



Número: **0822194-97.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **20ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA (AUTOR)		JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43677 999	31/05/2019 11:33	Petição Inicial	Petição Inicial
43678 054	31/05/2019 11:33	01 PROCURAÇÃO	Procuração
43678 065	31/05/2019 11:33	02 BOLETIM POLICIAL	Documento de Comprovação
43678 093	31/05/2019 11:33	03 DOCUMENTOS MÉDICOS	Documento de Comprovação
43678 100	31/05/2019 11:33	04 PRÉVIO REQUERIMENTO	Documento de Comprovação
43678 108	31/05/2019 11:33	05 QUESITOS	Outros documentos
43678 119	31/05/2019 11:33	06 DOCUMENTOS PESSOAIS	Documento de Identificação
43678 130	31/05/2019 11:33	07 DECLARAÇÃO DE POBREZA	Documento de Comprovação
43678 145	31/05/2019 11:33	08 CONTRATO DE HONORÁRIOS	Documento de Comprovação

SEGUE PETIÇÕES E DOCUMENTOS.

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA, brasileiro, solteiro, funcionário público, inscrito no CPF sob o nº 914.459.814-91, inscrito no RG sob o nº 1382465, expedido por SSP/RN residente e domiciliado à Rua Prefeita Joana Ferreira da Cruz nº 1337, Nossa Sra. da Apresentação, Natal/RN, CEP:59115-577

OUTORGADO:

JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES, brasileiro, divorciado, 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 substabelecer, podendo ainda usar dos poderes da cláusula “AD JUDICIA ET EXTRA” para requerer e receber junto aos **Hospitais o boletim do primeiro atendimento e prontuário cirúrgico**, o que tudo dará por firme e valioso e, em especial para presente ação de cobrança do **Seguro DPVAT**.

Parnamirim/RN, 22 de Abril de 2019.


OUTORGANTE



Gov. 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: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

Endereço: Complexo de Delegacias Especializadas, Av. Ayrton Senna, 3134, NEÓPOLIS, NATAL, FONE/FAX: 32321565

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019031000075

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.2 Data de Expedição: 31/01/2019 12.01.50

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 14/12/2018 22.38.00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: 0000

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: NOSSA SRA DA APRESENTAÇÃO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RUA VEREADOR LISBÃO DE MACEDO

2.9 CEP: 59.000-000

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: NATAL

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Sem Informação

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 91445981491

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: AGENTE PENITENCIÁRIO DO RN

3.15 Telefone(s): 84 988258703

3.17 Número: 1337

3.19 Bairro: NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: NATAL

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: FRANCISCO CLEMENTE TEIXEIRA

3.6 Mãe: MARIA MIGUEL DA SILVA TEIXEIRA

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 14/03/1977

3.14 RG: 1382465 - SSP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: JOÃO CAMARÁ/RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA PREFEITA JOANA FERREIRA DA CRUZ

3.24 CEP: 59115577

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: *****10811

7.1.5 Placa: MXP8348

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2005

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA

7.1.17 Nome do condutor: O COMUNICANTE/VÍTIMA

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN ES

7.1.10 Ano de Fabricação: 2004

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/VÍTIMA COMPREendeu A ESTA UNIDADE POLICIAL E INFORMOU QUE NA DATA E HORA CITADOS CONDUZIA A MOTOCICLETA EM TELA QUANDO UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO AO PASSAR EM ALTA VELOCIDADE NO CRUZAMENTO, SER DÁ A PREFERÊNCIA VINDO A COLIDIR COM A MOTOCICLETA DA VÍTIMA QUE VEIO A SOFRER LESÕES CONFORME BAA DE NÚMERO 65590/2018, ORIUNDO DO PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO. QUE FORA CONDUZIDO PELO SAMU PARA O REFERIDO PRONTO SOCORRO CONFORME OCORRÊNCIA DE NÚMERO 235524/1, ORIUNDO DA SMS. QUE O RESPONSÁVEL EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO.

NADA MAIS DISSE

9.2 Informações do CIOSP

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.

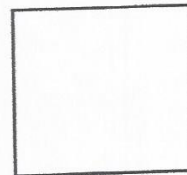
Data 31/01/2019 12.01.50

João Roberto Ferreira das Neves

Policial

Reginaldo da Silva Teixeira

Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1702343 - JANIR AZEVEDO DE PAIVA

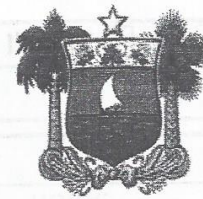
Impresso por: 1702343 - JANIR AZEVEDO DE PAIVA em 31/01/2019 12:02:02

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

J2019031000075



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 65590 /2018
Admissão: 15/12/2018 01:03:51

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: **105941 - REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA** (41 a 9 m 1 d)

Nascimento: 14/03/1977 Natural: NATAL.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: CPF: 91445981491 Prof:

Mãe: MARIA MIGUEL DASILVA TEIXEIRA Pai:

Logradouro: GERMINO BENIGNO, 844

CEP: 59115585

Bairro: NOSSA SENHORA DA

Cidade: NATAL

APRESENTAÇÃO

Telefone: 84 .987167293

Compl:

Motivo: CARRO X MOTO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 15/12/2018 00:54:34

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISÃO CARRO/ MOTO COM TRAUMA EM OMBRO D

Hora: ____:____

*Tranço em ombro D
alto da c. g. p. e o top. d.*

Dr. Diogo Medeiros
MB Cirurgia Geral
CRM-RN 7989

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

RAIOS X
15/12/2018

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 22/10/19
MAT. Nº. 7
SAMB
ASSINATURA



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NUMERO DO PRONTUÁRIO

REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA

163864

7- CARTAO NACIONAL/SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RAÇA/COR

705 6084 9840 8016

14/03/1977

MASCULINO

PARDA

11- NOME DA MAE

12- TELEFONE DE CONTATO

MARIA MIGUEL DA SILVA TEIXEIRA

988258703

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

O MESMO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA PREFEITO JOANA FERREIRA DA CRUZ, 1337

16- MUNICIPIO

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

NATAL

NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO RN

59115577

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pte. vitreaus aquosos e pt. claustrado (D)

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As av. a

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Rx.

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGAO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

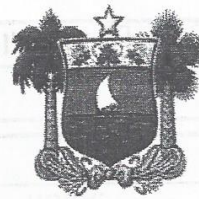
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

CONFERE CUV. ORIGINAL
DATA: 23/01/2019
Assinatura
João Roberto Ferreira das Neves



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 65590 /2018
Admissão: 15/12/2018 01:03:51

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: **105941 - REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA** (41 a 9 m 1 d)

Nascimento: 14/03/1977 Natural: NATAL.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: CPF: 91445981491 Prof:

Mãe: MARIA MIGUEL DASILVA TEIXEIRA Pai:

Logradouro: GERMINO BENIGNO, 844

CEP: 59115585

Bairro: NOSSA SENHORA DA

Cidade: NATAL

APRESENTAÇÃO

Telefone: 84 .987167293

Compl:

Motivo: CARRO X MOTO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 15/12/2018 00:54:34

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISÃO CARRO/ MOTO COM TRAUMA EM OMBRO D

Hora: ____:____

*Trauma em ombro D
alto da c. g. p. e o top. d.*

Dr. Diogo Medeiros
MB Cirurgia Geral
CRM-RN 7989

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NUMERO DO PRONTUÁRIO

REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA

163864

7- CARTAO NACIONAL/SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RAÇA/COR

705 6084 9840 8016

14/03/1977

MASCULINO

PARDA

11- NOME DA MAE

12- TELEFONE DE CONTATO

MARIA MIGUEL DA SILVA TEIXEIRA

988258703

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

O MESMO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA PREFEITO JOANA FERREIRA DA CRUZ, 1337

16- MUNICÍPIO

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

NATAL

NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO RN

59115577

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pte. vitrea acidentada e pt. clavícula (D)

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As av - a

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Rx.

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRÂNSITO

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- () ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGAO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

196921
CONFERE CUV. ORIGINAL
DATA: 23/01/2019
Assinatura
João Roberto Ferreira das Neves



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

OBS

CLINICA		REGULAÇÃO	
ORTOPEDIA		WALFREDO GURGEL	
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO	
		163864	
DATA	HORA	CATEGORIA	GIH
06/01/2019	14:17		
PACIENTE			DATA DE NASCIMENTO
REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA			14/03/1977
ESTADO CIVIL		PROFISSAO	
SOLTEIRO		AGENTE PENITENCIARIO	
ENDEREÇO (RUA, Nº)			
RUA PREFEITO JOANA FERREIRA DA CRUZ, 1337			
MUNICIPIO	BAIRRO	UF	CEP
NATAL	NOSSA SENHORA DA APRESEN	RN	59115577
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE
FILIAÇÃO		FRANCISCO CLEMENTE TEIXEIRA	
MARIA MIGUEL DA SILVA TEIXEIRA			
RESPONSÁVEL			TELEFONE
O MESMO			988258703
ENDEREÇO			
O MESMO			
DIAGNOSTICO PROVISORIO			
DIAGNOSTICO DEFINITIVO			

DATA DE ADMISSAO

ALTA

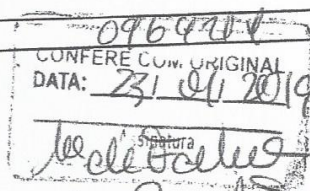
OBITO

HISTORIA CLINICA

Atenção p/ Hc urgente

Dr. Edmar Gabriel
CRM-RN 4316

06 JAN 2019



IDENTIFICACAO: MARIA MIGUEL DA SILVA TEIXEIRA

IDENTIFICACAO: 138.246J

CPF: 914.459.814-91



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA ORT Nº 36

NOME: REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA

IDADE: 14/03/1977 COR: PAROA SEXO: M ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: S. CARAUA PROFISSÃO: AGENTE DE PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: RUA: PREFEITA JOANA G. DA CRUZ BAIRRO: N. D. APRESENTAUX

CIDADE: N. D. DATA: 06-03-2019 HORA: 14:00 hrs

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSAO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

PUPILAS A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)
Apudete dia 19/12/18, houve fratura de clavícula distal DR.

EXAME FÍSICO

CONFERE COM ORIGINAL
DATA: 23/01/2019
Assinatura
S. B. B. B.

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

CONDUTA

Internos p/ Ho - urologia

Dr. Eudeneir Guimarães
CRM-RN 4370
06/10/2019
Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <u>ORTOPEDIA</u>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR _____ DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/> ENTREGUE À FAMÍLIA <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
MÉDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital DML		Enfermaria		Leito		Nº prontuário													
Nome Roginaldo da S. Teixeira				Idade		Sexo M													
Data 03/01/2019		Pressão arterial 120/80		Pulso		Temperatura													
Tipo sanguíneo		Hemoglobina		Hematócrito		Glicemia													
Hematócrito		Hemoglobina		Hematócrito		Glicemia													
Hemoglobina		Hematócrito		Glicemia		Uréia													
Urina		Asma		Bronquite		Outros													
Ap. respiratório N				Ap. circulatório N															
Ap. digestivo N				Dentes															
Estado mental Suado				Ataracicos															
Diagnóstico pré-operatório Fratura de clavícula				Estado físico															
Anestésias anteriores				Risco															
Medicação pré-anestésica				Aplicada às		Efeito													
<table border="1"> <tr> <td>Agentes Anestésicos</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Líquidos</td> <td>500ml</td> </tr> <tr> <td>Oper.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Anest.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>O Resp.:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>P Pulso</td> <td></td> </tr> </table>								Agentes Anestésicos	0	Líquidos	500ml	Oper.		Anest.		O Resp.:		P Pulso	
Agentes Anestésicos	0																		
Líquidos	500ml																		
Oper.																			
Anest.																			
O Resp.:																			
P Pulso																			
SIMBOLOS E ANOTAÇÕES POSIÇÃO OL Agentes Ropi 1% - 0.5g + Xiloe 2% - 0.5g - Clonidina 15mcg + Clonidina 0.2g Técnica Bloqueio de plexo braquial Interscalo Ciprofloxacino 400mcg + Operação Remoção fixa de clavícula Cirurgiões Michael + Ricardo Anestesistas Valle Observações Rosa Maria P. Valle																			
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, intra-operatórias e pós-operatórias																			

CONFERE COM ORIGINAL
 DATA **03/01/2019**
 Assinatura
João Roberto Ferreira das Neves
S. Barreto



Hospital

Nome do paciente **REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA**

Nº prontuário

Data operação **09/01/2019**

Enf.

Leito

Operador

1º auxiliar

2º auxiliar **DR. MICHEL**3º auxiliar **DR. RICARDO EMANUEL**

Instrumentador

Anestesista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de operação

FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITO

Diagnóstico pós operatório

TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA DE CLAVÍCULA

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato



Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA.
2. ASSESPSIA E ANTISSEPISIA.
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS.
4. INCISÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS EM CLAVÍCULA
5. REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM FIO DE KIRSCHNER
6. LAVAGEM ABUNDANTE.
7. SUTURA POR PLANOS ANATÔMICOS + CURATIVO.
8. TIPÓIA.
9. BOA PERFUSÃO DISTAL.

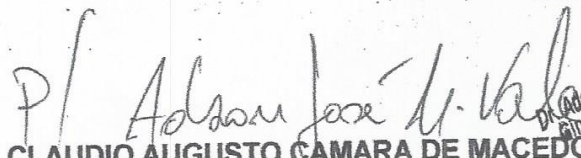
Dr. Michel Roberto de Araújo
Ortopedista - Traumatologia
CRM 4423 - TECT 10451

 PREFEITURA DO NATAL A NOSSA CIDADE	PREFEITURA DO NATAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA SAMU 192 NATAL	 SAMU 192
--	--	--

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 14/12/2018, aproximadamente às 22h38min, na rua Vereador Elisbão de Macedo, Nossa Senhora da Apresentação, nesta Cidade. **Sob nº de ocorrência 235524/1**, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 24 de janeiro de 2019.


CLAUDIO AUGUSTO CAMARA DE MACEDO

Coord. Geral do Serviço de Transporte Sanitário Municipal e SAMU 192 Natal
Matrícula 72.468-1

24/01/2019

samunatal.hopto.org:8089/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=235524&Digito=1&ReadOnly=1

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 235524/1

Data: 14/12/2018

CHAMADO

TARM: PAULA FRANCINETE FERREIRA BARROS BERGSON

Médico Regulação: THAISA GEOVANINE DE CARVALHO FIGUEIRA

Rádio Operador: VIVIAN TAVARES DO NASCIMENTO

Médico Cena: CLÁUDIA MIREYA PAREDES L M DE PAIVA

Equipe Enfermagem Cena: COMUNICADOR

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 14 (BASE DESCENTRALIZADA LEIDE MORAIS)

Equipe VTR: JEAN RICARDO LEITE DE SOUZA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
JOSÉ ORLANDO F.DE JESUS - TECNICO DE ENFERMAGEM☒ REGULAÇÃO MÉDICA☐ TROTE☐ INFORMAÇÃO☐ ENGANO☐ TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: PATRICIA

Telefone: (84) 98177-4770

Nome do Paciente:

REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA

Idade: *

41 NÃO INFORMADO ▼

Sexo: *

MASCULINO ▼

☐ Endereço não informado☐ Coordenadas Informadas

Latitude: -5.7510972 Longitude: -35.2766268

Endereço: RUA VEREADOR ELISBAO DE MACEDO

Nº: VP

Bairro: NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO

Outro Bairro:

Referência/Complemento: V. DOURADO/// PX A ESCOLA LAERCIO FERNANDES /// PX AO BAR DOS 3 IRMAOS///

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Primária: COLISAO CARRO X MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

14/12/2018 22:39:28 - Dr(a). THAISA GEOVANINE DE CARVALHO FIGUEIRA

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: COLISAO CARRO X MOTO CONSCIENTE E ORIENTADO

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: AMARELO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 2

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apóio:

OBSERVAÇÕES

Data: 15/12/2018 00:29:45 Usuário: (RADIO OPERADOR) VIVIAN TAVARES DO NASCIMENTO

Observação: NOVO QTI PARA HWG.

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
14/12/2018
22:38:05
Saída Local:
14/12/2018
23:15:00Regulação Médica:
14/12/2018
22:39:28
Chegada Destino:
14/12/2018
23:39:16Solicitação VTR:
14/12/2018
22:40:13
Liberação Destino:
15/12/2018
00:57:14Saída VTR:
14/12/2018
22:40:17
Liberação VTR:
15/12/2018
00:57:16Chegada Local:
14/12/2018
23:06:45

SINISTRO 3190200131 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA

CPF/CNPJ: 91445981491

Posição em 23-03-2019 10:10:14

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT. O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
26/03/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Quesitos

- 1- Quais as lesões sofridas pelo autor?
- 2- As lesões decorreram de acidente de veículo?
- 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente?
- 4- Totalmente ou em parte?
- 5 - Em que percentual?
- 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho?
- 7- A incapacidade é temporária ou permanente?
- 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral?
- 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta?
- 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão para a capacitação laborativa é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

INTERPRINT LTDA

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1234207105

PROIBIDO PLASTIFICAR
1234207105

NOME
REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
1382465 SSP RN

CPF
914.459.814-91

DATA NASCIMENTO
14/03/1977

FILIAÇÃO
FRANCISCO CLEMENTE
TEIXEIRA
MARIA MIGUEL DA SILVA
TEIXEIRA

PERMISSÃO
ACC
CALHAR
AB

Nº REGISTRO
03883577554

VALIDADE
28/03/2021

1ª HABILITAÇÃO
13/07/2006

OBSERVAÇÕES

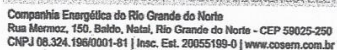
ASSINATURA DO PORTADOR

DATA EMISSÃO
29/03/2016

LOCAL
NATAL, RN

64882434466
RN702386553

DETRAN RN (RIO GRANDE DO NORTE)

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

NOSSA SENHORA DA APRESENTACAO/AREA
NATAL RN
59115-577

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0853852899	02/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
11/03/2019	13/03/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	26 08

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	50,0000000	0,50473441	25,23
Multa por atraso-NF 016509982 - 11/12/18			0,84
Juros por atraso-NF 016509982 - 11/12/18			0,00

26.08

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (M³)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
50324583	CAT	10/01/2019	16.928,00	11/02/2019	16.979,00	32	1,00000		50,00

DETALHAMENTO DO CONSUMO

Mês/Ano (MWh)

<

Pague no ponto mais perto de você: mercadinho Santa Rita: rua Manoel Francisco de Albuquerque, 1721, nossa senhora de apresent / visit: rua Cado Magalhães, nossa senhora de apresentação: lista completa em www.casem.com.br • O pagamento deste Nota Fiscal é feita de ser fonte em espécie. Na data de entrega e validade em vigor é a Verde. Mais informações em www.arsel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Paga, em stress, greva mais 2% (R\$414 ANEBL), juros 1% (m.e.l) 10 438002) e atualização monetária no próx. mês benefício do ICMs conforme Art. 14, do RICMS-RN. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os pais de atendimento comercial.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 474/2000), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.cobep.com.br

TENSÃO E PERDA DE TENSÃO EM TRANSFORMADORES						TENSÃO DE TENSÃO	
JOALDO	MÓDULO	LÍMITE ANUAL	LÍMITE TRIMESTRAL	LÍMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO (V)	
					MÍNIMO	MÁXIMO	
DIC	1,11	5,43	10,80	21,79	220	202	231
FIC	1,00	3,36	8,72	13,45			
DMC	1,11	3,11	0,00	0,00			

Límite DCR: 12,22 BUSO - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 11,85

CONTA CONTRATO 0853852899	MÊS/ANO 02/2019	DATA DE VENCIMENTO 11/03/2019	TOTAL A PAGAR (R\$) 26,08
------------------------------	--------------------	----------------------------------	------------------------------

83800000000-9 26080038400-4 85385289920-5 01463327333-3

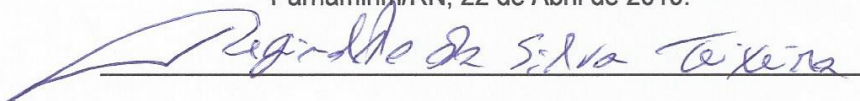


DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA**, brasileiro, solteiro, funcionário público, inscrito no CPF sob o nº 914.459.814-91, inscrito no RG sob o nº 1382465, expedido por SSP/RN residente e domiciliado à Rua Prefeita Joana Ferreira da Cruz nº 1337, Nossa Sra. da Apresentação, Natal/RN, CEP: 59155-630

Declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não tendo condições de arcar com custas processuais e honorárias advocatícias 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 o presente.

Parnamirim/RN, 22 de Abril de 2019.



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

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS DPVAT

CONTRATANTE: REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA, brasileiro, solteiro, funcionário público, inscrito no CPF sob o nº 914.459.814-91, inscrito no RG sob o nº 1382465, residente e domiciliado Na Rua Prefeita Joana Ferreira da Cruz nº 1337, Nossa Sra. da Apresentação, Natal /RN, CEP: 59115-577

II - CONTRATADOS: JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES, brasileiro, advogado, divorciado, inscrito na OAB (RN) sob o nº. 11239 com endereço profissional sito à Rua Dr. Sadi Mendes de Lucena, 1022-A, Santos Reis, Parnamirim/RN, CEP: 59.146-110

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 e OBRIGAÇÕES DOS CONTRATADOS:

Cláusula 1ª. As atividades incluídas na prestação de serviços objeto deste instrumento são todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam: praticar quaisquer atos e medidas necessárias e inerentes à causa, em todas as repartições públicas da União, dos Estados e Municípios, bem como Órgãos a estes ligados direta ou indiretamente, seja por delegação, concessão ou outros meios, bem como de estabelecimentos particulares e, praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os específicos no Instrumento Procuratório, parte deste;

Cláusula 2ª As obrigações do(a) CONTRATADO no cumprimento do presente contrato, de posse das procurações que lhe forem outorgadas, prestará a atividade jurídica que for necessária ao caso com zelo, prezando sempre para o bom cumprimento do mandato.

V - DA DESISTÊNCIA e OBRIGAÇÕES DOS CONTRATANTES:

Cláusula 1ª. Fica acordado que, em caso de desistência, o(a) CONTRATANTE, pagará um salário mínimo a título de despesas, consultoria e/ou assessoria jurídica, no ato da desistência;

Cláusula 2ª. Em caso de falta/ou ausência não justificada por parte do(a) CONTRATANTE aos atos judiciais ou administrativos, este fica ciente da multa do art. 334, § 8º do CPC, bem como, fica ciente que deverá comunicar mudanças de endereços e telefones durante o curso do processo;

Cláusula 3ª. Os serviços e/ou despesas realizados fora da comarca-sede do(a) CONTRATADO, que careça de deslocamento, ficará ressalvado a este o direito de executá-los pessoalmente ou por advogado substabelecido, correndo por conta do(a) CONTRATANTE as despesas de viagem, estadia, transporte e honorários do substabelecido.

VI - DOS HONORÁRIOS:

Cláusula 1ª. Ficam acordadas entre as partes que os honorários a título de prestação de serviços, em caso de procedência da causa ou acordo firmado no curso do processo, mesmo em caso de substabelecimento com ou sem reserva de poderes, serão pagos da seguinte forma: **25% (vinte por cento)**, sobre todos os valores recebido na seara administrativa e, **30% (trinta por cento)** sobre todo valor devido na judicial ou acordo realizado entre as partes, se for o caso;

Cláusula 2ª. Caso o pagamento não seja realizado na data ou na etapa prevista, será cobrada multa equivalente a 2% (dois por cento), bem como juros de mora, no percentual de 1% (um por cento) por mês de atraso;

Cláusula 3ª. Fica estipulado entre as partes que, se o(a) CONTRATADO optar em separar o valor devido a título de honorários advocatícios contratuais e/ou sucumbenciais, seja no âmbito administrativo ou judicial, poderá juntar o contrato de prestação de serviços advocatícios no processo para que se cumpra a finalidade pretendida, tudo, nos exatos termos do art. 22, § 4º, da Lei 8.906/94 e do Provimento 128/2015 do TJRN;

Cláusula 4ª. Caso haja morte ou incapacidade civil do(a) CONTRATADO, seus sucessores ou representantes legais receberam os honorários na proporção do trabalho realizado;

Cláusula 5ª Os honorários de sucumbência pertencem ao(s) CONTRATADOS, nos termos do art. 23 do EOAB, Lei 8.906/94, que será pago de imediato em juízo, ou fora dele, ao final da ação.

VII - DA COBRANÇA PELOS SERVIÇOS PRESTADOS:

Cláusula 1ª. As partes acordam que em caso de não pagamento dos valores contratados e/ou sucumbenciais, facultará ao(s) CONTRATADO, promoverá competente ação de execução em seu próprio nome, tudo nos exatos termos da Lei.

VIII - DO FORO:


Cláusula 1ª. Para a solução de questões decorrentes deste Contrato, fica eleito o foro da Cidade de Parnamirim/RN.

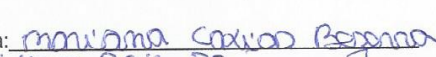
E por estarem justas e acertadas, assinam o presente em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Parnamirim/RN, 26 de Fevereiro de 2019


REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA


JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Testemunha: 
CPF: 923.980.303-39

Testemunha: 
CPF: 204.457.384-30