



Número: **0815944-19.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **26/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE EUDES DA SILVA (AUTOR)	PEDRO HENRIQUE DE OLIVEIRA MOURA (ADVOGADO) RODRIGO MORENO DA SILVA PITANGA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	
URAI DE OLIVEIRA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10159 646	20/04/2017 16:20	Procuração e docs pessoais	Documento de Comprovação
10159 652	20/04/2017 16:20	Boletim de Ocorrência	Documento de Comprovação
10159 665	20/04/2017 16:20	Laudo Médico	Documento de Comprovação
10159 672	20/04/2017 16:20	Pedido Administrativo	Documento de Comprovação

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento de mandato, **JOSE EUDES DA SILVA**, devidamente inscrito no CPF – MF sob o nº: 035.644.384-16 e RG 1930671 ITEP/RN, residente e domiciliado na Tv Dom Antônio de Almeida Lustosa, 13, Planalto, CEP: 59073-112, Natal/RN, nomeia e constitui como seus procuradores judiciais, **RODRIGO MORENO DA SILVA PITANGA e PEDRO HENRIQUE DE OLIVEIRA MOURA**, todos brasileiros, advogados, devidamente inscritos nos quadros da OAB/RN respectivamente sob o n. 12.313 e 13.112, com endereço profissional na Rua Dr. Lauro Pinto, n. 2000, Lagoa Nova, Natal/RN, a quem confere todos os poderes das cláusulas “*ad judicia et extra*”, para representá-la junto a qualquer órgão público ou particular, bem como em qualquer instância administrativa ou judicial, podendo receber citação inicial, intimações, notificações, confessar, transigir, desistir, renunciar, receber, dar quitação, firmar compromisso, apresentar contestação e interpor recurso, requerer cópia de documentos, desarquivar, fazer cargas de processos administrativos e judiciais, receber alvarás, substabelecer com ou sem reserva de poderes, além de tudo o mais que se fizer necessário para o fiel cumprimento deste mandato.

Natal/RN, 13 de abril de 2017.

joé EuDES da Silva
JOSE EUDES DA SILVA

Rua Dr. Lauro Pinto, 2000, Lagoa Nova, CEP: 59064-250, Natal/RN

13/03/2017

2a Via de Fatura

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

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



www.cosem.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE MARIA DAS GRACAS DA SILVA CORREIA CPF: 035.585.304-38 NIS: 21007905222	DATA DE VENCIMENTO 03/03/2017	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 22/02/2017 DATA DA APRESENTAÇÃO 22/02/2017	CONTA CONTRATO 007006913568 Nº DO CLIENTE 3010639225
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA TV DOM ANTONIO DE ALMEIDA LUSTOSA 13 C TV SAO SEVERINO PLANALTO/AREA URBANA 59073-112 NATAL RN	TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	NÚMERO DA NOTA FISCAL 001173513 Série: U	Nº DA INSTALAÇÃO 0001617581
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico			
RESERVADO AO FISCO 089B.68A1.45C1.8A54.B58F.77B0.FCA1.3DCF			

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	Encargos Setaoriais		ABR	106	
									Tributos	1,66	9,03		
18,38	18,00	3,30	18,38	0,92	0,16	18,38	5,89	1,08	TOTAL	4,54	24,70		103
									FEV	18,38	100		104

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES								
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA										
000000000770946335	CAT	25/01/2017	7.093,00	22/02/2017	7.165,00	28	1.00000	0,00	72,00	DIC-No de horas sem Energia	PARNAMIRIM	0,17	5,31	10,62	21,25
										FIC-No de vezes sem Energia		1,00	3,30	6,60	13,20
										DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,17	3,03	0,00	0,00
										DICRI-Duração da interrupção em dia crítico				Límite DICRI: 12,22	
										EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 6,01					
										Total Consumidor pode solicitar a avariação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo					

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 24/03/2017

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NIVEIS DE TENSÃO		
		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
		MÍNIMO	MÁXIMO	
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.		220	202	231
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.annee.gov.br .				
Pagamento em atraso gera: Multa 2% (Res. 414/ANEEL-09/09/10) e Juros 1% a.m. (Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês.				
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.				
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 20,42.				
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.				
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.				

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007006913568	02/2017	0,00	03/03/2017	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

AUTENTICAÇÃO M. LAMICA

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RN **Nº 01239203965**

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXER. 10
1	00968575798		201
NOME			
MARIA DAS GRACAS DA SILVA CORREIA			
CPF / CNPJ		PLACA	
035.585.304-38		HYP2674	
PLACA ANT. / UF		CHASSI	
HYP2674 / RN		9C2JC30708R618096	
ESTELO DE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PASSEIERO/MOTOCICLETA/NO APLICÁVEL		GASOLINA	
HONDA/CG 125 FAN		2.108	
CAP. PTO / CIL.		CATEGORIA	
0CV/124 CILINDRADAS		PARTICULAR	
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	
I	R\$ 0,00	12/04/2016	1º PAGO
P	FAIXA / PVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º PAGO
V	002811 3X	R\$ *****	3º PAGO
A			
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	
		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
		DATA DE PAGAMENTO	
*** LICENCIAMENTO DETAN: PAGO *** DPVAT: PAGO			
OBSERVAÇÕES			
MOTOR: JC30E78618096			
NATAL / RN		DATA	
Siderlitor Belzeiro da Silva Concessionário do Registro de Veículos DETAN - RN			

CONTRAN AO MEGL



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 94363

1 - LOCAL E DATA

Local AV: ENG. R. Fagone Bairro CAPIM MACAU
Cidade/UF NATAL P. Ref. RUIOSQUE 7.
Data 28/01/2017 Hora do acidente 06:38: Hora do registro 07:55 Dia da semana SÁBADO

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi MYP 2674 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. HONDA CG 125 FAN Cor LINHO Ano 2008 /
Proprietário MÍLTON DAS CRUZES DA SILVA 2010000 Nº de Ocupantes 01
Condutor JOSE EVDES DA SILVA Data de Nasc. 25/02/1981
Endereço TRAV. DANTON DE ALMEIDA Nº 130 Fone 9 2884-4653
Bairro PLANALTO Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 033 644-384-56 CNH Nº 03695757265 Validade 26/02/2020 Categoria A2
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi NOF 5057 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. HONDA POP 100 Cor Preta Ano 2011 / 2012
Proprietário ROSA FELIX DE MENEZES Nº de Ocupantes 01
Condutor WESLEY FELIX SANTOS Data de Nasc. 19/08/1998
Endereço R. TV UNIÃO Nº 224 Fone (83) 9952-8241
Bairro PLANALTO Cidade NATAL UF RN
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade / / Categoria _____
Local de Trabalho JULIO PISCINAS Fone 9 8729-7569
End. _____ Nº _____ Bairro PLANALTO Cidade NATAL

5 - VEÍCULO 03:

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

6 - VEÍCULO 04:

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

Autenticação Número do Boletim: 94363 Número da Ocorrência: 408458 Data Registro: 07/02/2017 Hora Registro: 08:38:57 Número/Controle: D78798957U

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? Av: ENG. ROBERTO Freire.

Em que sentido? B2 JOL X PONTA NEGRA Em que faixa? ESQUERDA.

Versão do condutor O condutor informa que transitava normalmente
quando foi surpreendido c/ V1 que transitava na
pista da direita e subitamente mudou de pista
sem sinalizar.

Assinatura do Condutor do V1

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava? Av: ENG. ROBERTO Freire

Em que sentido? B2 JOL X PONTA NEGRA Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor O condutor informa que transitava normalmente
na pista da direita ligou o pisca pl/ quando
e mudou de pista nesse momento foi surpreen-
do c/ o colisão de V1 em V2.

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: 94363 Número da Ocorrência: 408458 Data Registro: 07/02/2017 Hora Registro: 08:38:57 Número/Controle: D78798957U

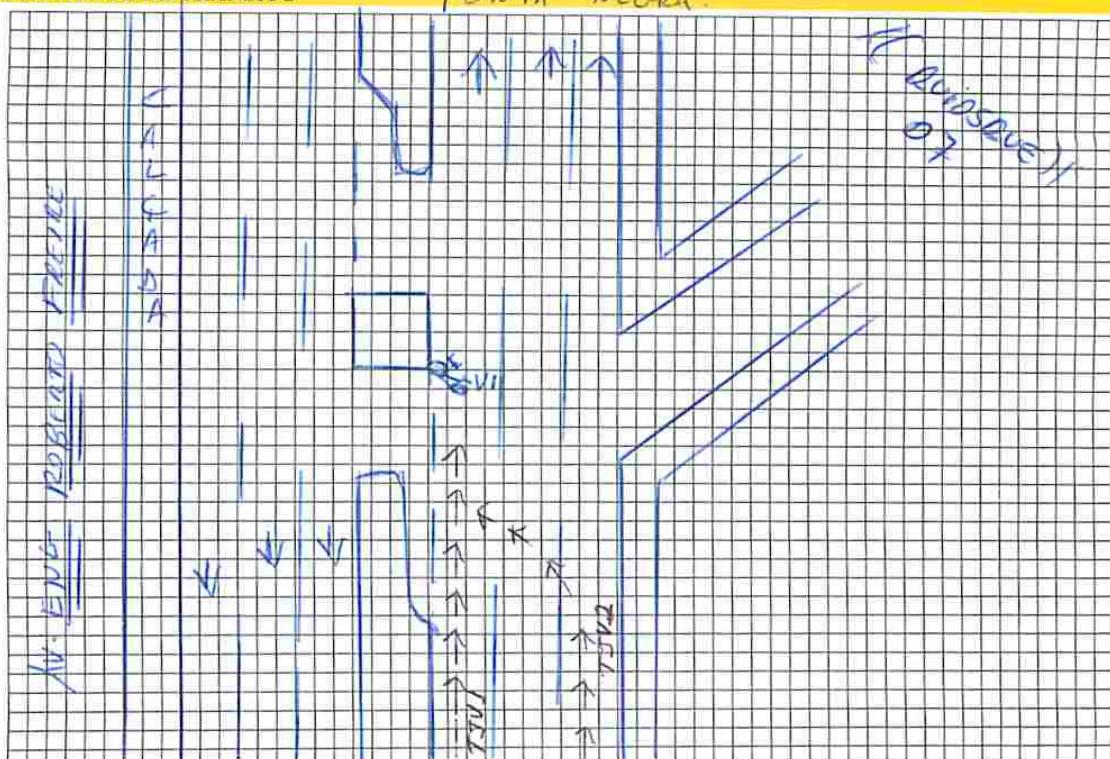
94363

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecedo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" 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 type="checkbox"/> Anoitecedo	<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 e/ 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 checked="" type="checkbox"/> Linha <u>desse</u>
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente	_____	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s) _____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input 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

PONTE NEGRA

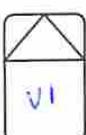


10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

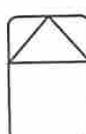
BR 101

AVARIAS DO VEÍCULO 1

PAROL RETROVISORE ESR.
PAINEL PISCIA DIANT LADO D.
PISCIA DIAS LADO ESR.
MANETO E PUMA ESR VERMELHO
EXTUBO CENTRAL
GLIDES : TELEST 12912



AVARIAS DO VEÍCULO 3

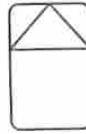


AVARIAS DO VEÍCULO 2

EL LIDERES



AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 - Vitima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Testemunha Presenciou Fato Registro

Nome FCC DOMINGOS DA SILVA
RG Nº 002.641346 Órgão Expedidor SSP/BA Data de Nascimento 21/06/1984
Endereço R. PROF. AUGUSTO DA TRINDADE Nº 26 Fone 9 8775 4416
Bairro NEOPOLIS IDHS. PIRAJUÍ Cidade NAML UF BA
Versão O A TESTEMUNHA INFORMOU QUE MANSINHO FOI MAS DE VI E VISUALIZOU V2 NA FAIXA DA 2100M E LIGOU MAIS DE FAIXA PI COLOCOU E ULTIMOU C/ VI.

Assintura K FRANCISCO DOMINGOS DA SILVA Hora _____

12 - Vitima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: Hosp. das Santas

Testemunha Presenciou Fato Registro

Nome JOSE EUDES DA SILVA
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 25/12/1981
Endereço TRAV. TANTON DE ALMEIDA Nº 130 Fone 9 8884-4653
Bairro PLANALTO Cidade NAML UF BA
Versão _____

Assintura _____ Hora _____

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

Testemunha Presenciou Fato Registro

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

Assintura _____ Hora _____

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

Testemunha Presenciou Fato Registro

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

Assintura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO 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 _____ CÓD/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

→ O Víc. de V2 foi entregue ao SGT. Julho José de Moura
CPF. 02815263431.
→ O Víc. de V1 foi entregue ao SGT. Gilson Oliveira de Souza
CPF. 114.388.334.90 RG 268 003.363540.
→ O Cond. de V1 foi socorrido pela USB/JT ao hospital
obrigado Sorriso.
→ O Cond. de V2 foi multificado no art. 162T n° auto
A.18 125867.

Nome Completo do Agente Adriano Líder de Souza
POSTO/GRAD.: CB PM Nº 2010562 Viatura AG 040 Subunid. A
Local e Data NAML, 28 de 01 de 2017 Assinatura _____

Autenticação Número do Boletim: 94363 Número da Ocorrência: 408458 Data Registro: 07/02/2017 Hora Registro: 08:38:51 Número/Controle: D78798957U Número do Agente de Trânsito



RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLICIAMENTO RODOVIÁRIO ESTADUAL
1º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
SETOR DE TRÁFEGO

Av. Capitão-Mor Gouveia, 924, Cidade da Esperança - Natal - Rio Grande do Norte
Fone:(84) 3232-1514 - E-mail: epresetordetrafego@hotmail.com

Natal/RN, 07 de Fevereiro de 2017.

BOAT nº: 94363

Data: 28/01/2017

Local: Av. Engenheiro Roberto Freire - Capim Macio - Natal/RN

Veículos envolvidos:

- (V-1) HONDA/ CG 125 FAN - MYP 2674
(V-2) HONDA/ POP100 - NOF 5057

De acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, o Condutor de V-2 deixou de observar o que preceitua o artigo 26 - I c/c 162 - I ,28 e 34.

Alan Bruno Braz Santos Cap. QOPM
Mat. 194.148-8

CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO

Verificação de autenticidade na internet: <http://www.pm.rn.gov.br> na tela de consulta de boletim.

Autenticação Número do Boletim: 94363 Número da Ocorrência: 408458 Data Registro: 07/02/2017 Hora Registro: 08:38:57 Número/Controle: D78798957U

*Somente possuem valor legal os pareceres que estejam assinados pelo chefe do setor ou auxiliar.

germe



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE	JOSE EUDES DA SILVA						
DATA DE ENTRADA	28/01/2017 HORA 08:42 N° BAA 234302						
IDADE	35	SEXO	M	ETNIA	Pardo		
CARTÃO SUS	209307344960005		ESTADO	Solteiro(a)			
CPF	035.644.384-16 RG 1920671 - SSP						
NOME DA MÃE	MARIA LINDALVA DA SILVA						
NOME DO PAI	MANOEL ANTONIO DA SILVA						
NASCIMENTO	25/02/1981						
TELEFONE	(84) 8790-2393						
RUA/AV.	Rua Trairi N° 225 A						
COMPLEMENTO	-						
CEP	59072-320						
ORIGEM	Ambulância - SAMU						
ACID. DE TRABALHO	Não USUÁRIO Erivaldo						
MOTIVO	Acidente de Trânsito / Moto - Moto						

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente bife de colhos Motociclista, operando escorregão em mato e dor em ambos os joelhos. Algo perdeu de consciência, não lembra bairros. Físico Alterado.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Voz clara plena
- B Respiração regular
- C Abdomen firme hipertermia
- D Pupila 15
- E

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Abdome flácido indolor

Tórax estabil. N. S. S. Alterado

Pele normal

RAIOS-X

Realizado em: 11 Hora:

Técnico:

Lat 90%

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL
	140x100			18	67	15	

DIAGNÓSTICO INICIAL

Trauma no ombro.

CID ORIGINAL

Copyright © 2017 | Sistema Amazing | (84) 99613-4442

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)			
A			
B			
C			
D			
E			
A (ALÉRGIAS):	Nego		
M (MEDICAÇÃO EM USO):			
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):			
L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS):			
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAÚMA):	strel - pedo		
V (PASSADO VACINAL):			
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM):	Rx torax AV Rx abdome E AV Rx Abdome E AV e peritoneal		
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS			
(Vários) OUTROS			
CONDUTA PRIMÁRIA: (MED. DAÇÕES E PROCEDIMENTOS)			
Rx torax de exp. P.M. 03/54 Pedro Paulo profundo. Assistir ao exame cirúrgico			
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM			
Rx torax de exp. P.M. 03/54 Pedro Paulo profundo. Assistir ao exame cirúrgico			
Rx torax de exp. P.M. 03/54 Pedro Paulo profundo. Assistir ao exame cirúrgico			
Rx torax de exp. P.M. 03/54 Pedro Paulo profundo. Assistir ao exame cirúrgico			
Rx torax de exp. P.M. 03/54 Pedro Paulo profundo. Assistir ao exame cirúrgico			
Rx torax de exp. P.M. 03/54 Pedro Paulo profundo. Assistir ao exame cirúrgico			
Assinatura e Carimbo do Responsável			
Assinatura e Carimbo do Responsável			
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE			
ESPECIALISTA 1:	Dr. Pedro	HORA: 09:25h	DATA: 28/01/17
ESPECIALISTA 2:		HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:		HORA:	DATA:

ALUNO/INSTRUÍDO/PORTEIRO/BÁSICO DE VIDA: 1- AVALIE A RESPONSIVIDADE DA VITIMA; 2- PEGUE A UNDA E OUTRA OSSEOS (NUDE MAIS FORA DO HOSPITAL) E PEÇA UM DESFIBRILADOR/IDEA; 3- ABRA A VIA AEREA; 4- AVALIE A RESPIRAÇÃO (VER OUVIR, SENTIR); 5- SE APNEIA, APlique UMA VENTILAÇÃO DE RESGADE (DISPOSITIVO BOLSA VALVA, MÁSCARA); 6- AVALE PÚSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACENTEL 7- SE UMA RITMO CARDÍACO E CHOCAR; 8- APLIQUE E CHOCAR 120/140 JPS DE BIFUSCOL RENÍGUE RECUP. 9- RITMO NÃO CHOCÁVEL: REANIMAR; 10- RITMO CHOCÁVEL: REANIMAR; 11- AVALE O RITMO A CADA 5 CICLOS; 12- PARAR ACTUAR QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR; 13- COLOCAR A EMPOSSADA DE RECUP.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

Acidente com o
em 06-06-06 (E) e pós
9-01-06 no HU.

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Gasto coluna (E)

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

RK 06-06-06 (E) APIPO 71 f/f

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

(E) ATNG

(E) A/H:

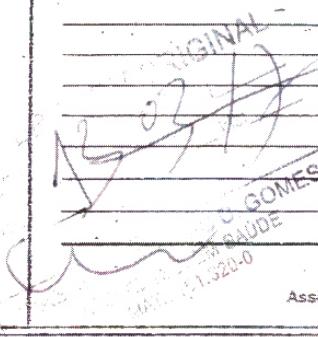
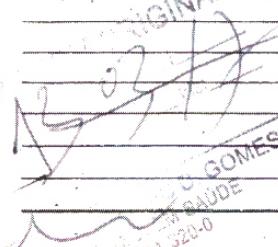


ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Dr. Elison Miranda
Ortopedista
CAPM 6301 TOT 13802

12/03/06

DR. ELISON MIRANDA

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	LABORATÓRIO
OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p style="text-align: center;">Assinatura e Carimbo do Responsável</p> 	
<p style="text-align: right;">Assinatura e Carimbo do Responsável</p> 	
DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA:
SAÍDA:	DATA: / / HORA:
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:
ÓBITO:	DATA: / / HORA:
Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/>	S.V.O: <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
Médico (Carimbo)	
 Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação	
DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA:
SAÍDA:	DATA: / / HORA:
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:
ÓBITO:	DATA: / / HORA:
Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/>	S.V.O: <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

SINISTRO 3170149912 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE EUDES DA SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO CLEIDIO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
- ME

BENEFICIÁRIO JOSE EUDES DA SILVA

CPF/CNPJ: 03564438416

Posição em 20-04-2017 15:36:46

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

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
13/04/2017	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

