



Número: **0815550-75.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **26/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GEOVANE FLORENCIO DA SILVA (AUTOR)	RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS (ADVOGADO)
MAPFRE SEGUROS (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
25352 444	26/04/2018 15:10	docs..compressed	Outros documentos
33607 392	15/10/2018 07:37	Geovane Florêncio da Silva	Outros documentos

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE(S): GEOVANE FLORÊNCIO DA SILVA, brasileiro, portador da cédula de identidade RG nº 003.486.348 Itep/RN, inscrito no CPF sob nº 713.601.374-75, residente e domiciliado no Sítio Lipe, num. nº 100, Zona Rural, Santo Antônio/RN, CEP: 59.255-000.

OUTORGADO(S): RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 5990 e MELQUÍADES PEIXOTO SOARES NETO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN nº 9453 e RAFAELA CARLA MELO DE PAIVA, brasileira, solteira, inscrita na OAB/RN sob o nº 2909, ambos todos com escritório profissional sito na Av. Amintas Barros, nº 2909, 1º andar, sala 13, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59.062-250.

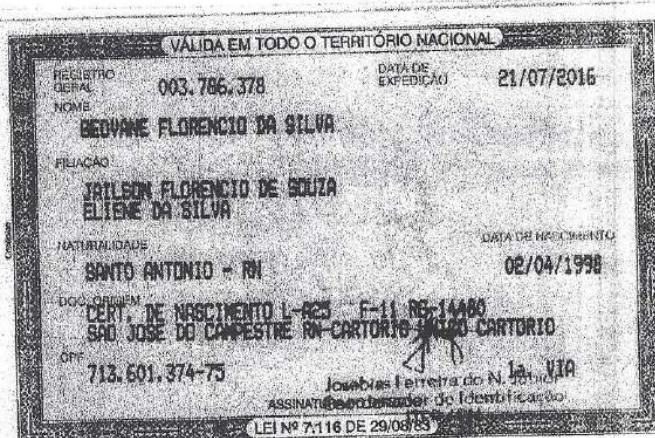
PODERES: a quem conferem amplos poderes da cláusula "ad-judicia et extra", para o foro em geral, podendo dito (s) procurador (es) em conjunto ou isoladamente, em qualquer instância, juízo ou tribunal, propor contra a quem de direito as ações competentes e defendê-los nas contrárias, e, ainda, requerer, acordar, discordar, confessar, transigir, desistir, receber e dar quitação, variar de ações, firmar termos de declarações legais e representá-los, em tudo se fizer necessário em favor de seus interesses, em qualquer repartição pública federal, estadual, municipal, autárquica, requerendo ou representando defesa, inclusive substabelecer o todo ou em parte as prerrogativas que ora lhe são conferidas.

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

- 01 – Concomitantemente com os Poderes acima outorgados, o (a) outorgante/contratante acorda em pagar aos outorgados/contratados o valor correspondente a 20 (VINTE) por cento sobre o valor da condenação, acordo judicial ou extrajudicial, com as devidas atualizações apuradas pelo Juízo, até final do pagamento, facultado aos advogados contratados requererem nos autos, que lhes sejam pagos diretamente os honorários, por dedução da quantia a ser recebida pelo constituinte, ora contratante, tudo como previsto no artigo 22, § 4º, da Lei nº 8.906/94 (Estatuto da OAB).
- 02 – Caberá ao Contratante para o bom andamento da ação, fornecer os documentos e informações solicitadas pelos advogados.
- 03 – A verba oriunda da parte adversa, pelo princípio da sucumbência, reverterá aos contratados.
- 04 – As partes contratantes elegem o foro de Natal/RN para dirimir quaisquer dúvidas oriundas deste contrato.

Natal/RN , 19 de Março de 2018.

Giovane Florêncio Silva
Outorgante/Contratante





Terifa Social de Energia Eléctrica: Criada pela Lei 10.133, de 26/04/2000

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mernoz, 150, Belford, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.198/0001-81 | Inscrição Est. 20055198-0 | www.cesern.com.br

DADOS DO CLIENTE
PAULO BARROS DE SOUZA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SILVEIRAS 200

CEP 085 784 824 5

2021 RELEASE UNDER E.O. 14176

CLASSIFICAÇÃO
B2 RURAL
AGROPECUÁRIA RURAL
Tofasica

SANTO ANTONIO RN
 59255-000
 CONTA CONTRATO **0575578010** MES/ANO **06/2017**
 DATA DE VENCIMENTO **28/06/2017** DATA PREVISTA P/COMA LER/UR.
 TOTAL A PAGAR (R\$) **90,44**

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
0009386961	ÚNICA	19/06/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
19/06/2017	30003861493	1370699

Consumo Ativo(kWh)
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Cobrança de ICMS sobre Subvenção CDE
Multa por atraso-NF 000810288 - 19/04/2017
Juros por atraso-NF 000810288 - 19/04/2017

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
200.000.000	0,39610125	78,21 3,14 8,1 1,36 0,84

TOTAL FTE FTE 100.00

904

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	RESUMO INFORMATIVO DE CONSUMO DAS FAZENDAS						AJUSTE	CONSUMO (MW)
		DATA LEITURA	DATA LEITURA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE		
2132516405	CAT	19-05-2017 2.692,50	19-06-2017 2.892,50			31	1.00000		200,00

ATENCION AL USUARIO. NO SE PUEDE IMPRIMIR. SE PUEDE REPRODUCIR EN FORMA PARCIAL O TOTAL.

...POUR UN INFORMAQUE VQUE POSSUI CONT...

Não existem dados de 2010
para este item. Esta coluna
substitui, para comparação,
o cumprimento das obrigações
de contribuição, em que o PIB do
país é menor que o da Alemanha.

COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
5º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
Rua Ásias Chaves Uberland, 610 – Centro - Nova Cruz/RN – CEP: 59215-000
Fones: (84) 3281-5887 e 3281-3318 – E-mail: setortrafego5@prn.com



BOAT Nº: 0112441

Solicitando Parecer do Boletim de Acidente de Trânsito:

Por gentileza consulte seu bolelim acessando o site da PM-RN:
<http://www.pmrn.gov.br>, no menu "Serviços", na opção "BO_ acidente_de_trânsito", informando o CPF de um dos envolvidos que conste no BOAT (condutor, passageiro ou pedestre) e o número do bolelim.
Obs.: Os bolelims estarão disponíveis no sistema para consulta em até 7 dias úteis da data do acidente.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 042 441

1 - LOCAL E DATA

Local Rod 003 KM 23 Bairro
Cidade Lagoa Danta P. Ref. 31810 Sítio Sítio do Vilaõ
Data 00/03/2012 Hora do acidente 14:30 Hora do registro 15:20 Dia da semana Domingo

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- Colisão Frontal - Colisão Lateral - Capotamento
 - Colisão Posterior - Colisão Transversal - Choque - Atropelamento
 - Outros

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi MYC 4303 Cidade Bon 55516 UF RN
Marca Mod. 10 - Gol 1.0 Cor PRATA Ano 2002/2002
Proprietário FERNANDA MARIA DA CECILIA DA SILVA N° de Ocupantes 02
Condutor EDILSON RUIVINO DA SILVA Data de Nasc. 07/08/1982
Endereço Rua 02 LACERDAS N° Fone 9918-1342
Bairro CACIMBIA Cidade 850 5058 DE CARMO/PE UF PE
CPI N° CNH N° Validade 1 / 1 Categoria
Local de Trabalho End. Bairro Cidade
End. N° Bairro Cidade

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi Cidade UF
Marca Mod. Cor Ano 1
Proprietário N° de Ocupantes
Condutor Data de Nasc. 1 / 1
Endereço N° Fone
Bairro Cidade UF
CPI N° CNH N° Validade 1 / 1 Categoria
Local de Trabalho End. Bairro Cidade
End. N° Bairro Cidade

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi Cidade UF
Marca Mod. Cor Ano 1
Proprietário N° de Ocupantes
Condutor Data de Nasc. 1 / 1
Endereço N° Fone
Bairro Cidade UF
CPI N° CNH N° Validade 1 / 1 Categoria
Local de Trabalho End. Bairro Cidade
End. N° Bairro Cidade

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi Cidade UF
Marca Mod. Cor Ano 1
Proprietário N° de Ocupantes
Condutor Data de Nasc. 1 / 1
Endereço N° Fone
Bairro Cidade UF
CPI N° CNH N° Validade 1 / 1 Categoria
Local de Trabalho End. Bairro Cidade
End. N° Bairro Cidade

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 "Em que Rua/Av. Transitava?"

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V1

SOBRE V2 "Em que Rua/Av. Transitava?"

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

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

8 - CONDIÇÕES DA VIA

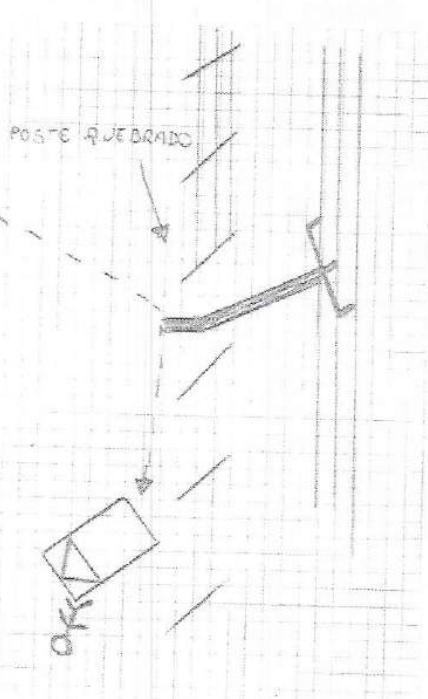
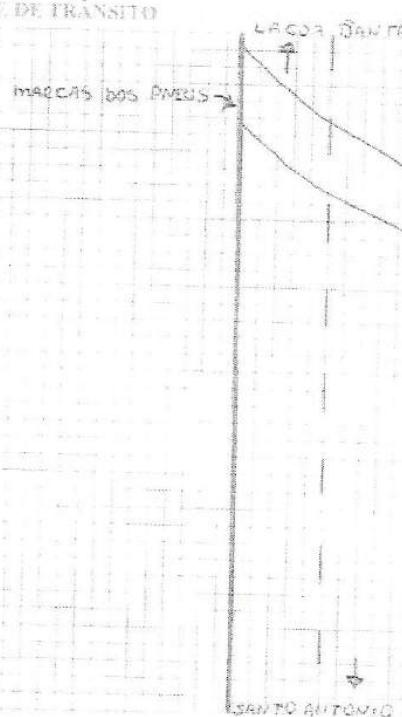
Condições da Via	Cond. Temporária	Cond. Permanente	Tipo da Pista	Caract. Pista	Cond. Pista
<input checked="" type="checkbox"/> Vazante/escorrendo	<input checked="" type="checkbox"/> Densas	<input type="checkbox"/> secas	<input type="checkbox"/> Paralelepípedos	<input type="checkbox"/> Rego	<input type="checkbox"/> Seca
<input checked="" type="checkbox"/> Dia	<input checked="" type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Seca
<input checked="" type="checkbox"/> Vento/ventilo	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Curva Inversa	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Seca
<input type="checkbox"/> Noite & Iluminação	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Asfalto Síntese	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Seca
<input type="checkbox"/> Vento & Iluminação	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Asfalto Bituminoso	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Seca
<input type="checkbox"/> Chuva/escorrendo	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Asfalto Síntese	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Seca
<input type="checkbox"/> Chuva/escorrendo, vento	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Asfalto Síntese	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Seca

Caract. Pista
<input type="checkbox"/> Seca
<input type="checkbox"/> Molhada
<input type="checkbox"/> Seca/Seca
<input type="checkbox"/> Molhada/Molhada
<input type="checkbox"/> Seca/Molhada
<input type="checkbox"/> Molhada/Seca
<input type="checkbox"/> Seca/Seca/Molhada
<input type="checkbox"/> Molhada/Molhada/Molhada

Cond. Pista
<input type="checkbox"/> Seca
<input type="checkbox"/> Molhada
<input type="checkbox"/> Seca/Seca
<input type="checkbox"/> Molhada/Molhada
<input type="checkbox"/> Seca/Molhada
<input type="checkbox"/> Molhada/Seca
<input type="checkbox"/> Seca/Seca/Molhada
<input type="checkbox"/> Molhada/Molhada/Molhada

Sinalização
<input type="checkbox"/> inexistente
<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input checked="" type="checkbox"/> Lado DESCONHECIDA
<input type="checkbox"/> Lado CONHECIDA
<input type="checkbox"/> Lado DESCONHECIDA
<input type="checkbox"/> Lado CONHECIDA
<input type="checkbox"/> Lado DESCONHECIDA
<input type="checkbox"/> Lado CONHECIDA
<input type="checkbox"/> Lado DESCONHECIDA
<input type="checkbox"/> Lado CONHECIDA

9 - CRÔQUIO DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIA DE PAVIMENTO

PODE DESLIZAR PISTA. Tudo
Caso
Deslizamento de pista
Todas as rodas
Toda a pista, rebentos
Toda a pista quebrada
Deslizamento, rebentar
Deslizamento, rebentar

AVARIA DE PAREDE



AVARIA DE PINTURA



11 - <input checked="" type="checkbox"/> Vítima: condutor de <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4	<input type="checkbox"/> Passageiro de <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4	<input type="checkbox"/> pedestre
Condutor para: <u>ETEP</u>		Presença: <input checked="" type="checkbox"/> Testemunha <input type="checkbox"/> Fato <input type="checkbox"/> Registro
Nome: <u>ELIEZIO SANTOS DA SILVA</u>		
RG: <u>2.662.300</u>		
Orgão Expedidor: <u>ETEP-SP</u>		
Data de Nascimento: <u>02/10/81/1982</u>		
Endereço: <u>Rua da Encina 200</u>		
Bairro: <u>Itaim Paulista</u>		
Cidade: <u>São Paulo</u>		
Estado: <u>SP</u>		
Sexo: <u>M</u>		
Idade: <u>30</u>		
Versão:		

卷之三

12. <input checked="" type="checkbox"/> Vítima: condutor de <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4	<input type="checkbox"/> Pedestre	Horas
Passageiro de <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4	Companheiro parceiro <input type="checkbox"/> <u>Hosp. pol. 1</u>	<input type="checkbox"/> Testemunha
Nome <u>Cícero Vitor Ferreira da Silva</u>	Presenciado <input checked="" type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Registro	
RG <u>013 236 178</u>	Órgão Expedidor <u>ITAP - PR</u>	Data de Nascimento <u>02/10/1976</u>
CPF <u>3.110 780 676-76</u>	Nº <u>96463 6786</u>	Nome <u>Cícero Vitor Ferreira da Silva</u>
RG inferior <u>5.110 867 070</u>	Endereço <u>10000-000</u>	UF <u>PR</u>
Barco		
Avião		

13 - Vítima, condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para:
Nome _____ Data: _____ Testemunha: _____
CPF: _____ Fato: _____ Registro: _____
Endereço: _____ Cidade: _____

卷之三

<input type="checkbox"/> Ultim conductor de <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4	<input type="checkbox"/> Pedestre	Then
Passageiro de <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> V4	Conduzido para:	
		<input type="checkbox"/> Testemunha
		Presente: <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Registrado

1000-1001

— 10 —

15. SOCORRISTA E VIGILIA DE TRIBUTO

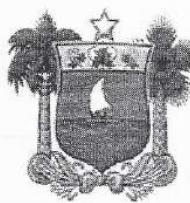
16 - IMAGENS / FOTOS SIM NÃO AUTUAÇÃO SIM NÃO ALÉM NÓDOS

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO
* Colidiu - Após ter feito o menor com parte da carroceria
* P49 650 - 2322506.
* A vitima grida 16 foi socorrida 21 Março/01 de sua ferida
de 2009/10.
* A vitima 16 foi entregue a se Francisco maria da
maternidade Silva maria da Lourdes de VI.
* Foi feita constatação de morte.



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 36378 /2017
Admissão: 06/08/2017 23:46:00



CIRURGIA GERAL - AMAREI O

Paciente:32839 - GEOVANE FLORENCIO DA SILVA (19 a 4 m 4 d)

Nascimento: 02/04/1998 Natural: SANTO ANTONIO BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 898004069661451 CPF: 71360137475 Prof:
Mãe: ELIENE DA SILVA Pai: JAILSON FLORENCIO DE SOUZA
Logradouro: TAPIA, 1

Logradouro: TAPIA, 1
CEP: 59227000 Bairro: ZONA RURAL
Telefone: 84 98166481 84 98166481

Cidade: LAGOA D'ANTAS

Compl.

Motivo: CARRO X OBJETO FIXO
Origem: AMBIENTES INTERIOR

Tipo: REFERENCIADO

Fluxograma:

Discriminadores

OBS.

Classificação: 06/08/2017 23:37:11

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: Colisão carro / poste - Desmaio + trauma na clavícula D + escoriações em joelho D

Horas: : :

Hora: _____. Victim of agent of the Cave. Unconscious
Mystic. Reps. for the Concierge. Reps. injured alcohol.
Dormant and dead in time. Neg. de abstinencia.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A non branch or Col. And.
B
C living pub: 30.
D SCG 15
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

RAIOS-X

Realizado em: _____

Fábrica: _____

time estimate on Captain
abdomen fluid

*Saida:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por JOSILMA PEREIRA DA SILVA. Impresso em 06 de Agosto de 2017

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A	
B	
C	
D	
E	

A (ALERGIAS): _____

M (MEDICAÇÃO EM USO): _____

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): _____

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS): _____

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): _____

V (PASSADO VACINAL): _____

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

R Tórax AP (empí)

R abd D AP

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

R Cervi p/

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Dr. Pedro Flávio Batista
Cirurgião Geral
CRM/RN - 5656

00:36 C gl Rd
trat: um tumor de nexo-
toped, um protetor Cervi-
cico extens, sua captar
sua base, abalar sua
f. Col, inclin
→ Santa
→ Alt C gl

Dr. Pedro Flávio Batista
Cirurgião Geral
CRM/RN - 5656

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:

NCR
Dr. Pedro Flávio Batista

HORA:

23:55

DATA:

ESPECIALISTA 2:

Dr. Pedro Flávio Batista

HORA:

00:36

DATA:

ESPECIALISTA 3:

Dr. Pedro Flávio Batista

HORA:

DATA:

Dr. Pedro Flávio Batista
Cirurgião Geral
CRM/RN - 5656
MÉDICO (CARIMBO)

Contribua com registros mais fidedignos e protege o profissional de saúde, contribua para a melhoria da assistência no HNHR.

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. [Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.]	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, onde está, o que é a data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão.)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatoriamente, mas sem troca conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Geme ou sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulos dolorosos.	5
Retirada inespecífica a dor.	4
Padrão flexor à dor (Decorticacão).	3
Padrão extensor à dor (Descertrabracão).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
13-150	= 4
9-120	= 3
6-80	= 2
4-50	= 1
30	= 0
10-290	= 4
>290	= 3
6-90	= 2
1-50	= 1
00	= 0
>900	= 4
76-890	= 3
50-570	= 2
1-490	= 1
00	= 00

**Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom indica de sobrevida para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.L. Copas, et al; A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5):624, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

03-04=grave (necessidade de intubação imediata);
09-13=moderado;
14-15=leve

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

* A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que sabem com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

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

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: <i>NCZ</i>	
ANAMNESE	
<p><i>Paciente vítima de bala</i> <i>com o pulso da consciência</i> <i>concreto</i></p>	
EXAME FÍSICO <i>GCS 15, DIFER. SI DIFÍCIL.</i>	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
<p><i>TC crânio + cor. cervical = SI suspeita</i></p>	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><i>Dr. Timóteo Almeida</i> <i>Neurocirurgião</i> <i>CRM-PE 8632</i></p>	
<p><i>Fluxo de ação.</i></p>	
<p><i>CONFERE COM ORIGINAL</i> <i>NATAL, 31/10/17</i> <i>MAT. N.º 18200m</i> <i>SAME</i> <i>03</i> <i>ASSINATURA</i></p>	
Assinatura e Carimbo do Responsável	
Assinatura e Carimbo do Responsável	

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

Paciente vítima de Queda
com Fratura de Clavícula (D)

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

OPROFÉDIA

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica Á Revelia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

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

Dr. JOSÉ VIAN F. NUNES

Ortopedista / Traumatologista

CRM-RN 5763

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 Á Revelia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

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

DESTACAR



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

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES			
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES			
SILVA.				
5 - NOME DO PACIENTE GEOVANE FLORENCIO DA SILVA		6 - N° DO PROTOCOLO		
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS 898004069661451	8 - DATA DE NASCIMENTO 02-04-98	9 - SEXO MASCULINO	10 - FEMININO	11 - 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL ELIANE DA SILVA.		11 - TELEFONE DE CONTATO 99836-6483 *		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°) R. TRAPIA.		9-9643-6781.		
13 - MUNICÍPIO MUNICÍPIO	14 - BAIRRO ZONA RURAL	15 - UF RN.	16 - CEP 999890882	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE VITIMA DE TRAUMA com fratura de clavícula (D)			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO TRATAMENTO GERICAP			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) B - F f RASTO - X			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL TRAUMA - CLAVÍCULA (D)	21 - CID INICIAL T 10	22 - CID SECUNDÁRIO T 10	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRAUMA CLAVÍCULA (D)	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 8308010019			29 - DT SOLICITAÇÃO 26/08/11
			30 - CNS / CPF
			31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) Ortopedia / Traumatologia CRM-RN 5763

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - N° DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL		42 - CID SECUNDÁRIO	
		43 - () DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL 44 - () GRAVE 45 - () GRAVISSIMA	

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - N° 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 trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a luz dos valores éticos e humanitários.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE - SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFRÉDO GURGEL - PRONTO SOCORRO DR. CLÓVIS SARINHO

D

Id. Paciente: 363782017 Data Exame: 07/08/2017 00:10:55
Paciente: GEOVANE FLORENCIO DA SILVA
HOSPITAL MONSENHOR WALFRÉDO GURGEL

Técnico: TEC. TIAGO SANTOS
Idade: 19 ano(s)
OMBRO AP
75,2 %

AV. SENADOR SALGADO FILHO, S/N - TIROL - NATAL / RN - CEP.: 59015-380
TEL.: (84) 3232-7500 / 3232-7530 - EMAIL: SADT@RN.GOV.BR - SITE: WWW.WALFREDOGURGEL.RN.GOV.BR



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE - SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL - PRONTO SOCORRO DR. CLÓVIS SARINHO

D



Id. Paciente: 36378/2017 Data Exame: 07/08/2017 00:10:55
Paciente: GEOVANE FLORENCIO DA SILVA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: TEC. TIAGO SANTOS
Idade: 19 ano(s)
ESCAPULA LAT
78,9 %

AV. SENADOR SALGADO FILHO, S/N - TIROL - NATAL / RN - CEP.: 59015-380

TEL : (84) 3232-7500 / 3232-7530 - EMAIL: SDAT@RN.GOV.BR - SITE: WWW.WALFREDOGURGEL.RN.GOV.BR



Luiz Bonzaga Menguita
Médico - CRM 3672
CPF: 130.353.174-72

RECEITUÁRIO

1) GEOMTRIA ANGULO
M SILVA

RECOMENDADO PARA
ESTUDOS

- 1) VIM DE VACANÇA
AUTOMÓVELISTICO,
VIAVEI COM PROBLEMA
DE CLIVAGEM DIA
1) TROUZA
2) DIPLOMA 2018/09
3) TELA 4801A
FCCUM

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 31/10/17
MAT. N° 1820 177
SAME
ASSINATURA

Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12358971

A/C: GEOVANE FLORENCIO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170625135
Vítima: GEOVANE FLORENCIO DA SILVA
Data do Acidente: 06/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: KENNEDY CRUZ DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: GEOVANE FLORENCIO DA SILVA
Valor: R\$ 1.687,50
Banco: 237
Agência: 000002114-8
Conta: 0000055279-8
Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$	1.687,50
-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

iso Judicial Eletrônico:

https://pje.tjrn.jus.br/pje1grau/Painel/painel_usuario/...

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
24ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT
Rua Doutor Lauro Pinto, 315, Candelária, NATAL - RN - CEP: 59064-250
CARTA DE INTIMAÇÃO
PERÍCIA MÉDICA - 16/10/2018 a partir das 8h

AÇÃO: DPVAT - PROC N°: 0815550-75.2018.8.20.5001

Autor: GEOVANE FLORENCIO DA SILVA

Réu: MAPFRE SEGUROS

De ordem do Excelentíssimo Senhor Doutor Ricardo Augusto de Medeiros Moura, MM Juiz de Direito da 24ª Vara Cível, em conformidade com o disposto no art. 225, inciso VII do CPC, pela presente e em cumprimento ao que determina o despacho proferido nos autos do processo supra identificado, fica Vossa Senhoria INTIMADO para comparecer ao local, data e horário informados abaixo, para realização de exame pericial, portando documento de identificação, bem como a documentação pertencente ao sinistro (raio x, tomografias, ressonâncias, exames laboratoriais) e trajando vestimenta adequada ao ambiente forense.

MÉDICO PERITO: Dr. MÚCIO AURÉLIO DO NASCIMENTO, CRM3281

LOCAL DA PERÍCIA: 24ª Vara Cível de Natal, Fórum Des. Miguel Seabra Fagundes, Rua Dr. Lauro Pinto, 315, 2º andar, Lagoa Nova, Natal/RN

DATA: 16/10/2018 a partir das 8h

ADVERTÊNCIA: Adverta-se a parte autora que o seu não comparecimento no dia e local da realização dos trabalhos periciais, munida da documentação pertinente ao sinistro implicará em preclusão para a produção da referida prova, ensejando o julgamento antecipado da lide no estado em que se encontrar.

Natal, 13 de setembro de 2018

CARLAINA CARLA COSTA DE ALMEIDA

Auxiliar Técnica

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)

24ª Vara Cível da Comarca de Natal Rua Doutor Lauro Pinto, 315, Candelária, NATAL - RN - CEP: 59064-250 Processo: 0815550-75.2018.8.20.5001	24ª Vara Cível da Comarca de Natal Rua Doutor Lauro Pinto, 315, Candelária, NATAL - RN - CEP: 59064-250 processo: 0815550-75.2018.8.20.5001
Destinatário: GEOVANE FLORENCIO DA SILVA Sítio Upanema, 100, Zona Rural, SANTO ANTONIO - RN - CEP: 59255-000	Destinatário

Assinado eletronicamente por: CARLAINA CARLA COSTA DE ALMEIDA
<https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
ID do documento: 31998357


180913141849220000030923190