

PROCURAÇÃO

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, 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, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.”



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

JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

POLEGAR DIREITO




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 002.423.586

DATA DE EMISSÃO 03/04/2012

NOME JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO

FILIAÇÃO GERALDO GOMES DIAS
MARIA D ACONCEICAO DO NASCIMENTO

NATURALIDADE ALMIRAO ARONSO RN

DATA DE NASCIMENTO 28/02/1992

DOC. ORDEM CERT. DE NASCIMENTO L-0411 F-244 RG-006350

CPF 086.424.074-26

2a. VIA

Sub-Coordenador de Identificação
ITEP-RN



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR W
731468 MD RN

CPF 096.424.074-26 DATA NASCIMENTO 28/02/1992

FILIAÇÃO
GERALDO GOMES DIAS
MARIA DA CONCEIÇÃO DO NASCIMENTO

PERMISSÃO ACC CATIMAS
AB

Nº REGISTRO 05398038810 VÁLIDEZ 01/09/2021 1ª HABITUAÇÃO 10/01/2012

OBSERVAÇÕES

JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL NATAL, RN DATA EMISSÃO 02/09/2015

98456211635
RN702467985

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1284248910

PROIBIDO PLASTIFICAR
1284248910





NOTA FISCAL • NATUREZA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150, Baldo Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-29
CNPJ 06.324.146/0001-81.1 Insc. Est. 20055199-0 | www.comartr.com.br

DADOS DO CLIENTE

RITA COSTA NASCIMENTO

CPF: 156.823.404-00

CLASSIFICAÇÃO

BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA OLIVIA CARLOS 122

CENTRO/AREA URBANA
ALMINO AFONSO RN
59760-000

CONTA CONTRATO	MES/ANO
0700696014	02/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMAL ENTREVISTA
19/02/2019	14/03/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	133,65

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
019657777	ÚNICA	12/02/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
12/02/2019	3000497019	97822

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Atômico (Wh)	191,0000000	0,52232720	118,77
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,00
Doação LIGA CONTRA O CANCER - 4009-5578			5,00
Doação DIOCESE DE MOSORO - 3314-7255			7,00

TOTAL DA FATURA

133,65

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				
215074335	CA1	11-01-2019	3 890,00	12-02-2019	4 071,00	32	1,00000		199,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Month	Miles/And kWh
FEB 16	191
JAN 16	187
DEC 16	180
NOV 16	151
OCT 16	170
SEP 16	168
AUG 16	139
JUL 16	128
JUN 16	150
MAY 16	115
APR 16	133
MAR 16	146
FEB 15	141

INFORMAÇÕES DE TERCEIROS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR IMPORTE
110,00	10,00	
110,00	0,00	
110,00	3,00	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$ 41,34	34,76%
Transmissão	R\$ 6,05	5,09%
Distribuição (Cosern)	R\$ 26,67	24,12%
Perdas de Energia	R\$ 7,71	6,49%
Encargos Setoriais	R\$ 6,07	6,73%
Tributos	R\$ 27,02	22,73%
Total	R\$ 114,86	100%

TARIFAS APLICADAS

Culturing Attractivity

0,46081000

RESERVADO AO FISCO

2AE5.7A8E.5441.555D.3CF7.0D1B.9FBC.F717

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para mais informações sobre o veículo agrícola mais silencioso e econômico do Brasil, entre em contato conosco pelo telefone 0800-0000000 ou visite nosso site www.veiculos.com.br. O pagamento desta Nota Fiscal é a título de depósito e não constitui pagamento. Para mais informações sobre o veículo agrícola mais silencioso e econômico do Brasil, entre em contato conosco pelo telefone 0800-0000000 ou visite nosso site www.veiculos.com.br. O pagamento desta Nota Fiscal é a título de depósito e não constitui pagamento. Para mais informações sobre o veículo agrícola mais silencioso e econômico do Brasil, entre em contato conosco pelo telefone 0800-0000000 ou visite nosso site www.veiculos.com.br. O pagamento desta Nota Fiscal é a título de depósito e não constitui pagamento.

504.53

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos do fornecedor é inspecção, por consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.cobee.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

	CONJUNTO ALIM AFOR 50	VALOR AFORADO DEZEMBRO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DMC		6,00	5,31	10,62	24,36
FGC		6,00	3,38	6,72	13,45
DMSC		6,00	3,03	* 0,00	6,00

1998 Dec 23

EUSD - Valor do Encargo de Distribuição = R\$ 45,36

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

Information for Authors



Assinado eletronicamente por: IVANILSON CARLOS BELARMINO DE AMORIM FILHO - 07/10/2019 17:23:21

<https://pje1g.tirn.ius.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100717231969800000047892566>

Número do documento: 19100717231969800000047892566



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

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.2 Data de Expedição: 30/01/2019 12:48:13

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 21/11/2018 18:57:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: 0000

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: LAGOA AZUL

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: AVENIDA MOEMA TINOCO

2.9 CEP: 59.000-000

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: NATAL

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Sem Informação

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 09642407426

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: ENGENHEIRO CIVIL

3.15 Telefone(s): 84 999492865

3.17 Número: 885

3.19 Bairro: POTENGI

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: NATAL

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: GERALDO GOMES DIAS

3.6 Mãe: MARIA D ACONCEICAO DO NASCIMENTO

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 28/02/1992

3.14 RG: 002623586 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: ALMINO AFONSO RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA SANTA INES

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

7.1.3 Chassi: *****05142

7.1.5 Placa: QGV5011

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2018

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: MARIA DA CONCEICAO NASCIMENTO

7.1.17 Nome do condutor: O COMUNICANTE/VÍTIMA

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: BIZ 125

7.1.10 Ano de Fabricação: 2018

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARECEU 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 NÃO 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

Ida Paiva

Policial

X JOSE ALVES DO N. SEGUNDO

Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1702343 - JANIR AZEVEDO DE RAIVA

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

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Protocolo: J2019031000071 - Código de autenticação: 99221a62591275e91a73d9fec968527

Página 1 1



Assinado eletronicamente por: IVANILSON CARLOS BELARMINO DE AMORIM FILHO - 07/10/2019 17:23:21
https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100717232117100000047892569
Número do documento: 19100717232117100000047892569

Num. 49572291 - Pág. 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 013702753930
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD RENAVAM 01143982727 RNTRC ***** EXERCÍCIO 2018

NOME MARIA DA CONCEIÇÃO NASCIMENTO

CPF/CNPJ 664.615.534-87

PLACA QGV5011

PLACA ANT/UF QGV5011/RN

CHASSI

9C2JC4830JR205142

ESPÉCIE TIPO

PASSEIRO/MOTONETA/NAO APLICAVEL

COMBUSTIVEL

ALCOOL-GASOL

MARCA/MODELO

HONDA/BIZ 125

ANO FAB.

2018

ANO MOD.

2018

CAP/POT/CIL

OCV/124 CILINDRADAS

CATEGORIA

PARTICULAR

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

R\$ 0.00

VENC. COTA ÚNICA

08/03/2018

VENC/COTAS

1º PAGO

FAIXA L.P.V.A.

002012 3X

PARCELAMENTO/COTAS

R\$ *****

2º PAGO

3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 45.441.789/0001-54
ADMINISTRADORA DE CONSORCIO NACIONAL HONDA LTDA
MOTOR: JC48E3J205208

ALMIR AFONSO

DATA

22/02/2018

Sidney Bezerra da Silva
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - RN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO, SEGURO DPVAT

RN Nº 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

EXERCÍCIO
2018

DATA EMISSÃO
22/02/2018

VIA 1

CPF / CNPJ

664.615.534-87

PLACA

QGV5011

RENAVAM

01143982727

MARCA / MODELO

HONDA/BIZ 125

ANO FAB.

2018

CAT. TARE

9

Nº CHASSI

9C2JC4830JR205142

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

☐ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

JUN-2017





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 60876 /2018

Admissão: 21/11/2018 20:43:28

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 DA 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	140x90		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, colisão moto x carro sendo condutor da moto, exp. do cabocete. Queixando de dor em punho esquerdo. Nada demais, perda de consciência com to halo etílico

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VAP + S/cervical pra
- B MVT dor a palpção torax leve contus em Torax. Coliso. Acidente em Torax
- C 100 bpm PER 2+ S/ Sinais de choque
- D EGG IS Pupilas Isocoricas
- E Exame em face, Torax e pé Esquerdo

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

ABDO me flaco indolor
pulve estavel indolor

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

TOMOGRAFIA/HMWG

Data: 21/11/18 Hora: 21:40

Técnico: Gustavo GALTIERI

Exame: CERVICAL + CERVICAL

Médico:

RAIOS-X

Realizado em: 21/11/18 Hora: 21:40



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS) Neg

M(MEDICAÇÃO EM USO) Não

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) Não

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) AS 17:00

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) VIA pública

V (PASSADO VACINAL) Desatualizado

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

TC crânio

Raio x AP toro x AP e obl quo
 Raio x PE espinha e obl quo
 Raio x Punho ESQ - A P
 e mões esquerda AP e obl quo

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMARIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

1) 1/1 Ate

2)

Rx tórax sem sinais de hemo ou pneumotórax
e sem apneia nt. pulso de arco costais.

Paciente sem conduta de urgência pela
Cirurgia Geral

Prof. Ana Cecília Matias

MEDICA
CRM-RN 9164
L Dr Nunes

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1 NRC

HORA: 20:50

DATA: 21/11/18.

ESPECIALISTA 2 Dr. Topelche

HORA: 20:50

DATA: 21/11/18

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:		HORA
DATA	/	/

DATA

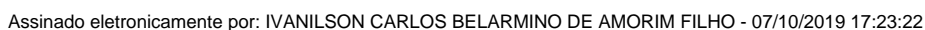
HORA

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

f

HORA

ENTREGUE Á FAMILIA () COM ATESADO () S.V.O () ITEP



ATENÇÃO ESPECIALIZADO 1: JOSE ALVES DO NASCIMENTO

ANAMNESE #1004 23100 23/15/18

VITIM DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (MOTO CARRO)
COM POSSÍVEL PERDA MOMENTO DE CONSCIÊNCIA, LACERAÇÃO, PÉLO
USO DE CINTURÃO, RELATO DO USO DE DROGAS ALCOOLICAS, NÃO DE
TUA COLUMA C7-L6.

EXAME FÍSICO ISOCOMATO, PIM+, GLEIS, MÚSCULO 4 LIGAM
SIDRA / ALGUM DE COLUMA C7C.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA TCE LEVE + TRAUM??

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

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
COM TC DE CERVICOCOLUMA C7MIL.

OUTROS

CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

TC DE CERVICOCOLUMA S/MATERIALS MÚSCULO
S/OUM; CUSTO LIGAM

TC DE CERVICOCOLUMA: S/MATERIALS
COM (S) LIGAM CERVICOCOLUMA

Assinatura e Carimbo do Responsável

CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL, REQUISIÇÃO DE EXAMES, FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXO O BOLÉTIMO.

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Oftalmos se abrem espontaneamente.	4
Oftalmos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3)	3
Oftalmos se abrem por estímulo doloroso	2
Oftalmos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	5
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, estado, o porquê, a data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Palavras aleatórias, não tem troca conversacional)	3
Sons ininteligíveis. (Gemeio sem articular palavras)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	6
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulos dolorosos.	5
Retirada inespecífica a dor.	4
Dor não é desfeita (Discriminação)	3
Dor (Descrição)	2
Dor	1

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4 9-12 = 3 6-8 = 2 4-5 = 1 3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4 ≥20 = 3 6-9 = 2 1-5 = 1 0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	≥90 = 4 70-89 = 3 50-59 = 2 1-49 = 1 0 = 0

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)

03 - 05 - grave (necessidade de intervenção imediata)
06 - 08 - moderado
09 - 14 - leve

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

Esta escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa aplica-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



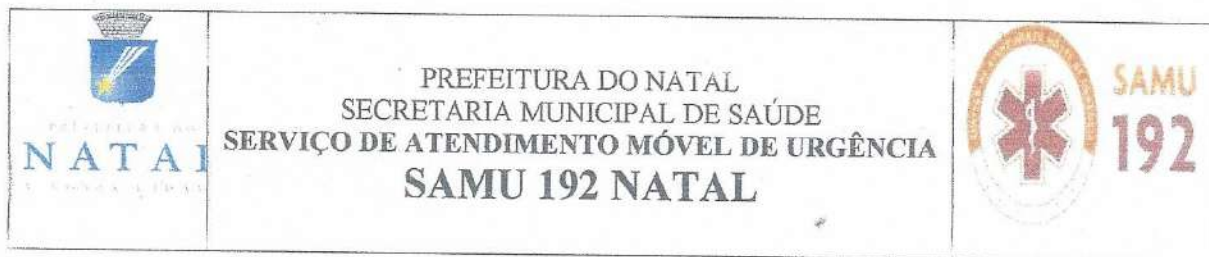
ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: <i>Ortopedia</i>	
ANAMNESE <i>Acidente de moto com dor em pé F&D e fratura em pé E&D. fratura olecrânica e punho colgante fr. fr. bônus raios em pé F&D</i>	
EXAME FÍSICO <i>Fratura em pé esquerdo com suspeita de lesão de tendões em pé E&D, P&D, pulso D.</i>	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA <i>Fr. bônus raios em pé esquerdo + Suspeita de fratura tendão em pé E&D</i>	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)**** <i>2</i>	LABORATÓRIO
OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) <i>1. D. A. C. para controle da dor (p. e. y). 2. Talas gipsagem em USB (indicado pelo cirurgião) 3. Antibiótico 4. Reparo e br. agudo</i>	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM <i>23.615</i>
<i>Dr. Virgílio Sérgio de Azevedo</i> Ortopedia / Cirurgia de Joelho CRM 5641 - TEOT 14505	
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.



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





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Salinho

ATESTADO
MÉDICO

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

952

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



Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

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

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

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

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

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Ident.: _____ Orgão Emissor: _____ End.: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____
---	---



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



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





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALMINO AFONSO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
"RITA LEITE DA CONCEIÇÃO"
CNPJ: 12.528.215/0001-69
RUA EULÁLIA ALVES DA SILVA, 159 - IPÊ
ALMINO AFONSO-RN - CEP: 59760-000



Receituário Controle Especial

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

João Alves da Moura Soares
R. Moura Soares
uso oral
Ritaparivina 500mg - 28 cp.
uma vez 6/6h por 7 dias

05/02/19

Dr. Odilon Ferreira
MÉDICO - CREMESP/RR

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident:

Org. Emissor:

End.:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data: / /

Assinatura do Farmacêutico



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALMINO AFONSO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
"RITA LEITE DA CONCEIÇÃO"
CNPJ: 12.528.215/0001-69
RUA EULÁLIA ALVES DA SILVA, 159 - IPÊ
ALMINO AFONSO-RN - CEP: 59760-000



Receituário Controle Especial

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

João Alves da Moura Soares
R. Moura Soares, 222 - Centro
uso oral
Clonazepam 300 - 01 ex
01 cp 8/8h por 07 dias
uso oral
Colasense 100 - 01 kg
Aplicar 01 x dia

Dr. Odilon Ferreira
CRM: 3006-PR
MÉDICO

15/02/19

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident:

Org. Emissor:

End.:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data: / /

Assinatura do Farmacêutico

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

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**BOLETIM
OPERATÓRIO****IDENTIFICAÇÃO**Nome: José Alves do N. Segundo Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório:

Nelherse no pé E + Luxação corpo metatarsal

Indicação terapêutica:

Redução + redução de luxação

Urgência (X)

Eletiva ()

INTERVENÇÃOData: 28/11/18 Início: Término: Duração:Operador: Roberto Amadeu Junior CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: Antônio Junior CRM/CRO:**RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO**

Paciente em DNH, feito antissepsia e anesepia
colocação de corpo operatório, de redução
de arto de Nelherse no pé E, luxação.
Redução de luxação corpo metatarsal
e E, colocação de tala axial - gesso.

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

CONFERE COM ORIGINAL
28/11/18
ASSINADO

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 Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**BOLETIM
OPERATÓRIO****IDENTIFICAÇÃO**Nome: *Jose Alvin do N.º Siqueira*

Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório: *Lesão lacrimo-estomat. PE + Frot. fechada da mão Exp.*Indicação terapêutica: *trat. cirúrgico da lesão completa* Urgência () Eletiva ()**INTERVENÇÃO**Data: *22/11/18*

Início:

Término:

Duração:

Operador: *Dr. Edson Borges*

CRM/CRO:

1º Auxiliar: *-*

CRM/CRO:

2º Auxiliar: *-*

CRM/CRO:

Instrumentador: *fre.*Anestesista: *Dr. Gilberto*

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Fez em D. normal, sob anestesia, lavagem extensiva, do ferimento do PE 1º, e/ou ferim. e sob, sutura p/ planos, curativo, imobiliz.

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

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 e 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) NOVECIENTOS E SESCENTA E DOIS REAIS NO MÊS DE DEZEMBRO DE 2018.

DROGARIA SOUZA

LEDIMAR 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, 979
Tirol SS. 820-060 Natal / RN
Centro com. principal
ERL 29/01/19
Julia

Natal (RN),

29/01/2019

Julia
HOSPITAL MEMORIAL DE NATAL



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

ITEM	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
Crediciário:	0,00
R\$ Troco:	0,00
Débitos:	0,00

CONSUMIDOR

Consumer Final

Mensagem da Loja



DROGARIA 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 Cli.:

PEDIDO DE VENDA

Não tem 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:	3,90
Valor Total a Pagar:	12,00

Dinheiro:	12,00
Cartão Crédito:	0,00
Cartão Débito	0,00
Cheque:	0,00
Crediciário:	0,00
R\$ Troco:	0,00
Débitos:	- 0,00

CONSUMIDOR

Consumer Final

ENDERECO ENTREGA

PONTO DE REFERÊNCIA

Mensagem da Loja



OR: 8-KATZ
 "Great" approval, niente da
 buttare. Incidente 5.
 13.74 ESTADUAL RSC 28 M.
 10. CONTRACE: 2

CONSUMIDOR NÃO
IDENTIFICADO
NFC nº 118267, Série 1
4/4/2018 17:31:56 Via
Consumidor
Protocolo de autorização
0291113680
Data de autorização:
04/12/2018 17:31:56

contate la Cha e the Access eni
<http://www.setim.gov.br/infocan-sua>
 2418 1208 1201 2760 0196 6500 1800 1162 0710 0000 0000

O W Pigeons	101.63
Sessão de Detm	101.63

1.0 GRANDE DO LESTE
DIAGNÓSTICA RECIFE LTDA
 CNPJ 08.170.122/0001-96 (IE: 200.244.000)
 AV. GUADALUPE, 10 - SANTA CATARINA - 51.010-100 - RECIFE - PE
 (51) 348.7214 / 3636
 Fax: (51) 348.7214
 E-mail: Auxiliar@diagnostica.com.br
 Fone: (51) 348.7214

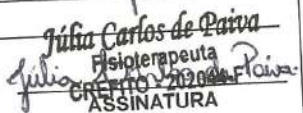




Júlia Carlos
Fisioterapeuta
CREFITO 202044-F

Recibo

R\$ 400,00

Recebemos de	José Alves do Nascimento 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 PINHEIRO - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
MARCOS CESAR DE SOUZA - TECNICO DE ENFERMAGEM☒ REGULAÇÃO MÉDICA☐ 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: Alta

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: 000002

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

HORÁRIOS DO CHAMADO

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



18/12/2018

10.0.0.100/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=232068&Digito=1&ReadOnly=1

Observação do Apoio:

CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?*

Sim Não Não informado

CONDUTA

Remoção

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WOLFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv. prop.:

:/:

F:

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Vaga Zero

Motivo da entrada:

Ass:

PERTENCES

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

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1009

Responsável: JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO -

Usuário: FRANCISCO BEZERRA DE MACEDO

Admissão: 21/11/2018 23:16:14

Alta:

Óbito:

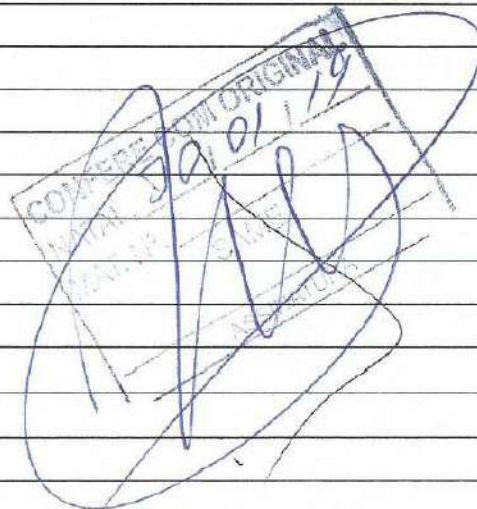
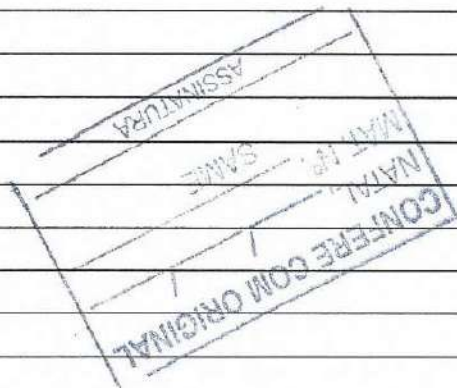
Dias de permanência:

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

DIAGNÓSTICO FINAL:

Ligam. completo do P. 5º e 6º + fratura fechada mto. 5º

RESUMO DE ALTA



NATAL, 21 de Novembro de 2018.

Dr. Edson Ney Pinheiro Borges
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 3421 - TEOT 6434
CPF 429.668.174-53
ASSINATURA DO MEDICO RESPONSÁVEL - CRM





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RELATÓRIO DE
HISTÓRIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome: JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO

Leito:

Idade:

Nº Registro:

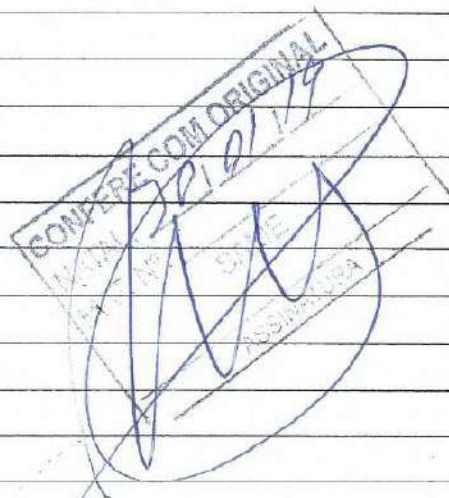
HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 22/11/18

Hora:

Paciente vítima de acidente de trânsito, apresentando lesão traumática no membro superior direito, fratura fechada do fêmur.

Dr. Edson Ney Pinheiro Borges
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 3421 - TEOT 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

PRESCRIÇÃO

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

Edson Contino Junior
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Coluna Vertebral
CRM/RN: 4120

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

Edson Contino Junior
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Coluna Vertebral
CRM/RN: 4120

ORTOPEDIA





GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

FICHA DE ACOMPANHAMENTO SOCIAL

Identificação

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Leito: 1009
Data de admissão: 23/11/18 Alta: _____
Nome: José Alves do Nascimento Segundo Naturalidade: Almino Afonso-RN
Idade: 26a Sexo: ☒ Masculino () Feminino Data de Nascimento: 28/02/92
RG: 731468 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: Cursando
Filiação: Pai: Geraldo Gomes Dias Eng. Civil
Mãe: Maria da Conceição do Nascimento
Endereço: Rua Sra Ines Condomínio West Parque
Bl. III Ap 103 - Pajuçara Cidade: Natal-RN
Telefone: 3234-2589 Tio () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: 9902-8555-Tio Outros telefones: 9941-5507-Tia
Composição familiar: Nona vizinha
Outras informações: Faz uso de ☒ Alcool () Fumo ☒ Drogas ☒ Psicotrópicos
Maconha

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: _____

Crítérios 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 internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

23/11/18 Paciente vítima de colisão moto x carro,
com lesões em membros e ferimentos no tórax.
Elaborada ficha social solicitada
documentos e orientações.

Saída

óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. 916
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

Técnico: EDSON SILVA

Idade: 0 ano(s)

ANTEBRACO LA

54.2 %





Id. Paciente: LEITO 712 Data Exame: 29/11/2018 10:43:42

Paciente: JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: EDSON SILVA

Idade: 0 ano(s)

ANTEBRACO L

54,2 %





Id. Paciente: 60876 Data Exame: 21/11/2018 21:49:03

Paciente: JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: TEC. COSMA DE PAULA
Idade: 26 ano(s)

PE OBL
78,9 %



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



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

Id. Paciente: 60876 Data Exame: 21/11/2018 21:46:00
Paciente: JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



E



66,1 %
Técnico: ADEMIR
Idade: 0 ano(s)

MAO OBL

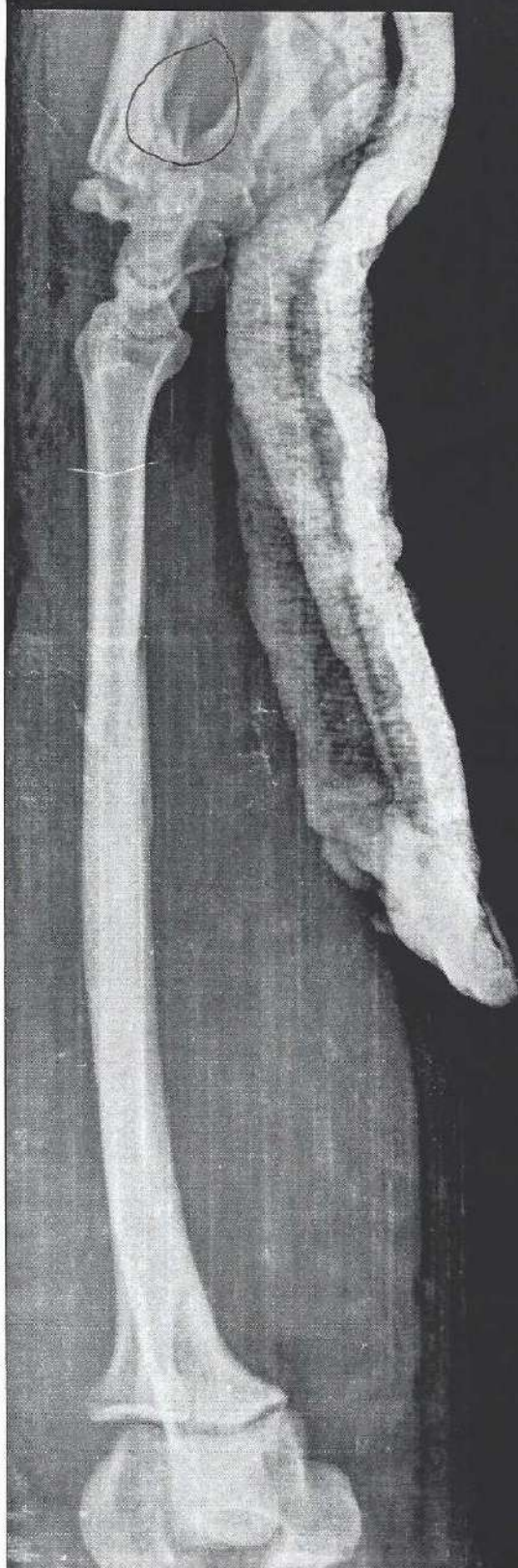


63,0 %

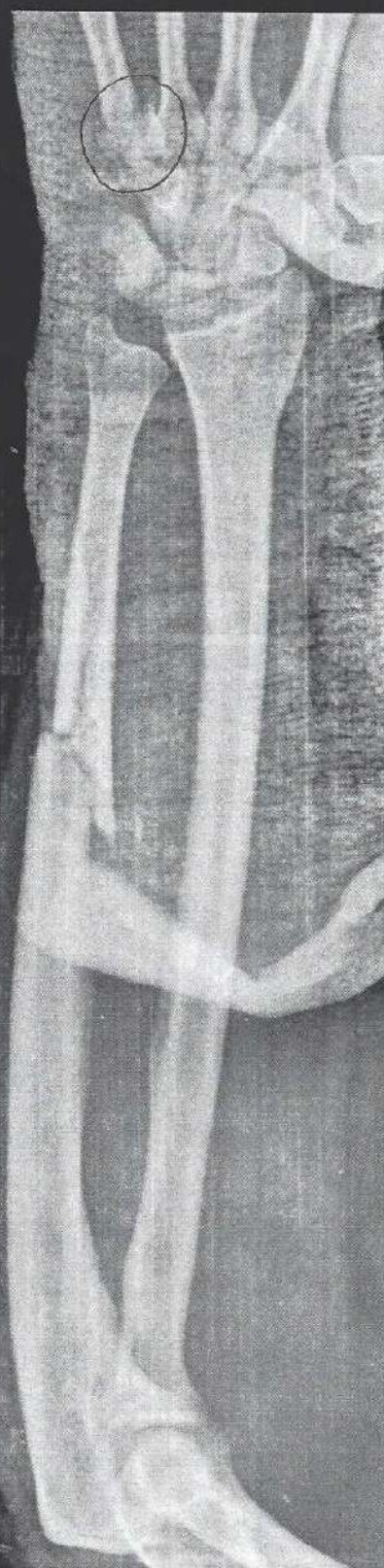
Id. Paciente: 00
Paciente: JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

MAO PA





E



Id. Paciente: 00 Data Exame: 24/11/2018 09:31:53
Paciente: JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: M.PAZ
Idade: 0 ano(s) ANTEBRAÇO AP
68,2 %



Paciente: **JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO**

Registro: **132937**

Núm. RG: **002623586**

CPF: **096.424.074-26** Nascimento: **28/02/1912** 26 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **SANTA INES**

N: **185**

Bairro: **POTENGI**

Cidade: **NATAL**

UF: **RN**

CEP: **59120090**

Fone: **84999028555**

Profissão: **ESTUDANTE**

Mãe: **MARIA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO**

Dados do Internamento

Núm. Internamento: **1**

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

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Matricula/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 esta 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

JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO

Observações

COM LAUDO SUS, SISREG, DUAS FOLHAS RX, MEDICO CIENTE

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59120-000 Natal / RN
Contato: 84999028555
E-mail: hmemorial@veloxmail.com.br
29/01/19
Thalys





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@uol.com.br

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: 5800

LEITO RESERVA 02

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

Data da Baixa: _____ No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____

Doc. Apresentado: _____ Diagnostico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatorio sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratorios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinario e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol - Natal/RN
Conferido com original
Em, _____





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

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: 086

Bairro: POTENGI

Cidade: NATAL

UF: RN

CEP: 59120090

Fone: 8499902855

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: 5500

LEITO RESERVA 02

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
ou cirurgia: S7875 TENOMIORRAFIA

, a realizar o seguinte procedimento, tratamento

2. - O(A) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização.
Preenchido pelo responsável do paciente

Assinatura: [JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO] Paciente [] Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA - CRM 5500

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.120-090 Natal - RN
Confira com atenção
Em, ____/____/____

edicWare

Página 1 / 1





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AII

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE <i>Sore Alves da Nere Gurgel</i>		6 - Nº DO PROTOCOLO	
CARTÃO NACIONAL / SUS 708.203121768641	8 - DATA DE NASCIMENTO 28.02.92	10 - SEXO MASCULINO	11 - TELEFONE DE CONTATO (84) 9624-9603
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA DA CONCEIÇÃO DO NASCIMENTO			
ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA SANTA INES, Nº 889 - RES. CANT. PARK TORRE - 3 AP-3			
MUNICÍPIO NATAL	14 - BAIRRO POTENGI	15 - UF RN	16 - CEP 59120-090

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Exame físico apresentando</i>	PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Exames realizados</i>
---	---

DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Exame físico</i>	21 - CID INICIAL 552	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
4 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Tratamento cirúrgico</i>	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
5 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			29 - DT SOLICITAÇÃO 24.11.18
			30 - CNS / CPF
			31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS / ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL			
42 - CID SECUNDÁRIO			
		43 - ()	44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL PARCEIRO CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AII)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
48 - CNS / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

HOSPITAL Monsenhor Walfredo Gurgel
Av. Juvenal Lins 1-1
Tiro 20.523-015 Natal - RN
Centro em 01/11/18
Ent. 11/11/18

Ministério, Otor, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergência clínica, cirúrgica, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o acesso à saúde a luz dos valores éticos e humanitários.



Código Solicitação: 267132935

Número AIH: 241810301336-0

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL

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

CNES:
2653923

CNES:
2408252

Município Executante
NATAL

Operador 01987735419MARILENE

Operador 05184645470KALLINE

Operador 33391521449FRANCISCA

Operador 33391521449FRANCISCA

DADOS DO PACIENTE

CNS:
708203121768644

Nome do Paciente
JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO

Nome da Mãe
MARIA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO

Sexo:
MASCULINO

Data de Nascimento:
28/02/1992 (26 anos)

Tipo Logradouro:
RUA

Número:
S/N

País de Residência:
BRASIL

Telefone(s):
(84) 99924-5603 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:
JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO

Naturalidade:
ALMIRÃO AFONSO - RN

Raça:
BRANCA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro: OLÍMPIA CARLOS

Bairro: FRANCISCO NASCIMENTO DE PAIVA

Município de Residência: ALMIRÃO AFONSO

Complemento:

CEP: 59760-000

UF: RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante: virgílio azevedo

Nome do Médico Solicitante: virgílio azevedo

Status da Solicitação: APROVADA

CPF do Médico Executante: 19561917807

Nome do Médico Executante: HELTO RUBENS POLIDO GARCIA

Diagnóstico Inicial - CID: S669 - TRAUMATISMO DE OUTROS MÚSCULOS E TENDÕES AO NÍVEL DO PUNHO E DA MÃO

Caráter 11 - Urgência

Classificação de Risco Prioridade 0 - Emergência, necessidade de atendimento imediato

Clinica: ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Clinica Complementar: Nenhuma

Procedimento Solicitado: TENOTOMIA

Código: 0408060450

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

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

PARER**Motivo de Impedimento do Regulador:****Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)****CRM:****Data de Solicitação:**
03.12.2018 - 08:53:38

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



Código: 267132935

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL (2653923)
Central Reguladora:
NATAL

Op. Solicitante:
01987736419 MARILENE
Unidade Desejada:
HOSPITAL MEMORIAL (2408252)

Data de Solicitação:
03.12.2018 - 08:53:38
Data Desejada:

DADOS DO PACIENTE

CNS:
708203121768644
Nome do Paciente
JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO
Nome da Mãe
MARIA DA CONCEICAO DO NASCIMENTO
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
28/02/1992 (26 anos)
Tipo Logradouro:
RUA
Número:
S/N
Pais de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(84) 99924-5603 (*Exibir Lista Detalhada*)

Nome Social/Apellido:
JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO
Naturalidade:
ALMIRÃO AFONSO - RN
Raça:
BRANCA
Tipo Sanguíneo:

Logradouro:
OLIVEIRA CARLOS
Bairro:
FRANCISCO NASCIMENTO DE PAIVA
Município de Residência:
ALMIRÃO AFONSO

Complemento:

CEP:
59760-000
UF:
RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO**CPF do Médico Solicitante:**

Nome do Médico Solicitante:
virgilio azevedo

Status da Solicitação:
PENDENTE

Diagnóstico Inicial - CID:

S668 - TRAUMATISMO DE OUTROS MÚSCULOS E TENDÕES AO NÍVEL DO PUNHO E DA MÃO

Caráter

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TENOMIORRAFIA

Classificação de Risco

Prioridade 0 - Emergência, necessidade de atendimento imediato

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408060450

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**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

PARTICULAR**Motivo de Impedimento do Regulador:**

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)**CRM:**

Data de Solicitação:
03.12.2018 - 08:53:38

Data da Extração dos Dados: 03/12/2018 11:16:33

HOSPITAL MEMORIAL
Av. General Lacerda, 979
Típol 55.328-000 Natal / RN
Carimbo em original
Em:



Reg 1132937 NOME: JOSE ILIAS DE NASCIMENTO Siqueira APT0:
Cirurgia Realizada:

DATA: 03-10-2019	INICIO: 08:30	HS:	MIN:	TÉRMINO: 12:00	HS:	MIN:
EQUIPE	NOME	CIC/MF	CRM	CIRURGIA		
Cirurgião	Dr Hélio Garcia		5500	Pequena		
1 Auxiliar				Média		
2 Auxiliar	Esau Magalhães Filho			Grande		
Anestesiologista	Medico			Múltipla		
Instrumentador	CRM - 1108					

Ata:

1. Paciente em DDH sob bloqueio M-Sup E 2. Assepsia e antissepsia 3. Via de acesso ulnar antebraço E 4. Divulsão romba por planos 5. Tratamento cirúrgico da fratura dos ossos do antebraço E com síntese 6. RX intra-op 8. Limpeza + sutura + curativo + tala gessada

COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
MEDICAMENTOS				FIOS				DESCARTÁVEL			
028956	Água Bdestilada 100ml	AMP	04	050320	Vicryl 4-0 (Violeta)	ENV		066164	Malha Tubular 12cm	ROL	
000326	Água Bdestilada 10ml	AMP		050377	Vicryl 5-0 (Incolor)	ENV		060188	Malha Tubular 15cm	ROL	
028980	Água Bdestilada 20ml	AMP		050725	Vicryl 6-0	ENV		062783	Máscara Descartável	UND	04
000057	Clorfeniramina 1g	AMP		050313	Vicryl 7-0	ENV		060930	Polifix 2 Vias	UND	
000095	Decadron 4mg Inj.	AMP						064794	Povidine Degermante / ml.	ML	50
000713	Glicose 25% 10ml Inj.	AMP						064787	Povidine Tópico / ml.	ML	50
004283	Glicose 50% 10ml Inj.	AMP						065567	Sabão Líquido	ML	50
004703	Hipoclor 50%	FRS						060733	Sapatina Descartável	UND	08
005049	Inulox Pomada 1/4	FRS						063223	Seringa Desc. 01cc c/ Agulha	UND	
015111	Keflin Neutro 1g	COM						032443	Seringa Desc. 03cc c/ Agulha	UND	
006667	Novalgina 2mg Inj.	AMP						062475	Seringa Desc. 05cc c/ Agulha	UND	02
007483	Profenid 100mg Inj.	AMP						063209	Seringa Desc. 10cc c/ Agulha	UND	02
008629	Solução Ringer c/ Lactato	FRS						063216	Seringa Desc. 20cc c/ Agulha	UND	02
008449	Solução Ringer Simples	FRS						063120	Sonda Uretral 10	UND	
028126	Soro Fisiológico 100ml	FRS						063144	Sonda Uretral 12	UND	
008748	Soro Fisiológico 9% 500ml	FRS	03	061900	Abborcath-T Plus N° 14	UND		063151	Sonda Uretral 14	UND	
008740	Soro Glicosado 5% off 500	TB		061916	Abborcath-T Plus N° 16	UND		063189	Sonda Uretral 16	UND	
009965	Xilocaina 2% sol.	AMP		061925	Abborcath-T Plus N° 18	UND		063183	Sonda Uretral 18	UND	
010028	Xilocaina Gelada 2%	BSG		061932	Abborcath-T Plus N° 20	UND	01	060550	Sonda Uretral 20	UND	
			83	060662	Agulha Descartável 13 x 4,5	UND	03				
				000392	Agulha Descartável 23 x 7	UND	03				
				060418	Agulha Descartável 40 x 12	UND	03				
				060575	Alcool-70%	ML	30				
				060582	Atadura Crepon 10cm.	ROL	03				
				060630	Atadura Crepon 12cm.	ROL					
				060590	Atadura Crepon 15cm.	ROL					
				060608	Atadura Crepon 20cm.	ROL					
				060701	Atadura Gessada 10cm.	ROL					
				060679	Atadura Gessada 12cm.	ROL					
				060620	Atadura Ortopédica 10cm.	ROL	02				
				060609	Atadura Ortopédica 15cm.	ROL					
				061670	Atadura Ortopédica 15cm.	ROL					
				060380	Atadura Ortopédica 20cm.	ROL					
				060648	Bandeja Peridural	UND					
				031545	Bandeja Raqui	UND					
				060948	Butterfly 19g	UND					
				060955	Butterfly 21g	UND					
				062135	Butterfly 23g	UND					
				062142	Butterfly 25g	UND					
				061205	Camiseta Descartável	UND	01				
				061244	Compressa Cirúrgica	UND	05				
				061689	Eletrodo Descartável	UND	05				
				060849	Enterofix 500ml	UND	02				
				062024	Espessador 10 x 46	CM	02				
				062031	Éter Sulfônico / ml.	ML					
				062285	Gase 31 x 91	UND	02				
				062830	Gase Funcionada	UND	05				
				062284	Gorro Descartável	UND	05				
				062103	Injeção Air 1.2.4 M	UND	01				
				061079	Injeção Pacico	UND	01				
				062253	Lâmina Bieurf N° 11	UND	01				
				062280	Lâmina Bieurf N° 15	UND	01				
				060149	Lâmina Bieurf N° 20	UND	01				
				062332	Linha Descartável N° 7,0	UND	01				
				062640	Linha Descartável N° 7,5	UND	01				
				062429	Linha Descartável N° 8,0	UND	01				
				062411	Malha Tubular 10cm	ROL					

CIRURGIÃO: Dr. Hélio R. P. Garcia
Cirurgia de Mão-Ortopedia
CRM 5500 - RN

CIRCULANTE: Jussara F. Silva



RELATÓRIO ANESTESIA

ISDA:

PRÉ-ANESTÉSICO:

DROGAS:

TÉCNICA ANESTÉSICA:

DROGAS USADAS NA ANESTESIA

COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
000150	Adrenalina	AMP		006818	Narcam	AMP			MEDICAMENTOS		
026956	Água Bceclada	AMP		007527	Picoll 10mg	AMP					
000942	Atropina 25	AMP		007558	Prosiglone	AMP					
002050	Clorato de Potássio	AMP		005252	Ketalar	AMP					
001449	Clorato de Sódio	AMP		003353	Quelicim 100mg	AMP					
016610	Clonazepam	AMP		000040	Quelicim 500mg	AMP					
002115	Cloridrato	AMP		003543	Rapifen	AMP					
002957	Clonazepam	AMP		000974	Sevorana	AMP					
002957	Clonazepam	AMP		008449	Sol. Ringer Simples	FRS					
017944	Clonazepam	AMP		008125	Sol. Fisilogica	FRS					
003071	Etiol	AMP		008740	Sol. Glucozado	FRS					
003511	Fentoni 2v	AMP		008829	Sol. Ringer Lactado	FRS					
003780	Fenone	ML		001002	Thione curata	FRS					
017936	Hydrene	ML		003013	Tracurum	AMP					
004680	Hydromorfone	AMP		008727	Vallium	AMP					
002187	Inoval	AMP		001475	Xilocaina 1%	AMP					
010558	Lanexat	AMP		006995	Xilocaina 2% s/A	AMP					
005887	Marcaina 0,5 s/A	AMP		010020	Xilocaina 2% s/A	AMP					
005884	Marcaina 0,5 s/A	AMP		010031	Xilocaina Pesada	AMP					
010590	Marcaina Pesada	AMP									

Interocorrências

Durante 15 - 01 v
 Propofol 0,5% - 30 v
 Fios 17 - 03 v
 Propofol 0,5% - 5 v
 Propofol 20 v

DESCRIÇÃO

Oxímetro	0,40
Cardioscópio	0,10
Capnógrafo	
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Oxigênio Líquido	2,1
Protóxido Líquido	

ANOTAÇÕES

HOSPITAL MUNICIPAL
 Av. Juvenal de Azevedo, 972
 Tiro 01.222-0111
 Curitiba - PR
 Em 11

03/12/18

INÍCIO ANESTESIA

INÍCIO CIRURGIA

DATA

FINAL CIRURGIA

FINAL ANESTESIA

ANESTESIOLOGISTA

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, retorne 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





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

Pag. 01889/01890 - carta_03 - DAMS

00040945



Carta nº 14257955



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 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL		DATA DE ABERTURA 10/12/2007
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
ENDEREÇO 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





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.

DESPACHO

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.



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 nº 11.419/06)

