



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	Tipo
33451659	08/10/2018 10:35	01 PROCURAÇÃO	Procuração
33451586	08/10/2018 10:35	02 BOLETIM POLICIAL	Documento de Comprovação
33451545	08/10/2018 10:35	03 DOCUMENTOS MEDICOS	Documento de Comprovação
33451517	08/10/2018 10:35	03.1 DOCUMENTOS MEDICOS	Documento de Comprovação
33451466	08/10/2018 10:35	03.2 DOCUMENTOS MEDICOS	Documento de Comprovação
33451383	08/10/2018 10:35	04 PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO	Documento de Comprovação
33451334	08/10/2018 10:35	05 - Quesitos	Outros documentos
33451289	08/10/2018 10:35	06 DOCUMENTOS PESSOAIS	Documento de Identificação
33451253	08/10/2018 10:35	07 DECLARAÇÃO DE POBREZA	Documento de Comprovação
33451214	08/10/2018 10:35	08 CONTRATO	Documento de Comprovação

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (S):

Nome: DYANA JESSICA DANTAS TEIXEIRA MOURA
Nacionalidade: BRASIL Estado Civil: CASADA
RG nº: 2.510.321 CPF nº: 095 075 474-95
Endereço: R. ADV. MANOEL AUGUSTO, 82-A
Bairro: FELIPE CAMARAO 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
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 97704

1 - LOCALE DATA

Local RUA MOSSORO C/ RUA FLORIANO PENITO 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 DOMINGO

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/INDUGAR Cor BRANCA Ano 2008/2008
Proprietário TRANSPORTE GUANABARA LTDA N° de Ocupantes 30
Condutor JEAN DA SILVA Data de Nasc. 14/10/1976
Endereço RUA MARCELINO DIAS N° 51 Fone 98789-2809
Bairro IGARÁ Cidade NATAL UF RN
CPF N° 96813890425 CNH N° 03767748804 Validade 31/10/2030 Categoria 4D
Local de Trabalho TRANSPORTE GUANABARA Fone _____
End. BR-406 KM 171 N° S/N Bairro QUAD. DOS LACERDAZ Cidade S.G. DO ANARIANTE

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi MZG-7953 Cidade EXTREMOZ UF RN
Marca/Mod. HONDA/POP 100 Cor PRETA Ano 2008/2008
Proprietário HUDSON RAFAEL MOURA DO NASCIMENTO N° de Ocupantes 03
Condutor HUDSON RAFAEL MOURA DO NASCIMENTO Data de Nasc. 12/09/1987
Endereço RUA PEIXE BOI N° 3004 Fone _____
Bairro PIONILAS Cidade NATAL UF RN
CPF N° 07578200429 CNH N° _____ Validade / / Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. / /
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade / / Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. / /
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade / / Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

Autenticação Número do Boletim: 97704 Número da Ocorrência: 142986 Data Registro: 30/11/2017 Hora Registro: 09:45:23 Número/Controle: 468DB10AEB32D66

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

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

Em que sentido? CIDADE BETA / TIROL

Em que faixa? ESQUERDA

Versão do condutor DISSE QUE TRANSITAVA NORMALMENTE NA VIA CITADA SO SENTIR
O IMPACTO NO LATERAL DO VEICULO.

Assinatura do Condutor do V1

JEAN DA SILVA

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

Em que sentido? PRAIA DO MAR / ALECRIM

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: 46BDB10AEB32D66

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<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"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Active Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Active 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"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input checked="" type="checkbox"/> Placa(s) <u>R-1, R-04, R-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

TIROL

ÁRVORE

VESTÍGIOS

SEMÁFORO

PEDESTRE

BICICLETA OU MOTO

CARRO DE PEQUENO PORTE

CAMINHÃO OU ÔNIBUS

CARRETA

PRATA 9000 HEIO

RUA FLORIANO PEIXOTO

RUA MOSSORO

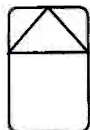
CIDADE 4274

ALCANTARA

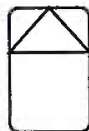
10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

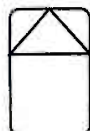
CHAPA DIANTEIRA DA LATERAL ESQUERDA



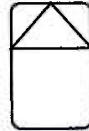
AVARIAS DO VEÍCULO 2

PAINEL, GUIA, TELESCÓPIO, RODA DIANTEIRA
CANO DE ESCAPE, ESTREBO, PEDAL DE FREIO
PEDAL DE MARCHA, FAROL, RODA
TRASEIRAS.

AVARIAS DO VEÍCULO 3



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: 46BDB10AEB32D66

11 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: H. LUIS SARINHO Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro
Nome: HUDSON RAFAEL NOURA DO NASCIMENTO
RG Nº: 002409334 Órgão Expedidor: ITER/RN Data de Nascimento: 12/09/1987
Endereço: RUA PEIXE BOI Nº: 3004 Fone: _____
Bairro: PLANALTO Cidade: NATAL UF: RN
Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____

12 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: H. LUIS SARINHO Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro
Nome: DIANA GESSICA DANTAS TEIXEIRA
RG Nº: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: 12/09/1992
Endereço: 204 PEIXE BOI Nº: 3004 Fone: _____
Bairro: PLANALTO Cidade: NATAL UF: RN
Versão: CPF: 095.075.474-95

Assinatura: _____ Hora: _____

13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro
Nome: _____
RG Nº: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
Endereço: _____ Nº: _____ Fone: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro
Nome: _____
RG Nº: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: _____
Endereço: _____ Nº: _____ Fone: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____

15 - SOCORRISTA E VEICULO UTILIZADO

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

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☒ SIM ☐ NÃO AIT Nº: 418147840 Cód/DESD: 501-00

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

INFORMO QUE O VEICULO V-2 FOI ENTREGUE AO SR. TIERNON CABRAL DE SOUZA
VASCONCELOS NOBREGA CNH: 03755158532 CAT. AD CPF: 07671862495 PSS: TIERNON
E O CONDUTOR DE V-2 FOI PASSAGEIRO FORAM CONDUZIDOS AO H. LUIS SARINHO PELA SARINHO
TAMBEM INFORMO QUE O CONDUTOR DO V-2 FOI NOTIFICADO NO ART. 163 I DO CTB O 146346
NÃO TEM CONDIÇÕES DE DAR A VERSÃO

Nome Completo do Agente: Carlos Oscar Ribeiro
POSTO/GRAD.: 3-SGT PM Nº: 86411 Viatura: DRE-107 Subunid.: 4-DPRG
Local e Data: NATAL, 19 de NOVEMBRO de 2017

Assinatura do Agente de Trânsito: _____
Autenticação Número do Boletim: 97704 Número da Ocorrência: 142986 Data Registro: 30/11/2017 Hora Registro: 09:45:23 Número Controle: 46BDB10AEB32D66



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 56206 /2017
Admissão: 19/11/2017 19:37:33



CIRURGIA GERAL - AMARELO

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:

Mãe: DAMIANA DANTAS TEIXEIRA

Pai:

Endereço: PEIXE BOI, 3004

P: 59074858

Bairro: PLANALTO

Cidade: NATAL

Telefone: 84.988409616

Compl:

Veículo: ONIBUS X MOTO

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Programa:

Discriminador:

BS:

Classificação: 19/11/2017 19:32:46

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	110x70				20	106		15	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISÃO CARRO MOTO/ TRAUMA ABERTO NO TNZ D

Para: Perante vítima de colisão moto/onibus, apresentando trauma em tornozelo D. Nexo direto de causação refere dor torácica e dor no abdômen.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

Inspeção	placido	19/11/17	20:25
Auscultação	apontando		
Palpação	15		
Exame	Ampl. Pac. Cont. Torácica		
Medico	Dr. Leonardo		

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdomen flácido indolor.
Pele intacta.
Tórax auscultado AP = sem alterações.

CONFERE COPIA
NATAL, 22-05-2018
SANE

Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

A (ALERGIAS):
 M (MEDICAÇÃO EM USO):
 P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):
 L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS):
 A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):
 V (PASSADO VACINAL):

Nego

Atividade física

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)

- Rx Tórax AP
- Rx Pulmão AP
- Rx Tórax pelo D AP e perfil
- Rx Cervical perfil

OUTROS

CONDIÇÃO PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Volto a trabalhar em...
permanente

Paulo Roberto L. Costa
 CRP 5406

R. Anotando história
do paciente
TC Tórax em Altos
CR. Alto da linha

Paulo Roberto L. Costa
 CRP 5406

CONFERE COM ORIGINAL
 NATAL. 22/05/2018
 MAT. Nº. 161. 228, 2
 SAME
 ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:	<i>NC 6</i>	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2:	<i>Atividade física</i>	HORA:	DATA: 19/11
ESPECIALISTA 3:		HORA:	DATA:

Paulo Roberto L. Costa
 CRP 5406

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPONSIVIDADE DA VÍTIMA: 5 - PEÇA A JUIZ A OUTRA PESSOA ILICUE (2) QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS E PEÇA UM DESFIBRILADOR. 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER OUVIR, SENTIR) 5 - SE APLIQUE A VÍTIMA 1 VENTILADOR DE RESCATE DISPOSITIVO BOLSAS VALVA MÁSCARA 5 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO OU FEMURAL (BRANCO) 6 - AVALIE A FREQUÊNCIA DO PULSO CAROTÍDEO OU FEMURAL (BRANCO) 7 - AVALIE A FREQUÊNCIA DO PULSO CAROTÍDEO OU FEMURAL (BRANCO) 8 - AVALIE A FREQUÊNCIA DO PULSO CAROTÍDEO OU FEMURAL (BRANCO) 9 - AVALIE A FREQUÊNCIA DO PULSO CAROTÍDEO OU FEMURAL (BRANCO) 10 - RITMO NÃO CHOCÁVEL, RENOVAR RCP 10-21. 11 - AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS. 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR O CASO A VÍTIMA SE MEXA, 13 - COLOQUE O

Rx Fz Melanc. Melanc.

EXAME FÍSICO *Exame de consciência para avaliação de*
tempo, BOP, NMS, etc.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA *Rx aponta melanc. cd. - no cc.*

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) *19.M 17 - UCL - 21:10h*
Clonidine 51 de 100

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS *Dr. Virgílio S. Azevedo*
Ortopedia - Cirurgia
CRM/RN 4428

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)
TC c/duo cervical e
ca alto da UA
OK para continuar
Clonidine - 2g 12:25
OK
OK

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Glástone S. Costa
Neurocirurgia
CRM/RN 4428

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 22/05/2018
MAT. Nº 161.228,0
SAME

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se 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 a perguntas sobre seu nome, idade, endereço, está, o porquê, 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
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Resposta inespecífica a dor.	4
Padrão flexo à dor (Decorticação).	3
Padrão extensor à dor (Decerebração).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4
	7-9 = 3
	6-5 = 2
	1-5 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90 = 4
	76-89 = 3
	50-75 = 2
	1-49 = 1

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)

03 - 08 - grave (necessidade de intubação imediata)
09 - 13 - 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 de Glasgow solicita-se ao doente que classifique a intensidade da dor de acordo com os seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa
0	1	2	3

"Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.J. Copes, et al; A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1989.

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.º 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: 07/06/2018

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 Azevedo
Ortopedia - Cirurgia Joelho
CRM/RN 6541 TEOT 14503

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua

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.



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 JESSICA DANTAS TEIXEIRA No Registro: _____
Idade: _____ Leito: _____
Serviço: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

20/11/18

OP: dor e febre e tosse seca.

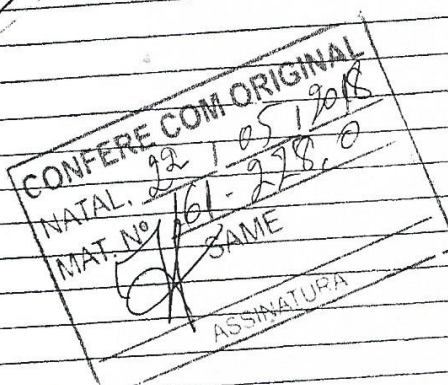
HOA: Paciente relata ter sido vítima de
acidente moto a certo (outras) com
feridas na face pedindo de pronto
socorro e atendimento.

Ex. físico: Boa perfusão distal. Sem
sinal de desidratação. Compartimento
fco em face pedindo de pronto
socorro de cerca de 5m.

Ex. com fratura de: punho de

cd. intestino M. campo.

Dr. Dymano de O. Monteiro
CRM 55555
Ouro Preto, 10/11/18



DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

20/11/17

JOAO ROBERTO F

Exame de parafuso em

Subscrito à legião + hipótese
cinética + ATB-

cd. manter ATB

Dr. Dyanho de C. Andrade
Ortopedia - Pé e Tornozelo
CRM 6395 TEOT 14708

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL, 22.10.5.1908

MAT. Nº 161.728,0

SAME

ASSINATURA

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

Identificação CPF-095-075-444-95

Enfermaria: _____ Leito: 424 UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 29/12/17 Alta: _____
Nome: Dyana Jessica Dantas Teixeira Moura Naturalidade: Natal - RN
Idade: 25a Sexo: () Masculino () Feminino Data de Nascimento: 22/09/1992
RG: 002.510.321 Estado Civil: Casada Nível de Instrução: _____
Filiação: Pai: João Batista Teixeira
Mãe: Damiana Dantas Teixeira
Endereço: Rua Peixe Rei - 3004 - Planalto
Cidade: Natal
Telefone: 8840-9646 mãe () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: _____ Outros telefones: 8725-5488 Imã
Composição familiar: Pai + esposa (2)
Outras informações: Faz uso de (x) 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
Interrupção decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa _____

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares (x) Trazido pelo SAMU
() Socorrido em via pública () Outros meios _____
() Encaminhado: Hospital de origem: _____

CrITÉRIOS para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Damiana Dantas Teixeira
Parentesco: Mãe Telefone: 8840-9646
Endereço do Responsável: Planalto - Natal

Evolução

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

20/11/17 Paciente vítima de colapso motor
obtus e inerte em torção de D, conforme
Relatório de atendimento. Elevará ficha
social / solicitação de exames / orientar.

Saída

óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs.

Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____

Orientações/Encaminhamentos: _____

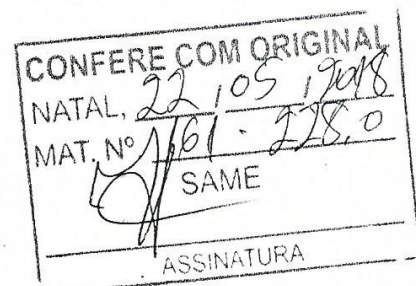
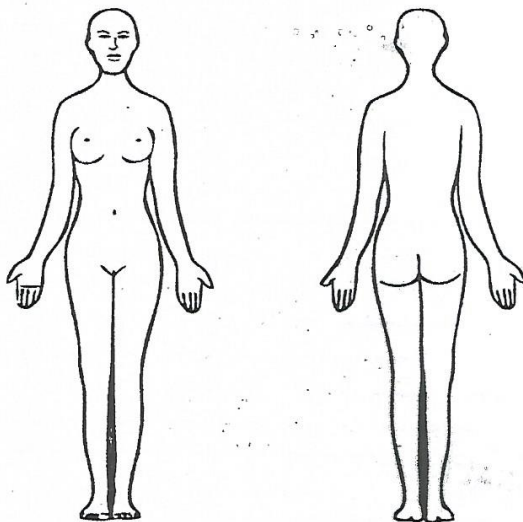
Josefa Orelia Dantas de Medeiros
Assistente Social
CRESS RN 916

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 Jussara Dantas
 DATA DE NASCIMENTO: 02/02/1992 IDADE: _____
 REGISTRO: 1165793
 DATA DE ADMISSÃO: 20/11/2017 HORA: 3:30
 ADMISSÃO DO PACIENTE: _____
 CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: obrigado
 HIDRATAÇÃO: SIM () NÃO () VIA: PERIFÉRICO: () ACESSO CENTRAL: ()
 NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE () ORIENTADO () VIGIL () AGITADO ()
 INCONSCIENTE: ()
 ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVE ()
 SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () 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 Nº _____ ACESSO CENTRAL: _____
 INSTRUMENTADO: Ana eleide
 CIRCULANTE: Niagire
 TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI (x) PERIDUAL () B.P.B. () LOCAL ()
 OBS: _____
 ANESTESISTA: Dr. Flávio Melo
 INÍCIO DE ANESTESIA: 3:40
 TÉRMINO DE ANESTESIA: 4:30
 ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: Cefazolin 1g
 HORA: _____

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

3º AUXILIAR

TIPO DE CIRURGIA: extirpação cirúrgica de prolapso de membrana ovulada

TÉRMINO DE CIRURGIA:

SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO ()

Nº DA SONDA:

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()

Nº 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 (X)

FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM ()

NÃO (X)

DESPREZADO NO LIXO: SIM ()

NÃO ()

COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM ()

NÃO (X)

QUANTIDADE:

GAZES CONFERIDAS: SIM ()

NÃO (X)

QUANTIDADE:

CAIXA CIRÚRGICA: PT

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 ()

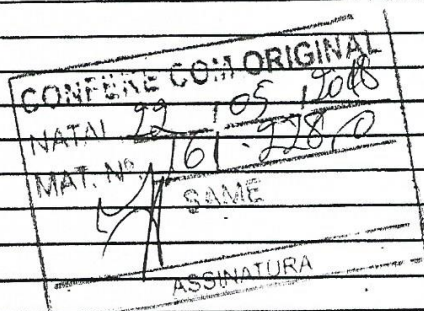
OBSERVAÇÕES: Paciente submetido a cirurgia de prolapso de membrana ovulada.

Procedimento realizado com sucesso. Paciente em boas condições.

Terminado às 14h10. Paciente encaminhado para UTI.

Procedimento realizado com sucesso. TA: 120x60 mmHg. F: 70.

SPO2: 98%.



Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Assinatura do Circulante

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Samy Lessa Dantas Texeira Reg. Nº
 Diagnóstico pré-operatório: Fratura exposta do tornozelo DR
 Indicação terapêutica: Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 20/01/17 Início: Término: Duração:
 Operador: Dyanno Bandeira CRM/CRO:
 1º Auxiliar: CRM/CRO:
 2º Auxiliar: CRM/CRO:
 Instrumentador:
 Anestesista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- ① Ponto de entrada sob raspagem
- ② antissepsia + anestesia
- ③ lavagem de campo estéril
- ④ Lavagem abundante de ferida + de brida local (10 litros SF0.9%)
- ⑤ sutura em ferida de tornozelo + calcâneo
- ⑥ boa redução distal
- ⑦ curativo TAC 6x4x10

Dr. Dyanno de C. Andrade
 Ortopedia - Pé e Tornozelo
 CRM 6595 TEOT 14706

CONFERE COM ORIGINAL	
NATAL, 22/05/1988	
MAT. Nº 161.228.0	
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

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

2- CNES

4- CNES

3515168

5- PACIENTE

Identificação do Paciente

DYANA JESSICA DANTAS TEIXEIRA

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

150092

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

706 0053 5182 6643

8- DATA DE NASCIMENTO

12/09/1992

9- SEXO

FEMININO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

DAMIANA DANTAS TEIXEIRA

12- TELEFONE DE CONTATO

986208586

13- NOME DO RESPONSÁVEL

A GENITORA

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA - ANU Nº 58

16- MUNICÍPIO

NATAL

17- BAIRRO

PLANALTO

18- UF

RN

19- CEP

59200000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Autorização

47- COD. ORGAO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

48- DOCUMENTO

() CNS () CPF

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

CONFERE COM ORIGINAL

Servidor

com o seu - 706 0053 5182 66 43



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

CPF-095.075.474-93

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA 44 Nº Ont.

NOME: Dra. Jéssica Dantas Teixeira
IDADE: 12.09.1992 COR: Pau SEXO: Fem ESTADO CIVIL: casada
NATURALIDADE: Paraná PROFISSÃO: Vendedora PROCEDÊNCIA:
ENDEREÇO: Rua Amel BAIRRO: Planalto
CIDADE: Paraná - PR 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) Queda Trunk

EXAME FÍSICO

CONFERE CONF. 198078

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL Fl + ...



Hospital

Nome do paciente

DYANA JÉSSICA DANTAS TEXEIRA

Nº prontuário

Data operação

Operador

Enf.

Leito

2º auxiliar

20/12/2017

1º auxiliar

3º auxiliar

Anestesiista

DR. ELSON JOSÉ

Instrumentador

Leonardo de S. Barros
Médico Anestesiologista
CRM/RN 4281

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de anestesia: FREDIMAR DANTAS

Tipo de operação

Diagnóstico pós operatório

FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Relatório imediato do patologista

TRATAMENTO CIRURGICO TORNOZELO DIREITO

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO 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. ASSESPSIA E ANTISSEPSIA E CAMPOS ESTÉREIS
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. Miranda
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 0301 - TEOT 13807

CONFERE ORIGINAL

19.850.71



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 Jemima Raula Teixeira</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>Fratura exposta de fêmur direito</i>	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Tratamento cirúrgico</i>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Rx e tomografia</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura exposta</i>	21 - CID INICIAL <i>T12</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>LCI ortopedica</i>	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
28 - DT SOLICITAÇÃO <i>19/11/17</i>	29 - CNS / CPF		
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0415010012</i>	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) <i>Dr. João S. Azevedo</i>		

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 - () GRAVÍSSIMA	
42 - CID SECUNDÁRIO			

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT AUTORIZ	51 - DT AUTORIZ	<i>985078</i>
48 - CNS / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

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 de atendimento.

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		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		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			
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 - CARÁTER 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 -		39 -	
40 -		41 - CID PRINCIPAL	
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ()	
44 - () GRAVE		45 - () GRAVÍSSIMA	
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO		47 - DT AUTORIZ.	
48 - CNS / CPF		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	
50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO		51 - DT AUTORIZ.	
52		53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	
54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)		55 -	

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

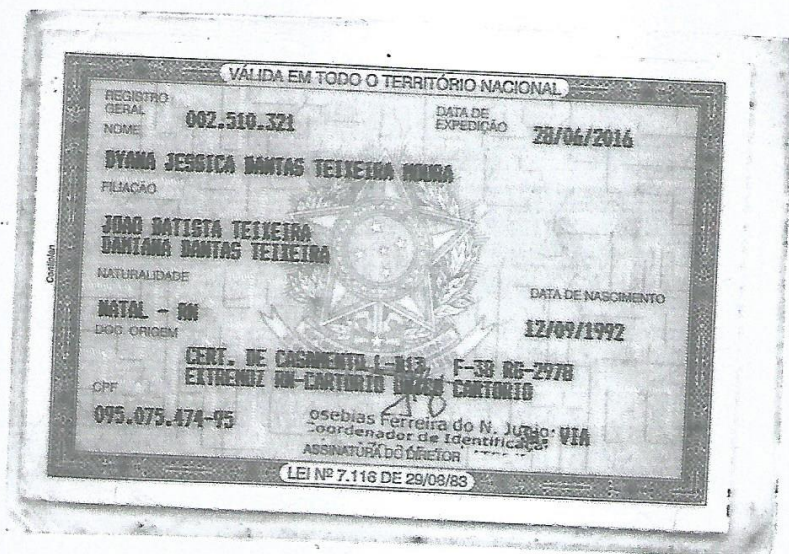
Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

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)?



DADOS DO CLIENTE

ALBANITA PEREIRA DE CARVALHO

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ADVOGADO MANOEL AUGUSTO 82 --A

CPF 565 910 394-49

FELIPE CAMARAO AREA URBANA
NATAL RN
59074-014

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monolítico

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7010220194	02/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA
20/02/2018	13/03/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
001822542	UNICA	09/02/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
09/02/2018	3010288077	7578758

13.02

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Povo(kWh)	30,0000000	0,43415033	13,02

TOTAL DA FATURA

13.02

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
216129955	CA1	11-01-2018	0,00	09-02-2018	0,00	29	1,00000		0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MES/ANO (MM/AA)		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
FEV 18	30				Faturado pelo município da face Cadastral da Companhia de Águas de São Paulo - ANEEL 41423010
JAN 18	30	ICMS			
DEZ 17	30	PIS	13,02	0,67	
NOV 17	30	COFINS	13,02	0,99	
OUT 17	30				
SET 17	30				
AGO 17	30				
JUL 17	30				
JUN 17	30				
Mai 17	30				
ABR 17	30				
MAR 17	30				
FEV 17	30				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento da taxa de matrícula deve ser feito conforme em espécie. Na data da matrícula a faculdade em vigor é a Verde. Mais informações em: www.ans.gov.br. O Cliente é responsável quando não realiza a matrícula na continuidade da individual ou do nível de ensino de fornecimento. Por isso, não compareça na 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª, 7ª, 8ª, 9ª, 10ª, 11ª, 12ª, 13ª, 14ª, 15ª, 16ª, 17ª, 18ª, 19ª, 20ª, 21ª, 22ª, 23ª, 24ª, 25ª, 26ª, 27ª, 28ª, 29ª, 30ª, 31ª, 32ª, 33ª, 34ª, 35ª, 36ª, 37ª, 38ª, 39ª, 40ª, 41ª, 42ª, 43ª, 44ª, 45ª, 46ª, 47ª, 48ª, 49ª, 50ª, 51ª, 52ª, 53ª, 54ª, 55ª, 56ª, 57ª, 58ª, 59ª, 60ª, 61ª, 62ª, 63ª, 64ª, 65ª, 66ª, 67ª, 68ª, 69ª, 70ª, 71ª, 72ª, 73ª, 74ª, 75ª, 76ª, 77ª, 78ª, 79ª, 80ª, 81ª, 82ª, 83ª, 84ª, 85ª, 86ª, 87ª, 88ª, 89ª, 90ª, 91ª, 92ª, 93ª, 94ª, 95ª, 96ª, 97ª, 98ª, 99ª, 100ª, 101ª, 102ª, 103ª, 104ª, 105ª, 106ª, 107ª, 108ª, 109ª, 110ª, 111ª, 112ª, 113ª, 114ª, 115ª, 116ª, 117ª, 118ª, 119ª, 120ª, 121ª, 122ª, 123ª, 124ª, 125ª, 126ª, 127ª, 128ª, 129ª, 130ª, 131ª, 132ª, 133ª, 134ª, 135ª, 136ª, 137ª, 138ª, 139ª, 140ª, 141ª, 142ª, 143ª, 144ª, 145ª, 146ª, 147ª, 148ª, 149ª, 150ª, 151ª, 152ª, 153ª, 154ª, 155ª, 156ª, 157ª, 158ª, 159ª, 160ª, 161ª, 162ª, 163ª, 164ª, 165ª, 166ª, 167ª, 168ª, 169ª, 170ª, 171ª, 172ª, 173ª, 174ª, 175ª, 176ª, 177ª, 178ª, 179ª, 180ª, 181ª, 182ª, 183ª, 184ª, 185ª, 186ª, 187ª, 188ª, 189ª, 190ª, 191ª, 192ª, 193ª, 194ª, 195ª, 196ª, 197ª, 198ª, 199ª, 200ª, 201ª, 202ª, 203ª, 204ª, 205ª, 206ª, 207ª, 208ª, 209ª, 210ª, 211ª, 212ª, 213ª, 214ª, 215ª, 216ª, 217ª, 218ª, 219ª, 220ª, 221ª, 222ª, 223ª, 224ª, 225ª, 226ª, 227ª, 228ª, 229ª, 230ª, 231ª, 232ª, 233ª, 234ª, 235ª, 236ª, 237ª, 238ª, 239ª, 240ª, 241ª, 242ª, 243ª, 244ª, 245ª, 246ª, 247ª, 248ª, 249ª, 250ª, 251ª, 252ª, 253ª, 254ª, 255ª, 256ª, 257ª, 258ª, 259ª, 260ª, 261ª, 262ª, 263ª, 264ª, 265ª, 266ª, 267ª, 268ª, 269ª, 270ª, 271ª, 272ª, 273ª, 274ª, 275ª, 276ª, 277ª, 278ª, 279ª, 280ª, 281ª, 282ª, 283ª, 284ª, 285ª, 286ª, 287ª, 288ª, 289ª, 290ª, 291ª, 292ª, 293ª, 294ª, 295ª, 296ª, 297ª, 298ª, 299ª, 300ª, 301ª, 302ª, 303ª, 304ª, 305ª, 306ª, 307ª, 308ª, 309ª, 310ª, 311ª, 312ª, 313ª, 314ª, 315ª, 316ª, 317ª, 318ª, 319ª, 320ª, 321ª, 322ª, 323ª, 324ª, 325ª, 326ª, 327ª, 328ª, 329ª, 330ª, 331ª, 332ª, 333ª, 334ª, 335ª, 336ª, 337ª, 338ª, 339ª, 340ª, 341ª, 342ª, 343ª, 344ª, 345ª, 346ª, 347ª, 348ª, 349ª, 350ª, 351ª, 352ª, 353ª, 354ª, 355ª, 356ª, 357ª, 358ª, 359ª, 360ª, 361ª, 362ª, 363ª, 364ª, 365ª, 366ª, 367ª, 368ª, 369ª, 370ª, 371ª, 372ª, 373ª, 374ª, 375ª, 376ª, 377ª, 378ª, 379ª, 380ª, 381ª, 382ª, 383ª, 384ª, 385ª, 386ª, 387ª, 388ª, 389ª, 390ª, 391ª, 392ª, 393ª, 394ª, 395ª, 396ª, 397ª, 398ª, 399ª, 400ª, 401ª, 402ª, 403ª, 404ª, 405ª, 406ª, 407ª, 408ª, 409ª, 410ª, 411ª, 412ª, 413ª, 414ª, 415ª, 416ª, 417ª, 418ª, 419ª, 420ª, 421ª, 422ª, 423ª, 424ª, 425ª, 426ª, 427ª, 428ª, 429ª, 430ª, 431ª, 432ª, 433ª, 434ª, 435ª, 436ª, 437ª, 438ª, 439ª, 440ª, 441ª, 442ª, 443ª, 444ª, 445ª, 446ª, 447ª, 448ª, 449ª, 450ª, 451ª, 452ª, 453ª, 454ª, 455ª, 456ª, 457ª, 458ª, 459ª, 460ª, 461ª, 462ª, 463ª, 464ª, 465ª, 466ª, 467ª, 468ª, 469ª, 470ª, 471ª, 472ª, 473ª, 474ª, 475ª, 476ª, 477ª, 478ª, 479ª, 480ª, 481ª, 482ª, 483ª, 484ª, 485ª, 486ª, 487ª, 488ª, 489ª, 490ª, 491ª, 492ª, 493ª, 494ª, 495ª, 496ª, 497ª, 498ª, 499ª, 500ª, 501ª, 502ª, 503ª, 504ª, 505ª, 506ª, 507ª, 508ª, 509ª, 510ª, 511ª, 512ª, 513ª, 514ª, 515ª, 516ª, 517ª, 518ª, 519ª, 520ª, 521ª, 522ª, 523ª, 524ª, 525ª, 526ª, 527ª, 528ª, 529ª, 530ª, 531ª, 532ª, 533ª, 534ª, 535ª, 536ª, 537ª, 538ª, 539ª, 540ª, 541ª, 542ª, 543ª, 544ª, 545ª, 546ª, 547ª, 548ª, 549ª, 550ª, 551ª, 552ª, 553ª, 554ª, 555ª, 556ª, 557ª, 558ª, 559ª, 560ª, 561ª, 562ª, 563ª, 564ª, 565ª, 566ª, 567ª, 568ª, 569ª, 570ª, 571ª, 572ª, 573ª, 574ª, 575ª, 576ª, 577ª, 578ª, 579ª, 580ª, 581ª, 582ª, 583ª, 584ª, 585ª, 586ª, 587ª, 588ª, 589ª, 590ª, 591ª, 592ª, 593ª, 594ª, 595ª, 596ª, 597ª, 598ª, 599ª, 600ª, 601ª, 602ª, 603ª, 604ª, 605ª, 606ª, 607ª, 608ª, 609ª, 610ª, 611ª, 612ª, 613ª, 614ª, 615ª, 616ª, 617ª, 618ª, 619ª, 620ª, 621ª, 622ª, 623ª, 624ª, 625ª, 626ª, 627ª, 628ª, 629ª, 630ª, 631ª, 632ª, 633ª, 634ª, 635ª, 636ª, 637ª, 638ª, 639ª, 640ª, 641ª, 642ª, 643ª, 644ª, 645ª, 646ª, 647ª, 648ª, 649ª, 650ª, 651ª, 652ª, 653ª, 654ª, 655ª, 656ª, 657ª, 658ª, 659ª, 660ª, 661ª, 662ª, 663ª, 664ª, 665ª, 666ª, 667ª, 668ª, 669ª, 670ª, 671ª, 672ª, 673ª, 674ª, 675ª, 676ª, 677ª, 678ª, 679ª, 680ª, 681ª, 682ª, 683ª, 684ª, 685ª, 686ª, 687ª, 688ª

ATENÇÃO! A COSEMI INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Complemento a uma pagamento de x contra x de uma prestação x

Vencido	Diretório	Valor	Vencido	Diretório	Valor
10/01/19	09/02/19	14,77			

414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.fcasn.com.br.

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento do empréstimo poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de crédito do sistema do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o envio de débitos ordinários, bem como não altera o débito em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

CHINESE ECONOMY AND OUTLOOK

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, DYANA JESSICA DANTOS 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, Nº 406 /RN, CEP
59.074-014, Declaro para os devidos fins que possuo 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 Nº 7.115, 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, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado 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 JESSICA DANTOS TEIXEIRA MOURA
brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 2.510 321, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 095 075 474-95,
residente e domiciliado(a) a RUA ADV. MANOEL AUGUSTO, nº 92-A,
FELIPE CORADO - 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:

Cláusula 1ª. 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 reponsáveis pelo pagamento de seguro.

IV - DAS ATIVIDADES:

Cláusula 2ª. 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:

Cláusula 3ª. 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:

Cláusula 4ª. 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 8.906/94 e, do provimento 128/15 do TJRN.**

Cláusula 5ª. Fica estipulado o valor de até R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais), decorrente das despesas administrativas, a 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 receberem os honorários na proporção do trabalho realizado.

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

Cláusula 7ª. 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 COBRANÇA:

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

VIII - DO FORO:

Cláusula 9ª. Para a solução de questões decorrentes deste Contrato, fica eleito o foro da Cidade de Parnamirim/RN.

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

Parnamirim/RN, 28 de Agosto de 2018

Dyana Jessica Dantos T. Moura
CONTRATANTE

JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Testemunha

Testemunha

Selma Rosa Fernandes

CPF: 557 658 909-20

CPF: 095 492 554-81