



Número: **0849734-57.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **18/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
DYANA JESSICA DANTAS TEIXEIRA (AUTOR)	JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)
PORTO SEGURO S/A (RÉU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
33451 659	08/10/2018 10:35	<u>01 PROCURAÇÃO</u>
33451 586	08/10/2018 10:35	<u>02 BOLETIM POLICIAL</u>
33451 545	08/10/2018 10:35	<u>03 DOCUMENTOS MEDICOS</u>
33451 517	08/10/2018 10:35	<u>03.1 DOCUMENTOS MEDICOS</u>
33451 466	08/10/2018 10:35	<u>03.2 DOCUMENTOS MEDICOS</u>
33451 383	08/10/2018 10:35	<u>04 PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO</u>
33451 334	08/10/2018 10:35	<u>05 - Quesitos</u>
33451 289	08/10/2018 10:35	<u>06 DOCUMENTOS PESSOAIS</u>
33451 253	08/10/2018 10:35	<u>07 DECLARAÇÃO DE POBREZA</u>
33451 214	08/10/2018 10:35	<u>08 CONTRATO</u>

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (S):

Nome: DYANA JESSICA DANTAS TEIXEIRA MOURA
Nacionalidade: BRAZIL Estado Civil: CASADA
RG nº: 2.510.321 CPF nº: 095 075 474-95
Endereço: R. ADV. MANOEL AUGUSTO, 82-A
Bairro: FELIPE CAMARÃO Cidade: NATAL /RN,
CEP: 59.074-019.

OUTORGADO(S):

JOÃO ROBERTO FERREIRA NEVES, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.239, com escritório profissional à Rua Edgar Dantas, 453-A, Santos Reis, Parnamirim/ RN, CEP 59.141-150, E-mail: jrfneves@outlook.com.

PODERES: amplos e ilimitados para o foro em geral, junto ou separadamente, em qualquer juízo ou grau de jurisdição, podendo propor e variar de ações civis e criminais, em quaisquer medidas preliminares ou assecuratórias dos nossos direitos e interesses, defende-lhe nas que lhe forem propostas, usar de todos os recursos em Direito admitidos, receber citações e notificações, louvar-se em peritos ou impugná-los, cobrar honorários, inclusive do(s) outorgante(s), referente à presente ação, fazer impugnação, adjudicações, arrematações, transigir, desistir, receber e dar quitações, reconhecer ou não o procedimento do pedido, renunciar ao direito sobre ação, firmar compromissos e substabelecer, podendo ainda usar dos poderes da cláusula “AD JUDICIA ET EXTRA” para requerer e receber junto aos **Hospitais o Boletim do Primeiro Atendimento e Prontuário Cirúrgicos**, o que tudo dará por firme e valioso e, em especial para presente ação de cobrança do Seguro DPVAT.

Parnamirim/RN, 28 de Agosto de 2018

Dyana Jessica Dantas T. Moura
OUTORGANTE



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 97704

1 - LOCAL E DATA

Local RUA - MOSSORÓ CIRCUITO FLORIANO PEIXOTO Bairro PETROPOLIS
Cidade/UF NATAL - RN P. Ref.
Data 19/11/2017 Hora do acidente 17:30 Hora do registro 17:58 Dia da semana SUNDAY

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi NNL-7306 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. M. BENZ / INDUSCAR Cor BRANCA Ano 2008 / 2008
Proprietário TRANSPORTE GUANABARA LTDA Nº de Ocupantes 30
Condutor JEAN DA SILVA Data de Nasc. 14/10/1976
Endereço RUA MARCIANO JIAS Nº 51 Fone 98789-3809
Bairro IGARAPÉ Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 96813890435 CNH Nº 03767748809 Validade 31/10/2020 Categoria 40
Local de Trabalho TRANSPORTE GUANABARA Fone _____
End. BP-406 KM 171 Nº S/N Bairro UNO DOS CARVALHOS Cidade S.G. DO AMARANTE

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi MZG-7953 Cidade EXTREMOS UF RN
Marca/Mod. HONDA / POP 100 Cor PRETA Ano 2008 / 2008
Proprietário HUDSON RAFAEL MOURA DO NASCIMENTO Nº de Ocupantes 03
Condutor HUDSON RAFAEL MOURA DO NASCIMENTO Data de Nasc. 13/09/1984
Endereço RUA PEIXE BOI Nº 3004 Fone _____
Bairro IGARAPÉ Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 07578200429 CNH Nº _____ Validade / / Categoria
Local de Trabalho _____ 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 _____ Fone _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____
End. _____

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 _____ Fone _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____
End. _____

Autenticação Número do Boletim: 97704 Número da Ocorrência: 142986 Data Registro: 30/11/2017 Hora Registro: 09:45:23 Número/Controle: 46BDB10AEBA32D66

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? RUA MOSSORÓ

Em que sentido? CIDADE DENTR / TROL

Em que faixa? ESQUERDA

Versão do condutor DISSE QUE TRANSITAVA NORMALMENTE NA VIA CÍTICA AO SENTIR O IMPACTO NA LATERAL DO VEÍCULO.

Assinatura do Condutor do V1 A JEAN DA SILVA.

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? RUA FRANCISCO PEREIRA

Em que sentido? PRAIA DO MEIO / ALEGRIÁ

Em que faixa? ESQUERDA

Versão do condutor DISSE QUE NÃO LEMBRA DE NADA DO OCORRIDO

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

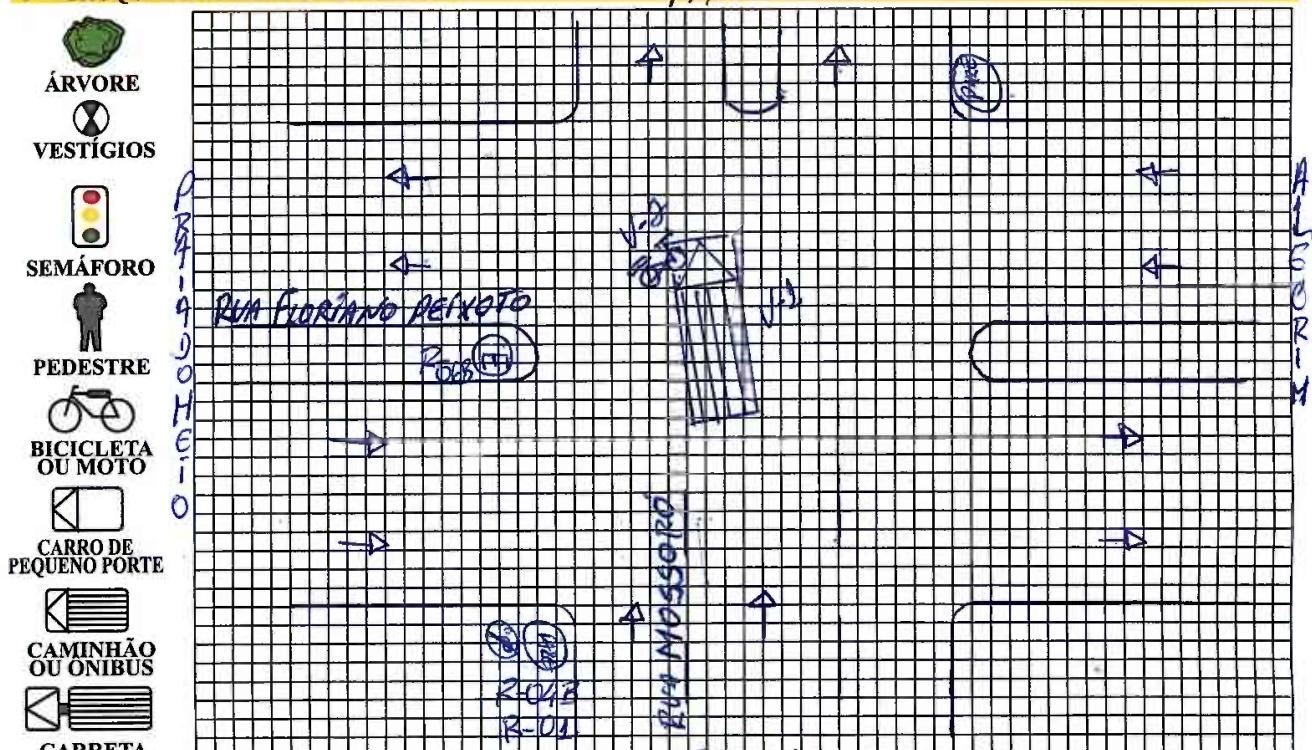
Autenticação Número do Boletim: 97704 Número da Ocorrência: 142986 Data Registro: 30/11/2017 Hora Registro: 09:45:23 Número/Controle: 46BDB10AEBA32D66

97704

8 - CONDIÇÕES DA VIA

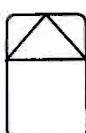
Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Caract./Pista	Cond./Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecedor	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input checked="" type="checkbox"/> Anoitecedor	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Aclive Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Neblina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclive Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente			<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input checked="" type="checkbox"/> Placa(s) <u>R-1.R-044R-04B</u>
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input checked="" type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

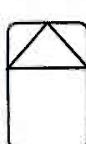


10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

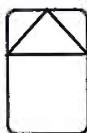
AVARIAS DO VEÍCULO 1

CHAPA DIANTEIRA DA LATERAL ESQUERDA

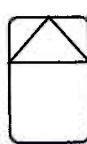
AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 2

PAINEL GUARNI TELESCÓPIO, 2004 DIANTEIRA
CANO DE ESCAPE, ESTRIBO, PEDAL DE FREIO
PEITORAL DE MACHO, FAROL, RODA
TRASEIRA.

AVARIAS DO VEÍCULO 4



Autenticação Número do Boletim: 97704 Número da Ocorrência: 142986 Data Registro: 30/11/2017 Hora Registro: 09:45:23 Número/Controle: 46BDB10AEBA32D66

11 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: H. Luís Sardinha

Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

Nome HUDSON RAFAEL NOUZA DO NASCIMENTO RG Nº 002409334 Órgão Expedidor JTEN/RN Data de Nascimento 12/10/91/987
Endereço RUA PEIXE BOI Bairro PLANALTO Cidade NATAL UF RN
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

12 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: H. Luís Sardinha

Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

Nome DIANA GESICA DANTAS TEIXEIRA RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 12/10/91/987
Endereço 204 PEIXE BOI Bairro PLANALTO Cidade NATAL UF RN
Versão CPF: 095.075.476-95

Assinatura _____ Hora _____

13 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / /
Endereço _____ Cidade _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

14 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / /
Endereço _____ Cidade _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
Nome _____ RG Nº _____ Órgão Exp. _____ Nº _____
Endereço _____
Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS / FOTOS SIM NÃO AUTUAÇÃO SIM NÃO AIT Nº 78147840 CÓD/DESD 501-00

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

INFORMO QUE O VÍCULO V-2 FOI ENTREGUE AO SR. TIERNON CABRAL DE GOES VASCONCELOS NO BREGA CN# 03755158532 CAT. AD CPT. 076718634/95 RSS. TIERNON E O CONDUTOR DE V-2 FOPASSAGEM FORAM CONVOCADO AO M. LUIS SARDINHO PRAIA SAMUICAP TAMBÉM INFORMO QUE O CONDUTOR DO V-2 FOI NOTIFICADO NO ART. 163 I DO CTB O MÊS DE NOVEMBRO NAQ TIVE CONFRONTOS DE DIFERENTES VERSÕES

Nome Completo do Agente Carlos Ober Abreu
POSTO/GRAD.: 3-SGT PM Nº 26911 Viatura DRE-107 Subunid.: 4º DPRG
Local e Data NATAL, 19 de NOVEMBRO de 2017.

Autenticação Número do Boletim: 97704 Número da Ocorrência: 142986 Data Registro: 30/11/2017 Hora Registro: 09:45:23 Número de Controle: 46BDB10AEBA32D66 Assinatura do Agente de Trânsito



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 56206 /2017

Admissão: 19/11/2017 19:37:33

CIRURGIA GERAL - AMARELO

JF

Paciente: 49415 - DIANA JESSICA DANTAS TEIXEIRA (25 a 10 m 18 d)

Nascimento: 01/01/1992 Natural: NATAL.BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

S: CPF:

Prof:

E: DAMIANA DANTAS TEIXEIRA

Pai:

Endereço: PEIXE BOI, 3004

Cidade: NATAL

P: 59074858 Bairro: PLANALTO

Compl:

Motivo: ONIBUS X MOTO

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Gem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Exame:

Discriminador:

ES:

Classificação: 19/11/2017 19:32:46

67981

ORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
110x70					00	126		15	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Caixa: COLISÃO CARRO MOTO/ TRAUMA ABERTO NO TNZ D
Pra: Paciente vítima de colisão entre motos, apresentando trauma em tórax D - Vago
mão de paciente refere dor
torácico e dor no abdômen.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

1) Sinais vitais	2) Pressão arterial	3) Freqüência cardíaca	4) Glasgow
Fluxo sanguíneo	130/80 mmHg	120 batimentos/min	15

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome flácido melhora.
Pele e mucosas rosadas.
Térmica normal AP = 80

CONFERE CO
NATAL, 22-05-2018
SAMU

Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

EXAME FÍSICO			
A (ALERGIAS):	<i>Negativo</i>		
SA (MEDICAÇÃO EM USO):			
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):			
L (LÍQUIDOS ALIMENTOS INGERIDOS):			
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):	<i>Alimentação</i>		
V (PASSADO VACINAL):			
EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM):	<ul style="list-style-type: none"> - Rx Tórax AP - Rx pulmão AP - Rx Tórax/abd D AP e perfil - Rx clínico perfil 		
CONDUTA PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS):	<p><i>Voltar para casa ac. prarde</i></p> <p><i>Medida de pressão arterial</i></p> <p><i>Medida de temperatura</i></p> <p><i>Medida de frequência cardíaca</i></p> <p><i>Medida de saturação de oxigênio</i></p>		
PROTEÇÃO DE EXPOSIÇÃO:			
DUTROS:			
<p>CONFERE COM ORIGINAL NATAL, 22/05/2018 MAT. N° 161.298.0 <i>same</i></p> <p>ASSINATURA</p> <p><i>Paulo Roberto Costa - CRM 6406</i></p>			
<p>Assinatura e Carimbo do Responsável</p>			
ENCACHINHAMENTO DO PACIENTE			
ESPECIALISTA 1:	<i>NC6</i>	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2:	<i>Medicamento</i>	HORA:	DATA: 19/11
ESPECIALISTA 3:		HORA:	DATA:

ALGORITMO P/ SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1- AVALIE A RESPIRAÇÃO DA VITIMA 2- PEGA JUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAL) E PECA UM DESFIBRILADOR 3- AVALE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), SE APENAS, APENAS, VENTILACOES DE RESGADE (DISPOSITIVO BOSA VALVA, MASCARILHA, AVALE PULSO CAROTÍDICO OU FEMORAL (BRANCO)) 4- AUSENTE, INICIE COMPRESSÕES TORÁCICAS, INJETE 100ML (PROPRIOCÓSMINA) DE ÁGUA ACHEGADA DO DELE, LANA USE O RIMO S. RITMO CHOCÁVEL, APlique 1 CHOQUE (100 JPS) P/DEPOIS 100 JPS, OU CASO A VITIMA SE MEIA, 13- COLOQUE:

EXAME FÍSICO

*base do crânio intacto sem jaca devendo ser
torneado, BOP, nenhuma fratura.*

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

*fr exposta fracuda colo - impar.
ao cc.*

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

19.05.17 - UCR - 21:10h

LABORATÓRIO DE ANAISÉS CLÍNICAS

desfazit s1 de des fratura

*Dr. Virgílio S. Azevedo
Dr. Virgílio S. Azevedo
Ortopedia - Cirurgia de
CRM/RN 4428*

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

*Tc coluna cervical e toracica -
ca alto vs baixa
estab. lombosacra
de galactose - 25 evagor 22:25
2 locc
2 lumbosacra OK*

*Dr. Virgílio S. Azevedo
Ortopedia - Cirurgia de
joelho
CRM/RN 4428*

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

*Gladstone S. Costa
Neurocirurgia
CRM/RN 4428*

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL, 22/05/2018

MAT. N° 161-228,0

SAME

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente à perguntas sobre seu nome, idade, endereço, etc, o porque, a data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras Inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Gemendo sem articular palavras.)	2
Ausência.	1
Melhor resposta motora (MMR)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica à dor.	4
Padrão falso à dor (Decorticação).	3
Padrão extensor à dor (Decerébração).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

“ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-150 = 4 9-120 = 3 6-80 = 2 4-50 = 1 30 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	16-250 = 4 ≥250 = 3 6-90 = 2 1-50 = 1 00 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>900 = 4 76-890 = 3 50-570 = 2 1-490 = 1 00 = 0=0

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

03 - 00-grave (necessidade de intubação imediata)
09-3º moderado:
14-15 leve

* Referência: TEASdale G, Jennet B. Assessment of coma and impaired consciousness: A practical scale. Lancet 1974; 2:81-84

** A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Original solicita-se ao doente que classifique a intensidade do seu desconforto com os seguintes níveis:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa
0	1	2	3

010.019.10*

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL, 22/05/2018

MAT. N° 161.228.0

SAME

ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE: *A CC*

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: *Ortopedia*

DATA: 19/11/17 HORA: 22h

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica À Revelia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado S.V.O. I.T.E.P.

Médico (Carimbo)

*Dr. Virgílio S. Azevedo
Ortopedia Cirurgia Joelho
CRM/RN 6641 TEOT 14503*


Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a saída

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica À Revelia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

010.019.

DESTACAR



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Nome: Diana Josefa Dantas Telêmaco N° Registro: _____
Serviço: _____ Idade: _____

Leito: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

20/11/18

Op: der e febre em tornozelo dir.

Hist: paciente relata ter nobs visíveis de agulha feio profundo a dor (oníbus) com dor e febre generalizada no tornozelo.

Ex. físico: Boa perfom distal seu nível de Michaelis comportamento. Seu ex. febre generalizada no tornozelo e cerca de 38°.

Ex. nas fraturas da proximal direita.

Cd: ja fez ex. de campo.

Dr. Divoeno de O. Andrade
CRM 6595
Oftalmologista - Pediatria - Teor
14/08

CONFERE COM ORIGINAL
92 105 190B
NATAL, 21-11-2018
MAT. N° 161-228-0
G. SAME
ASSINATURA

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

20/10/18

*(f) OAB/RN 89**Firma de pareceres m-*

*Submetido à Coordenadoria
especializada - ATB -
sd. Mantev ATB*

*Dr. Djaninho da C. Andrade
Ortopedista P/ Extremozelo
CRM 6596 / TECOT 14708*

CONFERE COM ORIGINAL	
NATAL, 22/10/2018	
MAT. N° 161-728-0	
SAME	
ASSINATURA	

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

Identificação CPF-095-075.474-95

Infermaria: _____ Leito: 424 UTI: _____ Leito: _____
 Data de admissão: 29/11/17 Alta: _____ Naturalidade: Natal - RN
 Nome: Dyane Jéssica Dantas Teixeira Moura Idade: 250 Sexo: () Masculino () Feminino Data de Nascimento: 22/09/1992
 RG: 092.530.321 Estado Civil: Casada Nível de Instrução: _____
 Filiação: Pai: José Batista Teixeira
 Mãe: Domitila Dantas Teixeira
 Endereço: Rua Peixoto Baxi - 3004 - Pecenalt Cidade: Natal
 Telefone: 8840-9616 mãe () Residencial () Trabalho () Recado
 Contato: _____ Outros telefones: 8725-5488 I-1111
 Composição familiar: Poder + esposo (2)
 Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Do lar Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim
 () Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
 Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs () SAD
 Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa: _____

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento	() Trazido por familiares	() Trazido pelo SAMU
() Socorrido em via pública	() Outros meios	CONFERE COM ORIGINAL
() Encaminhado: Hospital de origem: _____	_____	NATAL, 22/10/2018

Critérios para Acompanhante

Possui requesitos?	() Não () Sim	Qual o motivo?	_____
Portador de deficiência:	() Auditiva, () Visual, () Física, () Mental	_____	_____

Responsável pelo paciente: Domitila Dantas Teixeira ASSINATURA

Parentesco: Mãe Telefone: 8840-9616

Endereço do Responsável: Pecenalt - Natal

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

20/11/17 Poder + esposa (2) matr. 80186 e) Interna em torozelo D, com auxílio de enfermeira. - Eletrônico feita Social / solicita documentação / orientar.

Saída

Óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. _____

Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____

Orientações/Encaminhamentos: _____

Josefa Ofélia Dantas de Medeiros

Assistente Social

CRESS-RN 916

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.

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Diana Jessica Domíngos

DATA DE NASCIMENTO: 01/01/1992 IDADE: _____

REGISTRO: 1165793

DATA DE ADMISSÃO: 20/11/2017 HORA: 3:30

ADMISSÃO DO PACIENTE:

CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Sete Picos

HIDRATAÇÃO: SIM () NÃO () VIA: PERIFÉRICO: () ACESSO CENTRAL: ()

NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE () ORIENTADO () VIGIL () AGITADO ()

INCONSCIENTE: ()

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVE ()

SISTEMA RESPIRATÓRIO: ARAMBENTE () M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()

ALÉRGICO: SIM () NÃO () HIPERTENSO: SIM () NÃO ()

DIABÉTICO: SIM () NÃO () ASMÁTICO: SIM () NÃO ()

DOENÇA RENAL: SIM () NÃO () OUTRAS PATOLOGIAS: _____

MEDICAÇÕES EM USO: _____

CIRURGIAS ANTERIORES: _____

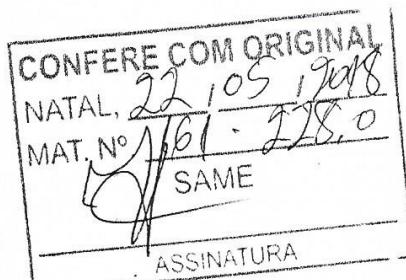
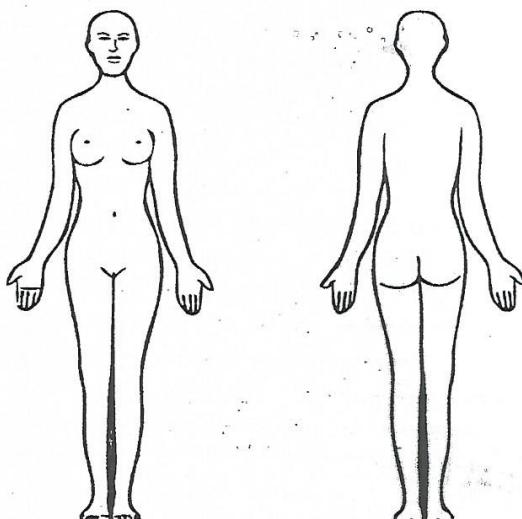
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()

OBSERVAÇÃO: _____

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____

ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



JALECO N° _____ ACESSO CENTRAL: _____

INSTRUMENTADO: Ana e Henrique

CIRCULANTE: Wagner

TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI (X) PERIDUAL () B.P.B. () LOCAL ()

OBS.: _____

ANESTESISTA: Flávio Melo

INÍCIO DE ANESTESIA: 3:40

TÉRMINO DE ANESTESIA: 4:30

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: Enfarzel. 1000 mg

HORA: _____

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

3ºAUXILIAR

TIPO DE CIRURGIA: *extirpo de tumor de pene exposto*
de tonsela dreta.

TÉRMINO DE CIRURGIA:

SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO () N° DA SONDA:

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () N° DA SONDA:

EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO () RX: SIM () NÃO ()

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (X) TIPO:

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (X) TIPO:

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (X) FEITO FICHA: SIM () NÃO (X)

MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (X) ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM () NÃO ()

FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO (X)

DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO () QUANTIDADE:

COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM () NÃO (X) QUANTIDADE:

GAZES CONFERIDAS: SIM () NÃO (X) QUANTIDADE:

CAIXA CIRÚRGICA: P

COMPLETA: SIM () NÃO () OBS.: _____

ÓBITO: SIM () NÃO () HORA: _____ REALIZADO RCP: SIM () NÃO (X)

RESPONSÁVEL PELA RCP: _____

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO () UTI () ALTA ()

EM AR AMBIENTE: SIM () NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO ()

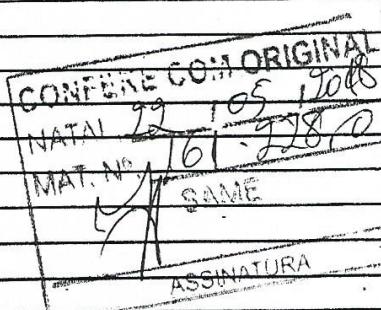
ENTUBADO: SIM () NÃO (X)

PREENCHIDO AIH: SIM (X) NÃO ()

FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (X) NÃO ()

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM () NÃO ()

OBSERVAÇÕES: *Paciente desidratado com Sota. Sintomas*
de desidratação intensa. Unha seca, pele seca,
temperatura de 38,5°C. Peculiaridade em excreto
de sangue com os urinárias. TA: 12460 mmHg feito
em sala de operação.



DEFSTACAR

Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Assinatura do Circulante

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

IDENTIFICAÇÃONome: DYENNA FERREIRA DAS NEVES Reg. Nº _____Diagnóstico pré-operatório: Franja exposta pelo molar

Indicação terapêutica:

Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃOData: 20/05/17 Início: _____ Término: _____ Duração: _____Operador: Dyrenno Andrade CRM/CRO: _____

1º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____

2º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____

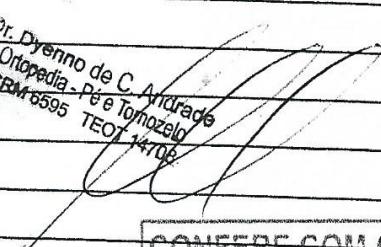
Instrumentador: _____ CRM/CRO: _____

Anestesista: _____ CRM/CRO: _____

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- (1) Pacote de ORN sob raios X
- (2) antissepsia + anestesia
- (3) rotação de corpo, estenose.
- (4) lavagem abundante de g. f. o. c. + irrigação local (10 UROS 500mlx)
- (5) sutura em período de tomzelot celíaco
- (6) boa permeabilidade
- (7) curativo + tiges desferrot

Dr. Dyrenno de C. Andrade
 Ortopedia - Pés e Tomzelot
 CRM 6595 TEO 14706


CONFERE COM ORIGINAL

NATAL, 22/05/2018
 MAT. N° 161 2280

SAME

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 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.



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
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 DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA

3515168

5- PACIENTE

DYANA JESSICA DANTAS TEIXEIRA

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

7- CARTÃO NACIONAL SUS

150092

706 0053 5182 6643

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

12/09/1992

FEMININO

10- RACA COR

11- NOME DA MÃE

DAMIANA DANTAS TEIXEIRA

12- TELEFONE DE CONTATO

13- NOME DO RESPONSÁVEL

A GENITORA

986208586

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

RUA - ANU N° 58

14- TELEFONE DE CONTATO

16- MUNICÍPIO

NATAL

17- BAIRRO

PLANALTO

18- UF

RN

19- CEP

59200000

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Justificativa de Internação

frim burgo

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

M. burgo

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

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

frim burgo

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

() CNS () CPF

35- ASSINATURA E CARMIM (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- CNPBM/CRM/RN 840

Neide Correia Neto

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

41- SÉRIE

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

17- COD. ORGÃO EMISOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO

48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARMIM (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA

ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
DATA	HORA	CATEGORIA
11/12/2017	16:39	
PACIENTE	DYANA JESSICA DANTAS TEIXEIRA	DATA DE NASCIMENTO
ESTADO CIVIL	CASADA	12/09/1992
ENDEREÇO (RUA, N°)	RUA - ANU N° 58	PROFISSAO
MUNICÍPIO	PLANALTO	VENDEDORA
NATAL		UF
LOCAL DE TRABALHO		RN
FILIAÇÃO		CEP
DAMIANA DANTAS TEIXEIRA	JOAO BATISTA TEIXEIRA	59200000
RESPONSÁVEL		TELEFONE
A GENITORA		986208586
ENDEREÇO		
O MESMO		
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO		
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		

DATA DE ADMISSÃO 11-12-17

ALTA 21-12-17

OBITO

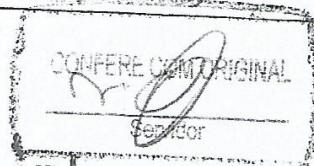
HISTÓRIA CLÍNICA 21-12-17

21/12/17
1º dia post. nasc.
No bpu, estável
Alta Hospa

Dr. Luciano Gómez
CRM-RN 236

21/12/2017

19862-8





RG 002510325 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN 9860858

CPF 045.075.474-93

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 011

NOME: Diana Jessica Dantas Teixeira
IDADE: 13.09.1991 COR: Pard SEXO: Fem ESTADO CIVIL: Solteira
NATURALIDADE: Niterói PROFISSÃO: Vendedora PROCEDÊNCIA:
ENDERECO: Rua Amor 58 BAIRRO: Planalto
CIDADE: Niterói - RJ DATA: 11/12/2017 HORA: 15:50

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM REGULAR COM DISPNEIA CHOCADO COMATOSO
C/ HEMORRAGIA EM CONVULSÃO POLITRAUMATIZADO AGITADO OUTROS

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM NÃO

PUPILAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL
---------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------

ESCORE FINAL (SCORE DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Fim de tarde >

EXAME FÍSICO

CONFIRMADO
198678

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

51 +



Hospital

Nome do paciente

DYANA JÉSSICA DANTAS TEIXEIRA

Nº prontuário

Data operação	Enf.	Leito	
Operador			Leonardo da S. Barros Médico Anestesiologista CRM/RN 4281
2º auxiliar	20/12/2017	1º auxiliar	
Anestesista	DR. ELSO JOSÉ	3º auxiliar	Instrumentador
Diagnóstico pré-operatório			Tipo de anestesia: EDIMAR DANTAS

Tipo de operação

Diagnóstico pós operatório FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Relatório imediato do patologista TRATAMENTO CIRÚRGICO TORNOZELO DIREITO

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ESVAZIAMENTO MID + GARROTEAMENTO
3. ASSEPSIA E ANTISEPSIA E CAMPOS ESTÉRFIS
4. INCISÃO MEDIAL
5. REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PARAFUSO 3,5 MM + ARRUELA
6. LAVAGEM E SUTURA POR PLANOS
7. CURATIVO
8. SOLTURA DO GARROTE
9. TALA BOTA
10. BOA PERFUSÃO DISTAL

Elson José S. Melo
Ortopedia e Traumatologia
TEOT 13807
CRM-RN 6304

DOCUMENTO ASSINADO
19/12/2017
19/12/2017



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 AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Viana Ferreira Parcer Terezinha</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO	MASCULINO 1 FEMININO 2
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 <i>Fx expondo de foleio foleio.</i>
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Tra cegos</i>
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Pa + sccm</i>

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fx foleio</i>	21 - CID INICIAL <i>T12</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
--	--------------------------------	---------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>LCA extoronto</i>	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>19/11/2017 - Origina Jofelho S. AZEVEDO</i>	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0415010012</i>			29 - DT SOLICITAÇÃO <i>19/11/2017</i>
			30 - CNS / CPF

31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

2 - () ACIDENTE DE TRANSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
3 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
4 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
5 - CID PRINCIPAL			DESCRÍÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL
6 - CID SECUNDÁRIO		43 - ()	44 - () GRAVE 45 - () GRAVISSIMA

AUTORIZAÇÃO

1 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
2 - DT AUTORIZ	51 - DT AUTORIZ	
3 - CNS / CPF	52 -	
4 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	<i>19/11/2017</i>

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em casos de traumas de acidente com ou sem óbito.



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

**LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH**

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES <u>223733103</u>	
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE <u>Diana Silveira Santos Teixeira</u>		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS <u>706005351826643</u>		8 - DATA DE NASCIMENTO <u>21/09/1992</u>	9 - SEXO <u>25</u>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <u>Danielle Santos Teixeira</u>		MASCULINO	FEMININO
11 - TELEFONE DE CONTATO <u>956409616</u>			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) <u>Rua Peixoto Bui - 3004</u>			
13 - MUNICÍPIO <u>Natal</u>	14 - BAIRRO <u>Pitangui</u>	15 - UF	16 - CEP
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidaria leptocephala

18 – CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACÃO

FATIGA DE PONERSE LO EN EL

19 – PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Px + exame fisiol.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Franca Pimentelo</i>	21 - CID INICIAL <i>T12</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Franca Pimentelo</i>	26 - LEITO / CLINICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>40805069-7</i>			29 - DT SOLICITAÇÃO <i>00/11/17</i>
30 - CNS / CPF <i>Oymmo Pimentelo</i>	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) <i>Francisco Pimentelo, 14/10/2017</i>		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BONUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		DESCRÍÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
41 - CID PRINCIPAL		43 - ()	44 - () GRAVE
42 - CID SECUNDÁRIO		45 - () GRAVÍSSIMA	
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	
7 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	<i>[Signature]</i> <i>10/8/2017</i>	
8 - CNS / CPF	52		
9 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		

SINISTRO 3180271166 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DYANA JESSICA DANTAS TEIXEIRA MOURA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO ARUANA SEGUROS S/A

BENEFICIÁRIO DYANA JESSICA DANTAS TEIXEIRA MOURA

CPF/CNPJ: 09507547495

Posição em 20-07-2018 08:44:31

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/07/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Quesitos

- 1- Quais as lesões sofridas pelo autor?
- 2- As lesões decorreram de acidente de veículo?
- 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente?
- 4- Totalmente ou em parte?
- 5 - Em que percentual?
- 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho?
- 7- A incapacidade é temporária ou permanente?
- 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral?
- 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta?
- 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão para a capacitação laborativa é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Memox, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 09.324.195/0001-81 | Insc. Est. 20055195-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

ALBANITA PEREIRA DE CARVALHO

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ADVOGADO MANDÓL AUGUSTO 82-A

CPF 565 910 394-49

FELIPE CAMARAU VARELA URBANA

CLASSIFICAÇÃO

NATAL RN

59074-014

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

MÊS ANO

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA	TOTAL A PAGAR (R\$)
001922542	UNICA	09/02/2018	20/02/2018	13/03/2018	13,02
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO			
09/02/2018	9010288077	2578268			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30.000000	0,43415018	13,02

TOTAL DA FATURA								
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE		
216123456	CAT	11-01-2018	0,60	09-02-2018	0,60	29	1,00000	0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO						
MES/ANO kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO		
FEB'18	30					
JAN'18	50	IGMS				
DEZ'17	30	PIS	13,02	0,67	0,68	
NOV'17	50	COFINS	13,02	3,95	0,39	
OUT'17	30					
SET'17	50					
AGO'17	30	Consumo Ativo(kWh)				
JUL'17	50					
JUN'17	30					
MAR'17	50					
ABR'17	30					
MAR'17	30					
FEV'17	30					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Fatura/Fatura deve ser feito conforme em espécie. Na data da fatura, a dívida é a menor que é devido e a menor que é devida. O cliente é considerado quem já violou o horário de consumo, ou seja, quem não respeita o nível de tensão de fornecimento. Pode ser aplicada multa de 2% (Dois por cento) (Artigo 30 da Resolução ANEEL 414/2010). Acres 1% (um por cento) da tarifa 10.438/02 e reajuste, se necessário, no prazo de 60 dias. Lembre-se de que é permitido atrasar a data de vencimento da fatura em 15 dias, sem que haja multa. Caso o cliente não pague a fatura dentro desse período, o fornecedor poderá suspender o fornecimento de energia elétrica. Caso o cliente não pague a fatura dentro desse período, o fornecedor poderá suspender o fornecimento de energia elétrica. Caso o cliente não pague a fatura dentro desse período, o fornecedor poderá suspender o fornecimento de energia elétrica.

ATENÇÃO! COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO!

Conforme o artigo 2º, parágrafo 2º da Lei nº 8.907/94:

Vencido	Devolto	Valor	Vencido	Devolto	Valor
18/01/18	05/02/18	14,77			

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica (ANEEL 414/2010), bem como os procedimentos para a devolução de dívidas, estão disponíveis na internet, para consulta, em nossas unidades de atendimento no site www.cosern.com.br.

Em caso de não pagamento da dívida, o fornecedor de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua suspenção nos regras de direitos e deveres da SPC e SERASA, com efeitos legais. Este comunicado não substitui a lei de débitos urbanos e bem como não altera direitos e obrigações judiciais que poderão ser cabíveis após o fim da processa.

DETALHAMENTO DA FATURA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, DYANA JESSICA DANTAS TEIXEIRA MOURA, brasileiro(a), portador(a) do RG nº 2.510.321, inscrito(a) no CPF sob o nº 095 075 474-95, residente e domiciliado à Rua ADV. MANOEL AUGUSTO, nº 82-A, FELIPE CAMARÃO, NOTÓC /RN, CEP 59.074-014, Declaro para os devidos fins que possui hipossuficiência financeira, não tendo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu próprio sustento e o da minha família, consoante o que dispõe a Lei 1.050/1960, e por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Parnamirim/RN, 28 de AGOSTO de 2018.

Dyana Jéssica Dantas T. Moura

Declarante

LEI N° 7.118, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e das outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homônima ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 29 de agosto de 1983; 162º da Independência e 95º da República.

JOÃO FIGUEIREDO

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

I - CONTRATANTE: DYANA SESSICA DANTAS TEIXEIRA MOURA, brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 2.510 321, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 095 075 424-95, residente e domiciliado(a) a RUA ADV. MANOEL AUGUSTO FELIPE COMARÃO - NATAL, CEP 59.074-014.

II - CONTRATADO: JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES, brasileiro, advogado, inscrito na OAB (RN) sob o nº. 11239 com cadastro no CPF sob o nº 413.039.704-49, com endereço profissional situado à Rua Edgar Dantas 453-A, Santos Reis, Parnamirim/RN, aqui denominado CONTRATADO.

III - OBJETO DO CONTRATO:

III - OBJETO DO CONTRATO: Cláusula 1^a. O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços advocatícios, para propositura da Ação de Cobrança do Seguro Obrigatório (DPVAT), na seara JUDICIAL, junto as Seguradoras responsáveis pelo pagamento de seguro.

IV - DAS ATIVIDADES:

IV - DAS ATIVIDADES:
Cláusula 2^a. As atividades inclusas na prestação de serviços objeto deste instrumento são todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam: praticar quaisquer atos e medidas necessárias e inerentes à causa, em todas as repartições públicas da União, dos Estados e Municípios, bem como Órgãos a estes ligados direta ou indiretamente, seja por delegação, concessão ou outros meios, bem como de estabelecimentos particulares e, praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os específicos no Instrumento Procuratório, parte deste.

V - DA DESISTÊNCIA:

V - DA DESISTÊNCIA: Cláusula 3^a. Fica acordado que, em caso de desistência, a parte CONTRATANTE pagará um salário mínimo a título de despesas, no ato da desistência.

Obs: em caso de falta/ou ausência não justificada por parte do CONTRATANTE aos atos judiciais ou administrativos, este fica ciente da multa do art. 334, § 8º do CPC.

VI. DOS HONORÁRIOS:

VI - DOS HONORÁRIOS: Cláusula 4^a. Ficam acordadas as partes que os honorários a título de prestação de serviços, serão pagos da seguinte forma: 30% (trinta por cento) na judicial ou acordo realizado entre as partes, se for o caso, tudo, nos exatos termos do art. 22, § 4º, da Lei 8.006/94 e, do provimento 128/15 do TJRN.

Lei 8.906/94 e, do provimento 128/15 do TJRN. determina que o valor de até R\$ 150,00 (cento e cinquenta reias), decorrente das despesas administrativas, a Cláusula 5º. Fica estipulado o valor de até R\$ 150,00 (cento e cinquenta reias), decorrente das despesas administrativas, a

Clausula 5º. Fica estipulado o valor de R\$ 1.000,00 (um mil reais), para o pagamento do honorário da comissão de
cargo do CONTRATANTE, que será paga ao final do processo, com êxito.
§ 1º. Caso haja morte ou incapacidade civil do CONTRATADO, seus sucessores ou representantes legais receberam os honorários
na proporção do trabalho realizado.

Cláusula 6^a Os honorários de sucumbência pertencem ao CONTRATADO nos termos do art. 23 do EOAB, Lei 8.906/94, que poderão de imediato receberê-los em juízo, ou fora dele, ao final da ação, ou promover a competente execução em seu próprio CONTRATANTE, cada tendo este a reclamar ou receber.

poderão de imediato receber-las em Juízo, ou Iara etc., nome, ou em nome do CONTRATANTE, nada tendo este a reclamar ou receber. Cláusula 7^a. As partes estabelecerão que, havendo atraso no pagamento dos honorários, será cobrada multa de 10% (dez por cento), mais juros na proporção de 1% (um por cento) ao mês.

VII. DA CORRANCA:

VII - DA COBRANÇA: Cláusula 8^a. As partes acordam que facultará ao CONTRATADO, o direito de realizar a cobranças dos honorários por todos os meios admitidos em direito.

VIII DO FÓRUM:

VIII - DO FORO: Para a solução de questões decorrentes deste Contrato, fica eleito o foro da Cidade de Parnamirim/RN.

Cláusula 9^a. Para a solução de questões decorrentes desse

E por estarem justas e acertadas, assinam o presente em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Bernamirim/RN 28 de Agosto de 2018

Dyana Jéssica Dantis T. meira
CONTRATANTE JC

[Signature]

Testemunha

Testemunha

Solanum soda femorale

CPF: 557 65B 909-20

SPF-995 492 554-84

10