



**Caio César Albuquerque de Paiva**  
**OAB/RN 10.407**

**INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE(S):** I GENIVAN FERNANDES PIMENTA nacionalidade brasileiro(a), estado civil solteiro (a), profissão Tec Laboratorio , portador(a) da cédula de identidade RG nº 1.649.343, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 032.776.184-98 residente e domiciliado(a) na Rua Marechal Hermes Nº 1083 B es 01 ,Bairro: Bom Jardim , MOSSORÓ/RN, CEP 59618-060

**OUTORGADOS:** Caio César Albuquerque de Paiva, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº. 10.407, com endereço profissional onde recebem notificações e intimações na Rua Pedro Velho, 119, Santo Antônio, Mossoró/RN, CEP 59.611-010.

**PODERES:**

Poderes: Confere (em) amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com as cláusulas "*ad judicia*" e "*et extra*", a fim de que, em conjunto ou separadamente, posa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive, requerer falência e concordata, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, receber alvará, apresentar e ratificar queixas-crimes, propor quaisquer ações, defender-me (nos) nas que (me) (nos) forem propostas, cíveis ou penais, reconvir, promover quaisquer medidas cautelares, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, transigir, fazer acordo, confessar, renunciar, desistir, impugnar, receber e dar quitação, firmar compromissos, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, requerer justiça gratuita, assinar termo de compromisso de inventariante, de renúncia, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor (es) ou reclamante(s) e defendendo-o(s), na condição de reclamada(s) bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

Mossoró /RN, 07 de Novembro de 2020

*Genivan Fernandes Pimenta*  
Outorgante

Rua Pedro Velho, 119, Santo Antônio, Mossoró/RN, CEP 59.611-010.  
Caio Paiva (84) 98838-4168 / 99808-3758 – E-mail: [caioipaiva05@hotmail.com](mailto:caioipaiva05@hotmail.com)



## DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

I **GENIVAN FERNANDES PIMENTA** nacionalidade brasileiro(a) ,estado civil solteiro (a), profissãoTec Laboratorio , portador(a) da cédula de identidade RG nº 1.649.343, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 032.776.184-98 residente e domiciliado(a) na Rua Marechal Hermes Nº 1083 B cs 01 ,Bairro: Bom Jardim , MOSSORÓ/RN, CEP 59618-060

DECLARO, nos termos da Lei 1.060/50, para os devidos fins, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem prejuízo do sustento meu e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Mossoró / RN , 27 de Novembro de 2020

Genivan Fernandes Pimenta





Urtimia



Assinado eletronicamente por: CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA - 27/01/2021 15:48:17  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101271548170880000062066774>  
Número do documento: 2101271548170880000062066774

Num. 64794747 - Pág. 3



16

## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador **F04 959 142/0001-31**  
**Habitacional Empreendimentos**  
 CGC/MF .....  
 Rua ..... **Rua Cláudio Batista, nº. 334**  
 Município ..... **Bairro Santo Antônio**  
 Esp. do estabelecimento ..... **CET 49060-900 ARACAJU - SE**  
 Cargo ..... **Tec. enfermagem no trabalho**  
 CBO nº .....  
 Data admissão **02 de Abril de 2012**  
 Registro nº ..... Fls./Ficha **100231**  
 Remuneração especificada **R\$ 1.600,00 (Um mil e seiscentos reais) / mês + 20% sobre as vendas.**  
 Enq. Administrativo .....  
 Habilitação profissional ou técnica c/test. **Hab. profissional**  
 1º ..... 2º .....  
 Data safda **07 de Julho de 2013**  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test. **Habitacional**  
 Com. Dispensa CD Nº .....  
Vida longa

17

## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador **Clínica Pitava Rosado Ltda**  
 CGC/MF **50.996.860/0001-41**  
 Rua **Juvenal Laramune 119**  
 Município **Floriano** Est. **RN**  
 Esp. do estabelecimento .....  
 Cargo **Tec. laboratorial + 20% sobre o resultado**  
 CBO nº .....  
 Data admissão **21 de julho de 2013**  
 Registro nº ..... Fls./Ficha .....  
 Remuneração especificada **R\$ 697,00 (Seiscentos e noventa e sete reais) / mês + 20% sobre a lubrificação**  
 CLÍNICA PITAVA ROSADO  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test. **Soraya M. Paz de Lira**  
 1º ..... 2º .....  
 Data safda **15 de agosto de 2013**  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test. **CLÍNICA PITAVA ROSADO**  
 1º ..... 2º .....  
 Com. Dispensa CD Nº .....  
45

18

## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador .....  
 CGC/MF .....  
 Rua ..... N° .....  
 Município ..... Est. .....  
 Esp. do estabelecimento .....  
 Cargo .....  
 CBO nº .....  
 Data admissão ..... de ..... de 19 .....  
 Registro nº ..... Fls./Ficha .....  
 Remuneração especificada .....  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º ..... 2º .....  
 Data safda ..... de ..... de 19 .....  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º ..... 2º .....  
 Com. Dispensa CD Nº .....  
Vida longa

## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador .....  
 CGC/MF .....  
 Rua ..... N° .....  
 Município ..... Est. .....  
 Esp. do estabelecimento .....  
 Cargo .....  
 CBO nº .....  
 Data admissão ..... de ..... de 19 .....  
 Registro nº ..... Fls./Ficha .....  
 Remuneração especificada .....  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º ..... 2º .....  
 Data safda ..... de ..... de 19 .....  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º ..... 2º .....  
19



Tarifa Social de Energia Elétrica. Oferecida pela Lei 10.430/02 e Decreto 494/04.

**NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

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

**DADOS DO CLIENTE**  
ANA LUCIA FERNANDES DA SILVA

CPF: 020 567.434-85

**ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
RUA MARECHAL HERMES 1083 B CS-01  
BOM JARDIM/ÁREA URBANA  
MOSSORÓ/RN  
59618-160

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Mondâscico

MEIA FAMÍLIA	UNICA	14/08/2020
046688873		
CONTRIBUUIÇÃO MENSAL	VALOR DA FATURA ANUAL	
3000680600	526798	
14/08/2020		

**DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	305.000000	0,41975177	129,02
Consumo Ativo(kWh)-TE	305.000000	0,36502194	111,33
Contrib. Ilum Pública Municipal			18,87
Muta por atraso-NF 045250752 - 15/07/20			3,93
Juros por atraso-NF 045250752 - 15/07/20			0,51
Atualização ICP-MP-NF (045250752 - 15/07/20)			0,87
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>263,63</b>

**HISTÓRICO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
H128343	CAT	15/07/2020	43.812,00	30	3.000000		309,09

**HISTÓRICO DE CONSUMO**

MÊS/ANO	KWH
AGO 20	305
JUL 20	299
JUN 20	320
MAI 20	313
ABR 20	393
MAR 20	239
FEV 20	280
JAN 20	298
DEZ 19	329
NOV 19	291
OUT 19	278
SET 19	236
AGO 19	269

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Fique no ponto mais perto de você! Farinha da povo Nordeste. Tua senhora é a 1218, Ladeira do Pau-brasil, bairro Vila das Cenouras, 517, bairro Areia, Rua curvada em novos, loteamento São José, bairro Areia, Rua São José, nº 100, Centro, Mossoró/RN. A Companhia Energética do Rio Grande do Norte (Cosern) é a única concessionária de fornecimento de energia elétrica no seu território. O cliente é compensado quando não é atendido por outras empresas individuais ou não é informado se fornecimento. Pago em atraso geram multa 2% (Dois por cento) diária, juros de 1% a.m (Lei 10.435/02) e reajustamento no preço. O Cliente é compensado quando há descompenso de preços praticados pelas partes de atendimento comercial.

**DISPOSIÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES**

CONJUNTO SAI/RETORNOS	VALOR APURADO (R\$ 2020)	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
BRS	0,00	4,91	9,67	19,34
FNC	0,00	3,17	6,35	12,70
DRBC	0,00	2,69	5,35	10,00

Límite DICRI: 12,22 R\$ 65,00 = Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 84,58

**COMPONENTES DA TARIFA**

TIPO DE CARGA	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh) - TUSD	0,41975177
Consumo Ativo (kWh) - TE	0,36502194
Contribuição Ilum Pública Municipal	0,01887
Muta por atraso-NF 045250752 - 15/07/20	0,00393
Juros por atraso-NF 045250752 - 15/07/20	0,00051
Atualização ICP-MP-NF (045250752 - 15/07/20)	0,00087
<b>TOTAL DA FATURA</b>	<b>263,63</b>

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

	VALOR (R\$)	%
Gerador de Energia	R\$ 71,16	26,73%
Transmissão	R\$ 37,4	14,07%
Distribuição (Cosern)	R\$ 52,73	22,03%
Perdas de Energia	R\$ 13,30	5,55%
Encargos Setoriais	R\$ 11,23	4,69%
Tributos	R\$ 81,19	33,32%
<b>Total</b>	<b>R\$ 239,35</b>	<b>100%</b>

**INFORMAÇÕES IMPORTANTE**

A Cosern não cobra de fornecedores de energia elétrica (ANEEL) a tarifa de fornecimento, juros, multas e encargos de uso do sistema de distribuição, para a compra em nossas unidades de atendimento à rede. Visite Cosern no site: [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br).

**LEVANTAMENTO DE TENSÃO**

TENSÃO NOMINAL (V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	MÍNIMO: 202 / MÁXIMO: 231

Assinado eletronicamente por: CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA - 27/01/2021 15:48:17

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101271548170880000062066774>

Número do documento: 2101271548170880000062066774

Num. 64794747 - Pág. 6



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR  
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE  
SETOR DE TRAFEGO - 2º DPRE

COMPLEMENTO DO BOLETIM  
DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE  
DE TRÂNSITO  
Nº 0801820

### 1 – LOCAL DO ACIDENTE

Local:	RUA JUVENAL LAMARTINE	Bairro:	SANTO ANTÔNIO
P. Ref.	CRUZAMENTO COM A RODRIGUES ALVES	Data:	12/08/2020

### 2 – VEÍCULO: V-02

Placa	OJZ-7043	Cidade	MOSSORÓ		UF	RN
Marca/Mod.	HONDA BIZ 125 ES		Ano	2014/2014		
Proprietário	GENIVAN FERNANDES PIMENTA		Nº de Ocupantes		01	
Condutor	GENIVAN FERNANDES PIMENTA		Data de nasc.		08/11/1975	
Endereço	RUA MARECHAL HERMES		Nº	1083	Fone	(84) 99415-5171
Bairro	BOM JARDIM	Cidade	MOSSORÓ		UF	RN
CPF nº	032.776.184-98	CNH	02636033118	CAT	AB	Validade
Local de Trabalho	PAM DO BOM JARDIM					

### 3 – VERSÃO DO CONDUTOR SOBRE O REFERIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO

Onde transitava?	RUA JUVENAL LAMARTINE		
Em que sentido?	CENTRO / BOM JARDIM	Em que faixa?	DIREITA

#### Versão do condutor:

Alega que transitava na rua citada, quando chegou no cruzamento com a Rua Rodrigues Alves, um veículo surgiu repentinamente não dando tempo de frear e V-1 bateu no meu veiculo V-2, com o impacto fiquei com várias escoriações e fui socorrido por uma ambulância do SAMU para o HRTM, ao chegar no hospital foi constatado que houve fratura no punho da mão direita. Em anexo Declaração de Ocorrência do SAMU nº 203 e Boletim de Atendimento Médico do HRTM nº 13447/2020.

"As informações contidas na narrativa do CONDUTOR são de sua inteira responsabilidade, sob pena de responder pelos crimes dos Artigos 299 (Falsidade Ideológica) e o 342 (Falso testemunho), Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade como testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial, ou em juízo arbitral do Código Penal Brasileiro".



Assinatura do Condutor/ declarante
IN POSSIBILITATO DE ASSINAR

Observação do Agente de Trânsito:
-----------------------------------

Versão colhida dia 31/08/2020, na Sede do 2º DPRE.

Nome do Agente que registrou as informações	Deivid Neimar Siqueira de Oliveira						
Posto/Graduação	3º Sgt PM	Matrícula	164.192-1	Viatura	*****	Unidade	2º DPRE

Assinatura de Deivid Neimar S. Oliveira





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
BOAT 0801820

1 - LOCAL E DATA

Local R. JUVENTAL LAMARTINE Bairro SANTO ANTONIO  
Cidade UF MOSSORÓ P. Ref. CRUZAMENTO com RODRIGUES ALVES  
Data 12 / 08 / 2020 Hora do acidente 12:00 Hora do registro 12:40 Dia da semana QUARTA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi DUP Y292 Cidade BELO HORIZONTE UF MG  
Marca/Mod. RENAULT SANDERO Cor CINZA Ano 2019 / 2020  
Proprietário MONIDA LOCACAO DE VÉICULOS N° de Ocupantes 2  
Condutor ADRIANO MANUEL SANTOS COSTA Data de Nasc. 24 / 12 / 1984  
Endereço R. VALDEMAR FRANCISCO DAS CHAGAS N° 43 Fone 79-999237490  
Bairro GUBIO Cidade ARACAJU UF SE  
CPF N° 021 559 855 50 CNH N° 038165 909 77 Validade 25 / 05 / 2020 Categoria AD  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi 022 7043 Cidade MOSSORÓ UF RN  
Marca Mod. HONDA BIZ Cor PRETA Ano 2014 / 2014  
Proprietário MARCILENE PEREIRA DE SOUZA N° de Ocupantes 1  
Condutor JENIVAN FERNANDES PIMENTA Data de Nasc. 08 / 11 / 1975  
Endereço R. MARECHAL HERMES N° 1083 Fone 9 9415-5171  
Bairro BOM JARDIM Cidade MOSSORÓ UF RN  
CPF N° 032 776 184 48 CNH N° 026360 331 18 Validade 07 / 05 / 2022 Categoria AB  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ N° de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF N° \_\_\_\_\_ CNH N° \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ N° de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF N° \_\_\_\_\_ CNH N° \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_



#### 7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

**SOBRE V1** - Em que Rua/ Av. Transitava? R. RODRIGUES ALVES

Em que sentido? PRAEIRÓIS ABOLICÃO Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor QUE TRANSITAVA NA VIA E SENTIDO MENCIONADOS. QUE NO CRUZAMENTO COM A RUA JUVENAL LAMARTINE NÃO PERCEBEU A PLACA DE SINALIZAÇÃO E AVANÇOU O CRUZAMENTO; NESTE MOMENTO HOUVE A COLISÃO

Assinatura do Condutor do V1 

**SOBRE V2** - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido? \_\_\_\_\_ Em que faixa? \_\_\_\_\_

Versão do condutor \_\_\_\_\_

Assinatura do Condutor do V2

**SOBRE V3** - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido? \_\_\_\_\_ Em que faixa? \_\_\_\_\_

Versão do condutor \_\_\_\_\_

Assinatura do Condutor do V3

**SOBRE V4** - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido? \_\_\_\_\_ Em que faixa? \_\_\_\_\_

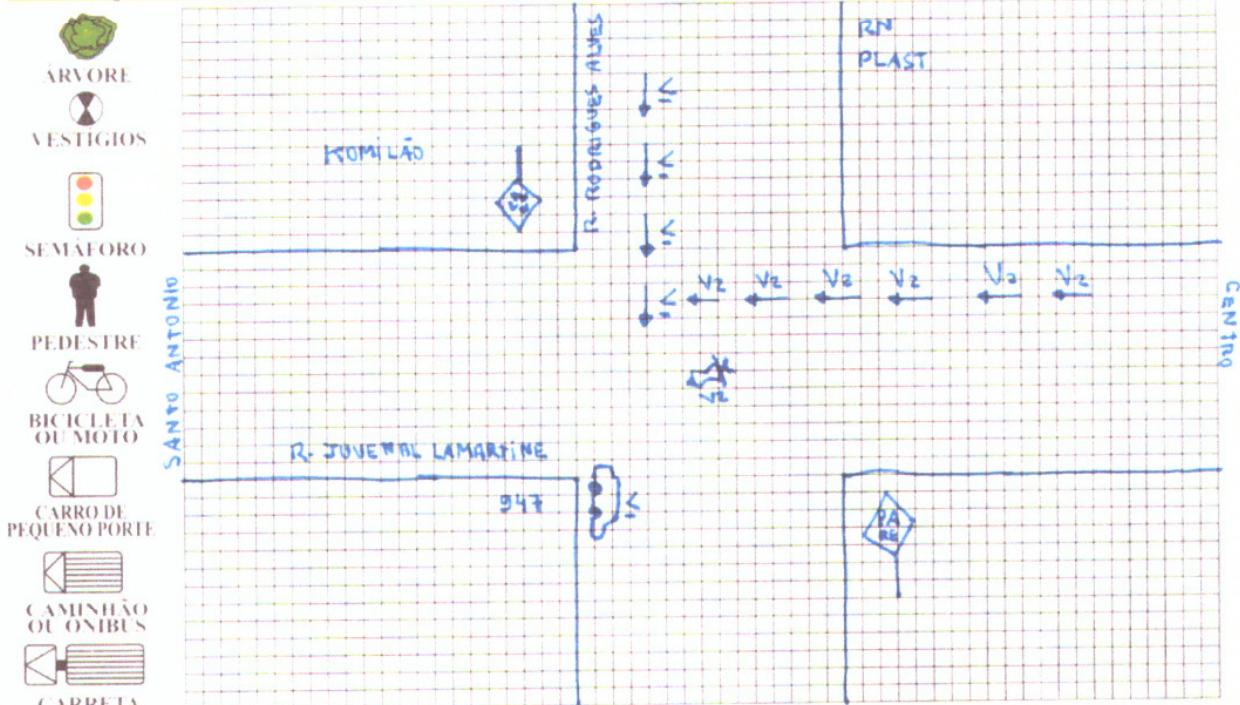
Versão do condutor \_\_\_\_\_



8 - CONDIÇÕES DA VIA

<b>Luminosidade</b>	<b>Cond./ Tempo</b>	<b>Tipo da Pista</b>	<b>Caract./ Pista</b>	<b>Cond./ Pista</b>	<b>Sinalização</b>
<input type="checkbox"/> Amanhecedo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Aclice Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite e Iluminação	<input type="checkbox"/> Neblina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclice Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s. Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input checked="" type="checkbox"/> Placa(s) <b>PARE</b>
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input checked="" type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/> _____	
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	
			<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	
			<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



#### **10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO**

MARIAS DOMÉNICA LOI

PONTA LADO EQUERDO RETROVISOR  
ESQUERDO, ALOTA DIANTEIRA ESQUERDA  
PARALAMA DIANTEIRO ESQUERDO  
COLINA SUPERIOR DIANTEIRA  
ESQUERDA, PARTES INTERNAS  
A HERDAR PAR



AVARIAS DO VEÍCULO 3

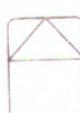


## AVARIAS DO VEÍCULO 2

PARALAMAS DIANTEIRO, CARENAGEM  
FRONTAL, TELESCOPIO, GUIDÃO RODA  
DIANTEIRA, PISCA DIANTEIRO, PIGE-  
TO. PARTES INTERNAS A VERIFICAR



VARIAS DO VEÍCULO 4



Autenticação N° do Boletim: 0801820 N° da Ocorrência: 396175 Data Registro: 17/08/2020 Hora Registro: 09:31:04 Número/Controle: 7A8AC610FA8C5C8A

11 -  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
Passageiro de  V1  V2  V3  V4 Conduzido para: \_\_\_\_\_ Presenciar:  Testemunha  
 Fato  Registro

Nome \_\_\_\_\_ RG N° \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Versão \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

12 -  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
Passageiro de  V1  V2  V3  V4 Conduzido para: \_\_\_\_\_ Presenciar:  Testemunha  
 Fato  Registro

Nome \_\_\_\_\_ RG N° \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Versão \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

13 -  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
Passageiro de  V1  V2  V3  V4 Conduzido para: \_\_\_\_\_ Presenciar:  Testemunha  
 Fato  Registro

Nome \_\_\_\_\_ RG N° \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Versão \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

14 -  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
Passageiro de  V1  V2  V3  V4 Conduzido para: \_\_\_\_\_ Presenciar:  Testemunha  
 Fato  Registro

Nome \_\_\_\_\_ RG N° \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Versão \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

#### 15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ Marca/Modelo \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ RG N° \_\_\_\_\_ Órgão Exp. \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_

16 - IMAGENS / FOTOS  SIM  NÃO AUTUAÇÃO  SIM  NÃO ATEN. CÓD. DESD.

#### 17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

Ao chegar no local da ocorrência verificamos a presença de apenas UM DOS CONDUTORES, CONDUTOR DO VEÍCULO 1 ESTAVA ILESO E CONDUTOR DO VEÍCULO 2 HAVIA SIDO SOCORRIDO, VEÍCULOS ENCONTRAVAM-SE NO LOCAL DO REPOUSO; VEÍCULO 1 LIBERADO PARA SEU CONDUTOR E VEÍCULO 2 LIBERADO PARA DANILLO LOPES FERNANDES CNH 044 994 309 67

Nome Completo do Agente: FRANCISCO SILVESTRE JUNIOR  
POSTO/GRAD.: CB PM N° 06-280 Viatura T012 01 Data: 20/08/2020





SAMU  
MOSSORÓ  
192

Prefeitura Municipal de Mossoró  
**Secretaria Municipal da Saúde**  
SAMU MOSSORÓ 192

### DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 203

Mossoró 18 de Agosto de 2020

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **GENIVAN FERNANDES PIMENTA, 44 anos.**

**Natureza da Ocorrência:** Acidente Automobilístico: Colisão Moto x Carro

**Data da Ocorrência:** 12/08/2020

**Local da ocorrência:** Rua: Juvenal Lamartine com Rodrigues Alves, Santo Antônio próximo a o Vuco Vuco.

**Viatura:** BRAVO – Unidade de Suporte Básico de Vida - 02

**Hora do Chamado:** 12h 30min.

**Procedimento no Local:** Na cena, vítima com suspeita de fratura de punho direito, foi submetida a imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes), e foi encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do **SAMU 192 Mossoró**.

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Marcilene Pereira de Souza, 27 anos**, portador de **CPF: 046.904.384-98**.

Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO  
DIRETORA ADM / SAMU  
MAT. 58682-1

**Silvana do Monte Santiago**  
Matrícula 58682-1  
Diretora Administrativa do **SAMU/Mossoró**

Dr. Dixon F. Medeiros Lima  
Diretor / SAMU  
Mat. 040541842  
CRM/RN 594

**Dixon Fradik Medeiros Lima**  
Matrícula 405418-3  
Diretor Geral do SAMU/ Mossoró

*SAMU – Mossoró*  
Rua: Seis de Janeiro, 509 – Santo Antonio – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN  
Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915  
e-mail: samumossoro@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA - 27/01/2021 15:48:18  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715481781100000062066775>  
Número do documento: 21012715481781100000062066775

Num. 64794748 - Pág. 6



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 13447 /2020

Admissão: 12/08/2020 12:48:21

## CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 64154 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA (44 a 9 m 5 d)

Nascimento: 07/11/1975 Natural: MOSSORÓ.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA  
CNS: 702302148316913 CPF: 03277618498 Prof:  
Mãe: MARIA DE LOURDES PIMENTA Pai: EXPEDITO FERNANDES PIMENTA  
Logradouro: MARECHAL HERMES, 1083  
CEP: 59618670 Bairro: BOM JARDIM Cidade: MOSSORÓ  
Telefone: 84.94155171 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

\*Empresa:

OBS: VINDO COM SAMU						Classificação:		PESO:	
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

## HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: FRATURA DE PUÑHO DIREITO EM COLISAO CARRO MOTO

Dt e Hora: \_\_\_\_\_

*Perceção de lesão no braço.  
Nega dor/mais e descerço  
ao contrário*

Dr. Raimundo Rosendo de Oliveira  
Cirurgião Geral e Vascular  
CRM 2834

Diagn. Inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
<i>Voltar em 75/09/2020 13:05</i>			
<i>Dr. Raimundo Rosendo de Oliveira Cirurgião Geral e Vascular CRM 2834</i>			
<i>250,5x500-10</i>			
<i>Dr. Leandro Faria Ortopedista Traumatologista CRM 3111</i>			
<i>HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA ESTÁ CONFORME ORIGINAL S. 100 MOSSORÓ 35.08.2020</i>			
<i>BRAO</i>			
<i>SAME / ARQUIVO</i>			

\*SAÍDA: ( ) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito ( ) Interna: (Preencher CID, PROC)

CID \_\_\_\_\_ Proc. \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20. Hr: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

\*Gerado via SX por JUREIDE DE BRITO ALMEIDA. Impresso em 12 de Agosto de 2020. (Assinar e Carimbar)



13:

12/8/2020 Ortoped

Dr. Luis F. C. A. Ascimento  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM-RN 486 / ECT 16086 RQE 374

Vitória de pele de mola com gomito

dr 1 telen + do fio eireclite preto D  
fase muscular ok.

Re cos fixos no dorso dorsal in luxado  
onde recente do fio cíngulo eleitos +  
1 fio para abertura do  
fixo e telen antropoleum  
p/ fio cíngulo eleitos

14:30L.

PT: Nenhuma observação grande de  
de fratura nenhuma ou instabilidade.

OT: Enfermamento pl fio cíngulo  
e fio de colher de origem

Dr. Leandro Freire  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM/RN 7438 / ECT 16086 RQE 374

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 25/05/2020

B102  
SAME / ARQUIVO



*Assinatura*

Prontuário: **214527**

*B*



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO  
RN  
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

**PERMISSÃO**

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **GENIVAN FERNANDES PIMENTA** (Fia: **3682/2020**), CPF:**03277618498**.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 12 de Agosto de 2020.

Paciente ou responsável

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA  
EPIDEMIOLÓGICA H.R.T.M.  
DATA 21/08/20

*Assinatura*

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 21/08/2020

*BIN*

SAME/ARQUIVO

**CCIH - HRTM**

DATA 21/08/20

*Genivam*  
Assinatura



**SUS**

*NIR* SUS Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

*SISREG Ples BHOESADS DE  
R120  
Dicas*

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

CNES: 2503689

Executante: O solicitante ou \_\_\_\_\_

CNES:

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: **64154 GENIVAN FERNANDES PIMENTA**

Prontuário:

CNS: 702302148316913

Nascimento: 07/11/1975

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA DE LOURDES PIMENTA

Pai: EXPEDITO FERNANDES PIMENTA

Endereço: RUA MARECHAL HERMES, 1083 - BOM JARDIM - MOSSORÓ

Fone: 94155171 /

Município: MOSSORÓ

Código Municipal IBGE:

240800 UF: RN

CEP: 59618-670

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

Laudo: 1052 / 2020

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:**

motociclista vítima de acidente de trânsito com traumatismo de punho direito  
com dor e deformidade local

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:**

necessita tratamento cirúrgico

**RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:**

anamnese, exame físico, radiografias

Diagnóstico e Procedimento Inicial:

S52.5 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO\*408020431.TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA UN

*Dr. Leandro Freire  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 7439 - LDT 100199 RQE*

Profissional Solicitante / Assitente:

LEANDRO MAGNO COSTA FREIRE

CRM: 7439 / RN

Data da Solicitação 12/08/2020

**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: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

**Nº Autorização da AIH:**

Documento: ( )CNS ( )CPF nº \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ *28/10/2020*

*NUCLEO INTERNO DE REG.*





MINISTÉRIO  
DA  
SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE  
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

FOLHA  
1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Germ van faren ds Riment

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RACA/COR

MASC  FEM

3

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

DR. LEANDRO FREIRE

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

SAME / ARQUIVO

39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTD.

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Dest. ocorrência se com fratura de tibia  
de 11/02

Dr. Leandro Freire  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM/RN 7439 TOT 16086 RQE 37-1

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - DOCUMENTO 45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

01412613B381041851

46 - ASSINATURA E CARIMBO [Nº DO REGISTRO DO CONSELHO]

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR 49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO 51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

52 - ASSINATURA E CARIMBO [Nº DO REGISTRO DO CONSELHO]





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Jeronimo Fernandes, Romando Reg Nº 64152

Diagnóstico pré-operatório: Fratura da 7ª costela do lado direito

Indicação terapêutica: Desossosintese com fixador externo de Colles.

INTERVENÇÃO

Início: 15:00h Fim: 16:00h Duração: 01:00h

Operador Dr. Leandro Freire

1º Auxiliar: Dr. Luiz Fernando

2º Auxiliar:

3º Auxiliar: HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 25/08/2020

Instrumentador:

Anestesista: Dr. Júlio Ginto. BIM SAME / ARQUIVO

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

Limpa  Pot. Contaminada  Contaminada  Infectada

Procedente sob Anestesia e sedação corretas

Endotórax e gerrito tecminho de MS A.

Redução de Fratura das Escápicas de forma in cruento.

Desossosintese com fixador externo de Colles

curativo

2º enfermagem

Dr. Leandro Freire  
Otorrinolaringologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM/RN 7435 - COT 16080 - RQE 3711





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

DEBITO CIRURGICO

Nome do paciente: Gennivan Fernando P. Nº do Pront.: 12108120  
Cirurgia: Excisión esclerótica Ramo D Data: 12/08/20  
Cirurgião: Dr. Francisco Auxiliar: Dr. Luís Fernando Instrumentadora: -  
Anestesista: Dr. Charles Anestesia: Lidocaina + bloqueio Bier  
Início da Cirurgia: 15h 40' Término: 16:10

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	03 pc = 15 unid.
* GASES	05 pc
* ESPARADRAPO	
* COMPRESSAS	
* LÂMINA DE BISTURI Nº 24	01 unid.
* LUVAS 4.5, 8.0	04 pares
* EQUIPO PARA SORÓ	06 pares
* S CALPS Nº 21	01 unid.
JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	03 unid.
* SERINGAS DE 05 ML	01 unid.
* SERINGAS DE 10 ML	01 unid.
* SERINGAS DE 20 ML	01 unid.
* AGULHAS DESCARTÁVEIS 40 x 12	02 unid.
* SONDA ENDOTRAQUEAL Nº	
* TRAQUEOSTÔMO	
* SONDA URETRAL Nº	
* SONDA FOLEY Nº	
* SONDA NASOGÁSTRICA Nº	
* CATETER PARA 02	
* SONDA PARA ASPIRAÇÃO Nº	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENO DE PENROSE Nº	
* DRENO DE TORAX Nº	
* ATADURA GESSADA 10 cm	03 unid.
* FAIXA DE CREPOM 15 cm	04 unid.
ALGODÃO DE TOPE ÓDICO	
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMILAR	
* FIO DE ALGODÃO	
* MONONYLON 4-0	01 unid.
* OUTROS FIOS	
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	
* USO DE OXIGÉNIO por máscara	usuou
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCOÓLICA - clorossilina	100 ml
* SOLUÇÃO DE PVPI DE GERMANTE clorossilina	100 ml
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ETÉR	
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 500 ml	01 frasco
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES - broches	06 pares

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAMM MOSSORÓ 35/08/2020

B/m

SAME/ARQUIVO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
 HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA  
 NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

**CHECK LIST DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA EM  
 SALA OPERATÓRIA**

Data: 12/08/16 Hora \_\_\_\_\_ Paciente Genival Ferreira Pinto Idade 44

**CHECAGEM PRÉ-INDUÇÃO ANESTÉSICA**

<b>Checar:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Pulseira de identificação confrontando com o nome Do paciente <input checked="" type="checkbox"/> Procedimento Cirúrgico e anestésico devidamente Preenchido <input checked="" type="checkbox"/> Procedimento a ser realizado <b>Lateralidade:</b> <input type="checkbox"/> Sítio Demarcado <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica <b>Alergia conhecida?</b> <input type="checkbox"/> Sim _____ <input checked="" type="checkbox"/> Não <b>Exames relacionados (Laboratoriais, imagens, outros)</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <b>Há risco de perda sanguínea? (Superior a 500ml)</b> <input type="checkbox"/> Sim, acesso venoso adequado e planejamento de fluidos com reserva disponível. <input checked="" type="checkbox"/> Não	<b>Materiais de vias aéreas disponíveis?</b> <input checked="" type="checkbox"/> Laringoscópio <input type="checkbox"/> Baraka <input type="checkbox"/> Aspirador <input checked="" type="checkbox"/> Monitor/oxímetro de pulso funcionando <b>Via aérea difícil?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Equipamento VAD disponível <input checked="" type="checkbox"/> Não <b>Equipamento Anestésico funcionante?</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>Disponível na sala operatória os instrumentais          necessários para o procedimento?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>Disponível na sala operatória os OPME'S          Necessários?</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <b>Equipamentos disponíveis para o procedimento          checado?</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>CHECAGEM PRÉ-INCISÃO CIRÚRGICA</b> <b>Todos os profissionais da equipe confirmaram seus nomes e profissões verbalmente?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>Todos os profissionais confirmam verbalmente:</b> *A identificação do paciente; *Local da cirurgia a ser feita; *Procedimento a ser realizado. <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <b>Placa de bisturi posicionada adequadamente?</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>Posicionamento correto e com proteções?</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>Antibiótico profilático nos últimos 60min.?</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>Checado esterilização (instrumentais e implantes) com</b> <b>Todos os integradores disponíveis?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Cirurgião: <u>Dr. Leandro</u> Auxiliar: <u>Dr. Luis Fernando</u> Instrumentador: Circulante: <u>Neuma / Vanessa</u>	<b>CHECAGEM PÓS-CIRÚRGICA</b> <b>Realizado contagem de compressas, gazes e agulhas?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <b>Realizado contagem dos instrumentais?</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>Peça cirúrgica para anatomopatológico?</b> <input type="checkbox"/> Sim, identificado peça. <input checked="" type="checkbox"/> Não <b>Conservado peça?</b> <input type="checkbox"/> Formol <input checked="" type="checkbox"/> Gelo <b>Especificado peça no prontuário?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <b>Soros de infusão, medicamentos e fluidos administrados ao paciente estão adequadamente identificados?</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>Paciente está com pulseira de identificação?</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não CRM: <u>4439</u> CRM: <u>4863</u> COREN: <u>(4439)</u> COREN: <u>364459 / 832328</u>

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
versão 0.01 - 06/08/2010



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA**  
**HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA**  
**Evolução e Prescrição Médica**

**NOME:** GENIVAN FERNANDES PIMENTA

**IDADE:** 44 ANOS

**DATA DE ADMISSÃO:** 12/08/2020

**CÓDIGO:** 214527

**LEITO:** 302-5

<b>DATA</b>	<b>EVOLUÇÃO</b>
18/08/2020	<p># 5º PO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO</p> <p>PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL SEM QUEIXAS DE DOR. NEUROVASCULAR DO MEMBRO NORMAL.</p> <p>RISCO CIRÚRGICO: PRONTO</p> <p>CD: AGUARDA CIRURGIA</p>

	<b>PRESCRIÇÃO</b>	<b>HORÁRIO</b>
1	DIETA BRANDA HIPOSSÓDICA	
2	SF 0,9% - 1500 ML - EV (CORRER EM 24 HORAS)	10 24 36
3	CEFTAZIDIMA 1G - 1 AMPOLA + 10 ML ABD - EV 8/8 H	14 22 06
4		
5	DIPIRONA - 1 AMPOLA + ABD - EV - 6/6 H SN	S/N
6	TRAMAL - 1 AMPOLA + 100 ML SF 0,9% - EV - 8/8 H SN	S/N
7	PLASIL - 1 AMPOLA NO SF 0,9% - EV - 6/6 H SN	S/N
8	OMEPRAZOL 40 MG - 1 AMPOLA - EV 1XD - EM JEJUM	06
9	SINAIS VITAIS + CUIDADOS GERAIS	Rotina
10		
11		
12	HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA	
13	ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAMÉ MOSSORÓ - 25/08/2020 BIM	
	SAME / ARQUIVO	

Fabiano Daniels de Carvalho  
 Ortopedia & Traumatologia  
 Ortopedia Pediátrica  
 TECOT: 15176 - CRMN: 6872





CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250  
SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611-010  
CNPJ: 35.650.324/0001-50

4  
NT  
Nº AIH  
CRISTINA

BOLETIM DE ADMISSÃO

Atendimento	I229042
Data:	19/08/2020
Hora:	10:13

458602 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 08/11/1975 - 44 A, 9 M, 11 D CPF: 032.776.184-98 RG: 1649343

CNS: 702302148316913 Convênio: SUS

Leito: 205-01 Enfermaria: 205 - AP 205 215. Bairro: BOM JARDIM

Endereço: MARECHAL HERMES, N° 1.083 - CEP: 59600-010

Cidade: Cód.: 2408003 - MOSSORÓ/RN Profissão: BIOQUÍMICO Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA

Pai: EXPEDITO FERNANDES PIMENTA Mãe: MARIA DE LOURDES PIMENTA

Naturalidade: MOSSORÓ Caráter de Atendimento: ELETIVO

Responsável: GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Procedimento Solicitado: 0408020431-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA - SS25 - FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

- Diagnóstico Definitivo: Acomodação:

Médico: 5924 - PABLO ROMERO DA ESCÓSSIA PINHEIRO

Carteira:

Validade: 30/12/1899

Autorização:

Senha:

Guia:

HOSPITAL WILSON ROSADO  
Convênio: *SLB*  
( ) Com 03 Refeições  
 Sem Refeições  
 Acompanhante-

Resultado

<input type="checkbox"/>	Curado	<input type="checkbox"/>	Removido	<input type="checkbox"/>	-48 Horas
<input type="checkbox"/>	Melhorado	<input type="checkbox"/>	Pedido	<input type="checkbox"/>	+48 Horas
<input type="checkbox"/>	Inalterado	<input type="checkbox"/>	Evasão	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Piorado	<input type="checkbox"/>	Indisciplina	<input type="checkbox"/>	Obito

Transferido: \_\_\_\_\_

História Clínica

Altura: 2010.8120

Wt: 67.56

Diagnóstico Provável

Dr. Pablo Romero da Escóssia Pinheiro  
Ortopedia e Traumatologia  
Câm/RN 5924  
TEOT 14391

PABLO ROMERO DA ESCÓSSIA PINHEIRO

*Manoelina R. do Souza*

RESPONSÁVEL



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
PEDRO VELHO, 250 - SANTO ANTONIO  
59611-010, MOSSORÓ/RN  
CNPJ: 35.650.324/0001-50  
C TELEFONE: (84) 3318-9000

Pág.: 1/1

229042-GENIVAN FERNANDES PIMENTA 44 A,9 M,11 D  
IA: 215-AP 215 LEITO:215-02 ADMISSÃO: 19/08/2020 DIAS INTERNADO: 0

PRESCRIÇÃO MÉDICA

0 - 17:39:05

› Médica

POI DE FRATURA RÁDIO DISTAL DIREITO  
PROCEDIMENTO SEM INTERCORRÊNCIAS

LOGICO 0,9% - 500 ML	1,00	FR	IV	08/08H		22 ✓ 08 ✓
A 1 G	1,00	FA	IV	06/06H	+ ABD	22 ✓ 04 ✓
500MG/ML 2ML	1,00	AMP	IV	06/06H	+ ABD	24 ✓ 06 ✓
1MG/ML 2ML	1,00	AMP	IV	08/08H	+ SF 0,9% 100ML	02 ✓
V 20MG PÓ LIÓFILO P/SOLUÇÃO INJETÁVEL	1,00	FRAM	IV	12/12H	+ ABD	09 ✓
N 8 MG / 4 ML	1,00	AMP	IV	08/08H	+ ABD	SN
DL 40MG INI + DIL.	1,00	FA	IV	1X DIA		06 ✓

IG  
DIÁRIO

Dr. Pablo Romero da Escóssia Pinheiro  
Ortopedista e Traumatologista  
CNPJ: 35.650.324  
CRF: 1499

5924 - PABLO ROMERO DA ESCÓSSIA PINHEIRO

ÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH

IIODIAGNOSTICO LTDA  
35.650.324/0001-50  
RN/RN

Evolução de Enfermagem

42 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Page 1 of 1

a internação: 19/08/2020 - 10:13:00 Sexo: M Idade 44 A,9 M,11 D  
ânia: SUS  
i: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 205-01

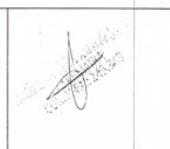
/2020

PA Temp FC FR Glicemia

Assinatura

ADMITO PACIENTE NESTE SETOR (POSTO 2, 2º ANDAR), SEXO MASCULINO, 44 ANOS, PROVENIENTE DO HRTM, DEAMBULANDO, ACOMPANHADO DE MAQUEIRO E FAMILIARES. PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO, COM FIXADOR EXTERNO. NEGA: HAS+DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA. RECEBO CONSCIENTE, ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, COMUNICATIVO, EM JEJUM PARA CIRURGIA. AOS SSVV: NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, PULSO RÍTMICO E REGULAR, AFEBRIL, EUPNEICO EM AA, ACIANÓTICO, ANICRÉTICO, COM PERFUSÃO TISSULAR PRESERVADA <2. AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELEDO RÍGIDO, PUPILLAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES COM MUCOSA OCULAR E ORAL NORMOCORADAS. SIC: ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E VESICAIAS PRESENTES. VEIO COM AVP, SENDO RETIRADO E FOI REPUBLICADO EM AVP, NO MSE, VIABILIZANDO HV. LIVRE DE EDEMAS. SÔNO PRESERVADO, HIGIENE SATISFATÓRIA, SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SÉGUO OS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. PACIENTE TOMOU BANHO COM CLOREXIDINA DERGEMANTE, AGUARDA CIRURGIA.

JEMIMA  
MEDEIROS DE  
PAULA  
(ENFERMEIRANDA )





CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
HOSPITAL WILSON ROSADO  
PEDRO VELHO, 250  
SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611-010  
CNPJ: 35.650.324/0001-50  
Tel.: (84) 3318-9000

Page 1 of 1

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

### - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Interação: 19/08/2020 - 10:13:00 Sexo: M Idade: 44 A,9 M,11 D  
o: SUS  
RTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 215-02

0	Anotação	Técnico(a)	Assinatura
PACIENTE TRANSFERIDO DO POSTO 2 PARA CC EM CADEIRA DE RODAS ACOMPANHADO DE MAQUEIRO E FAMILIARES. - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sup>2</sup> : 0 Fi O <sup>2</sup> : 0 Ventilação: Decúbito:	LUZIA GUEDES BRASILIO	 Luzia Guedes Brasilio Téc. Enfermagem COREN-RN 952466	

ma para Gestão Hospitalar

JPG Soluções em Informática (85) 9944-5764



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
HOSPITAL WILSON ROSADO  
PEDRO VELHO, 250  
SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611-010  
CNPJ: 35.650.324/0001-50  
Tel.: (84) 3318-9000

Page 1 of 1

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

### - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Interação: 19/08/2020 - 10:13:00 Sexo: M Idade: 44 A,9 M,11 D  
o: SUS  
RTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 215-02

0	Anotação	Técnico(a)	Assinatura
RECEBO PACIENTE PROVENIENTE DO CC, PO DE FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO, CONCIENTE, ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, DIETA POR VO, DIURESE E EVACUAÇÕES EXPONTÂNEAS. AO EXAME NORMOCARDIO, NORMOTENSO, EUPNEICO EM AA, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO. - PA: TAX: 0º F.C.: 0º Glicemia: PVC: PAM: Sat. O <sup>2</sup> : 0º Fi O <sup>2</sup> : 0º Ventilação: Decúbito: 0º ADMINISTRADO 500ML SF 0,9% IV, 1FR CEFALOTINA 1G + ABD IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sup>2</sup> : 0º Fi O <sup>2</sup> : 0º Ventilação: Decúbito:	RHAYSSA RUAMA FERNANDES CORREIA FAGUNDES	 Rhayssa Ruama F. C. Fagundes Téc. Enfermagem COREN-RN 1451266	
ADMINISTRADO 500ML SF 0,9% IV, 1FR CEFALOTINA 1G + ABD IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sup>2</sup> : 0º Fi O <sup>2</sup> : 0º Ventilação: Decúbito:	RHAYSSA RUAMA FERNANDES CORREIA FAGUNDES	 Rhayssa Ruama F. C. Fagundes Téc. Enfermagem COREN-RN 1451266	

ma para Gestão Hospitalar

JPG Soluções em Informática (85) 9944-5764



Assinado eletronicamente por: CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA - 27/01/2021 15:48:19  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715481887000000062066781>  
Número do documento: 21012715481887000000062066781

Num. 64794754 - Pág. 2



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
HOSPITAL WILSON ROSADO  
PEDRO VELHO, 250  
SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611-010  
CNPJ: 35.650.324/0001-50  
Tel.: (84) 3318-9000

Page 1 of 1

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

### - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Internação: 19/08/2020 - 10:13:00 Sexo: M Idade: 44 A,9 M,11 D  
Órgão: SUS  
ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 215-02

Anotação		Técnico(a)	Assinatura
0	ADMINISTRADO 500ML SF 0,9% IV, 1FR CEFALOTINA 1G + ABD IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat: 0º: 0 Fi Oº: 0 Ventilação: Decúbito:	RHAYSSA RUAMA FERNANDES CORREIA FAGUNDES	Rhayssa Rufina F. C. Fagundes Téc. Enfermagem COREN- RN 1451266

JPG Soluções em Informática (85) 9944-5764



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
HOSPITAL WILSON ROSADO  
PEDRO VELHO, 250  
SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611-010  
CNPJ: 35.650.324/0001-50  
Tel.: (84) 3318-9000

Page 1 of 1

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

### 2 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Internação: 19/08/2020 - 10:13:00 Sexo: M Idade: 44 A,9 M,11 D  
Órgão: SUS  
ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 215-02

Anotação		Técnico(a)	Assinatura
0	ADMINISTRADO 1AMP DIPIRONA 500MG + ABD IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat: 0º: 0 Fi Oº: 0 Ventilação: Decúbito:	RHAYSSA RUAMA FERNANDES CORREIA FAGUNDES	Rhayssa Rufina F. C. Fagundes Téc. Enfermagem COREN- RN 1451266
1	ADMINISTRADO 1AMP TRAMAL 50MG + 100ML SF 0,9% IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat: 0º: 0 Fi Oº: 0 Ventilação: Decúbito:	RHAYSSA RUAMA FERNANDES CORREIA FAGUNDES	Rhayssa Rufina F. C. Fagundes Téc. Enfermagem COREN- RN 1451266
2	ADMINISTRADO 1FR TENOXICAN 20MG + ABD IV, 1FR CEFALOTINA 1G + ABD IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat: 0º: 0 Fi Oº: 0 Ventilação: Decúbito:	RHAYSSA RUAMA FERNANDES CORREIA FAGUNDES	Rhayssa Rufina F. C. Fagundes Téc. Enfermagem COREN- RN 1451266
3	ADMINISTRADO 500ML SF 0,9% IV, 1AMP DIPIRONA 500MG + ABD IV, 1FR OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat: 0º: 0 Fi Oº: 0 Ventilação: Decúbito:	RHAYSSA RUAMA FERNANDES CORREIA FAGUNDES	Rhayssa Rufina F. C. Fagundes Téc. Enfermagem COREN- RN 1451266

tema para Gestão Hospitalar

JPG Soluções em Informática (85) 9944-5764



Assinado eletronicamente por: CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA - 27/01/2021 15:48:19  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715481887000000062066781>  
Número do documento: 21012715481887000000062066781

Num. 64794754 - Pág. 3



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
HOSPITAL WILSON ROSADO  
PEDRO VELHO, 250  
SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611-010  
CNPJ: 35.650.324/0001-50  
Tel.: (84) 3318-9000

Page 1 of 1

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

- GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Internação: 19/08/2020 - 10:13:00      Sexo: M      Idade: 44 A, 9 M, 11 D  
Plano: SUS  
Unidade: CIRURGICA      Leito: 215-02

O	Anotação	Técnico(a)	Assinatura
	PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR APOS AVALIAÇÃO MÉDICA , FOI RETIRADO AVP , ENTREGUE RECEITUARIOS , PASSADO ORIENTAÇÕES . - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O <sub>2</sub> :0 Fi O <sub>2</sub> :0 Ventilação: Decúbito:	LUANA KARINY FELIX DA SILVA	 Luana Kariny Felix da Silva Tec. Enfermagem LICENCIADA 194860





**PACIENTE: GENIVAN FERNANDES PIMENTA**

**DATA: 19/08/2020**

**CIRURGIA:**

**CIRURGIA REALIZADA: OSTEOSÍNTESE DE RÁDIO DISTAL DIREITO**

**EQUIPE CIRÚRGICA:**

**CIRURGIÃO: DR PABLO ESCÓSSIA**

**AUXILIAR: DR RAPHAEL**

**ANESTESISTA: DR ELUMAR**

**ENFERMEIRA: ALESSANDRA**

**INSTRUMENTADORA: BRUNO**

**CIRCULANTE:** *Sagueline*

**RELATÓRIO:**

- 1) DDH, ASSEPSIA, COLOCAÇÃO DE CAMPOS
- 2) ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO
- 3) COLOCAÇÃO DE GARROTE PROXIMAL
- 4) INCISÃO LONGITUDINAL EM FACE VOLAR DO PUNHO + ABERTURA POR PLANOS + HEMOSTASIA
- 5) REDUÇÃO DA FRATURA + PLACA BLOQUEADA EM T + PARAFUSOS + FIOS DE KISCHNER
- 6) SUTURA POR PLANOS + HEMOSTASIA
- 7) RETIRADA DE GARROTE (PERFUSÃO NORMAL)
- 8) CURATIVO ESTERIL

**MOSSORÓ, 19/08/20**

Dr. Pablo Scóssia da Cunha Pinheiro  
Ortopedia e Traumatologia  
TEOT 71324  
CPMRN 5924





# Clínica de Anestesiologia de Mossoró Ltda.

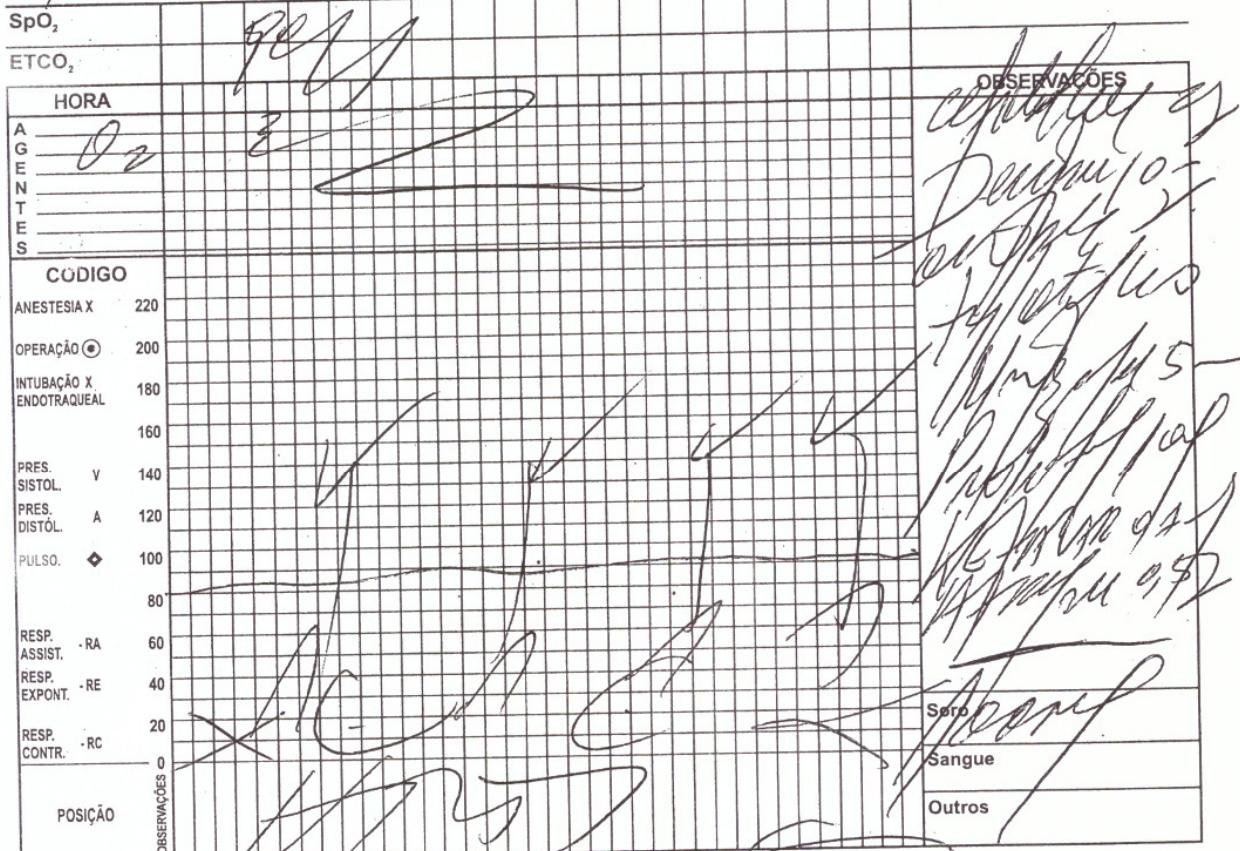
## FICHA DE ANESTESIA

NOME			GENIVAN FIDES Pinheira			DATA	
SERVIÇO			Wilson y Examen			10/08/2020	
SERVICO	ANESTESISTA	CIRURGIÃO	PULSO	TEMP.	ESTADO FÍSICO	PRÉ-ANESTÉSICO	
IDADE	SEXO	COR	PR. ART.		1 2 3 4 5		
DIAGNÓSTICO							

*Trat. Fruto*

### OPERAÇÃO REALIZADA

INÍCIO	TERMINO	DURAÇÃO	ROTINA	EMERGÊNCIA	EXTRA
16:00	17:10	100			



TÉCNICA: ANEST. GERAL: ( ) INALATÓRIA: ( ) ENDOVENOSA: ( ) BALANCEADA: ( ) SEDAÇÃO: ( )

ANEST. REGIONAL: ( ) RAQUIDIANA: ( ) PERIDURAL: ( ) OUTROS: ( )

### AGENTES EMPREGADOS

ACORDADO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	SALA DE RECUPERAÇÃO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	CONDICÕES	B <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>	ÓBITO
----------	------------------------------	------------------------------	---------------------	------------------------------	------------------------------	-----------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-------





CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
**HOSPITAL WILSON ROSADO**  
PEDRO VELHO, 250  
SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611-010  
CNPJ: 35.650.324/0001-50  
Tel.: (84) 3318-9000

Atendimento: I229042  
Data: 19/08/2020  
SENHA: 0  
SUS

Guia:  
Hora: 10:13:00  
Tipo: INTERNACAO  
Sexo: MASCULINO

**458.602 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA**

Nasc.: 08/11/1975 Idade: 44 A,9 M,11 Profissão: BIOQUÍMICO  
End.: MARECHAL HERMES, 1.083 - Bairro: BOM JARDIM  
Telefone: (84) 9941-55171 Celular: (84) 9917-17755

CPF: 032.776.184-98 - SUS: 702302148316913  
Civil: SOLTEIRO(A)  
Cidade: MOSSORÓ/RN  
Mãe: MARIA DE LOURDES PIMENTA

CEP: 59600-010

0/08/2020

07:55:04 ORTOPEDIA

PO DE OSTEOSÍNTESE DE FRATURA RÁDIO DISTAL

SEM QUEIXA.

EFO: CICATRIZ CIRÚRGICA EM BOM ESTADO. NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÃO. ADM PRESERVADO LEVEMENTE DOLORIDO

CD: ANALGESIA, ATB, CURATIVO, ACOMPANHAMENTO PAM AMBULATORIAL

Dr. Guilherme Garcia Rigolin  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RN 8187/TEOT 13541

8187 - GUILHERME GARCIA RIGOLIN



Assinado eletronicamente por: CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA - 27/01/2021 15:48:19  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715481916000000062066785>  
Número do documento: 21012715481916000000062066785

Num. 64794758 - Pág. 3



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
PEDRO VELHO, 250 - SANTO ANTONIO  
59611-010, MOSSORÓ/RN  
CNPJ: 35.650.324/0001-50  
SONROSADO TELEFONE: (84) 3318-9000

Pág.: 1/1

CLIENTE: I229042-GENIVAN FERNANDES PIMENTA IDADE: 44 A,9 M,11 SUS  
FERMARIA: 215-AP 215 LEITO: 215-02 ADMISSÃO: 19/08/2020

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

/08/2020 - 07:55:13

ESTA LIVRE

RO FISIOLOGICO 0,9% - 500 ML	1,00FR	IV	08/08H	09 01 15 18 20 06
FALOTINA 1 G	1,00FA	IV	06/06H	+ ABD 19 22 06
PIRONA 500MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	06/06H	+ ABD 10 16 22 04
AMAL 50MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	08/08H	+ SF 0,9% 100ML 12 18 24 06
NOXICAN 20MG PÓ LIÓFILO P/SOLUÇÃO JETÁVEL	1,00FRAMPIV		12/12H	+ ABD 10 18 02
IUSEDRON 8 MG / 4 ML	SN	1,00AMP	IV	08/08H + ABD 16 04
MEPRAZOL 40MG INJ + DIL.		1,00FA	IV	1X DIA 06

IVV +CCGG Rotina  
JURATIVO DIÁRIO 06  
LTA HOSPITALAR

Dr. Guilherme Garcia Rigolin  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RN-8187/TEOT 13541





HOSPITAL  
WILSON ROSADO

Paciente: Genival Fernando Pimenta Idade: 46 Registro: 458602  
Setor: E.C Médico: Dr. Pablo Enferm./Leito: 205-01

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
19/08/20	12:10	paciente chegou no pronto atendimento, mundo do parto, com cardíaca acompanhada pelo marido e filhotes, com intenso medo, orientos verbalizou, em algum ponto para realização procedimento cirúrgico com Dr. Pablo e Equipe, pulso fraco com AP em 115 em pressão arterial, respirando alargado com qualquer medo e medo em andar de escada	<i>Dr. Pablo</i> Assinatura 10/08/2020
19/08/20	15:50	paciente transferida para procedimento cirúrgico.	<i>Dr. Pablo</i> Assinatura 10/08/2020
16:00	-	inicio do procedimento anestesiado com Dr. Elmano, o mesmo monitorizado.	<i>Dr. Pablo</i> Assinatura 10/08/2020
16:10	-	inicio do procedimento cirúrgico sem intubação com Dr. Pablo, Dr. Rafael.	<i>Dr. Pablo</i> Assinatura 10/08/2020
17:10	-	termino do procedimento cirúrgico, resultado: cirurgia em F.O.	<i>Dr. Pablo</i> Assinatura 10/08/2020
17:20	-	comaninho paciente para cama para per opere procedimento.	<i>Dr. Pablo</i> Assinatura 10/08/2020
19/08/20	17:25	paciente paciente no cronômetro de S.O. convite Dr. Tadeu para os amigos com custo em F.O, ficou em observação.	<i>Dr. Pablo</i> Assinatura 10/08/2020







HOSPITAL  
WILSON ROSADO

## PLANOS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Paciente: Gonzalo Fernando Rementería

Clínica: \_\_\_\_\_ Enf.: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Cuidados Especiais: SSW pre-operatório  
pgs-operatório





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 12 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200428827      Vítima: GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Data do Acidente: 12/08/2020      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GENIVAN FERNANDES PIMENTA

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 punhos

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: GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003064

Conta: 0000002702-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

Alameda das Carnaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

[Seguro obrigatório - DPVAT]

PROCESSO Nº 0801419-66.2021.8.20.5106

#### DESPACHO

Vistos etc.

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139,VI do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15(quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 15 dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida(CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo comum de 15(quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.



Assinado eletronicamente por: UELA FERNANDA DUARTE FERNANDES - 28/01/2021 10:59:07  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012810590703300000062087028>  
Número do documento: 21012810590703300000062087028

Num. 64816307 - Pág. 1

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz(CPC, art. 178, II), dê-se vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05(cinco) dias.

Adotadas as supraexpostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 28 de janeiro de 2021

UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES

Juíza de Direito em Substituição Legal



Assinado eletronicamente por: UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES - 28/01/2021 10:59:07  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012810590703300000062087028>  
Número do documento: 21012810590703300000062087028

Num. 64816307 - Pág. 2

**EXCELENTESSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (ÍZA) DE DIREITO DA 6<sup>a</sup> VARA  
CÍVEL DA COMARCA DE MOSSORÓ, ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE.**

Processo n.<sup>º</sup>: 0801419-66.2021.8.20.5106

**GENIVAN FERNANDES PIMENTA**, já devidamente qualificado(a), vem, perante a respeitável presença de Vossa Excelência, por intermédio de seu advogado legalmente constituído, dar-se por ciente.

Pede e espera deferimento.

**Mossoró/RN, 28 de janeiro de 2021.**

**CAIO CÉSAR ALBUQUERQUE DE PAIVA**

OAB/RN 10.407





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

Alameda das Carnaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

[Seguro obrigatório - DPVAT]

PROCESSO Nº 0801419-66.2021.8.20.5106

#### DESPACHO

Vistos etc.

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139,VI do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15(quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 15 dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida(CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo comum de 15(quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.



Assinado eletronicamente por: UELA FERNANDA DUARTE FERNANDES - 28/01/2021 10:59:07  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012810590703300000062087028>  
Número do documento: 21012810590703300000062087028

Num. 64835669 - Pág. 1

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz(CPC, art. 178, II), dê-se vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05(cinco) dias.

Adotadas as supraexpostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 28 de janeiro de 2021

UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES

Juíza de Direito em Substituição Legal



Assinado eletronicamente por: UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES - 28/01/2021 10:59:07  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012810590703300000062087028>  
Número do documento: 21012810590703300000062087028

Num. 64835669 - Pág. 2