



Número: **0826777-62.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **18/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA DE MELO (AUTOR)		JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
28519 818	03/07/2018 12:23	01 - PROCURAÇÃO	Procuração
28519 803	03/07/2018 12:23	02 - BOLETIM POLICIAL	Documento de Comprovação
28519 783	03/07/2018 12:23	03 - DOCUMENTO MÉDICO	Documento de Comprovação
28519 766	03/07/2018 12:23	03.1 - SAMU	Documento de Comprovação
28519 753	03/07/2018 12:23	04 - REQUERIMNTO ADM	Documento de Comprovação
28519 743	03/07/2018 12:23	05 - Quesitos	Outros documentos
28519 736	03/07/2018 12:23	06 - DOCUMENTOS PESSOAIS	Documento de Identificação
28519 719	03/07/2018 12:23	07 - CONTRATO DE HONORARIOS	Outros documentos
28519 709	03/07/2018 12:23	08 - DECLARAÇÃO DE POBREZA	Outros documentos

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Ubirajara Silva de Lima
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteiro
RG nº: 003 507.803 CPF nº: 085.875 244-10
Endereço: Rua Para, 191 A
Bairro: Rosa dos Ventos Cidade: Parnamirim/RN,
CEP: 59.142-105.

OUTORGADO:

JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.239, com escritório profissional à Rua Dr. Sadi Mendes Lucena, nº 1022-A, Monte Castelo - Parnamirim/ RN, CEP 59.146.110, 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 subestabelecer, 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, 18 de junho de 2018

Ubirajara Silva de Lima
OUTORGANTE



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 1ª DELEGACIA MUNICIPAL DE PARNAMIRIM
Endereço: RUA EDGAR DANTAS, 1660, SANTOS REIS, PARNAMIRIM

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018023002544
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 16/05/2018 12.04.08
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 08/12/2017 00.00.00
2.3 Fato: Consumado
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.8 Número: S/N
2.10 Complemento: EM FRENTE A LAMPADINHA
2.12 Bairro: CENTRO
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida
2.4 Flagrante: Não
2.7 Logradouro: BR 101 AVENIDA PILOTO PEREIRA TIM
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência:
2.13 Cidade: PARNAMIRIM

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: UBIRAJARA SILVA DE LIMA
3.3 Nome Social:
3.5 Etnia: Branca
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF:
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: AUX. PADEIRO
3.15 Telefone(s): 84 994930986
3.17 Número: 56
3.19 Bairro: ROSA DOS VENTOS
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.23 Cidade: PARNAMIRIM

3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.4 Pai: MANOEL CAROLINA DE LIMA
3.6 Mãe: LUZIA ANASTACIO DA SILVA
3.8 Orientação Sexual:
3.10 Identidade de Gênero:
3.12 Data de Nascimento: 29/11/1988
3.14 RG: 002567803 - ITEP/RN
3.16 Passaporte:
3.18 Naturalidade: NATAL - RN
3.20 E-Mail:
3.22 Logradouro: RUA MATO GROSSO
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.3 Chassi: 9C2KC1660FR057119
7.1.5 Placa: OWG1734
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.9 Ano do Modelo: 2015
7.1.11 Cor do veículo: BRANCA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: JOSE IRAN FERREIRA SOARES
7.1.17 Nome do condutor: UBIRAJARA SILVA DE LIMA
7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:
7.1.4 Renavam: 01053874453
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN EX
7.1.10 Ano de Fabricação: 2015
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.14 Número do Motor:
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE VEIO A ESTA UNIDADE POLICIAL INFORMAR QUE NA DATA ACIMA CITADA ESTAVA SE DESLOCANDO DE PONTA NEGRA A SUA RESIDENCIA E QUE N. LOCAL INDICADO ACIMA O MESMO SOFREU UMA TRANCADA POR UM MOTORISTA EM UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO E QUE PERDEU O CONTROLE ONDE SAIU FORA DA PISTA(CANTEIRO) ONDE COLIDIU COM UM POSTE E FICOU DESACORDADO E QUE SÓ ACORDOU N HOSPITAL, QUE O MESMO FORA SOCORRIDO PELA EQUIPE DA SAMU CONFORME OCORRÊNCIA 17306/1 SAMU, DATADA DO DIA 08/12/2017. QUE O MESMO FORA LEVADO AO HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL/PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO SO O BOLETIM DE ATENDIMENTO 59502/2017. FRATURA DO NARIZ, PERDA DE DENTES E FRATURA NO MAXILAR. E MAIS NADA ADIANTOU O COMUNICANTE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

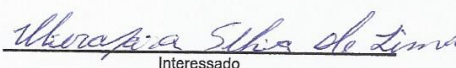
FEITO O BOLETIM DE OCORRÊNCIA E ENTREGUE CÓPIA AO COMUNICANTE.

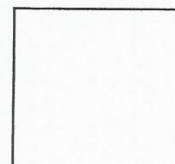
10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data 16/05/2018 12.04.08


Policial


Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1925172 - JERCIIVALDO ANDRADE DO NASCIMENTO
Impresso por: 1925172 - JERCIIVALDO ANDRADE DO NASCIMENTO em 16/05/2018 12:07:00

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

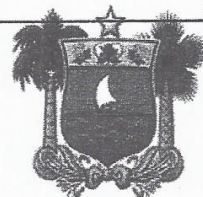
J2018023002544

Protocolo: J2018023002544 - Código de autenticação: 3975db52af6de9802468f13e3480a26b



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

*Gerado via SX por MARIA XAVIER. Impresso em 09 de Dezembro de 2017. PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 59502 /2017

Admissão: 08/12/2017 23:59:49

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 52190 - UBIRAJARA SILVA DE LIMA (29 a 10 m 30 d)

Nascimento: 10/01/1988 Natural: NATAL.BRASIL

Sexo: M Cor: SEM
INFORMACAO

CNS:

CPF:

Prof:

Mãe: IGUINORADO

Pai:

Logradouro: VIA PUBLICA, 1

CEP: 59015380

Bairro: PANAMIRM

Cidade: NATAL

Telefone: .

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: ACIDENTE DE MOTO

Classificação: 08/12/2017 23:56:33

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
08/12/2017 23:56:33	120/80	170	92%	A	20	90			

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: TRAUMA FACE/TCE?

Hora: ____

Paciente vítima de acidente de moto + queda
com lesões de pele e ossos, sendo dor em face
e dor no maxilar

CONFERE COM ORIGINAL
20/03/18
Fis: ____

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

NATAL/RN

PROTOCOLO: ____

- A Vives ativo, porém, com sinais de trauma
- B Exame físico normal
- C Sem sinais de trauma
- D BCG: AD: 4, AM: 6, RV: 2 - 12 (dependendo de fase que impede a leitura)
- E

WASHINGTON LUIS C. GOMES
ASSIST. TEC. EM SAÚDE
MAT.: 161.320-0

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

RAIOS-X

Realizado em ____

TOMOGRAFIA/HMVG

Data: 09/12/17 Hora: 00:09

Técnico: Tarcia e Joo Se

Exame: Jeomax / face

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por MARIA XAVIER. Impresso em 09 de Dezembro de 2017.

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Re de Torax - AP

Dr. Diogo Medeiros
MR Cirurgia Geral
CRM/RN 7989

OUTROS

CONDUTA PRIMARIA E MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Re de Torax: Sem sinais de
insuficiência a pulmonar

Alto do cinto GNF

Dr. Diogo Medeiros
MR Cirurgia Geral
CRM/RN 7989

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

Dr. Diogo Medeiros
MR Cirurgia Geral
CRM/RN 7989

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL RN, 20103118

PROTOCOLO: 1111111111

WASHINGTON LUIS C. GOMES
ASSIST. TÊC. EM SAÚDE
MAT.: 181.320-0

ESPECIALIZADO 2:

coluna mto x post; alcohols
refre hum, meq vante

GIT, m difus, pte

EXPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)----

TL crânio: fr múltipls de fratur
base de fratur na pariet

LABORATÓRIO

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

PRIMARIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

drugs promovim

vide internar

Assinatura e Carimbo do Médico Responsável

André Corsino da Costa
Neurocirurgia
CRM/RN 6546

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL/RN, 28/03/18
PROTOCOLO: LIV.
Assinatura e Carimbo
WASHINGTON LUIS C. GOMES
ASSIST. TEC. EM SAÚDE
MAT: 164.320-0

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA

Nur

DATA: / / HORA:

DATA: / / HORA:

Exatidão Médica ☐

Revelia ☐

Transferido para:

DATA: / /

HORA:

co Atestado ☐

S.V.O. ☐

André Corsino da Costa
Neurocirurgia
CRM/RN 6546

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

Nº do Boletim de Atendimento:

DATA: / / HORA:

DATA: / / HORA:

Exatidão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

DATA: / /

HORA:

010.03

BMF (G20:00)

A L A N N E S E

Q ESPECIALIZADO 1: BMF (00:00)

Saventia vítimas de queda de moto esquivando com trauma de face

EXAME FÍSICO # 1 de exame de face, mucosas, ferimentos cutâneos.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA* FCC / Fratura maxila, C20 e Mandibula.

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

TC Crânio / Cervical

Hugo José Correia Lopes
Cirurgião - Dentista
CRO/RN 4281

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUITA PRIMARIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

- ① All Amino
- ② Oxyphre
- ③ Cysteine
- ④ Sulfone
- ⑤ Carotid
- ⑥ OPT

Obs: Parte operante fudine
 ser cordão direito e fyo
 meteo D. cu, mas naizato
 ser 2º tipo lina q. 50"

the above said

Dr. Haroldo de Araújo
Cirurgia Buco Maxilo Facial
CRQ-RN 1229
CPF: 188.314.514-72

Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL

WASH. STATE
ASSIST. SEC. EM. SAUDE
MAT. 161.320-0

Assinatura e Carimbo do(a) _____

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COV	LAGSOW
Abstrata Ocular (AO)	6
Olfatos se abrem espontaneamente.	
Olfatos se abrem ao comando verbal. (Não é assim por enquanto, e se não é)	3
Olfatos se abrem por estímulo doloroso	2
Olfatos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (resposta coerente e apropriada a perguntas e afirmações etc.)	5
Atento a perguntas e afirmações etc.)	4
Confuso (responde a perguntas corretas e respostas inapropriadas (falsa orientação, mal-entendido, etc.))	3
Resposta ininteligível (Gulinhado sem sentido)	2
Atento	1
Melhor resposta motora (MRM)	
2-3 movimentos voluntários. (Respostas simples quando lhe é oferecido)	5
1 movimento voluntário	4
Resposta inapropriada a dor	3
Resposta inapropriada a dor (Resposta inapropriada)	2
Resposta inapropriada a dor (Resposta inapropriada)	1
Resposta inapropriada a dor	

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	15-150	= 4
	9-120	= 3
	6-80	= 2
	4-50	= 1
	3	= 0
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA	16-290	= 4
	12-20	= 3
	8-90	= 2
	1-50	= 1
	00	= 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90	= 4
	76-89	= 3
	50-70	= 2
	1-49	= 1
	00	= 0

"Escala de Trauma Revisada (RTS): Bem indicada de sobrevivência para pacientes de trauma fechado Referencial: Adaptado de Champion H R. Sacco WJ, Cones, et al. A revision of the Trauma score J. Trauma 20(5) 524, 1989.

CLASSIFICATION: UNCLASSIFIED
(AUG 2005)

23. Integrare funcţiilor
 24. Inegalităţi
 25. 12 probleme
 26. 15 probleme

Assessment of coma and consciousness. A practical scale. 1974 2 81-84

...
...
...
...
...

SEM	ONE
DOR	
0	1

Q10.



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

FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL

Identificação CPF. 085.875.244-30

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 09/10/2017 Alta: _____
Nome: OLBEDIANA SILVA DE MUA Naturalidade: NATAL/RN
Idade: 29 Sexo: (X) Masculino () Feminino Data de Nascimento: 09/10/1988
RG: 002.567.803 Estado Civil: SOLTEIRO Nível de Instrução: NENHUMA
Filiação: Pai: MANOEL CAROLINA DE MUA
Mãe: ROZIA ANASTACIA DA SILVA
Endereço: RUA LATO GROSSO, 55 - ROSA DOS VENTOS
Cidade: BARNANUCIA
Telefone: 99707-3386 () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: _____ Outros telefones: _____
Composição familiar: RESIDE COM GENITORA + FILHO
Outras informações: Faz uso de (X) Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: BASEICO Trabalho c/ vínculo empregatício () Não (X) Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs () SAD
Interação 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: _____

Crêterios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental _____
Responsável pelo paciente: ROZIA ANASTACIA DA SILVA
Parentesco: GENITORA Telefone: 99707-3386
Endereço do Responsável: _____

Evolução

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

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. GENITORA
ORIENTADA SOBRE AS NOVAS HOSPEDAGENS E
SOMATADO CÓPIAS DOS DOCUMENTOS.

Saída

óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. _____
Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____
Orientações/Encaminhamentos: _____

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.



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: UBIRAYSSA SILVA DE LIMA

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

Hora:

09/12/14

#NUR

Paciente jovem, 29 anos, vítima de violência
muito x machucado no corpo, alcoolizado.

Refere dor nas costas, náusea vômito

GS, em déficit, sem convulsões

TC: múltiplas fraturas em face, fratura
de um parafuso de tala de fixação em punho
posterior de diminuída pneumonia

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL/RN
PROTOCOLADO
Fis.

WASHINGTON LUIS C. GOMES
ASSIST. TEC. EM SAÚDE
NAT.: 181.520-0

cd: obnub. p/c NUR

André Corsino de Costa
Neurocirurgia
CRM/RN 6346

09/12/14
CTBMF

Paciente apresentando quadro de apoplexia
(a) Realização de TNA

Bruno B. de Souza
Residente em Cirurgia Traumatologia
Bucco - Maxilo - Facial
DOD - HUOL/UFRN CRM: 5337

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.

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 9916 /2017

Prontuário: 1166373

Paciente: 52190 - UBIRAJARA SILVA DE LIMA

Cartão SUS:

CPF:

Dt Nasc: 10/01/1988

Idade: 29 anos 10 meses 30 dias

Sexo: M

Etnia: SEM
INFORMACAO

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: IGUINORADO

Nome do pai:

Rua/Av: VIA PUBLICA

Complemento:

CEP: 59015380

Nº:1

Bairro: PANAMIRM

Cidade: NATAL

Telefone: 84 32327500 84 32327500

Especialidade: NEUROCIRURGIA

Unidade: POLITRAUMA

Leito: 10

Responsável: UBIRAJARA SILVA DE LIMA -

Usuário: CELEIDE FERNANDES NASCIMENTO

Admissão: 09/12/2017 00:50:58

Alta: 12.12.17

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S06.1 - EDEMA CEREBRAL TRAUMÁTICO
303040084 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

TE + fraturas de 1/3 médio e côndilo.

RESUMO DE ALTA

Paciente apresentando fraturas em
C70 D + côndilo mandibular, com
encefalograma com crises epilépticas.
Apresenta-se em BEG, em O2 saturante,
sem hemorragias ativas ou sinais de infecção
nas regiões das fraturas de face.
Devidamente orientado quanto aos cuidados
gerais e locais + prescrição medicamentosa
de uso do dentífrico.

Dr. Antônio Dias
Cirurgia da Boca e Face
Especialista em Mieloma
CRM - 1122

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 09 de Dezembro de 2017
PROTOCOLADO: LHM

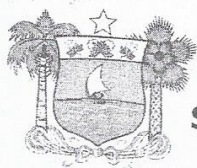
NATAL, 09 de Dezembro de 2017

WASHINGTON LUIS C. GOMES
ASSIST. TEC. EM SAÚDE
MAT. 107.320-0

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

 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 UBIRAJARA SILVA DE LIMA		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 T.E. por acidente motorizado			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO lesão de mac. diafragma			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Exame radiológico e T.E. com			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FUE	21 - CID INICIAL B50.1	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS NATAL/RN, 2013, 03/18 PROTOCOLO: LIV. 111 WASASSTEC. EM SAÚDE MARC: 161.320-0
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Ho. ru	26 - LEITO / CLÍNICA Nuc	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO Vigil	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE André Corsino da Silva CRM/RN 6546
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 303 04 0084			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 - BONUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
41 - CID PRINCIPAL			
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ()	44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA
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.		
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 o



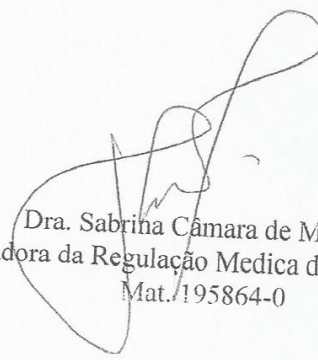
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 RN



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que em busca no sistema informatizado do SAMU 192 RN foi encontrado a ocorrência Nº 17306/1 referente ao paciente **UBIRAJARA SILVA DE LIMA**, 29 anos atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 RN, no dia 08/12/2017 em BR 101 Parnamirim/RN vítima queda de moto. Conforme ficha anexa.

Natal, 07 de fevereiro 2018


Dra. Sabrina Câmara de Macedo
Coordenadora da Regulação Médica do SAMU 192 RN
Mat./195864-0

SAMU 192 RN
END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 - BARRO VERMELHO - NATAL/RN
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS
CEP: 59.022-545
FONE: 84 3209-5316

07/02/2018

10.19.91.2/SSORN/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=17306&Digito=1&ReadOnly=1

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 17306/1

Data: 08/12/2017

CHAMADO

TARM: THALYTA MIRELLI DE OLIVEIRA ALVES COSTA

Médico Regulação: RICARDO LUIZ LARANJA KLAUSNER

Rádio Operador: MARTA JUSSARA MARTINS DE SOUZA

Médico Cena: RICARDO LUIZ LARANJA KLAUSNER

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 40 (CEARÁ-MIRIM)

Equipe VTR: JONATAS RIBEIRO DE SOUSA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

JADER KLEBER TELESFORO D - TECNICO DE ENFERMAGEM

Regulação Médica Trote Informação Engano Queda da ligação Contato com equipe SAMU Sem Médico Transf./Internação Eletivo

Cidade: PARNAMIRIM

Nome do Solicitante: ANDREIA

Telefone: (84) 98781-7492

Nome do Paciente:

UBIRAJAVA SILVA DE LIMA

Idade: *

29 NÃO INFORMADO ▾

Sexo: *

NÃO INFORMADO ▾

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: Longitude:

Endereço: BR 101 - SENTIDO PARNAMIRIM - MONTE ALEGRE

Nº: BR 101

Bairro:

Outro Bairro: BR 101

Referência/Complemento: EM FRENTE A LAMPADINHA // PX AO PARQUE ARISTOFNES FERNANDES

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Observações Rádio Operador: PCT AOS CUIDADOS DR DIEGO NO PSCS

Queixa Primária: QUEDA DE MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Próximo

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

08/12/2017 22:55:33 - Dr(a). RICARDO LUIZ LARANJA KLAUSNER

APH: TRAUMA / HD: QUEDA DE MOTO

REGULAÇÃO: QUEDA DE MOTO 1 VIT 0 ACORDADO, ACORDADO SANGRAMENTO FACE

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 08/12/2017 23:34:32 Usuário: (TARM) THALYTA MIRELLI DE OLIVEIRA ALVES COSTA
Observação: INFORMO A DR ANDRE NO POLITRAUMA DO PSCSData: 09/12/2017 00:17:08 Usuário: (RADIO OPERADOR) MARTA JUSSARA MARTINS DE SOUZA
Observação: Controle de frota: PCT AOS CUIDADOS DR DIEGO NO PSCS

HORARIOS DO CHAMADO

Chamado:	Regulação Médica:	Solicitação VTR:	Saída VTR:	Chegada Local:
08/12/2017	08/12/2017	08/12/2017	08/12/2017	08/12/2017
22:52:17	22:55:33	22:56:17	22:56:19	23:27:58
Saída Local:	Chegada Destino:	Liberção Destino:	Liberção VTR:	
08/12/2017	08/12/2017	09/12/2017	09/12/2017	
23:39:00	23:50:00	00:16:48	00:16:49	

CONDUTA

- ☐ Atendimento na residência ☐ Condução VTR ☒ Remoção / Transferência
☐ Óbito ☐ Endereço não localizado ☐ Evasão do local ☐ Ocorrência sem indicação ☐ Recusa atendimento
☐ Recusa remoção ☐ Removido por terceiros ☐ Trote

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga
Estabelecimento:
NATAL (NP) - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGE ▼
F:
Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada **Vaga Zero**
Motivo da entrada:
▼
Ass:

PERTENCES

Nome receptor: **Cargo receptor:**
Descrição dos pertences: **Local deixado pertences:** **Data:** / /
Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

Sim Não

VIOLENCIA A VULNERÁVEIS?

Sim Não

SINISTRO 3180235804 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA UBIRAJARA SILVA DE LIMA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

ARUANA SEGUROS S/A

BENEFICIÁRIO UBIRAJARA SILVA DE LIMA

CPF/CNPJ: 08587524410

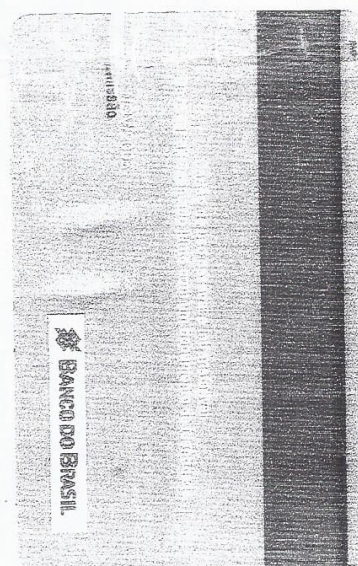
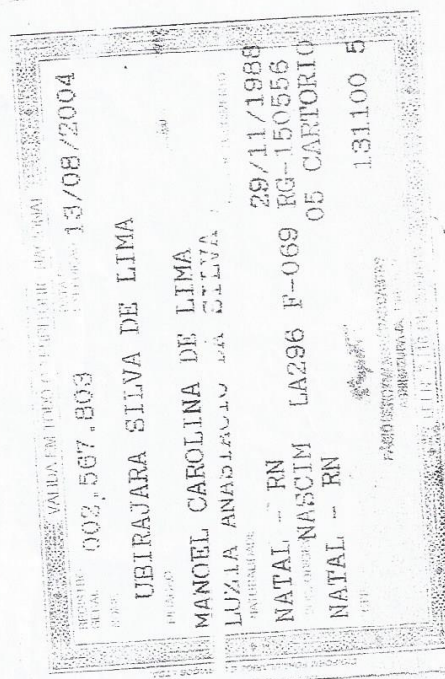
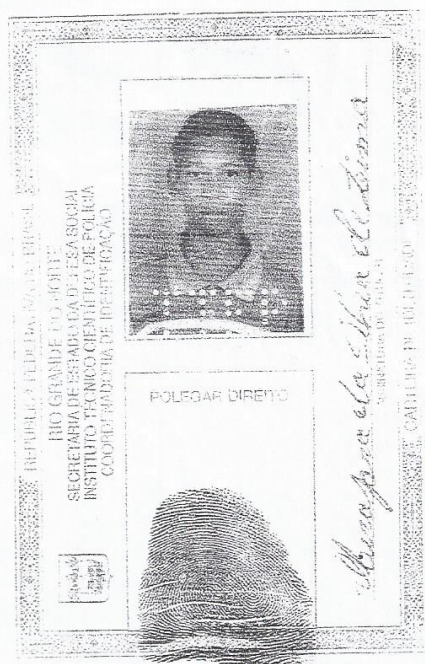
Posição em 14-06-2018 08:39:08

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
15/06/2018	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00

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: Unidade para Lei 10.438 de 26/04/02
NOTA FISCAL E FATURA DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Memmox, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 06.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

UBIRAJARA SILVA DE LIMA

CPF: 085.875.244-10 NIS: 16548591055
CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSION
000492125	ÚNICA	11/01/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
11/01/2018	3000753682	1163557

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PARA 191 A

ROSA DOS VENTOS/ÁREA URBANA
PARNAMIRIM RN
59142-105

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0854663330	01/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
14/02/2018	09/02/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	52,36

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,18308627	5,49
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,31367933	21,97
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	23,0000000	0,47081899	10,82
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,76
Contribuição Iluminação Pública			4,67
ICMS-Parcela Subvencionada			5,16
Multa por atraso-NF 000490550 - 13/10/17			0,70
Multa por atraso-NF 000560834 - 10/11/17			0,69
Juros por atraso-NF 000490550 - 13/10/17			0,36
Juros por atraso-NF 000560834 - 10/11/17			0,31
Atualização IGFIM-NF 000490550 - 13/10/17			0,17
Atualização IGFIM-NF 000560834 - 10/11/17			0,27
TOTAL DA FATURA			52,36

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
60163465	CAT	12/12/2017	10.776,00	11/01/2018	10.699,00	30	1,00000		123,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
Mês/Ano kWh	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO
JAN 18 123	ICMS	40,03	18,00
DEZ 17 119	PIS	40,03	0,73
NOV 17 99	COPINS	40,03	3,37
OUT 17 101			
SET 17 106			
AGO 17 106			
JUL 17 82			
JUN 17 110			
MAI 17 111			
ABR 17 118			
MAR 17 110			
FEV 17 127			
JAN 17 92			
Consumo Ativo até 30 kWh: 0,14283200			
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: 0,24451200			
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh: 0,36676800			
TOTAL A PAGAR: 52,36			

0859 DAAC F420 BAE5 272C 0E32 B1B2 6215

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal deve ser feito conforme as condições de pagamento em vigor. Na data de leitura a bandeira em vigor é a Verde. Não haverá desconto em nenhuma das tarifas. O cliente é responsável por manter a unidade consumidora em condições de funcionamento. Pagos em atraso gera multa 2% (R\$ 414,44 ANEXO), Juros 1% (R\$ 10,43) e atualização monetária no mês. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica concedida pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 25,96. O Cliente é responsável por manter a unidade consumidora em condições de funcionamento. Unidade residencial. Nota Fiscal. B1 - Residencial Baixa Renda.

Não existem débitos de 2018 e anos anteriores. Esta declaração substitui, para comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as declarações dos fornecedores de energia elétrica, Lei 12.007/09. Esta declaração não atende a exigência de divulgação de dados em processo judicial que poderão ser cotados após o fim do processo judicial.

DESCRIÇÃO E PREVISÃO DAS INTERFERÊNCIAS					TENSÃO DE TENSÃO		
CONSUMO PASSAGEM DE ÁREA	VALOR APLICADO NOV/2017	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V) MÍNIMO	LIMITE DE VARIAÇÃO (V) MÁXIMO
DIC	1,38	5,31	10,82	21,25	220	202	231
FIC	1,00	3,30	6,60	13,20			
QUANT	1,38	3,03	0,00	0,00			

Limite DICR 12,22 BUSD - Valor do Encargamento de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 13,50

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
0854663330	01/2018	14/02/2018	52,36

83800000000-9 52360038400-5 85466333020-3 04513909763-5



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

I - CONTRATANTE: Ubirajara Silva de Lima
brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 003.507.803, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 089.879.244-10,
residente e domiciliado(a) a Rua Para 191,
Rosa dos Ventos - Parnamirim, CEP 59.542.105.

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 Dr. Sadi Mendes de Lucena, 1022-A, Monte Castelo, 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 ADMINISTRATIVA e, JUDICIAL se for o caso, 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:

- a) 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;
- b) 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.

VI - DOS HONORÁRIOS:

Cláusula 4ª. Ficam acordadas as partes que os honorários a título de prestação de serviços, serão pagos da seguinte forma: 20% (vinte por cento), do total deferido na seara administrativa e, 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

§ 1º. Caso haja morte ou incapacidade civil do CONTRATADO, seus sucessores ou representantes legais receberam os honorários na proporção do trabalho realizado.

Cláusula 5ª 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 6ª. 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 7ª. 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 8ª. 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, 18 de junho de 2018

Ubirajara Silva de Lima
CONTRATANTE

JOÃO ROBERTO F. DAS NEVES

Testemunha

Testemunha

Francisco Oliveira do N. Lulh. Gláucia Costa Fernandes

CPF: 923.980.303-34

CPF: 095.492.554-84

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Ubirajara Silva de Lima,
brasileiro(a), portador(a) do RG nº 003.507.803, inscrito(a) no CPF
sob o nº 085 875 244-10, residente e domiciliado à Rua
Pava, nº 191,
Rosa dos Ventos, Parnamirim /RN, CEP
59.142 105, 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, 18 de junho de 2018.

Ubirajara Silva de Lima

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 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