



Número: **0855131-97.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **07/11/2018**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JORGE DA CRUZ NASCIMENTO (AUTOR)	ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA (ADVOGADO) NUSIA LEILA FERNANDES DE OLIVEIRA (ADVOGADO) LARISSA DE OLIVEIRA MAIA (ADVOGADO)
PORTE SEGURU S/A (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34070 024	23/10/2018 10:01	<a href="#">adm</a>	Documento de Comprovação
34070 042	23/10/2018 10:01	<a href="#">bo</a>	Documento de Comprovação
34070 069	23/10/2018 10:01	<a href="#">doc do hospital1</a>	Documento de Comprovação
34070 098	23/10/2018 10:01	<a href="#">doc do hospital2</a>	Documento de Comprovação
34070 121	23/10/2018 10:01	<a href="#">id</a>	Documento de Identificação
34070 149	23/10/2018 10:01	<a href="#">laudo 2</a>	Documento de Comprovação
34070 171	23/10/2018 10:01	<a href="#">laudo</a>	Documento de Comprovação
34070 192	23/10/2018 10:01	<a href="#">procuração</a>	Procuração
34070 213	23/10/2018 10:01	<a href="#">samu</a>	Documento de Comprovação

## SINISTRO 3180268690 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JORGE DA CRUZ NASCIMENTO

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** ARUANA

SEGURADORA S/A

**BENEFICIÁRIO** JORGE DA CRUZ NASCIMENTO

**CPF/CNPJ:** 87816091400

**Posição em 17-10-2018 13:04:07**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique [Aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
25/09/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA-GERAL DE POLÍCIA CIVIL – (DEGEPOL)  
DIRETORIA DE POLÍCIA DA GRANDE NATAL – (DPGRAN)  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MACAÍBA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº:332/2018-DPM

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE TRÂNSITO**

Local do fato: Rua Olímpio Maciel, Macaíba-RN

Data e hora do fato: 29/09/2017 21h:30min.

**DECLARANTE: JORGE DA CRUZ NASCIMENTO**

Filiação: Maria do Carmo da Cruz Nascimento

Endereço: Rua São Geraldo, 60, Distrito Rio da Prata, São Gonçalo do Amarante/RN

Documento: RG nº1465887 ITEP/RN CPF nº878.160.914-00 CNH 05120345058

Profissão: Operador de máquinas

Estado Civil: Solteiro

Naturalidade: Macaíba/RN

Data de Nascimento: 15/04/1972

Telefone: (84) 99427-2662

**VÍTIMA: O DECLARANTE**

**Acusado(a) xxxxxxxx**

**HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA**

O comunicante compareceu nesta DP para registrar que no dia, hora e local acima citados, pilotava sua motocicleta Honda CG 150 Titan, Cinza, placa MYP-7511 e Renavam 00119395541, sentido centro de Macaíba, quando uma motocicleta de cor vermelha e placa não verificada, saiu de beco do engole, como é conhecido, e bateu lateralmente com a moto do declarante, tendo os dois condutores caído mas só o comunicante ficou no local e foi socorrido por uma viatura da Samu, foi conduzido ao Hospital Deoclécio Marques, em Parnamirim, onde recebeu atendimento de urgencia e se submeteu a procedimento cirúrgico dias depois. E nada mais disse.

**OBS:** O(a) comunicante é inteiramente responsável pelas informações prestadas neste Boletim de ocorrência.

Macaíba/RN, 07 de FEVEREIRO de 2018

Jorge da Cruz Nascimento	Pietero Augusto 137-338-1
Assinatura do(a) Comunicante/Vítima	Assinatura e Matrícula do Policial

Praça José da Penha, 46, centro, Macaíba/RN, CEP 59.380-000, Tel. (84) 3271-6836/6835.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA

PARNAMIRIM /RN

VISTO  
NHVEHRDML

DADOS PESSOAIS:

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA N°

E: JORGE DA CRUZ NASCIMENTO

DE: 15/04/1972

COR: M

SEXO: M

ESTADO CIVIL: SOLT

URALIDADE: 5-6 AM.

PROFISSÃO:

PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: R. SÃO GERALDO 59

BAIRRO: CRUZ DA PRATA

ADE: 500 E. AMAR

DATA: 29/08/17

HORA: 22:43

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PARENTEMENTE BEM <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	COM DISPNEIA <input type="checkbox"/>	CHOCADO <input type="checkbox"/>	COMATOSO <input type="checkbox"/>
C/ HEMORRAGIA <input type="checkbox"/>	EM CONVULSÃO <input type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO <input type="checkbox"/>	AGITADO <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>

EGO ACIDENTE DE TRABALHO SIM  NÃO

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

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

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
-------	------------	-------	------

STÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente trazido pelo SAMU, immobilizado sem cinta cervical. Foi vítima de colisão motox moto. Queixa-se de dor em ponto (E). Tinha perda de consciência, vômito, cefaleia, dor abdominal. Refere dor próximo ao apêndice xifoide (trauma de quântico).

CAME FÍSICO HTL: lesão + HCTZ. Nega alergia. VAT > Sangue (15K)

- A. VAP sem curvatura
- B. Exposição adequada MVR simétrico
- C. Pulso amplo, abd. flácido, indolor, pele rósea
- D. ECG = 15, pupilas irótoreagentes
- E. edema em ponto (E) e deformidade, pulso D. escoriações em joelhos

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

5POZ = 95%

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO
200	150x100	18	15	198,507-8	-	++

CONFERE COM ORIGINAL

M.C.  
SUSCATOR

AGNÓSTICO INICIAL

Trauma punho (E)



## PEDIDO DE PARECER

de Solicitante: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Paciente: Jose da Cruz Nascimento Prontuário: \_\_\_\_\_

Endereço da Consulta:

Detinua de colisão moto x moto com dor e  
desformidade em punho (E). Pulsos +.  
Solicito avaliação

Médico

Ricardo Souza e Silva  
MÉDICA  
CRM/RN 493

CRM

129, 09, 17  
Data

Encaminhado à especialidade: Ortopedia

Consulta marcada para a Unidade: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Para o (a) Dr. (a): \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas do dia / / /

## RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)

franc foraco + escoriaz no m<sup>o</sup> (E)  
Rx da m<sup>o</sup> (E) si alta

Dr. Sua Ortopedia

CONFERE COM ORIGINAL  
\_\_\_\_\_  
Assessor

19/05/7-8

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Dr. Fábio Ferreira Freire  
Médico Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5804 - TEOT 13187

5804  
CRM

30, 09, 17  
Data

Retornar à clínica solicitante: \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_

Para o (a) Dr. (a): \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas do dia / / /

## 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

- 1) Drenagem laringeal 1M. 03:45  
 2) RX Torax + punho E +  
 3) Avaliação ortopédica.

Ricardo de Souza e Silva  
 CRM/RN 9183

Dr. Gustavo  
 Fernandes

03:40 Paciente em BEG, corado, hidratado. SSUV es-  
 tava bem. Sem queixas no momento. Realizado re-  
 stino de FCC em 2° e 3° quirodactilos.

CS: Alta orientações sobre cuidados e ferida, VAT e  
 retorno se sinais de alarme.  
 Receta p/casa e contatado nos 3 dias.

Ass. do Responsável

## DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> DATA <u>30/09/17</u> HORA <u>03:45</u>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM <u>1</u> / <u>1</u> HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR ÓBITO _____ / _____ / _____	A REVELIA <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	
ENTREGUE À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	
MÉDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)

Ricardo de Souza e Silva  
 CRM/RN 9183 + Dr. Gustavo  
 Fernandes



PRÓPRIA MÉDICA - TRAUMATOLOGIA

ORTOPÉDICA III

PACIENTE: JORGE DA CRUZ DATA: 17.10.17

1	DIETA LIVRE
2	DIPIRONA 01 AMP + AD EV DE 6/6H
3	TRAMAL 100 MG - 01 AMP + 100 ML DE SF 0,9% EV, 12/12H
4	TILATIL 40 MG + AD EV DE 12/12H
-	SF 0,9% - 1000 ML ,EV, 14 GTS /MIN
	KEFAZOL 1G - 01 FA +ABD ,EV, 8/8H

EVOLUÇÃO MÉDICA:

01/06/08 Sat morn.  
Acta Hospital

~~Dr. Fabio Ferreira~~ CRM 5804 - TEOF 13187

198509  
SCHMIDT  
COPIEEREN ORIGINAL

SOLICITO RADIOGRAFIA: \_\_\_\_\_  
SOLICITO OUTROS EXAMES: \_\_\_\_\_

IS: 706407603447283



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA  
PARNAMIRIM /RN

Maria do Carmo da Cruz Nasimento

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA N° 47

OME: JORGE DA CRUZ NASIMENTO

DATA: 15/04/1972 COR: P SEXO: M ESTADO CIVIL: SOLT

NATURALIDADE: S. G. AMARANTE PROFISSÃO: OP. MÁQUINAS PROCEDÊNCIA: (RET. ORTOP.)

ENDEREÇO: R: SÃO GERALDO, 59 BAIRRO: RIO DA PRATA

CIDADE: SAC GONÇALO AMARANTE DATA: 16/10/2017 HORA: 15:02

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM  REGULAR  COM DISPNEIA  CHOCADO  COMATOSO   
C/ HEMORRAGIA  EM CONVULSÃO  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)

trauma no peito

EXAME FÍSICO

CONFERE COM ORIGINAL

Servidor

198571

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL



HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA  
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome: JORGE DA CRUZ NASCIMENTO Idade: 45 D/N: 15/04/72  
 Front: 149x88 Município: S. GONÇALO DO AMARANTE Procedência: () Interno () Externo  
 Data da cirurgia: 16/10/17 Hora Admissão: Bloco: 0:3 Sala: 18 Hora Saída: \_\_\_\_\_ Peso: 94 kg  
 Alérgias: () Não () Sim Comorbidades: () H.A.S () DM () Outras \_\_\_\_\_  
 Jso de medicações: () Não () Sim Hidrocodetirazida + Enalapril Jejum: () Não () Sim → ÚLTIMA REFEIÇÃO 18/09/17  
 ISVV Admissão: PA 150x102 mmHg Pulso: 88 bpm Fl: 15 bpm FC: 88 bpm SpO<sub>2</sub>: 98 % T: 36,5 °C

Enfermeiro(a): TATIANE Instrumentado (a): GLÓRIA MARIA Circulante: IRANI PEREIRA

Cirurgia: PRAT. ANHO E Especialidade: ORTOPEDIA Sala: 03  
 Hora Início: 18:35 Hora Término: 19:35 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada  
 1º Cirurgião: FÁBIO FREIRE Aux: DR HAUSEMANN Residente: \_\_\_\_\_

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: V.E. () Bloqueio () Raquidiana Ag.nº \_\_\_\_\_ () Peridural () c/cateter () s/cateter  
 Ag.nº \_\_\_\_\_ Cateter nº: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Garrote: () Smarch () Pneumático Início: 18:38 Término: 19:35  
 Anestesiologista: DR RODRIGO

NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
	Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
	Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/>	Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
	Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> Estimul. Nervo
	Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input checked="" type="checkbox"/> Dífrusor
<input checked="" type="checkbox"/>	Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input checked="" type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/>	Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmeno	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador
	t/dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	
	Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:	
	Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
	Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas		<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
	Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>116</u>	<u>93</u>	<u>88</u>	Bpm
Pulso	<u>116</u>	<u>84</u>	<u>88</u>	Bpm
Oximetria	<u>97</u>	<u>97</u>	<u>99</u>	%
Capnografia				%
PA	<u>155x107</u>	<u>150x100</u>	<u>155x110</u>	mmHg

ACESSO VENOSO

<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Venosa Periférica
	Punção Venosa Central
	Dissecção venosa
Local:	<u>M52</u>
Cateter:	<u>Jelco 20</u>

SONDAGEM GÁSTRICA

<input checked="" type="checkbox"/>	SNG nº
Retorno:	

CATETERISMO VESICAL

<input checked="" type="checkbox"/>	SVF nº	<input checked="" type="checkbox"/>	SVA nº
Diurese:			

Profissional responsável: \_\_\_\_\_

EXAMES SOLICITADOS:

<input type="checkbox"/>	Hemograma	<input checked="" type="checkbox"/>	Gasometria
<input type="checkbox"/>	Coagulograma	<input checked="" type="checkbox"/>	Outros
<input type="checkbox"/>	Tipagem Sanguínea	<input checked="" type="checkbox"/>	Glicosimetria:
<input checked="" type="checkbox"/>	Radioscopia (Raio X)		

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> PESCOÇO	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> TÓRAX	<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos
<input checked="" type="checkbox"/> Litotômica	<input checked="" type="checkbox"/> LOMBAR	<input checked="" type="checkbox"/> MMII
<input checked="" type="checkbox"/> Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input checked="" type="checkbox"/> Canivete		<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input checked="" type="checkbox"/> Proclive		<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

( ) Sim () Não () Metal () Descartável  
 Local: \_\_\_\_\_

DEGERMAÇÃO CONFERE COM ORIGINAL TRICOTOMIA  
 () Sim () Não () Sim () Não

Local: MSE Solução: Cloro Exigina Local: \_\_\_\_\_

IMPLANTE CIRÚRGICO

Drenos: \_\_\_\_\_

Tela: \_\_\_\_\_

Cateter: \_\_\_\_\_

Ostomia: \_\_\_\_\_

Fio de KC: 01 N° 0,0 Parafuso - tipo: CORTICAL

Placa - Tipo: SUSTENTACAO 3x3

Outros: \_\_\_\_\_

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

Caixa cirúrgica: BÁSICA Quant. Material: \_\_\_\_\_  
 Val. 22-10-17 Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim



Nome do paciente		Hospital		Nº prontuário
Data operação	Enf.	Leito		
Operador	Fábio Freire	1º auxiliar	Márcio	
2º auxiliar	Rodrigo O. G. da Cruz	3º auxiliar	Instrumentador	
Anestesiista	Anestesiologia CRM/RN 8690	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório				
Tipo de operação Ad. de Fret. do pênis (t)				
Diagnóstico pós-operatório				
Relatório imediato do patologista				
Exame radiológico no ato				
Acidente durante a operação				

#### DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- ① Vie de clipes isolados
- ② Reduziu + fixou o placca T +  
os parafusos + o fio no estilo shanefield  
+ foi feito por suture
- ③ Limpeza c... sangue + retiro de sujeira +  
desinfecção + retira por placa
- ④ Curto

J. Hausmann Morais  
Traumatologista  
CRM 2214 - SBOT 12213

16/10/11

19550x8  
CONFIRA ORIGINAL  
m/2011



## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA  
ORTOPEDIA

ENFERMARIA N°	LEITO	PRONTUÁRIO
		149488
DATA	HORA	CATEGORIA
16/10/2017	16:12	GIH
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO
JORGE DA CRUZ NASCIMENTO		15/04/1972
ESTADO CIVIL	PROFISSAO	
SOLTEIRO	OPERADOR DE MAQUINA	
ENDEREÇO (RUA, N°)		
RUA - SAO GERALDO N° 59		
MUNICIPIO	BAIRRO	UF
SAO GONÇALO DO AMARANTE	RIO DA PRATA	RN
LOCAL DE TRABALHO		CEP
		59290000
TELÉFONE		
FILIAÇÃO		
MARIA DO CARMO DA CRUZ NASCIMENTO	NAO DECLARADO	
RESPONSÁVEL		TELÉFONE
O MESMO		994272662
ENDERECO		
O MESMO		
DIAGNOSTICO PROVISORIO		
DIAGNOSTICO DEFINITIVO		

DATA DE ADMISSÃO  
10.10.17

ALTA

OBITO

## HISTÓRIA CLÍNICA

*grat do jutu*  
CRM 5804 - TET 13181  
Dr. Fábio Ferreira de Oliveira  
Frente

*CONFIRMO ORIGINAL*  
*2017*

*Ag 85078*



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia



Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

HEMOTRANSFUSÃO:

( Hemoconcentrado \_\_\_\_\_ Unid. ( Plasma \_\_\_\_\_ Unid. ( ) Plaquetas \_\_\_\_\_ Unid. ( ) Albumina \_\_\_\_\_ Unid. ( ) Expansor plasmático \_\_\_\_\_ Unid.

RATIDINA h:19:00 CEFAZOLINA 2g h:19:00 h: \_\_\_\_\_  
PLASGIL h:19:00 DIPRONE 2g h:19:30 h: \_\_\_\_\_  
ONDASENTONA h:19:00 TENOXICAN 40mg h:19:30 h: \_\_\_\_\_

HIDRATAÇÃO VENOSA

( ) Soro Fisiológico: 500 ml ( ) Soro Ringer Simples: 500 ml Quantidade total de volume administrado: \_\_\_\_\_  
( ) Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml ( ) Soro Ringer Lactato: \_\_\_\_\_ ml

ANÁTOMO PATOLÓGICO

( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) Sim Peça:	Peça para sepultamento: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) Sim
Swab para cultura:	Líquido:

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: ( ) limpo ( ) c/exsudato ( ) Contaminada ( ) Aparelho gessado ( ) Bandagens ( ) Talas ( ) Outros:

INTERCORRÊNCIAS: *Procedimento si intercorrência, encaminhado ao cirurgião nece. Retirado gorro*

Ass: Isaure Coren: 269478

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: ( ) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Narcose ( ) Coma ( ) Vigil ( ) Agitado

Respiratório: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) O<sub>2</sub> ambiente Curativo: ( ) Oclusivo ( ) Compressivo ( ) Bolsa de colostomia ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Diurese: ( ) Espontânea ( ) Normal ( ) Hematúria ( ) Irrigação Vesical ( ) Oligúrico Destino após a cirurgia: Orto

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: 19:45 Data: 16/10/17 Nível de consciência: ( ) Acordado ( ) Sonolento ( ) Narcose ( ) Orientado

( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choroso Vias aéreas: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) Cateter O<sub>2</sub> ( ) O<sub>2</sub> Ambiente

Mobilização MMII: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade Mobilização MMSS: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade

Venoclise: ( ) Não ( ) Sim Tipo: AVP Local: MS E Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral ( ) Vesical

Drenos: ( ) Succão ( ) Torácico ( ) Penrose ( ) Kherr Ostomias: ( ) Sim ( ) Não Especifique:

Irrigação vesical contínua: ( ) Retorno satisfatório ( ) Retorno Insuficiente ( ) Coágulos

Curativo: ( ) Oclusivo ( ) Descoberto ( ) Limpo ( ) Sujo Monitorização: ( ) ECG ( ) Oxímetro ( ) PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA ( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Sangramento ( ) Dor ( ) Bexiga ( ) Alteração PA ( ) Alteração FC

Relate:

SINAIS VITAIS

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	—	101	—	—	100	—
30'	—	94	—	—	100	—
60'	—	100	—	—	93	—
Alta	—	104	—	—	97	—

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: \_\_\_\_\_ ml  
Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml  
Ringer: \_\_\_\_\_ ml  
Irrigação vesical contínua: \_\_\_\_\_ ml

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gast.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO	—	—	—	—
Desprezado	—	—	—	—

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: *Sem intercorrências até o momento. Paciente encaminhado para a clínica intensiva.*

Ass: Cândida Coren: 982220

**EXAMES COMPLEMENTARES**

GEARHNO DO CO...  
SERFICIA DE SAUDE PUBLICO  
HOSPITAL GOSCALCIO M. LUCENA  
CARIRI MINHA VIDA

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**

Rx do pulmão (B) SPI/PERC  
- Internado

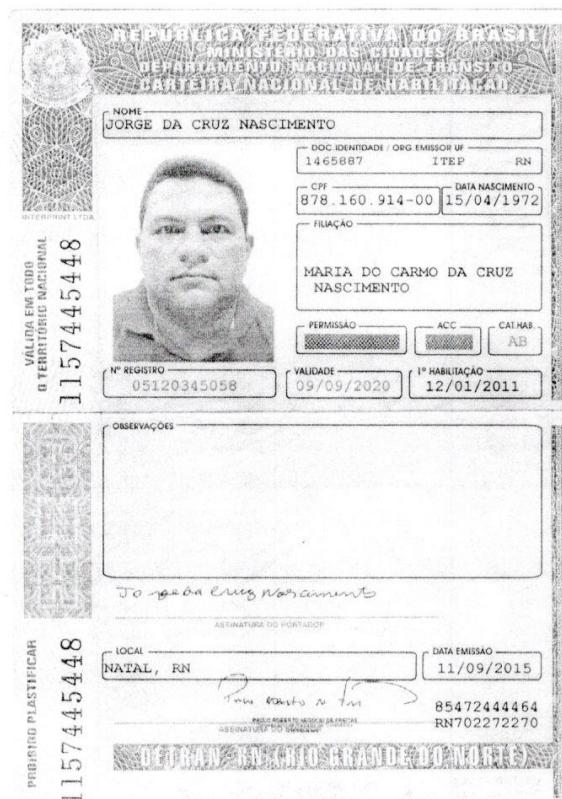
*J*

CRM 5804 - EOT 1318  
Dr. Fabrício Ferreira Freire

Ass. do Responsável

**DESTINO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Ortopedia</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/_____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
DATA ____/____/____	HORA _____	
ÓBITO ____/____/____	HORA _____	HORA _____
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>
		I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
<p><i>J</i></p> <p>CRM 5804 - EOT 1318 Dr. Fabrício Ferreira Freire</p>		<b>AUTORIZADO</b>
CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)		



NOTA FISCAL   FATURA   CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA																																																					
<b>COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE</b> RUA MERMOS, 150, BALDO, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE CEP 59025-250 CNPJ 08.324.196/0001-81 INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0			Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 <b>Ligações Gratuítas:</b> -TELEATENDIMENTO COSERN: 116 -Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 -Ouvidoria 0800 084 0404 <b>Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte</b> ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos <b>Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167</b> Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis																																																		
<b>DADOS DO CLIENTE</b> JORGE CRUZ NASCIMENTO CPF: 878.160.914-00			<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>27/02/2018</b> <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>0,00</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 20/02/2018 <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 20/02/2018 <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 002421034 Série: U																																																	
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> RUA SAO GERALDO 60  RIO DA PRATA/AREA RURAL 59290-000 SAO GONCALO DO AMARANTE RN			<b>CLASSIFICAÇÃO</b> <b>B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS</b> Monofásico																																																		
<b>RESERVADO AO FISCO</b> 2DB7.B97A.81C5.3BC4.2841.5ABC.40F7.9857																																																					
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Descrição</th> <th>Quantidade</th> <th>Preço</th> <th>Valor (R\$)</th> <th></th> <th></th> </tr> <tr> <td>Consumo Ativo até 30 kWh</td> <td>30,00</td> <td>0,18220746</td> <td>5,46</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh</td> <td>69,00</td> <td>0,31235564</td> <td>21,55</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contribuição Iluminação Pública</td> <td></td> <td></td> <td>12,75</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ICMS-Pecula Subvencionada</td> <td></td> <td></td> <td>4,61</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Multa por atraso-NF 000986209 - 19/01/18</td> <td></td> <td></td> <td>0,48</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Juros por atraso-NF 000986209 - 19/01/18</td> <td></td> <td></td> <td>0,02</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>TOTAL DA FATURA</b></td> <td></td> <td></td> <td><b>44,87</b></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)			Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18220746	5,46			Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	69,00	0,31235564	21,55			Contribuição Iluminação Pública			12,75			ICMS-Pecula Subvencionada			4,61			Multa por atraso-NF 000986209 - 19/01/18			0,48			Juros por atraso-NF 000986209 - 19/01/18			0,02			<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>44,87</b>		
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)																																																		
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18220746	5,46																																																		
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	69,00	0,31235564	21,55																																																		
Contribuição Iluminação Pública			12,75																																																		
ICMS-Pecula Subvencionada			4,61																																																		
Multa por atraso-NF 000986209 - 19/01/18			0,48																																																		
Juros por atraso-NF 000986209 - 19/01/18			0,02																																																		
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>44,87</b>																																																		
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS																																																					
<b>ICMS</b>		<b>PIS</b>		<b>COFINS</b>																																																	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO																																																
27,01	18,00	4,86	27,01	0,67	0,18																																																
27,01	18,00	4,86	27,01	0,67	0,18																																																
27,01	3,05	0,82	27,01	0,05	0,02																																																
<b>Tarifas Aplicadas</b> Consumo Ativo até 30 kWh 0,14263200 Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,24451200																																																					
<b>HISTÓRICO DO CONSUMO</b> kWh FEV 18 99 JAN 18 77 DEZ 17 72 NOV 17 72 OUT 17 72 SET 17 63 AGO 17 65 JUL 17 62 JUN 17 58 MAI 17 68 ABR 17 73 MAR 17 78 FEV 17 74																																																					
<b>COMPOSIÇÃO DO CONSUMO</b> R\$ % Geração de Energia 9,18 33,97 Transmissão 1,32 4,89 Distribuição (Cosern) 6,87 25,44 Encargos Setoriais 2,09 7,74 Tributos 5,86 21,70 TOTAL 27,01 100																																																					
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Descrição</th> <th>Conjunto</th> <th>Valor Apurado</th> <th>Meta Mensal</th> <th>Mata Trim.</th> <th>Mata Anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">dez/2017</td> </tr> <tr> <td>DIC-No.de horas sem Energia</td> <td>MACAIBA</td> <td>0,00</td> <td>10,87</td> <td>21,74</td> <td>43,49</td> </tr> <tr> <td>FIC-No.de vezes sem Energia</td> <td></td> <td>0,00</td> <td>7,67</td> <td>15,34</td> <td>30,69</td> </tr> <tr> <td>DMIC-Duração máxima de interrupção contínua</td> <td></td> <td>0,00</td> <td>5,88</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>DICRI-Duração de interrupção em dia crítico</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Límite DICRI: 16,60</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 9,57</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.</td> </tr> </tbody> </table>						Descrição	Conjunto	Valor Apurado	Meta Mensal	Mata Trim.	Mata Anual	dez/2017						DIC-No.de horas sem Energia	MACAIBA	0,00	10,87	21,74	43,49	FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,67	15,34	30,69	DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	5,88	0,00	0,00	DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Límite DICRI: 16,60	EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 9,57						Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					
Descrição	Conjunto	Valor Apurado	Meta Mensal	Mata Trim.	Mata Anual																																																
dez/2017																																																					
DIC-No.de horas sem Energia	MACAIBA	0,00	10,87	21,74	43,49																																																
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,67	15,34	30,69																																																
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	5,88	0,00	0,00																																																
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Límite DICRI: 16,60																																																
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 9,57																																																					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.																																																					
INFORMAÇÕES IMPORTANTES																																																					
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a> . O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 25,85. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Combata o mosquito da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.																																																					
<b>NÍVEIS DE TENSÃO</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>TENSÃO NOMINAL(V)</td> <td>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</td> </tr> <tr> <td>MÍNIMO</td> <td>MÁXIMO</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</td> </tr> </table>						TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																									
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)																																																				
MÍNIMO	MÁXIMO																																																				
220	202																																																				
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																																					
DESTAQUE AQUI																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>CONTA CONTRATO</td> <td>MÊS/ANO</td> <td>TOTAL A PAGAR(R\$)</td> <td>VENCIMENTO</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">TALÃO DE PAGAMENTO</td> </tr> <tr> <td>000344497010</td> <td>02/2018</td> <td>0,00</td> <td>27/02/2018</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.</td> </tr> </table>						CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO		000344497010	02/2018	0,00	27/02/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.																																					
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO																																																	
000344497010	02/2018	0,00	27/02/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.																																																	
FATURA PAGA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																																			

# Dr. Arthur Amaral de Souza

**CRM/RN-9579**

JORGE DA CRUZ Nascimento

Paciente vítima de Acidente Automobilístico (moto-moto); em Macau no dia 29.09.17. O mesmo foi socorrido pelo SAMU (nº 5272136). Foi transportado para o Hospital Deodálio Marques (BO = 48); apresentando dor no ponto lesionado. Foi operado (16.10.17) com implante cirúrgico: Fio de K e fixação + Placa de sustentação. Posteriormente foi feita prótese. (40 sessões). CIO: 562.

Exame: Edema discreto em ponto (1+(4+); extensão e flexão do corpo diminuída; Perda de força em mão esquerda em relação à mão direita. Sem outras sequelas.

Danya de personalidade <25%.

Decente de alta definitiva.

PARNAMIRIM/RN 28/08/18

Arthur Amaral de Souza  
Médico  
CRM-RN 9579



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAÍBA  
- SÁMIDE

**REFETO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CENTRO DE SAÚDE LUIZ ANTÔNIO FONSECA SAN

PACIENTE: JENOO W.  
ROBERTO

Luisa Mazzoni

Rosario con rosas  
de rosa

Arroauar do Rio  
= 7 m/s

Dear Mr. [unclear]  
Dear Mr. [unclear]

DISCUSSION  
SOLUTION & METHODS  
RESULTS

Agents & Agents can  
now can

*Pica vireo.*  
Moltura do sururu, ST  
in Brazil Wilson

Moscow 10  
Moscow is great! Volga  
6.2.2018 el Parizzi  
2658

Moana  
CIB 562, 298

DATA: 30/06/18 DR. H. CRM 1  
TEOR: 1

DATA: 30/05/18 ✓ ✓ ✓ / ..

**M&O**  
Maia | Oliveira

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: *Jorge da Cruz Nascimento*  
NACIONALIDADE: brasileiro ESTADO CIVIL: solteiro  
PROFISSÃO: operador de máquinas  
IDENTIDADE: 1455887-18818N CPF: 878.160.934-00  
ENDEREÇO: R. São Geraldo 60  
BAIRRO: Rio do Roço CIDADE: São Gonçalo do Amarante/RN  
TELEFONE: 99427-2662

**OUTORGADOS:** ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.925, NÚSIA LEILA FERNANDES DE OLIVEIRA, brasileira, casada, inscrito na OAB/RN sob o nº13.561, LARISSA DE OLIVEIRA MAIA, brasileira, solteira, inscrito na OAB/RN sob o nº nº13.421 com escritório profissional na Rua Edgar Dantas, nº454, "C", Santos Reis, Parnamirim/RN. Email: [Oliveiramaiaadvogados@outlook.com](mailto:Oliveiramaiaadvogados@outlook.com) ; [bcitamaia@hotmail.com](mailto:bcitamaia@hotmail.com)

**PODERES:** A quem concedo (ermos) amplos, limpos e ilimitados poderes, para em conjunto ou separadamente, no foro em geral, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, propor em quaisquer medidas preliminares preventivas ou assecratórias dos nossos direitos e interesses, ingressar com o pedido de indenização de seguro DPVAT na via administrativa e/ou judicialmente com ação de cobrança do Seguro DPVAT, pedir desistência em caso de não comparecimento em audiência, requerer e receber junto ao CPRE, complemento do BOLETIM ACIDENTE DE TRANSITO, usando, para tantos os poderes da cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA" e mais os especiais para transpor (em) compromissos, fazer acordo, receber (em), dar (em) quitação, representarmos juntos as repartições públicas, Estaduais, Municipais, Federa e autárquicas e sociedades de Economia Mista, praticando todos ao atos de representação e defesa extrajudiciais, perante quaisquer pessoas físicas em geral, e, finalmente, praticar (em) todos ao atos que se tornem mister para o fiel e completo desempenho deste mandato, inclusive interpor (em) total ou parcialmente, com ou sem reservas de poderes, oque tudo darei (ermos) por bom firme e valioso.

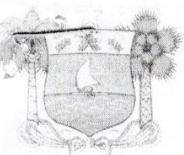
**CONTRATO:** Fica CONTRATADO, desde já, que os devidos honorários advocaticios serão na base de 20% (vinte por cento) sobre o valor bruto a receber ( no caso de indenização e outros recebimentos congêneres), os quais, quando for o caso, serão descontados em favor do constituído (art. 22 §4 da Lei 8.906/94), com expedição do respectivo Alvará pelo juízo da ação, constando a soma dos honorários sucumbenciais e os contratuais, tudo em favor do outorgado que o requerer e conforme pacto através do presente instrumento, sendo que, quando houver prestações continuadas (benefícios mensais previdenciários, pensão alimentícia e congêneres), serão pagos, além os honorários sobre atrasados, também sobre os valores recebidos durante os 12 (doze) meses seguintes. Nas ações que não visem qualquer recebimento em espécie, os honorários serão os constantes da tabela da OAB do Estado onde for ajuizada a Ação. Em caso de recebimento da indenização do seguro DPVAT pela via administrativa, o outorgante também pagará o valor de 20% (vinte por cento) sobre o valor bruto a receber aos outorgados. Assim, fica configurado CONTRATO DE ADESÃO, formalizado, para qualquer eventualidade futura.

Parnamirim, RN 07/03/2018

*Jorge da Cruz Nascimento*

OUTORGANTE

Rua Edgar Dantas, nº454, "C", Santos Reis, Parnamirim/RN, CEP – 59.076-000.  
Email:[bcitamaia@hotmail.com](mailto:bcitamaia@hotmail.com)



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



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que em busca no sistema informatizado do SAMU 192 RN que foi encontrado a ocorrência Nº S272136 referente ao paciente **JORGE DA CRUZ NASCIMENTO** 45 anos atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 RN, no dia 29/09/2017 em Macaíba/RN, vítima colisão moto/moto. Conforme ficha anexa.

Natal, 31 de outubro 2017

Ubiratan Wagner de Sousa  
Coordenador Substituto da Regulação Médica  
SAMU 192 RN  
Mat-210991-3

**SAMU 192 RN**  
END.: AV. PRUDENTE DE MORAIS, 2410 – BARRO VERMELHO - NATAL/RN  
SEDE DO COMANDO GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS  
CEP: 59 022-545



## Cronologia

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA**  
**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA**

**FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA**

FICHA DE ATENDIMENTO:	S272136
DATA DA OCORRÊNCIA:	29/09/2017 21:29:48
CIDADE:	MACAÍBA
BAIRRO:	
PONTO DE REFERÊNCIA:	DINARTE MARIZ - VP - CENTRO -
LOGRADOURO:	
INTERESSADO:	FRANCIELE
TELEFONE:	(98)815-0735
TIPO:	TRA
NATUREZA:	TRAUMA
SUB-TIPO:	TRA25
NATUREZA:	COLISÃO MOTO MOTO
IMPRESSO POR:	IVAN JOSE DE ARAUJO CARDOSO
DATA DA IMPRESSÃO:	31/10/2017 13:56:58

DATA	HORA	TERMINAL	OPERADOR	EVENTOS
29/09/2017	21:29:48	reserva2	98762684	PA A RUA JOSE COELHO
29/09/2017	21:29:48	reserva2	98762684	LM FRENTE A MARIA CIMENTO - LOJA
29/09/2017	21:29:48	reserva2	98762684	PA AO MERCADINHO JOSE VICENTE
29/09/2017	21:29:48	reserva2	98762684	*****
29/09/2017	21:30:26	regsmmu02	55083514	*****
29/09/2017	21:31:06	regsmmu02	55083514	COLISAO MOTO-MOTO, 01 VITIMA, SEM CAPACETE, SEM SINAIS DE FRATURA
29/09/2017	21:31:08	regsmmu02	55083514	CONSCIENTE
29/09/2017	21:31:10	despsamu1	50409604	VIATURA USB52 DESPACHADA - Comandante da VTR: (CIODS CIODS)
29/09/2017	21:31:20	regsmmu02	55083514	COM DOR EM PERNAS E TORAX
29/09/2017	21:31:48	regsmmu02	55083514	ORIENTO SINALIZAÇÃO DO LOCAL E NAO MOBILIZAÇÃO DA VITIMA
29/09/2017	21:31:53	regsmmu02	55083514	LIBERO USB EM COD 02
29/09/2017	21:32:20	regsmmu02	55083514	** Event Priority changed from 4 to 1 at: 09/29/17 21:32:20
29/09/2017	21:32:20	regsmmu02	55083514	** Tipo do evento alterado de M01 para TRA(TRA25) às 29/09/17 21:32:20
29/09/2017	21:32:20	regsmmu02	55083514	*** by: ROSANGELA KALYNE SANTOS VERAS on terminal: regsmmu02
29/09/2017	21:32:20	regsmmu02	55083514	*** by: ROSANGELA KALYNE SANTOS VERAS on terminal: regsmmu02
29/09/2017	21:33:38	despsamu1	50409604	ENVIA USB52 SAINDO DE PARNAMIRIM
29/09/2017	21:57:17	despsamu2	14238204	VIATURA USB52 EM ROTA
29/09/2017	21:57:20	despsamu2	14238204	VIATURA USB52 CHEGOU AO LOCAL
29/09/2017	22:16:21	regsmmu04	51055474	*****
29/09/2017	22:16:30	regsmmu04	51055474	USB 52 (11C RAMMAY)
29/09/2017	22:16:56	regsmmu04	51055474	QRA DE JORGE DA CRUZ NASCIMENTO, 45 ANOS
29/09/2017	22:17:05	regsmmu04	51055474	COLISÃO MOTOMOTO
29/09/2017	22:17:13	regsmmu04	51055474	CAPACETE RETIRADO PELO PACIENTE
29/09/2017	22:17:30	regsmmu04	51055474	NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, CERVICALGIA
29/09/2017	22:17:53	regsmmu04	51055474	QUEIXA-SE DE DOR EM ESTERNO, PRÓXIMO AO APÉNDICE XIFOÍDE
29/09/2017	22:18:07	regsmmu04	51055474	DOR EM PUNHO ESQUERDO COM EDEMA
29/09/2017	22:18:37	regsmmu04	51055474	ESCORIAÇÕES EM 2 E 3 QUIROD ACTILO DA MÃO ESQUERDA
29/09/2017	22:18:42	regsmmu04	51055474	ABDOMÉ FLACIDO
			51055474	PELA VIE ESTÁ VIE

31/10/2017

Cronologia

29/09/2017	22:20:28	regسامو04	51055474	PACIENTE TEM O PESCOÇO CURTO E NÃO TEM NENHUM COLOR QUE SE ADEQUE
29/09/2017	22:20:48	regسامو04	51055474	SSVV PA 150X100 FC 98 FR 18 SATO2 98º FM AA
29/09/2017	22:21:07	regسامو04	51055474	CD QTI HDMI
29/09/2017	22:21:10	regسامو04	51055474	
29/09/2017	22:22:09	despsamu2	14238204	VIATURA USB52 INFORMOU O CODIGO CL
29/09/2017	22:22:09	despsamu2	14238204	VIATURA USB52 INFORMOU O CÓDIGO UG
29/09/2017	22:25:50	reserva2	98762684	INFORMO A ENFA LINE DO HOSP DEOCLEIO MARQUES
29/09/2017	22:25:53	reserva2	98762684	*****
29/09/2017	22:43:10	despsamu2	14238204	VIATURA USB52 INFORMOU O CÓDIGO CL
29/09/2017	22:43:11	despsamu2	14238204	VIATURA USB52 INFORMOU O CÓDIGO UG
29/09/2017	23:12:18	despsamu1	50409604	DR RIFLE RECEBE PCT NO HDMI
29/09/2017	23:12:26	despsamu1	50409604	VIATURA USB52 FINALIZOU A OCORRÊNCIA COMO (HSP) [ENCAMINHADO HOSPITAL] COMENTÁRIO ADICIONAL: DR RIFLE RECEBE PCT NO HDMI

  
UBIRATAN WAGNER DE SOUSA

COORDENADOR-SUBSTITUTO DE REGULAÇÃO MÉDICA