



Número: **0820304-36.2018.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **25/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LUCIVALDO DE LIMA SOUZA (AUTOR)	MANOEL MACHADO JUNIOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34179 857	25/10/2018 11:00	<u>PROCURAÇÃO</u>	Procuração
34179 891	25/10/2018 11:00	<u>DOCUMENTO PESSOAL</u>	Documento de Identificação
34179 953	25/10/2018 11:00	<u>BOLETIM DE OCORRÊNCIA</u>	Documento de Comprovação
34179 991	25/10/2018 11:00	<u>PRONTUARIO DE ATENDIMENTO</u>	Documento de Comprovação
34180 041	25/10/2018 11:00	<u>DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA</u>	Documento de Comprovação
34180 243	25/10/2018 11:00	<u>DOCUMENTO DE COMPROVAÇÃO</u>	Documento de Comprovação
34180 273	25/10/2018 11:00	<u>DOCUMENTO DIVERSO</u>	Documento de Comprovação
34180 354	25/10/2018 11:00	<u>EXTRATO</u>	Extrato Bancário
34180 651	25/10/2018 11:00	<u>CARTA</u>	Documento de Comprovação
34182 333	29/10/2018 11:47	<u>Despacho</u>	Despacho
34507 683	06/11/2018 09:41	<u>MANIFESTAÇÃO</u>	Petição
34507 695	06/11/2018 09:41	<u>DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA E DE ENDEREÇO</u>	Documento de Comprovação
35567 542	17/12/2018 16:09	<u>Despacho</u>	Despacho



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S)

LUCIVALDO DE LIMA SOUZA, brasileiro, casado, autônomo, portador do CPF/MF 026.478.384-02, residente e domiciliado a rua Camilo Porto Figueiredo, nº 14, Walfredo Gurgel, CEP 59628-300, Mossoró – RN (9 8722 1835).

OUTORGADO(S)

MANOEL MACHADO JÚNIOR, brasileiro, casado, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil - Seccional do Estado do Rio Grande do Norte (OAB/RN) sob o nº. 7359 integrante do escritório **MACHADO E MARCIEL ADVOGADOS ASSOCIADOS**, sociedade de advogados inscrita na OAB/RN sob o nº. 480, e no CNPJ/MF sob o nº 21631066000150, com sede na Rua Dr. Almeida Castro, nº 39, Centro, Mossoró – RN, CEP: 59.600-040, Mossoró – RN.

PODERES:

A quem concede amplos poderes para assistir a todo o deslinde de feitos de interesse do mandante, podendo representá-lo perante qualquer juízo, instância ou tribunal, com a cláusula "ad juditia et extra", especialmente para propor **TODA E QUALQUER AÇÃO**, conferindo-lhes ainda poderes especiais para, renunciar, recursar e contra-arrazoar, fazer acordos, transigir, desistir, dar quitação, podendo ainda substabelecer total ou parcialmente, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

PODERES ESPECÍFICOS:

A presente procuração outorga ao(s) Advogado(s) acima descrito(s), os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir à justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015.

Mossoró/RN, 15 de outubro de 2018.

LUCIVALDO DE LIMA SOUZA

OUTORGANTE





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

020281

Local RIO BRANCO (D.R. JDA) MARCILINHO

Bairro CC. TAN

Cidade/UF MOS/RRN

P. Ref. CURAL VESTRINAS

Data 15/10/2017

Hora do acidente 20:00

Hora do registro 20:30

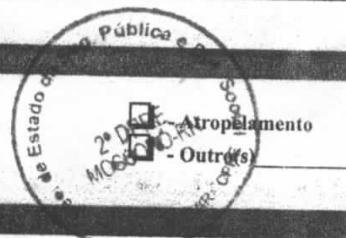
Dia da semana QUINTA

Local de ocorrência

- Colisão Frontal
 - Colisão Posterior

- Colisão Lateral
 - Colisão Transversal

- Capotamento
 - Choque



Placa ou Chassi MYU 0424

Cidade MOS/RRN

UF A

Marca/Mod. HONDA CG 150

Cor VERMELHA

Ano 1998 / 190

Proprietário LUCIVALDO DE LIMA SOUZA

Nº de Ocupantes 01

Condutor LUCIVALDO DE LIMA SOUZA

Data de Nasc. 22/09/13

Endereço R: CAMILO POP TO DE FEGUEREDO

Nº 14 Fone 3312 1033

Bairro WALFREDO GURGEC

Cidade

CPF Nº 026.478.384-02

CNH Nº 03836035268

Validade 25/10/2017 UF A

Local de Trabalho.

Categoria

End.

AUTOMÓVIL

Nº

Bairro

Cidade

Placa ou Chassi

Cidade

UF

Marca/Mod.

Cor

Ano 1

Proprietário

Nº de Ocupantes

Condutor

Data de Nasc. 1 / 1

Endereço

Cidade

Nº 1 Fone

Bairro

Nº

Fone

CPF Nº

CNH Nº

Validade 1 / 1 Categoria

Local de Trabalho

Fone

End.

Nº

Bairro

Cidade

Placa ou Chassi

Cidade

UF

Marca/Mod.

Cor

Ano 1

Proprietário

Nº de Ocupantes

Condutor

Data de Nasc. 1 / 1

Endereço

Cidade

Nº 1 Fone

Bairro

Nº

Fone

CPF Nº

CNH Nº

Validade 1 / 1 Categoria

Local de Trabalho

Fone

End.

Nº

Bairro

Cidade

Placa ou Chassi

Cidade

UF

Marca/Mod.

Cor

Ano 1

Proprietário

Nº de Ocupantes

Condutor

Data de Nasc. 1 / 1

Endereço

Cidade

Nº 1 Fone

Bairro

Nº

Fone

CPF Nº

CNH Nº

Validade 1 / 1 Categoria

Local de Trabalho

Fone

End.

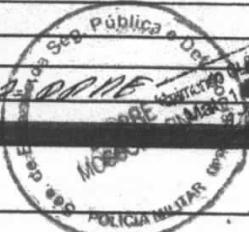
Nº

Bairro

Cidade

SOBRELEV1 - Em que Rua/ Av. Transitava? Rua Dr. José Marcelino
Em que sentido? SANTO ANTONIO / CENTRO Em que faixa? PROFÍCULAS
Versão do condutor ALÉM DEU TRANSITAR PELA VIA CEDIDA E EM
CENTRO, MOVIMENTO EM CENTRO DIREITO TRANSITAVA EM SE-
TICO SENTINHO POR UMA CONVERSÃO A ESQUERDA ATEN-
DESSAVAO DA SUA FAIXA, QUE FOI PRATICAMENTE NÁO PODEU FER-
IR A ESQUERDA, POIS O INIMIGO SOFRENDO VENCERES LEVOU A FER-
IR A ESQUERDA AO INIMIGO PELOS SÓLOS.

VENDEU GUERRAS DIA 22/09/1914 15 10:30H NO 2º BOMBEIRO



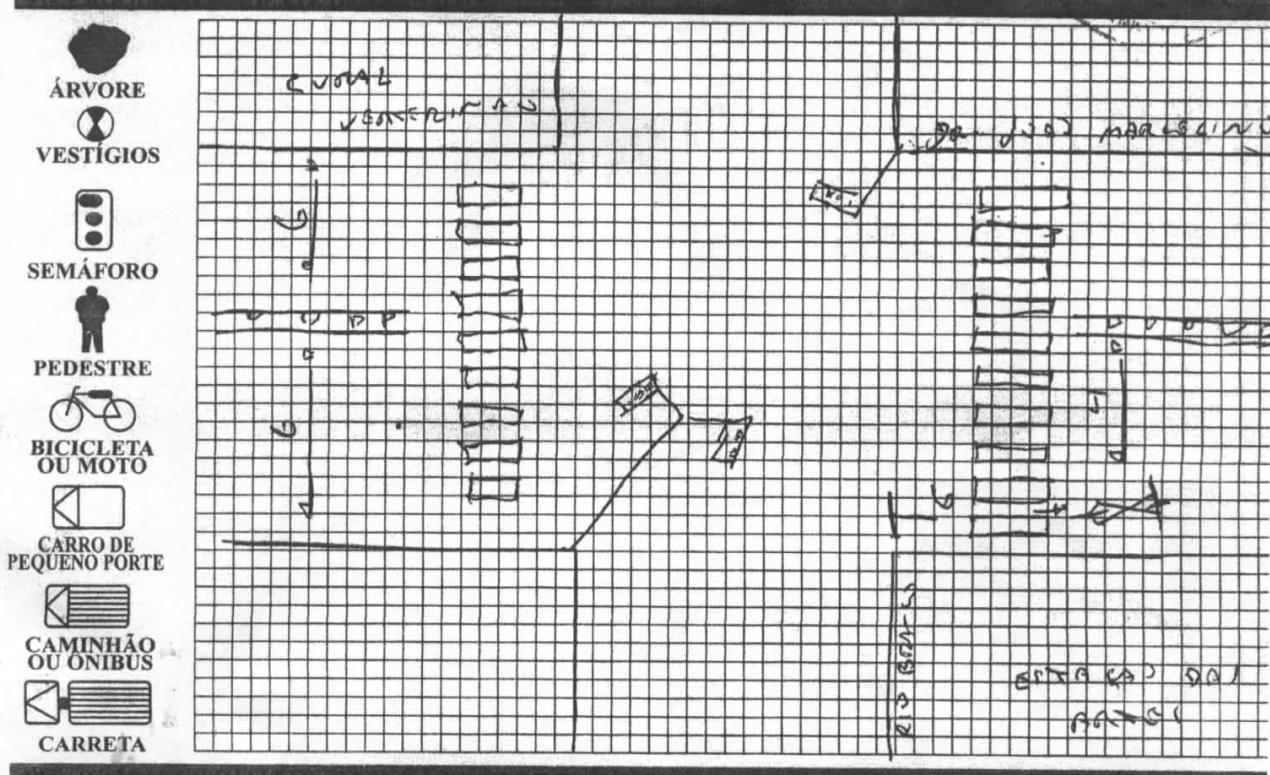
SOBRELEV2 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____
Em que sentido? _____ Em que faixa? _____
Versão do condutor _____

SOBRELEV3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____
Em que sentido? _____ Em que faixa? _____
Versão do condutor _____

SOBRELEV4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____
Em que sentido? _____ Em que faixa? _____
Versão do condutor _____

Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo de Rua	Carro/Ilha	Comb./Ilha	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 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"/> Aclive Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input checked="" type="checkbox"/> Do Semáforo
<input checked="" type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Neblina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclive Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input checked="" type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<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 type="checkbox"/> Placa(s) _____
			<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/I
			<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"/> _____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

2º DP/PE
MOSQUETE-RAIN

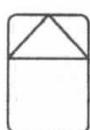


AVARIAS DO VEÍCULO 1

FREIO com PRETA E TRAVESSA
ESTRAGADA



AVARIAS DO VEÍCULO 3



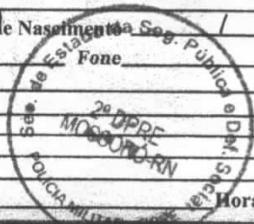
AVARIAS DO VEÍCULO 2



AVARIAS DO VEÍCULO 4



Nome _____	RG Nº _____	Órgão Expedidor _____	Data de Nascimento _____	Sexo _____	UF _____
Endereço _____	Bairro _____	Cidade _____	Nº _____	Fone _____	
Versão _____					
Assinatura _____ Hora _____					



Nome _____	RG Nº _____	Órgão Expedidor _____	Data de Nascimento _____	Sexo _____	UF _____
Endereço _____	Bairro _____	Cidade _____	Nº _____	Fone _____	
Versão _____					
Assinatura _____ Hora _____					

Nome _____	RG Nº _____	Órgão Expedidor _____	Data de Nascimento _____	Sexo _____	UF _____
Endereço _____	Bairro _____	Cidade _____	Nº _____	Fone _____	
Versão _____					
Assinatura _____ Hora _____					

Nome _____	RG Nº _____	Órgão Expedidor _____	Data de Nascimento _____	Sexo _____	UF _____
Endereço _____	Bairro _____	Cidade _____	Nº _____	Fone _____	
Versão _____					
Assinatura _____ Hora _____					

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

1: AO CHEGAR NO LOCAL DA OC. JÁ SE ENCONTRAVA NO LOCAL
OS EMPACOS E REPOUSAVAM.

2: O CONDUTOR FOI CONDUZIDO PARA O HOSPITAL PELO SAMU

3: O MESMO NO TIVO CONTUSOS DE DA AVES

4: FOI LIBERADO O VIEIRAS PARA FAMILIA E DIRIGIU-SE PARA
O MESMO DIA, DIA 15 DE MARÇO, VEM ATÉ O DPRF
P/ VERGAS.

Nome Completo do Agente MARÍLIO LIMA DE SOUZA
POSTO/GRAD.: CB PM Nº 00216 Viatura 76150 Subunid.: 2º DPRF
Local e Data Mossoró, 15 de 02 de 2017 Assinatura do Agente de Trânsito MARÍLIO LIMA DE SOUZA



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado de Saúde Pública
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
PRONTO SOCORRO VINGT-ROSADO NETO

REGISTRO N°

718001876013729

718001876013729

PROTOTÓRIO DE ATENDIMENTO

Nome:	LUCILINA DE LIMA SOBRE	D. N.	22191-2	Idade:	31
Profissão:		Cartão SUS n°			
Endereço:	Rua: JERÔNIMO VINGT ROSADO NETO, 40	Bairro:	Centro		
Cidade:	Mossoró	U.F.	RN	Fone:	
Filiação:	Mãe: FÔNIA SOA SOBRINHA DE SARA	Pai:	LUIZ ALBERTO DE LIMA		

Data: 15/10/2017 Hora: 16:27 A.C.C.R.:

1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)

Febre alta (fever de 39°C) constante

despejo constante de fezes amarelo e seco, sem sangue

2 - EXAME FÍSICO

920/90

A: visus acutus pectores, ouvidos claros

B: PUP, neutr. +3mm TR: 181mm

C: RCR-2+, PBI, S100mV alterado te: 100% (R)

G: dif. peritoneal com mSPC pulsos e pulsos (E)

P: visus acutus ouvidos claros pele (+)

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME/MOSSORÓ 17/10/2017

S. M.

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

SAME/ARQUIVO

Febre amarela

4 - CONDUTA MÉDICA

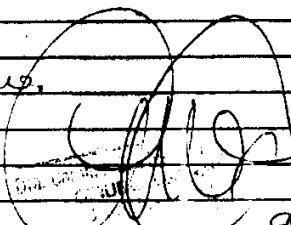
Data: 01/02/2014 Hora: 20:00

① DB dor torax, pleura, m^{as} e peito. ②

③ USG da órbita

④ Hx de tabagismo

U) Acústico ouv. este prumo.



Sintoma de dor torácica, pleural, m^{as} e dor no peito. USG da órbita. Hx de tabagismo. U) Acústico ouv. este prumo.

Retorno ao hospital com ferida aberta de 10 cm e desaparecida em 48h.

5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO	VIA	ENF	R MAGEM
			HORÁRIO	ASSINATURA
1) Fito, oral 2000				
2) Zf 0,9% - 0,0001	III, 01/02/14			
3) Klorona - 2ml + 0,0001, IV	01/02/14 20:50			
4) Urticaria 75mg/10ml, 1/4, 121/21	20:45C			
5) - 10ml 10ml + 100ml 1700,00	20:50C			
6) 121/21				
7) Xilomin 0,0001				
8) SAT - 5,000 UZ,	01/02/14			
9) Amox - 500 UZ				

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MEA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 17/02/2014
SAMAC

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVOS

SAME/ARQUIVO

7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

() ALTA DO PRONTO SOCORRO () INTERVENÇÃO HOSPITALAR () TRANSFERÊNCIA () OUTROS (Descrever)

Observações:

Inferior

Certificado Digital
Ortopedia e Traumatologia
TRM/RN 6766 TEOT 1428

Identificação: MACHADO JUNIOR

Data: / /

Hora: :

LAUDO PARA SOLICITAGAO DE AUTORIZACAO HOSPITALAR		Sistema Ministrador Unico da Saude
Identificação do Paciente		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SUCURSALTE	2 - CNES	3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
Identificação do Estabelecimento de Saúde		
5 - NOME DO PACIENTE	6 - N. DO PRONTO-ALARME	7 - CARTAO NACIONAL DE SAUDE (CNS)
8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - MAGACOR
11 - NOME DA MAE	12 - TELEFONE DE CO. ATD	13 - NOME DO RESPONSÁVEL
14 - DDD	15 - ENDERECO (RUA, N. Bairro)	16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
17 - CEP	18 - UF	19 - CID 10 PRIM. IPIA
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	Justificativa da Intervenção	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERVENÇÃO		
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		
23 - CLÍNICA		
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	25 - CID 10 SECUNDARIO	26 - CIR 9 CAUSAS ASSOCIADAS
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	29 - CÓDIGO DA PROFISSÃO	30 - CAR/TER DA INTENCAO
31 - DOCUMENTO	32 - N. DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL	33 - NOME DO PROFISSIONAL (OUG/INTERNAÇÃO)
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - ASSINATURA DE CRIMES (N/DOB) / SETOR DO CONSelho	36 - NOME DO PROFISSIONAL (OUG/INTERNAÇÃO)
37 - (ACIDENTE DE TRABALHO PRECIO		
38 - (ACIDENTE DE TRABALHO PRECIO	39 - QDP / SEGURO	40 - DO SILENCIO
41 - SERIE		
42 - CNPJ / MPRESA	43 - CNP. DA EMPRESA	44 - CBO
45 - (ACIDENTE DE TRABALHO PRECIO		
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	AUTORIZAÇÃO	
47 - COD. EMISSAO	48 - N. DOCUMENTO (N/SCP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	49 - ASSINATURA E N. DO REGISTRO DO CONSELHO
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E N. DO REGISTRO DO CONSELHO	
52 - N. DA AUTORIZAÇÃO DE INT. RÁDIO/HOSPITALAR		
53 - ESTA CONFORME O ORIGINAL		
54 - NOME DO PROFISSIONAL TARCISO MAIN		
55 - SAME MOSSORO (31/3/2017)		
56 - SAME ARQUIVO		



Sistema Único de Saúde **Ministério da Saúde**

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNIS
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	
4 - CNIS	

Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE	<i>LUCIVALDO LIMA</i>		6 - N° PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO
		/ /	Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO	
		DDD	Nº D.
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO	
		DDD	Nº D.
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF
			19 - EP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DETERMINIDADE NO PUNHO

HISTÓRIA DE TRATAMENTO

RADIÓGOS: LESÃO DO RADÍO DISSECADA /
LUXAÇÃO RADIO-CARPO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRAT. CIRURGICO DE URGENCIA

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

- 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Radiographic findings

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL FR - LX. 24 - CID 10 PRINC. AL 25 - CID 10 SECUNDÁRIO 26 - CID 1 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
TRAT - C.R.			
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERVENÇÃO	31 - DOCUMENTO	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SC.
TR - ORT	URG.	() CNS	CPF 2791-8157-101941-91
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - AUTOGRAFURA E CARMIM (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
JÉRÔMIO FERREIRA da CRM-251		16/02/2017	Jélio Ferreira 210

- PREENcher em caso de causas externas (acidentes ou violências)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	38 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	42 - CNPJ E/ PRESA	43 - CNAE DA EMPRE	44 - CBOR
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO	() EMPREGADOR	() AUTONÔMO	() DESEMPREGADO
() APOSENTADO	() NÃO SEGURO		

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR	52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTEGRAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO		49 - N° DOCUMENTO (C. S/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
() CNS	() CPF	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E C. MBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	

HISTÓRIA CLÍNICA

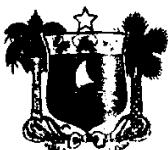
RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

NOME: **LUCAS ALVES** IDADE: **12** N.º REG.: **1234567890** ENFE.: **LEITO** SERVIÇO:

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CÍNICA E EXAME FÍSICO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MÁIA



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome LUCIVIRZ DO LIMA SOUSA Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório: FRACTURA DO PUNHO D.

Indicação terapêutica: TRAT - C.R.

qui 16.02.2017

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador: JOÃO

1º Auxiliar: VICENTE

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: INDYRA - ENF - BRUNA

Anestesista: JILIELISSON

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 EM DO SUB ANESTÉSICO

2- ASSEPSIA E ANSSEPSIA

3- RET. 100% DA FRATURA

4- FIXAÇÃO c/ 2 fios k s/ controlo

5- CUBERTURA bts feridas.

6- FEG TAIN

Assinatura:



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIÃO JAL TARCÍSIO MAIA**

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: INICIAÇÃO LIMA SOUSA Leito:

DATA	EVOLUÇÃO
qui 16.02 20.16	= RX - LX PUNHO D.
	→ VISTO RAY 206.
D7	= BOA EVOLUÇÃO
PO FME D:	Y — Y — Y

PRESCRIÇÃO



SAMU
MOSSORÓ
192

Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 100

Mossoró 22 Fevereiro de 2017

Em resposta a solicitação do (a) Sr. (a) **LUCIVALDO DE LIMA SOUZA**,
RG 001.462.138 passo a informar o que consta em nosso registro.

Identificação da ocorrência: 45

Nome do Paciente: LUCIVALDO DE LIMA SOUZA, 39 anos.
Data: 15/02/2017

Local da ocorrência: Rua: João Marcelino.

Viatura: USB – Unidade de Suporte Básico 01.

Hora do Chamado: 20h 15min.

Natureza da Ocorrência: Colisão de moto x carro.

Procedimento no Local: Paciente socorrido de acordo os protocolos SAMU,
encaminhado para o Hospital Regional Tarcísio Maia, conforme regulação médica.


Silvana do Monte Santiago

Agente administrativo SAMU/Mossoró

Dr. Dixon Fradik M. Lima
Clínico Geral / Cardiologia
CRM - 5997

Dixon Fradik Medeiros de Lima
Matrícula 405418-2
Diretor do SAMU/ Mossoró

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



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

ATESTADO MÉDICO

Atestado para fins
de perícia médica
que LUCIVÂNIO DE
LIMA SOUSA é
portador de
sequela de
parturiente com
defeito funcional.

cód S525 - T92:2

Mossoró, 11-05-2017


Hospital Regional Tarcísio Maia
Mossoró/RN



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

Luizaldo de Lima Souza

• ENCAMINHAMENTO P/
ASSISTÊNCIA EM
FISIOTERAPIA.

INTENÇAO:

- REABILITAÇÃO
FUNCIONAL P/
O PUNHO DIREITO

DIAG

= FRATURA DO
PUNHO DIREITO
(552)

30-03-2017

100 FAMÍLIA S. MARIA
C.R.M. #2517

DW

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
11/10/2018 - Autoatendimento - 16:19:39
836070980 0720

EXTRATO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA
EXTRATO DE POUPANCA OURO/POUPEX

AGÊNCIA:

CONTA:

VARIACAO:

CLIENTE:

LUCIVALDO DE LIMA SOUZA
4391-5
33.744-7
51

DATA DT.BS HISTORICO
Junho/2017

DATA	DT.BS	HISTORICO	VALOR
30/06		Saldo ant.	
	Julho/2017		461,54 C
04/07	05	REAJ.MON. BC	0,26 C
07/07	05	JUROS	1,75 C
17/07	17	SAQUE	200,00 D
21/07	22	Recebimentos DI	1.687,50 C
21/07	22	REAJ.MON. BC	0,01 C
31/07	01	JUROS	0,05 C
31/07	01	REAJ.MON. BC	0,06 C
			0,51 C
		DISPONIVEL	0,00 C
		VLR. BLOQUEADO	0,00 D
		SALDO TOTAL	1.951,68 C

MENSAGENS DIVERSAS

SELIC igual/menor que 8,5% A.A.: TR+70% DA SELIC
SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.
Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2017

Carta n°: 11056668

A/C: LUCIVALDO DE LIMA SOUZA

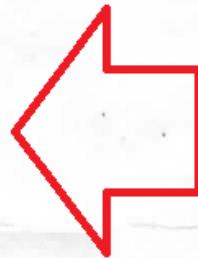
Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170284366 ASL-0200008/17

Vitima: LUCIVALDO DE LIMA SOUZA

Data Acidente: 15/02/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:



Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.



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

Processo: 0820304-36.2018.8.20.5106

Ação: PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: LUCIVALDO DE LIMA SOUZA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

D E S P A C H O

INTIME-SE a parte autora para, no prazo de **15 (quinze) dias**, emendar a exordial, juntando aos autos comprovante de rendimentos e comprovante de residência, **sob pena de extinção**.

P.I.

MOSSORÓ/RN, 25 de outubro de 2018

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

Juiz(a) de Direito

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)

**COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA EM PDF A
SEGUIR EM ANEXO.**



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, LUCIVALDO LIMA DE SOUZA brasileiro, casado, portadora do CPF/MF sob o nº 026.478.384-02, residente e domiciliada na Rua Camilo Porto Figueiredo, nº 14, Walfredo Gurgel, CEP: 59.628-300, Mossoró – RN, declaro que, em função da minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV da Constituição da República e da lei nº 1.060/50.

Mossoró 05 de novembro de 2018

LUCIVALDO LIMA DE SOUZA

LUCIVALDO LIMA DE SOUZA

Declarante

Rua Dr. Almeida Castro, nº 39, Centro, Mossoró – RN
Tel: (84) 3314:2500 e Cel: (84) 9 8751-2070
Email:



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Unidade de Saúde Vereador Durval Costa
Rua Ralph Soppor, s/n, Conjunto Walfredo Gurgel, Alto de São Manoel, Mossoró/RN.
Fone: (84) 3315-4873

DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

ORIGEM: U.B.S. VEREADOR DURVAL COSTA

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários que o senhor(a) Hucivaldo Lima de Souza reside na Rua: Cominio Porto de Figueiredo Nº 14, bairro: Alto S Manoel - W. Gurgel CEP: 59658-300 sendo cadastrada na Área 146, Prontuário: 064, Agente de Saúde: Elida

Mossoró, 05 de Novembro. de 2018.

Elisa
Emmanuele Cinthia da C. e Silva
GERENTE
UBS Durval Costa
Emmanuele Cinthia da C. e Silva
Gerente



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 0820304-36.2018.8.20.5106

DESPACHO

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 sucessivo de 30 (trinta) 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-vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05 (cinco) dias.

Adotadas as supra-expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 17 de dezembro de 2018.

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

Juíza de Direito