



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 Laboratório, 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, MOSSORO/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 judicium*" e "*et extra*", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(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, requer 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: caioapaiva05@hotmail.com



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

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 cs 01 ,Bairro: Bom Jardim , MOSSORO/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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

RN

GENIVAN FERNANDES PIMENTA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
1649343 SSP RN

CPF
032.776.184-98

DATA NASCIMENTO
08/11/1975

FILIAÇÃO
EXPEDITO FERNANDES PIMENTA
MARIA DE LOURDES PIMENTA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
02636033118

VALIDADE
07/05/2022

1ª HABILITAÇÃO
21/11/1997

OBSERVAÇÕES

Genivan Fernandes Pimenta

LOCAL
MOSSORO - RN

DATA EMISSÃO
09/05/2017

MANOEL JOAQUIM A. RUIRIM COSTA NETO
Coordenador de Registro de Condutores - Detran/RN

50936047558
RN702611133

ASSINATURA DO EMISSOR

RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1479559346

PROIBIDO PLASTIFICAR
1479559346

Verfina



Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispoem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



79.502 000139

Serie

Número

Alexandre Fernandes Pimenta

ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Guilherme Fernandes Pimenta

Nasc. 18/11/75
Est. RN
Profissão: Engenheiro de Segurança
Estrangeiros de Residência, RN

Doc. Ident. nº 301095
Estado RN
Emissão 30/10/95

Trabalha no setor de Segurança
MAT. PNM 5997-1

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome	.....
Doc	.....
Nome	.....
Doc	.....
Nome	.....
Doc	.....
Est. Civil	.....
Nome	.....
Doc	.....
Est. Civil	.....
Nome	.....
Doc	.....
Nascimento	.....



Empregador **04 959 142/0001-311**
Habitacional Empreendimentos
 CGC/MF **Ltda**
 Rua **Rua Claudio Batista, n.º 334**
 Município **Bairro Santo Antonio** Est. **SE**
 Esp. do estabelecimento **CEP: 49068-900 ARACAJU - SE**
 Cargo **Tec. Laboratório de Trabalho**
 CBO n.º **3512**
 Data admissão **02** de **ABRIL** de **2012**
 Registro n.º **100831** Fls./Ficha **100831**
 Remuneração especificada **R\$ 1.400,00 / 12 meses + 20% INSS + 13º Salário**
 Enj. Administrativo **Enj. Administrativo**
 Ass. do empregador ou a rogo c/test. **Habitacional Empreendimentos Ltda**
 1.º **07** de **Julho** de **2013**
 Data saída **07** de **Julho** de **2013**
 Ass. do empregador ou a rogo c/test. **Habitacional Empreendimentos Ltda**
 1.º **07** de **Julho** de **2013**
 Com. Dispensa CD N.º **07** de **Julho** de **2013**

Nude pag. 45

Empregador **Clinica Citava**
Rosado Ltda
 CGC/MF **40.996.860/0001-41**
 Rua **Juvenal Carneiro 119**
 Município **Juazeiro** Est. **RN**
 Esp. do estabelecimento **Tec. Laboratório**
 Cargo **Tec. Laboratório**
 CBO n.º **3512**
 Data admissão **01** de **Julho** de **2013**
 Registro n.º **697008** Fls./Ficha **697008**
 Remuneração especificada **R\$ 697,00 / 12 meses + 20% INSS + 13º Salário**
 Ass. do empregador ou a rogo c/test. **Clinica Citava Rosado**
 1.º **01** de **Julho** de **2013**
 Data saída **15** de **Agosto** de **2013**
 Ass. do empregador ou a rogo c/test. **Clinica Citava Rosado**
 1.º **01** de **Julho** de **2013**
 Com. Dispensa CD N.º **01** de **Julho** de **2013**

Empregador

CGC/MF

Rua N.º

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

CBO n.º

Data admissão de de 19

Registro n.º Fls./Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1.º 2.º

Data saída de de 19

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1.º 2.º

Com. Dispensa CD N.º

Empregador

CGC/MF

Rua N.º

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

CBO n.º

Data admissão de de 19

Registro n.º Fls./Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1.º 2.º

Data saída de de 19

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1.º 2.º

Com. Dispensa CD N.º





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 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

ANA LUCIA FERNANDES DA SILVA

ENDEREGO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MARECHAL HERMES 1083 B CS-01

CPF: 020.567.434-85

BOM JARDIM/AREA URBANA
MOSSORO RN
59618-160

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	DATA EMISSÃO
046698873	UNICA	14/08/2020
Nº DE EMISSÃO	Nº DO DOCUMENTO	Nº DA PRESTAÇÃO
14082020	3000680800	520798

CONTA CONTRIBUTO	NOME/IND
0485316019	08/2020
DATA DI VERSAMENTO	DATA DI SCADENZA PRELEVAMENTO
21/08/2020	15/09/2020
TOTALE A PAGARE (€)	263,63

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	305,0000000	0,41975177	129,02
Consumo Ativo(kWh)-TE	305,0000000	0,36502194	111,33
Contrib. Ilum. Pública Municipal			18,87
Multa por atraso-NF 045250752 - 15/07/20			3,93
Juros por atraso-NF 045250752 - 15/07/20			0,51
Atualização IUPM-NF 045250752 - 15/07/20			0,87

TOTAL DA FATURA

263.63

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
H128343	CAT	15/07/2020	43 851,00	14/08/2020	44 117,00	30	1,00000		305,00

100

Month	Deaths
AGO 20	305
JUL 20	299
JUN 20	320
MAI 20	313
APR 20	365
MAR 20	298
FEB 20	200
Gennaio	298
DEC 19	319
NOV 19	261
OCT 19	278
SET 19	236
AGO 19	269

SECRET/NUCLEAR REACTOR

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR IMPOSTO
ICMS	299,35	27,00	81,83
PIS	299,35	1,24	3,71
COFINS	299,35	5,89	17,63

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$ 71,16	29,73%
Transmissão	R\$ 9,74	4,07%
Distribuição (Cosern)	R\$ 52,73	22,03%
Perdas de Energia	R\$ 13,30	5,55%
Encargos Setoriais	R\$ 11,23	4,59%
Tributos	R\$ 81,19	33,92%
Total	R\$ 239,35	100%

TARIFAS APLICADAS

0,2173000
0,24117000

AE9E AC59 08AD 377D C54F 2FAD C63D 1241

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! A farmácia do povo fortalece sua saúde em 1219 pontos, também disponíveis em sua loja online.
 Decem, 1976, foram armistícios concluídos em 1979, 1980 e 1981. O pagamento das Notas Fiscais deve ser feito somente em
 espécie, há 517 pontos de venda e 12 lojas e 10 lojas. Mais informações em: www.anel.gov.br. O cliente é compensado quando
 não vier ao ponto de atendimento individual ou quando não vier ao ponto de atendimento. Pague o imposto para mais 250 pontos. Assim, a
 15 mil reais (R\$ 15.000,00) e a atualização monetária no prazo. O cliente é compensado quando há decurso em ponto de atendimento
 o prazo de atendimento comercial.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br.

DIREÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERAÇÕES

CONJUNTO	VALOR APURADO por 0000	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
BARRIOCAS	0,00	4,85	9,67	19,34
DSC	0,00	3,17	6,35	12,70
FGC	0,00	2,60	0,00	0,00
ORBC	0,00			

NÍVELS DE TENSÃO

O (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
0	202	231

Linea DCRI 12.22

Ex: 200 - Valor do Encargado pelo Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 84,58



<https://pje1g.tirn.ius.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715481708800000062066774>

Número do documento: 21012715481708800000062066774



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
Local de Trabalho	PAM DO BOM JARDIM	Validade	07/05/2022		

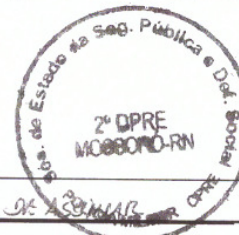
3 - VERSÃO DO CONDUTOR SOBRE O REFERIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO

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 veículo 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

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

3º Sgt PM 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. JUVENAL 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 4292 Cidade BELO HORIZONTE UF MG
Marca/Mod. RENAULT SANDERO Cor CINZA Ano 2019 / 2020
Proprietário MONDA LOCAÇÃO DE VEÍCULOS Nº de Ocupantes 2
Condutor ADRIANO MANOEL SANTOS COSTA Data de Nasc. 24/12/1984
Endereço R. VALDEMAR FRANCISCO DAS CHAGAS Nº 43 Fone 39-999237490
Bairro GUÍO Cidade ARACAJU UF SE
CPF Nº 02155985550 CNH Nº 03816590977 Validade 26/05/2020 Categoria AD
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ 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 Nº de Ocupantes 1
Condutor GENIVAN FERNANDES PIMENTA Data de Nasc. 08/11/1975
Endereço R. MARECHAL HERMES Nº 1083 Fone 9 9415-5171
Bairro COM JARDIM Cidade MOSSORÓ UF RN
CPF Nº 032 776 124 48 CNH Nº 02636033118 Validade 07/05/2022 Categoria AB
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____ / _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____ / _____ / _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ / _____ / _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____ / _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____ / _____ / _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ / _____ / _____ Categoria _____



7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

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

Em que sentido? PARABÓIS AGRICOLA 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 HOVE 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 _____

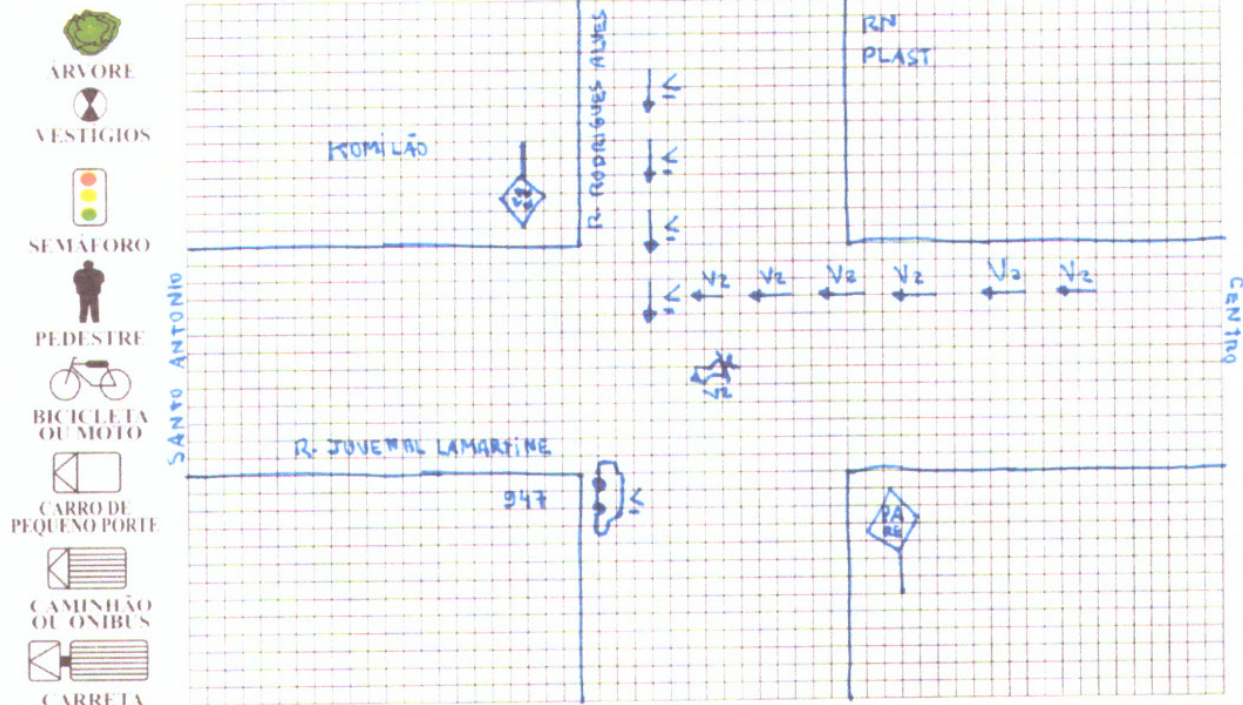


8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond/ Tempo	Tipo da Pista	Caract/ Pista	Cond/ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<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"/> Active Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite e Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebelina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Active Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite e 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) <u>PARE</u>
			<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. Max. 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"/> Entroncamento		<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação		<input type="checkbox"/> _____

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

PAREDES

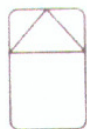


10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

A 30 L - 40

AVARIAS DO VEÍCULO 1

PORTAS LADO ESQUERDO RETROVISOR
ESQUERDO, ALOTA DIANTEIRA ESQUERDA
PARALAMA DIANTEIRO ESQUERDO
COLUNA SUPERIOR DIANTEIRA
ESQUERDA, PARTES INTERNAS
A VERIFICAR



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 2

PARALAMAS DIANTEIRO, CARENAGEM
FRONTAL, TELESÓPIO, GUIDÃO, RODA
DIANTEIRA, PISCA DIANTEIRO PIQET
TO, PARTES INTERNAS A VERIFICAR



AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 - ☐ Vitima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

12 - ☐ Vitima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

13 - ☐ Vitima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

14 - ☐ Vitima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
Nome _____ RG Nº _____ Órgão Exp. _____
Endereço _____ Nº _____
Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO ATUAÇÃO ☐ SIM ☒ NÃO AT N° CÔD DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

AO CHEGAR NO LOCAL DA OCORRÊNCIA VERIFICAMOS A PRESENÇA DE APENAS UM DOB CONDUTORES, CONDUTOR DO VEÍCULO 1 ESTAVA ILESO E CONDUTOR DO VEÍCULO 2 HAVIA SIDO SOCORRIDO, VEÍCULOS ENCONTRAVAM-SE NO LOCAL DO REPOZO; VEÍCULO 1 LIBERADO PARA SEU CONDUTOR E VEÍCULO 2 LIBERADO PARA DAMILO LOPES FER. NANTES CNH 04499430967

Nome Completo do Agente FRANCISCO SILVESTRE JUNIOR

POSTO/GRAD.: 03 PM Nº 06-280 Viatura T02 01





**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

Silvania do Monte Santiago
Matrícula 58682-1

Diretora Administrativa do **SAMU/Mossoró**

Dr. Dixon F. Medeiros Lima
Diretor / SAMU
Mat. 405418-2
CRM/RN 5961

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



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 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: MOSSORO.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: MOSSORO

Telephone: 84.94155171

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

QBS: VINDO COM SAMU

Classificação:

12/08/2020 12:41:43

PESO:

[illegible]

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: FRATURA DE PUNHO DIREITO EM COLISAO CARRO MOTO

Dt e Hora:

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

Diagn. Inicial:

Assin:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
<p>10/1/2010 75 kg 101 C. V. 13.05</p> <p>Dr. Raimundo Rosendo de Oliveira Cirurgião Geral e Vascular CRM 2834</p> <p>150g, 5x 500ml Ev.</p> <p>1) Ao Centro Cirúrgico.</p> <p>HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA CÓPIA CONFORME O ORIGINAL SALA MOSSORÓ 35 08/12/2010</p> <p>B.M.D.</p> <p>SAME / ARQUIVO</p>			

*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)



Assinado eletronicamente por: CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA - 27/01/2021 15:48:18

<https://pje1g.tirn.ius.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715481829900000062066778>

Número do documento: 21012715481829900000062066778

Num. 64794751 - Pág. 1

13: 12/8/2020 Ortopedia

Dr. Luis F. C. Nascimento
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - 4883

Vicinas de furo de mola onde querendo

dr 1 telero + do furo de mola p/leu D,
como neuromuscular OK.

pe com proprio rodio distol in ho articular

onde recente de Ho eugue eletto +
depois assistir p/

el. furo para aliviar de

furo e talis antipoleno
p/ Ho eugue eletto

14:30L.

p/pe rodio observo p/pe de dor
de fratura mesmo com estabilizao

CD: Informando p/pe furo eugue
e furo de colles de origem

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

Dr. Leandro Freire
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM/RN 7438 TEST 16086 RQE 3741



Prontuário: 214527



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

CCIH - HRTM

DATA 21/08/20

Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 21/08/2020
BIM
SAME / ARQUIVO



SUS

Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Executante: O solicitante ou

CNES: 2503689
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **64154 GENIVAN FERNANDES PIMENTA**
CNS: 702302148316913 Nascimento: 07/11/1975 Sexo: Masculino
Mãe: MARIA DE LOURDES PIMENTA Pai: EXPEDITO FERNANDES PIMENTA
Endereço: RUA MARECHAL HERMES, 1083 - BOM JARDIM - MOSSORO Fone: 94155171 /
Município: MOSSORO Código Municipal IBGE: 240800 UF: RN CEP: 59618-670

Prontuário:
Cor: PARDA
Fone: 94155171 /
CEP: 59618-670

Clínica 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 DIAFISÁRIA UN

Profissional Solicitante / Assistente:
LEANDRO MAGNO COSTA FREIRE

Dr. Leandro Magno Costa Freire
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 7439 - E.O.T. 16049/RN

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 Trajetado CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____
Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____
Documento: () CNS () CPF nº _____
Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

Nº Autorização da AIH:

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 10.08.2020

NÚCLEO 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

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASC ☐ 1 FEM ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, 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

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTD.

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Ondulatório e se com fixador externo
de colar.

Dr. Leandro Freire
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM/RN 7439 TEOT 16086 RQE 3741

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - DOCUMENTO

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

46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

ICNS

ICPF

01418613581041815

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - 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 Genivaldo Fernandes Romão Reg Nº 64154

Diagnóstico pré-operatório: fratura de 1/3 distal do fêmur direito

Indicação terapêutica: Osteossintese com fixador externo de Colles

INTERVENÇÃO

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

Operador: Dr. Leandro Freire

1ª Auxiliar: Dr. Luis Fernando

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: Dr. João Pinto

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 35.08/2020
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

1) Paciente sob anestesia em decúbito dorsal

2) Ento supra e gerro tecimento de MSA

3) Redução de fratura sob Escopia de
forma incruenta

4) Osteossintese com fixador externo de
Colles

5) curativo

6) 2ª enfermagem

Dr. Leandro Freire
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM/RN 7.435 EOT 16088 RQE 3741





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

DÉBITO CIRÚRGICO

Nome do paciente: Genivan Fernaldes P. Nº do Pront.:
Cirurgia: Exatoda externa Rodo D Data: 12/08/20
Cirurgião: Dr. Francisco Auxiliar: Dr. Luis Fernando Instrumentadora: -
Anestesista: Dr. Charles Anestesia: Sedacal + bloqueio Bier
Início da Cirurgia: 15h 40' Término: 16h 10'

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	03 pc = 15 unid.
* GASES	05 pc
* ESPARADRAPO	
* COMPRESSAS	
* LÂMINA DE BISTURI Nº 24	01 unid.
* LUVAS 4,5 x 8,0	04 pares
* EQUIPO PARA SORO (buna de procedimento)	06 pares
* S CALPS Nº 21	01 unid.
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	01 unid.
* SERINGAS DE 05 ML	01 unid.
* SERINGAS DE 10 ML	01 unid.
* SERINGAS DE 20 ML	02 unid.
* AGULHAS DESCARTÁVEIS 40 x 12	
* Sonda ENDOTRAQUEAL Nº	
* TRAQUEOSTOMO	
* 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 ENTOPÉDICO	
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	
* MONONYLON 4-0	01 unid.
* OUTROS FIOS	
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	
* USO DE OXIGÊNIO per máscara	usou
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCOOLICA - cloxidina	100 ml
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE - cloxidina	100 ml
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ETHER	
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 500 ml	01 praxo
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES, mores	06 pares

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
S. M. MOSSORÓ 12/08/2020

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: 12/08/20 Hora: Paciente: Genival Fernando Pinto Idade: 44

CHECAGEM PRÉ-INDUÇÃO ANESTÉSICA

Checar:

☒ Pulseira de identificação confrontando com o nome
Do paciente

☒ Procedimento Cirúrgico e anestésico devidamente
Preenchido

☒ Procedimento a ser realizado

Lateralidade:

☐ Sítio Demarcado ☒ Não se aplica

Alergia conhecida?

☐ Sim

☒ Não

Exames relacionados (Laboratoriais, imagens, outros)

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Há risco de perda sanguínea? (Superior a 500ml)

☐ Sim, acesso venoso adequado e planejamento de
fluidos com reserva disponível.

☒ Não

Materiais de vias aéreas disponíveis?

☒ Laringoscópio ☐ Baraka ☐ Aspirador

☒ Monitor/oxímetro de pulso funcionando

Via aérea difícil?

☐ Sim ☐ Equipamento VAD disponível

☒ Não

Equipamento Anestésico funcionante?

☒ Sim ☐ Não

Disponível na sala operatória os instrumentais
necessários para o procedimento?

☒ Sim ☐ Não

Disponível na sala operatória os OPME'S
Necessários?

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Equipamentos disponíveis para o procedimento
checado?

☒ Sim ☐ Não

CHECAGEM PRÉ-INCISÃO CIRÚRGICA

Todos os profissionais da equipe confirmaram seus nomes
e profissões verbalmente?

☒ Sim ☐ Não

Todos os profissionais confirmam verbalmente:

*A identificação do paciente;

*Local da cirurgia a ser feita;

*Procedimento a ser realizado.

☒ Sim ☐ Não

Placa de bisturi posicionada adequadamente?

☒ Sim ☐ Não

Posicionamento correto e com proteções?

☒ Sim ☐ Não

Antibiótico profilático nos últimos 60min.?

☒ Sim ☐ Não

Checado esterilização (instrumentais e implantes) com

Todos os integradores disponíveis?

☐ Sim ☐ Não

Cirurgião: Dr. Leonardo

Auxiliar: Dr. Luis Fernando

Instrumentador:

Circulante: Nereia / Vanessa

CHECAGEM PÓS-CIRÚRGICA

Realizado contagem de compressas, gazes e
agulhas?

☒ Sim ☐ Não

Realizado contagem dos instrumentais?

☒ Sim ☐ Não

Peça cirúrgica para anatomopatológico?

☐ Sim, identificado peça. ☒ Não

Conservado peça?

☐ Formol ☐ Gelo

Especificado peça no prontuário?

☐ Sim ☐ Não

Soros de infusão, medicamentos e fluidos
administrados ao paciente estão adequadamente
identificados?

☒ Sim ☐ Não

Paciente está com pulseira de identificação?

☒ Sim ☐ Não

CRM: 4439

CRM: 4863

COREN: (4439)

COREN: 364459 / 832128

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
- IMPRESSO ORIGINAL -



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

CÓDIGO: 214527

DATA DE ADMISSÃO: 12/08/2020

LEITO: 302-5

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

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA BRANDA HIPOSSÓDICA	
2	SF 0,9% - 1500 ML - EV (CORRER EM 24 HORAS)	1º 2º 3º
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	SIN
6	TRAMAL - 1 AMPOLA + 100 ML SF 0,9% - EV - 8/8 H SN	SIN
7	PLASIL - 1 AMPOLA NO SF 0,9% - EV - 6/6 H SN	SIN
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	
	SAME MOSSORÓ 25/08/2020	
	Blw	
	SAME / ARQUIVO	

Fabiano Dantas de Carvalho
 Ortopedia e Traumatologia
 Ortopedia Pediátrica
 TEOT: 15176 - CRM/RN: 6672





CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO

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

Atendimento	1229042
Data:	19/08/2020
Hora:	10:13

BOLETIM DE ADMISSÃO

Nº AIH
CRISTINA

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.

Endereço: MARECHAL HERMES, Nº 1.083 - CEP: 59600-010 Bairro: BOM JARDIM

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

Pai: EXPEDITO FERNANDES PIMENTA Mãe: MARIA DE LOURDES PIMENTA

Naturalidade: MOSSORO Caráter de Atendimento: ELETIVO

Responsável: GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Procedimento Solicitado: 0408020431-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA - S525 - FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Diagnóstico Definitivo: Acomodação: Médico: 5924 - PABLO ROMERO DA ESCOSSIA PINHEIRO

Carteira:

Validade: 30/12/1899

Autorização:

Senha:

Guia:

HOSPITAL WILSON ROSADO
Convênio SUS
() Com 03 Refeições
(X) Sem Refeições
(X) 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"/>	Obito
<input type="checkbox"/>	Piorado	<input type="checkbox"/>	Indisciplina		

Transferido:

História Clínica

Alta: 20/08/20
W: 07:56

Diagnóstico Provável

Dr. Pablo Romero da Escossia Pinheiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN - 5924
TEOT 14391

PABLO ROMERO DA ESCOSSIA PINHEIRO

RESPONSÁVEL



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
 PEDRO VELHO, 250 - SANTO ANTONIO
 59611-010, MOSSORO/RN
 CNPJ: 35.650.324/0001-50
 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	06
A 1 G	1,00 FA	IV	06/06H	+ ABD	22	04
500MG/ML 2ML	1,00 AMP	IV	06/06H	+ ABD	24	00
3MG/ML 2ML	1,00 AMP	IV	08/08H	+ SF 0,9% 100ML	02	
20MG PÓ LIÓFILO P/SOLUÇÃO INJETÁVEL	1,00 FRAM	IV	12/12H	+ ABD	04	
IN 8 MG / 4 ML	1,00 AMP	IV	08/08H	+ ABD	5N	
DL 40MG INJ + DIL.	1,00 FA	IV	1X DIA		06	

IG
 DIÁRIO

Dr. Pablo Romero da Escossia Pinheiro
 CRM/RN 5924

5924 - PABLO ROMERO DA ESCOSSIA PINHEIRO

ÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH

DIAGNOSTICO LTDA
 35.650.324/0001-50
 MOSSORO/RN

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

42 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

a internação: 19/08/2020 - 10:13:00 Sexo: M Idade: 44 A,9 M,11 D
 Início: SUS
 Local: 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 CIRÚRGICO 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, EUPNEÚICO EM AA, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, COM PERFUSÃO TISSULAR PRESERVADA <2S. AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELUDO RÍGIDO, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES COM MUCOSA OCULAR E ORAL NORMOCORADAS. SIC: ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E VESICAIS PRESENTES. VEIO COM AVP, SENDO RETIRADO E FOI REPUNÇIONADO EM AVP, NO MSE, VIABILIZANDO HV. LIVRE DE EDEMAS. SONO PRESERVADO, HIGIENE SATISFATÓRIA. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. PACIENTE TOMOU BANHO COM CLOREXIDINA DEREGMANTE. AGUARDA CIRURGIA.	JEMIMA MEDEIROS DE PAULA (ENFERMEIRANDA)	
--	--	--





CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/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
lo: SUS
RTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 215-02

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

Imagem para Gestão Hospitalar

IPG Soluções em Informática (85) 9944-5764



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/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
lo: SUS
RTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 215-02

Anotação	Técnico(a)	Assinatura
RECEBO PACIENTE PROVENIENTE DO CC, PO DE FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO, CONCIENTE, ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, DIETA POR VO, DIURESE E EVACUAÇÕES EXPONTANEAS. AO EXAME NORMOCARDIO, NORMOTENSO, EUPNEICO EM AA, SEGUÊ AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO. - PA: TAX: 0 F.C.: F.R.: Glicemia: PVC: PAM: Sat. O ₂ : Fi O ₂ : 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: 0,00 ^h F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 Fi O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	RHAYSSA RUAMA FERNANDES CORREIA FAGUNDES	 Rhayssa Ruama F. C. Fagundes Téc. Enfermagem COREN-RN 1451266

Imagem para Gestão Hospitalar

IPG Soluções em Informática (85) 9944-5764





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

Page 1 of 1

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Interação: 19/08/2020 - 10:13:00 Sexo: M Idade: 44 A, 9 M, 11 D

io: SUS

RTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 215-02

Anotação		Técnico(a)	Assinatura
ADMINISTRADO 500ML SF 0,9% IV, 1FR CEFALOTINA 1G + ABD IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 Fi O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:		RHAYSSA RUAMA FERNANDES CORREIA FAGUNDES	 Rhayssa Ruama 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 - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Tel.: (84) 3318-9000

Page 1 of 1

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

2 - GENIVAN FERNANDES PIMENTA

Interação: 19/08/2020 - 10:13:00 Sexo: M Idade: 44 A, 9 M, 11 D

io: SUS

RTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 215-02

Anotação		Técnico(a)	Assinatura
ADMINISTRADO 1AMP DIPIRONA 500MG + ABD IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 Fi O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:		RHAYSSA RUAMA FERNANDES CORREIA FAGUNDES	 Rhayssa Ruama F. C. Fagundes Téc. Enfermagem COREN- RN 1451266
ADMINISTRADO 1AMP TRAMAL 50MG + 100ML SF 0,9% IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 Fi O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:		RHAYSSA RUAMA FERNANDES CORREIA FAGUNDES	 Rhayssa Ruama F. C. Fagundes Téc. Enfermagem COREN- RN 1451266
ADMINISTRADO 1FR TENOXICAN 20MG + ABD IV, 1FR CEFALOTINA 1G + ABD IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 Fi O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:		RHAYSSA RUAMA FERNANDES CORREIA FAGUNDES	 Rhayssa Ruama F. C. Fagundes Téc. Enfermagem COREN- RN 1451266
ADMINISTRADO 500ML SF 0,9% IV, 1AMP DIPIRONA 500MG + ABD IV, 1FR OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA: TAX: 0,00% F.C.: 0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 Fi O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:		RHAYSSA RUAMA FERNANDES CORREIA FAGUNDES	 Rhayssa Ruama 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 - MOSSORO/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
o: SUS
RTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 215-02

Anotação	Técnico(a)	Assinatura
PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR APOS AVALIAÇÃO MÉDICA, FOI RETIRADO AVP, ENTREGUE RECEITUARIOS, PASSADO ORIENTAÇÕES. - PA: TAX: 0,00° F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 Fi O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	LUANA KARINY FELIX DA SILVA	 LUANA KARINY FELIX DA SILVA Téc. Enfermagem C.R.N. 000.000.000



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: *Jaqueline*

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 Roberto da Escóssia Pinheiro
Ortopedia e Traumatologia
TEOT 14254
CRM/RN 5924





Clínica de Anestesiologia de Mossoró Ltda.

FICHA DE ANESTESIA

NOME GENIVAN FDES PIMENTA **DATA** 19/05/2020
SERVIÇO WILSON **ANESTESISTA** ERUMAR **CIRURGIÃO** PAULO + RAFAEL
IDADE 44 **SEXO** M **COR** B **PR. ART.** 137 **PULSO** 80 **TEMP.** 36,5 **ESTADO FÍSICO** 1 2 3 4 5 **PRÉ-ANESTÉSICO**
DIAGNÓSTICO TRAT. PUNHO

OPERAÇÃO REALIZADA

INÍCIO 10:00 **TERMINO** 17:10 **DURAÇÃO** 7:10 **ROTINA** **EMERGÊNCIA** **EXTRA**

SpO₂ 98% **ETCO₂** 32

HORA	AGENTS	CÓDIGO	OBSERVAÇÕES
10:00		ANESTESIA X 220	
10:05		OPERAÇÃO 200	
10:10		INTUBAÇÃO X ENDOTRAQUEAL 180	
10:15		PRES. SISTOL. V 140	
10:20		PRES. DISTOL. A 120	
10:25		PULSO. 100	
10:30		RESP. ASSIST. -RA 60	
10:35		RESP. EXPONT. -RE 40	
10:40		RESP. CONTR. -RC 20	
10:45		POSIÇÃO	

TÉCNICA ANEST. GERAL: () INALATÓRIA: () ENDOVENOSA: () BALANCEADA: () SEDAÇÃO: ()
ANEST. REGIONAL: () RAQUIDIANA: () PERIDURAL: () OUTROS: ()

AGENTES EMPREGADOS

ACORDADO SIM ☐ NÃO ☐ **SALA DE RECUPERAÇÃO** SIM ☐ NÃO ☐ **CONDIÇÕES** B ☐ F ☐ M ☐ P ☐ **ÓBITO**





CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/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

CPF: 032.776.184-98 - SUS: 702302148316913

End.: MARECHAL HERMES, 1.083 -

Bairro: BOM JARDIM

Civil: SOLTEIRO(A)

Cidade: **MOSSORO/RN**

CEP: 59600-010

Telefone: (84) 9941-55171

Celular: (84) 9917-17755

Mãe: MARIA DE LOURDES PIMENTA

0/08/2020

07:55:04 ORTOPEDIA

PO DE OSTEOSÍNTESE DE FRATURA RÁDIO DISTAL

SEM QUEIXA.

EFO: CICATRIZ CIRURGICA 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





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

Pág.: 1/1

IENTE: 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

ETA LIVRE

RO FISIOLÓGICO 0,9% - 500 ML	1,00FR	IV	08/08H		09 12 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 09
AMAL 50MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	08/08H	+ SF 0,9% 100ML	12 18 24 06
NOXICAN 20MG PÓ LIÓFILO P/SOLUÇÃO JETÁVEL	1,00FRAMP	IV	12/12H	+ ABD	10 18 02
USEDRON 8 MG / 4 ML	SN	1,00AMP	IV	08/08H	+ ABD
MEPRAZOL 40MG INJ + DIL.	1,00FA	IV	1X DIA		SN
					06

.VV +CCGG Retina

.JRATIVO DIÁRIO

.TA HOSPITALAR

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





HOSPITAL
WILSON ROSADO

Paciente: Genivan Fernandes Pimenta Idade: 44 Registro: 458602
Setor: E.C Médico: Dr. Pablo Enferm./Leito: 205-01

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
18/08/20	12:10	paciente recebido no centro cirúrgico, vindo do posto, em cordena acompanhado pelo médico e familiares convenientes, mentes verbalizantes, em fim para realizar procedimento cirúrgico com Dr. Pablo e equipe, pulsos com AVE em 100% em funcionamento, não há dor, náusea, vômito e alergia a qualquer medicamento e líquido em unidades de equipe.	
19/08/20	15:50	paciente transferido p/ 10 para procedimento cirúrgico. — 11 —	
	16:00	início do bloqueio anestésico com ra elumal. o mesmo monitorizado. — 11 —	
	16:10	início do procedimento cirúrgico sem intubação com Dr. Pablo, Dr. Rafael. — 11 —	
	17:10	término do procedimento cirúrgico, realizado sutura limpa em F.O. — 11 —	
	17:20	encaminhamento paciente para up para pós-operatório imediato. — 11 —	
19/08/20	17:25	Paciente no centro de S.O. consciente, orientado, com 02 curativos com curativo em F.O., firmes em observação.	

Tec. de Enfermagem
CORREIA
10/08/2020

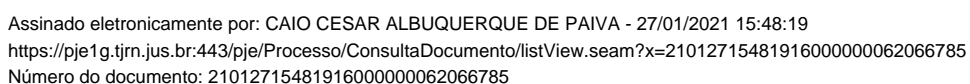
Tec. de Enfermagem
CORREIA
10/08/2020

Tec. de Enfermagem
CORREIA
10/08/2020





Paciente: Gonçalo Fernandes Fementa
Clínica: _____ Enf.: _____ Leito: _____
Cuidados Especiais: _____ SSW pre-operatório
_____ ps-operatório

[illegible]



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, 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, 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

Pag. 01757/01758 - carta_15R - INVALIDEZ





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró
Alameda das Carinaubeiras, 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.



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



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

Processo n.º: 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 Carinaubeiras, 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.



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

