



Número: **0814326-39.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **18/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RENNIER HORRAS LIMA DA SILVA (AUTOR)	FABIO MACHADO DA SILVA (ADVOGADO)
PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10021750	08/04/2017 22:00	<u>PROCURAÇÃO + DOC PESSOAL</u>	Procuração
10021751	08/04/2017 22:00	<u>PRONTUARIO MEDICO</u>	Documento de Comprovação
10021752	08/04/2017 22:00	<u>BO</u>	Documento de Comprovação
10021753	08/04/2017 22:00	<u>DOC VEICULO + PEDIDO ADM</u>	Documento de Comprovação

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Renier Henras Lima da Silva, brasileiro (a),
solteiro, portador do RG nº 3014757 e CPF nº
098.825.161-75, residente e domiciliado a
Rua: Aley, N° 678, Centro, Ceará - Mirim - RN

OUTORGADOS:

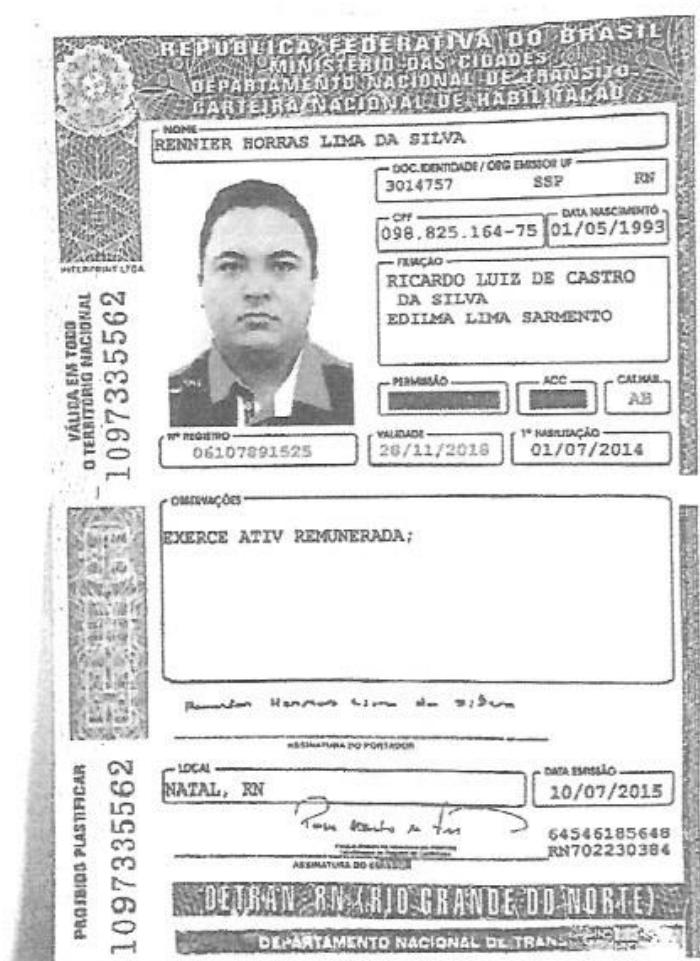
FÁBIO MACHADO DA SILVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 7594, RANIÈRE MACIEL QUEIROZ EMÍDIO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-RN 9.089 e ADRIANA MARIA FERREIRA DE SOUZA, solteira, bacharel em direito, inscrita no RG Nº 001.487.572 SSP/RN, ambos com endereço profissional à Av. Raimundo Chaves, 1436, B. Candelária, Natal/RN.

PODERES:

Para o foro em geral, com as cláusulas **AD JUDICIA ET EXTRA**, para praticar todos os atos judiciais e administrativos, **IN SOLIDUM** ou cada um de **PER SI**, e independente de ordem de nomeação, agir em defesa dos interesses do Outorgante, podendo propor as ações judiciais competentes como Autor ou Réu, Assistente ou Oponente, Embargante ou Embargado, e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até o final da decisão, usando os recursos legais que se fizerem necessários e o acompanhado até o final do julgamento, que confere ainda os poderes amplos e gerais, irrevogáveis, bem como poderes expressos para acordar e assinar termos, conferindo-lhe ainda, para receber citação inicial, firmar compromissos e/ou acordos, discordar, concordar, confessar, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo e/ou fora dele, representando-os junto a qualquer Tribunal Judicial de primeira a última instância, como também, nos órgãos da Administração Direta, Indireta, Autárquica dos Governos Federal, Estadual e/ou Municipal, sendo o presente instrumento de mandato, oneroso e contratual, podendo ainda renunciar ou substabelecer esta, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Ceará - Mirim/RN, 31 Agosto de 2015.

X Renier Henras Lima da Silva
OUTORGANTE



Scanned by CamScanner





EDILMA LIMA GARMENTO

CPF: 904 541 544-53 NIS: 16000535244

CNPJ da Empresa: 01.000.000/0001-00

Endereço: Rua Mimos, 102, Centro, 17.000-0000 - CE

CNPJ: 032411000244 | IFT: 20001980 | www.cosern.com.br

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA:

CENTRO/ÁREA URBANA
CEARA/MIRIM/RN
59570-000BT RESIDENCIAL
BANCA RENDA-COMING
MINHASCIDOData de Abertura: 001311987 Data de Fecho: 26/06/2015
ÚNICA 26/06/2015
26/06/2015 0000729324 176422

DATA DO VISTO: 03/07/2015 REVISÃO: 06/2015

Data de Emissão: 03/07/2015 Data de Vencimento: 27/07/2015

TOTAL DA FATURA: 124,47

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QTD/UNIDADES	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo 000 10.457 kWh	0 0000000	0,16 0,00413	6,19
Consumo Ativo superior a 00 000 100 kWh	0 0000000	0,28122202	20,59
Consumo Ativo superior a 00 000 220 kWh	120,0000000	0,42690454	52,43
Consumo Ativo superior a 220 kWh	21 0000000	0,48653898	10,19
Acréscimo Bandeira VERMELHA			13,05
Contribuição Iluminação Pública			11,50
ICMS-Parcela Subvençãada			5,64
Multa por atraso-NF: 001340907 - 27/04/15			3,74
Juros por atraso-NF: 001340907 - 27/04/15			2,24

TOTAL DA FATURA: 124,47

RESUMITIVO DE CONS. JUNTO D'uma NOTA FISCAL									
Nº DO MOVIMENTO	TIPO DA FUNÇÃO	DATA 27/06/2015	ANTERIOR LEITURA m³/mês/00	BATA ATUALIZADA	AT L LEITURA m³/27/2015	DIAS 30	Nº DE CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (m³/m)
							1.00000		241,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO									
MÉDIA (m³)	CONSUMO (m³)	PERÍODO (m)	VALOR (R\$)						
ABR15 241	base m3	1	Carregão de Energia 46,35 46,35						
MAR15 265	atualizad	1	Impressões 1,00 1,00						
ABR15 359	TCMS	10/15 1,26 1,27	Descontos da Cosern 21,43 21,43						
MAR15 268	PIS	10/15 5,49 5,49	Encargos Salariais 7,01 6,93						
FEV15 216	COFINS	10/15 5,49 5,49	Tributos 23,32 23,40						
JAN15 254			Total 137,18 137,18						
DEZ14 335									
NOV14 260									
OUT14 287									
SET14 264									
AGO14 262									
JUL14 322									
JUN14 369									

20A3F409 0010 0AB0 8324 75BA EF91 9105

O pagamento da fatura deve ser feito em até 30 dias corridos, contados a partir da data da emissão da fatura. Caso o vencimento da fatura seja posterior a 25 de junho, deve ser paga a multa de 2% ao mês, calculada sobre o valor da fatura. Descontos e/ou encargos só serão aplicados na fatura de energia que tiver o vencimento entre 10/06/2015 e 27/06/2015. O consumo é computado quando há uso de aparelhos de gás de cozinha, fogões, fornos, churrasqueiras, etc. e pagas as taxas de consumo correspondentes. O consumo é suspenso quando não há uso de aparelhos de gás de cozinha, fogões, fornos, churrasqueiras, etc. e pagas as taxas de consumo correspondentes. O consumo é suspenso quando não há uso de aparelhos de gás de cozinha, fogões, fornos, churrasqueiras, etc. e pagas as taxas de consumo correspondentes.

ATENÇÃO! A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Comunicação de débito automático (CDA) de energia elétrica

1 Vendo
estávamos Detalhe Valor Venda Entrega Vídeo

Respeitado o prazo para o fim da duração da fatura anterior de energia elétrica e a suspensão do fornecimento, não haverá cobrança de débito automático (CDA) e CEFAC, caso não haja consumo residual. Esta comunicação não substitui o aviso de débito automático. Lembrando que não há débito automático se o cliente estiver com processo judicial que possa ser estabelecido após o seu processo.

Foi emitido desconto em 2014, e
neste resultado não aparece, mas o
consumidor pode ter direito a esse
desconto, caso tenha usado
fornecedores que não realizaram
Ley 12.300/01. Este desconto deve
ser resarcido ao consumidor.
O valor descontado é de R\$ 100,00.
O consumidor pode solicitar
esta devolução ao fornecedor
que realizou o desconto.

CONSUMO	VALOR ESTIMADO	VALOR MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
0,45	4,07	12,58	35,00	
0,00	0,00	0,00	0,00	
0,31	2,21	6,63	19,20	

TENSÃO MATERIAL (V)	UNIDADE DE VARIACAO (V)
220	201 231

BOLETIM DE COMUNICACAO



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE
DATA DE
ENTRADA

RENNIER BORRAS LIMA DA SILVA
23/07/2015 HORA 09:36 N° BAA 108872

IDADE
CARTÃO SUS

22 SEXO M ETNIA Pardo
165676988890004 ESTADO CIVIL Solteiro(a)
098.825.164-75 RG 3014757 - SSP

CPF
NOME DA MÃE

EDILMA LIMA SARMENTO

NOME DO PAI

NASCIMENTO

01/05/1993

TELEFONE

(84) 9104-5644

RUA/AV.

AÇU Nº 678

COMPLEMENTO

CONJ. NOVOS TEMPOS

CEP

59570-000

ORIGEM

Ambulância - SAMU MOTIVO Acidente de Trânsito / Moto - Carro

ACID. DE TRABALHO

Não USUÁRIO Josilma

NATURALIDADE Natal-RN

PROFISSÃO Auxiliar administrativo

BAIRRO Centro

CIDADE Ceará-Mirim-RN

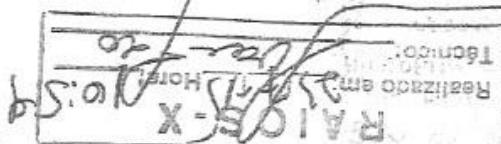
HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)
Paciente vítima de acidente moto - carro, condutor da moto, trafegava a apox 60 Km/h, fazia uso de capacete. Nega perda de consciência e cervicalgia bem como náuseas e alternações visuais na cena. Quixava-se de dor em M.D. Traçado pelo SAMU, natural VSB. Sinais vitais na cena: 140 x 75 mmHg; FC: 82 BPM; FR: 201 RPM. Em tempo - Acidente ocorrido apox as 06:45h de hoje.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Perneira, nega cervicalgia, manutenção espontânea do percoço
- B Euporeico, não simétrico, sem RH. FR: 201 RPM
- C Hemodinamicamente estável RCR: 2T, BNF: 0/5 sopros FC: 86 BPM
- D Orientado, nível ECG: 15 Pupilas inconígras
- E Laceração em "fogo distal antero" de perna direita e frimento de calcâneo (1).

OUTRAS OBSERVAÇÕES

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL/RN, 18/08/15
GZ



HORA	SESSÃO	PRESA M. N. 1808872 ARTERIAL	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID



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

RECEITUÁRIO

NOME Reinier Borges LIMA MATRÍCULA 29.51104

RESUMO DE ALTA:

Ponti olho esquerdo no PSCS em 23/07/2015 motivo da coluna moto com oponente tocando em fogo distal inferior da perna direita e ferimento de estacas (1), submetendo ferimentos da perna molt. evolução com edema seu ferimento.

Após operação

Molhem oftálmico

fendura em hemicírculo, sem ócclusão.

Feche olho hospitalo hoje com ombro

DATA

02/08/2015

Dr. Getúlio Marinho
M.R. Cirurgia Geral
CRM-RN-7333

MÉDICO + CRM

FUMAR FAZ MAL À SAÚDE - USE CINTO DE SEGURANÇA
PILOTE SEMPRE COM CAPACETE - NÃO BEBA AO DIRIGIR
ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walneido Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DIVISÃO DE ENFERMAGEM

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome:

Reg. N°

Diagnóstico pré-operatório:

Indicação terapêutica:

INTERVENÇÃO

INÍCIO:

Fin:

Duração:

Operador:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

04/30/2017 8:30 (3)

19:39

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL/RN, 18/08/15
G1
SESAP. MAT. N° 132082

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Via de acesso – Incisão – Aspecto nos órgãos e lesões encontradas – Técnicas empregadas
e descrição dos processos – Ligaduras e suturas empregadas – Drenagem – Curativos

Diagnóstico Operatório – Prognóstico Operatório – Obs.:

- 01- Desidratação severa do organismo / anestesiada
- 02- Aproximação da omentoplastia do vaso interventicular
do córpora D. c/ Uvexil 2-0, catgots monofilicos
- 03- Suturação de retalhos fasciais e
sobreviva 2-0, bruns monofilicos
- 04- Aplicação de hidrojárc 1:6 nos quadrantes
- 05- Suturação cutânea c/ Uvexil 2-0, catgots
monofilicos
- 06- Aproximação do retalhos do retalho c/ Uvexil
2-0 + ligura cutânea c/ Uvexil 2-0
- 07- Suturação do fôrato / levantamento D. c/
Uvexil 2-0 + Uvexil 2-0
- 08- Curativo e instalação de grana em forma de

ESTE HOSPITAL É MEU, É SEU, É NOSSO.

Dr. Edel Bezerra P. de Aguiar
Médico CRM-RN 3730
Cirurgião Plástico ABCP



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

NOME: Fernand B. Lima da Silva ENF. 4. LEITO: 430
IDADE: 22 PESO: 60 ALTURA: 1,70 N° REG.: 1053384
DIAGNÓSTICO: _____
TMB. NC: _____
DIETA: lívre _____

EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

DATA	TODA ANOTAÇÃO DEVE SER ASSINADA PELO NUTRICIONISTA QUE FEZ
27-01-2015	Paciente vítima de acidente moto-carrinho. Negou ferida de concussão e cervicalgia, bem como náuseas e alterações mentais. Auscultação de dor no torso. Sigue comido para dentro de casa, por quebras. Apetite premenstrual. D.G. Fazendo conduta manutenção. Observar Marilia Cristina da Silva Nutricionista CRN 6 8774
26/01/15	Paciente desidratado constante, desidratado. Desidratação ambiental. Perde peso 40kg. Itens adicionados a dieta: 100g de leite
	<p>CONFERE COM ORIGINAL</p> <p>NATAL/RN, <u>18/08/15</u></p> <p><u>CF</u></p> <p>SESAP. MAT. N° <u>1820827</u></p>

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



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

FICHA DE ACOMPANHAMENTO SOCIAL

Enfermaria: _____ Leito: _____

UTI: _____ Leito: _____

Data de admissão: 23 / 07 / 15

Alt: _____ / _____ / _____

1. Identificação

Nome: Rennier Horras Jumar de Silva Naturalidade: Pearl Flutim - RN
Idade: 22 Sexo: Masculino Feminino Data de Nascimento: 01/05/1993
RG: 3.014.757-2N Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: Busto Médio
FILIAÇÃO: PAI: Ricardo Lautz de Castro da Silva
MÃE: Edilene Tavares Sacramento Cidade: Pearl Flutim - RN
Endereço: R. Jacu, 678 - Bairro Novos Tempos Cidade: Pearl Flutim - RN
Telefone: (84) 99135-5421 Residencial Trabalho Recado
Contato: O pai Outros telefones: 991.04-5644 - Kelly (irmã)
Responsável pelo paciente: O pai Parentesco:
Endereço do Responsável:

2. Situação Ocupacional do Paciente e Vinculação Previdenciária

Atividade que desenvolve: Aux: Administrativo

Trabalha com vínculo empregatício Sim Não

Aposentado Sim Não Benefício da LOAS Sim Não Renda:

Composição familiar: Tem 26 irmãos. Desde cedo

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL/RN, 18/08/15
CA
SESAP MAT. N° 112087

3. Forma de Acesso ao Serviço

Sozinho - procurou atendimento Trazido por familiares

Trazido pelo SAMU

Socorrido em via pública

ENCAMINHADO: Hospital de origem:

Médico: _____

4. Paciente encontra-se nos requisitos para ter acompanhamento?

Sim Não

Em caso positivo, qual o motivo? _____

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

Permaneço internamento neste hospital vítima de acidente de trânsito. Trauma no crânio (crac).
Quando só tolne hospital + documentos
eletrocas

22/07/15 - anexado: Comprovante Residência e Cart. Notimérito

Hospital mantido com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

ESTE HOSPITAL É MEU, É SEU, É NOSSO.



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

RECEITUÁRIO

NOME Renan R. Corrêa MATRÍCULA 29.51104

Exame de Plata:

Painel deu resultado no Pcs em
23/07/2015 número de coluna insta-
ção, operando veículos em rep-
sítol interior da sua clínica e
fumada de estômes () submetido
porque de forte mal-estar.
Foi feito um exame.

pegs olhos
máis olhos
fazem em seu ofício, não tem
fogos.
Foi o hospital que com acha-

eez

DATA _____

Dr. Getúlio Marinho
CRM: 0109617301
MÉDICO - CRM

FUMAR FAZ MAL À SAÚDE - USE CINTO DE SEGURANÇA
PILOTE SEMPRE COM CAPACETE - NÃO BEBA AO DIRIGIR
ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL/RN, 18/08/15

At
SESAP, MAT. N° 1920827



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

Nome: Karina Guimarães da Silva N° Registro: _____
Serviço: _____ Idade: _____ Letra: _____

DATA	EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR
25/10/15 2015	<p>* Ex. Geral</p> <p>paciente evolui bem e tem febre alta. sangramento</p> <p>Preservativo.</p> <p>sep s - oftac</p> <p>mal s - oftac</p> <p>fo na nsgd por fator de risco.</p> <p>cd. monholo</p>
26/10/15 2015	<p>* Ex. Geral</p> <p>paciente evolui bem estabilizado</p> <p>Julioz. sente dor no peito e febre alta.</p> <p>sesap. mal s - oftac</p> <p>fo na nsgd por fator de risco.</p> <p>cd. monholo</p>
27/10/15 2015	<p>* Ex. Geral</p> <p>paciente evolui bem total pcc</p> <p>julioz. sente dor no peito e febre alta.</p> <p>sep s - oftac</p> <p>mal s - oftac</p>

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



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

Nome: _____ N° Registro: _____
Serviço: _____ Idade: _____ Leito: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente com dor abdominal
longa duração, episódios de
anorexia e Vômitos.

Abdome flaco, flácido, doloroso
mildly (1).

VST ⇒ Gastroite letitiosa.

Dr. Edmar Oliveira
Médico

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL/RN, 18/08/15
CA
SESAP. MAT. N° 19208771

ESTE HISTÓRICO É SEU É MEU É NOSSO



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO - 1053384



PACIENTE	RENNIER BORRAS LIMA DA SILVA		
CARTÃO SUS	16567698889004	Nº	1053384
IDADE	22	SEXO	M
NOME DA MÃE	EDILMA LIMA SARMENTO		
NOME DO PAI			
RUAV.	AÇU	Nº	678
COMPLEMENTO	CONJ. NOVOS TEMPOS		
CEP	59570-000	BAIRRO	Centro
ESPECIALIDADE	Cirurgia Geral	UNIDADE	Politrauma
USUÁRIO	Zilvan	CIDADE	Ceará-Mirim-RN
		LEITO	009

09/08/15
Dr. Vanis Nunes

ADMISSÃO 23/07/2015 22:05 ALTA _____ ÓBITO _____ DIAS DE PERMANÊNCIA _____

DIAGNÓSTICO INICIAL *Funso costitucional*

DIAGNÓSTICO FINAL

*Peculiar obs intrínseca no pesc
em 23/07/2015 visto que no
admitido não copiou
exames - Vizinhos fizeram
doutrinação - exames feitos
havia normal - suspeita
FD num óbito
Morte obs óbito Recife Arge*

Natal,

09/08/15

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL/RN, 18/08/15

GZ

SESAP, MAT. N° 192083

Assinatura do médico responsável - CRM

Bob

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL	CNES 2653923
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL	CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE RENNIER HORRAS LIMA DA SILVA	DATA DE NASCIMENTO 01/05/1993	SEXO MASCULINO	Nº DO PRONTUÁRIO 1053384
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 16567698889004		RAÇA/COR PARDO	ETNIA
NOME DA MÃE EDILMA LIMA SARMENTO		DDD (84) 9104-5644	TELEFONE DE CONTATO
RESPONSÁVEL		DDD	TELEFONE DE CONTATO
ENDERECO (LOGRADOURO, Nº, COMPLEMENTO) AÇU, 678, CONJ. NOVOS TEMPOS.	MUNICÍPIO DE PROCEDÊNCIA CEARÁ-MIRIM	UF RN	CEP 59570-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	CONFERE COM ORIGINAL NATAL/RN, 18/08/15 CH SESAP, MAT, N°1820872		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO			
PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVA DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOC.
DIAGNÓSTICO INICIAL			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRÍPCAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
CLÍNICA POLTRÁUMA	CARÁTER DA INTERNAÇÃO	DOCUMENTO () CNS () CPF	Nº DOCUMENTO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE PLANTONISTA		DATA DA SOLICITAÇÃO 23/07/2015 22:05	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

ACIDENTE () TRÂNSITO () TRABALHO TÍPICO () TRABALHO TRAJETO	CNPJ DA SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE
	CNPJ EMPRESA	CNAE DA EMPRESA	CBOR

VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	AUTORIZAÇÃO INTERNADA HOSPITALAR
DOCUMENTO () CNS () CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
DATA DA AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	

AUDIÇÃO P/USO DE BÁSICO E FONÉTICO: ESTÁ FONÉTICAMENTE NORMAL. A FONÉTICA É CORRETA, P/USO DIA- A-DIA E P/USO PROFISSIONAL. O FONÉTICO PODE SER USADO P/USO DIA- A-DIA. O FONÉTICO P/USO DIA- A-DIA.

4-AVALIA RESPIRAÇÃO: NADA. 5-EPITRÍX: NADA. 6-EPITRÍX: NADA. 7-EPITRÍX: NADA. 8-EPITRÍX: NADA. 9-EPITRÍX: NADA. 10-EPITRÍX: NADA. 11-EPITRÍX: NADA. 12-EPITRÍX: NADA. 13-EPITRÍX: NADA. 14-EPITRÍX: NADA. 15-EPITRÍX: NADA. 16-EPITRÍX: NADA. 17-EPITRÍX: NADA. 18-EPITRÍX: NADA. 19-EPITRÍX: NADA. 20-EPITRÍX: NADA. 21-EPITRÍX: NADA. 22-EPITRÍX: NADA. 23-EPITRÍX: NADA. 24-EPITRÍX: NADA. 25-EPITRÍX: NADA. 26-EPITRÍX: NADA. 27-EPITRÍX: NADA. 28-EPITRÍX: NADA. 29-EPITRÍX: NADA. 30-EPITRÍX: NADA. 31-EPITRÍX: NADA. 32-EPITRÍX: NADA. 33-EPITRÍX: NADA. 34-EPITRÍX: NADA. 35-EPITRÍX: NADA. 36-EPITRÍX: NADA. 37-EPITRÍX: NADA. 38-EPITRÍX: NADA. 39-EPITRÍX: NADA. 40-EPITRÍX: NADA. 41-EPITRÍX: NADA. 42-EPITRÍX: NADA. 43-EPITRÍX: NADA. 44-EPITRÍX: NADA. 45-EPITRÍX: NADA. 46-EPITRÍX: NADA. 47-EPITRÍX: NADA. 48-EPITRÍX: NADA. 49-EPITRÍX: NADA. 50-EPITRÍX: NADA.

AVALENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

*frases em um círculo estes estes
de partes muito em cima de cima*

EXAME FÍSICO

Mecanismos extensor integros

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Rc d' Atts

EXAMES COMPLEMENTARES: RADILOGIA E IMAGEM

LABORATÓRIO DE ANAIS CLÍNICAS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

02/11/12 do ortoped

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

*CONFERE COM ORIGINAL
NATAL/RN, 18/10/81/5*

SESAC MAT. N° 1820825

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASCOW

Elemento Glascow (PTS)	
Olhos abertos espontaneamente	4
Olhos abertos com estímulos dolorosos	3
Olhos fechados e perda de reflexo pupilar	2
Olhos fechados e perda de reflexo pupilar, sem respostas a estímulos dolorosos	1
Sopro respiratório	0
Respiração regular vertical (RRV)	
Oscilação (desconexão temporária e incomunicável) (não perdeu cultura ou nome, reconhece voz e se comunica, é consciente e orientado)	5
Oscilação (desconexão temporária, mas não no nível desorientação e confusão)	4
Patologia neurológica (função intelectual, mas sem lesão cerebral focalizada)	3
Sono intermitente (desconectado com reflexos polares)	2
Sono contínuo	1
Asfixia	0
Movimento muscular espontâneo (MES)	
Consciência à estimulação verbal, fala claramente quando lhe é questionado	4
Lacrimação dolosa	3
Respiração espontânea	4
Patologia fisiológica (respiratória)	3
Patologia endócrina (glicose sanguínea)	2
Seta respiratória contínua	1
Total	

ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - PTS

ESCALA DE COMA DE GLASCOW	PONTUAÇÃO
12-15	4
11-10	3
6-10	2
4-3	1
0-2	0

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	PONTUAÇÃO
>20	1
12-20	2
6-12	3
1-5	4
0	5

PRESSÃO ARTERIAL SISTÔMICA	PONTUAÇÃO
>90	1
75-90	2
60-75	3
1-50	4
0	5

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2003)*

01-Integro (consciência e independente)
02-Modificado,
03-Moderado,
14-15-Grave

Referência: TEASDALE G, JOLY H, ET. S.
Assessment of coma and impaired consciousness: A practical scale. Lancet,
1974, 2:81-84

* A escala principal aplica-se a doentes que apresentam perda de consciência com duração entre 30 segundos e 30 minutos. Na Escala Glascow é utilizada no doente que desaparece a intensidade de responde ao chamado com palavras diferentes.

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL, REQUISIÇÃO DE EXAME E TOLIA DE PRESCRIÇÃO E ANEXE AO BOLETIM.

A	
B	
C	
D	
E	

A (ALERGIAS): Nega

M (MEDICAÇÃO EM USO): Nega

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): Nega

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS): Gas, suco

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): Via urbana colisão moto-carro S=60 km/h

V (PASSADO VACINAL): Desconhece.

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

- Radiografia de Joelho Direito AP e oblíqua.
- Radiografia de Perna e Tornozelo Direitos, em PA e oblíqua.

LABORATÓRIO DE ANALISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

CONSULTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS MÉDICOS)

① 01/08/15: 30m Glicolal

CRM-RN 7808

② Tiamadol 100mg/02ml - os PA +

100 ml de SF C,91, IV, agora.

③ Planil. Iampf AP, EV

CRM-RN 6290

3- Ciprofloxacino 400

mg - 01 Amp +, IV, 1a/12 H.

CRM-RN 6290

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL/RN, 18/08/15

SFCAP. MAT. NM 524827

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: Ortopedia

HORA: 11:30

DATA: 23/08/15

ESPECIALISTA 2:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

CRM-RN 6290

MÉDICO (CARIMBO)

CRM-RN 6290

O encaminhamento do boleto de encaminhamento produz esse ato em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fideliados e protege o promotor da solidão, contribui para a melhoria da assistência no SUS.



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 TRÂFEGO

Rua Porto de Imbituba, s/n, Conjunto Santa Catarina, Potengi - Natal - Rio Grande do Norte
Fone: (84) 3232-1514 - E-mail: cpresetordetrafego@hotmail.com

Natal/RN, 31 de Julho de 2015.

BOAT nº: 87607

Data: 23.07.2015

Local: Rua Açú -- Ceará-Mirim/RN

Veículos envolvidos:

(V-1) FIAT/ DOBLO EX - HXD 2617
(V-2) HONDA / CG 150 TITAN KS - MYX 4522

De acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, o condutor de V - 1 deixou de observar o que preceituam os artigos 26-I, 28 e 34.

Tony Swamann Vale Castro Cap. QOPM
 Mat. 170.077-4
CHEFE DO SETOR DE TRÂFEGO

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

Número da ocorrência: 731308 Data/hora registro: 31/07/2015 10:12:26
Número/código: SY3HNWW7NV1XGUTYRZIK

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

gome



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 87607

1 - LOCAL E DATA

Local Rua Aci Bairro Centro P. Ref. Enfrente a Rua N° 72
Cidade/UF Pecém - Mucum Hora de registro 07:00 Dia da semana QUINTA
Data 23/10/2015 Hora do acidente 06:15

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi HXP-2617 Cidade Pecém - Mucum UF RN
Marca/Mod. Fiat Dobló EX Cor Cinza Ano 2012/2013
Proprietário José Henrique Marinho da Silva Nº de Ocupantes 2
Condutor O Melvino Data de Nasc. 22/09/1981
Endereço Av. Dr. JACENTE Jardim - Pecém/CE N° 399 Fone 99111-3956
Bairro Pecém Cidade _____ UF RN
CPF N° 043.376.984-00 CNH N° 03213660138 Validade 19/10/2019 Categoria B
Local de Trabalho Indústria Fone O Melvino
End. O Melvino N° 399 Bairro Centro Cidade Pecém - Mucum

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi MYX-4522 Cidade Pecém - Mucum UF RN
Marca/Mod. _____ Cor Verde-Claro Ano 1
Proprietário José Henrique Marinho da Silva Nº de Ocupantes 1
Condutor José Henrique Marinho da Silva Data de Nasc. 01/05/1993
Endereço Rua 100 N° 678 Fone 99135-5421
Bairro Pecém - Mucum Cidade Pecém - Mucum UF RN
CPF N° 098.825.164-75 CNH N° 0610189.525 Validade 20/11/2018 Categoria B5
Local de Trabalho RISCOS ENTRETENIMENTOS Fone 3274-2642
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano 1
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ / / _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____
End. _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano 1
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ / / _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

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

Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

Nome DENICE HADDEY NOVAES SICOF Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 01/05/1993
 RG Nº _____ N° 678 Fone _____
 Endereço Rua Aco Cidade Cedro-Maria UF ES
 Bairro Cas. Novo, Tempo Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

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

Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

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

Assinatura _____ Hora _____

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

Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

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

Assinatura _____ Hora _____

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

Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

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

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

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

16 - IMAGENS / FOTOS SIM NÃO AUTUAÇÃO SIM NÃO ATEN. CÓD/DESD

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

*Sou testemunha que ao chegar no local condutor de V2 fez fumaça
 fumado fumaça sobre placa? hospital Dr. Pedro Góes
 fumaça de círculo negro fumar fumaça amarela de fumaça
 de cigarro e fumar o fumado*

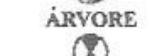
Nome Completo do Agente Fábio Machado da Silva
 POSTO/GRAD. PM PM Nº 92.093 Natura 018 Subunid. SGRE-Roma-Maria
 Local e Data Cedro-Maria, de Julho de 2015. Assinatura do Agente de Trânsito

<input type="checkbox"/> Amanhecedo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Perno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input checked="" 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"/> Aclice Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Neblina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclice 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 Ingreme	<input type="checkbox"/> Olcosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enxameada	<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"/> Entracamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

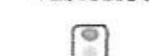
9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



ÁRVORE



VESTÍGIOS



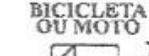
SEMÁFORO



PEDESTRE



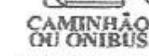
BICICLETA OU MOTO



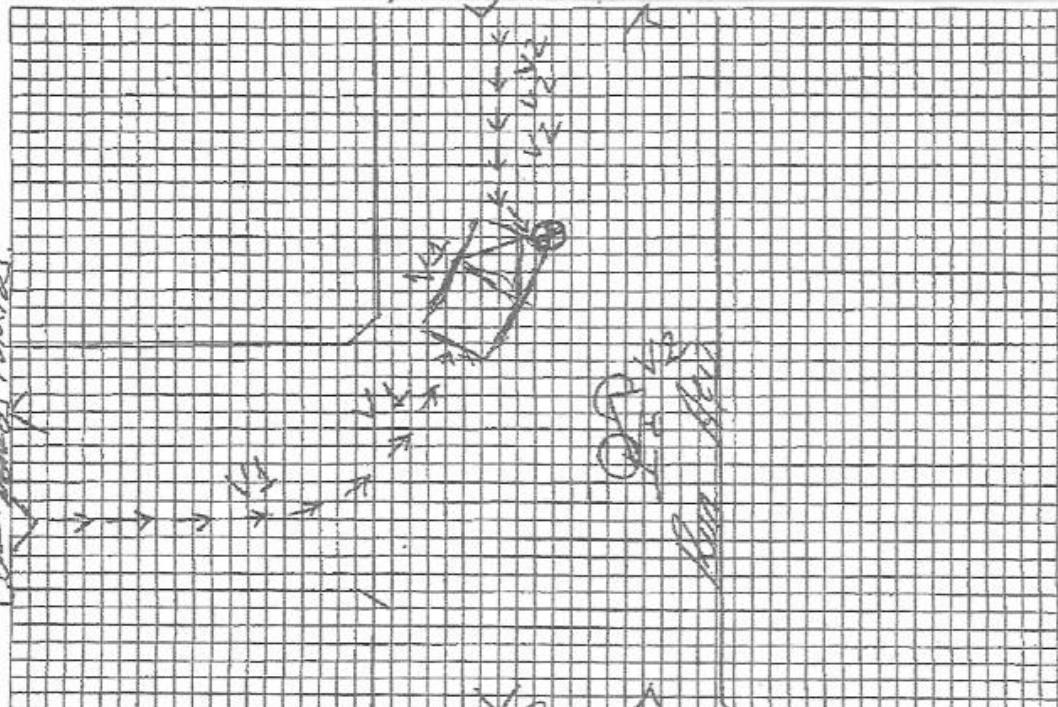
CARRO DE PEQUENO PORTO



CAMINHÃO OU ÔNIBUS



CARRETA



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1 *Transcrito: Pneu dianteiro direito, pneu traseiro direito, farol direito, capô.*



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 2 *Pneu Dianteiro esquerdo, Pneu Traseiro esquerdo, capô, farol esquerdo, pedal de freio, retrovisor esquerdo, farol, para-brisas.*



AVARIAS DO VEÍCULO 4



7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Versão do condutor

*Kleber Almeida Ferreira, Barroso RJ, Brasil
Kleber Almeida Ferreira, Barroso RJ, Brasil
Em que faixa? DIREITO.
Infelizmente em faixa de pedestre, quando
pedirei que seu veículo estacionou na calçada, em seguida
corrigiu e colocou seu veículo em funcionamento e pulou sobre
os dois bairros da via, e seguia seu destino, como colidi com
V2 que passava no momento.*

Assinatura do Condutor do V1

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Versão do condutor

Em que faixa?

...

Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Versão do condutor

Em que faixa?

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Versão do condutor

Em que faixa?

Assinatura do Condutor do V4

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO
DE TRÂNSITO
DO RIO GRANDE DO NORTE

Nº 8740577553
 61051447100

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA:	ODO DE MANIP.	DATA:
1	861582896	12/2010
NOME/ENDERECO:		
WANDEPLEY BARBOSA CUNHA TV SAO FRANCISCO, 215 CENTRO 59.570-000 CEARA-MIRIM/RN		
CPF/CNPJ:	PLACA:	
059.462.414-16	MY14522	
NOME ANTERIOR:		
ROSTELY LEDOCAIO DA SILVA		
PLACA:	NR. CAD.	
MY14522/RN	90270081058640296	
PASSEIROS/MOTOCICLETA/NAO APLICAVEL GASOLINA		
MARCA/ANO:	DATA/FABR. - KM/OD.	
HONDA/CG 150 TITAN VS	2005 2005	
OCV/149 CILINDRADAS, PARTICULAR	VERMELHA	
MOTOR: K06W15040296		
CEARA-MIRIM/RN		
29/04/2010		

Scanned by CamScanner

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados à uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para o parecer final da Seguradora Lider-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.

[nova consulta](#)

SINISTRO 3150803405 - Resultado de consulta por beneficiário

VITIMA RENNIE HORRAS LIMA DA SILVA

COBERTURA Invalidade²

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARUANA SEGUROS S/A

BENEFICIÁRIO RENNIE HORRAS LIMA DA SILVA

CPF/CNPJ: 09882516475

Posição em 18-11-2015 15:20:11
pagamento creditado conforme dados bancários informados na autorização de pagamento assinada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização Juros e Correção	Valor Total
12/11/2015	R\$ 4.725,00	R\$ 4.725,00

Pague seguro

[Como pagar](#)

[Consulta a pagamentos efetuados](#)

[Informações gerais](#)

Acompanhe o Processo

[Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.](#)

The screenshot shows a web browser window with the URL www.dpvasegurotransito.com.br/consultasinistro/default.aspx. The main content area displays information about a claim (SINISTRO 3150803405) for a victim named RENNIE HORRAS LIMA DA SILVA. It details the coverage (Invalidade²), the insurance company (ARUANA SEGUROS S/A), and the beneficiary (RENNIE HORRAS LIMA DA SILVA). Below this, it shows a payment record from 12/11/2015 for R\$ 4,725,00. The page includes several navigation links: 'Como dar entrada', 'Documentos importantes', 'Documentos dispensáveis', 'Documentos inválidos permanentes', 'Pague seguro', and 'Acompanhe o processo'. At the bottom, there are links for 'Blog Viver Seguro no Trânsito', 'Outros serviços', 'Imagens', 'Diagrama do DPVAT', and 'Mapa do Site'.