

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA CÍVEL DA COMARCA
DE NOVA CRUZ/RN



PROTOCOLO
Comarca de Nova Cruz / RN
Secretaria da Vara Cível

Recebido: 12/12/16

PRELIMINARMENTE

Dos benefícios da justiça gratuita

Antes de adentrar no mérito da lide, o autor requer a concessão dos benefícios da justiça gratuita, tendo em vista que não possui condições financeiras de arcar com as custas processuais, sem que ocasione prejuízo para seu sustento e de sua família.

SEVERINO COUTINHO BARBOSA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador (a) do RG nº 002.651.004 – SSP/RN, inscrito (a) no CPF sob o nº 087.643.164-32, residente e domiciliada na Rua Monsenhor Walfredo Gurgel Nº 103 Bairro: Centro, Montanhas/RN, CEP 59198-000 desprovido de endereço eletrônico, por seu advogado: **JOÃO WANDERLEY DE MEDEIROS JUNIOR**, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB/PB sob o nº 17.837, e OAB/RN suplementar sob nº 1.137-A com escritório na Rua Costa Beiriz, nº 1-C, Centro, Guarabira/PB, CEP 58.200-000, e endereço eletrônico j.medeiros.jr@hotmail.com, vêm, com fulcro no artigo 319 e seguintes do Código de Processo Civil – Lei 13.105/2015, e com base na lei 6.194/74, alterada pela lei 11.482/07, propor a presente

**AÇÃO DE COBRANÇA DA DIFERENÇA DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA NA GARANTIA
INVALIDEZ PERMANENTE DO SEGURO DPVAT**

Em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com representação na Rua Senador Dantas, nº 74, andar 5º e 6º - CEP. 20.031-205 – Centro – Rio de Janeiro/RJ, CNPJ nº 09.248.608/0001-04 onde deverá ser citado na pessoa do seu representante legal, por via postal com AR, pelas razões de fatos e fundamentos aqui presentes.

I – DOS FATOS



O **AUTOR** foi vítima de acidente de trânsito em 25/06/2016, o fato foi registrado pela autoridade policial da circunscrição do acidente.

Em consequência do acidente sobrevieram sequelas permanentes com perda da capacidade física que resultou na sua INVALIDEZ PARCIAL / PERMANENTE.

O **AUTOR** acionou, administrativamente a requerida para o recebimento da indenização decorrente do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. INSTRUIU O PLEITO INDENIZATÓRIO com a documentação exigida no diploma legal vigente e nas circulares *extra-legis* formuladas pela REQUERIDA. (documentação em poder da seguradora RÉ)

A DEMANDADA POR INTERMÉDIO DE SUA EQUIPE MÉDICA, AVALIOU O GRAU DA LESÃO PERMANENTE HAVIDA PELO AUTOR NO ACIDENTE EM QUE FOI VÍTIMA.

APÓS CONSTATADA A LESÃO PERMANENTE POR SUA EQUIPE MÉDICA A SEGURADORA LIBEROU O PLEITO ADMINISTRATIVO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO EM VALOR INFERIOR AO GRAU DA LESÃO SOFRIDA.

II – DO DIREITO

Em 25/11/2016, a requerida efetuou o pagamento da indenização reclamada no valor de R\$ 1.687,50 (Um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

A requerida lesionou o direito da vítima ao quantificar a indenização em valor inferior ao estabelecido na tabela.

A quantificação das lesões físicas e psíquicas permanentes, reconhecidas e relatadas no exame médico permitem a elevação do valor da indenização que foi paga em desacordo com a lei.

III – CÁLCULO DA DIFERENÇA DEVIDA

A legislação vigente tem inserida em seu contexto a Tabela de Danos Pessoais que estabelece o percentual a ser aplicado sobre o teto indenizável observada a lesão permanente resultante do acidente de trânsito.



O autor apresenta fratura na clavícula e dificuldades.

De acordo com as lesões apontadas pelo LAUDO MÉDICO, classificadas conforme a Tabela inserida na lei, o percentual devido é 60% aplicados sobre a I.S – importância segurada, ou seja:

CÁLCULO COM O VALOR DE INDENIZAÇÃO VIGENTE:

$$\text{R\$ } 13.500,00 \times 60 \% = \text{R\$ } 8.100,00 - 1.687,50 = \text{R\$ } 6.412,50$$

O pagamento administrativo realizado pela seguradora é de R\$ R\$ 1.687,50 (Um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) QUE DEDUZIDOS DO VALOR DEVIDO, CORRESPONDE A R\$ 6.412,50 (Seis Mil Quatrocentos e doze reais e cinquenta centavos)

IV – DAS PROVAS

Requer a especial valoração das provas DOCUMENTAIS anexadas aos autos, atentando-se para o recibo de pagamento parcial da indenização, que comprova o fato constitutivo do direito do ora petionário.

V – DO PEDIDO

Diante de todo o exposto requerer a V. Exa.:

I – A concessão de benefícios da Justiça Gratuita, com base na Lei 1.060/50, observada a alteração que lhe deu a Lei 7.510/86, no que se refere ao modo de pedir e a prova da condição de necessidade, por tratar o requerente de pessoa sem condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, pois se encontra com sérias dificuldades financeiras em razão dos fatos narrados na presente peça;

II – A citação da Ré, na pessoa de seus representantes legais, por carta registrada com AR, no endereço acima citado, na forma dos arts. 222 e 223 do CPC, para querendo contestar a presente, no prazo legal e sob as penas da lei;

IV – Requer ainda, a ATUALIZAÇÃO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT A PARTIR DE 01/01/2007, COM A APLICAÇÃO DA CORREÇÃO MONETÁRIA DO PERÍODO;



V – A condenação da ré, no pagamento da complementação do valor da Indenização por INVALIDEZ PERMANENTE, correspondente a R\$ 6.412,50 (Seis Mil Quatrocentos e doze reais e cinquenta centavos), acrescida de correção monetária e juros legais;

VI – A condenação da ré nas custas judiciais e honorários advocatícios, no percentual de 30% (vinte por cento) sobre o valor atribuído à causa;

VII – Informa, por fim, que **opta pela realização de audiência de conciliação ou mediação.**

VI – DO VALOR DA CAUSA

Dá-se a causa o valor de R\$ 6.412,50 (Seis Mil Quatrocentos e doze reais e cinquenta centavos).

Termos em que Pede deferimento.

Nova Cruz/RN, 28 de Novembro de 2016


Adv. João Wanderley de Medeiros Junior
OAB/RN 1.137-A

VIII - QUESITOS

Quanto à perícia, caso Vossa Excelência entenda necessária a sua realização, segue o rol de quesitos.

- 1 – Queira o ilustre perito informar se a lesão sofrida tem nexos com o acidente.
- 2 – Descrever as lesões e sequelas decorrentes de acidente de trânsito apresentada pela autora.
- 3 – Em relação O autor apresenta fratura na clavícula e dificuldades, quanto ao trauma qual o grau de agravamento e deformidade?
- 4 – Descreva a força muscular dos **membros inferiores**. Conforme tabela de graduação de força muscular. Especifique em graus.
- 5 – Há discrepância de tamanhos entre os **membros inferiores** (encurtamento)?
- 6 – Segundo a baropodometria, a pisada do pé esquerdo da autora é regular?
- 7 – A autora apresenta claudicação à marcha? Se positivo, é possível afirmar que claudicação pode afetar joelho, quadril e coluna da autora?
- 8 – Perante os achados acima, qual é o grau de incapacidade funcional da autora?
- 9 – As conclusões levadas a efeito nos laudos e relatórios médicos apresentados com a inicial e que atestaram as lesões sofridas, confere com o atual quadro clínico da autora?

PROCURAÇÃO



Pelo presente instrumento particular de procuração, onde figura como:

OUTORGANTE: Severino Coutinho Barbosa

CPF: 087.643.164-32 RG: 002.651.004 SSP/RN

ESTADO CIVIL: Solteiro

PROFISSÃO: Agricultor

ENDEREÇO: Rua Monsenhor Walfredo Gurgel Nº 103 Bairro: Centro, Montanhas/RN

CEP: 59198-000

OUTORGADO: Drº JOÃO WANDERLEY DE MEDEIROS JUNIOR, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB/PB sob o nº 17.837, e OAB/RN suplementar sob nº 1.137-A com escritório na Rua Costa Beiriz, nº 1-C, Centro, Guarabira/PB, CEP 58.200-000, e endereço eletrônico j.medeiros.jr@hotmail.com, onde recebe intimações e notificações.

PODERES: Amplos e gerais poderes de representação para o exercício do procuratório judicial e extrajudicial, atinentes a cláusula "ad judicia et extra", especialmente visando defender direitos do (a) Outorgante, podendo ainda, requerer Justiça Gratuita, variar de ações, receber intimações, desistir, transigir, confessar, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, apresentar, juntar e desembraçar documentos e papeis, recibos e guias em repartições públicas, inclusive receber alvarás judiciais, firmar compromisso, produzir provas ou justificações, requerer, concordar com cálculos e avaliações, ratificar desistências, interpor recursos até Superior Instância e praticar, enfim, todos os atos necessários que visem a boa fiel desincumbência dos deveres e prerrogativas advocatícias de defesa dos direitos subjetivos e interesses jurídicos do Outorgante, para o que são conferidos todos os poderes, ainda que aqui não declarados expressamente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de poderes.

HONORÁRIOS: Os honorários advocatícios ficam fixados na porcentagem de 30% (trinta por cento) do valor do êxito da demanda, seja proveniente de ACORDO (Judicial ou Extrajudicial), de CONDENAÇÃO (Sentença/ Acórdão) e de EXECUÇÃO (astreintes) a ser ajustado ao final do processo, sem prejuízo dos honorários sucumbenciais que pertencem única e exclusivamente ao Outorgado (Estatuto da OAB).

Nova Cruz/RN, 25 de Novembro de 2016



OUTORGANTE: Severino Coutinho Barbosa

RG: 002.651.004 SSP/RN

DECLARAÇÃO



Pelo presente instrumento particular de DECLARAÇÃO, onde figura como:

OUTORGANTE: **Severino Coutinho Barbosa**

CPF: **087.643.164-32** RG: **002.651.004 SSP/RN**

ESTADO CIVIL: **Solteiro**

PROFISSÃO: **Agricultor**

ENDEREÇO: **Rua Monsenhor Walfredo Gurgel Nº 103 Bairro: Centro, Montanhas/RN**

CEP: **59198-000**

DECLARO, para os devidos fins de direito, que não disponho de condições para satisfazer eventuais custas no ajuizamento da AÇÃO DE COBRANÇA DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO DPVAT, sem prejuízo do próprio sustento, requerendo a concessão dos BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA CONTEMPLADOS NA LEI 1060/50, parcialmente modificada pela Lei 7.510/86.

Nova Cruz/RN, 25 de Novembro de 2016

Severino Coutinho Barbosa

SUS UNICO de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Identificação do Estabelecimento de Saúde

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL RUY PEREIRA DOS SANTOS

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE

SEVERINO COUTINHO BARBOSA

4.364

NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
7.898.757.88-8810

DATA DE NASCIMENTO
14.02.86

SEXO
Masc. ☒ Fem. ☐

RACIA/COR

ENDEREÇO DO PACIENTE
LIMÃO DO COUTINHO DE M. BARBOSA

TELEFONE DE CONTATO
86 979 557

RESPONSÁVEL
ANGELICA REGI DO NASCIMENTO.

TELEFONE DE CONTATO
7 75 0434

ENDEREÇO PELA N. BAIRRO

R. JOSE ALEXANDRE SILVA - 10 - S. SEBASTIAO - AREA RURAL

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

NINA CRUZ

COD. RGEMUNICÍPIO

UF

CEP
RN 55.215-017

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com 3 anos referir queda de peso há 19 dias.
com náuseas e vômitos da alimentação.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Desnutrição e baixa peso

PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Desnutrição com (dados)

DIAGNÓSTICO INICIAL

Desnutrição secundária

CID 10
PRINCIPAL
SECUNDÁRIO
CAUSAS ASSOC

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação hospitalar

CLÍNICA

Caráter da internação

Externa

Nome do prof. solicitante / assistente

Dr. Ruy de Freitas

DOCUMENTO

Nº DOCUMENTO (CONSCRIÇÃO)

CNS

05130962479

DATA DA SOLICITAÇÃO

13/07/16

ASSIN. E CARIMBO

Dr. Ruy de Freitas

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

ACIDENTE DE TRÂNSITO

TIPO DE TRABALHO TÍPICO

TIPO DE TRABALHO TRAJETO

PREVIDÊNCIA

EMPREGADOR

EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

AUTORIZAÇÃO

Nome do autorizador

Nome do autorizador

Nº DOCUMENTO (CONSCRIÇÃO) AUTORIZADOR

Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTANHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RECEITUÁRIO



Silvino Cordeiro Barbosa

30 anos.

Paciente vítima de queda
de moto, apresentando
fratura de clavícula
E.

HD - Fratura de clavícula E.

Dr. Danilo Sales Moreira
Médico
CRM - 1000

25/06/16



NOME: Serrenino Coutinho Barbosa
 IDADE: 30 SEXO: M RESPONSÁVEL: _____ ESTADO CIVIL: _____
 NATURALIDADE: _____ PROFISSÃO: _____
 RESIDÊNCIA: Rua Aníbal Tiago BAIRRO: _____
 CIDADE: Montanhas DATA: 23/06/2016 HORA ENTRADA: 19:20

ACIDENTE DE TRABALHO SIM () NÃO () CAUSA EXTERNAS SIM () NÃO ()
 APARENTEMENTE BEM () REGULAR () C/ DISPNEIA () CHOCADO () COMATOSO ()
 CHEMORRAGIA () EM CONVULSÃO () POLITRAUMATIZADO () AGITADO () OUTROS ()

HISTÓRIA / EXAME MÉDICO

Queixa de dor c/ fratura de clavícula E

TA: _____ mmHg: _____ PULSO: _____ RESPIRAÇÃO: _____ TEMPERATURA: _____

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

CONSUTA:

Volta em 1 semana

DESTINO DO PACIENTE

FICOU NO LOCAL () HORA _____ INTERNADO NO SERVIÇO DE _____
 REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
 RETIROU-SE POR DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () A REVELIA () DATA ____/____/____
 ÓBITO EM ____/____/____ ÀS _____ Hs.
 ENTREGUE A FAMÍLIA () INSTITUTO MÉDICO LE ()

MÉDICO



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
ORTOPEDIA

PACIENTE SEVERINO COUTINHO BARBOSA
DATA DE ENTRADA 25/06/2016 **HORA** 21:27 **Nº BAA** 188047
IDADE 30 **SEXO** M **ETNIA** Pardo
CARTÃO SUS 165660091330004 **ESTADO CIVIL** Solteiro(a)
CPF 087.643.164-32 **RG** ---
NOME DA MÃE MARIA JOSE COUTINHO DE M. BARBOSA
NOME DO PAI BALDUINO BARBOSA NETO
NASCIMENTO 14/02/1986 **NATURALIDADE** Montanhas-RN
TELEFONE (84) 8711-3844 **PROFISSÃO** Jardineiro
RUA/AV. RUA WALFREDO GURGEL **Nº** 102
COMPLEMENTO - **BAIRRO** Centro
CEP 59198-000 **CIDADE** Montanhas-RN
ORIGEM Ambulância - SAMU **MOTIVO** Acidente de Trânsito / Queda de moto
ACID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Wellingtongomes



HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente com fratura em ambos os membros superiores, sintoma de trauma por queda de motocicleta a 18.30h. Nega perda de consciência, cefaleia, náuseas ou vômitos. Refere dor localizada.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A *Extremidades superiores, sem deformidade.*
B *MMII sem AAT, o/RA.*
C *AD estável.*
D *Com dor e limitação.*
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL
DIAGNÓSTICO INICIAL						CID	

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A
B
C
D
EA (ALERGIAS): Não

M (MEDICAÇÃO EM USO):

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL): Atualizado

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Alta da cirurgia geral,
sendo orientado a retornar a
ortopediaDr. Francisco de Moraes L. Junior
Cirurgião Geral
CRM - 6723

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: <u>Carmona</u>	HORA: <u>21/30</u>	DATA: <u>25/06/16</u>
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
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.



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPO
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
6ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 501 / 2016

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
FINALIDADE: **PLEITEAR O SEGURO OBRIGATÓRIO JUNTO AO DPVAT**
LOCAL: **RN-269, PROXIMO AOS SEM TERRA, PEDRO VELHO - RN**
DATA: **25/06/2016** HORA: **POR VOLTA DAS 18:30h**

NOME DO COMUNICANTE: **SEVERINO COUTINHO BARBOSA**
FILIAÇÃO: **BALDUINO BARBOSA NETO e de MARIA JOSE COUTINHO DE M. BARBOSA**
ENDEREÇO RESIDENCIAL: **RUA ARNILLO TIAGO, Nº 232, CEP: 59.198-000, MONTANHAS - RN**
DATA DE NASCIMENTO: **14/02/1986**
NATURALIDADE: **MONTANHAS - RN** TELEFONE: **(84) 98770-0434**
DOC: **R.G: 002.651.004 SSP - RN** CPF: **087.643.164-32**
C.N.H: **NÃO HABILITADO**

VÍTIMA: O COMUNICANTE

NOME DO COMUNICANTE: **SEVERINO COUTINHO BARBOSA**
FILIAÇÃO: **BALDUINO BARBOSA NETO e de MARIA JOSE COUTINHO DE M. BARBOSA**
ENDEREÇO RESIDENCIAL: **RUA ARNILLO TIAGO, Nº 232, CEP: 59.198-000, MONTANHAS - RN**
DATA DE NASCIMENTO: **14/02/1986**
NATURALIDADE: **MONTANHAS - RN** TELEFONE: **(84) 98770-0434**
DOC: **R.G: 002.651.004 SSP - RN** CPF: **087.643.164-32**
C.N.H: **NÃO HABILITADO**

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA:

O comunicante informou a esta autoridade policial, que no dia, hora e local acima citado, estava pilotando uma motocicleta Honda CG 125 FAN KS, ano/modelo 2011/2012, placa NOF-1780, Cod. Renavam 00403265096, chassi 9C2JC4110CR461124, cor preta, Licenciada em nome de SEVERINO COUTINHO BARBOSA, quando caiu em um buraco na pista, vindo a derrubar o comunicante; Que o comunicante foi socorrido por uma pessoa desconhecida à Unidade Mista de Saúde Santa Izabel em Montanhas, conforme Boletim de Atendimento; Que após os primeiros atendimentos, foi transferido ao Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel em Natal, mas foi liberado; Que as dores continuaram e o comunicante foi encaminhado ao Hospital Ruy Pereira dos Santos, onde foi cirurgiado conforme nº FIA 720 e internação Hospitalar nº 4.264. Nada mais disse.

TESTEMUNHAS:

XXX

PROVIDÊNCIAS: REGISTRO DO B.O

As informações são de responsabilidade do comunicante, podendo este responder criminalmente, civilmente e administrativamente pelas informações acima fornecidas, caso sejam falsas.

Pedro Velho, 18 de agosto de 2016.

Severino Coutinho Barbosa
Assinatura do comunicante

APC - MAT. 207.185-1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO



POLEGAR DIREITO



Severino Coutinho Barbosa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 042.651.004

DATA DE EXPECACAO 23/07/2012

NOME SEVERINO COUTINHO BARBOSA

FLACIO

NATURALIDADE RALMIRAO BARBOSA NETO

DOC ORIGEM MARIA JOSE COUTINHO DE M BARBOSA

NATURALIDADE MONTANHAS RN

DOC ORIGEM CERT. DE NASCIM. 140405 P-221 RG-4322

CPF 082.643.164-32

DATA DE NASCIMENTO 14/07/1986

36. VIA

ASSINATURA

SECRETARIO DE ESTADO DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL

COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

MOACRUZ-RN



ANTONIO CARLOS DA SILVA BARBOSA

RUA MONSEN HOR WALFREDO GURGEL 103

REF ID: A62 184-26

CENTROVAREA URBANA
MONTANHAS RN
59198-000

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO 7008417340 MESIANO 07/2016

DATA DE VENCIMENTO	DATA PREPAREDA FISCALMENTE
15/07/2018	09/08/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	PERÍODO
000385117	UNICA	08/07/2016
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
08/07/2016	3010872940	458303

46.09

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abaixo (kWh)	60,00000000	0,53276593	42,82
Contribuição de Iluminação Pública		4	2,58
Multa por atraso NF 000447008 - 08/06-18			0,87
Juros por atraso NF 000447008 - 08/06/18			0,01

TOTAL CAFATURA

48.09

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
21.20647668	CA1	08/02/2018	3 470,00	08/07/2018	3 500,00	30	1.000,00		80,00

INSTRUMENTO DE CONSUMO

CONFIDENTIAL SOURCE (KRYPTON) (u)

COMPAGNIE DE COMMERCE

MÊS/ANO DA		BARRELA CALCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Gerção de Energia	18,18	37,26
+	ABR 18 45	ICMS	42,82	18,50	Transmissão	0,85	1,29
	JUN 18 42	PIS	42,82	1,56	Dist. Trans. e Consumo	42,34	34,33
	MAR 18 30	COFINS	42,82	4,87	Energias Saneamento	1,17	12,13
	AGO 18 40				Tributos	10,18	22,85
	MAR 18 37				Total	42,33	198
	FEV 18 74						
	JUN 18 34						
	DEZ 18 77						
	NOV 18 52						
	OUT 18 60						
	SET 18 74						
	AGO 18 98						
	13.15						

Continuação da planilha

0,40630000

1845 017A 5780 183A 0F41 7E01 25HC ASAF

1045 017A 5780 163A 0F41 7E01 251C A5AF

INFORMACIÓES IMPORTANTES

[illegible][illegible]

Sistema respiratório: () Ar ambiente (X) Catéter nasal () Máscara de Venturi ____% () Ventilação Mecânica () IOT () TQT
() Eupnéico () dispnéico
Viação: (X) Permeável () Central () Dissecção () Catéter totalmente implantado LOCAL
Curativo: (X) SIM () NÃO Local: _____ Diurese: () Espontânea () SVD

Ass: _____

MARQUE O LOCAL DA CIRURGIA (C), ACESSO VENOSO (AV) E TRICOTOMIA (T):



Horário: _____ SSVV: TA 133X FC 99 FR 16 T. Sat. 100%
Anestesia: () SIM () NÃO Tipo: () Geral () Raqui () Peridural (X) Bloqueio periférico (X) Local
Tipo de anestesia: _____ Término: de 10:15
Início da Cirurgia: 10:00h Término: 10:10
Administrado Antibiótico: (X) SIM () NÃO Qual: _____ Horário: _____
Administrado outras medicações: (X) SIM () NÃO (Nome e horário): Penoxil + dipirona + Ceftazidim

Hemotransfusão: () SIM (X) NÃO Tipo: _____ Quantidade: _____ Nº da bolsa: _____

Intercorrências: () SIM (X) NÃO _____

Conteúdo Caixa Cirúrgica: (X) SIM () NÃO Observação: _____
Utilizado psicotrópicos: (X) SIM () NÃO Solicitado: (X) SIM () NÃO
Paciente encaminhado para: (X) URPA () UTI Em: (X) Ar-ambiente () Catéter nasal () Máscara de Venturi ____% () IOT

Ass: _____

Estado de consciência: (X) SIM () NÃO Pós-Anestésica

SSVV: TA _____ FC _____ FR _____ T _____
Grau de consciência: (X) Consciente (X) Orientado () Vigil () Torporoso () Comatoso () Narcose Glasgow: _____
Sistema Respiratório: (X) Ar ambiente () Catéter nasal () Máscara de Venturi ____% () Ventilação Mecânica () IOT () TQT
(X) Eupnéico () Dispnéico
Realizado curativo compressivo: (X) SIM () NÃO
Manter () MID () MIE (X) MSD (X) MSE contido até: _____ horas
Cirurgia registrada: (X) SIM () NÃO
Realizado Boletim pelo cirurgião: () SIM () NÃO Realizado Boletim de Anestesia: (X) SIM () NÃO
Paciente encaminhado para: () UTI (X) 1º pavimento () 2º pavimento () 3º pavimento
Horário de encaminhamento: _____

Ass: _____

Observações:

Clínica segue com solicitação para RX
de abdome o cliente apresenta melhora
Alto por medicação de doptopul de 25mg
Dr. Dr. Jorgue



Secretaria Estadual de Saúde do
Rio Grande do Norte
Hospital Dr. Ruy Pereira dos Santos

Boletim de Sala e Evolução de Enfermagem

Centro Cirúrgico

Paciente: SEBASTIÃO CARVALHO BOMBA Nº FIA: 720
Cirurgia: Amputação cirúrgica de classe III da perna direita
Data: 15/07/2016 Início: 08h30 Término: 10h30

EQUIPE	NOME
COORDENADOR	<u>Dr. Luchelli</u>
ANESTESISTA	<u>Dr. Rodrigo</u>
INSTRUMENTADOR	<u>Dr. Vitor</u>
CIRURGIÃO	<u>Dr. Luchelli</u>

MEDICAÇÕES		MATERIAIS		OUTROS	
INDICAÇÃO	QUANT.	DESCRIÇÃO	QUANT.	DESCRIÇÃO	
		AGULHA 130X4,5		ALBODÃO	
		AGULHA 25X7	<u>06</u>	CATGUT SIMPLES	
		AGULHA 40X12	<u>06</u>	CATGUT CROMADO	
		AGULHA RAQUI Nº		CERA ÓSSEA	
		AGULHA EPIDURAL Nº		PITA CARDÍACA	
		ÁLCOOL 70%	<u>200</u>	MONONYLON	<u>2.0</u>
		CLOREXIDINA DEGERMANTE	<u>200</u>	PROLENE	
		CLOREXIDINA AQUOSA		PROLENE VASCULAR	
		CLOREXIDINA ALCOÓLICA	<u>100</u>	VICRYL	<u>1.0</u>
		COMPRESSA	<u>20</u>	mononylon	<u>3.0</u>
		CREPOM	<u>03</u>		
		COLETOR URINA FECHADO			
		ELETRODOS	<u>02</u>		
		EQUIPO MACROGOTAS	<u>02</u>		
		EQUIPO MICROGOTAS		MATERIAL DE ACTO CUSTO	
		EQUIPO SANGUE		BALÃO	
		ÉTER		CATÉTER DE EMBOLCTOMIA	
		GASES	<u>600</u>	CATÉTER	
		JELCO Nº		CATÉTER	
		LÂMINA DE BISTURI Nº 23	<u>01</u>	CATÉTER	
		LUVA ESTÉRIL Nº 7,0	<u>03</u>	CORDA 0,085X150mm	
		LUVA ESTÉRIL Nº 7,5	<u>03</u>	CORDA 0,035X250mm	
		LUVA ESTÉRIL Nº 8,0	<u>03</u>	CORDA 0,014	
		POLIFIX		CORDA 0,018	
		PVP DEGERMANTE		CONTRASTE	
		PVP TÓPICO		INDEFLATION	
		SERINGA 1ml		INTRODUTOR	
		SERINGA 3ml		PRÓTESE	
		SERINGA 5ml	<u>02</u>	STENT	
		SERINGA 10ml	<u>02</u>	Stent de Stentena	<u>2.0</u>
		SERINGA 20ml	<u>03</u>		
		SERRA DE GIGLE			
		SONDA FOLEY Nº			
		SONDA URETRAL Nº			
		SORO FISIOLÓGICO 500ml	<u>02</u>		
		SORO GLICOSADO ml			
		RINGER SIMPLES 500ml			
		RINGER LACTATO 500ml	<u>01</u>		
		SULFATO DE Mg			
		TRACAP	<u>02</u>		
		XYLOCAÍNA 5V	<u>02</u>		
		XYLOCAÍNA CV	<u>02</u>		
		XYLOCAÍNA GEL			
		Novopain 715 Fil	<u>02</u>		
		Cal 200ml			

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Admissão

Horário de Admissão:

SSVV: TA 129/88 FC 76 FR 15 T 37.9 Glicemia 99 Horário: 08h30

Alergias: () SIM (☒) NÃO Quais: _____

Comorbidades: () SIM (☒) NÃO Quais: _____

Dieta zero: (☒) SIM () NÃO () Via oral () Sonda enteral () Gastrostomia Período: _____

Tricotomia: () SIM (☒) NÃO Realizada: () CC () Outro setor Área da tricotomia: _____

Cirurgias anteriores: () SIM (☒) NÃO Quais: _____

Exames laboratoriais: (☒) SIM () NÃO Data: _____ Exames de Imagem: () SIM () NÃO Quais: _____

Termo de Consentimento de Amputação preenchido () SIM (☒) NÃO

Reserva de hemocomponentes: () SIM (☒) NÃO Reserva de Unidade de Terapia Intensiva: () SIM (☒) NÃO



FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

Nome		CPF	Número Arquivo	Nascimento
SERGIO COUTINHO BARBOSA		089 613164-8	4.264	14.02.86
Endereço		Bairro		
RUA ALEXANDRE SILVA - 1054 SANTO		ÁREA RURAL		
UF		CEP	País (do endereço)	
RN		59.11500		
UF		Nacionalidade		
RN				
Tipo Documento		Núm. Documento	Órgão Emissor	Pré-Natal
002.651.004				
Sexo	Côr	Nr. Filhos	Religião	Profissão
F	P		CAT.	JARQUEIRO
Nome Mãe				
Má JOSE C. DE MEDEIROS BARBOSA				
Responsável		Grau Parentesco	Endereço	Telefone
ANGELICA R. NETO	ESPOSA	0 MEIUS		
CPF Responsável				
38.725.880-2				
Unidade		Tipo Quarto	Quarto	Leito
701				125
Tipo Plano		Num. Carteira	Dt. Validade	Clínica
Pagto. Diferença		Valor Depósito		
Diagnóstico Definitivo				
Conselho		Data Alta		
Assinatura Responsável				
Assinatura Paciente				

Em 06/10/2016 09:21:56

▼ Dados do Veículo de placa NOF1780

Placa	Renavam	Placa Anterior	Tipo	Categoria	Espécie	Lugares
NOF1780	403265096	NOF1780/RN	4-MOTOCICLETA	1-Particular	1-Passageiro	2
Marca/Modelo	Fabricação/Modelo		Potência	Combustível	Cor	Carroceria
2844-HONDA/CG 125 FAN KS	2011/2012		0	2-Gasolina	11-PRETA	999-NAO APLICAVEL
(Nacional)				Recadastrado DETRAN		
Nome do Proprietário				DetranNet		
SEVERINO COUTINHO BARBOSA				Situação Lacre		
Proprietário Anterior				REGULAR Portaria 272/2007		
ADAILTON LUIZ DA SILVA				DENATRAN		
Município de Emplacamento				Adquirido em		Situação
MONTANHAS				26/10/2015		Em Circulação
Licenciado até				Carnê de Licenciamento 2016		
2015 em 17/11/2015 através do Registro de Veículo				Gerado em 17/05/2016 às 14:06 hs.		
(CRV)(Via 1)						
Restrição à Venda						
Sem gravame						
Informações PENDENTES originadas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Gravame						
Nenhuma informação pendente até esta data						
Impedimentos						
Nenhum impedimento registrado até esta data						

▼ Listagem de Débitos

Classe (Clique abaixo para a emissão da GUIA)	Número da Guia	Vencimento	Valor Nominal(R\$)	Valor Atual(R\$)
Licenciamento Anual 2016	0976013.019.0-3	04/07/2016	60,00	73,42
IPVA (Cota Unica) 2016	0976013.021.0-1	11/08/2016	80,56	96,72
Total dos Débitos			R\$ 140,56	R\$ 170,14

Taxas Detran	Seguro DPVAT	IPVA	Multas
73,42	0,00	96,72	0,00

▼ Infrações em Autuação

Num.Auto	Descrição	Local/Complemento
STTU-217610-R	TRANSITAR/VELOCIDADE SUPERIOR A MAXIMA EM	AV. JAGUARARI, CANDELÁRIA, EM FRENTE AO IMÓVEL DE Nº 4203,
19230728-7455	ATE 20%	SENTIDO BAIRRO-
Em aberto Em NATAL no dia 21/06/2016 às 14h45min		

▼ Listagem de Multas

Nenhuma multa em aberto cadastrada para este veículo até o momento.

▼ Último Processo

Processo	Interessado	Início em
54004623/2015	81293020478	04/11/2015 às 09h01min
Situação	Final em	
Encerrado	17/11/2015 às 09h45min	
Serviço	Execução em	
Transferência de Propriedade	Em 04/11/2015 às 09h01min por 81293020478	
Geração de guia de pagamento	Em 04/11/2015 às 09h01min por 81293020478	
Auditoria	Em 17/11/2015 às 09h45min por 01066294410	
Emissão CRV(1ª via)	Em 17/11/2015 às 10h57min por 43041477491	

▼ Recurso de Infração

Nenhuma Processo de Recurso de Infração cadastrado para este veículo até o momento.

► Histórico de Impedimentos

Nenhum impedimento cadastrado para este veículo.

► RENAJUD

Nenhuma restrição RENAJUD cadastrada para este veículo.

**Não Possui valor como
NADA CONSTA !**

Voltar

06/10/2016 09:21

Nº DE SINISTRO	NOME	NATUREZA	DIA DO PAGAMENTO	VALOR DA INDENIZAÇÃO
3160680391	SEVERINO COUTINHO BARBOSA	INVALIDEZ	25/11/2016	R\$ 1.687,50

