

PROCURAÇÃO

JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO, brasileiro, solteiro, desempregado, de RG nº 002.623.586, inscrito(a) no CPF sob o nº 096.424.074-26, residente e domiciliado(a) à Rua Olivia Carlos nº122, bairro Centro, Almino Afonso/RN – CEP 59760-000, pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia(m) e constitui(em) seu(s) bastante(s) procurador(es) o(s) advogado(s) IVANILSON CARLOS BELARMINO DE AMORIM FILHO, advogado inscrito nos quadros da Ordem dos Advogados do Brasil Seção RN sob o nº 14.722, residente e domiciliado à Rua Almino Afonso, nº 15, Centro de Almino Afonso/RN – CEP 59760-000 (endereço onde mantém escritório profissional) e ANTONIO MATHEUS SILVA CARLOS, advogado inscrito nos quadros da Ordem dos Advogados do Brasil Seção RN sob o nº 14.635, residente e domiciliado à Rua Maria Nunes, nº 10, Bairro da Estação, Almino Afonso/RN – CEP 59760-000 (endereço onde mantém escritório profissional), a quem confere(m) amplos poderes – cláusula *Ad Judicia et Extra* – para o foro em geral, podendo, para tanto, praticar todos os atos processuais e atuar em qualquer instância jurisdicional ou administrativa, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes (sem necessidade de prévia notificação), receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber e/ou dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, bem como proceder com quaisquer atos necessários e oportunos/convenientes ao desempenho deste mandato, agindo em conjunto ou separadamente (em conformidade ao disposto no art. 105 do Código de Processo Civil).

Almino Afonso/RN 25 de julho de 2019

JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO
ASSINANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, JOSÉ ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO, brasileiro, solteiro, desempregado, de RG nº 002.623.586, inscrito(a) no CPF sob o nº 096.424.074-26, residente e domiciliado(a) à Rua Olivia Carlos nº122, bairro Centro, Almino Afonso/RN – CEP 59760-000, para todos os fins de Direito, sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao Processo Judicial sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da *Gratuidade Judiciária*, nos termos dos art. 5º, LXXIV da Constituição Federal (CF) e 98/ss. do Código de Processo Civil (CPC), bem como da disciplina residual da Lei nº 1.060/50, para que o benefício abranja todos os atos processuais, conforme oportuniza o § 5º do art. 98 do CPC.

Almino Afonso 25 de julho de 2019

JOSÉ ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO

DECLARANTE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSÉ ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO, brasileiro, solteiro, desempregado, de RG nº 002.623.586, inscrito(a) no CPF sob o nº 096.424.074-26, **DECLARO**, para todos os fins de Direito, sob as penas da Lei, que **sou residente e domiciliado(a)** à Rua Olivia Carlos nº122, bairro Centro, Almino Afonso/RN – CEP 59760-000, conforme comprovante de residência em nome de terceiro que acompanha a presente, o que faço amparado por presunção legal nos termos da Lei nº 7.115/83¹.

Almino Afonso-RN 25 de julho de 2019

JOSÉ ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO

DECLARANTE

¹ “Art. 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homônima ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.”





Assinado eletronicamente por: IVANILSON CARLOS BELARMINO DE AMORIM FILHO - 07/10/2019 17:23:21
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100717231969800000047892566>
 Número do documento: 19100717231969800000047892566

Num. 49572288 - Pág. 4



Assinado eletronicamente por: IVANILSON CARLOS BELARMINO DE AMORIM FILHO - 07/10/2019 17:23:21
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100717231969800000047892566>
Número do documento: 19100717231969800000047892566

Num. 49572288 - Pág. 5



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Marizó, 150, Bairro: Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-25
CNPJ: 06.326.156/0001-81 Inspe. Est: 20055199-0 | www.comptec.com.br

PÁGINA DO CLIENTE

RITA COSTA NASCIMENTO

CPF: 156.873.494-00

CLASSIFICAÇÃO

Nº DA NOTA FISCAL
019657777
APRESENTAÇÃO | Nº DO C
12/02/2019 | 30004

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CENTROAREAS URBANA
 ALMINO AFONSO RN
 59760-000
 CONTA CONTRATO: 0700696014
 DATA DE VENCIMENTO: 19/02/2019
 TOTAL A PAGAR (R\$): 13
 MÊS ANO: 02/2019
 DATA PREVISÃO PAGAMENTO: 14/03/2019

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alcool(1/Vitr)	161.000000	0,82232720	118,86
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,75
Doação LIGA CONTRA O CANCER - 4009-5570			5,00
Doação DIOCESE DE MOSSORÓ - 3314-7255			2,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								133,65	
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)	
215074355	CAT	11-01-2019 3.880,00	12-02-2019	4.071,00	32	1,00000		191,00	

As regras das gerias de
formulários da ANEEL
estão no site, produzido
em 2009, que estabelece
os critérios para a
classificação das
gerias utilizadas na
abordagem da ANEEL

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					níveis de Tensão		
conjunto	valor	limite	limite	limite	Tensão	limite de variação (v)	
alim aforso	aparado	mínimal	trimestral	anual	nomininal (v)	mínimo	máximo
DMG	0,00	5,31	10,62	21,26	220	202	231
FIG	0,00	2,20	6,72	13,45			
DMIG	0,00	103 ¹	* 6,00	0,00			



Assinado eletronicamente por: IVANILSON CARLOS BELARMINO DE AMORIM FILHO - 07/10/2019 17:23:21
<https://pje1.g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1910071723196980000047892566>
Número do documento: 1910071723196980000047892566

Núm. 19572288 - Pág. 6



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

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

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019031000071 1.2 Data de Expedição: 30/01/2019 12:48:13
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM 1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 21/11/2018 18:57:00 2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo 2.6 Tipo do local: Via Pública
2.8 Número: 0000 2.7 Logradouro: AVENIDA MOEMA TINOCO
2.10 Complemento: 2.9 CEP: 59.000-000
2.12 Bairro: LAGOA AZUL 2.11 Ponto de Referência:
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 2.13 Cidade: NATAL

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO 3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Nome Social: 3.4 Pai: GERALDO GOMES DIAS
3.5 Eltna: Sem Informação 3.6 Mãe: MARIA D ACONCEICAO DO NASCIMENTO
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF: 09642407426 3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionidade: 3.12 Data de Nascimento: 28/02/1992
3.13 Profissão: ENGENHEIRO CIVIL 3.14 RG: 002623586 - ITEP/RN
3.15 Telefone(s): 84 999492865 3.16 Passaporte:
3.17 Número: 885 3.18 Naturalidade: ALMINO AFONSO RN
3.19 Bairro: POTENGI 3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.22 Logradouro: RUA SANTA INES
3.23 Cidade: NATAL 3.24 CEP: 59120090
4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não 7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: *****05142 7.1.4 Renavam:
7.1.5 Placa: QGV5011 7.1.6 Estado:
7.1.7 Marca: HONDA 7.1.8 Modelo: BIZ 125
7.1.9 Ano do Modelo: 2018 7.1.10 Ano de Fabricação: 2018
7.1.11 Cor do veículo: PRETA 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: MARIA DA CONCEICAO NASCIMENTO 7.1.14 Número do Motor:
7.1.17 Nome do condutor: O COMUNICANTE/VÍTIMA 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARCEU A ESTA UNIDADE POLICIAL E INFORMOU QUE NA DATA E HORA CITADOS CONDUZIA A MOTOCICLETA EM TELA QUANDO UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO AO ENTRAR NA CONTRA MÃO COLIDIU COM A MOTOCICLETA E A VÍTIMA VEIO A CAIR E SOFRER LESÕES CONFORME BAA DE NÚMERO 60876/2018, ORIUNDO DO PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO, DISSE QUE FORA CONDUZIDO PELO SAMU PARA O REFERIDO PRONTO SOCORRO CONFORME OCORRÊNCIA DE NÚMERO 232068/1, ORIUNDO DA SMS. NADA MAIS DISSE

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO Foi COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data 30/01/2019 12:48:13

J. de Paiva

Policial

X JOSE ALVES DO N. SEGUNDO.

Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1702343 - JANIR AZEVEDO DE PAIVA

Impresso por: 1702343 - JANIR AZEVEDO DE PAIVA em 30/01/2019 12:48:18

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETAN - RN CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VIA:	COD. RENAVAM:	RNTRC:	EXERCÍCIO:
1	01143982727	*****	2018
NOME: MARIA DA CONCEIÇÃO NASCIMENTO			
CPF/CNPJ:	PLACA:	EXERCÍCIO:	DATA EMISSÃO:
664.615.534-87	QGV5011	2018	22/02/2018
PLACA ANT/UF:	CHASSI:		
QGV5011/RN	9C20C4830JR205142		
ESPECIE TIPO:		COMBUSTÍVEL:	
PASSEIROS/MOTONETA/NAO APLICAVEL		ALCOOL-GASOL	
MARCA/MODELO:		ANO FAB:	ANO MOD:
HONDA/BIZ 125		2018	2018
CAP/POT/CIL:	CATEGORIA:	COR PREDOMINANTE:	
0CV/124 CILINDRADAS	PARTICULAR	PRETA	
COTA ÚNICA:	VENC. COTA ÚNICA:	VENC/COTAS:	
I R\$ 0,00	08/03/2018	1º PAGO	
P		2º PAGO	
V FAIXA IPVA:	PARCELAGEM/ COTAS:	3º PAGO	
A 002012 3X	R\$ *****.		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	
*** TAXAS DETRAN: PAGO		*** DPVAT: PAGO	
		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
		DATA DE PAGAMENTO	
		22/02/2018	
OBSERVAÇÕES: ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 45.441.789/0001-54 ADMINISTRADORA DE CONSORCIO NACIONAL HONDA LTDA MOTOR: JC4SE3J205208			
DATA: 22/02/2018			
Assinatura do Síndico Coordenador de Registro de Veículos DETAN - RN			

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAGEM TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

RN N° 013702753930 BILHETE DE SEGURO DPVAT

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

**www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204**

VIA:	CPF / CNPJ:	PLACA:	EXERCÍCIO:	DATA EMISSÃO:
1	664.615.534-87	QGV5011	2018	22/02/2018
RENAVAM:	MARCA / MODELO:			
01143982727	HONDA/BIZ 125			
ANO FAB:	CAETARF:	Nº CHASSI:		
2018	9	9C2JC4830JR205142		
PRÉMIO TARIFÁRIO				
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)		
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)		
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PAGAMENTO	<input type="checkbox"/> PARCELADO	<input type="checkbox"/> DATA DE QUITAÇÃO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

JUN-2017



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **102545 - JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO** (26 a 8 m 22 d)

Nascimento: 28/02/1992 Natural: ALMINO AFONSO.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: CPF: 09642407426 Prof:
Mãe: MARIA DÁ CONCEICAO DO NASCIMENTO Pai:
Logradouro: SANTA INES, 1
CEP: 59122241 Bairro: PAJUÇARA Cidade: NATAL
Telefone: 84 .32142589 Compl: (LOT SANTA INES) - CONDOMINIO WEST
PARQUE - BL III APTO 103

Motivo: CARRO X MOTO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:	Discriminador:								
OBS:	Classificação: 21/11/2018 20:35:33								
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
19:45	170x90		95%		23	104		15	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISÃO CARRO- MOTO FRATURA NO PUNHO .

Hora: 20:45

Paciente trazido pelo samu em protocolo, não meto x cano
rendo condutor da moto, ejeção do caboclo. Queixas de dor
em punho esquerdo. Nega trauma, perde a consciência e cai
balto etc.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VAP + SI cervical pes
B MVT dor a polpações Torax laringe contínua em Torax
C 100 bpm RR 24 SI Sinais de choque
D EGG 15 Pupílos isocônicos
E excoriorias em face, Torax e pé ESquerdo

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

ABD: me mole indolor
Pulmões estavel indolor

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

TOMOGRAFIA/HMWG

Data: 21/11/18 Hora: 21:20
Técnico: GUSTAVO GALTIERI
Exame: CINTO + CERVICAL
Médico:

RAIOS-X
Realizado em: 21/11/18 Horas:

*Gerado via SX por FRANCISCO BEZERRA DE MACEDO. Impresso em 21 de Novembro de 2018



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS) NegM(MEDICAÇÃO EM USO) NegP(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) NegL(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) AS 17:00A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) Via pubresV(PASSADO VACINAL) Desatualizado

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

TC Câineo

Raio X AP tórax SC
 Raio X PE esquerdo AP e obliquos
 Raio X Ponto ESQ- AP e obliquos
 e mao esquerda AP e obliquos

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

1) V.Ate

Dra. Ana Cecília Matias
 MEDICA
 CRM-RN 9164
 + Dr Nunes

2)

Ordem de Asistente - Sec. Ambul. 22-11-18

Rx tórax sem sinais de lesão ou pneumotórax

e sem aparente fratura de ossos costais.

Paciente sem conduta de urgência p/

Cirurgia

Dra. Ana Cecília Matias

MEDICA
 CRM-RN 9164
 + Dr Nunes

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1 N.R.C HORA: 20:50 DATA: 21/11/18

ESPECIALISTA 2 Dr. Spedie HORA: 20:50 DATA: 21/11/18

ESPECIALISTA 3 HORA: DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA / / HORA / /

SAIDA: () DECISÃO MEDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

ÓBITO: DATA / / HORA / /

ENTREGUE Á FAMÍLIA () COM ATES () S.V.O () ITEP



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

11/08/18 23:00 23/15/18

Vitim de acidente aéreo (motorizado)
com possuir ferme memória os consciencia, cega volta, perda
uso de calcanhar, relata uso de aparelho de locomoção, noca de
tua coluna C7L.

EXAME FÍSICO

Isocorico, RIM+, Glucos, leucit 4 leucos
Síndrome de coluna C7L.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

TCE leve + ?

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

com TC de m+colun C7L.

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM.

TCE de onda S/Máximo 10mm
Síndrome de coluna L7L

TCE de coluna S/TCE

Centro de dor na lombar (coluna L7L)

Centro de dor na lombar (coluna L7L)

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW

Abertura Ocular (AO)

Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, etc, ou pergunta a data e etc)	6
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, não tem troca conversacional)	3
Genit intelectual. (Gemeando sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MMR)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inapropriada a dor.	4
Dor (Descrição).	3
Dor (Descrevendo).	2
---	1

ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO DO TCE		
		03 - 08=grave (necessidade de intubação imediata)	09-3=moderado	14-16=leve
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-150 = 4 9-120 = 3 6-60 = 2 4-50 = 1 30 = 0			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	>10-290 = 4 >290 = 3 6-60 = 2 1-50 = 1 <00 = 0			
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>900 = 4 76-900 = 3 50-570 = 2 1-490 = 1 <00 = 0			

CLASSEIFICAÇÃO DO TCE
(ATLS 2005)

03 - 08=grave (necessidade de intubação imediata)
09-3=moderado
14-16=leve

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

*A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que
selecionaram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa
seleciona-se ao doente que classifica 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. Seco
W.L. Copes, et al; A revision of the Trauma score.
J. Trauma 29(5) 624, 1989.



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: <i>Ortopedia</i>			
ANAMNESE	<p>Alcoólico de Mato com dor na mão f.d.</p> <p>Fractura no joelho.</p> <p>Fr. Fr. Bernat recente em f.d. f.d.</p>		
EXAME FÍSICO	<p>Fractura no joelho com escoriação da pele de extensão em joelho, B.R.; pulso D.</p>		
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	<p>Fr. Bernat recente em f.d. escoriação + fratura do joelho.</p>		
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***			
	LABORATÓRIO		
	OUTROS		
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM		
<p>D. Ab ec par explorar - ligeiro ab. no joel.</p> <p>1. Tala coluna em MSE (mão do Dr. Virgílio)</p> <p>2. Ortopédico</p> <p>3. Reforço ev. agora</p>	<p>Dr. Virgílio Serejo de Azevedo</p> <p>Ortopedia / Clínica do Joelho</p> <p>CRM 6641 - TEOT 14505</p> <p>23/11/15</p>		
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável		

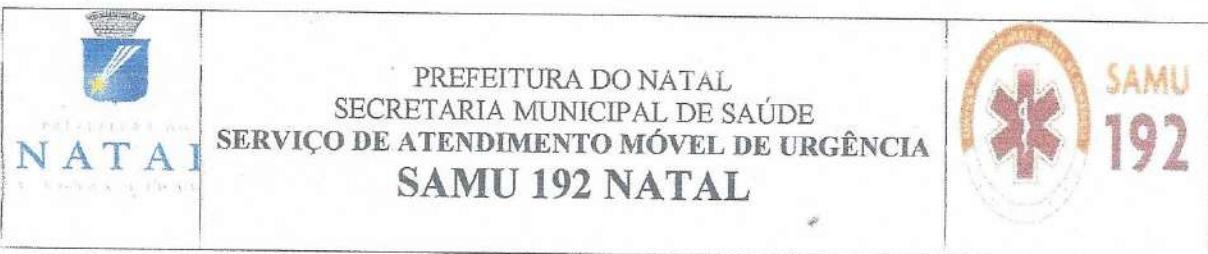
DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:		
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA: :		
SAÍDA:	DATA: / / HORA: :		
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:			
ÓBITO:	DATA: / / HORA: :		
Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>			

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação.

DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:		
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA: :		
SAÍDA:	DATA: / / HORA: :		
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:			
ÓBITO:	DATA: / / HORA: :		
Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>			





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **JOSÉ ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 21/11/2018, aproximadamente às 18h57min, na Avenida Moema Tinoco, Lagoa Azul, nesta Cidade. **Sob nº de ocorrência 232068/1**, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 29 de janeiro de 2019.

(Handwritten signature of Claudio Augusto Camara de Macedo)
Everton da Silva Rocha
Coordenador Administrativo
SAMU 192 Natal
Mat. nº 01-096-8
Matrícula 72.468-1

CLAUDIO AUGUSTO CAMARA DE MACEDO
Coord. Geral do Serviço de Transporte Sanitário Municipal e SAMU 192 Natal
Matrícula 72.468-1



 <p>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho</p>	<p>ATESTADO MÉDICO</p>
ATESTADO	

Atestado para os devidos fins, que o(a) segurado(a)

José Alves do Nascimento Segundo

foi examinado(a) nesta Unidade de Saúde às _____ horas, e necessita

afastar-se de suas atividades profissionais / estudantis, durante um período

de 30 (Trinta) dia(s), por motivo de doença

a partir desta data.

Autorização do paciente para
divulgação do CID.

CID. 10 nº

252

26 NOV. 2018

Local e data

Assinatura e carimbo do profissional

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.





Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

DR. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA – CRM 5500
CIRURGIA DA MÃO • MICROCIRURGIA • ARTROSCOPIA

José Alves do N Segundo

Solicito

Fisioterapia 10 sessões

HD: Pop fratura do antebraço E

Fratura do 5 metacarpo E

- ADM total
- **analgesia** – tens, calor
- massagem
- controle do edema



Dr Hélio R P Garcia
CRM 5500

Dr Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 5500



Assinado eletronicamente por: IVANILSON CARLOS BELARMINO DE AMORIM FILHO - 07/10/2019 17:23:25
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100717232370200000047892594>
Número do documento: 19100717232370200000047892594

Num. 49572318 - Pág. 1

Cirurgia da Mão de Natal
CIMAN

DR. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA - CRM 5500
CIRURGIA DA MÃO - MICROCIRURGIA - ARTROSCOPIA

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

<p>HOSPITAL MEMORIAL Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol - Natal/RN Fones: (84) 3133-4200 CNPJ:10.867.687/0001-10</p>	<p>1^ª Via – Retenção da Farmácia ou Drogaria 2^ª Via – Orientação ao Paciente Dr. Hélio R. P. Garcia CRM 5500 Carimbo e Assinatura do Médico</p>
---	---

Paciente: JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO

Endereço: AV SANTA INES, 885 NATAL-RN

USO ORAL

Prescrição: Tramal 50mg ----- 2 cx

Tomar 01 cp vo 6/6 hs. Se DORES fortes.

Data, 03 /12 / 18

<p>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</p> <p>Nome: _____</p> <p>Ident.: _____ Órgão: _____ Emissor: _____ End.: _____</p> <p>_____</p> <p>Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____</p>	<p>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</p> <p>_____</p> <p>Assinatura do Farmacêutico Data: _____ / _____ / _____</p>
---	---





Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

DR. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA - CRM 5500

CIRURGIA DA MÃO - MICROCIRURGIA - ARTROSCOPIA

JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO

USO ORAL

1. Nisulid _____ 1 cx

Tomar 1 comprimido via oral de 12/12h por 5 dias.

2. Paracetamol 750mg _____ 2cx

Tomar 1 comprimido via oral de 6/6h se dor

03.12.18

Dr. Hélio R. Polido Garcia
Cirurgia da Mão
Microcirurgia
CRM - 5500

Dr. Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia
Cirurgia da Mão/Microcirurgia
CRM 5500



Assinado eletronicamente por: IVANILSON CARLOS BELARMINO DE AMORIM FILHO - 07/10/2019 17:23:25
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100717232370200000047892594>
Número do documento: 19100717232370200000047892594

Num. 49572318 - Pág. 3

CARTÃO DE RETORNO E ORIENTAÇÕES:

Médico: Dr Hélio R P Garcia

Nome: JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO

1. Manter o membro afetado ou operado elevado, com uso da tipóia
2. Mexer os dedos e demais articulações que não estiverem imobilizadas com tala ou gesso
3. Inchaço é esperado, mas em excesso, pode haver apertamento da circulação e deverá retornar ao hospital imediatamente.
4. Dor em excesso que não cede com uso dos remédios prescritos, pode ser sinal de problema circulatório grave, com riscos. Deve retornar imediatamente ao hospital
5. Ao sair do hospital, após internação, deve agendar o retorno

Retornar em 13/12/2018 às 07:00 h

Fazer RX no retorno? (x) Sim () Não

Qual? RX antebraço E F + Perfil

Não carregar peso. Mexer os dedos

Curativo de 2/2 dias. Retirar pontos no retorno

Atestado e laudo somente no retorno

JANEIRO							FEVEREIRO							MARÇO																				
sem	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	sem	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	sem	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom											
01	2	3	4	5	6	7		08		1	2	3	4			09		1	2	3	4													
02	3	4	5	6	7	8		09	5	6	7	8	9	10	11	10	5	6	7	8	9	10	11											
03	4	5	6	7	8	9		10	12	13	14	15	16	17	18	11	12	13	14	15	16	17	18											
04	5	6	7	8	9	10		11	19	20	21	22	23	24	25	12	19	20	21	22	23	24	25											
05	6	7	8	9	10	11		12	26	27	28					13	26	27	28	29	30	31												
06	7	8	9	10	11	12		13																										
07	8	9	10	11	12	13		14																										
08	9	10	11	12	13	14		15																										
09	10	11	12	13	14	15		16																										
10	11	12	13	14	15	16		17																										
11	12	13	14	15	16	17		18																										
12	13	14	15	16	17	18		19																										
13	14	15	16	17	18	19		20																										
14	15	16	17	18	19	20		21																										
15	16	17	18	19	20	21		22																										
16	17	18	19	20	21	22		23																										
17	18	19	20	21	22	23		24																										
18	19	20	21	22	23	24		25																										
19	20	21	22	23	24	25		26																										
20	21	22	23	24	25	26		27																										
21	22	23	24	25	26	27		28																										
22	23	24	25	26	27	28		29																										
23	24	25	26	27	28	29		30																										
24	25	26	27	28	29	30		31																										
25	26	27	28	29	30	31																												
26	27	28	29	30	31																													
27	28	29	30	31																														
28	29	30	31																															
29	30	31																																
30	31																																	
31																																		
ABRIL							MAIO							JUNHO																				
sem	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	sem	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	sem	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom											
01	2	3	4	5	6	7	8	09	10	11	12	13	14	15	16	22	23	24	25	26	27	28	29											
02	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	23	24	25	26	27	28	29	30											
03	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	24	25	26	27	28	29	30	31											
04	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	25	26	27	28	29	30	31												
05	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	26	27	28	29	30	31													
06	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	27	28	29	30	31														
07	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	28	29	30	31															
08	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	29	30	31																
09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	30	31																	
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	31																		
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26																			
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27																			
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28																			
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29																			
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30																			
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																			
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																				
18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																					
19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																						
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																							
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																								
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																									
23	24	25	26	27	28	29	30	31																										
24	25	26	27	28	29	30	31																											
25	26	27	28	29	30	31																												
26	27	28	29	30	31																													
27	28	29	30	31																														
28	29	30	31																															
29	30	31																																
30	31																																	
31																																		
OUTUBRO							NOVEMBRO							DEZEMBRO																				
sem	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	sem	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	sem	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom											
01	2	3	4	5	6	7	8	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
02	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	2								

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE PORTALEGRE/RN**

1^a Via - Farmácia
2^a Via - Paciente

CNPJ: 08.358.053/0001-90
Rua Antonio de Freitas, 20-Centro - Portalegre/RN

CNPJ: 08.358.053/0001-90
Rua Antonio de Freitas, 20-Centro - Portalegre/RN

Paciente: *Jose Mendes da Silva*
Endereço: *R. Onira 100, Centro, RN*

Prescrição: *1000 mg*

Prescrição: *1000 mg*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: *Dr. Antônio Mendes da Silva*
Ident: *MEDICO 9199*
Órg. Emissor: *CAMPANHA*
End.: *Centro*
Cidade: *Portalegre*
UF: *RN*
Telefone: *12112 - 0322*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: *Dr. Antônio Mendes da Silva*
Ident: *MEDICO 9199*
Órg. Emissor: *CAMPANHA*
End.: *Centro*
Cidade: *Portalegre*
UF: *RN*
Telefone: *12112 - 0322*

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE PORTALEGRE/RN**

1^a Via - Farmácia
2^a Via - Paciente

CNPJ: 08.358.053/0001-90
Rua Antonio de Freitas, 20-Centro - Portalegre/RN

CNPJ: 08.358.053/0001-90
Rua Antonio de Freitas, 20-Centro - Portalegre/RN

Paciente: *Jose Mendes da Silva*
Endereço: *R. Onira 100, Centro, RN*

Prescrição: *1000 mg*

Prescrição: *1000 mg*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: *Dr. Antônio Mendes da Silva*
Ident: *MEDICO 9199*
Órg. Emissor: *CAMPANHA*
End.: *Centro*
Cidade: *Portalegre*
UF: *RN*
Telefone: *12112 - 0322*

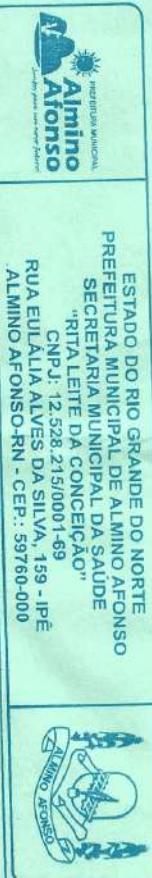
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: *Dr. Antônio Mendes da Silva*
Ident: *MEDICO 9199*
Órg. Emissor: *CAMPANHA*
End.: *Centro*
Cidade: *Portalegre*
UF: *RN*
Telefone: *12112 - 0322*

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico





Receituário Controle Especial

Paciente: José Alves do Nascimento Segundo
 Endereço: R. Olaria Coelho

Prescrição: uso oral

1000 mg dia - 25 cp.
para o uso de 7 dias

05/02/19

José Alves Segundo
MÉDICO - CRÉDITO 00000000000000000000000000000000

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____

Órg. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____
 UF: _____
 Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: _____

Ident.: _____

Órg. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____
 UF: _____
 Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____

Órg. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____
 UF: _____
 Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: _____

Ident.: _____

Órg. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____
 UF: _____
 Telefone: _____



Receituário Controle Especial

Paciente: José Alves do Nascimento
 Endereço: R. Litorânea 300 - centro

Prescrição: uso oral

1000 mg dia - 25 cp.
para o uso de 7 dias

Dr. Odilon Ferreira
CRM: 3006-PP
Mércio

05/02/19

Assinatura do Farmacêutico



IDENTIFICAÇÃO

Nome: José Alves do N. Segundo Reg. N°

Diagnóstico pré-operatório: Neoprose no pé E + luxação corpo metatarsiano

Indicação terapêutica: Reduções + luxações de dedos

Urgência ()

Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 28/11/18 Início: Término: Duração:

Operador: fb (anunciado) CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: Antônio (anunciado) CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Paciente em ION, feito anestesia e secessão (obscuro) de corpo operatório, deambulação de área de reabilitação no pé E, luxado. Reduções de luxações corpo metatarsiano E, obliter de tóle extensor.

Francisco Cannisse Júnior
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Coluna Vertebral
CRM/RN: 4120



Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**BOLETIM
OPERATÓRIO****IDENTIFICAÇÃO**Nome: José Alvis do N.º Signorob Reg. NºDiagnóstico pré-operatório: Lisão lacerante constante PÉ + Frat. fechada mão exp.Indicação terapêutica: frat. cirúrgica de lisão constante Urgência Eletiva

81

INTERVENÇÃOData: 22/11/18 Início: _____ Término: _____ Duração: _____Operador: Dr. Edson Borges CRM/CRO: _____1º Auxiliar: — CRM/CRO: _____2º Auxiliar: — CRM/CRO: _____Instrumentador: —Anestesista: Dr. Gilberto CRM/CRO: _____**RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO**

Retirada D. óssos, sob neumonistisa, lavagem exaustiva, do fêmur
do PÉ, c/ des. final e rebos, sutura p/ planos, anatômicos, /mobil...

Dr. Edson Ney Pinheiro Borges
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 3421- TEOT 6434
CPF 129.668.174-53

Coleta de material anatomo-patológico: NÃO SIM QUAL?Coleta de material para microbiologia: NÃO SIM QUAL?

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos humanitários.



DROGARIA SOUZA.

LEDIMAR DE SOUZA LEITE NETO – ME

RUA ANTONIO CARLOS S/N CENTRO

ALMINO AFONSO RN

CNPJ Nº 00.739.781/0001-30

RECIBO.

DECLARO PARA DEVIDOS FINS QUE O SENHOR JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO PORTADOR DO CIC DE Nº 096.424.074-26 RG DE Nº 2623.586 SSP RN RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA OLIVIA CARLOS 122 BAIRRO CENTRO NA CIDADE DE ALMINO AFONSO RN, EFETUOU COMPRAS NESTE ESTABELECIMENTO FARMACEUTICO NO VALOR DE R\$ (962,00) NOVECENTOS E SESCENTA E DOIS REAIS NO MÊS DE DEZEMBRO DE 2018.

DROGARIA SOUZA

Lédimar de Souza L. Neto
CPF: 779.420.274-49



DROGARIA SOUZA

LEDIMAR DE SOUZA LEITE NETO – ME
RUA ANTONIO CARLOS S/N CENTRO
ALMINO AFONSO/RN
CNPJ Nº 00.739.781/0001-30

RECIBO

Nº	MEDICAMENTOS	QUANTIDADE	VALOR UNIT	VALOR TOTAL
01	CEFALEXINA 500	03	R\$: 14,00	R\$: 42,00
02	CECLOR BD 750	03	R\$: 157,34	R\$: 472,02
03	NIMESULIDA 100	03	R\$: 8,00	R\$: 24,00
04	DERSANI ÓLEO	03	R\$: 64,00	R\$: 192,00
05	KOLLAGENASE	04	R\$: 30,69	R\$: 122,76
06	SORO FISIOLÓGICO	10	R\$: 5,00	R\$: 50,00
07	MERTHIOLATE	01	R\$: 17,17	R\$: 17,17
08	GAZE	25	R\$: 1,50	R\$: 37,50
09	DIPIRONA 500	01	R\$: 4,57	R\$: 4,57
Valor total				R\$: 962,02

Declaro para os devidos fins, que o senhor José Alves do Nascimento Segundo, portador do CPF de Nº 092.424.074-26, RG de Nº 2623.586 SSP RN, residente e domiciliado na Rua Olivia Carlos 122 Bairro Centro na Cidade de Almino Afonso RN, efetuou compras neste estabelecimento farmacêutico no valor de R\$: 962,02 (novecentos e sessenta e dois reais e dois centavos), no mês de dezembro de 2018, conforme demonstra a tabela acima.



R E C I B O

Valor R\$: 30.00

Recebi do(a) JOSE ALVES DO NASCIMENTO SECUNDO

a importância de R\$ 30.00 (trinta reais)

Referente COPIA PRONTUARIO REG-132937 CPF 096.424.074-26

Pelo que passo o presente recibo dando plena e geral quitação.

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lacerda, 679
Tirol 59.020-000 Natal / RN
Centro Cid. Náutico
E-mail: hmn@hmn.com.br
Hospital

Natal (RN),

29/01/2019

Franck
HOSPITAL MEMORIAL DE NATAL



DROGARIA DIA A DIA

AV BLUMENAL
POTENGI
NATAL RN
(84)3214-4026

10/12/2018 10:35:41

Num. Venda: 000019619-001
Data Caixa: 10/12/2018
Telefone Cli.:

PEDIDO DE VENDA

Não tem Valor Fiscal

ÍTEM	R\$ UNIT.	QTD	Desconto	R\$ TOTAL
NEOMICINA + BACITRACINA POMADA				
	9,90	X 1	0,00	9,90
NIMESULIDA 100 MG				
	6,90	X 1	0,00	6,90
IBUPRIL 400 MG IBUPROFENO				
	3,90	X 1	0,00	3,90
QTD Total de Itens:				3
Valor Total:				0,00
Desconto:				1,70
Valor Total a Pagar:				19,00
Dinheiro:			19,00	
Cartão Crédito:			0,00	
Cartão Débito:			0,00	
Cheque:			0,00	
Creditário:			0,00	
R\$ Troco:			0,00	
Débitos:			0,00	

CONSUMIDOR

Mensagem da Loja



PROGARIA DIA A DIA

AV. BLUMENAL
POTENGI
NATAL / RN
(84) 3214-4026

10/12/2018 10:36:55

Num. Venda: 000019620-001

Data Caixa: 10/12/2018

Telefone Cl.:

PEDIDO DE VENDA

Non-lieu Valor Fiscal

ITEM	R\$ UNIT.	QTD	Desconto	R\$ TOTAL
BUSCOPAN COMPOSTO				
16,90	X 1		0,00	16,90
QTD Total de Itens:				1
R\$ Total da Venda:				15,90
Desconto:				3,00
Valor Total a Pagar:				12,00
Dinheiro:			12,00	
Cartão Crédito:			0,00	
Cartão Débito			0,00	
Cheque:			0,00	
Credíario:			0,00	
R\$ Troco:			0,00	
Débitos:	-		0,00	

CONSUMIDOR

ENDEREÇO ENTREGA

PONTO DE REFERÊNCIA



Other approved entries
Date: 7/15/05 Incident #:
134 Estatal Rd 39 W
City: CANTRELL

Assinado eletronicamente por: IVANILSON CARLOS BELARMINO DE AMORIM FILHO - 07/10/2019 17:23:26
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100717232609400000047893564>
Número do documento: 19100717232609400000047893564

Num. 49573139 - Pág. 4

ESPAÇO Revitale
FISIOTERAPIA - PILATES - PILATES

Júlia Carlos
Fisioterapeuta
CREFITO 202044-F

Recibo

R\$ 400,00

Recebemos de José Alves dos Nascimentos Segundo
Importância de quatrocentos reais

Referente a dez sessões de fisioterapia.

DATA 07 de janeiro de 2019

*Júlia Carlos de Paiva
Fisioterapeuta
CREFITO 202044-F
ASSINATURA*



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 232068/1

Data: 21/11/2018

CHAMADO

TARM: PAULA FRANCINETE FERREIRA BARROS BERGSON

Médico Regulação: ÉRICO DE LIMA VALE

Rádio Operador: VIVIAN TAVARES DO NASCIMENTO

Médico Cena: ÉRICO DE LIMA VALE

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 19 (BASE DESCENTRALIZADA SÃO JOÃO)

Equipe VTR: HERALDO DA CONCEIÇÃO PINHETO - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
MARCOS CESAR DE SOUZA - TECNICO DE ENFERMAGEM REGULAÇÃO MEDICA TROTE INFORMAÇÃO ENGANO TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: RENATO

Telefone: (84) 99706-3924

Nome do Paciente:

JOSE ALVES DO NASCIMENTO

Idade: *

26 NÃO INFORMADO

Sexo: *

MASCULINO

 Endereço não informado Coordenadas Informadas

Latitude: -5.7221136 Longitude: -35.243143

Endereço: AVENIDA MOEMA TINOCO DA CUNHA LIMA

Nº: VP

Bairro: LAGOA AZUL

Outro Bairro:

Referência/Complemento: GRAMOREZINHO /// APOS A ESCOLA MUNICIPAL LURDES GODEIRO /// APOS A UPA SENTIDO BR.

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Primária: QUEDA DE MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

21/11/2018 19:00:09 - Dr(a). ÉRICO DE LIMA VALE

APH: TRAUMA / HD: QUEDA DE MOTO

REGULAÇÃO: VITIMA DE QUEDA DE MOTO . UMA VITIMA CONSCIENTE

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: ~~4~~ 3CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: ~~10000~~ 2

POSSUI CONVÉNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apóio:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:	Regulação Médica:	Solicitação VTR:	Saída VTR:	Chegada Local:
21/11/2018 18:57:59	21/11/2018 19:00:09	21/11/2018 19:04:23	21/11/2018 19:04:25	21/11/2018 19:39:41
Saída Local:	Chegada Destino:	Liberação Destino:	Liberação VTR:	
21/11/2018 20:03:57	21/11/2018 20:26:46	21/11/2018 20:45:50	21/11/2018 20:45:51	

Observação do Apoio:**CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR****Paciente possui convênio médico particular?***Sim Não Não informado**CONDUTA**

← Remoção

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA**Aguardando Vaga****Estabelecimento:**

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

F:

Recebido por:**Número do conselho:****Número da ficha de Remoção:****Vaga Negada - Motivo:**

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv prop.:**Vaga Negada****Motivo da entrada:****Ass:****Vaga Zero****PERTENÇES****Nome receptor:****Cargo receptor:****Descrição dos pertences:****Local deixado pertences:****Data:** / / **Ass:**

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 11963 /2018

Prontuário: 1178022

Paciente: 102545 - JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO

Cartão SUS: 708203121768644

CPF: 09642407426

Dt Nasc: 28/02/1992

Idade: 26 anos 8 meses 22 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

Nome do pai:

Rua/Av: SANTA INES

Nº: 1

Complemento: (LOT SANTA INES) - CONDOMINIO WEST PARQUE - BL III Bairro: PAJUÇARA
APTO 103

CEP: 59122241

Cidade: NATAL

Telefone: 84 32142589 84 32142589

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1009

Especialidade: ORTOPEDICA

Responsável: JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO -

Usuário: FRANCISCO BEZERRA DE MACEDO

Admissão: 21/11/2018 23:16:14

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S66.3 - TRAUMATISMO DO MUSCULO EXTENSOR E TENDAO DE OUTRO DEDO
AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO
408060450 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

Lixa com fenda do P. e o dedo é faturado

RESUMO DE ALTA

*ASSISTÊNCIA
SANTA
NATAL
COMPROVAR COM ORIGINAL*

*COMPROVAR COM ORIGINAL
10/10/2018*

*Dr. Edson Ney Pinheiro Borges
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 3421 - TEOF 6434
CPF 429.668.174-53*

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

NATAL, 21 de Novembro de 2018.





Nome: Yose Alves do Nascimento Segundo

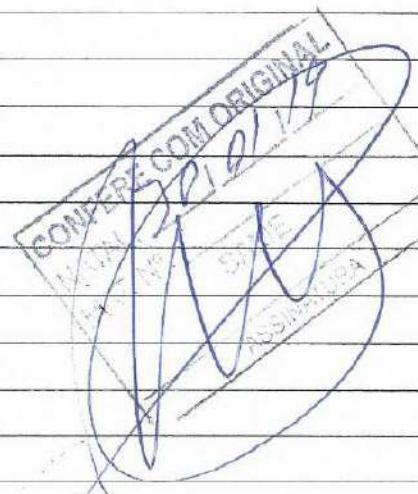
Leito:	Idade:	Nº Registro:
--------	--------	--------------

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 22/11/18 Hora:

Paciente vítima de acidente de trânsito, apresentando lesões leves -
contusão no abdômen di. P. eng + fract. fíbula, m. tib. exp.

Dr. Edson Ney Pinheiro Borges
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 3421 - TEOF 6434
CPF 429.668.174-53



Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



NOME: JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO
CÓD. PACIENTE: 102545
DATA: 01 / 12 / 2018

FIA Nº: 11963/2018

LEITO: 304
DN: 28 / 02 / 1992
MÉDICO: EDSON NEY

PREScrição

01. Dieta Livre
02. S.F.O.9% - 1.000ml - IV - 14gts/min - em 24hs
03. Ciprofloxacin 500mg - 01tableta - IV - 8/8hs
04. Dipirona - 02ml + 08ml ABD - IV - 6/6hs
05. Antak - 150mg - 01comp - VO - 12/12hs
06. CURATIVO DIÁRIO
07. SSW + CCGG
08. AGUARDANIR

EVOLUÇÃO MÉDICA



ORTOPEDIA

Identificação

Ortopedia

Enfermaria:

Leito:

UTI:

Leito:

Data de admissão: 21/11/18

Alta:

1009

Nome: José Alves do Nascimento Segundo Naturalidade: Almino, Pingo - RN

Idade: 26a

Sexo: Masculino Feminino

Data de Nascimento: 28/03/1992

RG: 7314168

Estado Civil: Solteiro

Nível de Instrução: Cursando

Filiação: Pai: Geraldo Gomes Dias

Eng. Civil

Mãe: Maria das Cunha do Nascimento

Endereço: Rue Sítia Ines, Comendador West Parque

Bl. III Ap 103 - Papucara

Cidade: Natal - RN

Telefone: 3234-2589 Tio

() Residencial () Trabalho () Recado

Contato: 9902-8555-Tio Outros telefones: 9941-5507-Tio

Composição familiar: Moro sozinho

Maconha

Outras informações: Faz uso de Alcool Fumo Drogas Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida:

Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim

() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado

Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs () SAD

Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento

() Trazido por familiares

Trazido pelo SAMU

() Socorrido em via pública

() Outros meios

() Encaminhado: Hospital de origem:

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo?

Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental

Responsável pelo paciente: José Alves do Nascimento

Parentesco: Tio

Telefone: 99902-8555

Endereço do Responsável:

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na informação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

22/11/18 Paciente mítico de celulite mato x carvo, com lesões em pústulas e feridas em pele F. Elebora de ficha social / solicitação documental / orientações.

Saída

Óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs:

Alta hospitalar () Transferência () Destino:

Orientações/Encaminhamentos:

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.





Id. Paciente: LEITO 712 Data Exame: 29/11/2018 10:42:49
Paciente: JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Tecnico: EDSON SILVA
Idade: 0 ano(s) ANTEBRACO, L
54.2 %



Assinado eletronicamente por: IVANILSON CARLOS BELARMINO DE AMORIM FILHO - 07/10/2019 17:23:27
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100717232685400000047893582>
Número do documento: 19100717232685400000047893582

Num. 49573159 - Pág. 7



Id. Paciente: LEITO 712

Data Exame: 29/11/2018 10:43:42

Técnico: EDSON SILVA

Paciente: JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO

Idade: 0 ano(s)

ANTEBRACO L

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

54,2 %



Assinado eletronicamente por: IVANILSON CARLOS BELARMINO DE AMORIM FILHO - 07/10/2019 17:23:27
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100717232685400000047893582>
Número do documento: 19100717232685400000047893582

Num. 49573159 - Pág. 8



Id. Paciente: 60876

Data Exame: 21/11/2018 21:49:03

Técnico: TEC. COSMA DE PAULA

Paciente: JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO

Idade: 26 ano(s)

PE OBL

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

78,9 %



Assinado eletronicamente por: IVANILSON CARLOS BELARMINO DE AMORIM FILHO - 07/10/2019 17:23:27
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100717232685400000047893582>
Número do documento: 19100717232685400000047893582

Num. 49573159 - Pág. 9



Id. Paciente: 60876
Paciente: JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Data Exame: 21/11/2018 21:46:00

Técnico: TEC. COSMA DE PAULA
Idade: 26 ano(s)
PUNHO PERFIL
143,3 %



Assinado eletronicamente por: IVANILSON CARLOS BELARMINO DE AMORIM FILHO - 07/10/2019 17:23:27
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100717232685400000047893582>
Número do documento: 19100717232685400000047893582

Num. 49573159 - Pág. 10



Assinado eletronicamente por: IVANILSON CARLOS BELARMINO DE AMORIM FILHO - 07/10/2019 17:23:27
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100717232685400000047893582>
Número do documento: 19100717232685400000047893582

Num. 49573159 - Pág. 11



Id. Paciente: 00

Data Exame: 24/11/2018 09:31:53

Técnico: M.PAZ

Paciente: JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Idade: 0 ano(s)

ANTEBRAÇO AP
68,2 %



Assinado eletronicamente por: IVANILSON CARLOS BELARMINO DE AMORIM FILHO - 07/10/2019 17:23:27
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100717232685400000047893582>
Número do documento: 19100717232685400000047893582

Num. 49573159 - Pág. 12

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 03/12/2018 10:39

Paciente: JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO

Registro: 132937

Nº. RG: 002623586 CPF: 096.424.074-26 Nascimento: 28/02/1912 26 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Solteiro(a)

Endereço: SANTA INES

N. 885

Bairro: POTENGI

Cidade: NATAL

UF: RN

CEP: 59120090

Fone: 84999028555

Profissão: ESTUDANTE

Mãe: MARIA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

Dados do Internamento

Nº. Internamento: 1 Entrada: 03/12/2018 10:28 Previsão saída: 05/12/2018 11:00 Atendente: THALYTARCS

Convênio: SUS MUNICIPAL

Matrícula/CNS: 708203121768644

Médico: Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM: 5500

LEITO RESERVA 02

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Autorizo a liberação da documentação do meu caso médico, através de fotografia, ou de exames gráficos ou de imagens, bem como o seu arquivamento por meio digital, papéis, fotografias ou quaisquer meios para os seguintes fins:

- a. Diagnóstico;
- b. Planejamento e Terapêutico;
- c. Ensino e Pesquisa.

Assinatura: Paciente Responsável

HOSPITAL MEMORIAL
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979
Tiro 50.000-0000
Cada
29/01/19
EM
Qualata

XOSÉ ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO

Observações

COM LAUDO SUS, SISREG, DUAS FOLHAS RX, MEDICO CIENTIFICO.



FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 03/12/2018 10:39

Dados do Paciente

Paciente: JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO

Registro: 132937

Num. RG: 002623586 CPF: 096.424.074-26 Nascimento: 28/02/1992 26 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Solteiro(a)

Endereço: SANTA INES

N.: 885

Bairro: POTENGI

Cidade: NATAL

UF: RN

CEP: 59120090

Fone: 84999028555

Profissão: ESTUDANTE

Mãe: MARIA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

Dados do Internamento

Num. Internamento 1

Entrada: 03/12/2018 10:28 Previsão saída: 05/12/2018 11:00 Atendente: THALYTARCS

Convênio: SUS MUNICIPAL

Matrícula/CNS: 708203121768644

Médico: Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM: 5600

LEITO RESERVA 02

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____

Motivo: _____

Data da Baixa: _____

No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____

Doc. Apresentado: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratórios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

HOSPITAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol
Ceará
EM,



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
-----------------------------	----------

ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES
-------------------------------	----------

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOOME DO PACIENTE	6 - N.º DO PROTOCOLO		
<i>Soré Alves da Neve Gurgel</i>	5 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO	8 - MASCULINO 1 - FEMININO 2
08.08.1976	28.02.92	1	2

- NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO		
<i>Maria da Conceição do Nascimento (84)9624-5603</i>			

- ENDEREÇO (RUA, N.º)	12 - ENDEREÇO		
<i>RUA SANTA INES, N.º 885 - RES. CENT PARK TORRE - 3 AP-3</i>	13 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP

- MUNICÍPIO	<i>NATAL</i>	<i>POTENGI</i>	<i>RN</i>	<i>59130-090</i>
-------------	--------------	----------------	-----------	------------------

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	<i>Exame apresenta risco de morte</i>		
---	---------------------------------------	--	--

- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	<i>presente diagnóstico de alerse</i>		
---	---------------------------------------	--	--

- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	<i>Re</i>		
---	-----------	--	--

0 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
<i>Exativer</i>	<i>52</i>		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

4 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
<i>Intervenção</i>			<i>24.11.18</i>

5 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	29 - DT SOLICITAÇÃO	30 - CNS / CPF	31 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º REG. CONSELHO)
			<i>2013</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS / ACIDENTES OU VIOLENCIAS

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - N.º DO BILHETE	35 - BÔNUS 0% 100% 200%
			<i>0%</i>

36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -

38 - () ACID. TRABALHO TRAJETO	DESCRICAÇÃO / CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		

41 - CID PRINCIPAL			

42 - CID SECUNDÁRIO	43 - ()	44 - () GRAVE	45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL PARECER CONTROLE	54 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
	<i>Avaliação</i>	

47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
<i>1/1</i>	<i>1/1</i>	

48 - CNS / CPF	52	

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º REG. CONSELHO)	

*Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
 Av. Juvenal Lacerda, 1700
 Tiro 50.000-000
 Ceará 60000-000
 E.M.*

Máster: Observar, no ambiente hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situações de emergência clínica, cirúrgicas, agravos da causa eletiva, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o respeito e a conquista da ética e humanidade.

Código Solicitação: 267132935

Número AIH: 241810301336-0

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:	CNES:
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL	2653923
Unidade Executante:	CNES:
HOSPITAL MEMORIAL	2408252
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro	Município Executante
AV JUVENTAL LAMARTINE - 979 - - TIROL	NATAL
Central Reguladora	NATAL
Data de Solicitação	03.12.2018 - 08:53:38
Data de Autorização	03/12/2018 - 17:37:45
Data de Reserva	04.12.2018
Data de Internação	04.12.2018
Data Prevista de Alta	05.12.2018
Data de Alta	04/12/2018 - 12:43:12
Motivo da Alta	1.1 ALTA CURADO

DAOS DO PACIENTE

CNS:	Nome Social/Apelido:
708203121768644	JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO
Nome do Paciente	Naturalidade:
JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO	ALMINO AFONSO - RN
Nome da Mãe	Raça:
MARIA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO	BRANCA
Sexo:	Tipo Sanguíneo:
MASCULINO	---
Data de Nascimento:	Logradouro:
28/02/1992 (26 anos)	OLIVIA CARLOS
Tipo Logradouro:	Complemento:
RUA	
Número:	Bairro:
S/N	FRANCISCO NASCIMENTO DE PAIVA
País de Residência:	CEP:
BRASIL	59760-000
Telefone(s):	Município de Residência:
(84) 99924-5603 (Exibir Lista Detalhada)	ALMINO AFONSO
	UF:
	RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:	Nome do Médico Solicitante:	Status da Solicitação:
19561917807	virgilia azevedo	APROVADA
CPF do Médico Executante:	Nome do Médico Executante:	
19561917807	HELIO RUBENS POLIDO GARCIA	
Diagnóstico Inicial - CID:		
S668 - TRAUMATISMO DE OUTROS MÚSCULOS E TENDÕES AO NÍVEL DO PUNHO E DA MÃO		
Caráter	Classificação de Risco	
11 - Urgência	Prioridade 0 - Emergência, necessidade de atendimento imediato	
Clinica:	Clinica Complementar:	
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	Nenhuma	
Procedimento Solicitado:	Código:	
TENOMIOTOMIA	0408060450	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
PACIENTE SOFREU TRAUMA NA MÃO CAUSANDO FRATURA, FEITO IMOBILIZAÇÃO/

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FÍSICO E RAIO X

Condições que Justificam a Internação:

NECESSIDADE DE CIRURGIA

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

03.12.2018 - 08:53:38

JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO
Av. Juvental Lamartine, 979
Tirol 59760-000 Natal/RN
Confira sua ordem
Enviado

Data da Extração dos Dados: 07/12/2018 08:58:00

RELATÓRIO ANESTESIA

I.S.D.A.

PRÉ-ANESTÉSICO:

DROGAS:

TÉCNICA ANESTÉSICA:

Glaucem

DROGAS USADAS NA ANESTESIA

COD.	DESCRICAÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRICAÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRICAÇÃO	UNID.	QUANT.
000150	Adrenalin	AMP		006818	Narcam	AMP					
026956	Água B destilada	AMP		007527	Pibell 10mg	AMP					
000942	Atropina 2%	AMP		007550	Prostogmine	AMP					
002050	Cloreto de Prata	AMP		0095292	Ketole	AMP					
051449	Cloreto 10% SCF 1%	AMP		009353	Quelicin 100mg	AMP					
016610	Cloreto 2%	ML		009040	Quelicin 500mg	AMP					
002115	Diureta	ML		003843	Rapivit	AMP					
002955	Diazepam	ML		000974	Sevorana	ML					
002956	Diazepam 1%	ML		008449	Sol. Reuner Simples	FPS					
017010	Diazepam 2%	ML		008125	Sol. Fisi. Rápida	FPS					
003077	Efex	AMP		006740	Sol. Glicosado	FPS					
003571	Fentanil 2%	AMP		008829	Sol. Reuner Lactado	FPS					
003780	Fentan	ML		001002	Thione 10ml	FPS					
017035	Hipotens	ML		003013	Tranum	AMP					
004682	Hyanon 5%	AMP		006727	Volum	AMP					
002487	Incova	AMP		001473	Xilocalina 1%	AMP					
010582	Lanexat	AMP		009895	Xilocalina 2% 500	AMP					
006887	Marcina 0,5 c/A	AMP		010023	Xilocalina 2% 500	AMP					
005884	Marcina 0,5 c/A	AMP		010033	Xilocalina Pessada	AMP					
010595	Marcina Pessada	AMP									

Intercorrelências

Durante 15 - 01 h
Popocatéu 0,5 - 30 c
feles 17 - 07 cm
Prostog 10-500
Proxigol 20 cc

DESCRICAÇÃO	QUANTIDADE
Oxímetro	1
Cardioscópio	1
Capnógrafo	1
DESCRICAÇÃO	QUANTIDADE
Oxigênio Líquido	1
Protóxido Líquido	1

ANOTAÇÕES

INÍCIO ANESTESIA	INÍCIO CIRURGIA:	DATA:
FINAL CIRURGIA:	FINAL ANESTESIA	ANESTÉSICOLOGISTA:

CRM: 1163



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190170225 **Vítima: JOSE ALVES DO NASCIMENTO II**

Data do Acidente: 21/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ALVES DO NASCIMENTO II

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.037,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: JOSE ALVES DO NASCIMENTO II

Valor: R\$ 3.037,50

Banco: 104

Agência: 000000763

Conta: 0000086689-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Março de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190170239 Vítima: JOSE ALVES DO NASCIMENTO II

Data do Acidente: 21/11/2018 Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ALVES DO NASCIMENTO II

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Recebedor: JOSE ALVES DO NASCIMENTO II
Valor: R\$ 400,00
Banco: 104
Agência: 000000763
Conta: 0000086689-0
Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00937/00938 - carta 12 - DAMS

00020469



Assinado eletronicamente por: IVANILSON CARLOS BELARMINO DE AMORIM FILHO - 07/10/2019 17:23:28
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1910071723280850000047893563>
Número do documento: 1910071723280850000047893563

Núm. 49573138 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190170239

Vítima: JOSE ALVES DO NASCIMENTO II

Data do Acidente: 21/11/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE ALVES DO NASCIMENTO II

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovantes de despesas médicas

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral

Contribuinte,

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

A informação sobre o porte que consta neste comprovante é a declarada pelo contribuinte.

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA		
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 09.248.608/0001-04	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 10/12/2007
MATRIZ		
NOME EMPRESARIAL SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA		
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****		PORTE DEMAIS
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 65.12-0-00 - Sociedade seguradora de seguros não vida		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 65.11-1-01 - Sociedade seguradora de seguros vida		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 205-4 - Sociedade Anônima Fechada		
LOGRADOURO R DA ASSEMBLEIA	NÚMERO 100	COMPLEMENTO ANDAR 26
CEP 20.011-904	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO RIO DE JANEIRO
UF RJ		
ENDERECO ELETRÔNICO PRESIDENCIA@SEGURADORALIDER.COM.BR		TELEFONE (21) 3861-4600
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****		
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 10/12/2007
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL		
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018.

Emitido no dia **10/09/2019** às **22:55:25** (data e hora de Brasília).

Página: **1/1**

[Consulta QSA / Capital Social](#)

[Voltar](#)



Assinado eletronicamente por: IVANILSON CARLOS BELARMINO DE AMORIM FILHO - 07/10/2019 17:23:28
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100717232861300000047893553>
Número do documento: 19100717232861300000047893553

10/09/2019 22:56

Num. 49572328 - Pág. 1



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Vara Única da Comarca de Almino Afonso
Rua Antônio Joaquim, 184, Centro, ALMINO AFONSO - RN - CEP: 59760-000

Processo: 0801185-65.2019.8.20.5135

Ação: PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

D E S P A C H O

1. Recebo a inicial e defiro o pedido de gratuidade de justiça.

2. Com o advento do Novo Código de Processo Civil, a audiência de conciliação/mediação passou a constituir regra em todos os processos, ressalvadas pontuais exceções (CPC, art. 334, §4º). Essa mudança se coaduna com o espírito não litigioso do novo diploma processual, que dá ênfase à solução pacífica do processo como o melhor caminho para ambas as partes, sem contar na busca pela rápida solução do problema, máxima do princípio constitucional da celeridade processual (CF, art. 5º, LXXVIII).

3. A par das exceções legais, existem casos em que a audiência de conciliação se mostra completamente inútil antes da realização de perícia, eis que o objeto da lide vem a ser delimitado somente após a produção dessa prova. Ou seja, as partes não possuem conhecimento da abrangência do objeto, dificultando e até mesmo impossibilitando a realização de acordo nesse primeiro momento.

4. Diante desse contexto, a melhor solução é postergar a audiência conciliatória, evitando o trabalho inútil do Juízo. Inclusive, esse posicionamento, antes de contrário ao princípio da celeridade processual, vem ao seu encontro, tendo em vista que as partes e o Juízo somente serão chamados para uma conciliação quando a causa se apresentar mais madura e em momento apto a permitir a conciliação/mediação.



Assinado eletronicamente por: LARISSA ALMEIDA NASCIMENTO - 08/10/2019 10:10:12
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100810101251400000047902599>
Número do documento: 19100810101251400000047902599

Num. 49582099 - Pág. 1

5. Sendo assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação.

6. **Cite-se** a parte ré para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos deduzidos na inicial.

7. Após, **intime-se** a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar manifestação, caso queira, acerca da contestação, inclusive sobre as provas relacionadas a eventuais questões incidentais.

8. Verificada a necessidade de perícia médica, nomeio o **Sr. FÁBIO GONDIM NEPOMUCENO, Médico Ortopedista, inscrito no CRM/RN n. 5.429**, para exercer a função de perito nos autos do presente feito, fixando desde logo os honorários no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), nos termos do Convênio n. 001/2013, firmado pelo TJ/RN e a Seguradora Líder dos Consórcios de DPVAT S/A, mediante termo de compromisso, devendo o profissional cumprir escrupulosamente o encargo, nos termos do disposto no art. 466 do Código de Processo Civil.

9. Formulo os seguintes quesitos:

- i) Quais as lesões sofridas pelo autor?
- ii) As lesões decorreram de acidente de veículo?
- iii) Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente?
- iv) Totalmente ou em parte?
- v) Em que percentual?
- vi) Das lesões resulta incapacidade para o trabalho?
- vii) A incapacidade é temporária ou permanente?
- viii) Das lesões resultam redução da capacidade laboral?
- ix) A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta?
- x) No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão para a capacitação laborativa é intensa, média, leve ou residual (mais leve)?

10. **Intime-se** o perito para ciência, no prazo de 05 (cinco) dias;

11. **Intimem-se** as partes para que, no prazo de 15 (quinze) dias, indiquem assistente técnico e apresentem outros quesitos diferentes dos formulados por este Juízo, caso ainda não apresentados.



12. Após apresentado o laudo, **intimem-se** as partes para, no prazo comum de 15 (quinze) dias, se pronunciarem sobre o referido documento. Na mesma oportunidade, intime-se a parte ré para, também no prazo de 15 (quinze) dias, depositar em conta judicial o valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), correspondente aos honorários periciais.

13. Realizado o depósito dos honorários periciais, expeça-se alvará para levantamento.

14. Em seguida, designe-se audiência de conciliação.

15. Finalmente, não havendo acordo, intimem-se as partes para informarem, no prazo de 10 (dez) dias, se pretendem produzir outras provas. Salientando-se que o silêncio importará no julgamento antecipado do mérito.

P. I. C.

ALMINO AFONSO/RN, 8 de outubro de 2019

LARISSA ALMEIDA NASCIMENTO

Juiz(a) de Direito

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



Assinado eletronicamente por: LARISSA ALMEIDA NASCIMENTO - 08/10/2019 10:10:12
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100810101251400000047902599>
Número do documento: 19100810101251400000047902599

Num. 49582099 - Pág. 3