



Número: **0800093-16.2019.8.20.5147**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Pedro Velho**

Última distribuição : **26/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FABRICIO FREIRE COSTA (AUTOR)		PATRICIO CANDIDO PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
42357758	26/04/2019 09:13	comprovante de negativa administrativa junto a lider	Documento de Comprovação
42357743	26/04/2019 09:13	Procuração, declaração de pobreza e contrato	Procuração
42357725	26/04/2019 09:13	documento pessoal e comprovante de residencia	Documento de Identificação
42357696	26/04/2019 09:13	boletim policial	Documento de Comprovação
42357660	26/04/2019 09:13	boletim de atendimento	Documento de Comprovação
42357653	26/04/2019 09:13	entrada hospitalar - HMWG	Documento de Comprovação

26/04/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

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

SINISTRO 3180452135 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FABRICIO FREIRE COSTA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO FABRICIO FREIRE COSTA

CPF/CNPJ: 08027146410

Posição em 26-04-2019 08:37:44

Seu pedido de indenização foi negado

ARUANA SEGUROS

Jonas de 3 { ASL-0855632/18
3180452135

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Fabiano Figueira Costa
DATA DO ACIDENTE 13.07.2018 CPF DA VÍTIMA 080271464-10
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Edson da Silva Santos
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Procurador
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua São Francisco
Nº 124 COMPLEMENTO Centro BAIRRO Centro
CIDADE Pedra Branca UF RN CEP 59196-000
E-MAIL TELEFONE ()

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA 27/08/2018
IDENTIDADE 3044955
ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA 27.09.2018
NOME ALINE MORAIS
ASSINATURA [Assinatura]

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante:

Fabriceio Freire Costa
Brasileiro, solteiro, estudante,
portador(a) RG nº 2674688, CPF nº
080.271.464-10, residente e domiciliado(a)
no(a) Rua Profeta Elias Lomouba do Padre nº 56-
Meia Paul, Pedro Velho RN;

Outorgado:

PATRÍCIO CÂNDIDO PEREIRA, brasileiro, divorciado, advogado,
inscrito na OAB/RN n.º 814-A, com endereço profissional na Rua
São Francisco, N.º 124, Centro, Pedro Velho/RN, CEP.: 59.196-
000, fone: (84) 98120-3315, (84) 99406.4916, Email:
patricioadv@hotmail.com

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu bastante procurador o advogado supra, a quem confere amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula "ad Judicia", conforme art. 38 parte final do CPC, **COM FIM ESPECIAL DE ENTRAR NA JUSTIÇA COMUM COM AÇÃO DE COBRANÇA PARA FINS DE RECEBIMENTO DO SEGURO DPVAT**. Podendo o outorgado, confessar, assinar, desistir, propor acordo, receber intimações, dar quitações, transigir, apresentar réplica, oposições, firmar, apresentar recurso e contra razões, e ainda requerer seguro de vida, junto bem como, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo e acompanhar todo processo até o final do julgamento, representado ainda o outorgante, para fins dos dispostos dos artigos 447 e 448 do Código de Processo Civil, podendo finalmente, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. **Os honorários advocatícios, em não havendo contrato que os regule, serão pagos a base de 30% (trinta por cento), sobre o valor bruto da condenação final, apurado em liquidação de sentença, sem prejuízo dos honorários de sucumbências, conforme aqui pactos através do presente Instrumento.**

Pedro Velho /RN, 28 / 03 / 2019

FABRÍCIO FREIRE COSTA
OUTORGANTE

*Isento de reconhecimento de Firma, em face da Lei 8.952 de 13/12/1994, que dá nova redação ao artigo 38 do CPC.

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Fabrizio Freire Costa declaro,
nos moldes do art. 1.º da Lei n.º 7.115, de 29 de agosto de 1983, **com a finalidade
de obtenção do Benefício da Justiça Gratuita**, conforme dispõe o art. 4.º da Lei
n.º 1.060/50, **que minha situação econômica não me permite pagar custas
processuais e honorários advocatícios, sem prejuízos do meu sustento próprio
e da minha família.**

Pedro Velho /RN, 28 de 03 de 2019

FABRICIO FREIRE COSTA
Declarante

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Por este instrumento particular de CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS, figurando como **CONTRATANTE**,

Fabricio Freire Costa, brasileiro, casado, portador(a) do RG nº 2674688, CPF nº 080.271.464-19, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Profeta Isaque do Padre nº 56 - Arari Rural, Pedro Velho RN;

E como **CONTRATADO**, o **ADVOGADO**, O Bel **PATRÍCIO CÂNDIDO PEREIRA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN n.º 814-A, com endereço profissional na Rua São Francisco, N.º 124, Centro, Pedro Velho/RN, CEP.: 59.196-000, fone: (84) 98120-3315, (84) 99406-4916, têm entre si, justo e contratado, o que mutuamente aceitam e outorgam, mediante as cláusulas e condições seguintes:

1 - DO SERVIÇO JURÍDICO: O CONTRATADO, em face do presente instrumento contratual obriga-se a IMPETRAR NA JUSTIÇA COMUM, AÇÃO DE COBRANÇA PARA FINS DE RECEBIMENTO DE SEGURO DPVAT face a sinistro de trânsito;

2 - DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS: Pelos serviços prestados e especificados na cláusula 1, o CONTRATADO, receberá a título de honorários contratuais, 30% (TRINTA POR CENTO), sobre o valor bruto da condenação final, apurado em liquidação de sentença, sem prejuízo dos honorários de sucumbências (nos termos do art. 23 do EOAB, Lei 8.906/94), conforme aqui pactos através do presente Instrumento.

3 - DA AÇÃO JUDICIAL IMPETRADA: Fica estabelecido que, iniciados os serviços especificados na cláusula 1, são devidos os honorários contratados por completo neste instrumento, ainda que em caso de desistência por parte do CONTRATANTE, ou se for cassado o mandato do CONTRATADO sem sua culpa, ou ainda, por acordo do CONTRATANTE com a parte contrária, sem a devida aquiescência do CONTRATADO, podendo este exigir os honorários de imediato.

Parágrafo Primeiro: Fica estabelecido que em caso de serviços de cobrança ou de execução, ou ainda de qualquer outra natureza, em que o CONTRATADO receba verba ou importância em nome do CONTRATANTE, este desde já, autoriza àquele, descontar os honorários advocatícios, da verba ou importância recebida, ficando obrigado o CONTRATADO a reembolsar o CONTRATANTE no valor correspondente ao saldo remanescente.

4 - DISPOSIÇÕES GERAIS: O presente contrato, com natureza de título executivo extrajudicial, nos termos do art. 585, inciso II do Código de Processo Civil, obriga as partes e seus herdeiros e sucessores em todas as obrigações aqui assumidas;

5 - DO FORO DE ELEIÇÃO: As partes elegem o Foro da Comarca de Natal/RN, como o competente para dirimir quaisquer dúvidas e/ou divergências que porventura venham a ocorrer em virtude do cumprimento do presente contrato, em detrimento de qualquer outro por mais privilegiado que se configure.

E, por estarem, assim, justos e contratados, firmam o presente instrumento, ASSINAM, na presença das testemunhas abaixo assinadas, que a tudo assistem.

Pedro Velho - RN, 27, 03, 2019.

CONTRATANTE:

CONTRATADO:

FABRICIO FREIRE COSTA
Patrício Cândido Pereira - OAB/RN 814-A

TESTEMUNHAS:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: FABRICIO FREIRE COSTA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 2674688 ITEP RN

CPF: 080.271.464-10 **DATA NASCIMENTO:** 12/08/1988

FILIAÇÃO:
GENIVAL FREIRE COSTA
MARILENE FREIRE DE LIMA COSTA

PERMISSÃO: **ACC:** **CAT. HAB:** AB

Nº REGISTRO: 05098353029 **VALIDADE:** 10/08/2020 **1ª HABILITAÇÃO:** 10/12/2010

OBSERVAÇÕES:

Assinatura do Portador: FABRICIO FREIRE COSTA

LOCAL: NOVA CRUZ, RN **DATA EMISSÃO:** 24/04/2018

Assinatura do Emissor: Luiz Edgardo Machado Pereira
Diretor-Geral - DETRAN/RN
99781656954
RN703440632

RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1563855206

PROIBIDO PLASTIFICAR 1563855206

ARUANA SEGUR
27 SET 2018

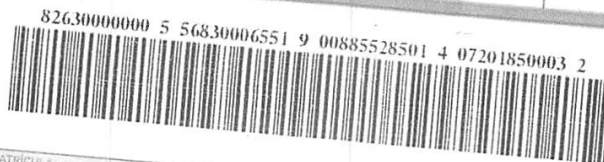


COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20055426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO
115
32472034

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVICOS
IMPRESSO EM 06/07/2018 AS 08:24:25

DADOS DO CLIENTE				MATRÍCULA:	MÊS/ANO
FABRICIO FREIRE COSTA RUA PROJETADA 56, N, S/N - CARNAUBA DO PADRE PEDRO VELHO RN 59196-000				8855285	07/2018
INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS		
551.003.010.1065.000	1	6060	RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO		
HIDRÔMETRO	SITUAÇÃO AGUA		SITUAÇÃO ESGOTO		
Y165504541	LIGADO		POTENCIAL		
CONSUMO AGUA (M3): 2				DATA LEITURA: 06/07/2018	
				LEIT. ATUAL: 61	
				LEIT. ANT.: 59	
				DIAS CONSUMO: 34	
HISTORICO DE CONSUMO					
REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO
06/2018 1		04/2018 4		02/2018 5	MEDIA
05/2018 3		03/2018 0		01/2018 4	2
DESCRICAÇÃO				CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA					
RESIDENCIAL ATE 50M 1 UNIDADE(S)					
CONSUMO DE AGUA				2 M3	25,40
PARCELAMENTO DE DEBITOS PARCELA 02/04					29,58
JUROS SOBRE PARCELAMENTO 05/2018					0,74
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2018					1,11
FATURAS EM ATRASO					
REF 201806 55.72					
TRIBUTOS				BASE DE CALCULO	PERCENTUAL(%)
PTS				25,40	1.65
COFINS				25,40	7.6
					0,42
					1,93
VENCIMENTO: 18/07/2018				TOTAL A PAGAR:	56,83
DECLARAMOS NAO EXISTIR DEBITOS DE FATURAS DE 2017 - LEI 12007/09					
MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA AGUA DISTRIBUIDA					
Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	≤ 5,0 NT	6,0 a 9,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Obtidos	12.6	5.84	100.0 %	0.79	--



MATRÍCULA	MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
8855285	07/2018	18/07/2018	56,83



COMPROVANTE DA CAERN

ARUANA SEGURO
27 SET 2018



Govorno 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 MUNICIPAL DE TIBAU DO SUL (PRAIA DE PIPA)

Endereço: PRAIA DE PIPA, PRAIA DE PIPA, TIBAU DO SUL

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018147000270

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 24/07/2018 12.10.27

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 01/06/2018 20.00.00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.4 Número: S/N

2.8 Complemento:

2.12 Bairro: CENTRO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: BR 101

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: GOIANINHA

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FABRICIO FREIRE COSTA

3.5 Nome Social:

3.3 Etnia: Parda

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 08027146410

3.1 Nacionalidade:

3.13 Profissão: ESTUDANTE

3.15 Telefone(s): 84 981825900

3.17 Número: 10

3.19 Bairro: CARNAUBA DO PADRE

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: PEDRO VELHO

3.2 Estado civil: União Estável

3.4 Pai: GENIVAL FREIRE COSTA

3.6 Mãe: MARILENE FREIRE DE LIMA COSTA

3.8 Orientação Sexual

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 12/08/1988

3.14 RG: 2674688 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: CANGUARETAMA RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA SAO CRISTOVAO

3.24 CEP

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1 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 Segurado: Não

7.3 Chassi: *****57728

7.5 Placa: MYM3746

7.7 Marca: HONDA

7.9 Ano do Modelo: 2004

7.11 Cor do veículo: PRETA

7.13 Nota Fiscal:

7.15 Nome do proprietário: ITALO SERGIO DA SILVA

7.17 Nome do condutor:

7.19 Observações:

7.1.2 Seguradora

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN KS

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

COMUNICANTE INFORMA QUE VINHA NA BR E NO SENTIDO OPOSTO VINHA UM CARRO COM FAROL ALTO E PARA NÃO BATER NO CARRO O COMUNICANTE DESVIOU DO CARRO E ACABOU DESEQUILIBRANDO E CAINDO PARA O LADO DO ACOSTAMENTO. O NUMERO DO RENAVAM DA MOTO JA FUNCIONADA ANTERIORMENTE É 831784717. DO LOCAL DO ACIDENTE O COMUNICANTE FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DE PEDRO VELHO. O COMUNICANTE TEM HABILITAÇÃO.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS

10.1 Data do Complemento: 21/08/2018

10.2 Assunto: 1945866 - ALEXIS MONASTIRSKI RIBEIRO

10.3 Complemento: a data do fato não foi no dia 01/06/2018 e sim no dia 15/07/2018

11. DECLARAÇÃO

11.1 O declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

11.2 Data: 24/07/2018 12.10.27

Policial

FABRICIO FREIRE COSTA

Interessado



Polegar direito

Endereço: 1682016 - PATRICIA MELO RAMALHO

Assinatura por: 1945866 - ALEXIS MONASTIRSKI RIBEIRO em 21/08/2018 15:41:04

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

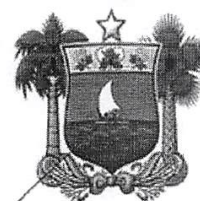
Uto declaratório

 ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO VELHO HOSPITAL MATERNIDADE MARIA DO CARMO BEZERRA COSTA		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA			
NOME/DOC	FABRICIO FREIRE DA COSTA		NÚMERO 50
ENDEREÇO	S.T. COMAUBAS DOS PATES		IDADE 29 SEXO M
CIDADE	BAIRRO	DATA	HORÁRIO DA ENTRADA
PEDRO VELHO		15.07.18	21:15
Nº DO CARTÃO DO SUS	RESPONSÁVEL	PROFISSÃO	HORÁRIO DA SAÍDA
AVALIAÇÃO DE DIAGNÓSTICO			
PA: 170/90	MMHG	TEMPERATURA: °C	PESO: KG
PULSO:	BPM	RESPIRAÇÃO: RPM	HGT: MG/DL
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO			
cora trazido com lesão colto com tuxo em face Relata queda de moto CD: 1) SF 997. 1000ml 2) tramadol 50mg - 01 amp IV 3) encaminhado ao UBF			
CARIMBO E CRM DO MÉDICO			

ARLIANA SEGUROS
27 SET 2018



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 35560 /2018

Admissão: 16/07/2018 00:40:16

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 83754 - FABRICIO FREIRE COSTA (29 a 11 m 4 d)

Nascimento: 12/08/1988 Natural: CANGUARETAMA, BRASIL

CNS: CPF:

Sexo: M Cor: PARDA
Prof:

Mãe: MARILENE FREIRE DE LIMA COSTA Pai:

Logradouro: SAO CRISTOVAO, 10

CEP: 59196000 Bairro: CARNAUBA DO PADRE

Cidade: PEDRO VELHO

Telefone: 84.981220701

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA
Origem: AMBUL. INTERIOR

Tipo: REFERENCIADO
*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS: TRAUMA EM FACE					Classificação: 16/07/2018 00:29:56				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO

Hora: 00:50h. Paciente vítima de trauma por queda de motocicleta ocorrido por volta das 20h. Paciente relata uso de álcool. Paciente não usava capacete. Apresenta ferimentos na face nariz e cabeça. Usa perda de consciência. Usa queimaduras torácicas e abdominais. Paciente deu entrada nesta P.S. em estado de choque hemodinâmico.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VAP sem secreções.
- B Mucosas úmidas.
- C AD estáveis.
- D Vagal porém pouco cooperativo.
- E Escoriações na face.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por FRANCISCO BEZERRA DE MACEDO. Impresso em 16 de Julho de 2018.

Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

17/07/18

TOMOGRAMIA/HMWG

Data: 16/07/18 Hora: 00:41

Técnico: M. A. T. (2018)

Exame: RMN (FACE) (RMN)

Médico:

RAIOS-X

Realizado em 16/07/2018 Hora: 14:11

ANDRINA

ALICUTIBU FI SUPURILE DNASU UL TUA. POCALIAU. ANA...
4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR). 5 - SE APNÉIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA). 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE). 7 - SE PULSO
AUSENTE, INICIE COMPRESSÕES TORÁCIAS. 100MIN (PROPORÇÃO 30/2) ATÉ A CHEGADA DO DEA. 8 - DEA DISPONÍVEL: AVALIE O RÍTIMO. 9 - RÍTIMO CHOCÁVEL: APLIQUE 1 CHOCQUE 360 (300 J) DE A BÍFASICO. E REINICIE RCP.
10 - RÍTIMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP(30/2). 11 - AVALIE O RÍTIMO A CADA 5 CICLOS. 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR. OU CASO A VÍTIMA SE LEVANTE. 13 - COLOQUE-A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:.....

ANAMNESE *Queixa de má ereção, lote
apertado
TCE e incidência de polipos neurocrâneos*

EXAME FÍSICO *Ad. 45 anos 7/ MC*

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA *Dr. Wladimir de Oliveira Melo
Neurocirurgião
CRM/RN 6566*

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

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)	5
Orientado (Responde coerentemente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, onde está, o porquê, a data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca conversacional.)	3
Sons Ininteligíveis. (Gemendo sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	6
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada Inespecífica a dor.	4
Padrão flexo à dor (Decorticação).	3
Padrão extensor à dor (Decerebração).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13 - 150 = 4
	9 - 120 = 3
	6 - 80 = 2
	4 - 50 = 1
	3 = 0
FREQÜÊNCIA RESPIRATORIA	10 - 290 = 4
	20 = 3
	6 - 30 = 2
	1 - 50 = 1
	0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	> 90 = 4
	70-90 = 3
	50-70 = 2
	1-40 = 1
	0 = 0

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

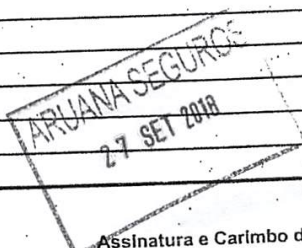
03 - 08 = grave (necessidade de intubação imediata);
09 - 12 = moderado;
13 - 15 = leve

* Referência: TEASDALE G., JENNET B. Apgar 4 of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

** A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaborem 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

**Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevida para pacientes de trauma fechado.
Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.L. Copes, et al; A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 824, 1999.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: <u>Bumf</u>	
ANAMNESE <u>Paciente vítima de queda de moto, sem</u> <u>capacete.</u>	
EXAME FÍSICO <u>Paciente consciente, orientado, em br ambiente,</u> <u>sem hemorragias ativa em face/cavidade oral. fcc em</u>	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA <u>pequena nasal + múltiplas escoriações em face.</u>	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)**** <u>#TC: Sem sinais tomográficos de fraturas em face.</u> <u>cd: suture</u>	LABORATÓRIO OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) <u>1 Exame Clínico</u> <u>2 Analgesia + Antibiótico + Sutura + curativo</u> <u>3 VAT</u> <u>4 Orientação de CASSU</u> <u>• Atk de Bumf</u> <u>Dr. Sérgio Rodrigo Pereira Trindade</u> <u>Cirurgia e Traumatologia</u> <u>Bucodentofaciais</u> <u>CRO-RN 4543</u> Assinatura e Carimbo do Responsável	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM  Assinatura e Carimbo do Responsável
DESTINO DO PACIENTE: _____ Nº do Boletim de Atendimento: _____	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: _____ DATA: <u>1</u> / <u>1</u> / _____ HORA: _____	
SAÍDA: _____ DATA: <u>15</u> / <u>02</u> / <u>18</u> HORA: _____	
Decisão Médica ☒ À Revelia ☐ Transferido para: _____	
ÓBITO: _____ DATA: <u>1</u> / <u>1</u> / _____ HORA: _____	
Entregue à família ☐ com Atestado ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐	
<u>Dr. Wladimir de Oliveira Melo</u> <u>Neurocirurgia</u> <u>CRM/RN 6566</u> 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: <u>1</u> / <u>1</u> / _____ HORA: _____	
SAÍDA: _____ DATA: <u>1</u> / <u>1</u> / _____ HORA: _____	
Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para: _____	
ÓBITO: _____ DATA: <u>1</u> / <u>1</u> / _____ HORA: _____	
Entregue à família ☐ com Atestado ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐	

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS):

M (MEDICAÇÃO EM USO):

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

L (LÍQU E ALIMENTOS INGERIDOS)

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL):

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:

HORA: 00:55 h

DATA: 16/07/18

ESPECIALISTA 2:

HORA: 00:55 h

DATA: 16/07/18

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

MÉDICO (CARIMBO)

O preenchimento do boletim de atendimento produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e protege o profissional de saúde, contribuindo para a melhoria da assistência no HMWG.