



Número: **0809662-57.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **25ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **13/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.214,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALDIR JANUARIO DE FARIAS (AUTOR)		DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES (ADVOGADO)	
Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais (RÉU)			
MICHEL FREIRE DE ARAUJO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
54276025	13/03/2020 21:09	Petição Inicial	Petição Inicial
54276026	13/03/2020 21:09	1 - Inicial	Outros documentos
54276027	13/03/2020 21:09	2 - Procuração_Contrato_Honorários	Procuração
54276028	13/03/2020 21:09	3 - Documentação_Pessoal	Documento de Identificação
54276229	13/03/2020 21:09	4 - Boletim_Ocorrencia	Documento de Comprovação
54276230	13/03/2020 21:09	5 - Documetação_Médica	Documento de Comprovação
54276231	13/03/2020 21:09	6 - Recebimento_Administrativo	Documento de Comprovação

Segue anexo Petição Inicial e documentos.



EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUÍZO DE DIREITO DE UMA DAS VARAS CÍVEIS ESPECIALIZADAS DA COMARCA DE NATAL, ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE, A QUEM COUBER POR DISTRIBUIÇÃO LEGAL.

ALDIR JANUÁRIO DE FARIAS, brasileiro, solteiro, autônomo, sem endereço eletrônico, inscrito (a) no CPF/MF sob o n.º 596.332.124-72, residente e domiciliado (a) na Rua Alto da Bela Vista, Nº 579, Nordeste, Natal – RN, cep: 59.042-250 vem, por intermédio de seu advogado, legalmente habilitado (doc. anexo), que esta subscreve, perante Vossa Excelência, propor

ACÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO

em desfavor da **PORTO SEGURO S/A**, inscrita no CNPJ sob o nº. 02.149.205/0001-69, com endereço para citação na Avenida Prudente de Moraes, nº. 4055, Candelária, Natal/RN, CEP 59063-200, o que faz pelos fatos e fundamentos jurídicos a seguir:

1. DA JUSTIÇA GRATUITA.

Antes de adentrar nas razões que impõem à propositura da presente demanda, faz-se necessário aduzir que o (a) requerente não possui meios suficientes para custear a presente ação judicial sem prejuízo de seu sustento e da sua família, razão pela qual requer, desde já, a concessão dos benefícios da justiça gratuita no sentido de dispensar o pagamento de quaisquer custas e emolumentos no curso do procedimento e porventura em eventual recurso, consoante os ditames da Lei nº. 1.060/50, art. 5º da Carta Magna Brasileira e art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil.

Rua Antônio Elias de França Neto, 1660 – Lagoa Nova – Natal-RN, Cep. 59.064-170;

e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com



2. DOS FATOS.

O (A) demandante se envolveu em acidente de trânsito no dia 24/05/2019, por volta das 17h20min, no município de Natal – RN, conforme descrito em boletim de ocorrência anexo.

Em razão do acidente, **o promovente sofreu fratura/lesão no membro superior direito**, tratando-se, pois, de lesão de natureza grave, sendo socorrido até o Hospital Walfredo Gurgel, onde recebeu os primeiros atendimentos médicos.

Em detrimento do acidente automobilístico, ficou impedido de trabalhar e, atualmente, sente dores e limitação do membro afetado.

É sabido que para o recebimento da indenização DPVAT basta que a vítima comprove a ocorrência do acidente de veículo e o dano consequente, independentemente da existência de culpa (Lei federal n. 6.194, de 1974).

Preenchendo os requisitos para o recebimento da indenização, o (a) autor (a) encaminhou seu pedido administrativo. Juntamente com os documentos pertinentes, legalmente previstos e que são costumeiramente solicitados pela ré, o (a) requerente teve seu pedido autuado com o número de sinistro: 3190683941.

Certo do recebimento da indenização em conformidade com a gravidade de sua invalidez, a parte autora aguardou resposta da ré, tamanha fora a surpresa desta quando informada do pagamento da indenização, **NÃO POR SUA CONFIRMAÇÃO**, o que seria inevitável, mas pelo montante pago pela demandada.

De acordo com documento anexado, a ré efetuou o pagamento de valor irrisório, não condizente com a gravidade da lesão sofrida pelo (a) autor (a) e com a invalidez permanente que este (a) adquiriu, ou seja, após análise do pedido feito administrativamente, o (a)



requerente recebeu o valor de R\$ 1.687,50 (um mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)

Tal entendimento e enquadramento apresentado como caracterizador do pagamento, não é condizente com a previsão legal e com a seriedade da lesão sofrida.

O (A) demandante permaneceu com sérias limitações desencadeadas pelas lesões ocorridas no acidente de trânsito, recebeu atendimento que constatou estas, teve acompanhamento médico, passou por procedimento cirúrgico, e mesmo assim, restou com acentuadas limitações físicas, comprometendo de forma irreversível a realização de atividades cotidianas simples, bem como o desempenho de determinadas funções que poderia almejar.

Após tratamento conservador o quadro do Autor **evolui com dor, edema e perda de flexão/extensão do membro afetado**, porém, a parte ré realiza avaliação imparcial e unilateral, sem proporcionar ao segurado aquilo que realmente lhe é devido.

O (A) segurado (a), por ora autor (a), juntou ao seu pedido administrativo, certidão de ocorrência policial relatando o acidente de trânsito, ficha de atendimento ambulatorial, documentação médica atestando as lesões e as limitações, e mesmo assim, teve como resposta da ré, um pagamento ínfimo, não compatível com a sua situação física e nem corretamente enquadrada na tabela de danos segmentares utilizada para este fim.

Dessa forma, resta claro que fora buscado através de procedimento administrativo solucionar a questão e receber a indenização correta, porém, tudo foi em vão, não havendo outra forma do demandante alcançar o seu direito a não ser com a intervenção judicial, através da correta quantificação do valor devido e consequente condenação da ré ao pagamento deste.

Diante da situação posta, o (a) Autor (a) se encontra acometido (a) por invalidez permanente parcial incompleta no membro afetado. Nesse sentido, e assim for o convencimento deste Magistrado (a), **requer que as indenizações sigam a orientação da súmula 474 e 580 do Superior Tribunal de Justiça - STJ, pleiteando os valores de forma decrescente de acordo com a gravidade da repercussão da invalidez, na modalidade de perda**



anatômica e/ou funcional, ou ainda, perda da mobilidade do membro que este juízo se convencer, amparado pela prova técnica/pericial.

3. DOS DIREITOS.

3.1. Da competência jurisdicional para processar e julgar a demanda.

Constitui faculdade do (a) autor (a) escolher entre qualquer dos foros possíveis para ajuizamento da ação decorrente de acidente de veículos: o do local do acidente ou o do seu domicílio (art. 53, V, do CPC), bem como, ainda, **o do domicílio do réu (art. 46 do CPC).**

Assim já dispôs, recentemente, o Superior Tribunal de Justiça:

*CONFLITO DE COMPETÊNCIA Nº 159.803 - GO (2018/0181431-5)
RELATOR : MINISTRO LÁZARO GUIMARÃES (DESEMBARGADOR
CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO) SUSCITANTE : JUÍZO DE
DIREITO DA 14ª VARA CÍVEL E AMBIENTAL DE GOIÂNIA - GO
SUSCITADO : JUÍZO DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DE SÃO
PAULO - SP INTERES. : YAMAHA MOTOR DA AMAZÔNIA LTDA
ADVOGADOS : FAUSTO MITUO TSUTSUI - SP093982 KARINA DE
SOUSA MARCONDES - SP212020 ANA CLAUDIA MOREIRA PERES E
OUTRO (S) - SP289619 INTERES. : OD MOTOS, PECAS E SERVICOS
LTDA INTERES. : WILLIAM LEYSER O DWYER INTERES. :
CAROLINE LOUISE LEYSER O DWYER ADVOGADOS : THIAGO
BRAGA FUJIOKA - GO028232 FLÁVIO MONTEIRO ÁLVARES -
GO031861 NATALIA OLIVENCIA E SOUZA - GO042718 DECISÃO
Cuida-se de conflito negativo de competência suscitado por JUÍZO
DE DIREITO DA 14ª VARA CÍVEL E AMBIENTAL DE GOIÂNIA - GO e
o do d. JUÍZO DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DE SÃO PAULO - SP
nos autos de ação de execução proposta por YAMAHA MOTOR DA
AMAZÔNIA LTDA em face de OD MOTOS, PECAS E SERVICOS LTDA
e outros. A ação foi inicialmente proposta perante o d. Juízo de
Direito da 1ª Vara Cível da Comarca de São Paulo/SP, foro diversos*



do eleito contratualmente, que se declarou absolutamente incompetente para processar e julgar o feito e determinou a remessa dos autos à Comarca de Goiânia/GO, sob a alegação de que "a livre escolha desvinculada de qualquer parâmetro, realizada unilateralmente pela parte elaboradora do contrato, seja por conveniência pessoal ou por suposta ineficiência do foro competente, não pode prevalecer, devendo ser admitido, excepcionalmente, a declinação da competência de ofício, mitigando-se a Súmula 33 do C. STJ" (na fl. 97). Recebidos os autos, o d. Juízo de Direito da 14ª Vara Cível e Ambiental da Comarca de Goiânia/GO, foro de eleição, suscitou o conflito negativo de competência, pois, no seu entender, a cláusula de eleição de foro "somente pode ser afastada se constatada abusividade, o que não é o caso dos autos, vez que não vislumbro qualquer hipossuficiência das partes, haja vista que a exequente e a 1ª (primeira) executada são 02 (duas) pessoas jurídicas, e não há nenhuma incidência de relação consumerista, pelo contrário, a relação das partes é estritamente civil, decorrente de contrato e relacionamento comercial oneroso, do qual esta não é destinatária final" (na fl. 1.116). O Ministério Público Federal opina pela competência do Juízo de Direito da 1ª Vara Cível da Comarca de São Paulo/SP. É o relatório. Passo a decidir. A hipótese ora analisada é de competência territorial, por via de regra relativa e o d. Juízo suscitado não destacou eventual peculiaridade do caso concreto que permita excepcionar a regra e possibilitar o declínio de ofício da competência. Nesse contexto, a competência só pode ser alterada caso a parte ré apresente exceção de incompetência, após a regular citação, não sendo possível, assim, sua declinação de ofício, nos moldes da súmula 33/STJ, in verbis: "A incompetência relativa não pode ser declarada de ofício". A propósito, confirmam-se os seguintes precedentes: CONFLITO DE COMPETÊNCIA. AÇÃO DE COBRANÇA. ACIDENTE DE VEÍCULOS. SEGURO OBRIGATÓRIO -



DPVAT. SÚMULA 33/STJ. 1. "A incompetência relativa não pode ser declarada de ofício" (Súmula n. 33/STJ). 2. Constitui faculdade do autor escolher entre qualquer dos foros possíveis para ajuizamento da ação decorrente de acidente de veículos: o do local do acidente ou o do seu domicílio (parágrafo único do art. 100 do CPC); **bem como, ainda, o do domicílio do réu (art. 94 do CPC).** *Precedentes.* 3. Conflito conhecido para declarar competente o Juízo suscitado. (CC 110.236/MS, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 25/05/2011, DJe 02/06/2011) Ante o exposto, conheço do conflito para declarar a competência do Juízo de Direito da 1ª Vara Cível da Comarca de São Paulo/SP. Publique-se. Brasília, 24 de setembro de 2018. MINISTRO LÁZARO GUIMARÃES (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO) Relator (STJ - CC: 159803 GO 2018/0181431-5, Relator: Ministro LÁZARO GUIMARÃES (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO), Data de Publicação: DJ 26/09/2018).

A súmula do STJ assim elenca: "Súmula 540 - Na ação de cobrança do seguro DPVAT, constitui faculdade do autor escolher entre os foros do seu domicílio, do local do acidente ou ainda do domicílio do réu. (Súmula 540, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 10/06/2015, DJe 15/06/2015)".

Desta feita, aliando-se ainda pela Lei da Organização Judiciária do RN é competente para processar e julgar a demanda: a 19ª, 20ª, 23ª, 24ª e 25ª Vara Cível desta Comarca, por distribuição legal.

3.2. Da legitimidade passiva.

A súmula 42, da Resolução 11 – TJRN, de 27 de março de 2019, assim estipula: "Súmula 42: **Qualquer seguradora conveniada ao sistema de Seguro DPVAT é parte legítima para figurar no polo passivo da demanda** que pleiteia indenização em decorrência de acidente de trânsito.". (grifo meu)



3.3. Da aplicação da Lei nº. 6.194/74 e suas alterações posteriores.

Diante do que será exposto não restará dúvida do direito do (a) Promovente de receber a indenização do seguro obrigatório DPVAT uma vez que ocorreu debilidade permanente na função do membro inferior direito causado por acidente automobilístico, conforme documentação anexa.

O segurado deve ser beneficiado por motivo de todas as sequelas que sofreu, passando a receber uma quantia justa, nem exorbitante, nem inferior aos traumas a que passou.

Além do mais, ninguém está preparado para a ocorrência de um sinistro, o Seguro Obrigatório DPVAT visa justamente amenizar as despesas financeiras que o vitimado irá despendar; que em um caso de invalidez permanente, nunca cessarão.

A legislação vigente: art. 3º da lei nº. 6.194/74, estabelece que os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar, conforme se vê abaixo:

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 - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

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.

§ 1o No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, fazendo jus a parte autora ao recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:



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.

Note Excelência que a prova documental (documentação médica hospitalar e boletim de ocorrência) foi devidamente juntada aos autos comprovando o direito do (a) autor (a) ao recebimento da indenização pleiteada.

Desta forma é claro notar que: “*O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente*” e mediante a entrega dos seguintes documentos: “*registro da ocorrência no órgão policial competente*” – art. 5º, § 1, a, da Lei 6.194/74.

Percebe-se que a lei não diz se o Boletim de Ocorrência deve ser comunicado ou não, exige-se apenas o Boletim de Ocorrência OU Certidão de Ocorrência sendo, portanto, ônus da Seguradora fazer prova de que as informações contidas no Boletim de Ocorrência, ou na Certidão de Ocorrência, não são verdadeiras, se assim porventura alegar.

Além do Boletim de Ocorrência, outros documentos juntados pela parte autora, corrobora a veracidade das declarações expostas no referido documento. Portanto, o conjunto probatório, atesta o fato como verdadeiro.

Por conseguinte, é dever da Seguradora Requerida, cumprir com o determinado pelo inciso II do artigo 373 do Código de Processo Civil e comprovar a existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito autoral.

Em razão do acima exposto, demonstrado o nexo causal existente entre o acidente automobilístico e a lesão de caráter permanente na vítima, impõe-se o dever de indenizar.

3.4. Da audiência de conciliação ou mediação após a prova pericial. Aplicação do art.



139, VI do Código de Processo Civil.

Nos termos do art. 319, VII do CPC, opta a parte autora pela realização de audiência de conciliação e mediação.

Entretanto, Excelência, imprescindível para o resultado da demanda a ocorrência de prova pericial, de modo a conferir maior efetividade do direito tutelado, bem como auxiliar o livre convencimento motivado deste juízo.

Assim dispôs o art. 139, VI do CPC:

Art. 139. O juiz dirigirá o processo conforme as disposições deste Código, incumbindo-lhe:

*VI - dilatar os prazos processuais e **alterar a ordem de produção dos meios de prova, adequando-os às necessidades do conflito de modo a conferir maior efetividade à tutela do direito**; (grifo meu).*

Nesse sentido, requer que seja designada audiência conciliatória, porém que seja aprazada após a juntada do laudo pericial que, desde já se requer.

4. DOS PEDIDOS.

Por todo exposto, requer a Vossa Excelência:

a) que sejam concedidos **os benefícios da justiça gratuita** nos termos da Lei n. 1.060/50 e suas devidas alterações, bem como art. 98 e seguintes do CPC por ser o (a) autor (a) pobre nos termos da Lei e não possui condições financeiras favoráveis para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do seu próprio sustento e da sua família;



- b) que determine **a citação inicial do Requerido**, no endereço constante na folha de rosto da presente exordial para, caso pretendam, contestar a presente ação, no prazo legal, sob pena de incorrer nos efeitos da revelia, concedendo ao final, a procedência integral dos pedidos;
- c) nos termos do art. 319, VII do CPC, **opta** a parte autora pela realização de audiência de conciliação e mediação, **porém que seja aprazada após a juntada do laudo pericial** que, desde já se requer, em homenagem aos princípios da celeridade e economia processual, uma vez que a modulação e alteração da ordem de produção dos meios de prova se mostra imprescindível na presente ação (art. 139, VI do CPC), de modo a conferir maior efetividade do direito tutelado, bem como auxiliar o livre convencimento motivado deste juízo;
- d) em razão do acometimento pela parte autora de invalidez permanente parcial incompleta no (s) membro (s) afetado (s), requer a condenação da empresa requerida ao pagamento do seguro DPVAT, em favor do (a) requerente, no valor correspondente **ao grau de invalidez atestado** pelo *Expert* nomeado por este juízo, observando as orientações das súmulas **474 e 580 do Superior Tribunal de Justiça - STJ, pleiteando os valores de forma decrescente (75% > 50% > 25% > 10%) de acordo com a gravidade da repercussão da invalidez, na modalidade de perda anatômica e/ou funcional, ou ainda, perda da mobilidade do (s) membro (s) que este juízo se convencer, amparado pela prova técnica/pericial**, devendo incidir na condenação os devidos acréscimos de juros legais e correção monetária, abatendo-se o valor recebido administrativamente, julgando-se, por fim, a ação **TOTALMENTE PROCEDENTE**;
- e) que seja condenado ainda, o requerido, ao pagamento das **custas processuais e honorários advocatícios**, estes no patamar de 20% (vinte por cento) do valor da causa;
- f) que, em caso de procedência do pedido, **pugna pelo pagamento dos Honorários Advocatícios Contratuais (contrato particular anexo)**, em companhia dos honorários de sucumbência pagos pelo promovido, sendo confeccionado alvará judicial - conjuntamente - em favor do advogado: Diogo Henrique Bezerra Guimarães - OAB/RN 9329, para levantamento dos valores.



Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em Direito admitidas, sem exclusão de nenhum que se fizer necessário ao deslinde da demanda.

Dá-se à causa o valor de R\$ 1.214,50 (Um mil, duzentos e quatorze reais e cinquenta centavos)

Nestes termos,
pede e espera deferimento.
Natal/RN, 13 de março de 2020.

DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES
OAB/RN 9329

QUESITOS A SEREM RESPONDIDOS PELO (A) SR. (A) PERITO (A):

1. Houve lesão à integridade física da parte autora em virtude do acidente de trânsito. Quais as lesões remanescentes na mesma após o acidente?

2. Queira o Sr. Perito esclarecer se as lesões são de caráter temporário ou definitivo.

3. Houve perda da força, mobilidade, flexibilidade ou outra limitação em virtude da lesão sofrida no acidente? Favor especificar as mesmas.

Rua Antônio Elias de França Neto, 1660 – Lagoa Nova – Natal-RN, Cep. 59.064-170;
e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com



4. Das lesões identificadas, quais foram às consequências traumáticas e funcionais dos órgãos/membros afetados.

5. De acordo com a tabela anexa da Lei 11.945/2009, qual o percentual da perda funcional da parte autora em face da (s) lesão (es) ocasionada (s) em decorrência do sinistro?



CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS - SEGURO DPVAT

Pelo presente instrumento, as partes abaixo qualificadas, contratam a prestação de assistência advocatícia, na forma e para os fins adiante estipulados:

1. PARTES: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº. 9329, endereço eletrônico: diogoguimaraes.adv@hotmail.com, com endereço profissional na Rua Antônio Elias de França Neto - 1600 - Ed. Mauricio Caminha, Unidade II, Lagoa Nova, Cep. 59.064-170 - Natal/RN, denominada **CONTRATADO**, e por outro lado:

Nome:	AUDIR JANUARIO FARIA		
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado Civil:	SOLTEIRO
Profissão:	AUTONOMO	CPF nº.	596.332.124-72
Endereço com CEP	RUA ALTO DA BELA VISTA, 579, NORDESTE NATAL - RN, CEP; 59042-250		

aqui denominado(a) **CONTRATANTE**.

2. FINALIDADE DO CONTRATO: O(A) **CONTRATANTE** contrata os serviços profissionais do **CONTRATADO**, para que este requeira administrativamente e, caso haja necessidade; também ajuíze ação de cobrança referente à indenização de seguro DPVAT, junto ao Juizado Especial Cível ou Justiça Estadual.

3. DESEMPENHO DO MANDATO: O **CONTRATADO** postulará, em todas as instâncias, inclusive administrativas, através de recursos adequados, para o fiel cumprimento do mandato outorgado pelo(a) **CONTRATANTE**.

4. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS:

4.1 Pela propositura do requerimento administrativo e demanda judicial, o/a **CONTRATANTE** pagará ao **CONTRATADO**, a título de honorários advocatícios, o valor de:

- a) **20% (VINTE POR CENTO)** sobre todos os valores líquidos recebidos **administrativamente**, majorando-se o percentual para **30% (TRINTA POR CENTO)**, em caso de interposição de recurso administrativo;
- b) Havendo necessidade de distribuição de processo judicial, os honorários serão no mesmo percentual de **20% (VINTE POR CENTO)** sobre todos os valores líquidos recebidos **judicialmente ou por meio de acordo judicial**, majorando-se o percentual para **30% (TRINTA POR CENTO)**, em caso de interposição de recurso para instância superior;
- c) O/A **CONTRATANTE** autoriza, expressamente, o desconto dos percentuais aqui contratados quando da expedição do Alvará Judicial ou ordem de pagamento decorrente da ação proposta, a ser creditado na conta bancária de titularidade do **CONTRATADO**, qual seja: Banco do Brasil: Agência - 3777-x, Conta Corrente: 24.467-8.

5. DESISTÊNCIA E CONTUMÁCIA:

5.1 No caso de desistência do processo antes da sentença ou ausência injustificada a perícia médica ou audiência, o contratante se compromete a pagar a título de honorários advocatícios, pelo trabalho já então realizado, a importância fixa de um salário mínimo vigente à época, salvo se for reajuizar o processo com mesmo patrocínio. Em todo caso deverá o contratante arcar com as custas judiciais fixadas pelo abandono da causa.

5.2 A verba honorária oriunda da parte adversa, pelo princípio da sucumbência, reverterá ao **CONTRATADO**.

5.3 No caso de desistência do processo após prolação de sentença, o (a) contratante fica obrigado a pagar os honorários advocatícios na sua integralidade.

6. Agindo o (a) **CONTRATANTE** de forma dolosa ou culposa em face do **CONTRATADO**, restará facultado a este, rescindir o contrato, substebelecendo sem reserva de iguais e se exonerando de todas as obrigações.

7. CLÁUSULA DE RISCO: em caso de insucesso da ação proposta, o/a **CONTRATANTE** não desembolsará quaisquer valores ao **CONTRATADO**, inclusive os gastos havidos com a demanda.

Assim, em **15** de **DEZEMBRO / 2019** elegem o Foro da comarca de Natal/RN e assinam o presente instrumento em duas vias, para que possa produzir seus legais efeitos.

A2 D112 Januario de Faria
CONTRATANTE

[Assinatura]
CONTRATADO



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome:	AUDIR JANUARIO FARIA		
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado Civil:	SOLTEIRO
Profissão:	AUTONOMO	CPF nº.	596.332.124-72
Endereço com CEP	RUA ALTO DA BELA VISTA, 579, NORDESTE NATAL - RN, CEP: 59042-250		

OUTORGADO: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARÃES, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº. 9329, endereço eletrônico: diogoguimaraes.adv@hotmail.com, com endereço profissional na Rua Antônio Elias de França Neto – 1600 – Ed. Mauricio Caminha, Unidade II, Lagoa Nova, Cep. 59.064-170 - Natal/RN.

PODERES: Das cláusulas “**AD JUDICIA**” e “**EXTRA**” para o foro em geral, defender todos os direitos e interesses do (a) outorgante, podendo transigir, desistir, fazer acordos, discordar, concordar, declarar hipossuficiência financeira, requerer justiça gratuita, passar recibos, dar e receber quitação, levantar e sacar alvarás, apresentar, juntar e desembaraçar documentos, papéis, recibos e guias, requerer desistência da ação, interpor e seguir recursos administrativos e judiciais até Superior Instância e finalmente praticar e requerer todos os demais atos necessários ao fiel e cabal desempenho do presente mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte, com ou sem reservas de poderes.

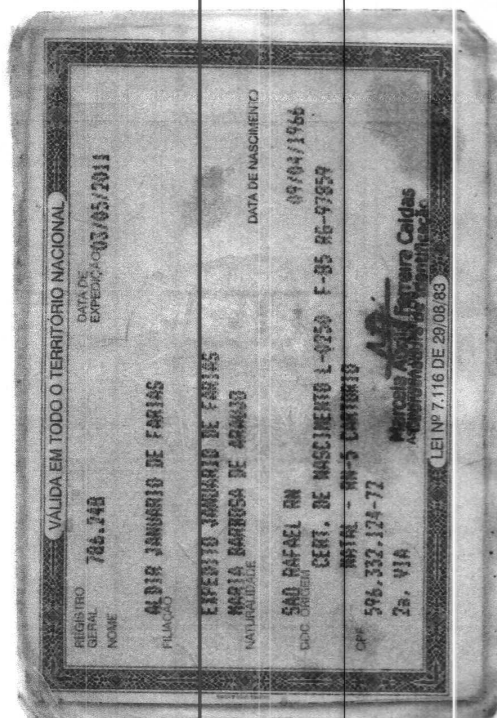
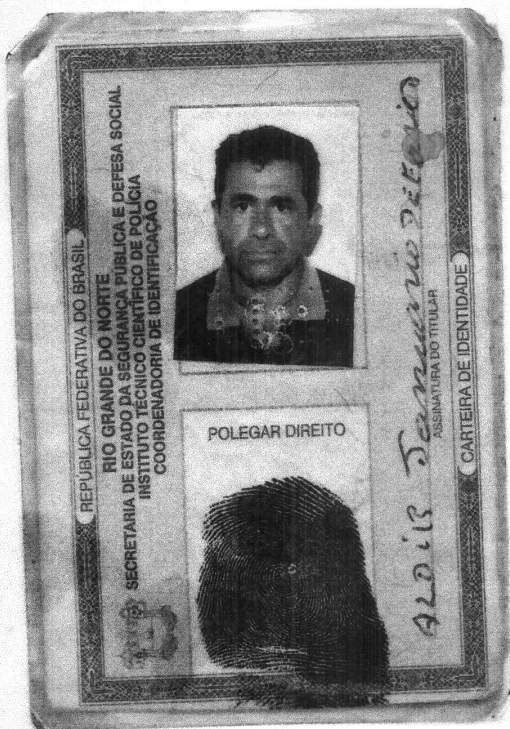
Natal/RN, 15 de DEZEMBRO do ano 2019.



OUTORGANTE

Rua Antônio Elias de França Neto, 1660 – Lagoa Nova – Natal-RN, Cep. 59.064-170;
e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com





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

COSERN
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 59025-250
CNPJ 08.324.198/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSE CARDOSO FILHO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ALTO DA BELA VISTA 579

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL RESIDENCIAL

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA • FATURA • NOTA FISCAL

CPF: 019.932.914-15

NORDESTE/ÁREA URBANA
NATAL RN
59042-250

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
022180071	ÚNICA	05/04/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
05/04/2019	3000090742	837145

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0013013012	04/2019

DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA PROXIMA LEITURA
12/04/2019	06/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 94,90

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	128,000000	0,66009454	83,21
Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,23
Multa por atraso-NF 019162383 - 06/02/19			1,36
Juros por atraso-NF 019162383 - 06/02/19			0,81
Atualização ICPM-NF 019162383 - 06/02/19			0,50





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 061450/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 22/11/2019 11:36 Data/Hora Fim: 22/11/2019 11:53
Delegado de Polícia: Alzira Veiga de Medeiros

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos
Data/Hora do Fato: 24/05/2019 17:20

Local do Fato

Município: Natal (RN)
Logradouro: RUA ALTO DA BELA VISTA

Bairro: Nordeste
Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ALDIR JANUARIO DE FARIAS (COMUNICANTE , VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - São Rafael Sexo: Masculino Nasc: 09/04/1966
Profissão: Não Informado
Estado Civil: Sem Informação
Nome da Mãe: MARIA BARBOSA DE ARAUJO Nome do Pai: EXPEDITO JANUARIO DE FARIAS
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 596.332.124-72
RG - Carteira de Identidade: 786248

Endereço

Município: Natal - RN
Logradouro: RUA ALTO DA BELA VISTA Nº: 579
Bairro: NORDESTE
Telefone: (84) 98620-1277 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Natal - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Descrição CARRO	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Alzira Veiga de Medeiros
Impresso por: Janir Azevedo de Paiva
Data de Impressão: 22/11/2019 11:53
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 061450/2019

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário 700.899.404-40
Placa OJT6720	Renavam 00501899871
Número do Motor F4D5-BR407753	Número do Chassi 9CDNF41ZJCM350475
Ano/Modelo Fabricação 2012/2011	Cor PRETA
UF Veículo Rio Grande do Norte	Município Veículo Natal
Marca/Modelo JTA/SUZUKI EN125 YES SE	Modelo JTA/SUZUKI EN125 YES SE
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido, Meio Empregado	Última Atualização Denatran 10/03/2015
Situação do Veículo NADA CONSTA	
Nome Envolvido	Envolvimentos
ALDIR JANUARIO DE FARIAS	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL E RELATOU QUE NA DATA E HORA CITADOS CONDUZIA A MOTOCICLETA EM TELA A CAMINHO DO TRABALHO QUANDO UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO BATEU NO GUIDOM E O MESMO VEIO A DESEQUILIBRAR E CAIR E SOFRER LESÕES CONFORME BAA DE NÚMERO 26471/2019, ORIUNDO DO PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO. NADA MAIS DISSE

ASSINATURAS

Janir Azevedo de Paiva

Janir Azevedo de Paiva
Agente de Polícia
Matrícula 170.234-3
Responsável pelo Atendimento

Aldir Januario de Farias

ALDIR JANUARIO DE FARIAS
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que tem origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Alzira Veiga de Medeiros
Impresso por: Janir Azevedo de Paiva
Data de Impressão: 22/11/2019 11:53
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 264/1 /2019
Admissão: 24/05/2019 17:58:29



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **128321 - ALDIR JANUARIO DE FARIAS** (53 a 1 m 15 d)
Nascimento: 09/04/1966 Natural: SAO RAFAEL.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 705607472912514 CPF: 59633212472 Prof:
Mãe: MARIA BARBOSA DE ARAUJO Pai: EXPEDITO JANUARIO DE FARIAS
Logradouro: ALTO DA BELA VISTA, 579 Cidade: NATAL
CEP: 59042250 Bairro: NORDESTE
Telefone: 84 981226252 Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISÃO
Origem: FAMILIA

Tipo: NÃO REFERENCIADO
*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 24/05/2019 17:52:08

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO COM TRAUMA DE MSD E TRAUMA DE FACE
Hora: _____

Paciente vítima de queda de moto, sem perda de consciência, Nega
convulsão, dor abdominal ou torácica. Apresenta dor em ombro D.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VAP, sem imobilização
- B Exame de Orelhas
- C Sem hemorragias, BPT, pulso +
- D Glasgow 15, sem déficit
- E Sem convulsões

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Pele estável
ABD: Flácido

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Lesão de Ombro D

*Gerado via SX por UZIMAR PEREIRA VALE. Impresso em 24 de Maio de 2019.

T2

21 05 19
Assinado



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)			
A			
B			
C			
D			
E			
A(ALÉRGICAS) <u>Nega</u>			
M(MEDICAÇÃO EM USO) <u>Nega</u>			
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) <u>Nega</u>			
L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)			
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)			
V (PASSADO VACINAL)			
EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)		LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	
RX de Ombro D AP RX de Torse AP		OUTROS	
CONDUTA PRIMARIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
1) VAT, Im. Paciente com história de fratura com unguem de humero proximal. Exame de Lúmen ombro (D) O = a ortopedia (S) C 6			
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL Dr. Wiener Huber CRM - RN 9723		ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE			
ESPECIALISTA 1	Artropedia Dr. Wiener Huber CRM - RN 9723	HORA: 18:15	DATA: 24/05/19
ESPECIALISTA 2		HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3		HORA:	DATA:
DESTINO DO PACIENTE:			
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:	DATA / /	HORA	
SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:			
ÓBITO: DATA / / HORA			



ORIENTAÇÃO TEÓRICA

Porém as regras de modo com Truans oulo D

Strongly Agreed + Nervous

From Kuxap Oulu D.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Tower hco is 1500 ft.

Plutonium Refiner.

Dr. Mauro Carneiro Calhau
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 3063 RQE 3032

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

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, está, e porquê, a data e etc.)	5
Confuso.(Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Gemendo sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica a dor.	4
Padrão flexo à dor (Decorificação) .	3
Padrão extensor à dor (Descorificação).	2
	1

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS"	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	10-15 = 4
	8-10 = 3
	6-7 = 2
	4-5 = 1
	3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10-20 = 4
	>20 = 3
	8-9 = 2
	1-5 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	0 = 0
	>90 = 4
	70-89 = 3
	50-69 = 2
	1-49 = 1

²² Escala de Trauma Revisada (RS): Bom indica de sobrevida para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.L. Copes, et al; A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE
(ATLS 2005)*

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

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

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

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



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

TIPICA

Tenoxicam 40

Dexametasona 10

AMARO ALVES
CRM 3439

AMARO ALVES
CRM 3439

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: Out-patient

DATA: 29/05/19

HORA: 19:00h

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para: DEQUEM

MARQUES (REDUÇÃO)

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:



SUS

Lado para preenchimento do formulário

Nº 12557 / 2019

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou: _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **128321 ALDIR JANUARIO DE FARIAS**

Prontuário: _____

CNS: 705607472912514

Nascimento: 09/04/1966 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA BARBOSA DE ARAUJO

Pai: EXPEDITO JANUARIO DE FARIAS

Endereço: RUA ALTO DA BELA VISTA, 579 - NORDESTE - NATAL

Fone: 981226252 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE: 240810

UF: RN

CEP: 59042-250

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE ALEGA ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA LUXAÇÃO DE OMBRO DIREITO. ENC AO CC PARA REDUÇÃO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
REDUÇÃO INCRUENTARESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX E SEMIOLOGIA

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S43.0 LUXACAO DA ARTICULACAO DO OMBRO*408010134.REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXACAO

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

UMERO PROXIMAL, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

☐ Diabetes☐ Hipertensão☒ Obesidade☐ Faz Antibioticoterapia☐ Lesão por pressão☐ Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

GEAN GUARNIERE RODRIGUES DANTAS

CRM: 4781 / RN

Data da Solicitação 24/05/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____ Série: _____

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

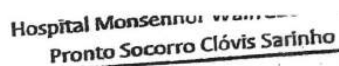
AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

Número da Autorização: _____





Volume

Idade:

Nº Registro:

eito:

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

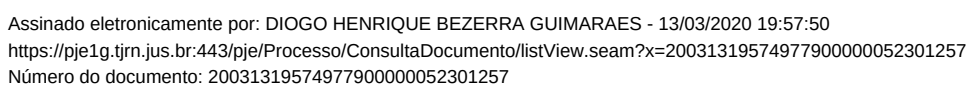
DATA

24/5/19

Problemas Números 1 e 2 foram tirados do livro: Vol. 1
e 2 contínuos

~~Dr. Mauro Carneiro Calhaz~~
~~Oftalmologista e Reumatologista~~
~~CRMV 332.ROE 3032~~

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





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

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Marcelo Henrique N. Farias*

Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório: *Fratura de humero direito d.*

Indicação terapêutica: *Manuseio de fratura*

Urgência (☒)

Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: *24/05/19*

Início:

Término:

Duração:

Operador: *A. P. Araújo*

CRM/CRO:

1º Auxiliar:

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: *R. G. Gomes*

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Lesão do humero.

Manuseio e redução.

Manuseio de fratura de humero

Estudo clínico e radiol.

Dia 01/0

24/05/19

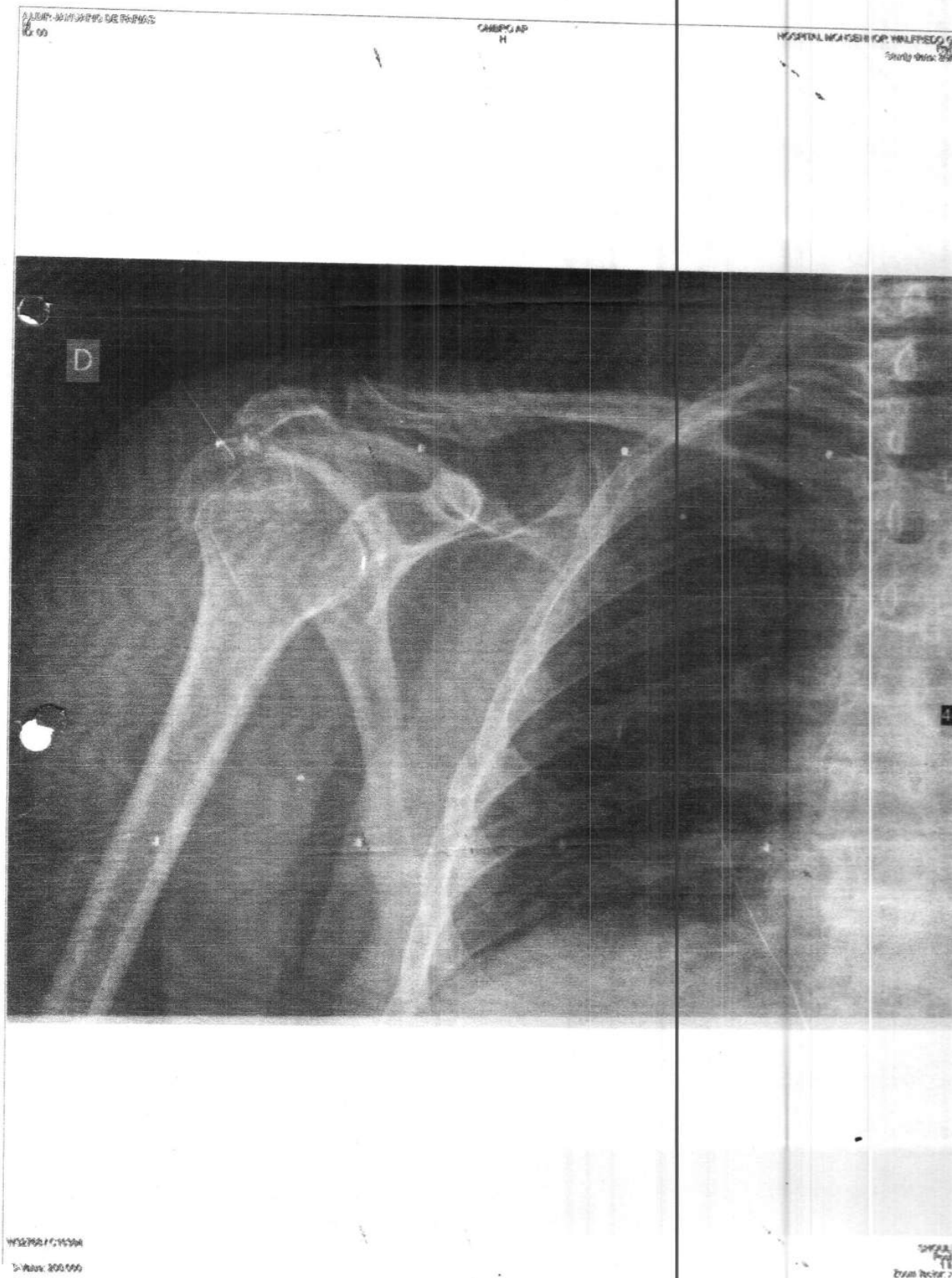
Dr. Mauro Carneiro Calhau
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 3063 RCE 3032

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

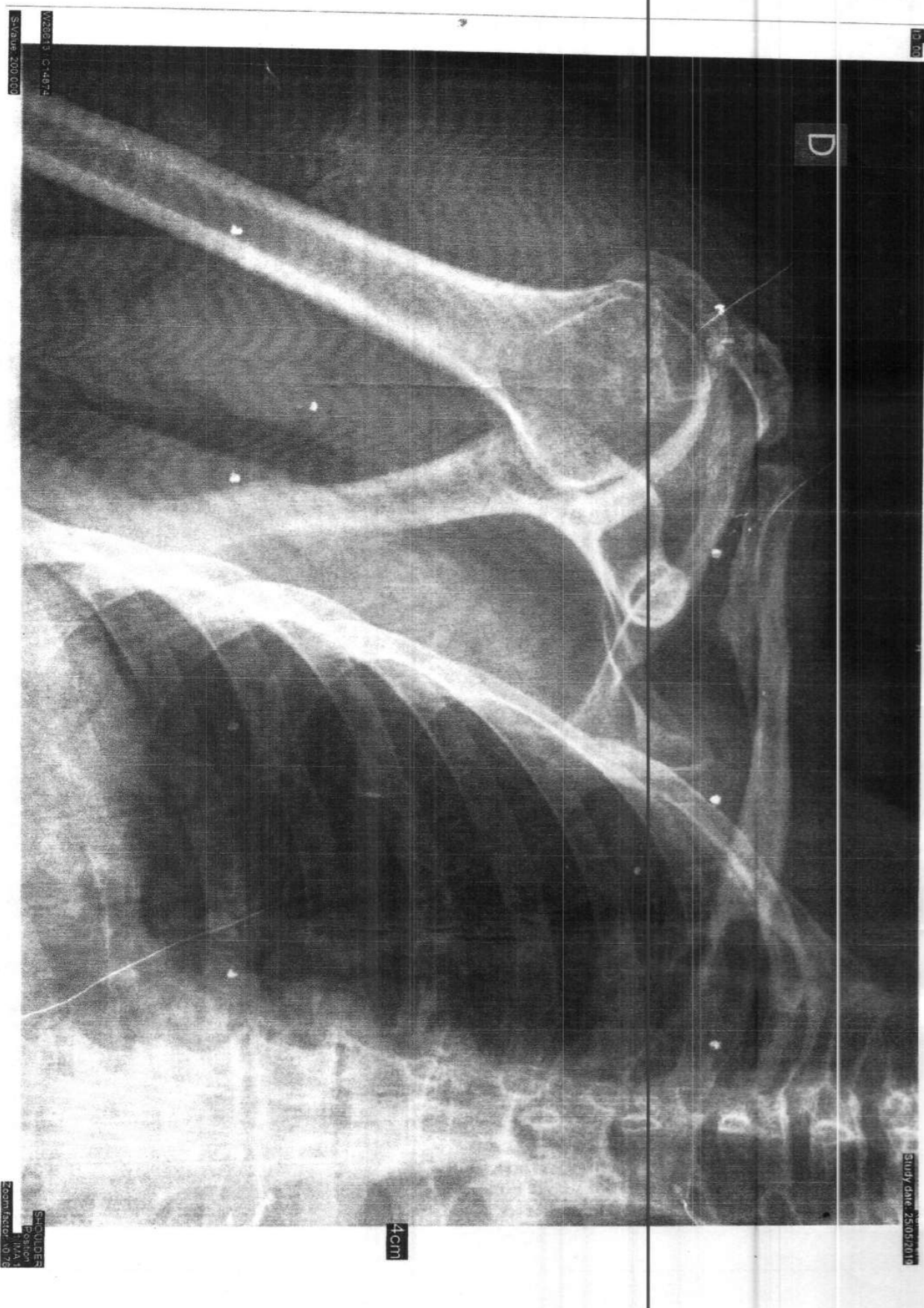


ALDIR JANUARIO DE FARIAS, : DX from 25/05/20





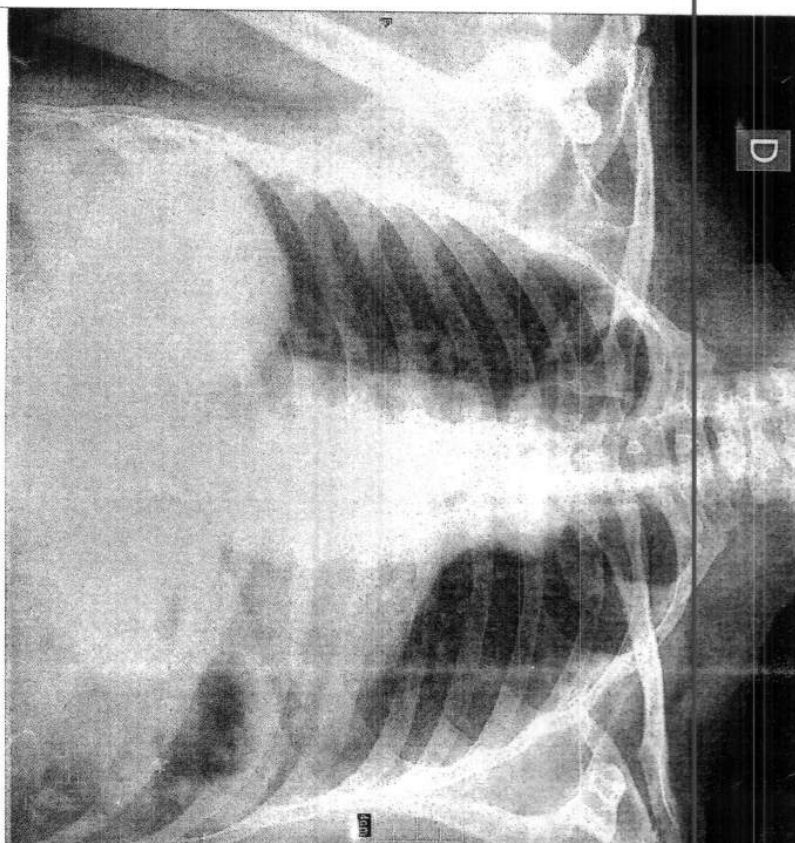
25/05



ALDR JUANRO DE FARIAS
M
ID: 2647/2019

TORAX AP
N

HOSPITAL MONSEÑOR WALTER DEO GUINCEL
Ref: / Part
Study date: 24/05/2019



ALDR JUANRO DE FARIAS
M
ID: 2647/2019

OMERO AP
N

HOSPITAL MONSEÑOR WALTER DEO GUINCEL
Ref: / Part
Study date: 24/05/2019



W31988 / CI: 5977
M
S-Value: 400.000

CHEST
Position:
T1 IMA 1
Zoom factor: x0.32

W42360 / CI: 15453
M
S-Value: 200.000

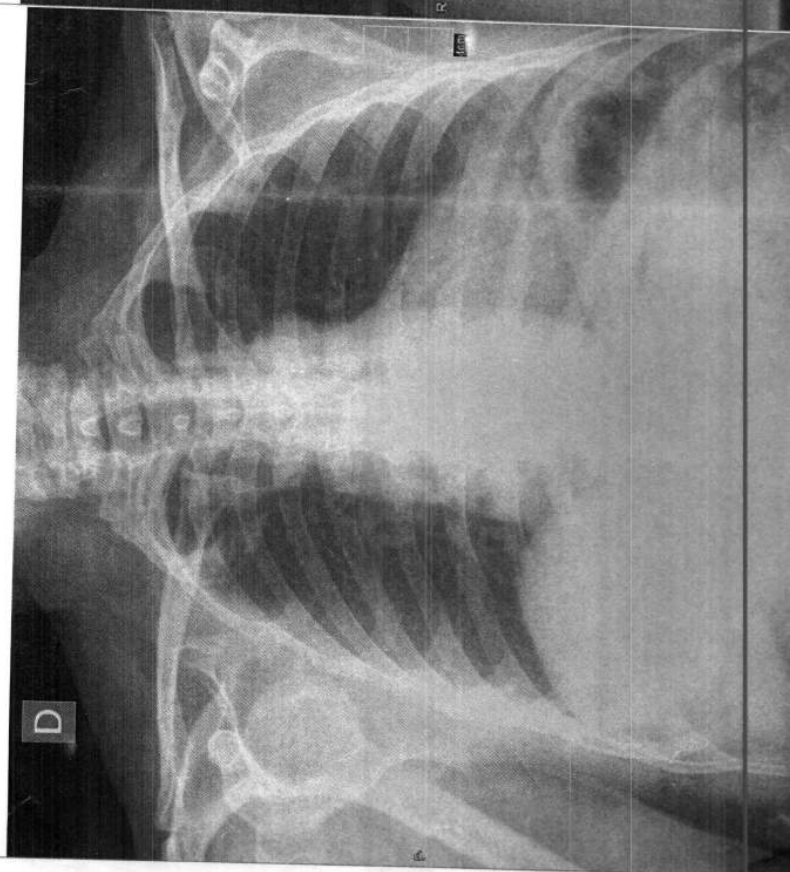
SHOULDER
Position:
T1 IMA 1
Zoom factor: x0.5



ALDIR JANUARIO DE FARIAS
M
ID: 26471/2019

TORAX AP
M

HOSPITAL MONSENHOR WALTER DE GURGEL
Ref: 7947
Study date: 24/05/2019



W3186 / C1597

S-Value: 400.000

CHEST
Position
1 IMA 1
Zoom factor: x0.32

ALDIR JANUARIO DE FARIAS
M
ID: 26471/2019

CMERC AP
M

HOSPITAL MONSENHOR WALTER DE GURGEL
Ref: 7947
Study date: 24/05/2019



CHEST
Position
2 IMA 1
S-Value: 300.000

SHOULDER
Position
2 IMA 1
Zoom factor: x0.5



Nº FIA: 4913 /2019

Prontuário: 1185415

Paciente: 128321 - ALDIR JANUARIO DE FARIAS

Cartão SUS: 705607472912514

CPF: 59633212472

Dt Nasc: 09/04/1966

Idade: 53 anos 1 mes 15 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA BARBOSA DE ARAUJO

Nome do pai: EXPEDITO JANUARIO DE FARIAS

Rua/Av: ALTO DA BELA VISTA

Nº: 579

Bairro: NORDESTE

Complemento:

CEP: 59042250

Cidade: NATAL

Telefone: 84 981226252 84 981226252

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1004

Responsável: ALDIR JANUARIO DE FARIAS -

Usuário: MARIA XAVIER

Admissão: 24/05/2019 19:38:18

Alta: 30.05.19

Óbito:

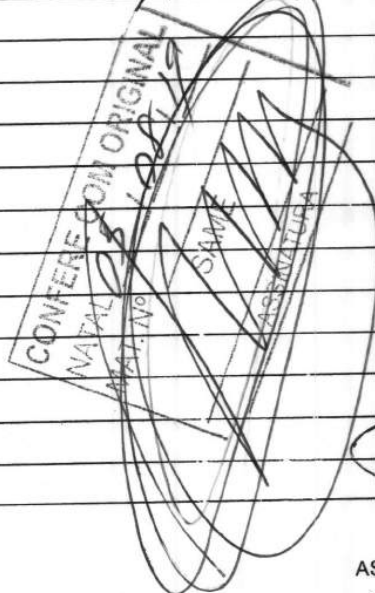
Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S43.0 - LUXACAO DA ARTICULACAO DO OMBRO
408010134 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

Acidentes virais e acidentes de trânsito
com lesões lumbares e lesões unilaterais à
membros. Ao CC de lesões.



Dr. Paulo Carneiro Calhau
Ortopedista e Traumatologista
CRM RN 3063 RQE 3032

NATAL, 24 de Maio de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH: _____ Nº ATENDIMENTO: 439941 DATA: 03/06/2019
TIPO DE INTERNAMENTO: _____ HORA: _____
ACOMODAÇÃO: ENFERMARIA LEITO: TERREO104 F CONVENIO: SUS
MATRÍCULA: 705607472912514 VALIDADE: _____
Criado por Oneide Maria Araujo Fonseca em 03/06/2019 21:33

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: ALDIR JANUARIO DE FARIAS
DATA DE NASCIMENTO: 09/04/1966 SEXO: Masculino
FILIAÇÃO MÃE: MARIA BARBOSA DE ARAUJO RG: 786248 CPF: _____
FILIAÇÃO PAI: EXPEDITO JANUARIO DE FARIAS
ENDEREÇO: Rua Alto da Bela Vista Nº 579
BAIRRO: Nordeste CIDADE: NATAL
ESTADO: RN CEP: 59042-250
FONE: (84) 98127-0650 FONE: _____

SUMÁRIO DE ALTA

TIPO DE ALTA: () MÉDICA () ADMINISTRATIVA () A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO
DATA: _____ HORA: _____ ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR: _____

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

PACIENTE COM FRATURA DE UMBRO
PROXIMAL DIREITO, INTERNA PARA
OSTEOSSÍNTESE

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA

CNPJ: 09.417.742/0001-91

Confere com o Original

Data: 21 / 06 / 2019

Luiz

Dr. Maxsuelton Alves
CRM/RN 7569 TROT 15233
Ortopedia e Traumatologia
Cir. Ombro e Cotovelo

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



DESCRIÇÃO DO ATO CIRURGICO

PREPARO HABITUAL MEMBRO SUPERIOR DIREITO

OSTEOTOMIA DA GRANDE TUBEROSIDADE COM REPARO DO MANGUITO

OSTEOTOMIA DA GRANDE TUBEROSIDADE COM REPARO DO MANGUITO

REALIZADO 2 REPAROS TENDINEOS E 2 NA DIAFISE UMERAL COM TRANSPOSIÇÃO TENDINEA REDUZINDO A FRATURA

NEUROLISE DO NERVO AXILAR COM DESCOMPRESSÃO DO MESMO

TENOTOMIA E TENODESE DO BICEPS, ENXERTO OSSEO NO FOCO FRATURÁRIO

REDUÇÃO SOB ESCÓPIA OK

LAVAGEM EXAUSTIVA + SUTURA POR PLANOS

Dr. N. S. K. A. R.

CRM/IN 75600

Orthopedia 87

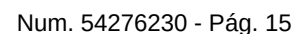
Cit. *Chrysomelidae*

ASSINATURA OU CARIMBO DO MEDICO

BOLETIM DE ANESTESIA

ANESTESIA TIPO BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL + GERAL BALANCEADA

Dr. Arthur Caidas
Médico Anestesiologista
CRM-FIN 7694





RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Alder Jannorio de Farias

Nº REGISTRO _____

Data Nascimento 09/04/1966

Idade 53

sexo M

LEITO: 104F

Data de Admissão 01/06/19

MÉDICO: Dr. Maxwell

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? () Não () Sim início <u>20:00</u> PESO: <u>82</u> Kg Altura: _____ cm
RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: () SIM () NÃO
ALERGIAS: ☒ NÃO () SIM: <u>Nega</u>
DOENÇAS PREGRESSAS: () DM () HAS () TABAGISMO () HIV () Hep B () Hep C () Arritmias () DPOC () AVC ()
Marca passo () Outros: <u>Nega</u> Medicações de uso frequente: <u>Nega</u>
Consentimento Cirúrgico Preenchido () Não ☒ Sim
Exames: ☒ Labor ☒ Raios-X () USG () TC () RNM () Risco cirúrgico Outros: _____
Encaminhado: () Deambulando () Cadeira de Rodas ☒ Maca ☒ Consciente () Inconsciente ☒ Orientado () Desorientado

Anotações de Enfermagem: _____

Conferido informação acima por: Diogo Admitido na sala: 03 Hora _____

ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta

Fratura de ulna proximal "D"

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO: ☒ Limpa () Contaminada () Potencialmente Contaminada () Infectada

1. Equipe completa presente ☒ Sim () Não
2. Paciente com identificação e cirurgia confirmada ☒
3. Termo de consentimento ☒ Cirúrgico () hemoterapico () não, caso não esteja assinado contatar o médico.
4. Local da intervenção marcado corretamente ☒ sim () não () não aplicável
5. Bisturi elétrico disponível e testado ☒
6. Aparelho de Anestesia ☒
7. Equipamento de Vídeo ☒
8. Monitor Multi-Parâmetro ☒
9. Saída de: Oxigênio (☒ Ar Comprimido () Vácuo ☒
10. Aspirador cirúrgico disponível e testado ☒
11. Mesa cirúrgica testada ☒



12. Hemoderivados solicitados e reservados () sim () Não ☒ Não aplicável
 13. Paciente tem alergia conhecida () sim ☒ não
 14. Aparelho de anestesia testado ☒ sim () não
 15. Esterilizações dos instrumentais com indicadores ☒ sim () não

ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

16. Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta ☒
 17. Confirma preparo da pele com clorexidine degermante e tópica ☒ Sim () não
 18. Confirmar antibiótico profilático administrado ☒ sim () não aplicável
 19. Paciente em posição adequada ☒ sim () não

EQUIPE DE ENFERMAGEM

20. Confirmar se a disponibilidade dos materiais e equipamentos solicitados para cirurgia ☒
 20. Confirmar com a equipe médica se os exames necessários estão disponíveis ☒
 21. Confirma bisturi elétrico e placas instalados corretamente ☒

INTRA-OPERATORIO

Posicionamento: Dorsal ☒ Lateral direita () Lateral esquerda () Posição Ginecológica ()
 () Decúbito Proclie () Decúbito Ventral

Monitorização cardíaca: ☒ sim () não PNI/Manguito em: USE Placa neutra: Local: USE
 Passado faixa de smarch: Não () sim, em: _____ Início _____ Término _____

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: ☒ Clorex degermante () Clorex aquoso
☒ Clorex Alcoolica () PVPI degermante
 () PVPI tintura () _____

Infusões: SFO,9% _____ ml R.Lactato: _____ ml R.Simples _____ ml SG5% _____ ml

Drenos: () Penrose nº _____ () Porto-vac nº _____ () Tórax nº _____

Sinais vitais: PA: 120/90 mmHg FC: 66 bpm Sat: 98 % T: _____ °C Hora: 08:45

Anestesia: Início _____ Término _____ ☒ Geral Inalatório () Geral Venosa () Sedação () Local
 () Peridural () Raquí ☒ Bloqueio: _____

IOT: () Não ☒ sim - Cânula nº 8,0 IOT aramado: ☒ não () sim nº _____

AVP: () não ☒ sim USE Jelco nº 20 por de Artur

Cateter O2: () não () sim SNG: () NÃO () SIM Nº _____ SVD () NÃO () SIM Nº _____

Ferida operatória: Curativo limpo e seco

Cultura: _____ Anát. Patológico: () Não () Sim _____ Unid _____

Material Explantado: _____

Conferido por Dr. C. Henrique Bezerra Intercorrência _____

ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada () sim () não
 Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta, _____

Medicações administradas (anotar horários) Dipirona 20mg + Dexametasona 1mg + Penicilina 1000 + Bismopiridina 10mg. Todas as medicações foram administradas pelo enfermeiro Dr. Suleis

cefazolina sódica
Medicamento genérico Lei nº 9.767 de 1999
400 mg - Utilizado injetável
USO ADULTO E PEDIÁTRICO
L1908213
V02/21

cefazolina sódica
Medicamento genérico Lei nº 9.767 de 1999
400 mg - Utilizado injetável
USO ADULTO E PEDIÁTRICO
L1908213
V02/21

tenoxicam
Medicamento genérico Lei nº 9.767 de 1999
40 mg - Utilizado injetável
USO ADULTO E USO IV OU IM
VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA
SAC 0800 7011618
PROIBIDA VENDA AO COMÉRCIO
L18120043
V12/20



OPME: () NÃO () SIM, qual

22.04.19

22.04.19

22.04.19

Anotações de Enfermagem e Intercorrências

Início da cirurgia: Termina da cirurgia:

CIRURGIÃO Maxwellton

ASSISTENTE:

ANESTESIOLOGISTA Dr. Antenor e Alder

INSTRUMENTADORA Simone

CIRCULANTE: Yellu

ENFERMEIRA: Edna

URPA (Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

☒ Acordado () Sonolento () agitado Ar ambiente () MV 50%

() Cateter de O2 () TQT ☒ AVP () AVC

() Hipotensão () Hipertensão () Bradicardia () Taquicardia () Tremor () Dor () Baixa Saturação

() Hemorragias () Desorientação () Agitação () Dispneia () Broncoespasmo () Outros.

Medicações Administradas na URPA (anotar horários)

Encaminhado para o andar

AVP () AVC () SNG () SVD FECHADA () DRENOS () CURATIVOS LIMPO ()

PROCESSO EM: MSD () MSE () MID () MIE ()

EXAMES: () Labort () Raio x () USG () TC () RNM () RISCO CIRURGICO () OUTROS

ENCAMINHADO: () Enfermaria () UTI () Alta Hospitalar () Outros

Anotações de Enfermagem :

ENCAMINHADO POR:

HORA:-



Prontoclinica Dr. Paulo Gurgel
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE: ALOAR JANUÁRIO DE FARIAS

DIAGNOSTICO MÉDICO: DM2

SETOR: 1º

MÉDICO: MAX

LEITO: 104F

PROCEDÊNCIA: (X) DOMICILIAR () HOSPITALAR: QUAL:

IDADE: 53 ANOS

ALERGIAS: PELA

DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES:

NEFRO

EVOLUÇÃO 03/06/19

HORÁRIO: 21h

ASPECTO GERAL

(X) CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
(X) VIGIL () REATIVO () HIPOATIVO
(X) HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
(X) COMATOZO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

CV: PR
AV: PR
TC: PR
CA: PR

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

CV: PR
AV: PR
TC: PR
CA: PR

PELE

(X) HIDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
(X) NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
(X) EXTREMIDADES FRIAS () NORMOTÉRMICA
(X) HIPOTERMIA: 36,5
(X) HIPERTERMIA: 38,5
(X) ORNO Local: 36,5
Característica do líquido: PR

APARELHO CARDIOPULMONAR

(X) EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
(X) BRADIPNEICO () TIRAGEM: PR
RUIDOS ADVENTÍCIOS TIPO: PR
(X) TAQUICARDICO (X) NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES: ACIDENTE DE TUDO BOM HOJE

MELA FINE

EXAMES OK MONITORAMA

ORIENTADO QUANTO A JEJUN E HIGIENE PESSOAL

VENTILAÇÃO

(X) O2 AMB () IMV % () HOOD:
() ENTUBADO TOT Nº
OBS:

ELIMINAÇÕES

DIURESE
(X) ESPONTÂNEA () SVA A CADA:
() HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
() POLIÚRIA () SVD
ASPECTO/CARACTERÍSTICA:

EVACUAÇÃO

() ESPONTÂNEA
() ESTÍMULO:
() AUSENTE DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA:

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN
(X) FLACIDO () GLOSOZO () SEMI GLOSOZO
() DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
() TIMPÂNICO () MACIO () RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

(X) DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
() SOBRE MACA () MULETA

DIETA

() AO SEIO () ORAL/COPINHO () GTM
() SOG/SNG
() RESÍDUO GÁSTRICO:
(X) ZERO () VÔMITO vezes

UNF Santa
ENF: 1383
CARMEN: PR

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 04/06/19

HORÁRIO: 21h

ASPECTO GERAL

(X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
(X) VIGIL (X) REATIVO () HIPOATIVO
(X) HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
(X) COMATOZO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

CV: PR
AV: PR
TC: PR
CA: PR

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

CV: PR
AV: PR
TC: PR
CA: PR

VENTILAÇÃO

(X) O2 AMB () IMV % () HOOD:
() ENTUBADO TOT Nº
OBS:

ELIMINAÇÕES

DIURESE
(X) ESPONTÂNEA () SVA A CADA:
() HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
() POLIÚRIA () SVD
ASPECTO/CARACTERÍSTICA:

EVACUAÇÃO

() ESPONTÂNEA



PELE

☒ HIDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
☐ EXTREMIDADE FRIAS ☒ NORMOTÉRMICA

☐ HIPOTERMIA: _____

☐ HIPERTERMIA: _____

☐ DRENÓ Local: _____

Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

☒ EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
☐ RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
☐ TAQUICÁRDICO ☒ NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES: _____

8/20/2018
25/8

() ESTÍMULO: _____

() AUSENTE _____ DIAS

ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO**ABDOMEN**

☒ FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
☐ DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
☐ TIMPÂNICO () MACIÇO () RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

☒ DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
☐ SOBRE MACA () MULETA

DIETA

() AO SEIO ☒ ORAL / COPINHO () GTM
☐ SOG/SNG _____
☐ RESÍDUO GÁSTRICO: _____
☐ ZERO () VÔMITO _____ vezes

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

ASPECTO GERAL

() CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
☐ ATIVO () REATIVO () HIPOATIVO
☐ HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
☐ COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

☐ AVP: _____
☐ AVC: _____
☐ Jélico: _____
☐ Scalp.: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

() HV _____
☐ BI _____
☐ ATB _____

PELE

☐ HIDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
☐ NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
☐ EXTREMIDADE FRIAS () NORMOTÉRMICA

☐ HIPOTERMIA: _____

☐ HIPERTERMIA: _____

☐ DRENÓ Local: _____

Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

☐ EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
☐ RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
☐ TAQUICÁRDICO () NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES: _____

VENTILAÇÃO

() O2 AMB () IMV _____ % () HOOD: _____
☐ ENTUBADO TOT Nº _____
 OBS: _____

ELIMINAÇÕES**DIURESE**

() ESPONTÂNEA () SVA A CADA: _____
☐ HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
☐ POLIÚRIA () SVD _____

ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

() ESPONTÂNEA
☐ ESTÍMULO: _____
☐ AUSENTE _____ DIAS
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO**ABDOMEN**

☐ FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
☐ DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
☐ TIMPÂNICO () MACIÇO () RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

☐ DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
☐ SOBRE MACA () MULETA

DIETA

() AO SEIO () ORAL / COPINHO () GTM
☐ SOG/SNG _____
☐ RESÍDUO GÁSTRICO: _____
☐ ZERO () VÔMITO _____ vezes

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro



PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE	Adriana Gurgel	Sexo	F
APTO.:	104	Nº REGIST.	
CONVEN.			

USO DE:	DATA / H	USO DE:	DATA
BOMBA DE INF. DIL		ECG	
NEBULIZADOR Nº		OXIG./UMIDIF.	
ASPIRADOR DIL		BERÇO AQUECIDO	
CURATIVO		FOTOTERAPIA	
		INCUBADORA	

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
03.06.19	21:00h	Paciente admitido neste setor por ordem de sua presidente para ser tratado com o tratamento devido, o qual consiste em: 1. Verificação de sinais vitais; 2. Administração de medicação; 3. Cuidados com a pele; 4. Orientação sobre a doença.	Magnolia Cunha da Costa COREN/RN - 168.052-TE
04.06.19	02:20	Paciente em C.C. em maca, acompanhado por mãe.	
04.06.19	11:30	Paciente em C.C. em maca, acompanhado por mãe.	Dynara Andreelly Sousa de Araújo COREN/RN - 1.141.782-TE
04.06.19	14h	Med. dipirona não foi adm. por o paciente não havia subido para o andar, o prontuário só subiu às 15h.	Dynara Andreelly Sousa de Araújo COREN/RN - 1.141.782-TE
04.06.19	16h	Med. dipirona 1g + abd e	Dynara Andreelly Sousa de Araújo COREN/RN - 1.141.782-TE
04.06.19	20:00	Adm: Paracetamol 30mg + ABD EV + Dipirona 4g + ABD EV conforme prescrição.	Francenilda Paula de Oliveira COREN/RN - 795.043-TE
05.06.19	04:00	Med. Dipirona 4g + ABD EV conforme prescrição.	Francenilda Paula de Oliveira COREN/RN - 795.043-TE
05.06.19	08h	Adm med. dipirona + ABD EV + Clorpromazina 3g + ABD EV.	Francenilda Paula de Oliveira COREN/RN - 795.043-TE
05.06.19	16:30	Paciente para de alta, mandando parentes pessoais + acompanhante do de familiares.	Francenilda Paula de Oliveira COREN/RN - 795.043-TE





Malin - Purnawan Series

REG.: 604- MÉDICO: 1

CONVÊNIO.:

CONTROLE HÍDRICO E T.P.R.

APTO

DIA	HORAS	PRESSAO ARTERIAL	RESPIRACAO	TEMPERATURA	PULSO	DIETA	VÔMITO	DIURÊSE	EVACUAÇÃO	ASSINATURA
28.06.19	08:00h	120 x 70	97%	36,9°C	65	-	-	-	-	proprietário
29.06.19	06:00h	130 x 70	99%	36,4°C	80	-	-	-	-	proprietário
30.06.19	17:00h	160 x 90	-	36,2°C	-	AC	0	0	-	proprietário
01.07.19	21:00h	130 x 60	-	35,7°C	-	-	-	-	-	proprietário
02.07.19	12:00h	120 x 90	97%	36,7°C	-	AC	0	+	-	proprietário





Rua Monte Sinai, 1948 – Capim Macio – CEP 59078-360

CNPJ 09.417.742/0001-91

FONE: (84) 4008-5000

Nome: ALDIR JANUÁRIO DE FARIAS

Receita Médica

Uso Int.

1. Alginac 1000 _____ 1 cx

Tomar 1 cp VO 8/8h por 5 dias

2. Dipirona 500mg _____ 1cx

Tomar 2 cp VO 6/6h caso dor

Natal, 04 de junho de 2019.

Dr. Maxsuelton Alves
CRM/RN 7569 TEST 15233
Ortopedia e Traumatologia
Cir. Ombro e Cotovelo





NOME: ALDIR JANUÁRIO DE FARIAS

Atestado Médico

Atesto que o (a) paciente acima citado (a) necessita de 30 (trinta) dias de afastamento de suas atividades laborativas por motivos médicos.

CID: S422

Atenciosamente,

Dr. Maxsuelton Alves
CRM/RN 7569 TEOT 15233
Ortopedia e Traumatologia
Cir. Ombro e Cotovelo

Dr Antônio Maxsuelton

CRM RN

Natal, 29 de maio de 2019.



652048

Chave de Confirmação:

75670

UNIDADE SOLICITANTE

Unidade Solicitante:

USF BAIRRO NORDESTE

Cód. CNES:

2409046

Op. Solicitante:

77869508420WELMA

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Unidade Executante:

INSTITUTO DE ORTOPEDIA

Endereço:

SAO DOMINGOS

Telefone:

84 3214-7646

Profissional Executante:

FILIPPI RANIERI ALVES

Cód. CNES:

7115989

Número:

0329

CEP:

59104-355

Op. Autorizador:

77869508420WELMA

Complemento:

Bairro:

POTengi

Vaga Consumida:

1ª Vez

Data Aprovação:

24/07/2019

Município:

NATAL

Data e Horário de Atendimento:

QUA • 31/07/2019 • 09h30min

DADOS DO PACIENTE

CNS:

705607472912514

Nome do Paciente

ALDIR JANUÁRIO DE FARIAS

Nome da Mãe

MARIA BARBOSA DE ARAUJO

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo Logradouro:

VILA

Número:

578

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(61) 3315-2425 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:

Data de Nascimento:

09/04/1966 (53 anos)

Sexo:

MASCULINO

Raça:

BRANCA

Município de Nascimento

SAO RAFAEL - RN

Logradouro:

ALTO DA BELA VISTA

Bairro:

NORDESTE

Município de Residência:

NATAL - RN

Tipo Sanguíneo:

Complemento:

VILA SAO JOAO

CEP:

59042-250

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

298518185

CPF do Médico Solicitante:

10747745404

CRM:

NULL

Diagnóstico Inicial:

EXAME GERAL E INVESTIGACAO DE PESSOAS SEM QUEIXAS OU DIAGNOSTICO RELATADO

Situação Atual:

SOLICITAÇÃO / AGENDADA / SOLICITANTE

Nome Médico Solicitante:

ANA VALCACIA DE MEDEIROS ROCHA

Vaga Solicitada:

1ª Vez

CID:

Z00

Risco:

AZUL - Atendimento Eletivo

Central Reguladora:

NATAL

Unidade Desejada:

Data Desejada:

Data Solicitação:

24/07/2019

Procedimentos Solicitados:

CONSULTA EM ORTOPEDIA - GERAL

Cód. Unificado:

0301010072

Cód. Interno:

0701226

PREPARO(S) PARA O PROCEDIMENTO(S)

30.10.10.072 - CONSULTA EM ORTOPEDIA - GERAL

RUA SAO DOMINGOS DO AMARANTE 329

BAIRRO IGAPÓ

PROXIMO A CLINORT (ESTRADA DA REDINHA)

AVISOS DO MUNICÍPIO

29.07.2009

COMPAREÇA COM ANTECEDENCIA DE 30 MINUTOS NO ESTABELECIMENTO DE SAUDE EXECUTANTE

Data da Extração dos Dados: 24/07/2019 08:15:41



UNIDADE SOLICITANTE

Unidade Solicitante:

USF BAIRRO NORDESTE

Cód. CNES:

2409046

Op. Solicitante:

77869508420WELMA

Op.
Videofonista:

DADOS DO PACIENTE

CNS:

705607472912514

Nome do Paciente

ALDIR JANUARIO DE FARIAS

Nome da Mãe

MARIA BARBOSA DE ARAUJO

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo Logradouro:

VILA

Número:

578

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(61) 3315-2425 (Exibir Lista Detalhada)

Nome
Social/Apelido:

Data de
Nascimento:09/04/1966 (53
anos)

Sexo:

MASCULINO

Tipo Sanguíneo:

Raça:

BRANCA

Município de Nascimento:

SAO RAFAEL - RN

Logradouro:

ALTO DA BELA VISTA

Bairro:

NORDESTE

Município de Residência:

NATAL - RN

Complemento:

VILA SAO JOAO

CEP:

59042-250

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

297945204

CPF do Médico Solicitante:

10747745404

Diagnóstico Inicial:

EXAME GERAL E INVESTIGACAO DE PESSOAS SEM QUEIXAS OU DIAGNOSTICO
RELATADO

Central Reguladora:

NATAL

Unidade Desejada:

POLICLINICA NORTE II

Procedimentos Solicitados:

FISIOTERAPIA MOTORA

Situação Atual:

SOLICITAÇÃO / PENDENTE / REGULADOR

CRM:

Nome Médico Solicitante

ANA VALCACIA DE MEDEIROS ROCHA

Vaga Solicitada:

1ª Vez

CID:

Z00

Risco:

AMARELO - Urgência

HISTÓRICO DE OBSERVAÇÕES

Solicitante:

77869508420WELMA

Data:

19/07/2019

Hora:

09:45

Situação:

PENDENTE

Observação:

ID. PACIENTE FRATUROU OMBRO DIREITO EM ACIDENTE DE MOTO, FEZ CIRURGIA FOI IMPLANTADO PINOS, RETIROU OS PONTOS, FOI SOLICITADO
FISIOTERAPIAS PARA REABILITAÇÃO DO MESMO(FRATURA ÚMERO D) prontuario. 652078 TELEFONE.. 98609-3054

Data da Extração dos Dados: 19/07/2019 09:45:01





CLÍNICA

OCTAVA ROSADO

Loureiro

Nome: Audir Loureiro de Faria

Idade: 53 anos

Data do Acidente: 24/05/19

Paciente sofreu acidente no local de trabalho que gerou fratura de antebraço direito. Acidente grave que evoluiu com sequelas.

Atualmente refere dor em antebraço e perda de arco de movimento de 50%.

TR2

Alto Medico

Dr(a): Dr. Diogo Henrique Bezerra Guimarães
Ortopedia e Traumatologia
CREMERJ 0274

Data: 24/11/19

MOSSORÓ:	SERRA DO MEL:	ASSÚ:	PARNAMIRIM:	NATAL:
Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro Fone: (84) 3315-6900 / 3315-6901	Rua Celso Severino Lira da Costa, 224 Vila Brasília Fone: (84) 9.8728-1532	Av. Senador João Câmara, 1304 Centro Fone: (84) 9.9839-0438	Av. Belle Parnamirim, 880 Vila Nova Fone: (84) 9.9624-2021	Av. Presidente Médice, 256 Igapo - Zona Norte Fone: (84) 9.9839-0260



ORTOMED

Av. Sen. Salgado Filho, 66
Potilândia - Natal/RN
Fone: (84) 3231-0005 / 3206-1002
Horário 08:00 às 20:00 horas

Albini J a Fom

Relatório Médico

Paciente com história de
trauma @ evoluiu com
limitação do movimento
e dor crônica mesmo
após tratamento conservador
Sem neuro de alta.

M255
S422

Dr. Maxwelton Alves
CRM/RN 1569 TET 15233
Ortopedia Traumatologia
Cir. Ombro e Cotovelo

28/11/19

Se sentir dor, se os dedos estiverem formigando, roxo, inchados, pálidos, você deverá procurar atendimento urgente.



SUS -RN

FICHA DE REFERENCIA



Unidade de Origem: Município: NATAL
PACIENTE: ALDIR JANUARIO DE FARIAS Prontuário:
Endereço: RUA ALTO DA BELA VISTA
Idade: 53 anos 2 meses Sexo: Masculino Ocupação:
Nome de Responsável: ALDIR JANUARIO DE FARIAS

DADOS CLÍNICOS

Impressão diagnóstica:

CID:

ANTONIO MAXSUELTON ALVES DE SOUZA 7569 19/06/2019
Médico CRM DATA

AGENDAMENTO

Encaminhamento para a especialidade: ORTOPEDIA
Consulta marcada para a unidade: ION Município: Natal
Para o Dr: as Horas do dia: 11/2/2019

AGENDAR CONSULTA NO SISTEMA SISREG PARA O ION
(ANTIGA CLINORT-SUS)

TRAZER O RX E XEROX DOS SEGUINTE DOCUMENTOS

☐ IDENTIDADE

☐ CPF
ENCIA

☐ CARTÃO DO SUS

☐ COMPROVANTE RESID

**RX
LIBERADO**



PAC: ALDIR JANUARIO DE FARIAS
EMP: ION - AMBULATORIO - DATA: 19/06/2019

Data do Atendimento: 19/06/2019 - 10:32

Código:

Recepção: ANTONIO SOUZA

Paciente: 96828 - **ALDIR JANUARIO DE FARIAS**

Convênio: ION - AMBULATORIO - 705607472912514

Laudo Médico

Sinais Clínicos: TRAUMA, DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DO BRAÇO POR FRATURA DE GRANDE TUBEROSIDADE

Exame Solicitado: RX BRAÇO AP/P EM CONSOLIDAÇÃO

Diagnóstico CID: S422 CONTUSÃO BRAÇO

Tratamento Realizado: VELPEAU, APOS 30 DIAS RETIRRA TIPOIA E INICIAR FISIOTERAPIA

Dr. Maxwelton Alves
CRM 7569 TEOT 15233
Ortopedia e Traumatologia
Cir. Ombro e Cotovelo





CLÍNICA

OCTAVA ROSADO

Adir Juvino de Faria

2

Otipie emerepe eo
MSD.

Dr. Tércio de Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6224

Dr(a):

Data:

29/11/19

MOSSORÓ:	SERRA DO MEL:	ASSÚ:	PARNAMIRIM	NATAL:
Rua Juvenal Lamarine, 119 Centro Fone: (84) 3315-6900 / 3315-6901	Rua Celso de Azevedo, 111, 111A Vila Brasília Fone: (84) 9.8728-1591	Av. Senador João Câmara, 1304 Centro Fone: (84) 9.9839-0438	Av. Belia Parnamirim, 880 Vila Nova Fone: (84) 9.9624-2021	Av. Presidente Médice, 256 Igarapé - Zona Norte Fone: (84) 9.9839-0260





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

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190683941

Vítima: ALDIR JANUARIO DE FARIAS

Data do Acidente: 24/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALDIR JANUARIO DE FARIAS

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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **ALDIR JANUARIO DE FARIAS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **341**

Agência: **000001339**

Conta: **0000050282-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

