

Vide art. 31, II da Lei nº 11.945/2009 e atualizações

a) Se a etiologia ou origem causal das lesões existentes na pessoa requerente é compatível com acidente com veículo automotor de via terrestre? _____.

b) Quais as lesões ou disfunções ocorridas? _____.

c) Nos termos do art. 3º, *caput*¹, da Lei nº 6.194/1974, se há **invalidez permanente**, isto é, **dano(s) anatômico e/ou funcional definitivo(s) (sequelas), não passível(is) de reversão terapêutica**, descrevendo-o(s) então detalhadamente; _____.

d) Qual(is) o(s) segmento(s) corporal(s) atingidos?; Percentual em desfavor do órgão vinculado? _____.

e) Nos termos do art. 3º, § 1º², da Lei nº 6.194/1974, incluído pela Lei nº 11.945/2009, bem como da respectiva tabela anexa que acompanha esta lei, se a **invalidez permanente foi total** (repercussão na íntegra do patrimônio físico e/ou mental) ou **parcial** (repercussões em partes de membros superiores e inferiores); _____.

f) Em caso de invalidez total, **quais os segmentos corporais atingidos, nos termos da tabela que menciona os danos sofridos, conforme a Norma Legal supra?** _____.

g) De acordo com o art. 3º, § 1º, incisos I e II³, da Lei nº 6.194/1974, **em caso de invalidez parcial**, se ocorreu **invalidez parcial completa**, atingindo de forma **completa** todo um segmento corporal (ou mais de um), ou **invalidez parcial incompleta**, atingindo de forma **incompleta**, descrevendo-o(s) então detalhadamente; _____.

h) De acordo com esse citado inciso II, da Lei nº 6.194/1974, bem como da respectiva tabela anexa, **em caso de invalidez parcial incompleta**, se a **repercussão da lesão na anatomia e/ou funcionalidade do segmento corporal foi intensa (75%), média (50%), leve (25%) ou residual (10%)**; _____.

i) Finalmente, **se, eventualmente, a lesão segmentar foi de tal monta que atingiu a funcionalidade de todo o respectivo membro**: (Exs.: Invalidez permanente em *ombro* comprometadora da funcionalidade de todo o *membro superior*; Invalidez permanente em *joelho* ou *tornozelo* comprometadora da funcionalidade de todo o *membro inferior*, etc). _____.

Caicó-RN, 18 de Outubro de 2019.

Kelly Maria Medeiros do Nascimento
Advogada OAB/RN – 7.469

Vba:



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Geraldo Silvano de Lima, brasileira, casado, vendedor, Portador do RG de nº 755.189 – SSP/RN e, Inscrito no CPF/MF sob o nº 369.911.804-59, residente e domiciliado na Rua Major Lula, 782, Paraíba, Caicó, CEP.: 59300-000, telefone nº 84 – 99645-9797, Nomeia e Constitui poderes a **Outorgada: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO**, brasileira, casada, advogada com OAB/RN sob o nº 7.469; podendo ser intimada na Rua André Sales, 130, Paulo VI, Caicó-RN – CEP nº 59300-000 - Próximo ao Hospital Regional do Seridó - SESP, Telefones: 84-3417-2265, 84-99801-5199 e 84-98887-0543 – E-mail: caicoseguros@gmail.com e caicodpvat@hotmail.com, as quais conferem amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula "ad Judicia", art. 38 parte final do CPC, **COM FIM ESPECIAL DE PATROCINAR A DEFESA DO (A) OUTORGANTE, junto ao processo na Comarca de CAICÓ/RN**, podendo as outorgadas, confessar, assinar, desistir, propor acordo, receber e dar quitação, receber quaisquer quantias derivada de condenação, transigir, apresentar réplica, oposições, firmar, apresentar recurso e contra razões, e ainda requerer seguro de vida, junto bem como, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo ainda levantar alvará judicial, acompanhar todo processo até o final do julgamento, representado ainda os interesses do outorgante, podendo ajuizar apelação, ou, qualquer outro remédio jurídico competente, junto ao **Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte**, para garantir o direito do outorgante, e finalmente, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato.

- CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS -

Pelo presente contrato firmado entre os contratantes, fica estabelecido o pagamento dos honorários advocatícios, pagos pelo outorgante, em favor da outorgada, os quais deverão ser pagos na base de **30% (trinta por cento)**, sobre o valor bruto da condenação final apurado em liquidação de sentença, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, em favor do contratado, conforme pacto através do presente instrumento, nos termos do **art.22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994**. Contratam ainda as partes que em caso de desistência da ação, ou, ainda renuncia dos poderes do (a) contratante em favor de outro (a) causídico (a), nada impede e obsta o pagamento dos honorários contratuais, nos mesmos valores acima citados, tudo em conformidade com o disposto no art. 14 do Estatuto da OAB, sem prejuízo dos honorários sucumbenciais, conforme determina a Lei. Nada mais a constar lavro o presente para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Caicó-RN/09 de Abril de 2019.

Outorgante:

Geraldo Silvano de Lima

* Isento de reconhecimento de Firma, em face de Lei nº 8.952, de 13/12/1994, que dá nova redação ao art. 38 do CPC.



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Geraldo Silvano de Lima, brasileira, casado, vendedor, Portador do RG de nº 755.189 – SSP/RN e, Inscrito no CPF/MF sob o nº 369.911.804-59, residente e domiciliado na Rua Major Lula, 782, Paraíba, Caicó, CEP.: 59300-000, telefone nº 84 – 99645-9797. Declaro para os devidos fins de Direito que se fizerem necessários, em **AÇÃO DE INDENIZAÇÃO – INVALIDEZ/COMPLEMENTO**, que sou pobre na forma da lei, não tendo condições financeiras de prover as despesas e custas processuais com a demanda. Declaro, ainda, ser conhecedora das sanções administrativas, Cíveis e Criminais, caso o presente não retrate a verdade dos fatos. Nada mais a declarar, lavro o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Caicó-RN, 09 de Abril de 2019.



Declarante

CPF nº 369.911.804-59.

Via



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

GERALDO SILVANO DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
755189 SSP RN

CPF
369.911.804-59

DATA NASCIMENTO
18/05/1964

FILIAÇÃO
ROLDÃO SILVANO DE LIMA
FRANCISCA NELSA DA SILVA

PERMISSÃO
AC

CAT. HAB.
AC

Nº REGISTRO
00650842007

VALIDADE
06/07/2022

1ª HABILITAÇÃO
25/10/1989

OBSERVAÇÕES
A

Geraldo Silvano de Lima

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAICO, RN

DATA EMISSÃO
11/07/2017

Leticia Maria Galvão Gomes

Leticia Maria Galvão Gomes
Coordenador de Registro de Condutores

ASSINATURA DO EMISSOR

52115445486
RN702647359

RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1482155685

PROIBIDO PLASTIFICAR
1482155685





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1266 - FIC, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4592

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO

115
34219993

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
IMPRESSO EM 04/10/2018 ÀS 07:11:31

MATRÍCULA: 916935 MÊS/ANO: 10/2018

DADOS DO CLIENTE						
GERALDO SILVANO DE LIMA RUA MAJOR LULA, N, 782 - PARAIBA CAÍCO RN 59300-000						
INSCRIÇÃO 411.003.420.0121.000		ROTA 25	SEQ.ROTA 6549	QUANTIDADE DE ECONOMIAS RESIDENCIAL 1 COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO		
HIDRÔMETRO Y13T352240	SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO		SITUAÇÃO ESGOTO FACTIVEL			
CONSUMO ÁGUA (M3): 2			DATA LEITURA: 04/10/2018 LEIT. ATUAL: 305 LEIT. ANT.: 303 DIAS CONSUMO: 29			
HISTÓRICO DE CONSUMO						
REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
09/2018	3	07/2018	0	05/2018	4	1
08/2018	1	06/2018	0	04/2018	3	
DESCRIÇÃO			CONSUMO	TOTAL(R\$)		
AGUA						
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)						
CONSUMO DE AGUA			2 M3	39,99		
JUROS DE HORA 07/2018				0,39		
TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)		VALOR DO IMPOSTO		
PIS	39,99	1,65		0,66		
COFINS	39,99	7,6		3,04		
VENCIMENTO: 15/10/2018		TOTAL A PAGAR:		40,38		
MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA						
Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)	
VMP e Recomendações	≤ 5,0 uT	6,0 a 9,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L	
Valores Obtidos	2,9	7,54	92,45 %	1,02		





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 MUNICIPAL DE CURRAIS NOVOS

Endereço: RUA RIO GRANDE DO NORTE, 216, STA MARIA GORETE, CURRAIS NOVOS

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019097000052

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 14/01/2019 10:59:08

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 29/11/2018 16:00:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: -

2.10 Complemento: próximo a inã

2.12 Bairro: RADIR PEREIRA

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RUA RITA PEREIRA

2.9 CEP: 59.380-000

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: CURRAIS NOVOS

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: GERALDO SILVANO DE LIMA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Parda

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 36991180459

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: VENDEDOR

3.15 Telefone(s): 84 996459797

3.17 Número: 782

3.19 Bairro: PARAIBA

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: CAICÓ

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.4 Pai: ROLDÃO SILVANO DE LIMA

3.6 Mãe: FRANCISCA NELSON DA SILVA

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 18/05/1964

3.14 RG: 755189 - SSP RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: CAICÓ RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA MAJOR LULA

3.24 CEP: 59300000

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: *****15529

7.1.5 Placa: NOF9035

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2012

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: HERBLEY MEDEIROS DE LUCENA

7.1.17 Nome do condutor: GERALDO SILVANO DE LIMA

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: NXR150 BROS ES

7.1.10 Ano de Fabricação: 2012

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

A VÍTIMA RELATA QUE IA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA, QUANDO UM SENHOR NA BICICLETA CRUZOU DE REPENTE NA FRENTE DA VÍTIMA, TEVE QUE FREAR BRUSCAMENTE E VEIO A CAIR NA RUA QUE NÃO É CALÇADA; QUE, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E DEU ENTRADA NO HOSPITAL REGIONAL DR. MARIANO COELHO DE ACORDO COM O BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA Nº 3333, COM A TÍBIA DA PERNA DIREITA QUEBRADA; QUE, FOI ENCAMINHADO E CIRURGIADO NA CIDADE DE CAICÓ NO HOSPITAL REGIONAL; QUE, REGISTROU O BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA FINS DO SEGURO DPVAT; QUE, POSSUI CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO NADA MAIS A DECLARAR.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data: 14/01/2019 10:59:08

MARIA DAS VITORIAS BEZERRA DE OLIVEIRA
Agente de Polícia Civil
1172379
Polícia

Gerardo Silvano de Lima
Interessado



Atendimento: 1172379 - MARIA DAS VITORIAS BEZERRA DE OLIVEIRA

Impresso por: 1172379 - MARIA DAS VITORIAS BEZERRA DE OLIVEIRA em 14/01/2019 10:59:15

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 23/10/2019 09:37:58

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19102309375748800000048403261

Número do documento: 19102309375748800000048403261

AFIRMAÇÃO

Afirmamos para os devidos fins que o (a) paciente, Genildo
Silvano de Lima, 5+ anos, foi atendido
pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192/RN) Currais
Nóvos/RN, no dia 29/11/18, no endereço via pública.
_____. Paciente
vítima de queda de moto.

Currais Novos, 28 de dezembro de 2018.


Kelly Medeiros do Nascimento
ENFERMEIRO
CRM/RN 347143

Enfermeira de plantão/Coordenadora de Enfermagem





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Heribley Medeiros de Lucena,
RG nº 876722, data de expedição / / ,
Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 523.786.674-34,
com domicílio na cidade de Caico, no Estado de
Rio Grande do Norte, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Abastinho Santos, Vila Alta, nº 75,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Geraldo Silvano de Lima, cujo o condutor era
Geraldo Silvano de Lima.
Veículo: Motocicleta Modelo: NXR 150 Bros ES Ano: 2012
Placa: NOF-9035 Chassi: 9C2KD0550CROJ5529
Data do Acidente: 29 / 11 / 2018

Local e Data: CAICO, RN 15 de Fevereiro de 2019.

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



RECONHEÇO, por autenticidade, a(s)
firma(s) de Geraldo Silvano de Lima e Heribley Medeiros de Lucena,
Em 15 de Fevereiro de 2019
Polícia Brasileira de Identificação



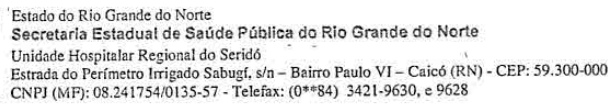
ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA - SESAP
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ - UHRS
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, S/N - Paulo VI - Caicó/RN
CEP.: 59.300-000 - Telef.: (84) 3421-9628
CNPJ: (MF): 08.241.754/0135-57

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

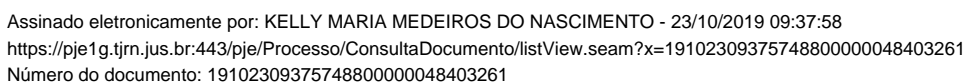
SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		DATA 29/11/18	HORA DA ENTRADA 21:35	Nº ATENDIMENTO 178
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível				
NOME	GERALDO SILVANO DE LIMA		DATA DE NASCIMENTO	13-05-67
CPF	369 911804-59	RG	755189	IDADE 51
NATURALIDADE	CAICÓ	ESTADO CIVIL	CAS.	SEXO M
PROFISSÃO	VEND.	CARTÃO SUS		
NOME DA MÃE	FON NELSON SILVA		NOME DO PAI	RODOLFO S. LIMA
ENDEREÇO	R. MATEUS LULA 782		BAIRRO	PARAIBA
CIDADE/ESTADO	CAICÓ		TELEFONE DE CONTATO	96459797
			RAÇA/COR	B
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS				
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde				
PA	mmHg	FC	bpm	FR
				l/rpm
				TEMP. AXILAR
				°C
				SpO2
				%
				Glicemia
				mg/dl
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO				
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista				
falta brônquica				
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO		SCORE DE GLASGOW		

CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
<p>Confere com o Original</p> <p>Caicó - RN, 01/12/18</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p>MT. 152-273-6</p>	
CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
<p>MÉDICO PLANTONISTA/CRM</p> <p>RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN</p>	
CAMPO 6 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE	
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem	
MOTIVO DA SAÍDA	REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA
ALTA MÉDICA	UNIDADE DE DESTINO:





Dr. Silvio Santos Filho
Proprietário e Traumatologista
CRM-SP 44.114 - RUA 247-107





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): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE:		GERALDO SILVANO DE LIMA	
HISTÓRICO/PRONTUÁRIO:	DATA NASCIMENTO:	SEXO:	
027351	18 05 64	Masculino	
ENDEREÇO (Rua, Número):	BAIRRO:		
MAJOR LULA - 782	PARAIBA		
CIDADE:	UF:	CEP:	TELEFONE:
CAICÓ	RN	59300-000	96459797
NOME DO PAI:	NOME DA MÃE:		
KOLOÃO SILVANO LIMA	EC. NELSON SILVA		
RESPONSÁVEL:	CICERO DUARTE		
PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)			
NOME:	ENFERMARIA/LEITO:	INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE	
MÉDICA		() DE TRABALHO	
QUIRÚRGICA		() DE OUTROS FINS	
() PEDIATRIA		() NÃO	
DIAGNÓSTICO INICIAL:	Dr. Sérgio Santos Filho Médico - Traumatologista CRM-RN 44444-0828 CPF 934.229.284-49		
INTERNAÇÃO	ORIGEM RESIDÊNCIA?	UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE	
FA	() SIM () NÃO		
HORA			
DECIDÊNCIA:	CARACTER DE INTERNAÇÃO:		
	() ELETIVA () NORMAL		
	() EMERGÊNCIA		
RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)			
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição)	TIPO DE PROCEDIMENTO:		
Tuete	() LIMPO () INFECTADO () CONTAMINADO		
	() POTENCIAL M. CONTAMINADO		
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição)	DATA:	HORA:	
RESENTOU INFECÇÃO?	FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO:		
HOSPITALAR () COMUNITARIA	() PROFILATICAMENTE () NÃO		
() NÃO	() TERAPEUTICAMENTE		
MOTIVO DA SAÍDA (AIH):	SE MOTIVADO SAÍDA = 1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTODA ALTA		
ALTA () REMOÇÃO () ÓBITO ATÉ 24 HORAS	() CURADO () MELHORADO () INALTERADO () A PEDIDO		
ÓBITO APÓS 24 HORAS	() ADMINISTRATIVO () POR INDICIPLINA () EVASÃO		
	() INTER.P/DIAGNOSTICO () P/COMPLEMENTAÇÃO F.DE ACIDENTE		
PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)			
DIAGNÓSTICO CLÍNICO:	DESTINO:		
SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO	OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECÇÃO:	MÉDICO RESPONSÁVEL:	
		(carimbo/assinatura)	





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): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR-AIH

1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	2. CNES: 6.778.580
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: NOME: GERALDO SILVANO DE LIMA	4. Nº DO PRONTUÁRIO 027 351
CPF: 569 911 804 59	RG: 755189

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6. DATA DE NASC. 28/10/1974	7. SEXO MASC. (X) FEM. ()
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL FRANCISCA NELSON SILVA	DDD 84	9. TELEFONE DE CONTATO 96459997
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) MAJOR LULA 782	11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA CAICÓ	12. COD. IBGE MUNICÍPIO
13. UF RN	14. CEP: 59300-000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Histórico de Tipo B e e Dor de barriga	01. História 06. Placa 1/3 tubular 3,5m 06. Paciente com 06. Paciente com 4,5m
16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Re	

17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Histórico			
18. DIAGNÓSTICO INICIAL: Histórico	19. CID 10 PRINCIPAL:	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Histórico	23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	24. CLÍNICA	25. CARÁTER DA INTERNAÇÃO	26. DOCUMENTOS () CNS () CPF	27. Nº DO DOCUMENTO Dr. Silvio Santos Filho Cirurgião de Cabeça e Pescoço Especialista em Cirurgia de Cabeça e Pescoço Especialista em Cirurgia de Cabeça e Pescoço
28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST.	29. DATA DA SOLICITAÇÃO 11/21/78	30. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)			

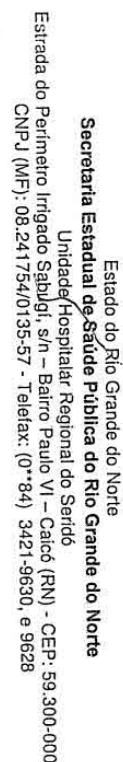
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

31. () ACID. DE TRANSITO	34. CNPJ DA SEGURADORA	35. Nº DO BILHETE	36. SÉRIE
32. () ACID. TRABALHO TÍPICO	37. CNPJ DA EMPRESA	38. CNAE DA EMPRESA	39. CBOR
33. () ACID. TRABALHO TRAJETO			
40. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () O EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	42. COD. ORGÃO EMISSOR	43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
44. DOCUMENTOS () NS () CPF	45. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	
47. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)		





**PRESCRIÇÃO MÉDICA E
CONTROLE DE APLICAÇÃO**

DIA: 29/11/88

PACIENTE:

7	Brooklyn	Dec.
---	----------	------

Nº DO REGISTRO	DATA DE ADMISSÃO	Nº DO
027351	28-08-87	105

DIA 29, 11, 18	DIA 6, 12, 18	DIA
----------------	---------------	-----

30.11.12

[illegible]



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perimetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241.754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

PRESCRIÇÃO MÉDICA E
CONTROLE DE APLICAÇÃO

DIA: 29/11/18

PACIENTE:

Frederico S. da Silva

Nº DO REGISTRO

027351

DATA DE ADMISSÃO

28-11-18

Nº DO I

105

DIA: 29/11/18

DIA: 6/12/18

DIA

30.11.18

MEDICAMENTOS

DOSE

VIA

INTERV

HORÁRIO

HORÁRIO

HORÁRIO

HOR

11 ST 1000 TV
8-1000 TV

Leptocoma - 1/4 1000 TV

Leptocoma - 1/4 1000 TV

Leptocoma - 1/4 1000 TV

Leptocoma - 1/4 1000 TV

OUTROS CUIDADOS

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFI

Assinatura do Médico

ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. Gabriel Dantas de M. Gomes
Médico

Dr. Silvio Santos Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM: RN 4418 - RPPF 0673



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): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR-AIH

1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	2. CNES: 6.778.580
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: NOME: GERALDO SILVANO DE LIMA	4. Nº DO PRONTUÁRIO 027351
CPF: 56991180459	RG: 755189

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6. DATA DE NASC. 10/10/74	7. SEXO MASC. (X) FEM. ()
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL FRANCISCA NELSON SILVA	DDD 84	9. TELEFONE DE CONTATO 96459797
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) MAJOR LULA 782	11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA CAICÓ	12. COD. IBGE MUNICÍPIO
13. UF RN	14. CEP: 59300000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Físt. flegm. Di. Tipo B e C Deixou de fumar	01. Material 06. Placa 1/3 tubular 3,5m 06. Parelho contínuo 06. Penetração espessa 4,0m
---	---

16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Re
--

17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Hetero

18. DIAGNÓSTICO INICIAL: Físt. flegm. Di.	19. CID 10 PRINCIPAL:	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
--	-----------------------	------------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Físt. Di.	23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	24. CLÍNICA	25. CARÁTER DA INTERNAÇÃO	26. DOCUMENTOS () CNS () CPF	27. Nº DO DOCUMENTO Br. Silvio Santos Filho Enfermeiro e Técnico de Enfermagem CNPJ nº 14.470.716/0001-00 CNPJ nº 14.470.716/0001-00
28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST.	29. DATA DA SOLICITAÇÃO 6/1/2018	30. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

31. () ACID. DE TRANSITO	34. CNPJ DA SEGURADORA	35. Nº DO BILHETE	36. SÉRIE
32. () ACID. TRABALHO TÍPICO			
33. () ACID. TRABALHO TRAJETO	37. CNPJ DA EMPRESA	38. CNAE DA EMPRESA	39. CBOR
40. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	42. COD. ORGÃO EMISSOR	43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
44. DOCUMENTOS () CNS () CPF	45. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	
47. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)		





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): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

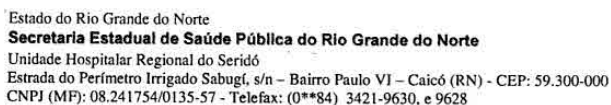
SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE:		GERALDO SILVANO DE LIMA	
REGISTRO/PRONTUÁRIO:	DATA NASCIMENTO:	SEXO:	
027351	18 05 64	Masc.	
ENDEREÇO (Rua, Número)	BAIRRO:		
MAJOR LULA - 782	PARAIBA		
MUNICÍPIO:	UF:	CEP:	TELEFONE:
CAICÓ	RN	59300-000	96459797
NOME DO PAI:	NOME DA MÃE:		
KOLDÃO GILVANO LIMA	EC. NELSON SILVA		
RESPONSÁVEL:	CICERO DUARTE		
PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)			
CLÍNICA:	ENFERMARIA/LEITO:	INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE	
() MÉDICA () ORTOPÉDIA		() DE TRABALHO () DE TRANSITO	
() CIRÚRGICA () PEDIATRIA		() DE OUTROS FINS () NÃO	
DIAGNÓSTICO INICIAL:		Br. Silvio Santos Filho Médico de Família e Comunidade CRM-RN 43401-001 CPF 027.229.284-48	
INTERNAÇÃO	ORIGEM RESIDÊNCIA?	UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE	
DATA	HORA		
	() SIM () NÃO		
PROCEDÊNCIA:		CARATÉR DE INTERNAÇÃO:	
		() ELETIVA () NORMAL () EMERGÊNCIA	
RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)			
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH - Código/ Descrição)	TIPO DE PROCEDIMENTO:		
Tueteia	() LIMPO () INFECTADO () CONTAMINADO		
	() POTENCIAL M. CONTAMINADO		
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH - Código/ Descrição)	DATA:	HORA:	
APRESENTOU INFECÇÃO?	FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO:		
() HOSPITALAR () COMUNITARIA () NÃO	() PROFILATICAMENTE () NÃO		
	() TERAPEUTICAMENTE		
MOTIVO DA SAÍDA (AIH):	SE MOTIVADO SAÍDA = 1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTO DA ALTA		
() ALTA () REMOÇÃO () ÓBITO ATÉ 24 HORAS	() CURADO () MELHORADO () INALTERADO () A PEDIDO		
() ÓBITO APÓS 24 HORAS	() ADMINISTRATIVO () POR INDICIPLINA () EVASÃO		
	() INTER.P/DIAGNOSTICO () P/COMPLEMENTAÇÃO F.DE ACIDENTE		
PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)			
INDICAÇÃO CLÍNICA:	DESTINO:		
PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO	OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECÇÃO:	MÉDICO RESPONSÁVEL:	
		(carimbo/assinatura)	





Nome do Paciente:	Nº Registro	Data de Admissão
Luís Carlos Silva de Lima	027357	29/11/18

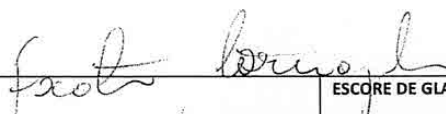
Nome do Procedimento Cirúrgico: 7 pontos de catenula de 2/0


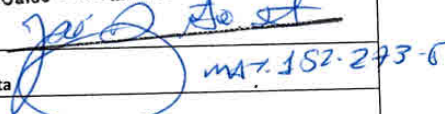
Data										Descrição do Atto Operatório (Técnica, Ligaduras, Sutura, Drenagem, Fechamento)										Início		Término		Duração		Gases		Compr.		Dreno							
00	/	12	/	18						1	8:00							1	8:40h							40min											
DDIA																																					
A44C																																					
Túncos medial fuzelo Di																																					
Redução																																					
Fixação																																					
Hemostase																																					
Sutura																																					
Túncos lateral fuzelo Di																																					
Redução																																					
Fixação																																					
Hemostase																																					
Sutura																																					
Curativo																																					

Dr. Sérgio Santos Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PR 11110 - Fone: 3272



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		DATA 29/11/18	HORA DA ENTRADA 21:35	Nº ATENDIMENTO 178
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível				
NOME G. EDALDO SILVA DE LIMA	DATA DE NASCIMENTO 18.05.69	IDADE 54	SEXO M	
CPF 369 91804-59	RG 755189	DATA DE EXPEDIÇÃO		
NATURALIDADE CAICÓ	ESTADO CIVIL CAS.	PROFISSÃO VEND.	CARTÃO SUS	
NOME DA MÃE F. NELSON SILVA	NOME DO PAI RODOLFO S. LIMA			
ENDEREÇO R. MATEUS LULA 782	BAIRRO PARAIBA			
CIDADE/ESTADO CAICÓ	TELEFONE DE CONTATO 96459797	RAÇA/COR B		
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS				
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde				
PA	mmhg	FC	bpm	FR
				irpm
TEMP. AXILAR		°C	SpO2	%
			Glicemia	mg/dl
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO				
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista				
				
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO		SCORE DE GLASGOW		

CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
<p>Confere com o Original</p> <p>Caicó - RN, 07/12/18</p> <p></p>	
CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
<p></p>	
MÉDICO PLANTONISTA/CRM	RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN
CAMPO 6 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE	
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem	
MOTIVO DA SAÍDA	REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA
<p>LTA MÉDICA</p>	UNIDADE DE DESTINO:





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DR. MARIANO COELHO
Currais Novos/RN

RECEITUÁRIO MÉDICO

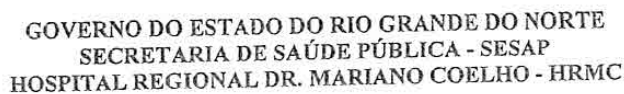
Geraldo S. de Lima
Ao SESP

Paciente com
trauma em tornozelo
com fratura de maléolo
medial, necessitando
de avaliação do
ortopedista.
Regulado com Dr. Sílvia Filho

29/11/18

Jr. Franco Márcio
MÉDICO
CRM-RN - 3483





Numero do documento: 19102309375/488000000048403261

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA - SESAP
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ - UHRS
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, S/N - Paulo VI - Caicó/RN
CEP.: 59.300-000 - Telefax: (84) 3421-9628
CNPJ: (MF): 08.241.754/0135-57

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		DATA 29/11/18	HORA DA ENTRADA 21:35	Nº ATENDIMENTO 178
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível				
NOME GERALDO SILVA DE LIMA	DATA DE NASCIMENTO 18.05.69	IDADE 54	SEXO M	
CPF 369 91804-59	RG 755189	DATA DE EXPEDIÇÃO		
NATURALIDADE CAICÓ	ESTADO CIVIL CAS.	PROFISSÃO VEND.	CARTÃO SUS	
NOME DA MÃE FRA NELSON SILVA	NOME DO PAI RODRIGO S. LIMA			
ENDEREÇO R. MATE LULA 782	BAIRRO PARAIBÁ			
CIDADE/ESTADO CAICÓ	TELEFONE DE CONTATO 96459797	RAÇA/COR B		
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS				
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde				
PA	mmhg	FC	bpm	FR
IRPM	TEMP. AXILAR	°C	SpO2	%
GLICEMIA				
mg/dl				
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO				
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista				
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO falta de ar				
ESCORE DE GLASGOW				

Confere com o Or. i ai
Caicó - RN, 27/11/18

[Assinatura]

CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
MÉDICO PLANTONISTA/CRM	
RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN	
CAMPO 6 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE	
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem	
MOTIVO DA SAÍDA ALTA MÉDICA	REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA UNIDADE DE DESTINO:





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): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR-AIH

1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	2. CNES: 6.778.580
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: NOME: GERALDO SILVANO DE LIMA	4. Nº DO PRONTUÁRIO 027351
CPF: 56991180459	RG: 755189

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6. DATA DE NASC. 28/10/1974	7. SEXO MASC. (X) FEM. ()
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL FRANCISCA NELSON SILVA	DDD 84	9. TELEFONE DE CONTATO 96459922
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) MAJOR LULA 782	11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA CAICÓ	12. COD. IBGE MUNICÍPIO
13. UF RN	14. CEP: 59300000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Frot fuzado Di Tipo B Weber Descolamento	16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Re
--	--

17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Hetero	18. DIAGNÓSTICO INICIAL: Frot fuzado Di	19. CID 10 PRINCIPAL: S823	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
---	--	-------------------------------	------------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Frot cin	23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0409050497						
24. CLÍNICA	25. CARÁTER DA INTERNAÇÃO Dr. Silvio Santos Filho	26. DOCUMENTOS () CNS () CPF	27. Nº DO DOCUMENTO Dr. Silvio Santos Filho	28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST. Dr. Silvio Santos Filho	29. DATA DA SOLICITAÇÃO 06/11/2018	30. ASSINATURA Dr. Silvio Santos Filho	31. RUBRICA (Nº DO REG. DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

32. () ACID. DE TRANSITO	34. CNPJ DA SEGURADORA	35. Nº DO BILHETE	36. SÉRIE
33. () ACID. TRABALHO TÍPICO	37. CNPJ DA EMPRESA	38. CNAE DA EMPRESA	39. CBOR
40. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () O EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	42. COD. ORGÃO EMISSOR	43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
44. DOCUMENTOS IS () CPF	45. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	





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): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE:

GERALDO SILVANO DE LIMA

REGISTRO/PRONTUÁRIO:	DATA NASCIMENTO:	SEXO:
027351	18 05 64	Masc.
ENDEREÇO (Rua, Número)	BAIRRO:	
MAJOR LULA - 782	PARAIBA	
MUNICÍPIO:	UF	CEP:
CAICÓ	RN	59300000
NOME DO PAI:	NOME DA MÃE:	TELEFONE:
KOLOÃO SILVANO LIMA	EC - NELSON SILVA	96459797
RESPONSÁVEL:		
PICERS DUARTE		

PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)

CLÍNICA:	ENFERMARIA/LEITO:	INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE
() MÉDICA () ORTOPÉDIA		() DE TRABALHO () DE TRANSITO
() CIRÚRGICA () PEDIATRIA		() DE OUTROS FINS () NÃO
DIAGNÓSTICO INICIAL:		
Int. femoral Di.		
INTERNAÇÃO	ORIGEM RESIDÊNCIA?	UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE
DATA: 20/11/18 HORA: 11:40	() SIM () NÃO	
PROCEDÊNCIA:		
	CARATER DE INTERNAÇÃO:	
	() ELETIVA () NORMAL () EMERGÊNCIA	

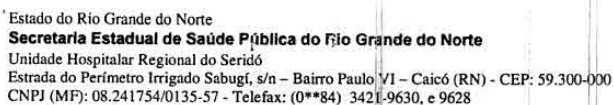
RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição)	TIPO DE PROCEDIMENTO:	
Tuetei	() LIMPO () INFECTADO () CONTAMINADO	
	() POTENCIAL M. CONTAMINADO	
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/Descrição)	DATA:	HORA:
	07.12.18	13:00h
APRESENTOU IFECCÃO?	FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO:	
() HOSPITALAR () COMUNITARIA () NÃO	() PROFILATICAMENTE () NÃO	
	() TERAPEUTICAMENTE	
MOTIVO DA SAÍDA (AIH):	SE MOTIVADO SAÍDA = 1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTO DA ALTA	
() ALTA () REMOÇÃO () ÓBITO ATÉ 24 HORAS	() CURADO () MELHORADO () INALTERADO () A PEDIDO	
() ÓBITO APÓS 24 HORAS	() ADMINISTRATIVO () POR INDICIPLINA () EVASÃO	
	() INTER.P/DIAGNOSTICO () P/COMPLEMENTAÇÃO F.DE ACIDENTE	

PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA:	DESTINO:	
PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO	OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECÇÃO:	MÉDICO RESPONSÁVEL:
		(carimbo/assinatura)



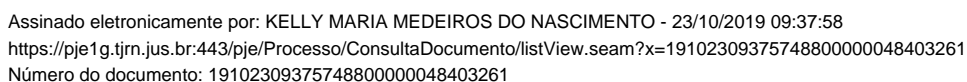


Nome do Paciente: <i>Leonardo Silva de Lima</i>	Nº Registro	Data de Admissão
	<i>027357</i>	<i>29/11/18</i>

Nome do Procedimento Cirúrgico: Troca de lentes de contato

Descrição do Ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Dr. Sérgio Santos Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-SP 4310-3307-0077

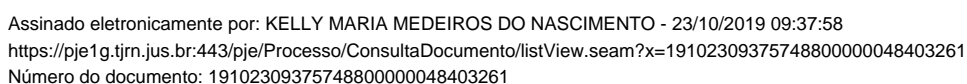


LAUDO DE ANESTESIA												
Data				Início				Término		Duração		
0	6	/	1	2	/	1	8	1	4:00h	1	4:40h	40min.

Hand-drawn graph on a grid showing four data series labeled 1ª HORA, 2ª HORA, 3ª HORA, and 4ª HORA. The y-axis ranges from 20 to 260. The x-axis is divided into four 45-minute intervals. Series 1 (1ª HORA) shows a fluctuating line between 100 and 140. Series 2 (2ª HORA) shows a line starting at 140 and rising to 220. Series 3 (3ª HORA) shows a line starting at 20 and rising to 120. Series 4 (4ª HORA) shows a line starting at 140 and rising to 220.

[illegible]

Cirurgião	
-----------	--





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): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Nº DE REGISTRO:

027351

DATA:

28/11/18

NOME DO PACIENTE:

GERALDO SILVANO LIMA

QUEIXA PRINCIPAL, HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, ANTECEDENTES, EXAMES FÍSICO.

Alcance
No Hongo Di
Do de fundo
Indo crúge

HIPOTESE DIAGNÓSTICA:

ASSINATURA DO MÉDICO:

Dr. Fernando Di





Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugá, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000

CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM TRAUMA E ORTÓPEDIA

DATA DO ATENDIMENTO: 10/12/2018 INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: UHRS
PACIENTE: Geraldo Silvano de Lima DN: 18/05/1964
RG: 7.55.189 CPF: 369.911.804-59 SUS: 700 9049 7038 689
ESTADO CIVIL: Casado SEXO: M IDADE: 54 TELEFONE: 9.9926.9941
PAI: Roldão Silvano de Lima MÃE: Francisca Nelson da Silva
ENDERÇO: R. Major Silva Nº 782
BAIRRO: Paraíba CIDADE: Caicó UF: RN
MÉDICO: Dr. Silvio
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: [Assinatura]

LAUDO MÉDICO

PRINCIPAIS SINAIS CLÍNICOS:

Not ferido Dir

PRINCIPAIS RESULTADOS DA PROVA DIAGNÓSTICA:

DIAGNÓSTICO INICIAL:

PROCEDIMENTO INDICADO:

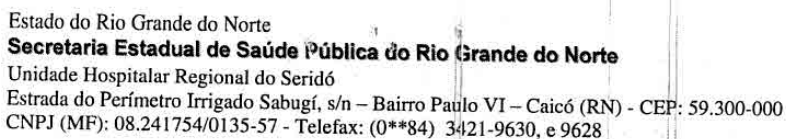
Exat

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO

TRATAMENTO REALIZADO: [Assinatura] CODIGOSIA/SUS: 0303090073
CID: _____
CIRÚRGIO: _____ CRM: _____
EQUIPE MÉDICA: _____ CRM: _____
AUXILIAR: _____ CRM: _____
[Assinatura] CRM: _____
AUDITOR: _____

Dr. Silvio Santos Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 4414 - TRO 9878
CPF 021.720.244-48



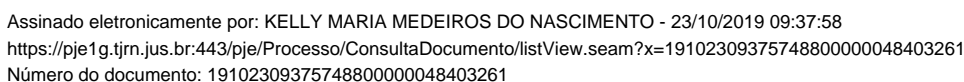


EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:	Nº de Registro		Data Admissão	
	027357	29/11/8		

LYNE MORGANA DE LUCENA
Enfermeira
OREN/RN 259858

Dr. Ricardo Alexandre dos Santos
Enfermeiro
COREN/RN 478907



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

SINISTRO 3190280243 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GERALDO SILVANO DE LIMA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Natal-RN

BENEFICIÁRIO GERALDO SILVANO DE LIMA

CPF/CNPJ: 36991180459

Posição em 23-10-2019 09:08:19

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
06/05/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,5



ANEXO 2

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
2ª Vara da Comarca de Caicó
Avenida Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, CAICÓ - RN - CEP: 59300-000

Processo: 0803921-61.2019.8.20.5101

Ação: Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório -DPVAT

AUTOR: GERALDO SILVANO DE LIMA

RE: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Prevê o art. 334 do Código de Processo Civil de 2015 que caso a petição inicial preencha os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o magistrado designará audiência de conciliação ou de mediação com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, devendo ser citado o réu com pelo menos 20 (vinte) dias de antecedência. A presente demanda, por sua vez, trata-se de procedimento comum na qual a parte autora alega ter sido vítima de acidente de trânsito, vindo a sofrer intervenções em membro do corpo permanentemente comprometedoras de suas funções, fazendo jus, portanto, à quantia monetária referente à demonstrativo do seguro DPVAT.

Conforme enunciado da súmula 474 do Superior Tribunal de Justiça "a indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez".

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, extremamente necessária a realização de perícia médica que determine com absoluta precisão a gradação da debilidade da parte do corpo humano atingida, para que se possa quantificá-la de acordo com a tabela vigente à lei nº 6.194/74 e conforme ao teor da súmula apontada. Assim, antes do processo ser iniciado, o segurado já tentou, por vias administrativas, receber o valor monetário pertinente à sua debilidade, muitas vezes insuficiente por não se saber com precisão a extensão do dano sofrido.

No presente caso, portanto, se incubir de realizar uma prévia tentativa de conciliação e mediação, ressalte-se já antes tentada comprovadamente por vias administrativas, sem saber com exatidão a extensão do dano para adaptá-lo à tabela oficial resulta-se 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 determinar a lesão no requerente. A partir da quantificação do dano é que as partes envolvidas lançarão suas propostas, comparando-a com a referida tabela.

Nestas situações, 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/15, postergando a sua realização para momento oportuno quando já realizada a perícia médica, em especial quando a parte autora já se manifestou contrariamente à sua realização de maneira prévia.

Pelo exposto, deixo de agendar momentaneamente a audiência de conciliação e mediação.

Defiro o requerimento de justiça gratuita.



Proceda-se à citação da parte ré, para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, alertando-o da regra do art. 344 do CPC.

Caso haja contestação e havendo nesta arguição de preliminar ou fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (CPC, artigos 350 e 351), intime-se a parte autora, 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 CPC.

Na hipótese de a citação não ser levada a efeito, intime-se igualmente a parte demandante, 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.

Diligências necessárias.

CAICÓ, 14 de fevereiro de 2020

LUIZ ANTONIO TOMAZ DO NASCIMENTO

Juiz(a) de Direito

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





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
2ª Vara da Comarca de Caicó
Avenida Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, CAICÓ - RN - CEP: 59300-000

Processo: 0803921-61.2019.8.20.5101

Ação: Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório -DPVAT

AUTOR: GERALDO SILVANO DE LIMA

RE: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Prevê o art. 334 do Código de Processo Civil de 2015 que caso a petição inicial preencha os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o magistrado designará audiência de conciliação ou de mediação com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, devendo ser citado o réu com pelo menos 20 (vinte) dias de antecedência. A presente demanda, por sua vez, trata-se de procedimento comum na qual a parte autora alega ter sido vítima de acidente de trânsito, vindo a sofrer intervenções em membro do corpo permanentemente comprometedoras de suas funções, fazendo jus, portanto, à quantia monetária referente à demonstrativo do seguro DPVAT.

Conforme enunciado da súmula 474 do Superior Tribunal de Justiça "a indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez".

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, extremamente necessária a realização de perícia médica que determine com absoluta precisão a gradação da debilidade da parte do corpo humano atingida, para que se possa quantificá-la de acordo com a tabela vigente à lei nº 6.194/74 e conforme ao teor da súmula apontada. Assim, antes do processo ser iniciado, o segurado já tentou, por vias administrativas, receber o valor monetário pertinente à sua debilidade, muitas vezes insuficiente por não se saber com precisão a extensão do dano sofrido.

No presente caso, portanto, se incubir de realizar uma prévia tentativa de conciliação e mediação, ressalte-se já antes tentada comprovadamente por vias administrativas, sem saber com exatidão a extensão do dano para adaptá-lo à tabela oficial resulta-se 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 determinar a lesão no requerente. A partir da quantificação do dano é que as partes envolvidas lançarão suas propostas, comparando-a com a referida tabela.

Nestas situações, 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/15, postergando a sua realização para momento oportuno quando já realizada a perícia médica, em especial quando a parte autora já se manifestou contrariamente à sua realização de maneira prévia.

Pelo exposto, deixo de agendar momentaneamente a audiência de conciliação e mediação.

Defiro o requerimento de justiça gratuita.



Proceda-se à citação da parte ré, para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, alertando-o da regra do art. 344 do CPC.

Caso haja contestação e havendo nesta arguição de preliminar ou fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (CPC, artigos 350 e 351), intime-se a parte autora, 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 CPC.

Na hipótese de a citação não ser levada a efeito, intime-se igualmente a parte demandante, 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.

Diligências necessárias.

CAICÓ, 14 de fevereiro de 2020

LUIZ ANTONIO TOMAZ DO NASCIMENTO

Juiz(a) de Direito

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





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
2ª Vara da Comarca de Caicó
Avenida Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, CAICÓ - RN - CEP: 59300-000

Processo: 0803921-61.2019.8.20.5101

Ação: Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório -DPVAT

AUTOR: GERALDO SILVANO DE LIMA

RE: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Prevê o art. 334 do Código de Processo Civil de 2015 que caso a petição inicial preencha os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o magistrado designará audiência de conciliação ou de mediação com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, devendo ser citado o réu com pelo menos 20 (vinte) dias de antecedência. A presente demanda, por sua vez, trata-se de procedimento comum na qual a parte autora alega ter sido vítima de acidente de trânsito, vindo a sofrer intervenções em membro do corpo permanentemente comprometedoras de suas funções, fazendo jus, portanto, à quantia monetária referente à demonstrativo do seguro DPVAT.

Conforme enunciado da súmula 474 do Superior Tribunal de Justiça "a indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez".

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, extremamente necessária a realização de perícia médica que determine com absoluta precisão a gradação da debilidade da parte do corpo humano atingida, para que se possa quantificá-la de acordo com a tabela vigente à lei nº 6.194/74 e conforme ao teor da súmula apontada. Assim, antes do processo ser iniciado, o segurado já tentou, por vias administrativas, receber o valor monetário pertinente à sua debilidade, muitas vezes insuficiente por não se saber com precisão a extensão do dano sofrido.

No presente caso, portanto, se incubir de realizar uma prévia tentativa de conciliação e mediação, ressalte-se já antes tentada comprovadamente por vias administrativas, sem saber com exatidão a extensão do dano para adaptá-lo à tabela oficial resulta-se 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 determinar a lesão no requerente. A partir da quantificação do dano é que as partes envolvidas lançarão suas propostas, comparando-a com a referida tabela.

Nestas situações, 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/15, postergando a sua realização para momento oportuno quando já realizada a perícia médica, em especial quando a parte autora já se manifestou contrariamente à sua realização de maneira prévia.

Pelo exposto, deixo de agendar momentaneamente a audiência de conciliação e mediação.

Defiro o requerimento de justiça gratuita.



Proceda-se à citação da parte ré, para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, alertando-o da regra do art. 344 do CPC.

Caso haja contestação e havendo nesta arguição de preliminar ou fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (CPC, artigos 350 e 351), intime-se a parte autora, 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 CPC.

Na hipótese de a citação não ser levada a efeito, intime-se igualmente a parte demandante, 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.

Diligências necessárias.

CAICÓ, 14 de fevereiro de 2020

LUIZ ANTONIO TOMAZ DO NASCIMENTO

Juiz(a) de Direito

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

