



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
57185 596	30/06/2020 21:30	Petição Inicial	Petição Inicial
57185 611	30/06/2020 21:30	01 - Petição Inicial de Cleiton Chagas	Outros documentos
57185 612	30/06/2020 21:30	02 - PROCURAÇÃO	Procuração
57185 614	30/06/2020 21:30	03 - DOCUMENTOS PESSOAIS	Documento de Identificação
57185 615	30/06/2020 21:30	04 - DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA	Documento de Comprovação
57185 616	30/06/2020 21:30	05 - BOLETIM DE OCORRÊNCIA	Documento de Comprovação
57185 618	30/06/2020 21:30	06 - DOCUMENTAÇÃO MÉDICA	Documento de Comprovação
57185 619	30/06/2020 21:30	07 - DOCUMENTAÇÃO MÉDICA	Documento de Comprovação
57185 621	30/06/2020 21:30	08 - DOCUMENTAÇÃO MÉDICA	Documento de Comprovação
57185 622	30/06/2020 21:30	09 - DOCUMENTAÇÃO MÉDICA	Documento de Comprovação
57185 624	30/06/2020 21:30	10 - DOCUMENTO DO VEÍCULO	Documento de Comprovação
57185 626	30/06/2020 21:30	11 - DOCUMENTO M[EDICO	Documento de Comprovação
57185 627	30/06/2020 21:30	12 - REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO	Ato Administrativo
57186 329	30/06/2020 21:30	13 - CONTRATO	Outros documentos

Petição em anexo.



Assinado eletronicamente por: CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO - 30/06/2020 21:29:35
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063021293509200000054953131>
Número do documento: 20063021293509200000054953131

Num. 57185596 - Pág. 1



**Torquato
Paula
& Velho**

ADVOGADOS ASSOCIADOS

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 apensa), 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:

1

Edifício Sfax (sala 1504) - Avenida Romualdo Galvão, 293, Tirol, Natal/RN, CEP 59022-250
55 (84) 3301-5336 | 98711-5930 | Email: tpv@tpvadvocacia.com.br



Assinado eletronicamente por: CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO - 30/06/2020 21:29:35
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063021293531100000054953146>
Número do documento: 20063021293531100000054953146

Num. 57185611 - Pág. 1



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, escafoid em mão esquerda.

Em suma, o infortúnio sujeitou o autor aos seguintes procedimentos: Tratamento cirúrgico de pseudo-retardo/consolidação/perd 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





ADVOGADOS ASSOCIADOS

Torquato
Paula
& Velho

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 obrigatorias 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





ADVOGADOS ASSOCIADOS

Torquato
Paula
& Velho

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 exacerbada 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





ADVOGADOS ASSOCIADOS

Torquato
Paula
& Velho

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 ressabido, 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.





**Torquato
Paula
& Velho**

ADVOGADOS ASSOCIADOS

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, inexiste 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



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 PERMANTE 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





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 invalides 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, consequentemente, 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;





ADVOGADOS ASSOCIADOS

Torquato
Paula
& Velho

- 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 CORTÉZ DE PAULA
OAB/RN 14290

CLAUDIMIR JOSÉ FERREIRA VELHO
OAB/RN 7268



PROCURAÇÃO

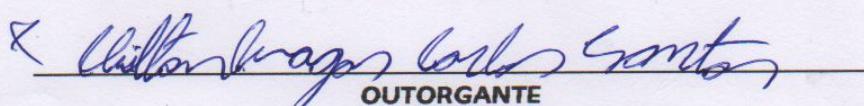
OUTORGANTE: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS, brasileiro, autônomo, inscrito no CPF/MF sob o nº 083.107.104-45, portador da cédula de identidade nº 2823585 SSP/RN, residente e domiciliado na Rua Santa Eulalia, nº 11, Pajuçara, CEP: 59.123-290, Natal/RN.

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 CORTÉZ 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.

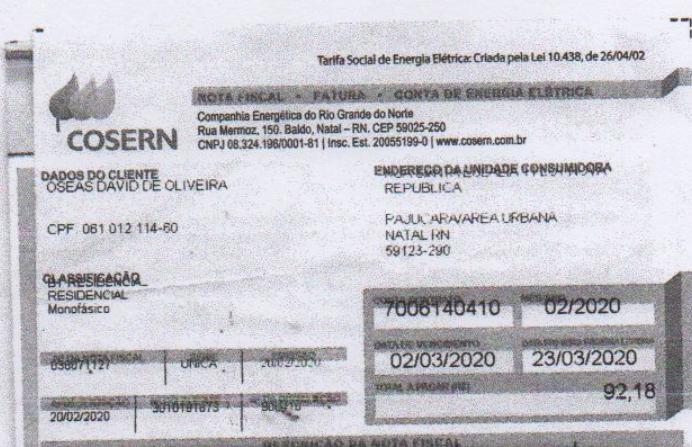
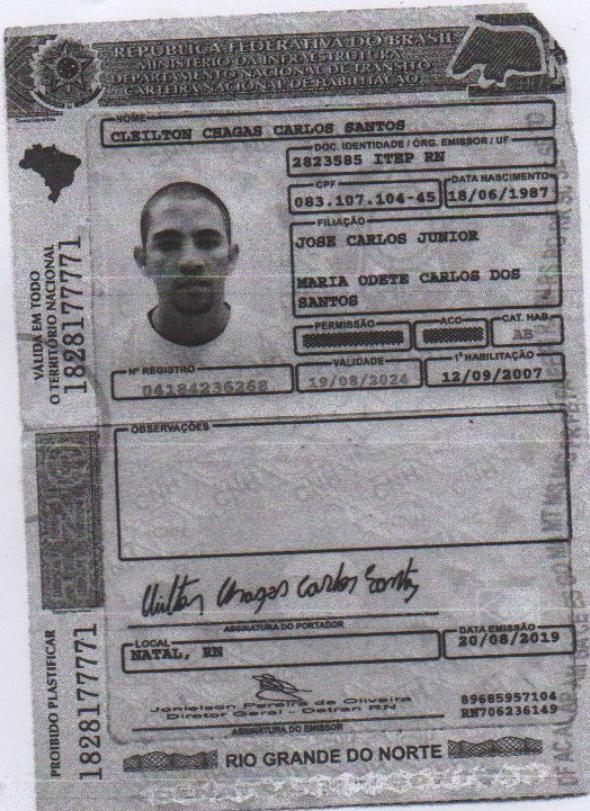
PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, levantar 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





Assinado eletronicamente por: CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO - 30/06/2020 21:29:36
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063021293607300000054953749>
Número do documento: 20063021293607300000054953749

Num. 57185614 - Pág. 1



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



COSERN

DADOS DO CLIENTE

OSEAS DAVID DE OLIVEIRA

CPF: 061 012 114-60

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

041105440	ÚNICA	23/04/2020
23/04/2020	3010191873	900416

PAJUCARA/AREA URBANA
NATAL RN
59123-290

7006140410 04/2020

DATA DE VENCIMENTO DATA PRAVISTA PRÓXIMA LEITURA

30/04/2020 22/05/2020

105,57

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativa(kWh)-TUSD	143,000000	0,33371773	47,72
Consumo Ativa(kWh)-TE	143,000000	0,32875114	47,01
Contrib Ilum Pública Municipal			17,04

105,57

clc



Assinado eletronicamente por: CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO - 30/06/2020 21:29:36
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006302129360730000054953749>
Número do documento: 2006302129360730000054953749

Num. 57185614 - Pág. 2

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.

X Cleilton Chagas Carlos Santos

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 2.2 Logradouro: AV SALGADO FILHO
2.3 Número: S/N 2.4 CEP:
2.5 Complemento: 2.6 Ponto de Referência: EM FRENTE AO WALFREDO GURGEL
2.7 Bairro: TIROL 2.8 Cidade: NATAL
2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS 3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Etnia: NEGRO 3.4 Pai:
3.5 Mãe: MARIA ODETE CARLOS DOS SANTOS 3.6 Data de Nascimento: 18/06/1987
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 RG: Não informado
3.9 CPF: 08310710445 3.10 Passaporte:
3.11 Nacionalidade: 3.12 Naturalidade: RUI BARBOSA/RN
3.13 Profissão: 3.14 E-Mail: CLEILTONCHAGASG@GMAIL.COM
3.15 Telefone(s): 84 987993534 3.16 Logradouro: RUA SANTA EULALIA
3.17 Número: 11 3.18 CEP:
3.19 Bairro: PAJUÇARA

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 VITIMA 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 N° 20286 /2019 BOLETIM COM REGISTRO
Admissão: 20/04/2019 19:07:35

EM 20/04/19 SAÍDA

CIRURGIA GERAL - VERDE

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

Nascimento: 18/06/1987 Natural: RUY BARBOSA.BRASIL
CNS: 704104115273271 CPF: 08310710445
Mãe: MARIA ODETE CARLOS DOS SANTOS
Logradouro: SANTA EULALIA, 12
CEP: 59123290 Bairro: PAJUÇARA
Telefone: 84 987993534

Sexo: M Cor: PARDA
BOLETIM FATURADO

EM. 25/09/19

Cidade: NATAL
Compl: (LOT N REPUBLICA)

Motivo: MOTO - QUEDA
Origem: SOZINHO

Tipo: NÃO REFERENCIADO

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:
Classificação: 20/04/2019 19:00:54

OBS:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO APÓS ACIDENTE DE MOTO

Hora: 19:10

PCPE CORPOU QUEIXA DE ACOTO COM
TRAUMA DE MÃO E PUNHO (E). NESTA REVEOU
OUTRAS ANAMNESSES

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A non
B non
C non
D dor no punho de punho e mão (E)
E

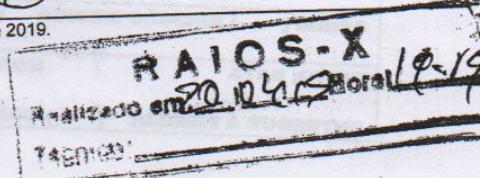
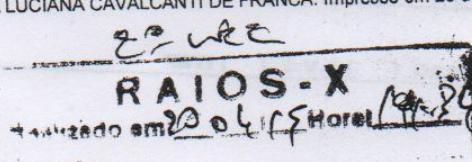
OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
22/04/19

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID TROMBOS MFI (E)

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



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)

*AK de riso e punho (E)
AP/P.*

Dr. Kallyandre Medeiros
Urologia - Andrologia TISB
CRM-RN 2865
CPF: 751.469.594-04

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	<i>ORTOPEDIA</i>	HORA:	<i>15:10</i>	DATA:	<i>20/06/15</i>
ESPECIALISTA 2		HORA:		DATA:	
ESPECIALISTA 3		HORA:		DATA:	

DESTINO DO PACIENTE:

DATA / /

HORA CRM-RN 2865

*Dr. Kallyandre Medeiros
Urologia - Andrologia TISB
CRM-RN 2865
CPF: 751.469.594-04*

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DECISÃO MÉDICA REVELIA TRANSFERIDO PARA:

SAÍDA: DATA / / HORA

OBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE Á FAMÍLIA COM ATESTADO S.V.O. ITEP



ALGORITMO PI SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1- AVALIE A RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 5- SE APNEIA, APLIQUE 2 VENTILACÕES DA VÍTIMA 2. PEÇA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAL) E LE PEGA UM DESFIBRILADOR (DE), 3- ABARCA VIA AÉREA, 4- AVALIE PULSO (AVALE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMORAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), 7- SE NÚLUS, AUSÊNCIA, INICIE COMPRESSES TORÁCICAS, 10MIN (IPRÓPORO 30:2 ATÉ A CHEGADA DO DEA, 9- RITMO CARDIACO: APLIQUE TACHOQUE 300-200 PI DEA BIFÁSICO) E REINICE RCP, 10- RITMO MÃO CHOCÁVEL, REINICE RCP(0:2), 11- AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS, 12- PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADO ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MEXA, 13- COLOQUE A VÍTIMA EM POSIÇÃO DE RECOMPRESSA.

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

Deterior de
Patiente com suspeita de infarto
ht com suspeita de infarto
de infarto de
AO subentendido
Mito
falta mto
dificil de falar

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 28/04/20
MAT. N° 1520823
SANE
Q1
ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, onde está, o que é, o porquê, a data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação ou confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala absurda, mas sem troca conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Geme, grunhe ou articula palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MMR)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	5
Localiza estímulos dolorosos.	4
Retirada inespecífica à dor.	3
Padrão fixo à dor (Decorticacão).	2
Padrão extensor à dor (Deservaceração).	1
Sua resposta morna.	
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
3	=0
10-12	=4
>12	=3
6-9	=2
1-5	=1
0	=0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	
>29	=1
8-30	=2
1-7	=1
0	=0
PRESSÃO ARTERIAL SISTOLICA	
>90	=4
75-90	=3
50-75	=2
1-49	=1
0	=0

**Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom indica de sobrevida para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion V.H., Sacco W.J., Copes, et al; A review of the Trauma score, J. Trauma 29(5): 624, 1990.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

03 - 04=grave (necessidade de intubação imediata);
09- 3= moderado;

14-15=leve

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

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

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

À Revelia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.

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

À Revelia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DE NATAL



Rua Coronel Joaquim Manuel, 654, Petrópolis, CEP 59.012.330 - NATAL/RN - Tel: 3215-9857

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA ORTOPÉDICA

CARTÃO SUS: 704104115273271

Nº 01

NOME: Eletor Chagas Carlos Santo

RAÇA COR:

SEXO: MASC FEM

D. NASC:

18/06/87

IDADE: 31

ESTADO CÍVIL:

ENDERECO: R. Santa Eulália 11

CEP: 59123290

BAIRRO: Populares

CIDADE: Natal

FONE: 2887 99-7534

NOME DA MÃE: Maria bete carlos dos santos

PROFISSÃO/ESCOLARIDADE:

RG: 022823584

CPF:

DATA: 27/04/19

HORA: 07:21

DOENÇAS DA PESSOA: HIPERTENSÃO; DIABETES; INSUF. RENAL; EPILEPSIA; ALZHEIMER
OUTRAS:

MEDICAMENTOS:

ALERGIAS: IAS; DIPIRONA; DICLOFENACO/AINE; OUTROS:

Aparentemente BEM	<input type="checkbox"/>	Consciente/ Orientado	<input type="checkbox"/>	Inconsciente	<input type="checkbox"/>	Agitação	<input type="checkbox"/>
REGULAR	<input type="checkbox"/>	Aparentemente alcoolizado	<input type="checkbox"/>	Hemorragias	<input type="checkbox"/>	Traumatismo Craniano	<input type="checkbox"/>
GRAVE	<input type="checkbox"/>	Respira c/ dificuldade	<input type="checkbox"/>	Convulsão	<input type="checkbox"/>	Desmaio ou Vomito(s)	<input type="checkbox"/>
Politraumatizado	<input type="checkbox"/>	Atropelamento	<input type="checkbox"/>	Colisão	<input type="checkbox"/>	Queda	<input type="checkbox"/>

PA	FC	FR	TEMP	SPO2	HGT	PESO	DOR	LEVE	MODERADA	INTENSA

AZUL	VERDE	AMARELO	VERMELHO
OBSERVAÇÕES:			Rita de Cassia F. Nunes COREN/RN 249.151 INTER (0800) 100100

Fratura em punho (C) na orelha. Histórico de fraturas no escapômero há mais de 10 anos, não tratada e assintomática.

EXAME FÍSICO: Sem exames ou limitação do punho

HOSPITAL MUNICIPAL DE NATAL
Rua Coronel Joaquim Manoel, 654
Petrópolis - Natal/RN - CEP 59.012.330
TEL: 3215-9857
CNPJ: 24.518.574/0001-70
CRM: 3708920

Fratura em punho (C) AP/S

Jesús de Melo
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 6718

INTER (0800) 100100
O ORIGINAL

Fratura anterossuperior do escapômero

MÉDICO/CRM



DISPONIBILIZAÇÃO DE ATENDIMENTO																																																																																																																																																																																																					
INÍCIO TRATAMENTO CIRÚRGICO ANALGÉSICOS JESSE DE MOURA L. NETO Ortopedia - Traumatologia CRM - 0718		HOSPITAL MUNICIPAL DE MARATAÍS Rua Coronel Joaquim Marques, 634 Petrópolis - RJ - CEP 26.902-330 TE. 011 3215 3257 CNEL X 513 3215 0001-70 ONESI 3705826																																																																																																																																																																																																			
TURMA 3º ANO, AN 812 DISPONIBILIZADA 11/06/2020																																																																																																																																																																																																					
CONFIRME COM O ORIGINAL																																																																																																																																																																																																					
SEGUIMENTO TERAPÊUTICO																																																																																																																																																																																																					
<table border="1"> <tr> <td>CINTURA ESCAPULÔMÉDIA (c/ imob)</td> <td>03.03.09.012-0</td> <td>()</td> <td>METACARPO (c/ imob)</td> <td>03.03.09.016-2</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>LESÃO DE PELVICO (c/ imob)</td> <td>03.03.09.014-6</td> <td>()</td> <td>MEMBRO INFERIOR (c/ imob)</td> <td>03.03.09.020-0</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>PUNHO (c/ imob)</td> <td>03.03.09.015-4</td> <td>()</td> <td>MEMBRO SUPERIOR (c/ imob)</td> <td>03.03.09.022-7</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>LESÃO LIGAMENTAR (c/ imob)</td> <td>03.03.09.028-6</td> <td>()</td> <td>de LUMBAGO ou DORSALGIA</td> <td>03.03.09.029-4</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>LUXAÇÃO ou FRATURA/LUXAÇÃO ESCAPULO-UMERAL (OMBRO)</td> <td>04.08.01.013-4</td> <td>()</td> <td>04.08.02.016-4 (umero prox)</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>LUXAÇÃO ou FRATURA/LUXAÇÃO COTOVELO</td> <td>04.08.02.022-9</td> <td>()</td> <td>04.08.02.015-6 (FISARIA)</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>LUXAÇÃO / FRATURA LUXAÇÃO do PUNHO</td> <td>04.08.02.024-5</td> <td>()</td> <td>04.08.02.017-2 (FISARIA)</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>FRATURA/LUXAÇÃO MONTEGGIA OU GALEAZZI</td> <td>04.08.02.018-0</td> <td>()</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>FRATURA DIAFISE</td> <td>04.08.02.019-9 (umero)</td> <td>()</td> <td>04.08.02.020-2 (antebraço)</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>FRATURA dos METACARPIANOS</td> <td>04.08.02.021-0</td> <td>()</td> <td>04.08.02.023-7 (MTC/FLG)</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>LUXAÇÃO COXO FEMORAL traumática/ pos artroplastia</td> <td>04.08.04.019-0</td> <td>()</td> <td>04.08.04.018-1 (congenita)</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>LUXAÇÃO ou FRATURA / LUXAÇÃO de ANEL PÉLVICO</td> <td>04.08.04.020-3</td> <td>()</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO de JOELHO</td> <td>04.08.05.026-8</td> <td>()</td> <td>04.08.05.027-6 (PATELA)</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>LUXAÇÃO ou FRATURA/LUXAÇÃO SUBTALAR E INTRATARSO</td> <td>04.08.05.028-4</td> <td>()</td> <td>04.08.05.029-2 (tarso-metatarsal)</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>LUXAÇÃO ou FRATURA-LUXAÇÃO do TORNOCOLO</td> <td>04.08.05.021-7</td> <td>()</td> <td>04.08.05.022-5 (FISARIA)</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>FRATURA METATARSO</td> <td>04.08.05.020-9</td> <td>()</td> <td>04.08.05.019-5 (MTT/PLG)</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>BLOQUEIO DE NERVO PERIFÉRICO</td> <td>31403026</td> <td>()</td> <td>04.17.01.005-2 (Regional)</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>EXCISÃO de LESAO e/ou SUTURA de FERIMENTOS da PELE</td> <td>04.01.01.005-8</td> <td>()</td> <td>04.01.02.005-3 (Retailho ou Z)</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>CANTOPLASTIA UNGUEAL</td> <td>30101948</td> <td>()</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>RETIRADA de CORPO ESTRANHO</td> <td>04.01.01.011-2</td> <td>()</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Incisão e DRENAGEM de ABCESSO</td> <td>04.01.01.010-4</td> <td>()</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CURATIVO ou II C/ OU S/ DESBRIDAMENTO</td> <td>04.01.01.001-5</td> <td>()</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TENOMIORRÁFIA</td> <td>04.08.06.045-0</td> <td>()</td> <td>04.08.06.048-4 (funel osteofibrosa)</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">RESPONSÁVEL pelo PACIENTE</td> <td colspan="2">SERVIÇO SOCIAL / CRESS</td> </tr> <tr> <td colspan="2">GRAU DE PARENTESCO</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">INTERNAMENTO HOSPITALAR</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>leito CIRURGICO</td> <td rowspan="4"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>leito CLIN MÉDICA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>leito PEDIATRIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>OBSERVAÇÃO</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR</td> <td>HMWG <input type="checkbox"/></td> <td>DATA</td> <td>HORA</td> <td rowspan="4">MÉDICO/CRM REGULADO COM :</td> </tr> <tr> <td>HDML <input type="checkbox"/></td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>HRP <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUTRO <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">TRANSPORTE</td> <td>SAMU</td> <td>USA <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/></td> <td>UNIDADE: _____</td> <td rowspan="3">SETOR: _____</td> </tr> <tr> <td>FAMILIA</td> <td colspan="2">GRAU PARENTESCO?</td> </tr> <tr> <td>OUTRO</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">DECISÃO MÉDICA</td> <td>RESPONSÁVEL P/ LEVAR</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">ALTA HOSPITALAR</td> <td>CURA/MELHORA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td rowspan="4">ÓBITO ENTREGUE A: FAMÍLIA <input type="checkbox"/> FUNERÁRIA <input type="checkbox"/></td> <td rowspan="4">DATA / / HORA :</td> </tr> <tr> <td>À REVELIA</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>À PEDIDO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				CINTURA ESCAPULÔMÉDIA (c/ imob)	03.03.09.012-0	()	METACARPO (c/ imob)	03.03.09.016-2	()	LESÃO DE PELVICO (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	()			FRATURA DIAFISE	04.08.02.019-9 (umero)	()	04.08.02.020-2 (antebraço)	()	FRATURA dos METACARPIANOS	04.08.02.021-0	()	04.08.02.023-7 (MTC/FLG)	()	LUXAÇÃO COXO FEMORAL traumática/ pos artroplastia	04.08.04.019-0	()	04.08.04.018-1 (congenita)	()	LUXAÇÃO ou FRATURA / LUXAÇÃO de ANEL PÉLVICO	04.08.04.020-3	()			LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO de JOELHO	04.08.05.026-8	()	04.08.05.027-6 (PATELA)	()	LUXAÇÃO ou FRATURA/LUXAÇÃO SUBTALAR E INTRATARSO	04.08.05.028-4	()	04.08.05.029-2 (tarso-metatarsal)	()	LUXAÇÃO ou FRATURA-LUXAÇÃO do TORNOCOLO	04.08.05.021-7	()	04.08.05.022-5 (FISARIA)	()	FRATURA METATARSO	04.08.05.020-9	()	04.08.05.019-5 (MTT/PLG)	()	BLOQUEIO DE NERVO PERIFÉRICO	31403026	()	04.17.01.005-2 (Regional)	()	EXCISÃO de LESAO e/ou SUTURA de FERIMENTOS da PELE	04.01.01.005-8	()	04.01.02.005-3 (Retailho 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 ou II C/ OU S/ DESBRIDAMENTO	04.01.01.001-5	()			TENOMIORRÁFIA	04.08.06.045-0	()	04.08.06.048-4 (funel osteofibrosa)	()											RESPONSÁVEL pelo PACIENTE		SERVIÇO SOCIAL / CRESS		GRAU DE PARENTESCO				INTERNAMENTO HOSPITALAR	<input type="checkbox"/>	leito CIRURGICO		<input type="checkbox"/>	leito CLIN MÉDICA	<input type="checkbox"/>	leito PEDIATRIA	<input type="checkbox"/>	OBSERVAÇÃO	TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR	HMWG <input type="checkbox"/>	DATA	HORA	MÉDICO/CRM REGULADO COM :	HDML <input type="checkbox"/>	/	/	HRP <input type="checkbox"/>			OUTRO <input type="checkbox"/>			TRANSPORTE	SAMU	USA <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/>	UNIDADE: _____	SETOR: _____	FAMILIA	GRAU PARENTESCO?		OUTRO			DECISÃO MÉDICA				RESPONSÁVEL P/ LEVAR	ALTA HOSPITALAR	CURA/MELHORA	<input type="checkbox"/>	ÓBITO ENTREGUE A: FAMÍLIA <input type="checkbox"/> FUNERÁRIA <input type="checkbox"/>	DATA / / HORA :	À REVELIA	<input type="checkbox"/>	À PEDIDO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
CINTURA ESCAPULÔMÉDIA (c/ imob)	03.03.09.012-0	()	METACARPO (c/ imob)	03.03.09.016-2	()																																																																																																																																																																																																
LESÃO DE PELVICO (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	()																																																																																																																																																																																																			
FRATURA DIAFISE	04.08.02.019-9 (umero)	()	04.08.02.020-2 (antebraço)	()																																																																																																																																																																																																	
FRATURA dos METACARPIANOS	04.08.02.021-0	()	04.08.02.023-7 (MTC/FLG)	()																																																																																																																																																																																																	
LUXAÇÃO COXO FEMORAL traumática/ pos artroplastia	04.08.04.019-0	()	04.08.04.018-1 (congenita)	()																																																																																																																																																																																																	
LUXAÇÃO ou FRATURA / LUXAÇÃO de ANEL PÉLVICO	04.08.04.020-3	()																																																																																																																																																																																																			
LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO de JOELHO	04.08.05.026-8	()	04.08.05.027-6 (PATELA)	()																																																																																																																																																																																																	
LUXAÇÃO ou FRATURA/LUXAÇÃO SUBTALAR E INTRATARSO	04.08.05.028-4	()	04.08.05.029-2 (tarso-metatarsal)	()																																																																																																																																																																																																	
LUXAÇÃO ou FRATURA-LUXAÇÃO do TORNOCOLO	04.08.05.021-7	()	04.08.05.022-5 (FISARIA)	()																																																																																																																																																																																																	
FRATURA METATARSO	04.08.05.020-9	()	04.08.05.019-5 (MTT/PLG)	()																																																																																																																																																																																																	
BLOQUEIO DE NERVO PERIFÉRICO	31403026	()	04.17.01.005-2 (Regional)	()																																																																																																																																																																																																	
EXCISÃO de LESAO e/ou SUTURA de FERIMENTOS da PELE	04.01.01.005-8	()	04.01.02.005-3 (Retailho 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 ou II C/ OU S/ DESBRIDAMENTO	04.01.01.001-5	()																																																																																																																																																																																																			
TENOMIORRÁFIA	04.08.06.045-0	()	04.08.06.048-4 (funel osteofibrosa)	()																																																																																																																																																																																																	
RESPONSÁVEL pelo PACIENTE		SERVIÇO SOCIAL / CRESS																																																																																																																																																																																																			
GRAU DE PARENTESCO																																																																																																																																																																																																					
INTERNAMENTO HOSPITALAR	<input type="checkbox"/>	leito CIRURGICO																																																																																																																																																																																																			
	<input type="checkbox"/>	leito CLIN MÉDICA																																																																																																																																																																																																			
	<input type="checkbox"/>	leito PEDIATRIA																																																																																																																																																																																																			
	<input type="checkbox"/>	OBSERVAÇÃO																																																																																																																																																																																																			
TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR	HMWG <input type="checkbox"/>	DATA	HORA	MÉDICO/CRM REGULADO COM :																																																																																																																																																																																																	
	HDML <input type="checkbox"/>	/	/																																																																																																																																																																																																		
	HRP <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																				
	OUTRO <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																				
TRANSPORTE	SAMU	USA <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/>	UNIDADE: _____	SETOR: _____																																																																																																																																																																																																	
	FAMILIA	GRAU PARENTESCO?																																																																																																																																																																																																			
	OUTRO																																																																																																																																																																																																				
DECISÃO MÉDICA				RESPONSÁVEL P/ LEVAR																																																																																																																																																																																																	
ALTA HOSPITALAR	CURA/MELHORA	<input type="checkbox"/>	ÓBITO ENTREGUE A: FAMÍLIA <input type="checkbox"/> FUNERÁRIA <input type="checkbox"/>	DATA / / HORA :																																																																																																																																																																																																	
	À REVELIA	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
	À PEDIDO	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
		<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			



PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclinica da criança Ltda.

PLANTÃO 24 HORAS

CHURGIA + CLÍNICO GERAL
PEDIATRIA - ORTOPEDIA
LABORATÓRIO DE ANAISSES
PRONTO-SOCORRO - RAIOS X
ULTRASSOMOGRAFIA

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

A UBS

encontrou o paciente com
mácas comuns e um entu-
mílio (pseudoartrose) do escafídeo
esquerdo, com necessidade de
avaliar com ortopedia especiali-
zado em cirurgia de mão.
Sua rota hospitalar é na
vez para ser atendido
na UBS.

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

Natal,

15/5/19





Protocolo de Atendimento

Protocolo de Atendimento

Protocolo J2020001015032

Código de Autenticação fce21

ATENÇÃO:

IMPORTANTE: Guarde o Nº 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 – RN – F: 31334200

traumacenter

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 d escafóide E, com dor e sinais de degeneração. Está em programação cirúrgica para 05.02.2020. Deve afastar-se d suas atividades por 4 (quatro) meses, a critério do perito

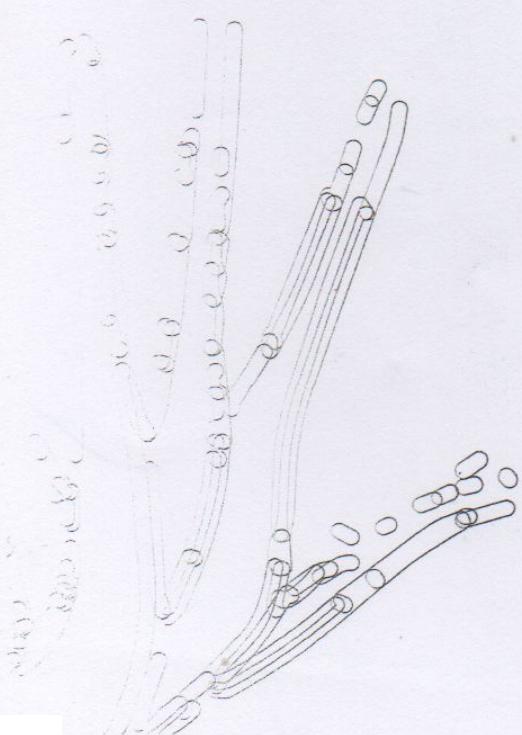
CID - 10: - M84

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

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 ☎ (84) 4009.8100
⌚ drheliopolido ⌚ 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 pseduartoase do escafóide 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 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 – RN – F: 31334200



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=20063021293827100000054953756>
Número do documento: 20063021293827100000054953756

Num. 57185621 - Pág. 4

LAUDO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO CIRÚRGICA

Estabelecimento Solicitante	CNES
Estabelecimento Executante	CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE <i>Gilson Chaves Chaves Sato</i>			
Cartão SUS <i>704 1041 1527 3271</i>	Data de Nascimento <i>18/06/1987</i>	Sexo <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	Idade: <i>31 anos</i>
RG <i>002.823.585</i>	CPF <i>083.107.104-45</i>	Telefone(s) <i>98799-3534</i>	Tel. <i>98787-6514</i>
Responsável <i>O mesmo</i>			
Endereço <i>Rua Santa Eulália 11</i>	Município <i>natal</i>	UF <i>RN</i>	

LAUDO TÉCNICA E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DT em punho (C)

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

anamnese de cunha

RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Anamnese de cunha (C)</i>	CID PRINCIPAL <i>784.1</i>	CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO <i>cunha</i>	CÓD.	
CLÍNICA/LEITO <i>0770921</i>	CARÁTER DA INTERNAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> ELETIVO <input type="checkbox"/> URGÊNCIA	
MÉDICO SOLICITANTE <i>José de Moura L. Neto</i>	CRM	DATA <i>27/02/2019</i>
ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO <i>Oncologia - Traumatologia</i>		
CRM - 6718		

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

<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> ACID. TRABALHO	<input type="checkbox"/> VIOLENCIA	<input type="checkbox"/> OUTROS
---	---	------------------------------------	---------------------------------

ESPECIFICAR:

SOLICITAÇÃO DE OPME- Órteses, Próteses e Materiais Especiais.

SOLICITAÇÃO	AII Nº _____
-------------	--------------

JUSTIFICATIVA	
---------------	--

AUTORIZAÇÃO	AII Nº _____
NOME DO AUDITOR RESPONSÁVEL	CNS/CRM
ASSINATURA E CARIMBO	DATA <i>/ /</i>



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)

Encareço: 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: THALYTARC

Convênio: SUS MUNICIPAL

Matrícula/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: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratórios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neuroológico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

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

CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____ / _____ / _____

MedicWare

Pági

FICHA DE INTERNAMENTO

206A 62
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 for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

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

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

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

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

Santa Eulalia Chagas Carlos Santos

Observações

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

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

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

Página

*CONFIRE COM ORIGINAL
EM,* *28/01/2020*

MedicWare



Hospital Memorial de Natal

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

Data: 05/02/2020 10:25

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

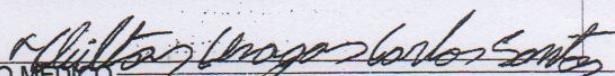
Responsável: CPF: RG:
Parentesco:

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

HOSPITAL MEMORIAL

SAO FRANCISCO Página 1 / 1

Av.Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep:59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, _____ / _____ / _____

MedicWare

Código Solicitação: 324933790

Número AIH: 242010010129-8

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:	CNES:
HOSPITAL MEMORIAL	2408252
Unidade Executante:	CNES:
HOSPITAL MEMORIAL	2408252
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro JUVENAL LAMARTINE - 979 -- TIROL	Município Executante NATAL
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 Internacao	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

DADOS DO PACIENTE

CNS:	Nome Social/Apelido:
704104115273271	---
Nome do Paciente	Naturalidade:
CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS	RUY BARBOSA - RN
Nome da Mãe	Raça:
MARIA ODETE CARLOS DOS SANTOS	AMARELA
Sexo:	Tipo Sanguíneo:
MASCULINO	---
Data de Nascimento:	Logradouro:
18/06/1987 (32 anos)	SANTA EULALIA
Tipo Logradouro:	Complemento:
RUA	A
Número:	CEP:
11	59123-290
País de Residência:	UF:
BRASIL	RN
Telefone(s):	
(84) 98799-3534 • (84) 99194-1501 (Exibir Lista Detalhada)	

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:	Nome do Médico Solicitante:	Status da Solicitação:
19561917807	HELIOS RUBENS POLIDO GARCIA	APROVADA
CPF do Médico Executante:	Nome do Médico Executante:	
19561917807	HELIOS RUBENS POLIDO GARCIA	
Diagnóstico Inicial - CID:		
M841 - AUSÊNCIA DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA [PSEUDO-ARTROSE]		
Caráter	Classificação de Risco	
10 - Eletivo	Prioridade 3 - Atendimento eletivo	
Clínica:	Clínica Complementar:	
ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	Nenhuma	
Procedimento Solicitado:	Código:	
TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPHAS	0415010012	

LANÇAMENTO E JURAMENTO DA SOLICITAÇÃO**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

PARA:**Motivo de Impedimento do Regulador:**

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**Data da Solicitação:
03.02.2020 09:02:44
Av.Juvénal Lamartine, 979 - Tirol
Cep:59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, _____ / _____ / _____

1/2

sisregiii.saude.gov.br/cgi-bin/index#





05/02/11

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	2 - CNES		
5 - NOME DO PACIENTE		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
7 - CARTÃO NACIONAL/SUS	Cleilton C C Santos		6 - Nº DO PRONTUÁRIO
204104118273271	8 - DATA DE NASCIMENTO	18.06.57	9 - SEXO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			MASCULINO FEMININO 1
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)	11 - TELEFONE DE CONTATO		
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	98799-3534
RJ	Ribeira	RN	98787-6514
16 - CEP	55		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Dor + déficit funcional do escafóide D com pseudoartrose para enxerto tipo Fisk artroscópico			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO			
Necessidade cirúrgica			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
Exame físico + RX			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDARIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS
Pseudoartrose escafóide D	M84		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS - Tratamento cirúrgico de pseudoartrose - Osteotomia da pelve	26 - LEITO/CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNACAO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
0415020034	- 0408020601 - 0408040157		Dr Hélio Rubens Polido Garcia
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGUROADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BONUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
38 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
40 - () CID. 10:PRINCIPAL			
42 - () CID. 10:SECUNDÁRIO			
39 - DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL			
43 - ()	44 - () GRAVE	45 - () GRAVISSIMA	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO			
7 - DT. AUT.	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTRA A SOLICITAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNACAO	HOSPITAL MEMORIAL	
8 - CNS / CPF	AVALIAÇÃO:	SAO FRANCISCO	
9 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	51 - DT. AUT.	Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol	
		Cep: 59022-020 - Natal/RN	
		CONFERE COM ORIGINAL	
		EM, _____	

DESCRÍÇÃO 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 310

0408040157 3-386

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 + Divisão romba
4. Tratamento cirúrgico da pseudoartrose escafóide D (Fisk-Fernandes)
5. Enxerto ósseo do escafóide 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,

Pagin



BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

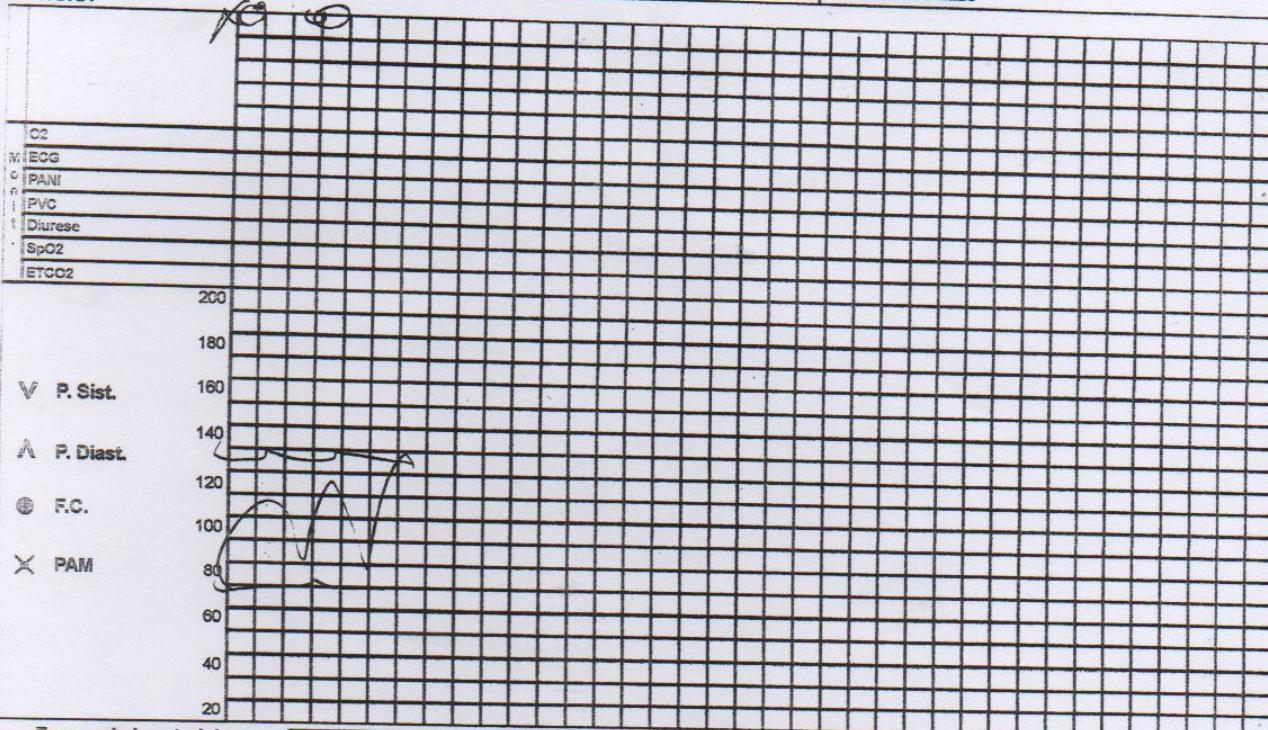
Dados do Paciente

Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS

IH:

Cirurgia Realizada ENXERTO+OSTEOTOMIA DE ESCAFOIDE	1º Auxiliar	2º Auxiliar	Anestesiologistas DR FRANCISCO MELO	Data 05/02/2020
Cirurgião DR HELIO RUBENS HORA				



Exames Laboratoriais

pH		
PaCO ₂		
HCO ₃		
CO		
EEG		
PaO ₂		
SHbO ₂		
Hb		
Hc		
Na		
K		
Ca		
Glicose		
ANESTÉSICOS		
FENTANIL	500MG	02
MIDAZOLAN	15MG	01
NECAINA	0,5%	0
DIMORF	0,2MG	
SUFENTANIL	10MCG	
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	
NECAINA	0,5%	
ISOBARICA	0,5X	
CETOPROFENO	100mg	

TÉCNICA ANESTÉSICA: BLOQUEIO PLEXO+SEDACÃO

BLOQUEIO:

TIPO:

LOCAL DA PUNÇÃO:

LATÊNCIA:

NÍVEL ANESTESIA:

AGULHA:

LIQUOR:

BLOQUEIO MOTOR: 0

Depois:

POSIÇÃO: Antes:

APARELHO:

TÉCNICA: ABERTO

INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: ORAL

TRAUMÁTICA: NAO

V.T.:

F.R.:

SONDA:

Nº

V.M.:

P.L.T.:

CUFF:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDIÇÃO FINAL:

REFLEXOS:

CONSCIÊNCIA:

BALANÇO

OBSERVAÇÕES

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59028-052 - RN
CONFERE COM ORIGINAL

DURAÇÃO: 30MIN **INÍCIO: 19:00** **EM,** **FINAL: 19:30**

Registro: **136545** IH: **2** Paciente: **CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS**
Nascimento: **18/06/1987** 33 anos Internação: **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 CIRÚRGICO DE PSEUDO-RETARDO. CONSCIENTE,
ORIENTADO RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, PUNCIONADO COM CATETER VENOSO VIABILIZANDO SF0,9% E SEGUO AGS
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**

Assinatura Responsável

Outros Exames:

SRPA

Nível consciência: **CONSCINETE**

COREN - 604508 - LUIZA BEZERRA DANTAS

Acesso venoso: **SIM**

Diurese: **SIM**

Acianótico: **SIM**

Oxigenotterapia: **NÃO**

Hipotensão: **NÃO**

Raio X de Controle: **SIM-QTD: AG**

Pálido: **NÃO**

Sudorese: **NÃO**

Tremores: **NÃO**

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 PRONTUARIO EXAMES, SEGUO ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO MAQUEIRO E
TEC. DE ENFERMAGEM.**

Assinatura Responsável

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

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 06/02/2020 12:4

Dados do Paciente

Registro: **136545** IH: **2** Paciente: **CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS**
Nascimento: **18/06/1987** 33 anos Internação: **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**

sangue: **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 O^º AMBIENTE 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 ÉXITO ENCAMINHADO AO SRPA EM O^º AMBIENTE CONSCIENTE COM FERIDA OPERATORIA LIMPA E OCLUIDA SEGURO OS CUIDADOS DA EQUIPE.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: :

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

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

Prescrição Médica / Evolução Clínica

hospital Memorial
São Francisco

Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS
 Convênio: SUS MUNICIPAL Reg.: 136545
 Unidade: CENTRO CIRURGICO
 Leito: LEITO RESERVA 04 305B
 Admissão: 05/02/20 10:25
 Diag.: M84 - Transtornos da continuidade do osso | 0 dia(s) de internação

Idade: 32 anos
 Prontuário:

05/02/2020 19:31

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


 Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
 CRM - 5500

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

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

Pág:



CURATIVOS (G/M/F/01 AVC/FR/UPP/LESÕES TRAUM)	M	T	N	SONDAS	M	T	N	MEDICAÇÕES	M	T	
	LUVA ESTÉRIL (PAR)				LUVA ESTÉRIL (par)				LUVA DE PROC(PAR)		
LUVA DE PROC(PAR)				LUVA PROC.(PAR)				SERINGA 1CC		E	
GAZE (PCT C/ 10)				GAZE (PCT C/10)				SERINGA 5cc			
MÁSCARA				SONDA ____ Nº ____				SERINGA 10cc		F	
COMPRESSA (UN)				SONDA ____ Nº ____				SERINGA 20cc		F	
ATAD. CREPOM				LIDOCAYNA 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>10ml</i>			
CLOREX. ALCOOLICA				AGULHA				SF 0,9%			
MICROPORE (CM)				CLOREX DEGERM.							
ESPARADRAPO(CM)				CLOREX AQUOSA							
LÂMINA Nº ____				SF 0,9%. ____ ML				DISP. URINARIO	M	T	
DERSANI (10 ml)				MÁSCARA				PRESERVATIVO MASC.			
SAF- GEL (5gr)								COLETOR ABERTO			
SCLOSITE (5gr)								MICROPORE (CM)			
PURILON (5gr)				PUNÇÃO	M	T	N	LUVA PROC.(PAR)			
DUODERM EF 10X10				LUVA PRQC. (PAR)				LAVAGEM INTEST.	M	T	
DUODERM EF 15X15				JELCO Nº 18				EQUIPO MACRO			
DUODERM CGF				JELCO Nº 20				LIDOCAYNA 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	
IRRIGAFIX				POLIFIX				EQUIPO BIC DIETA			
				ALCOOL 70%(ML)				EQUIPO BIC MED			
				MICROPORE (cm)				EQUIPO DE TRANSF.			
				ESPARADRAPO (cm)							
ASS. RESPONSAVEL:	SCALP								CONTROLE DE GIT		
ASPIRAÇÃO	M	T	N	SALINA/HIDRA / HEP./DO CATETER	M	T	N	RESULTADO	M	T	
SONDA DE ASPIRAÇÃO				SF 0,9% 10ml				HORA			
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	HOSPITAL MEMORIAL SÃO FRANCISCO Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tiroz cep: 59022-020 - Natal/RN DATA: CONFERE COM ORIGINAL EM: / 05/06/2020	AMI		
ASS. TEC ATRIBUIDO M	ASS. TEC ATRIBUIDO T	ASS. TEC ATRIBUIDO N		VISTO ENFERMEIROS	MANHÃ	TARDE			AMI		

Hospital Memorial
São Francisco

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: CLEILTON CHAGAS CARLOS SANTOS Idade: 32 anos
Convênio: SUS MUNICIPAL Reg.: 136545 Prontuário:
Unidade: CENTRO CIRURGICO
Leito: LEITO RESERVA 04
Admissão: 05/02/20 10:25
Diag.: M84 - Transtornos da continuidade do osso| 1 dia(s) de internação

06/02/2020 07:00

5500

- 1) DIETA LIVRE, Ao dia
- 2) SORO FISIOLOGICO 0,9% 500mL
Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.
- 3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.
DILUIR EM 10 ML DE ABD.
- 4) DIPIRONA 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

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500

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

HOSPITAL MEMORIAL
SAO FRANCISCO

Av.Juvenal Lamartine, 979 - Tiroz Página: 1 / 1
Cep:59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____ / _____ / _____

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

06/02/2020 07:00

	Horários de Aplicação		
1) DIETA LIVRE, Ao dia	D1	(sbd)	
2) SORO FISIOLOGICO 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, 06:00, 18:00	
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

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

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av.Juvenal Lamartine, 979 - Tiro!
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

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

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Dieta:
VO
ACEITA

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Oxigêniooterapia

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 MEDICAÇÕES CPM :

ntercorrência:

PCT ADMITIDO VINDO DO CC. EM O^º AMB. EM MACA, AFERIDOS SSVV :

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

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

CONFERE COM ORIGINAL
EM, / /

Página

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



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

Leito: ENFERMARIA 305B

Turno: Diurno

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: POI DO ESCAFOIDE DA MÃO ESQ

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Isolamento de contato:

Alergias Medicamentosas:

Nível de Consciência: Consciente/Orientada

Sinais Vitais

Temperatura: 36,2 °C

Saturação O2: 99%

Respiração: 18 RPM

Oxigênioterapia

Pressão Arterial: 120x80

Frequência Cardíaca: 75

Em O2 Ambiente

Acesso Venoso

Periférico

MSD

HGT

Dieta

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.:

Intestinais: PRESENTE

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

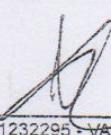
Curativo:

Medicações:

ADM MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA

Intercorrência:

AS 07H RECEBO PACIENTE 32 ANOS, CONSCIENTE, ORIENTADO, O2 AMBIENTE, DIETA V.O COM BOA ACEITAÇÃO, DIURESE PRESA 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, ACOMPANHADO DP MAQUEIRO+ FAMILIAR.


HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep. 59022-020 - Natal/RN
COREN: 1232295 VALDEISA RODRIGUES GOMES
06/02/2020 09:58:04

CONFERE COM ORIGINAL

EM, _____/_____/_____



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: 7041041158232271
Data/Hora: 06/02/2020 16:19 CID: M84

Exames Solicitados:

- 1) RX DE PUNHO


Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500

MedicWare - 06/02/2020 16:19

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

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

CONFERE COM ORIGINAL

EM, _____ / _____ / _____

Página 1 / 1

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIÊNCIAS	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
DETRAN - RN		Nº 0138331716098	
VIA	COD. PERNAM	RNTIC	EXERCÍCIO
1	01164606594	*****	2018
FRANCISCO MELLO DE MORAES			
NOME			
CPF/CNPJ	PLACA		
031.157.381-13	Q2N3117		
PLACA ANT/JUF	CHASSI		
QSN3117/RN	9C29C690003313374	COMBUSTÍVEL	
ESPECIE TIPO	GASOLINA		
PASSAGEIRO/ANÔNIMO/CLÍTICO/MAIS APPLICATE			
MARCA/MODELO	ANO MOD.	ANO FAB.	MARCA/ MODELO
HONDA/CB 125I FAN	2018	2018	HONDA/CG 125I FAN
CAP/PROT/OL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
05/123 CILINDRADA	PARTICULAR	VERMELHA	
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS	
P R\$ 0,00	05/10/2018	1º PAGO	
V R\$ 0,2895,32	RS ****	2º PAGO	
		3º PAGO	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	OF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*** 2 PAXAS LETRAN: PAGO	*** DPVAT: PAGO	***	***
ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 03.634.220/0001-65			
BANCO: BONITA S/A			
MOTOR: JOSEBEDJ332634			
PARANAHUM/RN			
DATA: 11/09/2018			
COTAS ÚNICAS			
PAGAMENTO <input type="checkbox"/> PARCELADO <input type="checkbox"/>			
DATA DE OUTRAÇÃO			
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 00.248.608/0001-04			
www.seguradoralider.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
RN Nº 0138331716098 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
SEGURADO OBRIGA-SE, NO DESENHOS, A DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS, DE VIAGEM, E RESTRE JUROS SOU A CARA A PESSOAS TRANSPORTADAS, OUTRAS, SEU SEGURO DPVAT			



RECEITUÁRIO MÉDICO

Receituário

Cleiton Chagas Cordeiro Souto Moura

Dolo do Acidente:

Benfeitor acidente rodoviário que evolui com fator de pulso equivo (rádio e escápula). Quadro grave e cirúrgico.

Atualmente refere dor e perda de flexão em 30% do pulso.

S52 + T92

AV. PRESIDENTE MÉDICO N° 256 IGAPÓ - NATAL/RN CEP. 59106000

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

Dr. Tiago Andrade Rodrigues
Ortopedia e Traumatologia
CREMERN 6244

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

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);

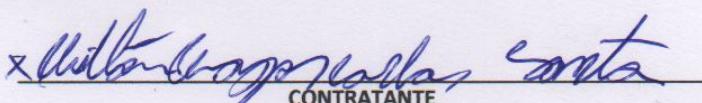
CLÁUSULA SEXTA - O CONTRATANTE também está plenamente ciente quanto à possível condenação em honorários de sucumbência;

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

