



Rommy Chevane Ferreira

Pente na base da crista de nata, na base da pecten tibial direita, tendo subido o fio de
cunha e colado em sua revo
base que não se moveu na hora
de operação. Neste dia fui feito
cunhos e usou-se no cíngulo o
mesmo cíngulo, encarregue-se
meus pais as condições observadas
no tempo anterior.

CIB - 5821

N. 232

12.09.17

~~Dr. Handerson Araújo
Ortopedia - Cirurgia de Joelho
CRM-PB 1363 / CRM-RN 14239~~

Unimed Caicó (Hospital Tiago Dias)
Rua Manoel Elpidio, S/N
Penedo, Caicó/RN
Fones: (84) 3421-2582/3417-3563
Celular: (84) 9 9649-5051

CardioKid
Rua Augusto Monteiro, 1248
Centro, Caicó/RN, Fone: (84) 3417-1016
Celular: (84) 9 8726-3987 | 9 8890-1015
9 8729-3989



Jue Ronny Oliveira ferme

Paciente portador de
lesões de fratura do
patela tibial direita,
causado por cedimento em
metacôndilo.

Treatment cirúrgico -
fractureto.

Paciente com deficit
funcional do M.I.D., atrofia e
diprinécia de força muscular
especial no movimento de flexão
do joelho.

Dos exames pedidos, e
conclui-se os resultados.

5/11/2017

Dr. Rawlinson Oliveira Santos
Ortopedia / Traumatologia
CRM RN 3366

Dr. Edimar Medeiros Dantas
Ortopedia - Traumatologia
CRM RN 942

Rua José Carlos Ferreira, 68-A, Manoel Salustino - Currais Novos/RN - Fone: (84) 3412-2420 / 3412-3898





Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241.754/0135-57 - Telefax: (088) 3421-9630, e 9628

RECEITUÁRIO

2020 Meio

O paciente Tonny Oliveira Ferreira
apresenta fratura considerada do
plantar tímico, associada a lesão
meniscal em joelhos direito. Apresenta
dos e travamento articular e
necessidade de tratamento por videoa-
rthroscopia. Apresenta ainda
gonartrose secundária ao trauma
em joelhos direito.

C.D.10 : 541 : M17

Caicó / 30-10-2017

Tonny



INSTITUTO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DO SERIDÓ
Dr. Silvio Santos Filho
Ortopedista e Traumatologista

Residente de 25 anos no: **TOMÉS**
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Traumatologia
Especialista em Ortopedia e Ortopedia e Traumatologia
Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 447 - 103.8115

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE DA(1) SRA(1) RONNY
OLIVEIRA FERREIRA, 51 A, ALMOXARIFÉ DE EMPRESA ASFAR,
APRESENTANDO QUADRO DE **528.1-193** – DO CID-10, DECORRENTE
DE EXTENSAO DE LESÃO DE MENSOCO LATERAL, COM OBRISTOGRA
COMUNITIVA DO PLATO TIBIAL DIR ASSOCIADO A LESÃO COMPLEXA
DO MENSCO LATERAL, OCORRIDA EM 2016. ESTE SEGURADO
APRESENTA DOLOR NO MENSOCO LATERAL, DESLOCAMENTO
DO JOELHO DIR, ATROFIA MUSCULAR EM MÁS EM VISTAS DO
QUADRO APRESENTADO E POR TRATAR-SE DE SEGURADO CUJO
LAVORO EXERCE PISCAMENTE, DEVERÁ AFASTAR-SE DO SERVIÇO
POR TEMPO INDETERMINADO DOS PENA DE AGRAVAMENTO
IRREVERSÍVEL DE SUA ARTROPATA.
COMO CO-MORBIDADE, APRESENTA METASTASE PULMONAR
DE CÂNCER TIROIDEOANO.

ATENCIOSAMENTE

AUTORIZO DESCREVER POR ESCRITO E VIA CID-10 MINHA DOENÇA

CAICÓ, 25-6-18

HOSPITAL THIAGO DIAS - Rua Manoel Elói s/n, Pernipó - Caicó/RN
PRINCIPAL 3417-1252 / 3417-1232 / 9 9999-3234



Assinado eletronicamente por: PATRICIA BARBOSA DE LIMA - 28/06/2019 15:36:46

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061216033082300000042859558>

Número do documento: 19061216033082300000042859558

Num. 44330440 - Pág. 4



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR
COMANDO DE PÓLICIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 3673 2016

1 - LOCAL E DATA

Local Rua: FRANCISCO DE ASSIS MEDEIROS Bairro CASTELO BRANCO
Cidade/UF CALCAIRN P. Ref. EM FRENTE A RES. N° 06
Data 06/12/2016 Hora do acidente 07:00 Hora de registro 07:30 Dia da semana TERÇA - FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- Colisão Frontal - Colisão Lateral - Capotamento - Atropelamento
 - Colisão Posterior - Colisão Transversal - Choque - Outro(s) COLISÃO

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi NNG 2049 Cidade CASCA UF RN
Marca/Mod. HONDA 517 125 ES Cor VERMELHA Ano 2005 / 2010
Proprietário JANNY CRISTY GARCIA DE MEDEIROS Nº de Ocupantes 01
Condutor KONNY OLIVEIRA FERREIRA Data de Nasc. 22/03/1963
Endereço Rua: VILMAR DANTAS DA COSTA Nº 21 Fone (84) 99606-6347
Bairro NOVA DESCOBERTA Cidade CASCA UF RN
CPF nº 598.020.814-34 CNH nº 00580124546 Validade 22/05/2019 Categoria A2
Local de Trabalho ASSAF Fone (84) 3421-1526
End. Rua: JOÃO FLORENCIO Nº 829 Bairro ENGENHARIA Cidade CASCA

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF nº _____ CNH nº _____ Validade _____ / / _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF nº _____ CNH nº _____ Validade _____ / / _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF nº _____ CNH nº _____ Validade _____ / / _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____



7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? Rua: FRANCISCO DE ASSIS MEDEIROS
Em que sentido? _____ **Em que faixa?** DIREITA
Versão do condutor **DOSSE** QUE SEGUIA NO ENS. ACIMA CITADO, CHEGANDO AO LOCAL SENTIU
UM FORTE IMPACTO NA LATERAL DIREITA, ONDE O MESMO PERDEU O CONTROLE DO
VEÍCULO VENDO ACABAR. DESSE DUELO IMPACTO FOI PROVOCADO POR UM PARALELÓPIPODE
QUE SE ENCONTRAVA-SE SACADO SOBRE A VIA.

Assinatura do Condutor de V1: Ronaldo Oliveira Ferreira

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava? _____
Em que sentido? _____ **Em que faixa?** _____
Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor de V2:

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava? _____
Em que sentido? _____ **Em que faixa?** _____
Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor de V3:

SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava? _____
Em que sentido? _____ **Em que faixa?** _____
Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor de V4:

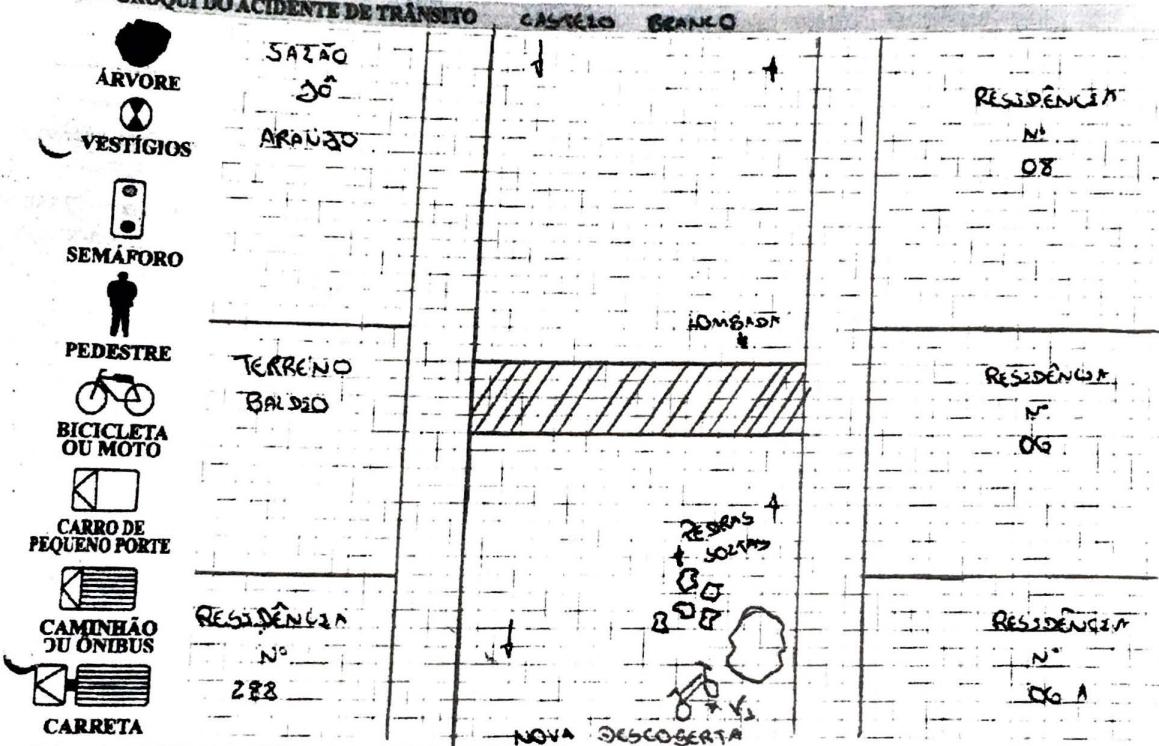


8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Carrer./Pista	Cond./Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecerendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Pleio Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input checked="" type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Active Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite e/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulosa	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Active Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleos	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input checked="" type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlamada	<input type="checkbox"/> Placa(s) _____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> Entrancamento	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> bifurcação	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

CASTELO BRANCO



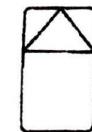
10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

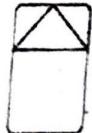
BANCO, ESPelho RETROVISOR DIREITO;
LAMPEJANTE FRONTAL; MANGUE DIREITA;
FEDAL DE FREIO.



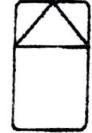
AVARIAS DO VEÍCULO 2



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 4



X-11-11-X-11-

11. Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Pedestre Testemunha
Nome ROSANGELA SANTOS DA SILVA Condutor para _____ Presenciar: Pato Registro
RG Nº _____

Endereço RUA: FRANCISCO MADEIRAS Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento - / - / -
Bairro CANTEIRO BRANCO Nº 08 Fone _____
Versão DIGGE QUE VIU O CONDUTOR DA MOTOCICLETA VINDO EM BAIXA VELOCIDADE
PASSAR SOBRE PARALELEPIPEDOS SÓLIDOS NA VIA, PERDEU O CONTROLE DE SEU
VEÍCULO E CAIU. Cidade CAJEPI UF RN

Assinatura _____ Hora 07:35

12. Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Condutor para _____ Testemunha
Nome ACACIO MORAES DOS SANTOS Presenciar: Pato Registro
RG Nº _____

Endereço RUA: FRANCISCO DE ASSIS MEDEIROS Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento - / - / -
Bairro CANTEIRO BRANCO Nº 08 Fone _____
Versão DIGGE QUE VIU QUANDO O CONDUTOR PASSOU SOBRE ALGUNS PARALELEPIPEDOS
SÓLIDOS NA VIA, ONDE O MESMO PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, VINDO A CAIR. Cidade CAJEPI UF RN

Assinatura _____ Hora _____

13. Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Condutor para _____ Testemunha
Nome _____ Presenciar: Pato Registro
RG Nº _____

Endereço _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento / /
Bairro _____ Nº _____ Fone _____
Versão _____ Cidade _____ UF _____

Assinatura _____ Hora _____

14. Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Condutor para _____ Testemunha
Nome _____ Presenciar: Pato Registro
RG Nº _____

Endereço _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento / /
Bairro _____ Nº _____ Fone _____
Versão _____ Cidade _____ UF _____

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
Nome _____ RG Nº _____ Órgão Exp. _____
Endereço _____ Nº _____
Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

A DOCUMENTAÇÃO DO VEÍCULO E DO SEU CONDUTOR SE ENCONTRAM INTEGRAS COM O CTB.
 O CONDUTOR DO VEÍCULO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL PELA EMERGÊNCIA SAMU ONDE NO EXAME DE RAYO-X FOI CONSTAMADA UMA FRATURA
 NO TORNIGO DIREITO DO CONDUTOR.
 O VEÍCULO FOI ENTREGUE AO SEU PROPRIETÁRIO.

Nome Completo do Agente PAULO CESAR DA SILVA

POSTO/GRAD.: CS PM Nº 2004.0060 Viatura TOR Subunid.: 3º DP/RE

Local e Data CAJÉPI, 06 de DEZEMBRO de 16. Assinatura _____

Assinatura _____ Agente de Trânsito





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



Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE CAICÓ
Endereço: Av. Cel Martiniano, 20, Jardim Sateleite, CAICÓ

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2017129000268

1.2 Data de Expedição: 08/02/2017 10:42:30

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 12/01/2017 08:00:00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.4 Meio(s) empregado(s): Outros

2.7 Logradouro: RUA FRANCISCO DE ASSIS MEDEIROS

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.9 CEP: 59.300-000

2.8 Número: 06

2.11 Ponto de Referência:

2.10 Complemento:

2.13 Cidade: CAICÓ

2.12 Bairro: CASTELO BRANCO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: RONNY OLIVEIRA FERREIRA

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.3 Etnia: Sem Informação

3.4 Pai: GERALDO FERRIRA

3.5 Mãe: MARLUCE DE OLIVEIRA FERREIRA

3.6 Data da Nascimento: 22/03/1967

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 RG: 1049459 - Itep/RN

3.9 CPF: 59802081434

3.10 Passaporte:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Naturalidade: CAICÓ/RN

3.13 Profissão: ALMOXARIFE

3.14 E-Mail:

3.15 Telefone(s): 84 996066745

3.16 Logradouro: RUA VILMAR DANTAS DA COSTA

3.17 Número: 21

3.18 CEP: 59300000

3.19 Bairro: NOVA DESCOBERTA

3.20 Cidade: CAICÓ

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

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: *****00100

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: NNQ2049

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: BIZ 125 ES

7.1.9 Ano do Modelo: 2010

7.1.10 Ano de Fabricação: 2009

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTONETA

7.1.13 Nota Fiscal: -

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: JANNY CRISTTY GARCIA DE MEDEIROS

7.1.15 Vínculo com a

7.1.17 Nome do condutor:

Ocorrência:

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE COMPARCEU ESTA DELEGIACIA DE POLICIA CIVIL PARA INFORMAR QUE TRAFEGAVA NO ENDEREÇO CITADO E PERDEU O EQUILÍBRO AO PASSAR POR CIMA DE UMA PEDRA (PARALELIPÍPEDO), VINDO A CAIR, QUE FOI SOCORRIDO PELA EQUIPE DO SAMU E CONDUZIDO AO HOSPITAL REGIONAL, QUE O COMUNICANTE FRATUROU A TIBIA DIREITA. NADA MAIS DISSE.

8.2 Informações do GIEBP

9.3 Outras Provvidências

REGISTRO DE B.O.

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

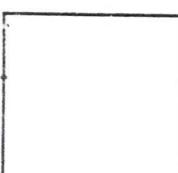
11. DECLARAÇÃO

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

Data: 08/02/2017 10:42:30

Policial

Interessado



Polegar direito

Aloneamento: 1668781 - MARCELO MURILO GOMES DOS SANTOS

Impresso por: 1668781 - MARCELO MURILO GOMES DOS SANTOS em 08/02/2017 10:42:37

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA





X / / + Y / / 98511
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPOL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN/3º DRPC
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DE CAICÓ

SOLICITAÇÃO DE EXAME DE CORPO DE DELITO

Ilmo. Sr. Médico Plantonista,

SOLICITO A REALIZAÇÃO DO EXAME DE CORPO DE DELITO NA MODALIDADE:

- (Lesão Corporal, () Conjunção carnal, () Embriaguez alcoólica
() Outros (especificar) _____

Na pessoa abaixo qualificada:

Nome: Rommy Oliveira Ferreira

C.I. RG. N.º 1049459

Naturalidade: Craci - RN e CPF/MF.N.º 598020 854-34

Nacionalidade: Brasileira

Filiação: Gerson Ferreira e Marluce de Oliveira Ferreira

Data de Nascimento: 22/03/1967

Data do Fato e hora: 32/05/2017 às 20:00hs

FINALIDADE DO EXAME: PARA CONSTATAÇÃO DE LESÃO EM ACIDENTE DE TRÂNSITO

Após o referido exame, solicito ainda que o Ilmo. Sr. Médico Plantonista responda aos seguintes quesitos, caso lhe seja possível:

1. Há Lesões na vítima examinada? Se sim, favor descrevê-las.

Indícios de ferimento no tórax e abdômen, com lesões de natureza leve.

2. São as lesões acima descritas de natureza leve?

Sim

3. Há algo que este Ilustre profissional necessite observar?

Assinatura do Perito + CRM:

OBS: Entregar esta guia no CDP juntamente com o preso.

RICARDO FERREIRA DE BRITO
Delegado Regional da Polícia Civil
Matrícula n.º 207.594-6



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

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

foi examinado(a) nesta Unidade de Saúde às _____ horas, e necessita
 afastar-se de suas atividades profissionais / estudantis, durante um período
 de 15 (Quinze) dia(s), por motivo de doença
 a partir desta data.

Autorização do paciente para
 divulgação do CID.

CID. 10 nº _____

S82.

Local e data

06/12/16
 Dr. Kleidson Bastos
 ORTOPEDISTA
 CRM 4421

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.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walffredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO				
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	2 - CNES				
5 - NOME DO PACIENTE	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO	
7055CC923184285722-C3-67	22-03-67	MASCULINO	1	FEMININO	2
12 - ENDEREÇO (ROA, Nº)	R. Litorânea Dantas da Costa, 21	14 - BAIRRO	V. Descoberto	15 - UF	16 - CEP
13 - MUNICÍPIO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Paciente com sintomas de greda					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
dor nas costas apresentando					
dor em juntas (D)					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
21 - CID INICIAL					
22 - CID SECUNDÁRIO					
23 - LAUDOS ASSOCIADOS					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - LEITO CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
29 - DT SOLICITAÇÃO					
30 - CNS / CPF					
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)					
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO					
33 - CNPJ DA SEGURADORA					
34 - Nº DO BILHETE					
35 - () ACID. TRABALHO TÍPICO					
36 - () ACID. TRABALHO TRAJETO					
37 - CNPJ					
38 -					
40 -					
41 - CID PRINCIPAL					
42 - CID SECUNDÁRIO					
43 - () GRAVE 44 - () GRAVÍSSIMA 45 - () GRAVÍSSIMA					
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO					
47 - DT AUTORIZ.					
48 - CNS / CPF					
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)					
50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO					
51 - DT AUTORIZ.					
52					
53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)					
54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)					
CONFERE COM ORIGINAL					
1615521					

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



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAICÓ
SAMU METROPOLITANO

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o usuário dos serviços de saúde Ronny Oliveira Ferreira, 49 anos, foi atendido pela equipe do serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU-192-RN da cidade de Caicó -RN no dia 06.12.16 às 08:10 horas, no endereço Doutor Castelo Branco paciente vítima de Fusada de moto.

A presente declaração expressa a verdade

Caicó-RN 28 de Janeiro de 2017

(Signature)
Victor Medeiros de Araujo Xavier
Coren-RN 432299
Medeiros

Jardênia Azevedo da Silva Noronha
Coordenadora da base descentralizada do SAMU metropolitano em Caicó/RN
COREN-RN 264.657





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DE OCÉLIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168
PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA N° 58 ORT

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL (PSA)

ALUNTO
RONNY OLIVEIRA FERREIRA
NACIONALIDADE
BRASILEIRO
ESTADOCIDADE

NOME DA MÃE
MARLUCE DE OLIVEIRA FERREIRA

598.020.814-34
ENDERECO
RUA VILMAR DANTAS DA COSTA, 21

CEP
NOVA DESCOPERTA
RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE
JANNY CRISTTY

DATA DE NASCIMENTO
22/03/1967
ESTADO CIVIL
CASADO

RG
1049459

ORG EXP.
SSP

IDADE
50
PROFISSÃO
CHEFE DE ALMOXARIFADO

NOME DO PAI

GERALDO FERREIRA

UF
RN
CARTÃO DO SUS
705.0092.3189.2857
COMPLEMENTO

MASCULINO
MASCULINO

FEMININO

RAÇA/COR

TELEFONE

996066747

UF
RN
CEP
59300-000
PARENTESCO
ESPOSA

TELEFONE
996548031

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO

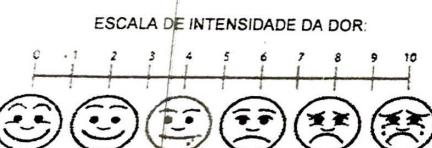
DESCRIMINADOR

ALERGIAS

PESO _____ ALTURA _____ SSVV _____ FC _____ FR _____ T _____ SO2 _____ PA _____ GLICEMIA: _____

COREN DATA HORA

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL



PRIORIDADE
() AZUL () VERDE () AMARELO () LARANJA () VERMELHO

- ACOLHIMENTO
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
- SALA VERMELHA
 - URGÊNCIA
 - ORTOPEDIA
 - CONSULTA MÉDICA
 - BUCOMAXILO
 - PEQUENA CIRURGIA
 - ACIDENTE DE TRABALHO
 - VIOLENCIA DOMÉSTICA
 - QUEDA
 - OUTROS

Abertura Ocular	Esportânea	4
	À voz*	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Contusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Pedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

HISTÓRIA CLÍNICA

EXAME FÍSICO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CONFERE COM ORIGINAL

[Signature]
Servidor
161.552



EXAMES COMPLEMENTARES						
<input type="checkbox"/> LABORATORIAL <input type="checkbox"/> RADIODIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> ECO <input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> OUTROS						
CONDUTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NIR						
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA <input type="checkbox"/> CLÍNICA PSIQUIÁTRICA <input type="checkbox"/> CLÍNICA ORTOPÉDICA <input type="checkbox"/> PEDIATRIA/NEONATO <input type="checkbox"/> CLÍNICA OBSTÉTRICA <input type="checkbox"/> CLÍNICA GERAL <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> OUTROS						
DIAGNÓSTICO						
CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA						
ABERTURA DE HORÁRIO / CHECAGEM						
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM						
DESTINO DO PACIENTE						
<i>Manoel Correia Neto Ortopedia-Traumatologia CRM: 649</i>	<input type="checkbox"/> OBITO <input type="checkbox"/> ITEP <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO		<input type="checkbox"/> EVASÃO		<input type="checkbox"/> SOLICITADO INTERNAMENTO NO SERVIÇO DE	
					<i>0-3722517</i>	





Sistema
Unico de
Saude

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE OCÉGIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515168

5- PACIENTE

Identificação do Paciente

RONNY OLIVEIRA FERREIRA

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

7- CARTÃO NACIONAL SUS

705009231892857

8- DATA DE NASCIMENTO

22/03/1967

9- SEXO

MASCULINO

10- RACA/COR

PARDA

11- NOVE DA MÃE

MARLUCE DE OLIVEIRA FERREIRA

12- TELEFONE DE CONTATO

996066747

13- NOME DO RESPONSÁVEL

JANNY CRISTTY

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA N°)

R. VILMAR DANTAS DA COSTA - 21

16- MUNICÍPIO

CAICO

17- BAIRRO

NO DESCOBERTA

18- UF

RN

19- CEP

59300000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Função gástrica

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

St. Gás

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

S. 29.

23- DIAGNOSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29- CARÁTER DA INTERNACAO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30- CLÍNICA

31- CÓD. CNS / CPF

Manoel Corrêa Neto

Ortopedia e Traumatologia

CRM: 849

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARTEIRA PROFISSIONAL CONSELHO

36- INSCRIÇÃO PROFISSIONAL

37- CÓDIGO DA SEGURO-DIA

38- N° DO BILHETE

41- SÉRIE

38- ACIDENTE

39- CNPJ DA SEGURO-DIA

40- N° DO BILHETE

44- CBOR

39- ACIDENTE

40- ACIDENTE

43- CNAE DA EMPRESA

41- ACIDENTE

42- CNPJ DA EMPRESA

42- ACIDENTE

44- CBOR

43- INCLUIDO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO / EMPREGADOR

AUTONÔMO / DESEMPREGADO

() APOSENTADO () NÃO SEGURADO

44- INCLUIDO COM A PREVIDÊNCIA

Autorização

47- CÓD. ORGÃO EMISOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR

45- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

47- DOCUMENTO

48- ASSINATURA E CARIMBO INF DO REGISTRO DO CONSELHO

48- CNS / CPF

49- DATA DA AUTORIZAÇÃO

CONFERE COM ORIGINAL
mmmm
Senhor
1615521





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

202005

Puram 74

Nome: <u>Rommy Oliveira Ferreira</u>		EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO	
Pront:	<u>146248</u>	Município: <u>Caxias</u>	Idade: <u>29</u> D/N: <u>22</u> / 03 / 1967
Data da cirurgia:	<u>16/12/16</u>	Procedência: <input checked="" type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Externo	
Alergias: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<u>migas</u>	Hora Admissão: Bloco <u>15:18</u>	Sala: <u></u> Hora Saída: <u></u> Peso: <u>84K</u>
Usa de medicações: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim	<u></u>	Comorbidades: <input type="checkbox"/> H/S <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Outras	<u>Puram 74</u>
SSV Admissão: PA:	<u></u>	mmHg Pulso: <u></u>	Jejum: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim
Entermeiro(a): <u>Lidiane</u>	Instrumentado (a): <u>Irene</u>	bpm Fl: <u></u> rpm FC: <u></u>	bpm SpO ₂ : <u></u> % T: <u></u> °C
Cirurgia: <u>TT Cirurgico</u>	Instrumentado (a): <u>Irene</u>	Circulante: <u>Dra. Paule</u>	
Hoja Início: <u>16:00</u>	Hoja Término: <u>17:00</u>	Especialidade: <u>Ortopedia</u>	Sala: <u>03</u>
1º Cirurgião: <u>Dr. Pedro</u>	Aux: <u>Dr. Rogério</u>	Tipo de cirurgia: <input checked="" type="checkbox"/> Eletiva <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Limpa <input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/> Infectada	
Anestesia: <input type="checkbox"/> Local <input checked="" type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Geral TOT:	<u></u>	Ag. n° <u></u> Cateter n°: <u>15:50</u>	() Bloqueio <input checked="" type="checkbox"/> Raquidiana Ag. n° <u>27</u> () Peridural () c/cateter () s/cateter
Anestesiologista: <u>Dr. Letícia</u>		Início: <u>15:50</u>	Garrot: <input type="checkbox"/> Smarch <input type="checkbox"/> Pneumático Início: <u></u> Término: <u></u>

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

SINAIS VITAIS	Inicio	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>79</u>	<u>78</u>	<u>79</u>	Bpm
Pulso	<u>85</u>	<u>83</u>	<u>89</u>	Bpm
Oximetria	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>99%</u>	%
Capnografia	<u>-</u>			%
PA	<u>13y7</u>			mmHg

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	Cabeça	Anatômicos
Ventral	Pescoço	Abduzidos
Lateral	Tórax	Fletidos
Lítotómica	Lombar	MMII
Trendlemburg		Anatômicos
Canivete		Abduzidos
Proclive		Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
() Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	() Metal () Descartável
Local:		
DEGERMAÇÃO		TRICOTOMIA
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	() Não	() Sim () Não
Local: <u>pele</u>	Solução: <u>clor.</u>	Local:

IMPLANTE CIRÚRGICO		
Drenos:		CONFERE COM ORIGINAL
Tela:		<u>anatomia</u>
Cateter:		<u>serviço 21</u>
Ostomia:		<u>16153</u>
Fio de KC:		Parafuso - tipo: <u>cortical</u>
Placa - Tipo:		
Outros:		

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO		
Caixa cirúrgica:	<u>cava</u>	Quant. Material: <u>36</u>
Val.:	<u>21/12/16</u>	Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim





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

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

HEMOTRANSFUSÃO:

(Hemoconcentrado _____ Unid.
() Álbumina _____ Unid.

() Plasma _____ Unid.
() Expansor plasmático _____ Unid.

() Plaquetas _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

*Hemoclo 2g TW h: 16'40
Descoction 4mg h: 16'40
Gastrastrom h: 16'40*

h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: _____ ml
() Soro Glicosado: _____ ml

() Soro Ringer Simples: **1000** ml
() Soro Ringer Lactato: _____ ml

Quantidade total de volume administrado: _____

ANÁTOMO PATOLÓGICO

() Não () Sim Peça:
Swab para cultura:

Peça para sepultamento: () Não () Sim

Líquido:

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

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

INTERCORRÊNCIAS:

Ass: Dra Pauleen Coren: 36424

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel **O₂** ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: _____
Diurese: () Exontânea () Normal () Hematuria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: **SRPA**

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

Hora: **17:00** Data: **17/10/16** Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Sônia aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ **O₂** Ambiente Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Venóclise: () Não () Sim Tipo: **APC** Local: **MSD** Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical Drenos: () Succión () Torácico () Penrose () Kerr Ostomias: () Sim () Não Especifique: Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () PA

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

Relate:

SINAIS VITais

Líquidos administrados na URPA:

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	72			99		
30'	78			100		
60'	75			100		
Alta	72			100		

Soro glicosado: _____ ml

Soro Fisiológico: _____ ml

Ringer: **1** _____ ml

Irrigação vesical contínua: _____ ml

Medicações administradas URPA:

Eliminações:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura	Diurese	Retorno Gást.	Drainagem	Retorno da Irrigação

Recebido da SO

Desprezado

URPA

Evolução de Enfermagem/INTERCORRÊNCIAS: *Paciente em recuperação pós-operatória sem feixos, liberado pelo anestesista para clínica ortopédica.*

Ass: Gilmara Coren: 656575





6

FICHA INDIVIDUAL DO PACIENTE

CNS: 705 009.2 3186 2957

REG. SOCIAL J46248	N.º E DOCUMENTO APRESENTADO RG: 4C49.459	DATA DE ENTRADA 12/12/18	CLÍNICA / LEITO CC				
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
DATA DE NASCIMENTO 22/03/1967	NATURALIDADE: Caico - RN	ESTADO CIVIL: Casado					
OCUPAÇÃO ATUAL:	PROFISSÃO: chefe de Almacaufadi						
ESCOLARIDADE	ANALFABETO <input type="checkbox"/>	ENSINO FUND. SÉRIE: _____ Inc.	Compl. <input type="checkbox"/> ENSINO FUND. SÉRIE: _____ Inc.	Compl. <input type="checkbox"/> GRAU SUPERIOR Inc.	Compl. <input type="checkbox"/> Inc.		
ENDERECO: PONTO DE REFERÊNCIA:	Rua Vilma D. da Costa, 21 - Nac. Desembata - Caico - RN						
FILIAÇÃO	PAI: Geraldo Ferreira MÃE: Manuela da Oliveira Ferreira						
RESPONSÁVEL:	Janny C. Garcia da Nudito (Esposa)						
ENDEREÇO:							
PONTO DE REFERÊNCIA E TELEFONE:	99654-8031						
SITUAÇÃO FAMILIAR	POSIÇÃO NA FAMÍLIA: Pai						
	GRUPO FAMILIAR: 03	N.º DE FILHOS: 03	MENORES:	MAIORES:			
SITUAÇÃO HABITACIONAL							
FORMA DE OCUPAÇÃO	TIPO DE CONSTRUÇÃO	PROCEDÊNCIA DA ÁGUA	TRATAMENTO DA ÁGUA	ENERGIA ELÉTRICA	DESTINOS DOS DEJETOS		
<input checked="" type="checkbox"/> PRÓPRIA <input type="checkbox"/> ALUGADA <input type="checkbox"/> CEDIDA	<input checked="" type="checkbox"/> ALVENARIA <input type="checkbox"/> TAIPA	<input type="checkbox"/> MISTA <input type="checkbox"/> PALHA	<input checked="" type="checkbox"/> ENCANADA <input type="checkbox"/> POÇO <input type="checkbox"/> CACIMBA	<input type="checkbox"/> RIO <input type="checkbox"/> LAGOA <input type="checkbox"/> SEM TRATAMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> FILTRADA <input type="checkbox"/> FERVIDA <input checked="" type="checkbox"/> MINERAL	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> REDE DE ESGOTO <input checked="" type="checkbox"/> FOSSA
SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA							
RENDA FAMILIAR	<input checked="" type="checkbox"/> FORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ 1 SM	<input type="checkbox"/> INFORMAL <input type="checkbox"/> 2 A 3 SM	<input type="checkbox"/> SEM RENDA FIXA <input type="checkbox"/> 4 A 5 SM	<input type="checkbox"/> AJUDA FINANCEIRA DE TERCEIRO <input type="checkbox"/> 6 A 7 SM	<input type="checkbox"/> 8 A 10 SM <input type="checkbox"/> ACIMA DE SM		
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES							
ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	NOME: Crisitio Múlico			<input type="checkbox"/> PERMANENTE <input type="checkbox"/> REVESAMENTO		
AUTORIZADO ALIMENTAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	MOTIVO:					
OBSERVAÇÃO:	paciente internado p/ cirurgia ortopédica						
FLUXO DO PACIENTE							
SETORES	TRANSFERÊNCIA / DATA	ALTA / DATA	RETORNO / DATA	ÓBITO / DATA			
DATA: 18/12/18	ASSISTENTE SOCIAL CRESS / CARIMBO	SDP					

CONFERE COM ORIGINAL
1906121604151540000042859588
Servidor 1615521





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CONFERE COM ORIGINAL
Maria
Servidor
1615521





Hospital

4

Nome do paciente	Renan Oliveira Ferreira			Nº prontuário
Data operação	16/06/12	Hr.	Enf.	
Operador	Pedro	Mel		Leito
2º auxiliar	-	-	1º auxiliar	Rogério Santos
Anestesista	Cattis	3º auxiliar		Instrumenatador
Diagnóstico pré-operatório	Fratura plato tálus D			
Tipo de operação	Osteotomia ecolise farofus securitaz -			
Diagnóstico pós-operatório	Fractura tálus			
Relatório imediato do patologista				
Exame radiológico no ato				
Acidente durante a operação				

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Fractura tálus tópico plato D.
Tecido ósseo exposto
osteotomia ecolise - artrose,
osteoprose
osteossíntese de tálus.
Injeção de esterco a plâano.
Liberado.
Sutura gencio fibrocepsimétrica

Rogerio Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 1226 - SBOT 1341

X	CIRURGICO MULTIPLO
X	ESTERCO PLANO
X	ABALIZADO
X	(15000003)
X	ERCO CLINICO
X	CIRURGICO
X	661056551
X	ICB 225225
X	CBO 225270
9	DIAS
	SID 5621

CONFERE COM ORIGINAL

marcos

Servidor
1615521

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

					Enfermaria	Leito	Nº prontuario
					Idade	Sexo	Cor
Ronny Oliveira Ferreira					31/12/16	M	F
Pressão arterial sanguínea		P脉搏	Respiração	Temperatura	Peso		
Hematílias		Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Outros		
Urina					Uréia		
respiratório					Asma		Bronquite
circulatório					Eletrocardiograma		
digestivo		Dentes	Pescoço	Ap. urinário			
sistema mental		Ataracicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores		
anamnese pré-operatória					Estado físico	Risco	
anestesias anteriores					Nikos		
classificação pré-anestésica					Aplicada às	Efeito	



SÍMBOLOS

E

ESTAÇÕES

OSIÇÃO

entes

clinica

reação

urgões

metabolismo

na cota.

Cácia V. Bié Mendes
Anestesiologista
CRM 4184 CPF: 027950097-14



RONNY OLIVEIRA FERREIRA, : DX from 06/12/2016

HOSPITAL MACHADINHO - MARINGÁ - PARANÁ
Sexta-feira, 28 de Junho de 2019

16153
SERVIÇO
ARREDO
CONFIRME COM ORIGINA

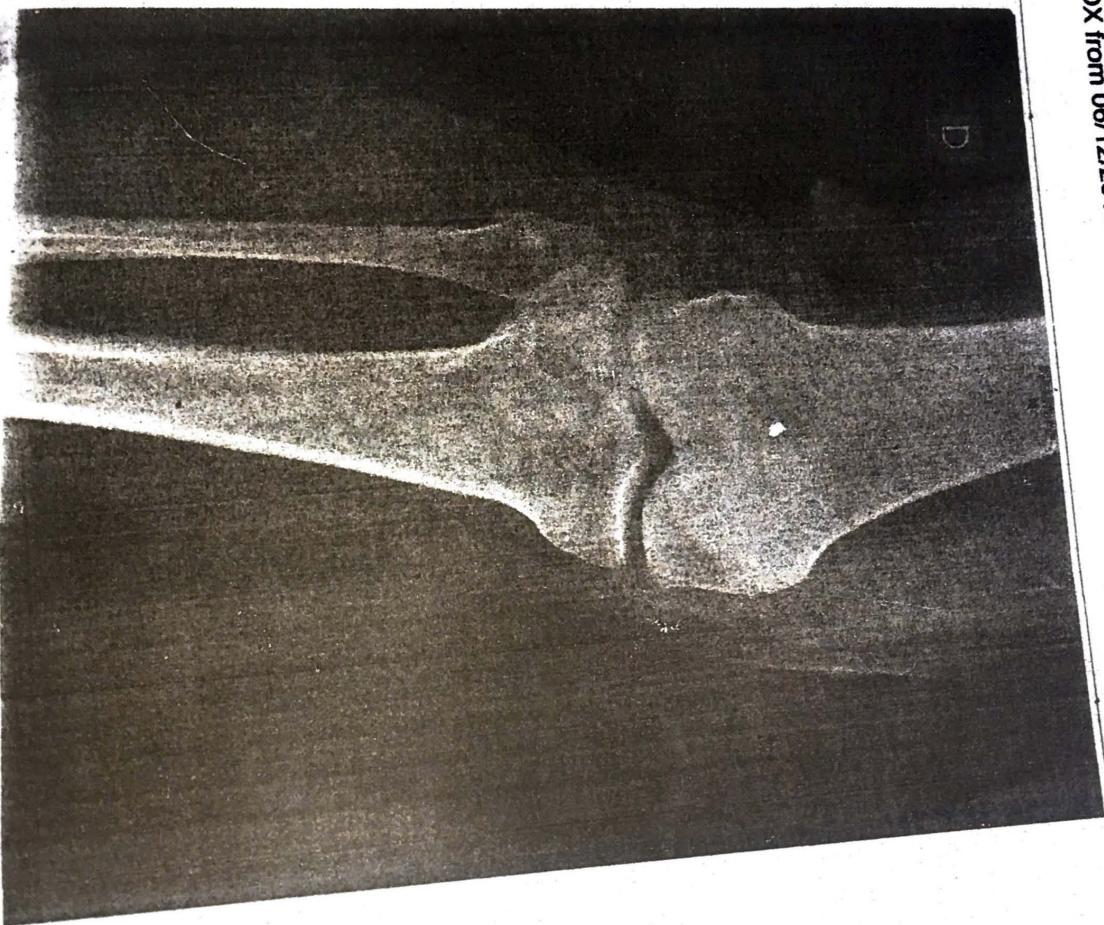


Assinado eletronicamente por: PATRICIA BARBOSA DE LIMA - 28/06/2019 15:36:51
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061216042982700000042859601>
Número do documento: 19061216042982700000042859601

Num. 44330485 - Pág. 4

16

RONNY OLIVEIRA FERREIRA, : DX from 06/12/2016



HOSPITAL MUNICIPAL WILFREDO GOMES
SANTO ANDRÉ - SP - BRASILIA

CONFERE COM ORIGINAL
~~rrro 220~~
1615521
Senior

Magnética
Densitometria Óssea
Raios-x Digital - CR
Mamografia de Alta Resolução Digital - CR
Tomografia Computadorizada Multislice
Ultrasoundografia Geral e com Doppler



INSTITUTO
DE RADILOGIA
DE CAICÓ

Nome do Paciente: **RONNY OLIVEIRA FERREIRA**

Médico Solicitante: -

Data do Exame: **29/06/2017 - 17:07**

Número do Atendimento: **N 6710**

Procedimento: **MUSCULO**

ESQUELETICO^JOELHO

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

sugerindo parafuso de fixação, estendendo-se pelo platô tibial lateral até o medial. Destaca-se irregularidade cortical e condral na superfície articular do platô tibial lateral, com difícil avaliação no presente estudo devido aos artefatos de susceptibilidade magnética, sugerindo provável área de infradesnívelamento central na superfície articular.

- Alteração de sinal e irregularidade do contorno notadamente do corno anterior e corpo do menisco lateral, estando o corpo extruso em relação ao interlinha articular, com amputação da margem livre, sugerindo rotura meniscal, associado a edema perimeniscal.
- Pequeno derrame articular, associado a espessamento sinovial na região suprapatelar, com pequenos corpos livres.
- Condropatia patelar grau II; condropatia em moderado grau na tróclea femoral.
- Edema do tecido subcutâneo predominando na região anterior do joelho.

Laudo gerado no dia: 07/07/2017 15:33. Uma cópia digital encontra-se disponível acessando o link <https://validar.wberad.com.br/> e utilize a data/hora e chave: wEbWAJpA para acesso.

Flávio C. Medeiros

Laudado Por:
Flávio Cunha de Medeiros
CRM-RN 5515 / RADIOLOGISTA

Hospital Tiago Dias
Rua Manoel Elpídio, S/N - Penedo - Caicó/RN
(84) 3417 - 1252

Pag. 2 d

Magnética
metria Óssea
x Digital - CR
nografia de Alta Resolução Digital - CR
nografia Computadorizada Multislice
ltrassonografia Geral e com Doppler



INSTITUTO
DE RADILOGIA
DE CAICÓ

Nome do Paciente: RONNY OLIVEIRA FERREIRA

Médico Solicitante: -

Data do Exame: 29/06/2017 - 17:07

Número do Atendimento: N 6710

Procedimento: MUSCULO
ESQUELETICO^JOELHO

RESONÂNCIA MAGNÉTICA

RESONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de ressonância magnética de 0,35 Tesla, com aquisição de imagens em seqüências multiplanares com bobinas específicas, ponderadas em T1, T2, DP e STIR.

RELATÓRIO:

Ligamentos cruzados e colaterais íntegros.

Meniscos medial com morfologia e intensidade de sinal habitual.

Sequela de fratura cominutiva na região metafísaria do platô tibial lateral, consolidada, com artefato de susceptibilidade magnética sugerindo parafuso de fixação, estendendo-se pelo platô tibial lateral até o medial. Destaca-se irregularidade cortical e condral na superfície articular do platô tibial lateral, com difícil avaliação no presente estudo devido aos artefatos de susceptibilidade magnética, sugerindo provável área de infradesnívelamento central na superfície articular.

Alteração de sinal e irregularidade do contorno notadamente do corno anterior e corpo do menisco lateral, estando o corpo extruso em relação à interlinha articular, com amputação da margem livre, sugerindo rotura meniscal, associado a edema perimeniscal.

Pequeno derrame articular, associado a espessamento sinovial na região suprapatelar, com pequenos corpos livres nessa região, medindo até 0,8 cm.

Tendão do quadriceps femoral e ligamento patelar preservados.

Patel a normoposicionada com o joelho em extensão. Patela do tipo II de Wiberg.

Irregularidade condral superficial no terço inferior da patela, sem edema subcondral, denotando condropatia grau II.
Moderado afilamento e irregularidade condral na tróclea femoral, sem edema subcondral, denotando condropatia em moderado grau.

Demais superfícies condrais preservadas.

Fossa poplitea livre.

Ventres musculares tróficos.

Demais estruturas ósseas preservadas.

Edema do tecido subcutâneo predominando na região anterior do joelho.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Sequela de fratura cominutiva na região metafísaria do platô tibial lateral, consolidada, com artefato de susceptibilidade magnética

Flávio C. Medeiros

Laudado Por:
Flávio Cunha de Medeiros
CRM-RN 5515 / RADIOLOGISTA

Hospital Tiago Dias
Rua Manoel Elpídio, S/N - Penedo - Caicó/RN
(84) 3417 - 1252

Pag. 1 de

Num. 44330488 - Pág. 2



Magnetismo
Densitometria Óssea
Raio-x Digital - CR
Mamografia de Alta Resolução Digital - CR
Tomografia Computadorizada Multislice
Ultrassonografia Geral e com Doppler



INSTITUTO
DE RADILOGIA
DE CAICÓ

RONNY OLIVEIRA FERREIRA

CAICÓ - RN

DR. (A) ?

09 01 2018

RX DO JOELHO DIREITO

RAIOS-X DIGITAL COMPUTADORIZADO

- Lesão lítica no platô tibial lateral do joelho direito.
- Presença de parafuso metálico.
- Redução dos espaços articulares.

H.D.: CONDILARTROSE.

Sugerimos melhor avaliação com TC.

Caicó - RN, 10 de Janeiro de 2018.

DR. VALDEMAR CORDEIRO FILHO
CPF: 043.991.374-87
CRM: 613/RN
Ass. Digitalizada

Hospital Tiago Dias
Rua Manoel Elpídio, S/N - Penedo - Caicó/RN
(84) 3417 - 1252



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RN **Nº 013971968030**

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	00181088371		2018
NOME			
JANNY CRISTY GARCIA DE MEDEIROS			
CPF / CNPJ		PLACA	
024.802.004-85		NNQ2049	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
NNQ2049 / RN		9C2JC4220AR100100	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PASSEIRO/MOTONETA/NAO APPLICAVEL		GASOLINA	
MARA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/BIZ 125 ES		2009	2010
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	
0CV/124 CILINDRADAS		PARTICULAR	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
I	R\$ 0.00	22/08/2018	1º PAGO
P	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2º PAGO
V	002006 3X	R\$ *****	3º PAGO
A			
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO			
*** LICENCIAMENTO DETAN: PAGO *** DPVAT: PAGO			
OBSERVAÇÕES			
MOTOR: JC42E2A100100			
DATA		23/08/2018	
CNPJ/RN			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN Nº 013971968030 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

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

www.seguradoraalider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 23/08/2018

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	024.802.004-85	NNQ2049
RENAVAM	MARA / MODELO	
00181088371	HONDA/BIZ 125 ES	
ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2009	9	9C2JC4220AR100100

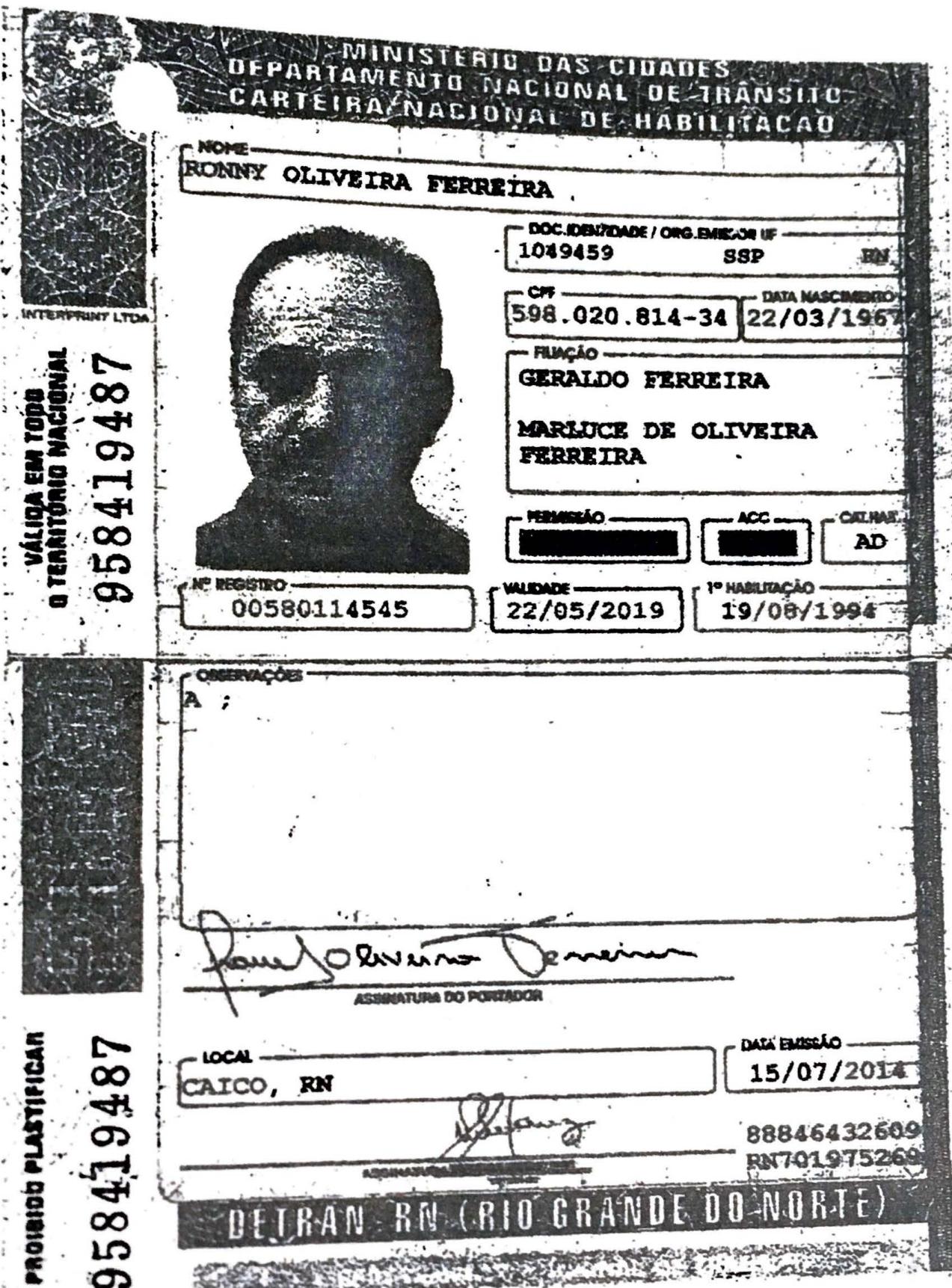
PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
PAGAMENTO		
<input type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

2018



Assinado eletronicamente por: PATRICIA BARBOSA DE LIMA - 28/06/2019 15:36:53
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061216044348200000042859615>
Número do documento: 19061216044348200000042859615

Num. 44330499 - Pág. 2

RONNY OLIVEIRA FERREIRA

Data Nasc.: 22/03/1967 - Sexo: M

705 0092 3189 2857



DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.
Em caso de roubo ou perda comunique ao Disque Saúde.
VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

SUS





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO
PRAZO DE PAGAMENTO: 15/01/2019
VALOR TOTAL DA Fatura: R\$ 62,29
115
34219993

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
IMPRESSO EM 15/01/2019 AS 07:18:47

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA:

MÊS / ANO

8772380

01/2019

RONNY OLIVEIRA FERREIRA
RUA VILMAR DANTAS DA COSTA, N. 21 NOVA
DESCOBERTA CAICO RN 59300-000

INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
	16	16	RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO
411.001.039.0185.000	16	16	1

HIDROMETRO

SITUAÇÃO ÁGUA
LIGADO

SITUAÇÃO ESGOTO
POTENCIAL

CONSUMO ÁGUA (M³): 15

DATA LEITURA: 15/01/2019

LEIT. ATUAL: 43

LEIT. ANT.: 28

DIAS CONSUMO: 32

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MÉDIA
12/2018	14	10/2018	10	08/2018	8	11
11/2018	14	09/2018	12	07/2018	10	

DESCRICAÇÃO

ÁGUA

RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(1)
ATE 10 M³ - R\$ 39,99 POR UNIDADE
11 M³ A 15 M³ - R\$ 4,46 POR M³

CONSUMO

TOTAL(R\$)

10 M³ 39,99
5 M³ 22,30

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	62,29	1,65	1,03
COFINS	62,29	1,6	4,73
			62,29

VENCIMENTO:

23/01/2019

TOTAL A PAGAR:





Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2017
Carta n°: 10772667

A/C: RONNY OLIVEIRA FERREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170170957 ASL-0117433/17
Vitima: RONNY OLIVEIRA FERREIRA
Data Acidente: 06/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 20/03/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 06/12/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Sinistro: 31701709557 ASL – 0117433/17
Vítima: Ronny de Oliveira Ferreira
CPF: 598.020.814-34

Prezados,

Venho através desta, fazer uma reclamação quanto ao andamento do meu processo Sinistro nº 31701709557 ASL – 0117433/17, visto que o mesmo arrasta-se há mais de um ano sem que até o momento vislumbre chances de ver meu direito assegurado.

O setor técnico deste órgão não tem tomado as medidas urgentes e necessárias para assegurar o meu direito, pedindo constantemente e repetidamente documentos, os quais busco apresentar sempre com a maior brevidade possível, somente para posteriormente ser solicitado o envio dos mesmos documentos novamente.

Inesperadamente o que está sendo demonstrado por parte deste órgão é o descaso com a situação em que se encontra um cidadão de bem, que busca sempre o direito que lhe assiste em razão de um acidente ao qual fomos acometido.

O meu caso tem a necessidade de ser averiguado através de perícia deste órgão e até o momento não fui encaminhado para a mesma com a alegação de que tenho que comprovar que o IML da cidade onde ocorreu o acidente, no caso Caicó/RN, não realizou perícia para o DPVAT, o que já comprovei através de declaração emitida pelo IML de Caicó/RN e que enviei para setor técnico deste órgão, a qual anexo nesta oportunidade, sem no entanto obter marcação da perícia necessária.

Solicito dos ilustres senhores o agendamento da perícia a qual tenho direito, com a maior brevidade possível, para que assim sejam comprovadas as sequelas provenientes do acidente de trânsito que sofri e dessa forma ver meu direito ser assegurado.

Agradeço antecipadamente a atenção prestada na solução do meu processo.

Ronny de Oliveira Ferreira.

N, 05 de Fevereiro de 2018.



Assinado eletronicamente por: PATRICIA BARBOSA DE LIMA - 28/06/2019 15:36:54

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061216045736300000042859627>

Número do documento: 19061216045736300000042859627

Num. 44330512 - Pág. 2



DPVAT

Lesão Corporal

Informamos que os Exames de Lesão Corporal – DPVAT somente serão realizados se estiverem relacionados com PROCEDIMENTOS CRIMINAIS.

Na guia de solicitação da Polícia Civil, deverá vir especificado o procedimento criminal (nº do IP - Inquérito Policial ou Termo Circunstancial de Ocorrência – TCO) o qual o exame faz parte.

Os exames DPVAT que não relações com procedimentos criminais e são provenientes de causas cíveis deverão ser realizados por médicos prestadores de serviços da própria Seguradora.



Assinado eletronicamente por: PATRICIA BARBOSA DE LIMA - 28/06/2019 15:36:54
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061216045736300000042859627>
Número do documento: 19061216045736300000042859627

Num. 44330512 - Pág. 3



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE PERÍCIA
SUBCOORDENADORIA REGIONAL DO SERIDÓ-CAICÓ/RN



INFORMAÇÃO

Informamos ao Sr Ronny Oliveira Ferreira, RG nº 1.049.459, CPF nº 598.020.814-34, que os Exames de Lesão Corporal – DPVAT somente serão realizados se estiverem relacionados com “Procedimentos Criminais”.

Informamos ainda, que os exames DPVAT que não são relacionados com procedimentos criminais e são provenientes de causas cíveis deverão ser realizados por médicos prestadores de serviços da própria seguradora.

Jaime da Costa Cirne Filho
Mat. 75.112.0
ITEP/CAICÓ-RN

Rua Severiano A. da Costa S/N – Bairro Samanaú – Cep: 59-300-000 - Caicó-RN
Contatos: Fone: (84) – 3421-6130/e-mail: itepregionalcaico@gmail.com



Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12380516

A/C: RONNY OLIVEIRA FERREIRA

Nº Sinistro: 3170170957
Vítima: RONNY OLIVEIRA FERREIRA
Data do Acidente: 06/12/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: RONNY OLIVEIRA FERREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000006586

Conta: 0000000706-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





MUNICÍPIO DE CAICÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE TRIBUTAÇÃO E FINANÇAS
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Nº da Nota 000003541	Nº da Substituída
Data/Hora de Emissão 09/01/2018 às 16:34:24	Competência JAN/2018
Código de Verificação IJFM67578	Data Prest. de Serviço 09/01/2018

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CNPJ: 09.376.435/0001-00 **Inscrição Municipal:** 000.283-6

Razão Social: INSTITUTO DE RADIOLOGIA DE CAICO LTDA - EPP

Endereço: RUA MANOEL ELPIDIO 178 59300-000 PENEDO PAVILHÃO 2

Municipio: CAICÓ **UF:** RN

Telefone: 84-34171252 **E-mail:** institutoderadiologia10@hotmail.com

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: RONNY OLIVEIRA FERREIRA

CPF/CNPJ/PAS: 598.020.814-34

Inscrição Municipal:

Endereço: RUA VILMAR DANTAS 21 59300-000 NOVA DESCOPERTA

Municipio: CAICO **UF:** RN

Telefone: 84996060647 **E-mail:**

SERVIÇOS

4.03-HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÓMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.

ITEM	DESCRÍÇÃO	QUANT.	VLR. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	RX DO JOELHO DIREITO	1.0	60,00	60,00

VALOR TOTAL DA NFS-e R\$: 60,00

Deduções (R\$)	Base Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	60,00	5,00	3,00	0,00
INSS (R\$)	IRPJ (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

PAG C/CARTÃO REDE MASTERCARD CREDITO A VISTA





MUNICÍPIO DE CAICÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE TRIBUTAÇÃO E FINANÇAS
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Nº da Nota 000002995	Nº da Substituída
Data/Hora da Emissão 16/06/2017 às 15:20:01	Competência JUN/2017
Código de Verificação NUXA66194	Data Prest. de Serviço 16/06/2017

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CNPJ: 09.376.435/0001-00 Inscrição Municipal: 000.283-6

Razão Social: INSTITUTO DE RADIOLOGIA DE CAICO LTDA - EPP

Endereço: RUA MANOEL ELPIDIO S/N 59300-000 PENEDO PAVILHÃO 2

Município: CAICÓ UF: RN

Telefone: 84-34171252 E-mail: institutoderadiologia10@hotmail.com

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: RONNY OLIVEIRA FERREIRA

CPF/CNPJ/PAS: 598.020.814-34

Inscrição Municipal:

Endereço: RUA VILMAR DANTAS 21 59300-000 NOVA DESCOPERTA

Município: CAICO

UF: RN

Telefone: 84996060647

E-mail:

SERVIÇOS

4.03-HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÓMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.

ITEM	DESCRÍÇÃO	QUANT.	VLR. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	RX PERNAS D	1,0	80,00	80,00

VALOR TOTAL DA NFS-e R\$: 80,00

Deduções (R\$)	Base Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	80,00	5,00	4,00	0,00
INSS (R\$)	IRPJ (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

PGTO C/CARTÃO REDE MASTER -CRÉD. A VISTA



Recibo Médico

R\$ 200,00

Recebi de Ronny Oliveira Ferreira com CPF 598.020.814-34 á importância de R\$200,00 (Duzentos reais) consulta particular com a Ortopedista, no Pronto Atendimento da Unimed.

Para constar firmo o presente recibo.

Caicó/RN 05 de Junho de 2017.

Dr. Handerson Araujo
Ortopedia
CRM-RN 6293 TOT 14238

Dr.Handerson Araujo
CPF 046.237.014-33
CRM 6293/RN

Rua Manoel Elpídio S/N -Penêdo
Caicó RN



 <p>MUNICÍPIO DE CAICÓ SECRETARIA MUNICIPAL DE TRIBUTAÇÃO E FINANÇAS NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e</p>	Nº da Nota 000003552	Nº da Substituída
	Data/Hora de Emissão 11/01/2018 às 14:00:03	Competência JAN/2018
	Código de Verificação MAPF19371	Data Prest. de Serviço 11/01/2018

PRESTADOR DE SERVIÇOS

	CNPJ: 09.376.435/0001-00	Inscrição Municipal: 000.283-6
Razão Social: INSTITUTO DE RADIOLÓGIA DE CAICÓ LTDA - EPP		
Endereço: RUA MANOEL ELPÍDIO 178 59300-000 PENEDO PAVILHÃO 2		
Município: CAICÓ	UF: RN	
Telefone: 84-34171252	E-mail: institutoderadiologia10@hotmail.com	

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: RONNY OLIVEIRA FERREIRA	Inscrição Municipal:
CPF/CNPJ/PAS: 598.020.814-34	Inscrição Municipal:
Endereço: RUA VILMAR DANTAS 21 59300-000 NOVA DESCOBERTA	
Município: CAICÓ	UF: RN
Telefone: 84996060647	E-mail:

SERVIÇOS

4.03-HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÓMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONSÉNERES.

ITEM	DESCRÍÇÃO	QUANT.	VLR. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	RX DO ABDOMEN	1,0	60,00	60,00

VALOR TOTAL DA NFS-e R\$: 60,00

Descrições (%)	Base Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	60,00	5,00	3,00	0,00
INSS (R\$)	IRPJ (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

PAG C/CARTAO REDE MASTERCARD CREDITO A VISTA



PROCURAÇÃO

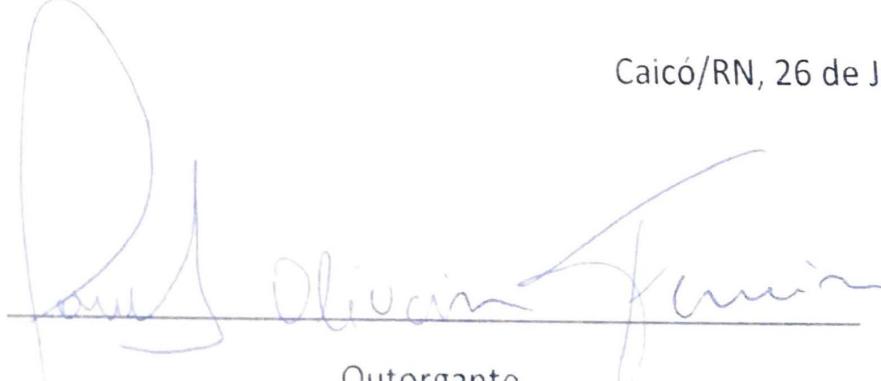
Outorgante: **RONNY OLIVEIRA FERREIRA**, brasileiro, casado, maior, capaz, cédula de Identidade nº 1049459 SSP/RN, CPF nº 598.020.814-34, residente e domiciliado na Rua Vilmar Dantas, nº 21, bairro Nova Descoberta, Caicó-RN, CEP 59.300-000, celular (84) 99606-0647; representado por sua procuradora e Advogada, com procuração junta, **PATRÍCIA BARBOSA DE LIMA**, brasileira, solteira, Advogada inscrita na OAB/RN 15657-B;

Outorgados: **LEONARDO RONNY FERNANDES**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN Nº 16.489, telefone (84) 9.9623-1188; **PATRÍCIA BARBOSA DE LIMA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/RN Nº 15657-B, telefone (84) 9.9818-1445; todos com Escritório Profissional infraescrito.

Poderes: O(a) Outorgante concede aos Outorgados a cláusula *ad judicia et extra*, dando-lhes amplas e gerais poderes, a fim de que possam defendê-lo(a) perante qualquer juízo, instância, tribunal, repartições públicas municipais, estaduais, federais, autarquias, fundações ou paraestatais, podendo propor contra quem de direito *in solidum*, as ações competentes até final do julgamento, usando os recursos legais, acompanhando o feito em todos os seus trâmites, podendo para tanto, apresentarem declarações, cederem ou transferirem direitos, promoverem propostas, confessarem, darem quitação, assinarem inclusive substabelecerem a presente, com ou sem reservas de poderes, com igual teor e validade, e em especial, proporem o que de direito se fizer necessário no Processo Cível que move perante a ____^a Vara da Comarca de Caicó-RN.

Poderes específicos: A presente Procuração outorga aos Advogados acima citados, os poderes para, em nome do Outorgante, receberem citação, confessarem, reconhecerem a procedência do pedido, transigirem, desistirem, renunciarem a valores, renunciarem ao direito sobre o qual se funda a ação, receberem, darem quitação, firmarem compromisso, pedirem a Justiça Gratuita e assinarem declaração de hipossuficiência econômica, podendo substabelecerem os poderes específicos acima outorgados, sem prévia notificação ao Outorgante.

Caicó/RN, 26 de Junho de 2019



Outorgante





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
3ª Vara da Comarca de Caicó
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0802368-76.2019.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: RONNY OLIVEIRA FERREIRA

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

DESPACHO

Considerando o teor do art. 99, §2º do CPC/15, intime-se o(a)(s) requerente(s) para que, no prazo de 15 (quinze) dias, junte(m) aos autos comprovante de rendimentos e/ou outros documentos que comprovem a sua condição de parte economicamente hipossuficiente.

Decorrido o prazo com ou sem manifestação, retornem os autos conclusos para decisão.

Publique-se. Intime-se. Cumpra-se.

Diligências e expedientes necessários.

Caicó/RN, data do sistema.

Juiz **LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA**

Titular da 3ª Vara de Caicó



Assinado eletronicamente por: LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA - 16/09/2019 17:48:49
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091617484978600000046937821>
Número do documento: 19091617484978600000046937821

Num. 48550455 - Pág. 1



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
3ª Vara da Comarca de Caicó
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0802368-76.2019.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: RONNY OLIVEIRA FERREIRA

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

DESPACHO

Considerando o teor do art. 99, §2º do CPC/15, intime-se o(a)(s) requerente(s) para que, no prazo de 15 (quinze) dias, junte(m) aos autos comprovante de rendimentos e/ou outros documentos que comprovem a sua condição de parte economicamente hipossuficiente.

Decorrido o prazo com ou sem manifestação, retornem os autos conclusos para decisão.

Publique-se. Intime-se. Cumpra-se.

Diligências e expedientes necessários.

Caicó/RN, data do sistema.

Juiz **LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA**

Titular da 3ª Vara de Caicó



Assinado eletronicamente por: LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA - 16/09/2019 17:48:49
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091617484978600000046937821>
Número do documento: 19091617484978600000046937821

Num. 50368898 - Pág. 1

**EXCELENTEÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 3^a VARA DA COMARCA
DE CAICÓ- RN**

Processo nº 0802368-76.2019.8.20.5101

RONNY OLIVEIRA FERREIRA, já qualificado nos autos da AÇÃO que move em face de SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., por sua procuradora subscrita, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência requerer *a juntada da declaração de hipossuficiência.*

Termos em que pede deferimento.

Caicó, 25 de novembro de 2019

**PATRÍCIA BARBOSA DE LIMA
OAB/RN 15657B**



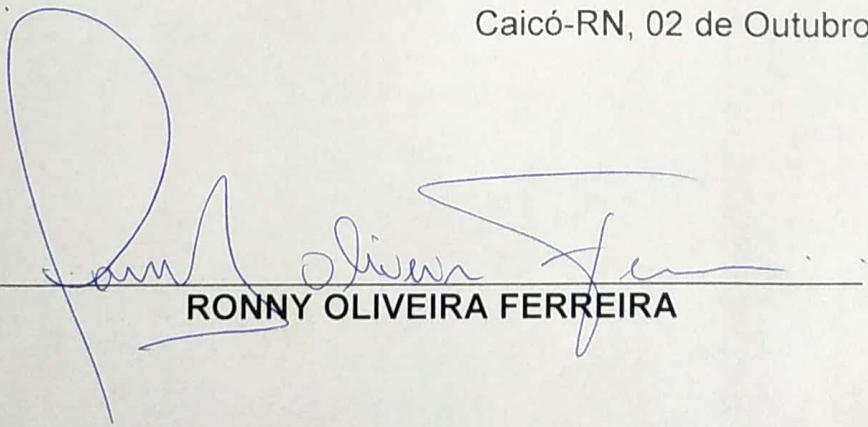
Assinado eletronicamente por: PATRICIA BARBOSA DE LIMA - 25/11/2019 15:11:10
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112515111008800000049402288>
Número do documento: 19112515111008800000049402288

Num. 51182447 - Pág. 1

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **RONNY OLIVEIRA FERREIRA**, brasileiro, casado, almoxarife maior, capaz, portador do RG nº 1049459 SSP/RN e CPF nº 598.020.814-34, residente e domiciliado na Rua Vilmar Dantas, nº 21, bairro Nova Descoberta, Caicó-RN, CEP 59.300-000; DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil. Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Caicó-RN, 02 de Outubro de 2019



RONNY OLIVEIRA FERREIRA

Scanned by CamScanner





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
3ª Vara da Comarca de Caicó
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0802368-76.2019.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: RONNY OLIVEIRA FERREIRA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Inicialmente, defiro o pedido de assistência judiciária gratuita, por entender que a parte autora preenche os requisitos do art. 98 e seguintes do CPC/2015.

Ademais, prevê o art. 334 do Código de Processo Civil que caso a petição inicial preencha os requisitos essenciais e não seja o caso de improcedência liminar do pedido, a requerida será citada e intimada para audiência de conciliação ou mediação (CPC, art. 334).

Não obstante, na presente demanda a parte autora alega ter sido vítima de acidente de trânsito e que em razão disso sofreu intervenções em membro do corpo permanentemente comprometedoras de parte ou da totalidade de suas funções, fazendo jus, portanto, ao recebimento de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT.

A prática forense demonstra que, em demandas desse tipo, somente são ajuizados os casos em que os seguros não foram pagos ou, se pagos, não atenderam à expectativa dos envolvidos quanto ao grau de invalidez pertinente, tendo em vista que não há nenhuma informação ao beneficiário dos critérios médicos usados.

É, portanto, necessário ao esclarecimento do caso a realização de perícia médica que determine, com precisão, a graduação da debilidade do postulante, para que se possa quantificá-la de acordo com a tabela anexa à Lei nº 6.194/74 e Súmula 474 do STJ.

No presente caso, portanto, afigurar-se-ia infrutífera uma prévia tentativa de conciliação e mediação antes de saber a extensão exata do dano, a fim de para adaptá-lo à tabela oficial, o que resultaria em medida ineficaz, tanto que a usual prática de mutirões de conciliação referentes à ações judiciais envolvendo seguro DPVAT acontecem com a realização simultânea de perícia médica para determinação do tipo e grau de lesão.

Neste contexto, a perícia não é apenas essencial para a solução do mérito, mas sim para a própria conciliação prévia, sendo então medida elementar para a celeridade processual dispensar, momentaneamente, a audiência a que se refere o art. 334 do CPC, postergando a sua realização para momento oportuno.

Ante o exposto, proceda-se à citação da parte ré, para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, alertando-a da regra do art. 344 do NCPC.

Caso haja contestação e havendo nesta arguição de preliminar ou fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (NCPC, artigos 350 e 351), dê-se vistas ao autor, através de seu advogado, a fim de que se pronuncie a respeito, no prazo de 15 (quinze) dias, procedendo sempre a Secretaria conforme o disposto no art. 203, § 4º, do NCPC.

Na hipótese de a citação não ser levada a efeito, intime-se igualmente o autor, por seu advogado, no prazo supra, para se pronunciar sobre a diligência negativa.

Com ou sem contestação ou, após a manifestação sobre a contestação, se for o caso, faça-se conclusão.

Publique-se. Intimem-se. Cumpra-se.

Diligências e expedientes necessários.

Juiz LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA

Titular da 3ª Vara de Caicó



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
3ª Vara da Comarca de Caicó
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0802368-76.2019.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: RONNY OLIVEIRA FERREIRA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

ATO ORDINATÓRIO

Considerando o que consta no Código de Normas da Corregedoria de Justiça do RN (Provimento nº 154/2016 - CJ/TJRN), na forma da lei e conforme determinação judicial prolatada nestes autos, de ordem do Juiz LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA, fica Vossa Senhoria **citado(a)** acerca do inteiro teor da petição inicial e de eventuais documentos que a instruem, com prazo de 15 dias para resposta.

ADVERTÊNCIA: Nos termos do artigo 344 do Código de Processo Civil, se o réu não contestar a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor.

MARCUS CESAR DOS SANTOS BEZERRA

Chefe de Secretaria

De ordem do MM. Juiz de Direito, conforme disposto no artigo 250 do CPC/15



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
3ª Vara da Comarca de Caicó
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0802368-76.2019.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: RONNY OLIVEIRA FERREIRA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Inicialmente, defiro o pedido de assistência judiciária gratuita, por entender que a parte autora preenche os requisitos do art. 98 e seguintes do CPC/2015.

Ademais, prevê o art. 334 do Código de Processo Civil que caso a petição inicial preencha os requisitos essenciais e não seja o caso de improcedência liminar do pedido, a requerida será citada e intimada para audiência de conciliação ou mediação (CPC, art. 334).

Não obstante, na presente demanda a parte autora alega ter sido vítima de acidente de trânsito e que em razão disso sofreu intervenções em membro do corpo permanentemente comprometedoras de parte ou da totalidade de suas funções, fazendo jus, portanto, ao recebimento de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT.

A prática forense demonstra que, em demandas desse tipo, somente são ajuizados os casos em que os seguros não foram pagos ou, se pagos, não atenderam à expectativa dos envolvidos quanto ao grau de invalidez pertinente, tendo em vista que não há nenhuma informação ao beneficiário dos critérios médicos usados.

É, portanto, necessário ao esclarecimento do caso a realização de perícia médica que determine, com precisão, a graduação da debilidade do postulante, para que se possa quantificá-la de acordo com a tabela anexa à Lei nº 6.194/74 e Súmula 474 do STJ.

No presente caso, portanto, afigurar-se-ia infrutífera uma prévia tentativa de conciliação e mediação antes de saber a extensão exata do dano, a fim de para adaptá-lo à tabela oficial, o que resultaria em medida ineficaz, tanto que a usual prática de mutirões de conciliação referentes à ações judiciais envolvendo seguro DPVAT acontecem com a realização simultânea de perícia médica para determinação do tipo e grau de lesão.

Neste contexto, a perícia não é apenas essencial para a solução do mérito, mas sim para a própria conciliação prévia, sendo então medida elementar para a celeridade processual dispensar, momentaneamente, a audiência a que se refere o art. 334 do CPC, postergando a sua realização para momento oportuno.

Ante o exposto, proceda-se à citação da parte ré, para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, alertando-a da regra do art. 344 do NCPC.

Caso haja contestação e havendo nesta arguição de preliminar ou fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (NCPC, artigos 350 e 351), dê-se vistas ao autor, através de seu advogado, a fim de que se pronuncie a respeito, no prazo de 15 (quinze) dias, procedendo sempre a Secretaria conforme o disposto no art. 203, § 4º, do NCPC.

Na hipótese de a citação não ser levada a efeito, intime-se igualmente o autor, por seu advogado, no prazo supra, para se pronunciar sobre a diligência negativa.

Com ou sem contestação ou, após a manifestação sobre a contestação, se for o caso, faça-se conclusão.

Publique-se. Intimem-se. Cumpra-se.

Diligências e expedientes necessários.

Juiz LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA

Titular da 3ª Vara de Caicó