÇÃO	Supino

Agentes	Rapida anestesia lombar (4-6) + Sedação leve
Técnica	Oleomilare de platis ilíal
Operação	Dr. Elson - Dr. Hauremann
Cirurgiões	Jackson Douglas N. de Queiroz
Anestésistas	Dr. Hauremann
Observações	Procedimento sem intercorrências.

Perda sanguínea
 Jackson Douglas N. de Queiroz
 Anestesiologista
 CRM: 46081
 CPF: 027.359.054-29

EXAMES COMPLEMENTARES

☐ LABORATORIAL ☒ RADIOLOGICO ☐ ECO ☐ TOMOGRAFIA ☐ USG ☐ OUTROS

CONDUTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - N/R

☐ CLÍNICA MÉDICA ☐ CLÍNICA PSIQUIÁTRICA ☐ CLÍNICA ORTOPÉDICA ☐ PEDIATRIA/NEO
☐ CLÍNICA OBSTÉTRICA ☐ CLÍNICA GERAL ☐ UTI ☐ OUTROS

DIAGNÓSTICO

FRAT. PLATO T. B. A.

CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

ABERTURA DE HORÁRIO / CHECKAGEM

1. Solicito parecer de Intapada
 Dr. Victor Matheus
 Médico
 CRM/RN-7126

Rx do Joelho Ex
 AP: PERFIL

DE PINOMA
 DE CADRON
 ABA
 T. O. B.

TIPO JOELHO

INTERNAÇÃO HOSPITALAR

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ORTOPEDIA

EMER. P. I. DR. ELIMAR

Marcelo M. Brandão
 Medicina e Traumatologia

☐ ALTA

☐ CETO

☐ EVASÃO

☐ SOLICITADO INTERVALO
 NO SERVIÇO DE

☐ ISO ☐ ME ☐ DECLASSIFICAÇÃO

SINISTRO 3170046466 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GILMARIO FERREIRA LUZ
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO GILMARIO FERREIRA LUZ
CPF/CNPJ: 04963176440

Posição em 08-03-2017 11:15:17

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na
autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
31/01/2017	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
971292860

Nome: GILMARIO FERREIRA LUZ
DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF: 1175343315 SSP BA
CPF: 049.631.764-40
DATA NASCIMENTO: 20/03/1981
FILIAÇÃO: NILTON SIZENANDO LUZ
NANCY DOS SANTOS FERREIRA
PROFISSÃO: ACC CAT. HAB. AB
VALIDADE: 22/11/2017 1ª HABILITAÇÃO: 12/08/2013
Nº REGISTRO: 05854066226

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV REMUNERADA:

Assinatura do Portador: *Gilmarino Ferreira Luz*
LOCAL: ILHEUS, BA
DATA EMISSÃO: 26/08/2014
54580504542
BA507832969
Assinatura do Emissor: *João Manoel de Oliveira*
DETRAN-BA/BAHIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

PROIBIDO PLASTIFICAR
971292860

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Ligações Gratuitas:
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
-Ouvidoria 0800 084 0404
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE JOSEFA RIBEIRO CPF: 155.663.404-82	DATA DE VENCIMENTO 16/01/2017	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 20/12/2016	CONTA CONTRATO 000208889010
	TOTAL A PAGAR (R\$) 72,74	DATA DA APRESENTAÇÃO 20/12/2016	Nº DO CLIENTE 300023234
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA GOIAS 195 ROSA DOS VENTOS/AREA URBANA 59141-630 PARNAMIRIM RN	NÚMERO DA NOTA FISCAL 000922170		Nº DA INSTALAÇÃO 0001162862
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		RESERVADO AO FISCO 4BC2.83D9.0978.4C99.B61A.554D.18A6.6760	
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	118,00	0,53579169	63,22
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,87
Contribuição Iluminação Pública			7,27
Multa por atraso-NF 000888971 - 18/10/16			1,22
Juros por atraso-NF 000888971 - 18/10/16			0,16

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000000040146253	CAT	18/11/2016 14.205,00	20/12/2016 14.323,00	32	1,00000	0,00	118,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 19/01/2017							

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
out/2016					
DIC-No.de horas sem Energia	PASSAGEM DE AREIA	1,51	5,43	10,86	21,73
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		1,51	3,11	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 22,03					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO							
<p>O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. Pagamento em atraso gera: Multa 2%(Res. 414/ANEEL-09/09/10) e Juros 1%a.m.(Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.</p>		<table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <td>MÍNIMO MÁXIMO</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202 231</td> </tr> </table>		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO MÁXIMO	220	202 231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)								
	MÍNIMO MÁXIMO								
220	202 231								
		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA							

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000208889010	12/2016	72,74	16/01/2017	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

M&O

Maia | Oliveira

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: *Gilmarino Ferreira Luz*

NACIONALIDADE: *brasileiro* ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO:

IDENTIDADE: *1145343325*

CPF: *049.631.764-40*

ENDEREÇO: *R. Goiás 195*

BAIRRO: *Rosa dos Ventos*

CIDADE: *Parnamirim RN*

TELEFONE: *99187-3329*

OUTORGADOS: ITAMAR OLÍMPIO DE VASCONCELOS MAIA, brasileiro, **casado**, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.925, NÚSIA LEILA FERNANDES DE OLIVEIRA, brasileira, casada, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.561, LARISSA DE OLIVEIRA MAIA, brasileira, solteira, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.421 com escritório profissional na Rua Edgar Dantas, nº 454, "C", Santos Reis, Parnamirim/RN. Email: Oliveiramaiaadvogados@outlook.com ; bcitamaia@hotmail.com

PODERES: A quem concedo (ermos) amplos, limpos e ilimitados poderes, para em conjunto ou separadamente, no foro em geral, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, propor em quaisquer medidas preliminares preventivas ou assecuratórias dos nossos direitos e interesses, ingressar judicialmente com ação de cobrança do Seguro DPVAT, requerer e receber junto ao CPRE, complemento do **BOLETIM ACIDENTE DE TRANSITO**, usando, para tantos os poderes da cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA" e mais os especiais para transpor (em) compromissos, fazer acordo, receber (em), dar (em) quitação, representarmos juntos as repartições públicas, Estaduais, Municipais, Federa e autárquicas e sociedades de Economia Mista, praticando todos os atos de representação e defesa extrajudiciais, perante quaisquer pessoas físicas em geral, e, finalmente, praticar (em) todos os atos que se tornem mister para o fiel e completo desempenho deste mandato, inclusive interpor (em) total ou parcialmente, com ou sem reservas de poderes, o que tudo darei (ermos) por bom firme e valioso.

CONTRATO: Fica CONTRATADO, desde já, que os devidos honorários advocatícios serão na base de 20% (vinte por cento) sobre o valor bruto a receber (no caso de indenização e outros recebimentos congêneres), os quais, quando for o caso, serão descontados em favor do constituído (art. 22 §4 da Lei 8.906/94), com expedição do respectivo Alvará pelo juízo da ação, constando a soma dos honorários sucumbenciais e os contratuais, tudo em favor do outorgado que o requerer e conforme pacto através do presente instrumento, sendo que, quando houver prestações continuadas (benefícios mensais previdenciários, pensão alimentícia e congêneres), serão pagos, além os honorários sobre atrasados, também sobre os valores recebidos durante os 12 (doze) meses seguintes. Nas ações que não visem qualquer recebimento em espécie, os honorários serão os constantes da tabela da OAB do Estado onde for ajuizada a Ação. Assim, fica configurado CONTRATO DE ADESÃO, formalizado, para qualquer eventualidade futura.

Parnamirim, *02 de Janeiro de 2017*

Gilmarino Ferreira Luz

OUTORGANTE

Rua Edgar Dantas, nº 454, "C", Santos Reis, Parnamirim/RN, CEP – 59.076-000.
Email: bcitamaia@hotmail.com



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE

2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL

Processo nº: 0809680-83.2017.8.20.5001

Espécie: PROCEDIMENTO SUMÁRIO (22)

AUTOR: GILMARIO FERREIRA LUZ

RÉU: PORTO SEGURO S/A

DESPACHO

1. Defiro o pedido de Justiça Gratuita, de acordo com o art. 99, §3º do NCPC.
2. Encaminhem-se os autos ao CEJUSC – Centro Judiciário de Solução de Conflitos, para a realização da competente audiência de conciliação/mediação e perícia médica, cuja data e hora será designado por aquele centro especializado, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, nos termos do que dispõe o art. 334, *caput*, do NCPC.
3. Para realização da perícia, formulo os seguintes quesitos: 1- Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre? 2 – Qual(is) a(s) região(ões) corporal(is) ou função(ões) orgânica(s) encontra(m)-se acometida(s)? 3 – Essas lesões causaram apenas disfunções temporárias ou ocasionaram dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)? 4- O dano anatômico ou funcional compromete a íntegra (total) ou apenas parte (parcial) do segmento orgânicos ou corporal atingindo? 5- O comprometimento de um ou mais segmentos corporais da vítima se deu de forma completa ou incompleta? 6- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão para o exercício das funções habituais do segmento orgânicos ou corporal atingindo é intensa (75%), média (50%), leve (25%) ou residual(10%)?
4. Cite-se e intime-se a parte Ré, informando-a de que: a) o prazo para contestação (de quinze dias úteis) será contado a partir da realização da audiência; b) a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial; c) a citação será acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos que a instruíram.
5. Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir), sendo que, a ausência injustificada é considerada ato atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou

do valor da causa, devendo as partes estarem acompanhadas de seus advogados. Advirta-se à parte autora que deverá comparecer à perícia, munida da documentação pertinente ao sinistro (raios-x, TC, RNM, exames laboratoriais).

6. Em seguida, decorrido o prazo para contestação, intime-se a parte autora para que no prazo de 15 (quinze) dias úteis apresente manifestação (oportunidade em que: I – havendo revelia, deverá informar se quer produzir outras provas ou se deseja o julgamento antecipado; II – havendo contestação, deverá se manifestar em réplica, inclusive com contrariedade e apresentação de provas relacionadas a eventuais questões incidentais; III – em sendo formulada reconvenção com a contestação ou no seu prazo, deverá a parte autora apresentar resposta à reconvenção).
7. Providencie-se.

Natal/RN, 30 de maio de 2017.

PAULO SÉRGIO DA SILVA LIMA

Juiz de Direito

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)