



Número: **0822557-50.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **30/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS (AUTOR)		ERIC TORQUATO NOGUEIRA (ADVOGADO) CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO) BRUNO HENRIQUE CORTEZ DE PAULA (ADVOGADO)	
MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57185596	30/06/2020 21:30	Petição Inicial	Petição Inicial
57185611	30/06/2020 21:30	01 - Petição Inicial de Cleiton Chagas	Outros documentos
57185612	30/06/2020 21:30	02 - PROCURAÇÃO	Procuração
57185614	30/06/2020 21:30	03 - DOCUMENTOS PESSOAIS	Documento de Identificação
57185615	30/06/2020 21:30	04 - DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA	Documento de Comprovação
57185616	30/06/2020 21:30	05 - BOLETIM DE OCORRÊNCIA	Documento de Comprovação
57185618	30/06/2020 21:30	06 - DOCUMENTAÇÃO MÉDICA	Documento de Comprovação
57185619	30/06/2020 21:30	07 - DOCUMENTAÇÃO MÉDICA	Documento de Comprovação
57185621	30/06/2020 21:30	08 - DOCUMENTAÇÃO MÉDICA	Documento de Comprovação
57185622	30/06/2020 21:30	09 - DOCUMENTAÇÃO MÉDICA	Documento de Comprovação
57185624	30/06/2020 21:30	10 - DOCUMENTO DO VEÍCULO	Documento de Comprovação
57185626	30/06/2020 21:30	11 - DOCUMENTO M[EDICO	Documento de Comprovação
57185627	30/06/2020 21:30	12 - REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO	Ato Administrativo
57186329	30/06/2020 21:30	13 - CONTRATO	Outros documentos

Petição em anexo.



AO JUÍZO DE DIREITO DE UMA DAS VARAS ESPECIALIZADAS EM DPVAT DA
COMARCA DE NATAL, RIO GRANDE DO NORTE.

CLEITON CHAGAS CARLOS SANTOS, brasileiro, autônomo, inscrito no CPF/MF sob o nº 083107104-45, portador da cédula de identidade nº 2.823.585 ITEP/RN, residente e domiciliado na Rua Santa Eulália, nº 11, Bairro Pajuçara, CEP: 59.123-290, Natal/RN (documentos pessoais em anexo), por seus bastantes procuradores e advogados que esta subscrevem (procuração apenas), com escritório no endereço grafado no rodapé desta inicial, vem respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, com fulcro na Lei nº 6.194/74, propor

AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA (DPVAT)

em face de **MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 61.074.175/0001-38, com sucursal em Natal/RN, na Avenida Jaguarari, nº 1865, Lagoa Nova, CEP: 59054-500, telefone de contato: (84) 3223-4257, pelos motivos de fato e de direito a seguir aduzidos:



I - DA JUSTIÇA GRATUITA

Declara a parte Autora que a sua situação econômica atual não lhe permite demandar sem o prejuízo do seu sustento próprio e de sua família, pelo que requer a concessão dos benefícios da justiça gratuita, com fundamento no artigo 5º, LXXIV, da Constituição Federal, Lei nº 1.060/50, com alteração pela Lei nº 7.510/86, e art. 98 do CPC.

A doutrina pátria vem, reiteradamente, aceitando o deferimento dos benefícios da gratuidade da justiça, sem maiores formalidades, mediante simples alegação da parte de que não possui condições para demandar em juízo. Como bem leciona o professor JOSÉ ROBERTO CASTRO, ao tratar do assunto em referência:

“Basta que o próprio interessado, ou seu procurador declare, sob as penas da lei, que o seu estado financeiro não lhe permite arcar com o custeio do processo”

Pelo exposto, com base na garantia jurídica que a lei oferece, requer, o Autor, a concessão do benefício da gratuidade judiciária, em todos os seus termos, a fim de que sejam isentos de qualquer ônus decorrente do presente feito.

II - DOS FATOS

A parte autora envolveu-se em acidente de trânsito na data de 20/04/2019, por volta das 19:07, na cidade de Natal/RN, quando, ao parar no sinal um veículo bateu na sua traseira e se evadiu, conforme narra o Boletim de Ocorrência apenso.

O acidentado foi conduzido para o Hospital para o Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel / Pronto Socorro Clóvis Sarinho, onde foi submetido a exames diversos, dentre eles, raio X da mão e punho esquerdo.

O infortúnio causou escoriações ao promovente, bem como fratura na mão e punho esquerdo, que acabou limitando os movimentos de todo



o membro superior atingido, resultando na incapacidade permanente, conforme documentação médico-hospitalar apensa. Como se vê, muito embora a lesão ocasionada fora na mão e punho esquerdo, as sequelas do dano repercutiram para todo o braço esquerdo.

Foi submetido a procedimentos médicos diversos para amenizar as fortes dores e os traumas oriundos do infortúnio, como assim detalha a documentação médico hospitalar apensa.

Desse sinistro, restaram lesões preocupantes no Autor, conforme laudo médico acostado a exordial, tais como: déficit funcional do escafoide D com pseudo artrose para enxerto tipo fisk atroscópico, escafoide em mão esquerda.

Em suma, o infortúnio sujeitou o autor aos seguintes procedimentos: Tratamento cirúrgico de pseudo-retardo/consolidação/perda osteotomia de pelve.

Frise-se que a parte autora necessitou de cuidados emergenciais e teve que ser internado para realização de procedimento cirúrgico em decorrência dos traumas sofridos.

Ademais, a parte autora requereu junto a seguradora ré o pagamento do seguro obrigatório DPVAT, visto que sua situação enquadrava-se naquelas previstas nas hipóteses de concessão do pagamento deste seguro. Registre-se que o valor do seguro disponibilizado foi de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), equivalente à graduação de 25% de lesão associada ao punho, em atenção à tabela de danos corporais do seguro DPVAT.

Ocorre que a lesão teve repercussão para todo o membro superior esquerdo, de modo que o valor creditado em favor da parte autora é inferior ao que esta faz jus, haja vista que o percentual atinente à lesão não correspondeu ao da tabela anexa à Lei 6.194/74, consoante será comprovado mediante a realização de perícia médica judicial, o que desde já se requer.

Não custa lembrar que, embora a lei preceitue que o pagamento da indenização dar-se-á de acordo com o grau de invalidez causado à vítima do acidente, **tal fato não impõe à parte o ônus de indicar em sua inicial tal**



percentual, na medida em que tal questão pode ser apurada ao longo da instrução processual e perícia médica, o que desde já se requer.

Denota-se legítimo o autor requerer a complementação do pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT, ora pleiteada, junto a Mafre Seguradora S/A, visto que a mesma pertence ao rol de seguradoras que compõem atualmente o Consórcio referente ao Convênio DPVAT.

III - DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS

O Seguro Obrigatório DPVAT foi criado pela Lei nº 6.194/74, com o objetivo de garantir às vítimas de acidentes causados por veículos, ou por suas cargas, indenizações em caso de morte e invalidez permanente, e o reembolso de despesas médicas.

As indenizações do DPVAT são obrigatórias porque foram criadas por lei. Essa lei determina que todos os veículos automotores de via terrestre, sem exceção, paguem o seguro. A obrigatoriedade do pagamento garante às vítimas de acidentes com veículos o recebimento de indenizações, ainda que os responsáveis pelos acidentes não arquem com essa responsabilidade.

Tendo em vista as previsões legais da Lei 6.194/74, alterada pela Lei 11482/2007 (art. 8º), que criou o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causadores por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), a parte requerente faz jus à indenização pelas sequelas decorrentes do acidente de trânsito, no montante estabelecido conforme o art. 3º, incisos II e III, da Lei nº 6.194/74, “in verbis”:

Art. 3º “Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - omissis



II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.”

A parte autora munira-se de todos os documentos exigidos pela legislação suso mencionada, tais como exames médicos dos danos físicos que acometem e o registro de ocorrência realizado no órgão policial competente, estritamente de acordo com o art. 5º, conforme segue:

Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

A propósito, a exigência exagerada de apresentação de documentos, por exemplo, originais ou cópia autenticada, prática habitual da seguradora demandada, é exacerbadamente rigorosa, compreendendo formalidade incompatível com o princípio da instrumentalidade do processo, sendo, inclusive, motivo insuficiente para indeferimento da inicial.

Assim, instruído de todos os documentos hábeis à sua pretensão, tem a parte autora direito à indenização.

Ademais, a matéria resta exaustivamente analisada e pacificada, senão vejamos:

*APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. INDENIZAÇÃO CORRESPONDENTE A VALOR CERTO E DETERMINADO - TARIFADO EM LEI PARA OS CASOS DE INVALIDEZ PERMANENTE. MEDIDA PROVISÓRIA 340/2006. PAGAMENTO PARCIAL. **COMPLEMENTAÇÃO DO VALOR DEVIDO**. 1. Não há que se falar em graduar a invalidez permanente com base na Resolução n.º [1/75](#) de 03/10/75, editada pelo Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, pois, em se tratando de norma regulamentar, não pode esta dispor de modo diverso da Lei n.º [6.194/74](#), de hierarquia*



superior. 2. A percepção dos valores referentes ao seguro DPVAT na esfera administrativa a título de liquidação de sinistro não importa em abdicar do direito de receber indenização tarifada, havendo saldo a ser satisfeito, resultante da diferença entre o valor recebido e aquele efetivamente devido em face do previsto em lei. 3. A parte autora possui direito à complementação do valor da indenização tarifado em R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), devendo ser abatido o valor atinente ao pagamento parcial efetuado na esfera administrativa, montante este que deve ser corrigido monetariamente pelo IGP-M, a contar daquele termo, acrescidos de juros moratórios a partir da citação. 4. Honorários advocatícios. Majoração para 15% do valor da condenação. Dado parcial provimento aos recursos. (Apelação Cível Nº 70028013035, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luiz Lopes do Canto, Julgado em 21/01/2009).

Nota-se claramente que a lei foi criada para a indenização de vítimas de acidentes de trânsito, tudo nos termos da Lei nº 6.194/74, com a redação dada pela Lei nº 8.441/92.

Ex positis, conclui-se que é suficiente, portanto, a apresentação dos exames, atestados e laudo médico apresentados, além do registro da ocorrência no órgão policial, para o devido pagamento da indenização, sendo abusiva qualquer outra exigência fora dos itens supracitados.

Ademais, em se tratando de seguro pessoal, não se pode investigar quanto à proporção do prejuízo sofrido, pois a vida ou a redução da capacidade produtiva não é passível de perfeita estimativa econômica, consoante estabelece o art. 789 do novel Código Civil, o que atentaria ao princípio da dignidade humana.

Da documentação colacionada aos autos pela parte autora pode-se inferir de forma precisa a existência de sequelas, cujo valor correto da indenização só será conhecido quando da realização de perícia médica.

Portanto, a parte autora faz jus à indenização do seguro obrigatório DPVAT em virtude das sequelas oriundas do sinistro.



IV - DA APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR E O ÔNUS DA PROVA

A relação estabelecida entre a seguradora e o segurado, como sabido e ressaltado, é considerada relação de consumo, regida, portanto, pela legislação consumerista.

A propósito, dispõe o Código de Defesa do Consumidor que:

Art. 3º Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.

(...)

§ 2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista.

Admitida a aplicação analógica do Código de Defesa do Consumidor nas cobranças do seguro DPVAT, imprescindível constatar o preenchimento dos requisitos autorizadores.

No caso afigura-se possível a inversão do ônus da prova, por serem verossímeis as alegações e pelo fato de o autor ser hipossuficiente.

Outrossim, mesmo que seja matéria controvertida na jurisprudência, não há impedimento quanto a aplicação analógica das regras do Código de Defesa do Consumidor às ações de cobrança de seguro DPVAT, por não haver regra na legislação específica impedindo a inversão do ônus da prova. Alias, o §2º do artigo 3º do CDC autoriza a incidência de suas regras nas ações securitárias privadas, que muito se assemelham com as cobranças do seguro DPVAT, e, portanto, mais um motivo relevante autorizador.



Logo, constatada a verossimilhança das alegações e a hipossuficiência da parte autora, aplica-se o Código de Defesa do Consumidor ao caso concreto, sendo admitida a inversão do ônus da prova, ainda que não se trate de relação tipicamente de consumo.

V - DA CONVERSÃO PARA O RITO ORDINÁRIO

A ação de cobrança do Seguro Obrigatório – DPVAT visa o recebimento de indenização em razão de óbito ou invalidez permanente, ocasionados em virtude de acidente de trânsito, devendo seguir o procedimento sumário, conforme determinado pelas regras do art. 275, II, “e”, adotado por Vossa Excelência.

Como se percebe pela rotina das audiências já realizadas, muito raramente sucede acordo antes da realização da perícia, a qual não ocorre antes da audiência de conciliação, sendo muito mais comum a realização de acordo fora da audiência, com apresentação de petição escrita para homologação do Juízo. Desta forma, é ineficaz a realização de audiência de conciliação antes da confecção e apresentação do Laudo de Exame Pericial, a ser realizado após citação do réu para oferecimento de contestação bem como de quesitos para a perícia médica, adaptando-se o procedimento para que se alcance a máxima efetividade dos atos processuais.

Constitui poder-dever do magistrado, sempre que não houver prejuízo às partes, adequar o procedimento à pretensão deduzida em Juízo, em observância aos princípios da efetividade, economia e acesso à jurisdição.

Requer, portanto, a adoção do rito ordinário, uma vez que, além do desenvolvimento célere, não serão causados prejuízos às partes, por não interferir substancialmente no processo.

VI – DOS JUROS E DA CORREÇÃO MONETÁRIA – TERMO INICIAL



Constatado que o Requerente não recebeu a quantia devida face as sequelas que o acometeram, deve a Requerida ser condenada a efetuar o pagamento da indenização devida.

Nesse particular aspecto, inexistente dúvida que a seguradora incide em mora ao não efetuar o pagamento da indenização devida de acordo com a legislação de regência.

No pertinente aos juros de mora, seu cômputo deve ocorrer a partir da data do evento danoso.

Não obstante a posição da seguradora quanto a este aspecto, no sentido de que os encargos moratórios incidem a partir da citação ou do ajuizamento da ação, visando atender ao princípio da unicidade da prestação da tutela jurisdicional, é de se aceder ao entendimento majoritário dos Tribunais os quais determinam que sejam os juros calculados desde a data da ocorrência do evento danoso.

Não é outro o entendimento sumulado do Superior Tribunal de Justiça. *In verbis*:

Súmula 580-STJ: A correção monetária nas indenizações de seguro DPVAT por morte ou invalidez, prevista no parágrafo 7º do artigo 5º da Lei 6.194/74, redação dada pela Lei 11.482/07, incide desde a data do evento danoso.

Ainda:

AGRAVO REGIMENTAL EM AGRAVO (ART. 544 DO CPC) - REPARAÇÃO DE DANOS PELO PROCEDIMENTO SUMÁRIO - ATROPELAMENTO - CULPA DA EMPRESA DE ÔNIBUS - NÃO COMPROVAÇÃO DO RECEBIMENTO DO DPVAT - JUROS DE MORA FIXADOS A PARTIR DO EVENTO DANOSO - INSURGÊNCIA DA RÉ. [...] 3. Em se tratando de responsabilidade extracontratual, os





**Torquato
Paula
& Velho**

ADVOGADOS ASSOCIADOS

juros moratórios incidem desde o evento danoso, inclusive sobre o valor dos danos morais. Enunciado 54 da Súmula do STJ. 4. Arts. 389 do Código Civil e 333, I, II, do Estatuto Processual Civil. Ausência de prequestionamento. Súmula n. 282 do STF. 5. Não logrou o recorrente demonstrar a divergência jurisprudencial nos moldes exigidos pelos artigos 541, parágrafo único, do CPC e 255, §§ 1º e 2º, do RISTJ. 6. Agravo regimental a que se nega provimento. (STJ - AgRg no AREsp: 269079 RJ 2012/0261937-8, Relator: Ministro MARCO BUZZI, Data de Julgamento: 24/09/2013, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 11/10/2013)

Ademais, acaso Vossa Excelência entenda de modo diverso, subsidiariamente, a correção monetária deve incidir a contar da data do pagamento a menor, porquanto se trata de reposição da perda do valor da moeda.

Seguindo o mesmo entendimento, colacionamos alguns julgados:

RECURSOS DE APELAÇÃO. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. PEDIDO DE INCLUSÃO DA SEGURADORA LÍDER COMO LITISCONSORTE PASSIVA. INDEFERIMENTO. MÉRITO. NEXO CAUSAL ENTRE O FATO E O DANO COMPROVADO. INDENIZAÇÃO DEVIDA. LIMITAÇÃO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO AO QUANTO PEDIDO EXPRESSAMENTE PELA PARTE. TERMO INICIAL DA CORREÇÃO MONETÁRIA. DATA DO PAGAMENTO A MENOR. MAJORAÇÃO DA VERBA HONORÁRIA. POSSIBILIDADE. APELOS PROVIDOS EM PARTE. (Apelação





**Torquato
Paula
& Velho**

ADVOGADOS ASSOCIADOS

Cível Nº 70037887247, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Antônio... (TJ-RS - AC: 70037887247 RS, Relator: Antônio Corrêa Palmeiro da Fontoura, Data de Julgamento: 27/01/2011, Sexta Câmara Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 09/02/2011)

APELAÇÃO CÍVEL - MÉRITO - INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA - DPVAT - COMPLEMENTAÇÃO - ADMISSIBILIDADE - QUANTUM INDENIZATÓRIO - PROPORCIONALIDADE - TABELA PARA CÁLCULO DE INVALIDEZ - INCIDÊNCIA DE CORREÇÃO MONETÁRIA - DATA DO PAGAMENTO A MENOR - HONORÁRIOS - LEGALIDADE - RECURSO DESPROVIDO. É plenamente possível pleitear em juízo a complementação de seguro obrigatório pago parcialmente por via administrativa. Conforme precedente do Superior Tribunal de Justiça, em caso de invalidez parcial, o pagamento do seguro obrigatório (DPVAT) deve, por igual, observar a respectiva proporcionalidade. A correção monetária nas ações de cobrança de seguro obrigatório que visam à complementação da verba indenizatória deve incidir a partir da data do pagamento a menor realizado na esfera administrativa. Nas causas de pequeno valor, os honorários advocatícios serão fixados consoante apreciação equitativa do juiz, conforme disposto no artigo 20, § 4º, do Código de Processo Civil. (Ap 124078/2010, DES. ORLANDO DE ALMEIDA PERRI, PRIMEIRA CÂMARA CÍVEL, Julgado em 31/05/2011, Publicado no DJE 06/06/2011). (TJ-MT - APL: 00024631120098110003 124078/2010, Relator: DES. ORLANDO DE ALMEIDA PERRI, Data de Julgamento: 31/05/2011, PRIMEIRA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 06/06/2011)



“APELAÇÃO CÍVEL 1 - AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO DPVAT - JUROS DE MORA DEVIDOS DESDE O PAGAMENTO A MENOR - DIFERENÇA DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO- RECIBO DANDO QUITAÇÃO - POSSIBILIDADE DO BENEFICIÁRIO PLEITEAR A DIFERENÇA DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO - VALOR ARBITRADO EM 40 VEZES O MAIOR SALÁRIO MÍNIMO VIGENTE À ÉPOCA - POSSIBILIDADE - LEI 6.194/74 NÃO REVOGADA PELAS LEIS 6205/75 E 6423/77 PRIMEIRO RECURSO PREJUDICADO E SEGUNDO DESPROVIDO”. (TJPR – 9ª Câmara Cível – Apelação Cível n.º 0402086-6 – Rel. Des. José Augusto Gomes Aniceto – j. 22/03/2007).

Tendo em vista as considerações acima, chegamos a conclusão de que em se tratando de pedido de pagamento de valores relativos, os juros de mora e a correção monetária devem ser computados a partir da data do evento danoso ou do pagamento a menor.

VII – DA ELABORAÇÃO DOS QUESITOS

Nesta oportunidade, a parte autora apresenta os seguintes quesitos para serem respondidos pelo senhor perito no momento da realização da perícia médica, solicitando, desde já, que a análise pericial obedeça aos preceitos do art. 473, do CPC/2015, que assim dispõe. “Ipsis litteris”:

Art. 473. O laudo pericial deverá conter:

I - a exposição do objeto da perícia;

II - a análise técnica ou científica realizada pelo perito;

III - a indicação do método utilizado, esclarecendo-o e demonstrando ser predominantemente aceito pelos especialistas da área do conhecimento da qual se originou;



IV - resposta conclusiva a todos os quesitos apresentados pelo juiz, pelas partes e pelo órgão do Ministério Público.

(g.n.)

§ 1º No laudo, o perito deve apresentar sua fundamentação em linguagem simples e com coerência lógica, indicando como alcançou suas conclusões.

§ 2º É vedado ao perito ultrapassar os limites de sua designação, bem como emitir opiniões pessoais que excedam o exame técnico ou científico do objeto da perícia.

§ 3º Para o desempenho de sua função, o perito e os assistentes técnicos podem valer-se de todos os meios necessários, ouvindo testemunhas, obtendo informações, solicitando documentos que estejam em poder da parte, de terceiros ou em repartições públicas, bem como instruir o laudo com planilhas, mapas, plantas, desenhos, fotografias ou outros elementos necessários ao esclarecimento do objeto da perícia.

Eis os quesitos:

- 1) Queira o Sr. Perito informar qual sua especialidade;
- 2) Qual o tipo de lesão sofrida pela parte Autora em decorrência do acidente mencionado na petição inicial?
- 3) A(s) lesão(ões) repercutira(m) em todo o(s) membro(s) atingido(s)?
- 4) Qual foi o tratamento médico aplicado ao periciado?
- 5) Em razão do acidente e do tempo de recuperação, é possível determinar por quanto tempo o(a) periciado(a) pode ficar impossibilitado(a) de exercer atividade laborativa? O(a) periciado(a) chegou a ficar impossibilitado de trabalhar?
- 6) O(a) periciado(a) se encontra acometido(a) de alguma doença/lesão que o(a) incapacite para o trabalho? Em caso positivo, qual a sua natureza?
- 7) Desde quando o(a) periciado(a) é portador(a) da doença e há quanto tempo estaria incapacitado(a)? E, sendo possível, informar a data provável da consolidação da lesão ou sequela.
- 8) Caso o(a) periciado(a) tenha fruído de benefício previdenciário, é possível afirmar que se encontrava incapacitado(a) para o trabalho ou para suas



- atividades habituais quando da cessação do referido benefício? Em caso de resposta positiva, por quanto tempo?
- 9) Quais as sequelas físicas da lesão (esclarecendo se temporárias ou permanentes)?
- 10) Havendo sequelas, qual(is) o(s) tratamento(s) recomendado(s) para corrigi-la(s) ou atenuá-la(s)? Qual(is) seu(s) custo(s) médio(s)?
- 11) Houve (ou continua havendo) progressão ou agravamento da(s) sequela(s)? Especifique.
- 12) A(s) sequela(s) podem ser eliminadas ou minimizadas? Como?
- 13) Tal doença incapacita-o(a) temporariamente, permitindo recuperação, ou permanentemente?
- 14) Há chance de reabilitação profissional?
- 15) Qual a profissão do periciado?
- 16) O periciado encontra-se incapacitado para suas atividades laborativas **habituais**?
- 17) Há outras informações, inclusive sobre enfermidade(s) diversas das mencionadas na petição inicial, que podem ser úteis à solução da lide?
- 18) O(a) periciado(a) necessita de constante assistência de terceira pessoa, sobretudo para sua higiene, para vestir-se ou alimentar-se?
- 19) Foi realizada cirurgia no periciado. Se sim, o procedimento cirúrgico foi capaz de suprir as lesões ou danos inerentes ao acidente?
- 20) A(s) sequela(s) encontradas tem(têm) nexo causal com o acidente relatado neste processo?
- 21) Houve progressão, agravamento ou desdobramento da doença ou lesão ao longo do tempo?
- 22) Há outras lesões diversas daquelas indicadas na inicial, mas que possuem relação direta com o acidente de trânsito informado?**
- 23) Em razão de sua enfermidade a parte autora necessita de permanentes cuidados médicos, de enfermagem ou de terceiros? Especificar.
- 24) A parte autora necessita de auxílio de órteses ou próteses? Caso positivo, especificar.
- 25) Se necessário prestar outras informações que o caso requeira e sejam pertinentes à solução da lide.

VIII - DOS PEDIDOS



Ante o exposto requer a Vossa Excelência:

- a) A citação da demandada, no endereço declinado no preâmbulo, para contestar a presente ação, sob pena de revelia quanto ao fatos alegados, bem como para comparecer a audiência de conciliação ou de mediação, na forma do art. 319, VII, do CPC/2015;
- b) A procedência dos pedidos para condenar a Demandada ao pagamento do Seguro DPVAT devido à parte Autora, respeitando o previsto na Lei nº 6.194/73 e a proporção de invalidez apurada por perito nomeado pelo Juízo, corrigidos a partir do evento danoso pelo IGP-M e juros de 1% ao mês;
- c) A realização de perícia médica por médico especialista em ORTOPEDIA para apurar as lesões e/ou sequelas da parte autora;
- d) Sejam respondidas pelo Sr. Perito todos os quesitos formulados pela parte autora, em atenção ao art. 473, IV, do CPC/2015, sob pena de nulidade, solicitando, desde já, que a análise pericial obedeça aos preceitos do precitado artigo;
- e) Acaso os presentes autos sejam remetidos ao CEJUSC para marcação de audiência e, conseqüentemente, realização de perícia judicial, requer, ANTES DE REALIZADA A PERÍCIA MÉDICA, o desentranhamento de toda a documentação médico-hospitalar que se encontra no acervo da seguradora demandada para que seja apreciada pelo médico perito no momento da análise médica;
- f) Seja a seguradora demandada intimada, antes da realização da perícia médica judicial, para apresentar nos autos cópia do processo administrativo referente ao sinistro em questão, documento comum às partes, em atenção ao artigo 396 do CPC/2015.
- g) **requer, ainda, seja disponibilizada a lista de peritos na vara ou na secretaria deste Juízo, na forma do art. 157, § 2º, do CPC/2015;**
- h) A condenação da Requerida em custas e honorários advocatícios, estes em 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação OU, sendo inestimável ou irrisório o proveito econômico, em montante a ser arbitrado por Vossa Excelência, em atenção ao art. 85, § 8º, do CPC;
- i) A inversão do ônus da prova nos termos do §2º do artigo 3º do CDC;



j) A produção de todos os meios de prova em direito admitidos, especialmente a prova testemunhal, documental e pericial;

k) A concessão do benefício da justiça gratuita, nos moldes do art. 4º, da lei nº 1.060/50, eis que a parte Autora não tem possibilidade de arcar com as custas do presente feito e com seus ônus sucumbenciais, sem prejudicar seu próprio sustento e de sua família;

l) Em caso de procedência da causa ou acordo firmado no curso do processo, requer, desde já, a retenção dos honorários advocatícios, com expedição de alvará em nome do advogado ERIC TORQUATO NOGUEIRA, CPF: 061.387.934-12, para levantamento dos honorários contratuais e/ou sucumbenciais – contrato apenso;

Opta, o autor, amparado pelo art. 319, VII, do CPC, pela NÃO realização de audiência de conciliação ou de mediação, haja vista a improvável possibilidade de acordo.

Atribui-se à causa o valor de R\$ 1.000,00 (mil reais) para fins de fixação de alçada.

Termos em que,

Pede e espera deferimento.

Natal/RN, 30 de junho de 2020.

ERIC TORQUATO NOGUEIRA
OAB/RN 11760

BRUNO HENRIQUE CORTÊZ DE PAULA
OAB/RN 14290

CLAUDIMIR JOSÉ FERREIRA VELHO
OAB/RN 7268



PROCURAÇÃO

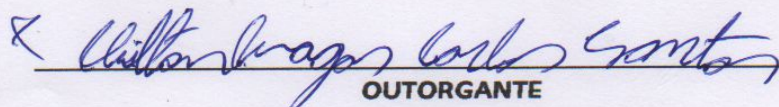
OUTORGANTE: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS, brasileiro, autônomo, inscrito no CPF/MF sob o nº 083.107.104-45, portador da cédula de identidade nº 2823585 SSP/RN, residente e domiciliado na Rua Santa Eulalia, nº 11, Pajuçara, CEP: 59.123-290, Natal/RN.

OUTORGADO(S): ERIC TORQUATO NOGUEIRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 11760, portador do CPF/MF nº 061.387.934-12; **BRUNO HENRIQUE CORTÊZ DE PAULA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 14290, portador do CPF/MF nº 061.192.214-25; **CLAUDIMIR JOSÉ FERREIRA VELHO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 7268, portador do CPF/MF nº 452.648.800-34, ambos com endereço profissional situado à Avenida Romualdo Galvão (Edifício Sfax - sala 803), nº 293, Tirol, Natal/RN, CEP 59020-640.

PODERES: Para o foro em geral nos termos do artigo 105 do Código de Ritos, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, concomitantes com os especiais notadamente para promover quaisquer medidas judiciais ou extrajudiciais, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, assinar termo de acordo judicial ou extrajudicial, acordar, renunciar, recorrer, agravar, substabelecer no todo ou em parte, utilizar e fazer cadastro em nome do Outorgante junto à Central de Serviços Meu INSS, atuar em conjunto ou separadamente com outros advogados para defender os interesses do(s) Outorgante(s) até que as providências tomadas na defesa dos seus interesses tenham cessado.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, levantar ou receber RPV, precatórios e alvarás, requerer a justiça gratuita, dar e/ou receber quitação, declarar a hipossuficiência econômica, tudo em conformidade com a norma do art. 105, do Código de Processo Civil.

Natal, 01 de junho de 2020.


OUTORGANTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1828177771

PROIBIDO PLASTIFICAR
1828177771

NOME: **CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **2823585 ITEP RN**

CPF: **083.107.104-45** DATA NASCIMENTO: **18/06/1987**

FILIAÇÃO: **JOSE CARLOS JUNIOR**
MARIA ODETE CARLOS DOS SANTOS

PERMISSÃO: **AB** CAT. HAB: **AB**

Nº REGISTRO: **04124236262** VALIDADE: **19/08/2024** 1ª HABILITAÇÃO: **12/09/2007**

OBSERVAÇÕES:

Cleilton Chagas Carlos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **NATAL, RN** DATA EMISSÃO: **20/08/2019**

Jonilson Pereira de Oliveira
Diretor Geral - Detran RN

ASSINATURA DO EMISSOR

89685957104
RN706236149

RIO GRANDE DO NORTE

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

COSERN

ROTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Marmoz, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
OSEAS DAVID DE OLIVEIRA
CPF 061 012 114-60

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
REPUBLICA
PAULICARÁVAREIA URBANA
NATAL RN
59123-290

CARACTERÍSTICAS
RESIDENCIAL
Monofásico

7006140410 02/2020

02/03/2020 23/03/2020

92,18

PERSONALIZAÇÃO NA ROTA FISCAL



c/c

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

COSERN
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150, Baldo, Natal - RN. CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-61 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE
OSEAS DAVID DE OLIVEIRA
CPF: 061.012.114-80

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SANTA EULALIA 11 LOT NOVA
REPUBLICA
PAJUCARA/AREA URBANA
NATAL RN
59123-290

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIA
RESIDENCIAL
Monofásico

DATA DE VENCIMENTO
30/04/2020

DATA DE PAGAMENTO
22/05/2020

CONTA CONTRATO
7006140410

DATA DE EMISSÃO
04/2020

VALOR TOTAL
105,57

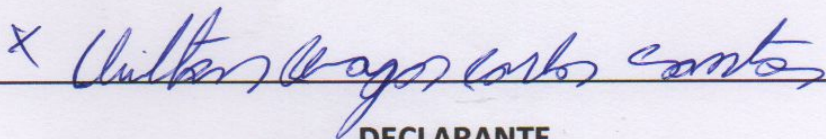
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	143,0000000	0,33971773	47,72
Consumo Ativo(kWh)-TE	143,0000000	0,32875114	47,31
Contrib. Ilum. Pública Municipal			17,94
			105,57



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS, brasileiro, autônomo, inscrito no CPF/MF sob o nº 083.107.104-45, portador da cédula de identidade nº 2823585 SSP/RN, residente e domiciliado na Rua Santa Eulalia, nº 11, Pajuçara, CEP: 59.123-290, Natal/RN, declara que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República, art. 98 e seguintes do CPC e da Lei nº 1.060/50.

Natal/RN, 01 de junho de 2020.


DECLARANTE





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

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A aceitação deste documento está condicionada a verificação de sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defesasocial.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL

Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001015032

1.2 Data de Expedição: 04/05/2020 10.17.59

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 20/04/2019 19.07.00

2.3 Número: S/N

2.5 Complemento:

2.7 Bairro: TIROL

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: AV SALGADO FILHO

2.4 CEP:

2.6 Ponto de Referência: EM FRENTE AO WALFREDO GURGEL

2.8 Cidade: NATAL

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

3.3 Etnia: NEGRO

3.5 Mãe: MARIA ODETE CARLOS DOS SANTOS

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 08310710445

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão:

3.15 Telefone(s): 84 987993534

3.17 Número: 11

3.19 Bairro: PAJUÇARA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai:

3.6 Data de Nascimento: 18/06/1987

3.8 RG: Não informado

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: RUI BARBOSA/RN

3.14 E-Mail: CLEILTONCHAGASG@GMAIL.COM

3.16 Logradouro: RUA SANTA EULALIA

3.18 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S)

(NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

O DECLARANTE RELATA QUE PAROU NO SINAL NA AV SALGADO FILHO PROX AO MIDWAY, QUANDO UM CARRO BATEU NA TRASEIRA DA SUA MOTO HONDA/CG 125 I FAN, COR VERMELHA, GASOLINA, ANO/FAB 2018, ANO/MOD 2018, PLACA QGN3117, RENAVAM 01164606694, DE PROPRIEDADE FRANCISCO NILTON DE MOURA, FAZENDO A VÍTIMA CAIR. O ACUSADO SE EVADIU, NÃO CONSEGUINDO O DECLARANTE VER PLACA, COR E MODELO DO CARRO.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

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

Comunicante: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

Data 04/05/2020 15.15.12

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.



Atendimento: 1702742 - RUBENS PAES BEZERRA FILHO

Impresso por: WEB em 12/05/2020 09:54:09

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **20286 /2019** BOLETIM COM REGISTRO
Admissão: **20/04/2019 19:07:35**

SAÍDA
EM **20/04/2019**

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: **123901 - CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS** (31 a 10 m 2 d)

Nascimento: 18/06/1987 Natural: RUY BARBOSA BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 704104115273271 CPF: 08310710445

Prof:

BOLETIM FATURADO

Mãe: MARIA ODETE CARLOS DOS SANTOS Pai:

EM. **25/09/19**

Logradouro: SANTA EULALIA, 12

Cidade: NATAL

CEP: 59123290

Bairro: PAJUÇARA

Telefone: 84 .987993534

Compl: (LOT N REPUBLICA)

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: SOZINHO

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 20/04/2019 19:00:54

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO APOS ACIDENTE DE MOTO

Hora: **19.10**

*DOCTE CORREU QUEDA DE MOTO COM
TRAUMA DE MÃO E PUNHO (E). NESTA TELA OU
OUTRAS IMAGENS*

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A *nan*
- B *nan*
- C *nan*
- D *DEFORMIDADE DE PUNHO E MÃO (E)*
- E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

22/04/19

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

TRAUMA MÃO (E)

*Gerado via SX por CLAUDIA LUCIANA CAVALCANTI DE FRANCA. Impresso em 20 de Abril de 2019.

RAIOS-X

Realizado em **20/04/19** Hora: **19.10**

RAIOS-X

Realizado em **20/04/19** Hora: **19.10**



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

RX DE RISO e PUNHO (E)
AP I.P.Dr. Kallyandre Medeiros
Urologia - Andrologia TISB
CPF: 751.469.594-04
CRM-RN 2869

CONDUTA PRIMARIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

ORTOPEDIA

HORA:

15:10

DATA:

20.06.15

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

Dr. Kallyandre Medeiros
Urologia - Andrologia TIS
CPF: 751.469.594-04
CRM-RN 2869

DESTINO DO PACIENTE:

DATA

HORA

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

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

OBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP



ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPONSIVIDADE DA VÍTIMA 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS) 3 - ABARCA VIA AEREA, 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 5 - SE AFINEÇA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MÁSCARA), 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTES), 7 - SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSÕES TORÁCIAS 100/MIN (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEJA, 8 - DEJA DISPONÍVEL: ANÁLISE O RÍTIMO, 9 - RÍTIMO CHOCÁVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 360 J 200 J DEJA BIFÁSICO, E REINICIE RCP, 10 - RÍTIMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP(30:2), 11 - AVALIE O RÍTIMO A CADA 2 CICLOS, 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MOVIMENTAR, 13 - COLOQUE-A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Interesse de
Paciente de trauma e politrauma
h+ com apresentação
de lesão de
SO politrauma de
Mão
falta de
Dor de

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 28/04/20
MAT. Nº 1520873
SOME
ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Oftos se abrem espontaneamente.	4
Oftos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Oftos se abrem por estímulo doloroso	2
Oftos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde conscientemente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, tempo, local, etc. e porquê, a data e etc.)	5
Consciente (Responde às perguntas conscientemente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Pala soltas, mas sem troca conversacional.)	3
Som ininteligível. (Comando sem articulação palavras.)	2
Assente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inspecífica a dor.	4
Padrão flexo à dor (Decorticação).	3
Padrão extensor à dor (Decerebração).	2
Som resposta motora.	1
Total	

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4
	1-9 = 3
	1-5 = 2
	1-5 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90 = 4
	75-89 = 3
	55-74 = 2
	1-50 = 1
	0 = 0

**Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.L. Copes, et al; A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1995.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

03 - 08=grave (necessidade de intubação imediata);
09-3=moderado;
14-15=leve

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

** A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com as seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

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

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

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



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA ORTOPÉDICA

CARTÃO SUS: 704104215273271

Nº 01

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Cleton Chagas Carlos Santos

RACIA COR: SEXO: ☒ MASC ☐ FEM D. NASC: 28/08/87 IDADE: 31 ESTADO CIVIL:

ENDEREÇO: R. Santa Eulália 11 CEP: 59123290

BAIRRO: Pajuçara CIDADE: Natal FONE: 98799-7534

NOME DA MÃE: Maria Betelânia dos Santos PROFISSÃO/ESCOLARIDADE:

RG: 002823589 CPF: DATA: 27/04/19 HORA: 07:20

DOENÇAS DE BASE () HIPERTENSÃO; () DIABETES; () INSUF. RENAL; () EPILEPSIA; () ALZHEIMER

OUTRAS:

MEDICAMENTOS EM USO:

ALERGIA MEDICAMENTOSA () AAS; () DÍPIRONA; () DICLOFENACO/AINE; OUTROS:

Aparentemente BEM	()	Consciente/Orientado	()	Inconsciente	()	Agitado	()
REGULAR	()	Aparentemente alcoolizado	()	Hemorragias	()	Traumatismo Craniano	()
GRAVE	()	Respira c/ dificuldade	()	Convulsão	()	Desmaio ou Vômito(s)	()
Politraumatizado	()	Atropelamento	()	Colisão	()	Queda	()

PA	FC	FR	TEMP	SPO2	HGT	PESO	DOR
							LEVE MODERADA INTENSA

OBSERVAÇÕES: AZUL VERDE AMARELO VERMELHO

Rita de Cassia F. Nunes
Especialista em Ortopedia
COREN/RN 249.151

Primo em punho (2) no 01/01/19. História de fratura do punho há mais de 10 anos, não tratada e assintomática.

EXAME FÍSICO: Sem exame ou limitação do punho

HOSPITAL MUNICIPAL DE NATAL
Rua Coronel Joaquim Manuel, 654
Petrópolis - Natal/RN - CEP 59.012-330
TEL: 3215-9857
CNPJ 14.518.573/0001-70
CRES: 3708920

min X punho (2): AP P

José de Moura L. Neto
Ortopedia - Traumatologia
CRM 6718

CONFIRMAÇÃO COM O ORIGINAL

Prescrição de medicamentos

MÉDICO/CRM



INDICAÇÃO DO TRATAMENTO

INDICAÇÃO DO TRATAMENTO
ANEXO 001

Jessé de Moura L. Neto
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 0718

HOSPITAL MUNICIPAL DE NATAL
Rua Coronel Joaquim Manoel, 654
Petrópolis - RN/Brasil - CEP 59.012-330
TEL: (51) 3245-0101
CNPJ 14.413.573/0001-70
CNPJ 3708626

CONFERE COM
O ORIGINAL

TUMOR 3º + 10, 2º
DIPLOMA 1º + 10, 2º

CINTURA ESCAPULO-UMERAL (ombro)	03.03.09.012-0	()	METACARPO (c/ imob)	03.03.09.016-2	()
LESÃO LIGAMENTAR (c/ imob)	03.03.09.014-6	()	MEMBRO INFERIOR (c/ imob)	03.03.09.020-0	()
PUNHO (c/ imob)	03.03.09.015-4	()	MEMBRO SUPERIOR (c/ imob)	03.03.09.022-7	()
LESÃO LIGAMENTAR (c/ imob)	03.03.09.028-6	()	de LUMBAGO ou DORSALGIA	03.03.09.029-4	()
LUXAÇÃO ou FRATURA/LUXAÇÃO ESCAPULO-UMERAL (OMBRO)	04.08.01.013-4	()	04.08.02.016-4 (umero prox)	()	()
LUXAÇÃO ou FRATURA/LUXAÇÃO COTOVELO	04.08.02.022-9	()	04.08.02.015-6 (FISARIA)	()	()
LUXAÇÃO/ FRATURA LUXAÇÃO do PUNHO	04.08.02.024-5	()	04.08.02.017-2 (FISARIA)	()	()
FRATURA/LUXAÇÃO MONTEGGIA ou GALEAZZI	04.08.02.018-0	()	04.08.02.020-2 (antebraco)	()	()
FRATURA DIAFISE	04.08.02.019-9 (umero)	()	04.08.02.023-7 (MTC/ FLG)	()	()
FRATURA dos METACARPANOS	04.08.02.021-0	()	04.08.04.018-1 (congenita)	()	()
LUXAÇÃO COXO FEMORAL traumática/ pos artroplastia	04.08.04.019-0	()	04.08.05.027-6 (PATELA)	()	()
LUXAÇÃO ou FRATURA/ LUXAÇÃO de ANEL PÉLVICO	04.08.04.020-3	()	04.08.05.029-2 (tarso-metat)	()	()
LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO de JOELHO	04.08.05.026-8	()	04.08.05.022-5 (FISARIA)	()	()
LUXAÇÃO ou FRATURA/LUXAÇÃO SUBTALAR E INTRATARSO	04.08.05.028-4	()	04.08.05.019-5 (MTT/ FLG)	()	()
LUXAÇÃO ou FRATURA-LUXAÇÃO do TORNOZELO	04.08.05.021-7	()			
FRATURA METATARSO	04.08.05.020-9	()			
BLOQUEIO DE NERVO PERIFÉRICO	31403026	()	04.17.01.005-2 (Regional)	()	()
EXCISAO de LESAO e/ou SUTURA de PERIMENTOS da PELE	04.01.01.005-8	()	04.01.02.005-3 (Retalho ou Z)	()	()
CANTOPLASTIA UNGUEAL	30101948	()			
RETIRADA de CORPO ESTRANHO	04.01.01.011-2	()			
Incisão e DRENAGEM DE ABCESSO	04.01.01.010-4	()			
CURATIVO grau II C/ OU S/ DESBRIDAMENTO	04.01.01.001-5	()			
TENOMIOTOMIA	04.08.06.045-0	()	04.08.06.048-4 (tunel osteofibroso)	()	()

RESPONSÁVEL pelo PACIENTE		TELEFONE		SERVIÇO SOCIAL/ CRESS
GRAU DE PARENTESCO				
INTERNAMENTO HOSPITALAR	()	leito CIRURGICO		
	()	leito CLIN MÉDICA		
	()	leito PEDIATRIA		
	()	OBSERVAÇÃO		
TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR	HMWG	()	DATA	HORA
	HDML	()		
	HRP	()		
	OUTRO	()		
TRANSPORTE	SAMU		USUÁRIO	UNIDADE:
	FAMÍLIA		GRAU PARENTESCO?	
	OUTRO			
			RESPONSÁVEL P/ LEVAR	
ALTA HOSPITALAR	DECISÃO MÉDICA	()	ÓBITO	()
	CURA/MELHORA	()	ENTREGUE A:	()
	A REVELIA	()	FAMÍLIA	()
	A PEDIDO	()	FUNERÁRIA	()
			MÉDICO/CRM	DATA HORA

DESTINO DO PACIENTE/ USUARIO





PLANTÃO 24 HORAS

ORÇANOS - CLÍNICA GERAL
PEDIATRIA - ORTOPEDIA
LABORATÓRIO DE ANÁLISES
PRONTO SOCORRO - RAIO X
ULTRASSONOGRAFIA

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordeste Ponta Negra) - Natal/RN

À JBS

Encontro o paciente com
cracas caídas entre com fratura
unidade (pseudoartrose) do escápulo
esquerdo, com necessidade de
avaliação com ortopedista experimen-
tado em cirurgia da mão.
Sugiro avaliação e tratamento peri-
cárdico com Dr. Nêcio
Dênego.

Frederico de O. Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 7514

15/5/20

Natal,





Protocolo de Atendimento

Protocolo de Atendimento

Protocolo J2020001015032

Código de
Autenticação fce21

ATENÇÃO:

IMPORTANTE: Guarde o N° DE PROTOCOLO do boletim bem como os 5 PRIMEIROS DÍGITOS DE AUTENTICAÇÃO mostrado acima.

Não perca estes números.

Com estes códigos acompanhe o andamento da homologação do seu Boletim no menu 'Consulta' na tela inicial.





Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

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

RELATÓRIO MÉDICO

Nome: Cleilton C C Santos

Diagnóstico: Pseudoartrose do escafoide E

Prognóstico: Moderado. Ainda com dor e limitação. Deve seguir em reabilitação. Em programação cirúrgica para 23.07.2019

Recomendação: Deve afastar-se de suas atividades por 4 (quatro) meses, a critério do perito

CID: S62/ Z98.8

12.06.19

Dr Hélio R P Garcia
CRM 5500

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

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

Hospital Memorial – Av. Gov Juvenal Lamartine, 979 – Tirol – Natal – RN – F: 31334200



Center
C.N.P.J.: 02.561.150/0001-08
Av Lima e Silva, 1337 - Lagoa Nova - Natal/RN
Fone: (84) 4009-8100 - www.traumacenter.com.br



Hélio Polido

Cirurgia da Mão e Microcirurgia
Artroscopia de punho e cotovelo

P/ CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

LAUDO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente de nome acima apresenta pseudoartrose instável do escafoide E, com dor e sinais de degeneração. Está em programação cirúrgica para 05.02.2020. Deve afastar-se de suas atividades por 4 (quatro) meses, a critério do perito

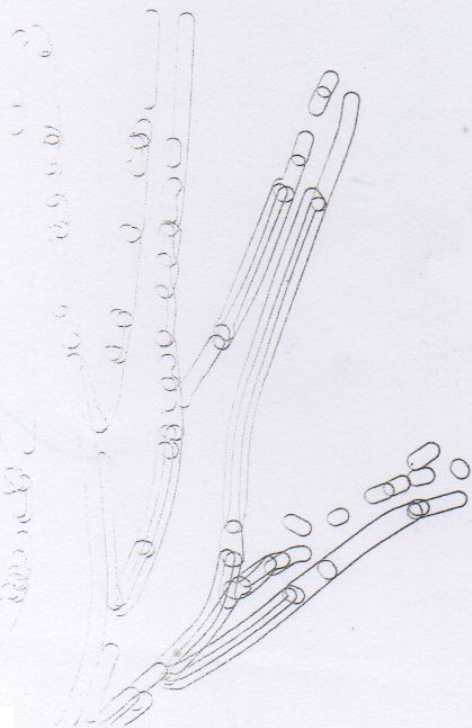
CID - 10: - M84

Dr. Hélio R. Polido Garcia
Cirurgia da Mão
Microcirurgia
CRM - 5508

Natal, 07/01/2020

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA - 5500

Ortopedia & Traumatologia



Trauma Center

Av. Lima e Silva, 1337
Lagoa Nova - Natal/RN

✉ drheliopolido@gmail.com
📷 drheliopolido

☎ (84) 4009.8100
📞 99983.0043





Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

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

RELATÓRIO MÉDICO

Nome: Cleilton C Carlos Santos

Diagnóstico: Pop pseduoartrose do escafoíde E em 05.02.2020

Prognóstico: Moderado. Ainda com dor e limitação. Segue em acompanhamento.

Recomendação: Deve afastar-se de suas atividades de carga por 4 (quatro) meses, a critério do perito.

CID: M84 / Z98.8

20.02.2020

Dr Hélio R P Garcia
CRM 5500

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

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

Hospital Memorial – Av. Gov Juvenal Lamartine, 979 – Tirol – Natal – RN – F: 31334200





Hospital Municipal de Natal

Newton Azevedo

LAUDO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO CIRÚRGICA

Estabelecimento Solicitante	CNES
Estabelecimento Executante	CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE CLAYTON CROOKS CRUZ SANTOS			
Cartão SUS 704 1041 1527 3271	Data de Nascimento 18.06.1987	Sexo <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	Idade: 31 anos
RG 002.823.585	CPE 083.107.104-45	Telefone(s) 98799-3534	
Responsável O mesmo		Tel. 9 8787-6514	
Endereço Rua Santa Eulália 11			
Cidade Pajuçara	Município Natal	UF RN	

LAUDO TÉCNICA E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Dor em punho (C)		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade de cirurgia		
RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS		
DIAGNÓSTICO INICIAL Lesão de tendão do flexor (C)	CID PRINCIPAL M84.1	CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO Cirurgia	CÓD
CLÍNICA/LEITO 0770921	CARÁTER DA INTERNAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> ELETIVO <input type="checkbox"/> URGÊNCIA
MEDICO SOLICITANTE Jesse de Moura L. Neto	CRM DATA 27/07/19
ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO Ortopedia - Traumatologia CRM - 6718	

PREENCHER EM CASO DE CAUSA DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> ACID. TRABALHO	<input type="checkbox"/> VIOLÊNCIA	<input type="checkbox"/> OUTROS
ESPECIFICAR:			

SOLICITAÇÃO DE OPME - Órteses, Próteses e Materiais Especiais.

SOLICITAÇÃO	
JUSTIFICATIVA	
AUTORIZAÇÃO	
AIH Nº	
NOME DO AUDITOR RESPONSÁVEL	CNS/CRM
ASSINATURA E CARIMBO	DATA





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 05/02/2020 10:2

Dados do Paciente

Paciente: **CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS**

Registro: **136545**

Num. RG: **2823585**

CPF: **083.107.104-45** Nascimento: **18/06/1987** 33 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Casado(a)**

Encereço: **SANTA EULALIA**

N.: **12**

Bairro: **PAJUCARA**

Cidade : **NATAL**

UF: **RN**

CEP: **59123290**

Fone: **8498799353**

Profissão: **COZINHADOR DE ALIMENTOS**

Mãe: **MARIA ODETE CARLOS DOS SANTOS**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **2**

Entrada: **05/02/2020 10:25** Previsão saída: **07/02/2020 11:00** Atendente: **THALYTARCS**

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Matricula/CNS: **704104115273271**

Médico : **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**

CRM: **5500**

LEITO RESERVA 04

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

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

Doc. Apresentado: _____ Diagnostico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatorio sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratorios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinario e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

MedicWare

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____

Página



Assinado eletronicamente por: CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO - 30/06/2020 21:29:39

<https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063021293827100000054953756>

Número do documento: 20063021293827100000054953756

Num. 57185621 - Pág. 6

Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 05/02/2020 10:2

Paciente: **CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS**

Registro: 136545

Num. RG: 2823585

CPF: 083.107.104-45 Nascimento: 18/06/1987 33 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Casado(a)

Endereço: SANTA EULALIA

N.: 12

Bairro: PAJUCARA

Cidade: NATAL

UF: RN

CEP: 59123290

Fone: 8498799353

Profissão: COZINHADOR DE ALIMENTOS

Mãe: MARIA ODETE CARLOS DOS SANTOS

Dados do Internamento

Num. Internamento: 2

Entrada: 05/02/2020 10:25 Previsão saída: 07/02/2020 11:00 Atendente: THALYTARCS

Convênio: SUS MUNICIPAL

Matrícula/CNS: 704104115273271

Médico: Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM: 5500

LEITO RESERVA 04

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

Termo de Responsabilidade

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

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

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

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

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

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

Cleilton Chagas Carlos Santos

Observações

COM AIH, DOCS, SISREG, EXAMES LAB, 2 PELICULAS RX, MEDICO CIENTE.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL
EM, 28/02/2020

MedicWare

Página



Dados do Paciente

Paciente: **CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS** Registro: **136545**
Num. RG: **2823585** CPF: **083.107.104-45** Nascimento: **18/06/1987** 33 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Casado(a)**
Endereço: **SANTA EULALIA** N.: **12** Bairro: **PAJUCARA**
Cidade: **NATAL** UF: **RN** CEP: **59123290** Fone: **84987993534**
Profissão: **COZINHADOR DE ALIMENTOS** Mãe: **MARIA ODETE CARLOS DOS SANTOS**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **2** Entrada: **05/02/2020 10:25** Previsão saída: **07/02/2020 11:00** Atendente: **THALYTARCS**
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Matrícula/CNS: **704104115273271**
Médico: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA** CRM: **5500** **LEITO RESERVA 04**


Dados do Responsável

Responsável: CPF: RG:
Parentesco:

**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO
PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS**

1. - Autorizo o(a) **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: **S7956 - TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDO-RETARDO / CONSOLIDACAO / PERD**
2. - O(A) **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

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

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MEDICO

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

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA - CRM 5500

MedicWare

HOSPITAL MEMORIAL

SAO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____



Código Solicitação: 324933790

Número AIH: 242010010129-8

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:

HOSPITAL MEMORIAL

Unidade Executante:

HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL

Central Reguladora

NATAL

Data de Solicitação

03.02.2020 - 09:02:44

Data de Autorização

03/02/2020 - 09:29:07

Data de Reserva

05.02.2020

Data de Internação

04.02.2020

Data Prevista de Alta

20.06.2047

Data de Alta

04/02/2020 - 11:49:31

Motivo da Alta

1.1 ALTA CURADO

CNES:

2408252

CNES:

2408252

Município Executante

NATAL

Operador

08243509445ANDRIKELLY

Operador

05184645470KALLINE

Operador

18129862204LUCIMAR

Operador

18129862204LUCIMAR

DADOS DO PACIENTE

CNS:

704104115273271

Nome do Paciente

CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

Nome da Mãe

MARIA ODETE CARLOS DOS SANTOS

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

18/06/1987 (32 anos)

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

11

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(84) 98799-3534 • (84) 99194-1501 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

RUY BARBOSA - RN

Raça:

AMARELA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

SANTA EULALIA

Bairro:

PAJUCARA

Município de Residência:

NATAL

Complemento:

A

CEP:

59123-290

UF:

RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

19561917807

CPF do Médico Executante:

19561917807

Diagnóstico Inicial - CID:

M841 - AUSÊNCIA DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA [PSEUDO-ARTROSE]

Caráter

10 - Eletivo

Clínica:

ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS

Nome do Médico Solicitante:

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

Nome do Médico Executante:

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

Status da Solicitação:

APROVADA

Classificação de Risco

Prioridade 3 - Atendimento eletivo

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0415010012

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

PACIENTE COM DOR + DEFICIT FUNCIONAL DO ESCAFOIDE "D" COM PSEUDOARTROSE PARA ENXERTO, AVALIADO POR DR. HELIO R./td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FÍSICO + RX

Condições que Justificam a Internação:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE + OSTEOTOMIA

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____

Data da Extração dos Dados: 06/02/2020 16:29:41



SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE		2 - CNES	
		4 - CNES	
5 - NOME DO PACIENTE			
Cleilton C C Santos			
7 - CARTÃO NACIONAL SUS		8 - Nº DO PRONTUÁRIO	
704104115273271			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - SEXO	
MÃE DO L. C. DO SANTOS		MASCULINO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)		11 - TELEFONE DE CONTATO	
RUA SIA EULÓRIA 12		98799-3534	
13 - MUNICÍPIO		14 - BAIRRO	
Mato		BOQUEIRO	
15 - UF		16 - CEP	
RN		53	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Dor + déficit funcional do escafoide D com pseudoartrose para enxerto tipo Fisk artroscópico			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Necessidade cirúrgica			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
Exame físico + RX			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	
Pseudoartrose escafoide D		M84	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CAUSAS ASSOCIADAS	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MÚLTIPLAS			
- Tratamento cirúrgico de pseudoartrose			
- Osteotomia da pelve			
25 - COD. DO PROCEDIMENTO		26 - LETOCLÍNICA	
0415020034			
- 0408020601		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
- 0408040157			
		28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
		Dr Hélio Rubens Polido Garcia	
		29 - DT. SOLICITAÇÃO	
		1	
		30 - CNS / CPF	
		Dr. Hélio Rubens Polido Garcia	
		CRM 5500 - RN	
		Cirurgia da Mão e Microcirurgia	
		31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		33 - CNPJ DA SEGURADORA	
34 - Nº DO BILHETE		35 - BÔNUS	
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO		37 - CNPJ	
38 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		38 -	
40 - () CID. 10 PRINCIPAL		40 -	
42 - () CID. 10 SECUNDÁRIO		43 - ()	
		44 - () GRAVE	
		45 - () GRAVÍSSIMA	
AUTORIZAÇÃO			
6 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO		50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLADOR	
7 - DT. AUT.		51 - DT. AUT.	
8 - CNS / CPF		52 -	
9 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)		53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	

HOSPITAL MEMORIAL
SAO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____





Hospital Memorial
São Francisco

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

Data do Procedimento: 05.02.2020

Registro: 136545

IH: 2

Diagnóstico pré operatório: M84 TRANSTORNOS DA CONTINUIDADE DO OSSO

Código do procedimento

0408020601 312

0408040157 3-366

Cirurgia realizada

TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDO-RETARDO / CONSOLIDACAO / PERD
OSTEOTOMIA DA PELVE

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM

5500

Anestesiologista: FRANCISCO DA SILVA MELO

4539

Instrumentador: berenise

Instrumentador Empresa: antonia

Grau de Contaminação: Limpo

Profilaxia Antimicrobiana:

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

2 fios steinmann

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

1. Paciente em DDH sob bloqueio M Sup E
2. Assepsia e antisepsia
3. Via de acesso volar punho E + Divulsão romba
4. Tratamento cirúrgico da pseudoartrose escafoide D (Fisk-Fernandes)
5. Enxerto ósseo do escafoide E
6. RX intra-op
7. Limpeza + sutura + curativo + tala gessada

CRM: 5500 - HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
05/02/2020 19:33:22

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, / /

Página





Hospital Memorial
São Francisco

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

BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

Paciente: **CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS**

Dados do Paciente

CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

IH:

Cirurgia Realizada
ENXERTO+OSTEOTOMIA DE ESCAFOIDE

Cirurgião
DR HELIO RUBENS

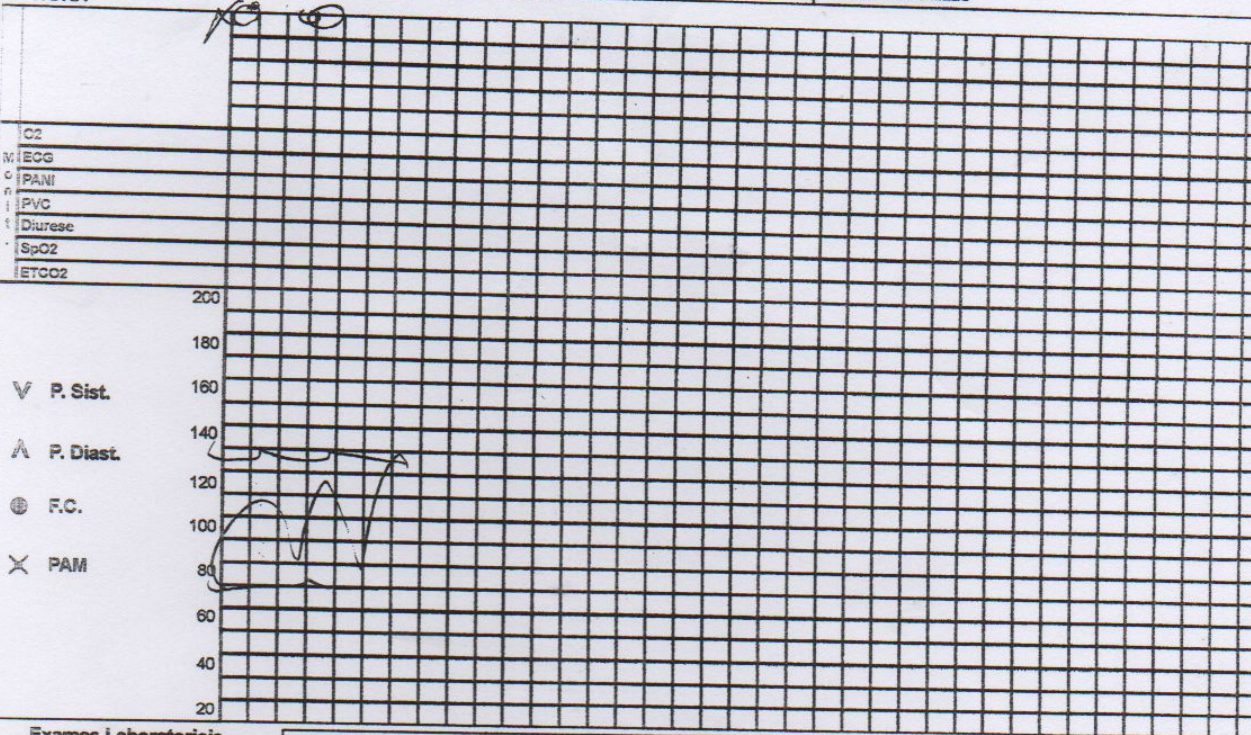
1º Auxiliar

2º Auxiliar

Anestesiologistas
DR FRANCISCO MELO

Data
06/02/2020

HORA



Exames Laboratoriais

pH		
PaCO2		
HCO3		
CO		
ES2		
PaO2		
SHbO2		
Hb		
Hc		
Na		
K		
Ca		
Glicose		
FENTANIL	500MG	02
MIDAZOLAN	15MG	01
NEOCAINA	0,5%	0
DIMORF	0,2MG	
SUFENTANIL	10MG	
ROCURONIO	50MG	
ATRACURIO	25MG	
PROPOVAN	1%	
EFEDRINA	50MG	
ARAMIN	10MG	
CEFAZOLINA	1G	02
DIPIRONA	1G	002
DRAMIN	3MG	01
DEXAMETASONA	10MG	
RANITIDINA	50MG	
ONDASETRONA	8MG	
NEOCAINA	0,5%	
ISOBARICA	0,5X	
CETOPROFENO	100mg	

TÉCNICA ANESTÉSICA: BLOQUEIO PLEXO+SEDACÃO

BLOQUEIO:

LOCAL DA PUNÇÃO:

NÍVEL ANESTESIA:

BLOQUEIO MOTOR: 2

POSICÃO: Antes:

APARELHO:

TÉCNICA: ABERTO

INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: ORAL

TRAUMÁTICA: NAO

SONDA:

CUFF:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDIÇÃO FINAL:

AGULHA:

Depois:

TIPO:

LATÊNCIA:

LIQUOR:

V.T.:

F.R.:

V.M.:

P.L.T.:

Nº

BALANÇO

OBSERVAÇÕES

DURAÇÃO: 30MIN

INÍCIO: 19:00

EM, FINAL: 19:30

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 136545 IH: 2

Nascimento: 18/06/1987

33 anos

Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

Interação: 05/02/2020 10:25:09

Leito: ENFERMARIA 305B

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

05/02/2020 18:24:00

COREN - 604508 - LUIZA BEZERRA DANTAS

Observações:

CLIENTE ADMITIDO NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE PSEUDO-RETARDO. CONSCIENTE, ORIENTADO RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, PUNCIONADO COM CATETER VENOSO VIABILIZANDO SF0,9% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Doença pré-existente: NÃO

Há reserva sanguínea: NÃO

Prótese: NÃO

Jóias: NÃO

Membro e lado da cirurgia: MSD

Exame Laboratorial: SIM

Risco Cirúrgico: NÃO

Raio X: PRÉ: SIM-QTD: 01

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Outros Exames:

Assinatura Responsável

SRPA

COREN - 604508 - LUIZA BEZERRA DANTAS

Nível consciência: CONSCIENTE

Acesso venoso: SIM

Diurese: SIM

Acianótico: SIM

Oxigenoterapia: NÃO

Pálido: NÃO

Sudorese: NÃO

Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO

Raio X de Controle: SIM-QTD: AG

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE POI DE PSEUDORETARDO. CONSCIENTE. RESPIRANDO EM AR AMBIENTE. NA HVP. VIABILIZANDO SF0,9%. COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO. DIURESE ESPONTÂNEA. ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES. SEGUE ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM.

Assinatura Responsável

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____



Dados do Paciente

Registro: **136545** IH: **2**

Paciente: **CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS**

Nascimento: **18/06/1987**

33 anos

Interação: **05/02/2020 10:25:09**

Leito: **ENFERMARIA 305B**

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: **BIER + BLOQUEIO DE PLEXO**

Anestesiologista: **DRº MELO**

Tipo: **ESCAFOIDE DA MÃO ESQUERDA**

Cirurgião: **DRº HELIO**

Instrumentador: **ANTONIA+ BERENICE**

Circulante: **SARA+ FELIPE**

Tipo curativo: **OCLUSIVO**

Tem material para biópsia/cultura: **NÃO**

Inf. sanguínea: **NÃO**

Monitoração correta: **SIM**

Placa de bisturi: **SIM**

Antibiótico profilático?: **2G CEFAZOLINA**

Início da cirurgia:

Fim da cirurgia:

Tempo de cirurgia:

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

CLIENTE ADMITIDO NA SALA PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE ESCAFOIDE EM MÃO ESQUERDA CONSCIENTE E ORIENTADO EM O²AMBIENTE DEAMBULANDO FOI PUNCIONADO COM CATETER DE 20 EM MSD VIABILIZANDO SF 0.9% FOI MONITORADO COM CATETER NASAL PARA AUXILIO DA RESPIRAÇÃO PROCEDIMENTO REALIZADO COM ÊXITO ENCAMINHADO AO SRPA EM O²AMBIENTE CONSCIENTE COM FERIDA OPERATORIA LIMPA E OCLUIDA SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Pontencial de Contaminação: -

SARA BORGES LOPES DA SILVA
Técnico(a) COREN - 819960

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____



Hospital Memorial
São Francisco

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS
Convênio: SUS MUNICIPAL Reg.: 136545 Idade: 32 anos
Unidade: CENTRO CIRURGICO Prontuário:
Leito: LEITO RESERVA 04 306B
Admissão: 05/02/20 10:25 0 dia(s) de internação
Diag.: M84 - Transtornos da continuidade do osso

05/02/2020 19:31

	Horários de Aplicação
1) DIETA LIVRE, Ao dia	D0 (snd)
2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	D0 08:00,
3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD.	D0 08:00,
4) DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	D0 18:00
5) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	D0 10:00,
6) DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.	D0 12:00
7) DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	D0 08:00,
8) RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	D0 12:00
9) OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia	D0

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500

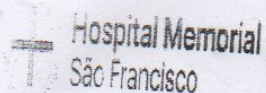
leon - 05/02/2020 22:46 (U487/ASSIST.6.0) / (DWO:158)

Página:
HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____



CURATIVOS (GT/M/TOT) AVC/RO/UPP/LESÕES TRAUM.			M	T	N	SONDAS			M	T	N	MEDICAÇÕES			M	T	N
LUVA ESTÉRIL (PAR)						LUVA ESTÉRIL (par)						LUVA DE PROC (PAR)					
LUVA DE PROC (PAR)						LUVA PROC. (PAR)						SERINGA 1CC					
GAZE (PCT C/ 10)						GAZE (PCT C/10)						SERINGA 5cc					
MÁSCARA						SONDA ____ Nº ____						SERINGA 10cc					
COMPRESSA (UN)						SONDA ____ Nº ____						SERINGA 20cc					
ATAD. CREPOM						LIDOCAÍNA GEL						AGULHA 40X12					
SERINGA TAM. ____						SERINGA 20CC						AGULHA 25X7					
SF. 0,9% 100 ml						ABD(10ML)						ABD 10 ML					
SF. 0,9% 10 ml						COLETOR FECHADO						SF 0,9% <i>10ml</i>					
CLOREX. AQUOSA (ML)						COLETOR ABERTO						SF 0,9% <i>100ml</i>					
CLOREX. ALCOOLICA						AGULHA						SF 0,9%					
MICROPORE (CM)						CLOREX DEGERM.											
ESPARADRAPO (CM)						CLOREX AQUOSA											
LÂMINA Nº ____						SF 0,9% ____ ML						DISP. URINÁRIO	M	T	N		
DERSANI (10 ml)						MÁSCARA						PRESERVATIVO MASC.					
SAF- GEL (5gr)												COLETOR ABERTO					
SOLOSITE (5gr)												MICROPORE (CM)					
PURILON (5gr)						PUNÇÃO	M	T	N			LUVA PROC. (PAR)					
DUODERM EF 10X10						LUVA PROC. (PAR)						LAVAGEM INTEST.	M	T	N		
DUODERM EF 15X15						JELCO Nº 18						EQUIPO MACRO					
DUODERM CGF						JELCO Nº 20						LIDOCAÍNA GEL					
KALTOSTAT						JELCO Nº 22						MICROPORE (cm)					
CARBOFLEX						JELCO Nº 24						LUVA PROC. (PAR)					
AQUACEL TAM						ATADURA CREPON											
IV 3000						EQUIPO MACRO						EQUIPOS	M	T	N		
IRRIGAFIX						POLIFIX						EQUIPO BIC DIETA					
						ALCOOL 70%(ML)						EQUIPO BIC MED					
						MICROPORE (cm)						EQUIPO DE TRANSF.					
						ESPARADRAPO (cm)											
ASS. RESPONSÁVEL:						SCALP						CONTROLE					
ASPIRAÇÃO			M	T	N	SALIN/HIDRA / HEP / DO CATETER			M	T	N	HORA RESULTADO					
SONDA DE ASPIRAÇÃO						SF 0,9% 10ml						→ ____ UI AM					
GAZE (PCT C/ 10)						ABD (10ML)						→ ____ UI AM					
SF. 0,9% 10 ml						HEPARINA (1ML)						→ ____ UI AM					
ABD						SERINGA TAM ____						→ ____ UI AM					
LUVA ESTÉRIL (par)						AGULHA Nº ____						→ ____ UI AM					
						LUVA ESTÉRIL (PAR)						→ ____ UI AM					
OUTROS			M	T	N	OUTROS			M	T	N						
ASS. TEC ATRIBUIDO M			ASS. TEC ATRIBUIDO T			ASS. TEC ATRIBUIDO N			VISTO ENFERMEIROS			MANHÃ TARDE					
						<i>Luana</i>						HOSPITAL MEMORIAL SÃO FRANCISCO Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol Cep: 59022-020 - Natal/RN CONFERE COM ORIGINAL EM, 10/02/2020					





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

Convênio: SUS MUNICIPAL

Reg.: 136545

Idade: 32 anos

Unidade: CENTRO CIRURGICO

Leito: LEITO RESERVA 04

Prontuário:

Admissão: 05/02/20 10:25

1 dia(s) de internação

Diag.: M84 - Transtornos da continuidade do osso|

05/02/2020 07:00

- 1) DIETA LIVRE, Ao dia
- 2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL
Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.
- 3) CEFALOTRINA SODICA 1g frasco ampola
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.
DILUIR EM 10 ML DE ABD.
- 4) DEPIRONA 500mg/mL ampola
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.
DILUIR EM 8 ML DE ABD.
- 5) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.
- 6) DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.
- 7) DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.
- 8) RANITIDINA 150mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.
- 9) OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia
- 10) ALTA HOSPITALAR, 02 em 02 horas

5500

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500

Pixeon - 05/02/2020 19:32 (U130/ASSIST.6.0) / (DWO:158)

**HOSPITAL MEMORIAL
SAO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____

Página: 1 / 1



Assinado eletronicamente por: CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO - 30/06/2020 21:29:39

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063021293930000000054953757>

Número do documento: 20063021293930000000054953757

Num. 57185622 - Pág. 7

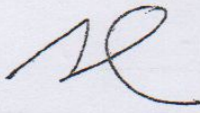
Prescrição Médica / Evolução Clínica

Hospital Memorial
São Francisco

Paciente: **CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS** Idade: 32 anos
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Reg.: 136545 Prontuário
Unidade: **UNIDADE III**
Leito: **ENFERMARIA 305B**
Admissão: **05/02/20 10:25** 1 dia(s) de internação
Diag.: **M84 - Transtornos da continuidade do osso**

05/02/2020 07:00

		Horários de Aplicação	
		D1	(snd)
1	DIETA LIVRE, Ao dia		
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	D1 00:00,	08:00,
3	CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD.	D1 08:00,	16:00,
4	DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	D1 00:00, 18:00	06:00,
5	TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	D1 10:00,	18:00,
6	DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.	D1 12:00,	00:00
7	DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	D1 08:00,	16:00,
8	RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	D1 12:00,	00:00
9	OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia	D1	
10	ALTA HOSPITALAR, 02 em 02 horas	D0	


Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500

Clixon - 05/02/2020 22:47 (U487/ASSIST.6.0) / (DWO:158)

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS**

Nascimento: **18/06/1987** 33 anos Data Internação: **05/02/2020 10:25:09**

Registro: **136545**

IH 2

Leito: **ENFERMARIA 305B**

Turno: **Noturno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **POI DO ESCAFOIDE DA MÃO ESQ**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais

Temperatura: **36.4 °C**

Saturação O2: **99%**

Respiração: **18 RPM**

Pressão Arterial:

130x80

Frequência Cardíaca: **75**

Acesso Venoso

Periférico

MSD

Dieta

VO

ACEITA

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

EUPNEICO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **AG**

Intestinais: **PRESENTE**

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

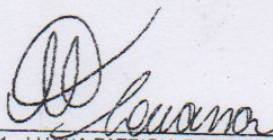
LIMPO E SECO

Medicações:

ADM MEDICACÕES CPM :

Intercorrência:

PCT ADMITIDO VINDO DO CC. EM O2 AMB. EM MACA. AFERIDOS SSVV :



COREN: 1153651 - LUANA PATRICIA RODRIGUES L DE OLIVEIRA
05/02/2020 23:14:12

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____

Página



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS**

Registro: 136545

Nascimento: 18/06/1987 33 anos Data Internação: 05/02/2020 10:25:09

Leito: **ENFERMARIA 305B**

Turno: Diurno

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **POI DO ESCAFOIDE DA MÃO ESQ**

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais

Temperatura: 36,2 °C

Saturação O2: 99%

Respiração: 18 RPM

Pressão Arterial: 120x80

Frequência Cardíaca: 75

Acesso Venoso

Periférico

MSD

Dieta

VO

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.:

Intestinais: PRESENTE

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Durativo:

Medicações:

ADM MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA

Intercorrência:

AS 07H RECEBO PACIENTE 32 ANOS, CONSCIENTE, ORIENTADO, O2 AMBIENTE, DIETA V.O COM BOA ACEITAÇÃO, DIURESE PRESENTE EM MSD. REALIZADO A HIGIENE CORPORAL EM WC, AFERIDO SSVV E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.
AS 10:25 PACIENTE DEIXOU A UNIDADE POR ALTA MÉDICA, ACOMANHADO DP MAQUEIRO+ FAMILIAR.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, / /

COREN: 1232295 - VALDEISA RODRIGUES GOMES
05/02/2020 09:58:04



Hospital Memorial
São Francisco

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

Data: 06/02/2020 16:19

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Dados do Paciente

Paciente: **CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS** Registro: **136545**
Num. RG: **2823585** CPF: **083.107.104-45** Nascimento: **18/06/1987** 33 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Casado(a)**

Telefone: **84987993534** Titular: **CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS**

Dados do Atendimento

Número Internamento: **2** Admissão: **05/02/2020 10:25** OS: **120.42612**
Unidade: **UNIDADE III** Leitos: **ENFERMARIA 305B**
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Matrícula/CNS: **704104115323271**
Data/Hora: **06/02/2020 16:19** CID: **M84**

Exames Solicitados:

- 1) RX DE PUNHO



Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____

Página 1 / 1

MedicWare - 06/02/2020 16:19



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 013831716098
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM RNTC EXERCÍCIO
1 01164606694 ***** 2018

FRANCISCO MILTON DE MOURA

CPF/CNPJ PLACA
031.157.354-13 QGN3117

PLACA ANT/UF CHASSI
QGN3117/RN 9C2JC6900J313774

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD
HONDA/CG 125I FAN 2018 2018

CAP/POT/OIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
CG/123 CELINDADAS PARTICULAR VERMELHA

COTA UNICA VENC COTA UNICA VENC/COTAS
1º PAGO 05/10/2018 1º PAGO

FADA LPVA PARCELAMENTO/COTAS 2º PAGO
A 002895 3X R\$ ***** 3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DETRAN: PAGO

OBSERVAÇÕES
ALIEEN. FID. EM FAVOR DE: 03.634.220/0001-65

BANCO HONDA S/A
MOTOR: 0C69EDJ312634

PARAMIRIM/RN DATA
11/09/2018

Assinado eletronicamente por: CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO - 30/06/2020 21:29:40

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063021294013700000054953759

Número do documento: 20063021294013700000054953759

Num. 57185624 - Pág. 1

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
E AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE JOU HOR SUSC CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OUNAO SEGURO DPVAT

RN Nº 013831716098 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 11/09/2018

OPF/CNPJ PLACA
031.157.354-13 QGN3117

RENAVAM MARCA/MODELO
01164606694 HONDA/CG 125I FAN

ANO FAB CATIME Nº CHASSI
2018 9 9C2JC6900J313774

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DEBTRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.892/0001-04

OUT-2017
101



OITAVA ROSADO

RECEITUÁRIO MÉDICO

Laudo Médico

Cleiton Chagas Lopes Santos Idoso

Dolo do Acidente:

H lesão por acidente motociclístico que evoluiu com fratura de pulso esquerdo (radio e escafóide). Quebra grave e crônica.

Sintomas que são de perda de flexão em 30% do pulso.

552 + 192

Dr. Tiago Andrade Rodrigues
Ortopedia e Traumatologia
CREMER 6224

AV. PRESIDENTE MÉDICI Nº 256 - IGAPÓ - NATAL/RN CEP. 59106000

CNPJ 06126677/0001-57 FONE: 3315-6901/ 3615-6900

21/06/2020





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

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200189020

Vítima: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

Data do Acidente: 20/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIONE DE FREITAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **001**

Agência: **000002623-9**

Conta: **0000055163-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



CONTRATO DE HONORÁRIOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

CONTRATANTE: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS, brasileiro, autônomo, inscrito no CPF/MF sob o nº 083.107.104-45, portador da cédula de identidade nº 2823585 SSP/RN, residente e domiciliado na Rua Santa Eulalia, nº 11, Pajuçara, CEP: 59.123-290, Natal/RN.

CONTRATADO(S): ERIC TORQUATO NOGUEIRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 11.760, portador do CPF/MF nº 061.387.934-12, RG 3393071 – SSP/RN, com endereço profissional situado na Avenida Romualdo Galvão - Edifício Sfax (sala 803) -, nº 293, Tirol, Natal/RN, CEP 59020-640.

CLÁUSULA PRIMEIRA - O CONTRATADO obriga-se, em cumprimento do presente contrato e das procurações que lhe forem outorgadas, a prestar serviços advocatícios profissionais (requerimento administrativo e/ou judicial de seguro DPVAT) na defesa dos direitos do CONTRATANTE, praticando com zelo a atividade jurídica que for necessária para o bom cumprimento do mandato.

CLÁUSULA SEGUNDA - Como remuneração profissional, o CONTRATADO receberá, a título de honorários, *pró-labore*, a importância de 30% (trinta por cento) sobre todos os valores em caso de procedência na causa ou acordo firmado no curso do processo, mesmo em caso de substabelecimento com ou sem reserva de poderes.

§1º - Caso o pagamento não seja realizado na data ou na etapa prevista, será cobrada multa equivalente a 2% (dois por cento), bem como juros de mora, no percentual de 1% (um por cento) por mês de atraso.

§2º - Se, porventura, o CONTRATADO optar em separar o valor devido a título de honorários advocatícios contratuais e/ou sucumbenciais, seja no âmbito administrativo ou judicial, poderá juntar o contrato de prestação de serviços advocatícios no processo para que se cumpra a finalidade pretendida.

§3º - Havendo condenação ou acordo envolvendo honorários de sucumbência, estes pertencerão exclusivamente ao CONTRATADO.

CLÁUSULA TERCEIRA - O presente contrato vigora enquanto a ação estiver em trâmite ou pendentes quaisquer obrigações provenientes da causa, em qualquer caso no primeiro grau de jurisdição OU, caso seja acordado entre as partes mediante reajuste quanto aos honorários advocatícios, até as instâncias superiores.

§1º - Eventual interposição de recurso, embargos etc, fica estipulado o pagamento da importância de 1 (um) salário mínimo vigente, exceto quando o CONTRATADO dispensar o pagamento.

CLÁUSULA QUARTA: Da Desistência ou Revogação - Fica estabelecido que em caso de desistência ou revogação por parte do CONTRATANTE, antes de iniciados os serviços especificados na cláusula segunda, serão devidos ao(s) CONTRATADO(S), a título de honorários por assessoria e/ou consultoria jurídica, a importância estipulada na tabela de honorários da OAB/RN para esse fim.

§1º - Fica obrigado o CONTRATANTE ao pagamento dos valores estabelecidos na cláusula segunda se rescindir o presente instrumento com a ação em curso. Caso o montante seja inferior à importância de 1 (um) salário mínimo vigente, fica obrigado o CONTRATANTE a complementar o montante. Do mesmo modo, o CONTRATANTE fica obrigado ao pagamento dos honorários no valor contratado na cláusula segunda se acordar ou transigir de qualquer forma com a parte contrária, obstando o seguimento das ações previstas na cláusula primeira, ou dando-lhes fim, sem prejuízo do montante advindo com os ônus da sucumbência a cargo da parte vencida, caso obtenha êxito na(s) demanda(s) intentada contra terceiros.

CLÁUSULA QUINTA - O CONTRATANTE fica ciente que a ausência injustificada à audiência caracteriza ato atentatório à dignidade da justiça e pode incidir multa de até 2% (dois por cento) da vantagem econômica pretendida (art. 334, §8º, CPC);

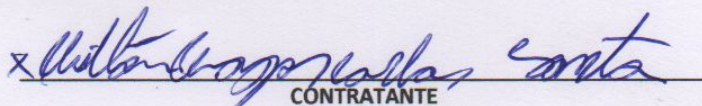
CLÁUSULA SEXTA - O CONTRATANTE também está plenamente ciente quanto à possível condenação em honorários de sucumbência;

CLÁUSULA SÉTIMA - Havendo alteração de endereço e/ou do número do telefone, fica obrigado o CONTRATANTE a comunicar ao CONTRATADO o novo endereço e/ou contato telefônico;

CLÁUSULA OITAVA - Se a causa exigir serviços fora da comarca-sede do CONTRATADO, implicando em seu deslocamento, ficará ressalvado a este o direito de executá-los pessoalmente ou por advogado substabelecido, correndo por conta do(a) CONTRATANTE as despesas de viagem, estada, transporte e honorários do substabelecido.

CLÁUSULA NONA - Para todas as questões decorrentes deste contrato, será competente o foro da comarca de Natal/RN.

Natal, 01 de junho de 2020.


CONTRATANTE

