



Número: **0801770-62.2018.8.20.5100**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Assu**

Última distribuição : **22/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>ROSIVALDO SEVERINO DA COSTA (AUTOR)</b>	<b>CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34884704	22/11/2018 10:42	<a href="#"><u>01. Documentos</u></a>	Documento de Comprovação
34884750	22/11/2018 10:42	<a href="#"><u>02. Documentos</u></a>	Documento de Comprovação
34884796	22/11/2018 10:42	<a href="#"><u>03. Documentos</u></a>	Documento de Comprovação
34884905	22/11/2018 10:42	<a href="#"><u>04. Documentos</u></a>	Documento de Comprovação
34894141	22/11/2018 15:22	<a href="#"><u>Despacho</u></a>	Despacho



Caio César Albuquerque de Paiva  
OAB/RN 10.407

**INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE(S):**

(nome) Roservaldo Silveira da Costa,  
brasileiro(a), (estado civil) Solteiro, (profissão) Autônomo,  
portador(a) da cédula de identidade nº 03.491.193, inscrito(a) no CPF/MF  
sob o nº 705.180.884-21, residente e domiciliado na  
AV-Professor Walter de Soárez Lemos,  
nº 531 Bairro Novo Horizonte, Cidade Assu, Estado RN,  
CEP 59650-000, Telefone \_\_\_\_\_.

**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, 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.

Ass / R, 09 de outubro de 2013.

Roservaldo Silveira da Costa  
Outorgante

Rua Pedro Velho, 119, Santo Antônio, Mossoró/RN, CEP 59.611-010.  
Caio Paiva (34) 98630-4168 / 99608-3753 - E-mail: [caio@caio.com.br](mailto:caio@caio.com.br)

## DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu Rosevaldo Severino da costa  
Brasileiro Estado civil: Sócio Profissão: Autônomo RG nº  
003.491.193 E CPF: 705.180.884-21 residente e domiciliado na Rua  
AV-Projeto Walter de São Leônidas N 531 Bairro: Novo Horizonte  
Cidade Natal /RN CEP: 596.50-000.

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

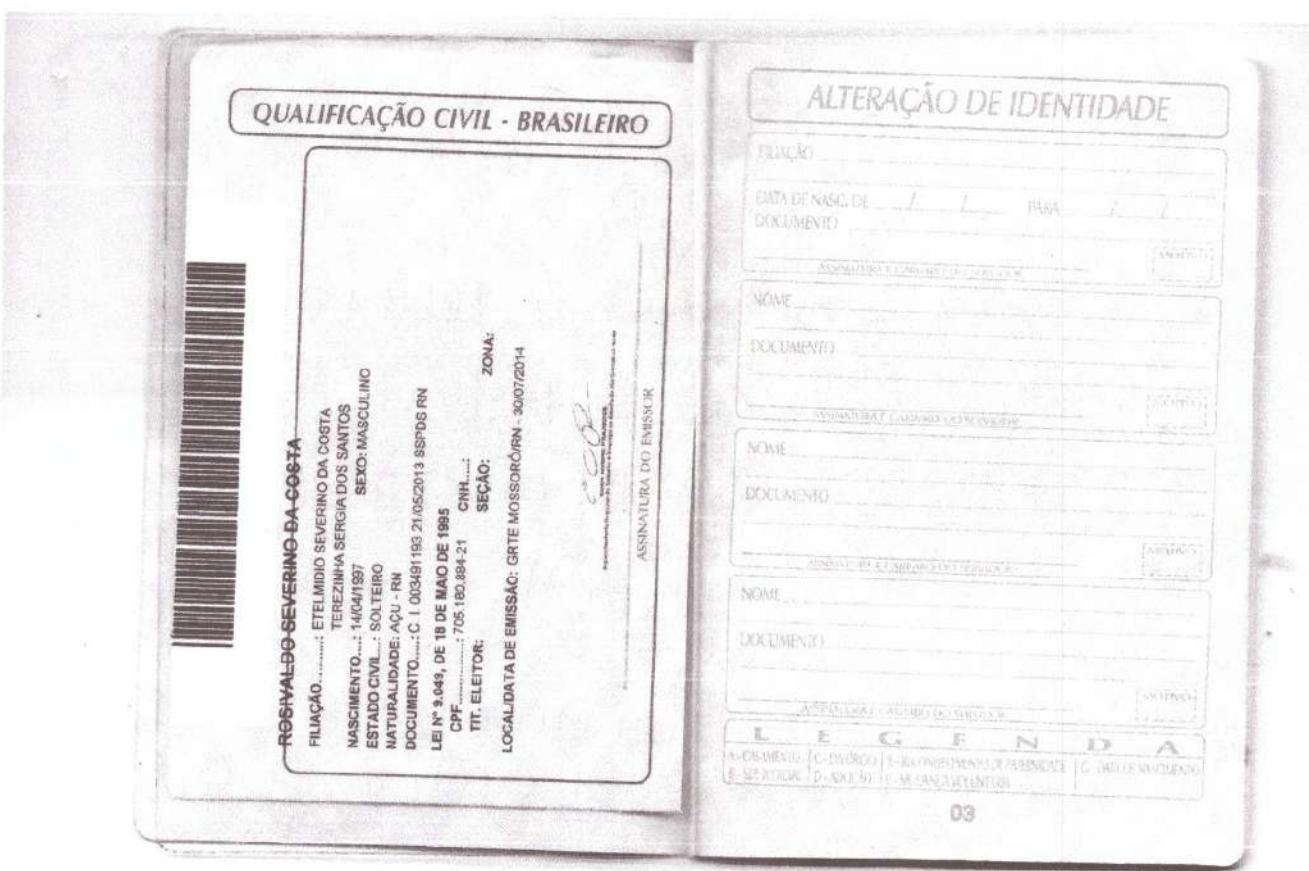
Por ser a expressão da verdade assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Assinatura \_\_\_\_\_  
09 de outubro de 2016

Rosevaldo Severino da costa



AVULSA  
SEGUROS  
27 AGO 2018



Vídeo Verso



DADOS PESSOais DO TRABALHADOR			CONTRATO DE TRABALHO		
GRUPO SANGUíNEO PAIOR RH	DIABETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	FIEMOFILIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	EMPRESA D. A. DE MEDEIROS - ME	02.423.941/0001 - 63	
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			COLÔNIA Sítio Martins, S/N		
DOADOR DE ORGÃOS (Decreto 879 de 12 de julho de 1993)			ENDEREÇO Zona Rural		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			MUNICÍPIO CEP - 59.650 - 000		
			ESP. DO PESO / ALTURA ASSÚ / RN		
CARTEIRAS ANTERIORES			CARTEIRA ANTIGA CARTEIRA ANTIGA		
NUMERO	SÉRIE	LNF.	DATA DE EMISSÃO	DATA DE EMISSÃO	
				01	01
DATA DE EXPIRAÇÃO				06	06
NUMERO	SÉRIE	LNF.	DATA DE EXPIRAÇÃO	RE-TOURO	
				04	
DATA DE EXPIRAÇÃO				VALOR DA FOLHA R\$ 444,00 (Cem e Quarenta e Quatro Reais e Reais)	
NUMERO	SÉRIE	LNF.	DATA DE EXPIRAÇÃO	Assinatura do Titular	
				Danúbio Almeida de Medeiros CPF: 828.257.694-87 Titular	
DATA DE SAÍDA			DATA DE SAÍDA		
COM. DEPENSA/DA			COM. DEPENSA/DA		
DATA DE SAÍDA			DATA DE SAÍDA		

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS			
NOME DO TITULAR.....			
REGISTRADO EM.....	SOB. N°.....	LIVRO N°.....	
FUNÇÃO.....	PROFISSÃO.....		
FUNÇÃO.....	PROFISSÃO.....		
LEGISLAÇÃO.....	LEGISLAÇÃO.....		
LOCAL.....	DATA.....	MATERIAL DE USO PROIBIDO	
REGISTRADO EM.....	SOB. N°.....	LIVRO N°.....	
FUNÇÃO.....	PROFISSÃO.....		
FUNÇÃO.....	PROFISSÃO.....		
LEGISLAÇÃO.....	LEGISLAÇÃO.....		
LOCAL.....	DATA.....	MATERIAL DE USO PROIBIDO	
REGISTRADO EM.....	SOB. N°.....	LIVRO N°.....	
FUNÇÃO.....	PROFISSÃO.....		
FUNÇÃO.....	PROFISSÃO.....		
LEGISLAÇÃO.....	LEGISLAÇÃO.....		
LOCAL.....	DATA.....	MATERIAL DE USO PROIBIDO	

CONTRATO DE TRABALHO		
EMPREGADOR		
ESTABELECIMENTO		
MUNICÍPIO	UF	
ESP. DO ESTABELECIMENTO		
CABO		
CBO N°		
DATA DE ADMISSÃO	DE	DE
REGISTRO N°	RS. / FICHA	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA		
P.		
DATA DE SAÍDA	DE	DE
P.		
COM DIFERENÇA C/ N.		
FGTS/ INSS/ FONTE		

10

CONTRATO DE TRABALHO		
EMPREGADOR		
ESTABELECIMENTO		
MUNICÍPIO	UF	
ESP. DO ESTABELECIMENTO		
CABO		
CBO N°		
DATA DE ADMISSÃO	DE	DE
REGISTRO N°	RS. / FICHA	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA		
P.		
DATA DE SAÍDA	DE	DE
P.		
COM DIFERENÇA C/ N.		
FGTS/ INSS/ FONTE		

11

CONTRATO DE TRABALHO		
EMPREGADOR		
ESTABELECIMENTO		
MUNICÍPIO	UF	
ESP. DO ESTABELECIMENTO		
CABO		
CBO N°		
DATA DE ADMISSÃO	DE	DE
REGISTRO N°	RS. / FICHA	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA		
P.		
DATA DE SAÍDA	DE	DE
P.		

CONTRATO DE TRABALHO		CONTRATO DE TRABALHO	
AUTENTICAÇÃO	Nº PÁGINA: 001	AUTENTICAÇÃO	Nº PÁGINA: 002
OCUPAÇÃO:		OCUPAÇÃO:	
ENDEREÇO:		ENDEREÇO:	
MUNICÍPIO:		MUNICÍPIO:	
ESTADO/ESTABELECIMENTO:		ESTADO/ESTABELECIMENTO:	
CARGO:		CARGO:	
DIA/MESES/ANO:		DIA/MESES/ANO:	
RELATÓRIO:		RELATÓRIO:	
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA:		ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA:	
ONDE FIZI OS ASSUNTOS:		ONDE FIZI OS ASSUNTOS:	
DATA DE SÉTEM:		DATA DE SÉTEM:	
COLISTAGEM:		COLISTAGEM:	
CONTRATO DE TRABALHO		CONTRATO DE TRABALHO	

CONTRATO DE TRABALHO		ALTERAÇÕES DE SALÁRIO	
EMPREGADOR		AUMENTADO EM	01/01/15 PARA R\$ 870,00
CGC/CPF		MOTIVO	reajuste x
ENDERECO		AUMENTADO EM	01/01/16 PARA R\$ 890,00
MUNICÍPIO		MOTIVO	reajuste x
ESTADO/UF/EXCELENCIA		AUMENTADO EM	01/04/16 PARA R\$ 1.000,00
CARGO		MOTIVO	Alt. jan. 2
CID		AUMENTADO EM	01/07/17 PARA R\$ 950,00
DIA DE ADMISSÃO	DE	MOTIVO	
REGISTRO N.	RS. FICHA	AUMENTADO EM	
DATA DE INSCRIÇÃO		MOTIVO	
DATA DE SAÍDA		AUMENTADO EM	
P.		MOTIVO	
COL. DEPENSA CID		AUMENTADO EM	
FGTS DA CID		MOTIVO	

16

17

CONTRATO DE TRABALHO		CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR		EMPREGADOR	
CGC/CPF		CGC/CPF	
ENDERECO		ENDERECO	
MUNICÍPIO		MUNICÍPIO	
ESTADO/UF/EXCELENCIA		ESTADO/UF/EXCELENCIA	
CARGO		CARGO	
CID		CID	
DIA DE ADMISSÃO	DE	DIA DE ADMISSÃO	DE
REGISTRO N.	RS. FICHA	REGISTRO N.	RS. FICHA
DATA DE INSCRIÇÃO		DATA DE INSCRIÇÃO	
P.		P.	
DIAS DE FÉ		DIAS DE FÉ	
DIAS DE FÉ		DIAS DE FÉ	

NOTA FISCAL   FATURA   CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA													
<b>COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE</b> RUA MERMOS, 150, BALDÓ, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE CEP 59025-250 CNPJ 08.324.196/0001-81 INSCRIÇÃO ESTADUAL 20056199-0			 <a href="http://www.cosern.com.br">www.cosern.com.br</a>										
<b>DADOS DO CLIENTE</b> IRANILO RODRIGUES PINTO CPF: 828.778.404-25			<b>Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02</b> <b>Ligações Gratuitas:</b> - Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 - Ouvidoria 0800 084 0404 <b>Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte</b> ARSEP: 0800 727 0167 - Ligação Gratuita de telefones fixos <b>Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167</b> <b>Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis</b>										
<b>ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> AV PREFEITO WALTER DE SA LEITAO 531 CONJ FELIZ ASSU PRA VOCE  NOVO HORIZONTE/AREA URBANA 59650-000 ASSU RN			<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>27/07/2018</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> <b>20/07/2018</b>	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>000851304690</b>								
			<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>0,00</b>	<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> <b>20/07/2018</b>	<b>Nº DO CLIENTE</b> <b>3000459750</b>								
				<b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> <b>009807695</b>	<b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> <b>0000019249</b>								
			<b>CLASSIFICAÇÃO</b> <b>B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS</b> <b>Monofásico</b>										
			<b>RESERVADO AO FISCO</b> <b>8918.77AE.08CA.2888.0895.BC49.C796.BB49</b>										
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL													
<b>DESCRIÇÃO</b>		<b>QUANTIDADE</b>	<b>PREÇO</b>	<b>VALOR (R\$)</b>									
Consumo Ativo até 30 kWh		30,00	0,21386963	6,41									
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh		70,00	0,36683400	25,86									
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh		13,00	0,54995100	7,14									
Acréscimo Bandeira VERMELHA				4,23									
Contribuição Iluminação Pública				4,59									
ICMS-Pasta Subvençionalada				6,37									
<b>TOTAL DA FATURA</b>					<b>54,49</b>								
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS													
<b>ICMS</b> BASE DE CALCULO % VALOR DO IMPOSTO		<b>PIS</b> BASE DE CALCULO % VALOR DO IMPPOSTO		<b>COFINS</b> BASE DE CALCULO % VALOR DO IMPPOSTO									
43,44	18,00	7,81	43,44	1,15	0,49								
43,44	7,81	43,44	6,33	2,31									
<b>COMUNICAMENTO DE PAGAMENTO DA(s) CONTA(s) DE ENERGIA CITADA(S):</b> Vencimento: 20/07/18 Valor: 52,81													
<small>Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, caso não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.</small>													
<b>Tarifas Aplicadas</b>			<b>HISTÓRICO DO CONSUMO</b>										
Consumo Ativo até 30 kWh 0,16151450 Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,27688200 Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh 0,41512300			kWh JUL 18 113 JUN 18 108 MAI 18 115 ABR 18 126 MAR 18 118 FEV 18 134 JAN 18 105 DEZ 17 103 NOV 17 116 OUT 17 110 SET 17 94 AGO 17 101 JUL 17 66										
<b>COMPOSIÇÃO DO CONSUMO</b>													
Geração de Energia: 18,45 37,87% Transmissão: 2,12 4,88% Distribuição (Cosern): 10,03 23,08% Encargos Setoriais: 1,53 3,32% Tributos: 10,11 24,42% TOTAL: 43,44 100%													
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL													
NÚMERO DO MEDIDOR 000000002160169888	TIPO DA FUNÇÃO: CAT	ANTERIOR DATA LEBITURA 21/06/2018 2.338,00	ATUAL DATA LEBITURA 20/07/2018 2.449,00	Nº DAS CONSTANTE AJUSTE 1.000,00 0,00	CONSUMO kWh 113,00								
<i>27/07/2018 MUNI SÉGUROS</i>													
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES													
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL								
DIC-Nº de horas sem Energia	AÇU	6,06	5,43	10,86	21,73								
RIC-Nº de vezes sem Energia		0,00	3,30	5,60	13,20								
DMIC-Duração média de interrupção contínua		0,00	3,11	0,00	0,00								
DCR-Duração da interrupção em dia crítico				Limite DCR: 12,22									
<small>DCD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 13,96</small> <small>Todo Consumidor pode solicitar a aplicação dos indicadores DIC, PIC, DMIC e DCRD a qualquer tempo.</small>													
INFORMAÇÕES IMPORTANTES													
Pague no ponto mais perto de você na cristina de freitas nykkel: av joao paulista lacerda montenegro 240, centro / g f peixoto frios me: rua coronel emílio dantas da silveira, bela vista lista completa em <a href="http://www.cosern.com.br">www.cosern.com.br</a> . O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a> . O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res.414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 35,97. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.													
<b>DESTAQUE AQUI</b>													
<b>CONTA CONTRATO</b> <b>000851304690</b>		<b>MÊS/ANO</b> <b>07/2018</b>	<b>TOTAL A PAGAR(R\$)</b> <b>0,00</b>	<b>VENCIMENTO</b> <b>27/07/2018</b>	<b>TALÃO DE PAGAMENTO</b> <small>Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.</small>								
<b>FATURA PAGA</b> <b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>													
<b>NÍVEIS DE TENSÃO</b> <table border="1"> <tr> <th rowspan="2">TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </table> <b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>						TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)												
	MÍNIMO	MÁXIMO											
220	202	231											



RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA MILITAR  
COMANDO DE POLICIAMENTO DO INTERIOR  
COMANDO DE POLICIAMENTO REGIONAL I  
I<sup>ª</sup> COMPANHIA INDEPENDENTE DE PÓLICIA MILITAR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 3021/2016

I - DADOS REFERENTES A OCORRÊNCIA:

DATA DO FATO	HORA DO FATO	VTR	DESCRIÇÃO (NATUREZA)	CMT	SOI'S	HORA INICIO	HORA FIM/NO
03/09/2016	21:00	GTO	ACIDENTE DE TRÂNSITO				

II - DADOS REFERENTES AS PESSOAS ENVOLVIDAS NA OCORRÊNCIA

E N V O L U M E N T O S	<input type="checkbox"/> ACUSADO	NAME: <b>ROSI VALDO SEVERINO DA COSTA</b>	SEXO: <b>MAS.</b>	IDADE: <b>18</b>	CPF: <b>705180884-2</b>	
	<input checked="" type="checkbox"/> VITIMA	PAI: <b>ETELMÍDIO SEVERINO DA COSTA</b>	MÃE: <b>TEREZINHA SÉRGIA DOS SANTOS</b>			
	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA	IDENTIDADE: <b>003-9012-1933</b>	O EXPEDIDOR: <b>SSP/RN</b>	PROFISSÃO: <b>AGRICULTOR</b>	ESTADO CIVIL: <b>SOCUBIRO</b>	APELIDO: <b>AGUTRN</b>
		ENDEREÇO: <b>AV. PREFEITO WALTER DE SA LEITÃO, 31, COUS. FELIT ASSÚ/RN.</b>				
E N V O L U M E N T O S	<input type="checkbox"/> ACUSADO	NAME:	SEXO:	IDADE:	CPF:	
	<input type="checkbox"/> VITIMA	PAI:	MÃE:			
	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA	IDENTIDADE:	O EXPEDIDOR:	PROFISSÃO:	ESTADO CIVIL:	APELIDO:
		ENDEREÇO:				
E N V O L U M E N T O S	<input type="checkbox"/> ACUSADO	NAME:	SEXO:	IDADE:	CPF:	
	<input type="checkbox"/> VITIMA	PAI:	MÃE:			
	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA	IDENTIDADE:	O EXPEDIDOR:	PROFISSÃO:	ESTADO CIVIL:	APELIDO:
		ENDEREÇO:				

III - HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

REALIZAVAMOS O PATRULHAMENTO RURAL PRÓX. A CIDADE DO ASSUNÇÃO, CONFERIMOS NO LOCAL DO FATO, ONDE A VITIMA NO MOMENTO DO ACIDENTE, CONDUZIA A MOTO: HONDA POR 100 2008/2008, PRETA, PLAK: MBL 6835, EM NOME DE VANDSON ALBUFFERAS FONSECA DOS SANTOS. QUE O MESMO PERDEU O CONTROLE DA MOTO EM UMA CURVA E SE LESOU, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, PARA O HOSPITAL DE ASSUNÇÃO.

IV - OBJETOS CUSTODIADOS/RECOLHIDOS/APREENDIDOS

<input checked="" type="checkbox"/> MAG	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> EXPLICAR
---	--



3º Ofício de Notas

Travessa Dr. Pedro Amorim, 132  
Centro-Assú/RN - (84) 3331-2906

Núbia Maria de Medeiros Fontes  
Watson Alexandre de M. Fontes  
Substituto

AUTENTICAÇÃO: Certifico que esta é a reprodução fiel  
do original que me foi apresentado a qual autentico.  
Dou fé. Assú/RN, 01-agosto-2016

Watson Alexandre de Medeiros Fontes  
Substituto

Valido somente com selo de autenticidade.

ONDE OS OBJETOS SEQUESTRADOS ANTERIORMENTE FORAM ENTREGUES:

<input type="checkbox"/> NADIP	<input type="checkbox"/> VITIMA	<input type="checkbox"/> AO PROPRIETÁRIO
--------------------------------	---------------------------------	--

NAME E ASSINATURA DO RECEBEDOR:  
MOMIE \_\_\_\_\_  
ASSINATURA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

DATA DE REGISTRO DESTA BOLETTIM: 03/09/2016 NOME DO BUREAU CIVIL DO PÓLICIA MILITAR: WALTER CHACAL C. B. GTO - NACIONAL 06/2016 ASSINATURA DA MATRÍCULA: MAT 195-235  
V - DESFECHO DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> FLAGRANTE DELITO	<input type="checkbox"/> CONFECÇÃO DE BOLETTIM DE OCORRÊNCIA NA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL	<input type="checkbox"/> OUTROS: ENTRAR DE CAR
<input type="checkbox"/> TERMO CIRCUNSTANCIAL DO OCORRÊNCIA	<input type="checkbox"/> ENCAMPIMENTO AO CONSELHO TUTELAR	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTEUDO AFIANÇADO DESTE BOLETTIM DE OCORRÊNCIA	<input type="checkbox"/> RENCIPIENTE LOCAL	

VI - CAMPO EXCLUSIVO PARA PREENCHIMENTO DA POLICIA CIVIL, EM CASOS NECESSÁRIOS



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 - VALE DO ASSÚ - RN



## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos e necessários fins que o(a) usuário(a),  
Rosivaldo Severino da Costa, 83 anos,  
foi atendido(a) pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência –  
SAMU 192/RN, da cidade de Assú-RN, no dia 03/03/2016, no endereço,  
No entroada do ponto Riacho 016,  
paciente vítima de Queda de moto.

Assú, 05 de Junho de 2018.

Atenciosamente,

P/

*Maria da Conceição Barbollo*  
Enfermeira  
COREN/RN 413.207

Enfª. Luciana Carla Silva Ramos de Carvalho  
Coren-RN 256.149  
Coordenadora Local SAMU-RN  
Base Descentralizada de ASSÚ - RN





104  
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL NELSON INÁCIO DOS SANTOS

Nº 6100.039

### FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: Renivaldo Severino da Costa Idade: 19 DN: 14104197  
Estado Civil: S( ) C( ) V( ) D( ) Profissão:  
Rua, Av.: Sítio Praia Vista Foto Bairro: Zona  
Fone: Cidade: Aracruz UF: RN  
Est. L. Estadual Severino Costa Mãe: Terezinha Serraria dos Santos  
Data: 03/09/2016 Hora: 02:10 Cartão:

- \* QUEIXA PRINCIPAL:  Acidente de Trânsito  Acidente de Trabalho  Agressão

Oui é rebocar

Bateu em ele no lado esquerdo. Ele caiu e morreu  
devido a choque

- \* HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HDA)

\* EXAME FÍSICO:

PA: 120 x 80 mmhg - FC 70 bpm - FP ppm - FR 18 ipm - TEMP °C - Peso Kg

S/961.

A - Voz normal

B - Pulso regular

C - Pressão arterial 55

D - Coração regular

E - Exame urinário

HOSPITAL REGIONAL NELSON INÁCIO DOS SANTOS  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
SAMUASSÚ

TRAJANISSEGUROS  
27 AGO 2018

- \* EXAMES SOLICITADOS:

SOCIEDADE DE PARCERIA ESPECIALIZADA:  
HORA:

~~M-1100.039~~

#### **• PARECER ESPECIALIZADO E CONDUTA:**

16-04-61  
Fever & headache on sets to well  
Cough with mucus, occurs once.  
A few days ago  
Fever & chills.  
Last evening chills, V.N. pt  
S: for HR & minor TC at home.

#### • DESTINO DO PACIENTE

Alta Hospitalar     Transferência     Internação     Outros

2018

500

ATUANA SEGUROS  
27 AGO 2018



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL NELSON INÁCIO DOS SANTOS

### FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Neuraldo Gomes de Britto SEXO: M IDADE: 79  
ENDEREÇO:  
PROFISSÃO:  
ACOMPANHANTE: MC Nolegarites  
(Téc. Enf.) ENTRADAS AS 22:10 DATA: 03/09/16  
SAÍDA: 04/09/16 HORA: 00:15

### MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

#### HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente morador vila do bairro nobre bairro 1,5h.  
Navegando o carro e voltou no bairro.

Almoçou no bairro STAN e chegou em 15. Ficou com  
ESTADO GERAL: ameaça psicol. e desidratação

A- Vôz alterada D- ERG-TO (Ad: 3 RV: 2)  
B- m-vs, revoz em sopro Vm: 5

C- CNR, VR, SS E- OI com e m-ss e -ss  
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FA. NO. 200- 10  
TC Glavo (modificada?)

#### PROCEDIMENTO:

No HR em novo TC de Vm: 5

AVANÇO SEGUROS  
27 AGO 2016

Contato:  
JOV  
HRTM

Assinatura do Médico, carimbo

An, 03/09/16



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

REGISTRO N°  
2572488

### PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome:	Rasimilton Severino do este	D. N.	14/06/1997	Idade:
Profissão:		Cartão SUS n.	400203731431284	
Endereço:	Sítio Bito Vista	Bairro:		
Cidade:	Azeu	U.F.	RN	Fone:
Filiação:	Mãe:	Pai:		

Data: 01/09/16

Hora: 01 :17

A.C.C.R.:

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

Histórico do  
Transtorno

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAMM MOSSORÓ 01/09/2016  
SAMM ARACAJU

#### 2 - EXAME FÍSICO

Tóporo

ANUANA SÉGUINOS  
27 AGO 2018

#### 3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

Polifarmácia

#### 4 - CONDUTA MÉDICA

Data: / /

**Hora:**

WCP-04109 11:10 Jardim de rosas atendido com imprevistos  
momentos, fiquei surpreso.  
Também (no final da tarde) fui para o

A-H Warren & Adams (signed)

卷之三

## 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### **6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITI(S)**

60

ANUNIA SEGUROS  
27 AGO 2018

#### **7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO**

- ( ) ALTA DO PRONTO SOCORRO ( ) INTERVENÇÃO HOSPITALAR ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) OUTROS (Descrever)  
Observações:

ENIGMAS

**HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA**

PACIENTE: Rosivaldo

DIAGN: LAD

DI: 4/9/16

DATA: 5/9/16

# LAD

Paciente evoluindo com melhora clínica discreta.

Sem intercorrências no período, aceitando dieta VO (assistida).

GCS 12 (AO 3, RV 4, RM 5), PUP IFR, hemiparético grau II esquerda. ~~DIREITA~~

# TC DE CRÂNIO COM DISCRETA HEMORRAGIA EM CÁPSULA INTERNA  
ESQUERDA SEM EFEITO DE MASSA

# TC COLUNA CERVICAL SEM FRATURAS

Solicito TC crânio controle

1.	Dieta branda assistida (sentado)	
2.	SF0,9% 1000ml EV 12/12h	
3.	Ranitidina 2ml + ABD IV 8/8hs	
4.	Dipirona 1 amp EV 6/6h S/N	
5.	Plasil 1 amp EV 8/8h S/N	SN
6.	Fenitoína 2ml + ABD IV 8/8hs	SN
7.	Cabeceira elevada	
8.	Clexane 40mg SC 1x/dia	at!
9.	Fisioterapia motora + ventilatória	10
10.	SSVV + CCGG	?
11.		at 1 ARKANA
12.		27 AGO 2018
13.		SEGUNDO
14.		
15.		
16.		

Dr. Timóteo Almeida

NEUROLOGISTA

CRM-RJ 6557

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

PACIENTE: Rosivaldo  
DIAGN: LAD  
DI: 4/9/16  
DATA: 6/9/16

# LAD

Paciente evoluindo com melhora clínica gradual.  
Sem intercorrências no período, aceitando dieta VO (assistida).  
GCS 13 (AO 4, RV 4, RM 5), PUP IFR, hemiparético grau I esquerda.

# TC DE CRÂNIO COM DISCRETA HEMORRAGIA EM CÁPSULA INTERNA  
ESQUERDA SEM EFEITO DE MASSA  
# TC COLUNA CERVICAL SEM FRATURAS

Aguardo TC crânio controle : *S/ aumento das contusões*

1.	Dieta branda assistida (sentado)	
2.	SF0,9% 1000ml EV 12/12h	
3.	Ranitidina 2ml + ABD IV 8/8hs	
4.	Dipirona 1 amp EV 6/6h S/N	
5.	Plasil 1 amp EV 8/8h S/N	
6.	Fenitoína 2ml + ABD IV 8/8hs	
7.	Cabeceira elevada	
8.	Clexane 40mg SC 1x/dia	
9.	Fisioterapia motora + ventilatória	
10.	SSVV + CCGG	
11.	<i>SAÍDA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÕES +</i>	
12.	<i>ENTRAR E AMBULATÓRIO.</i>	
13.		
14.		
15.		
16.		

*ARQUIVADA  
SEGURADO  
27 AGO 2018*

*Dr. Timóteo Melo  
Flávia Souza  
CRM-RN 8632*

**HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA**  
**SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA**

PACIENTE: Rosivaldo

DIAGN: LAD

DI: 4/9/16

DATA: 6/9/16

# LAD

Paciente evoluindo com melhora clínica gradual.

Sem intercorrências no período, aceitando dieta VO (assistida).

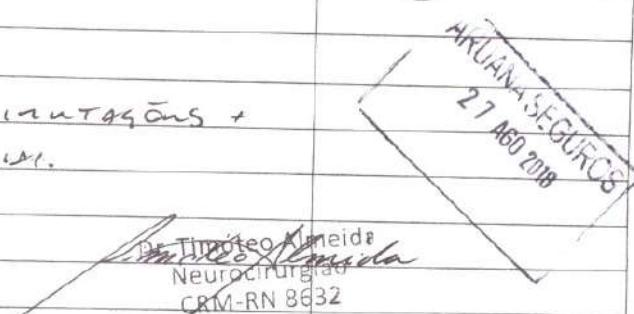
GCS 13 (AO 4, RV 4, RM 5), PUP IFR, hemiparético grau I esquerda.

# TC DE CRÂNIO COM DISCRETA HEMORRAGIA EM CÁPSULA INTERNA  
 ESQUERDA SEM EFEITO DE MASSA

# TC COLUNA CERVICAL SEM FRATURAS

Aguardo TC crânio controle : *Ba - aspecto, SI somente das contusões*

1.	Dieta branda assistida (sentado)	
2.	SF0,9% 1000ml EV 12/12h	10 20
3.	Ranitidina 2ml + ABD IV 8/8hs	
4.	Dipirona 1 amp EV 6/6h S/N	10 18 02
5.	Plasil 1 amp EV 8/8h S/N	50
6.	Fenitoína 2ml + ABD IV 8/8hs	50
7.	Cabeceira elevada	10 18 02
8.	Clexane 40mg SC 1x/dia	N/T (10)
9.	Fisioterapia motora + ventilatória	
10.	SSVV + CCGG	
11.	<i>alta hospitalar CI ou inutâncias +</i>	
12.	<i>retorno ambulatorial.</i>	
13.		
14.		
15.		
16.		





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

## **EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Nome: José da Silva Leito:

DATA	EVOLUÇÃO

## **PRESCRIÇÃO**



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

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

NOME:  
SERVIÇO:

Lorivaldo Silveira

IDADE:  
ENF:

Nº REG-  
LEITO:

HISTÓRIA CLÍNICA

Nº 09/09 3.70

Oncote de nasc. atacado com gripes  
família 07, pessoas vivas, tem filho maior  
de nasc. fumava cigarro. 0 - CAN  
00 - Intervenções e observações.

SOM CASA  
INTERVENÇÃO  
OBSERVACAO

ANUANA SEGUROS  
27 AGO 2018

**HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA**  
**SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA**

PACIENTE: Rosivaldo

DIAGN: LAD

DI: 4/9/16

DATA: 4/9/16

# LAD

AO EXAME SONOLENTO, NÃO OBEDECE COMANDOS, GLASGOW 9 (AO 2 RM 5  
RV 1), HEMIPARESIA DIREITA GRAU I, PUPILAS ISOCÓRICAS

# TC DE CRÂNIO COM DISCRETA HEMORRAGIA EM CÁPSULA INTERNA  
ESQUERDA SEM EFEITO DE MASSA

# TC COLUNA CERVICAL SEM FRATURAS

1.	Diazo Branco Assiston (centar)
2.	SF0,9% 1000ml + Glic50% 50ml IV 8/8hs
3.	Ranitidina 2ml + ABD IV 8/8hs
4.	Dipirona 1 amp EV 6/6h S/N
5.	Plasil 1 amp EV 8/8h S/N
6.	Fenitoína 2ml + ABD IV 8/8hs
7.	Cabeceira elevada
8.	Máscara de O2 5l/min
9.	Fisioterapia motora
10.	SSVV
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	

AVULSA SECURIS  
27 AGO 2016

Dr Timoteo Almeida

Neurocirurgião  
CRM-RN 8052

**HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA**

PACIENTE: Rosivaldo

DIAGN: LAD

DI: 4/9/16

DATA: 5/9/16

# LAD

Paciente evoluindo com melhora clínica discreta.

Sem intercorrências no período, aceitando dieta VO (assistida).

GCS 12 (AO 3, RV 4, RM 5), PUP IFR, hemiparético grau I esquerda. *discreto*

# TC DE CRÂNIO COM DISCRETA HEMORRAGIA EM CÁPSULA INTERNA  
ESQUERDA SEM EFEITO DE MASSA

# TC COLUNA CERVICAL SEM FRATURAS

Solicito TC crânio controle

1.	Dieta branda assistida (sentado)	
2.	SF0,9% 1000ml EV 12/12h	
3.	Ranitidina 2ml + ABD IV 8/8hs	
4.	Dipirona 1 amp EV 6/6h S/N	
5.	Plasil 1 amp EV 8/8h S/N	
6.	Fenitoína 2ml + ABD IV 8/8hs	
7.	Cabeceira elevada	
8.	Clexane 40mg SC 1x/dia	
9.	Fisioterapia motora + ventilatória	
10.	SSVV + CCGG	
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		

VALUANT SECURCS  
27 AGO 2018

J. M. Almeida  
NEUROCIRURGIA  
CRM-RN 8639



**HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA**

PACIENTE: Rosivaldo

DIAGN: LAD

DI: 4/9/16

DATA: 4/9/16

# LAD

AO EXAME SONOLENTO, NÃO OBEDECE COMANDOS, GLASGOW 9 (AO 2 RM 5 RV 1), HEMIPARESIA DIREITA GRAU I, PUPILAS ISOCÓRICAS

# TC DE CRÂNIO COM DISCRETA HEMORRAGIA EM CÁPSULA INTERNA ESQUERDA SEM EFEITO DE MASSA

# TC COLUNA CERVICAL SEM FRATURAS

*Exame com melhora discreta do grau de coma. No momento em GCS 13 (AO 4, RV 3, RM 6).*

1.	Dieta branca assistida (sabores)	- gvt.
2.	SF0,9% 1000ml + Glic50% 50ml IV 8/8hs	- 4/2/06.
3.	Ranitidina 2ml + ABD IV 8/8hs	- 5/1.
4.	Dipirona 1 amp EV 6/6h S/N	- 5/1.
5.	Plasil 1 amp EV 8/8h S/N	- 5/1.
6.	Fenitoína 2ml + ABD IV 8/8hs	- 5/2, 06.
7.	Cabeceira elevada	- at.
8.	Máscara de O2 5l/min	- at.
9.	Fisioterapia motora	- at.
10.	SSVV	- RT.
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		

Dr. Timóteo Almeida  
Neurocirurgião Almeida  
CRM-RN 8532

ANEXO  
27 AGO 2018

**HOSPITAL REGIONAL TARCISO DE VASCONCELOS MATA**  
**LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS E MICROBIOLOGICAS**  
 Rua Presidente e/n - 06884 3315 3391

2-21

Paciente: ROGIVALDO SEVERINO DA COSTA  
 Idade: 20 Anos

Ficha: 00161089/01  
 Data: 05/09/2016 10:52  
 Posto: GERAL  
 Convenio: PGM 01

Material: SANGUE  
 HEMOGRAFIA COMPLETO

Referencias

**ERITROGRAMA:**

Hematórito	39 %	( 35 a 60 )
Hemoglobina	13,10 g/dL	( 11,00 a 19,00 )
Hemácias	4,50 milhares/mm <sup>3</sup>	( 4,50 a 6,50 )
Volume Corpuscular Médio (VCM)	86 fl	( 80 a 92 )
Hemoglobina Corp. Média (HCM)	29 pg	( 27 a 31 )
Concentração Hemoglobina (CHCM)	33 %	( 33 a 37 )
RDW	13,7 %	( 10,0 a 15,0 )

**LEUCOCRIMA:**

Leucócitos	7.400 /mm <sup>3</sup>	%	/mm <sup>3</sup>	( 4.000 a 10.000 )
Basófilos	0 %	0/mm <sup>3</sup>	0 a 1	0 a 100
Eosinófilos	1 %	74/mm <sup>3</sup>	2 a 5	80 a 500 *
Mielócitos	0 %	0/mm <sup>3</sup>	0 a 0	0 a 0
Metamielócitos	0 %	0/mm <sup>3</sup>	0 a 1	0 a 100
Bandas	0 %	0/mm <sup>3</sup>	3 a 5	120 a 500 *
Segmentados	70 %	5.180/mm <sup>3</sup>	54 a 122	2.160 a 6.200 *
Linfócitos	26 %	1.924/mm <sup>3</sup>	20 a 36	800 a 3.500
Monócitos	3 %	222/mm <sup>3</sup>	3 a 9	120 a 800
PLAQUETAS	159.000 /mm <sup>3</sup>			( 150.000 a 400.000 )

**HEMATOSCOPIA:**

Normocitose com saturação hemoglobinica normal.  
 Plaquetas morfo e numericamente normais.  
 Leucócitos sem alterações morfológicas.

BC-3000 Plus mindray

Data de Emissão: 05/09/2016

Dr. JOAO VIEIRA OFE/1147  
 Dr. FABRICIO FRANCA OFE/2999

ARQUIVADO  
SEGURAS  
27 AGO 2018

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MATA  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS E MICROBIOLOGICAS  
Rua Projeta da s/n - 09884 3315 3381

Paciente: ROSTIVALDO SEVERINO DA COSTA  
Idade : 20 Anos

Fiche:00161089/02  
Data:05/09/2016 10:52  
Posto:GERAL  
Convenio:PSM 01

Material: SANGUE  
URÉIA

Referencias

RESULTADO 25 mg/dl ( 10 a 50 )

Método:DINÍTICO-ENZIMÁTICO

Material: SANGUE  
CREATININA

Referencias

RESULTADO 0,9 mg/dl ( 0,7 a 1,3 )

Método: AUTOMÁTICO.

Data de Emissão:05/09/2016

Dr. JOAO VIEIRA OF/1147  
Dr. FAIRICIO TAVARES OF/2309

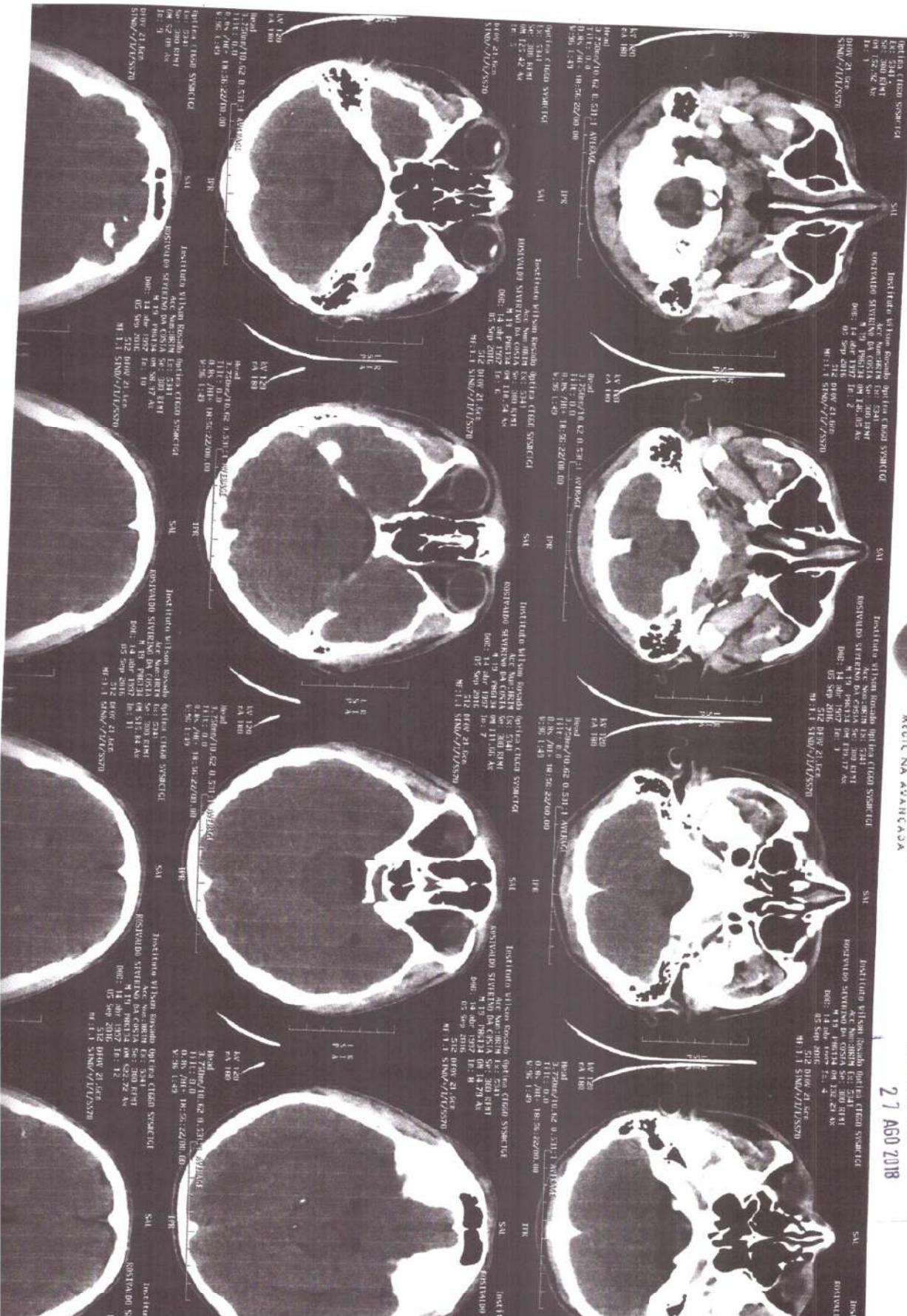
ANUÁNCIO  
SEGURÇA  
27 AGO 2016

 <b>Sistema Único de Saúde</b> Ministério da Saúde		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>							
Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <i>H.R.T.M</i>									
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <i>H.R.T.M</i>		4 - CNES							
Identificação do Paciente		6 - Nº DO PRONTUÁRIO							
5 - NOME DO PACIENTE <i>Kerezinha serviu da costa</i>		7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>710141201317814171914121814</i>		8 - DATA DE NASCIMENTO <i>19/10/1977</i>		9 - SEXO Mesq. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>		10 - RACACOR <i>3</i>	
11 - NOME DA MÃE <i>Kerezinha serviu dos Santos</i>		12 - FONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> Nº DO FONE <input type="text"/>		13 - NOME DO RESPONSÁVEL <i>Betto Bela Vista</i>		14 - FONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> Nº DO FONE <input type="text"/>		15 - ENDERECO (RUA, Nº BAIRRO) <i>Assas</i>	
16 - MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA <i>Assas</i>		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO <i>TRIN</i>		18 - UF <i>16</i>		19 - CEP <i>59600-000</i>			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>doe de resto famox 08</i>									
JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO <i>Mecanismo de obstrução renal-pi</i>									
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Tc de urin. houve cagulada</i>									
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)									
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Tc</i>		24 - CID 10 PRINCIPAL <i>506.9</i>		25 - CID 10 SECUNDÁRIO		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Hospital Regional Tarciso Maia</i>		PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
29 - CLÍNICA <i>NGR</i>		30 - CARTER DA INTERNAÇÃO <i>Lymex</i>		31 - DOCUMENTO ( <input type="checkbox"/> ) CNS    ( <input type="checkbox"/> ) CPF		32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Caio Cesar Albuquerque de Paiva</i>		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>04/09/16</i>		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)									
36 - ( <input type="checkbox"/> ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - Nº DO BILHETE		41 - SÉRIE			
37 - ( <input type="checkbox"/> ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO									
38 - ( <input type="checkbox"/> ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA		44 - CBOR			
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA		<input type="checkbox"/> EMPREGADO    ( <input type="checkbox"/> ) EMPREGADOR    ( <input type="checkbox"/> ) AUTONÔMO    ( <input type="checkbox"/> ) DESEMPREGADO		<input type="checkbox"/> APOSENTADO		<input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		AUTORIZAÇÃO		47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
48 - DOCUMENTO ( <input type="checkbox"/> ) CNS    ( <input type="checkbox"/> ) CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				<i>ANUANH SEGUROS 27 AGO 2016</i>			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)							

 <b>Sistema</b> <b>Mirimário</b> <b>Único de</b> <b>Saúde</b> <b>da</b> <b>Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>			
Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES		4 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <i>H.R.T.M</i>					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <i>H.R.T.M</i>					
Identificação do Paciente		6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
5 - NOME DO PACIENTE <i>Roseli Soete serviu na lista</i>		7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>71016121013171214171914121814</i>		8 - DATA DE NASCIMENTO <i>19/10/1971</i>	
11 - NOME DA MÃE <i>Terezinha Soete dos Santos</i>		9 - SEXO <i>Meia [ ] Fem. [ ] 3</i>		10 - RACIA/GOR <i>[ ]</i>	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL <i>Betina Bala Vista</i>		12 - TELEFONE DE CONTATO <i>DDD [ ] Nº DO TELEFONE</i>		14 - TELEFONE DE CONTATO <i>DDD [ ] Nº DO TELEFONE</i>	
15 - ENDERECO (RUA, N° BAIRRO) <i>Alves</i>		16 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO <i>TRINT</i>		16 - UF <i>[ ]</i>	
18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Alves</i>		16 - CEP <i>[ ]</i>		16 - OMBR <i>[ ]</i>	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO					
<i>Mal de resto</i> <i>playas 29</i>					

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
<i>Alvezido de dor no abdômen</i>					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
<i>TC de abdômen com enigma hepática</i>					
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>TCE</i>		24 - CID 10 PRINCIPAL <i>S06.8</i>		25 - CID 10 SECUNDÁRIO	
				26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Internação hospitalar da TCE para</i>					
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
29 - CLÍNICA <i>NYL</i>					
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>Urgente</i>					
31 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF					
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Caio Cesar Albuquerque de Paiva</i>					
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>04/09/16</i>					
35 - ASSINATURA E CRÉDITO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO 37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO 45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO    ( ) EMPREGADOR    ( ) AUTÔNOMO    ( ) DESEMPREGADO    ( ) APOSENTADO    ( ) NÃO SEGURO					
39 - CNPJ DA SEGURADORA 40 - Nº DO BILHETE 41 - SÉRIE 42 - CNPJ EMPRESA 43 - CNAE DA EMPRESA 44 - CBOR					
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
AUTORIZAÇÃO					
47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR					
48 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF					
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
51 - ARMAZENAMENTO					
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					

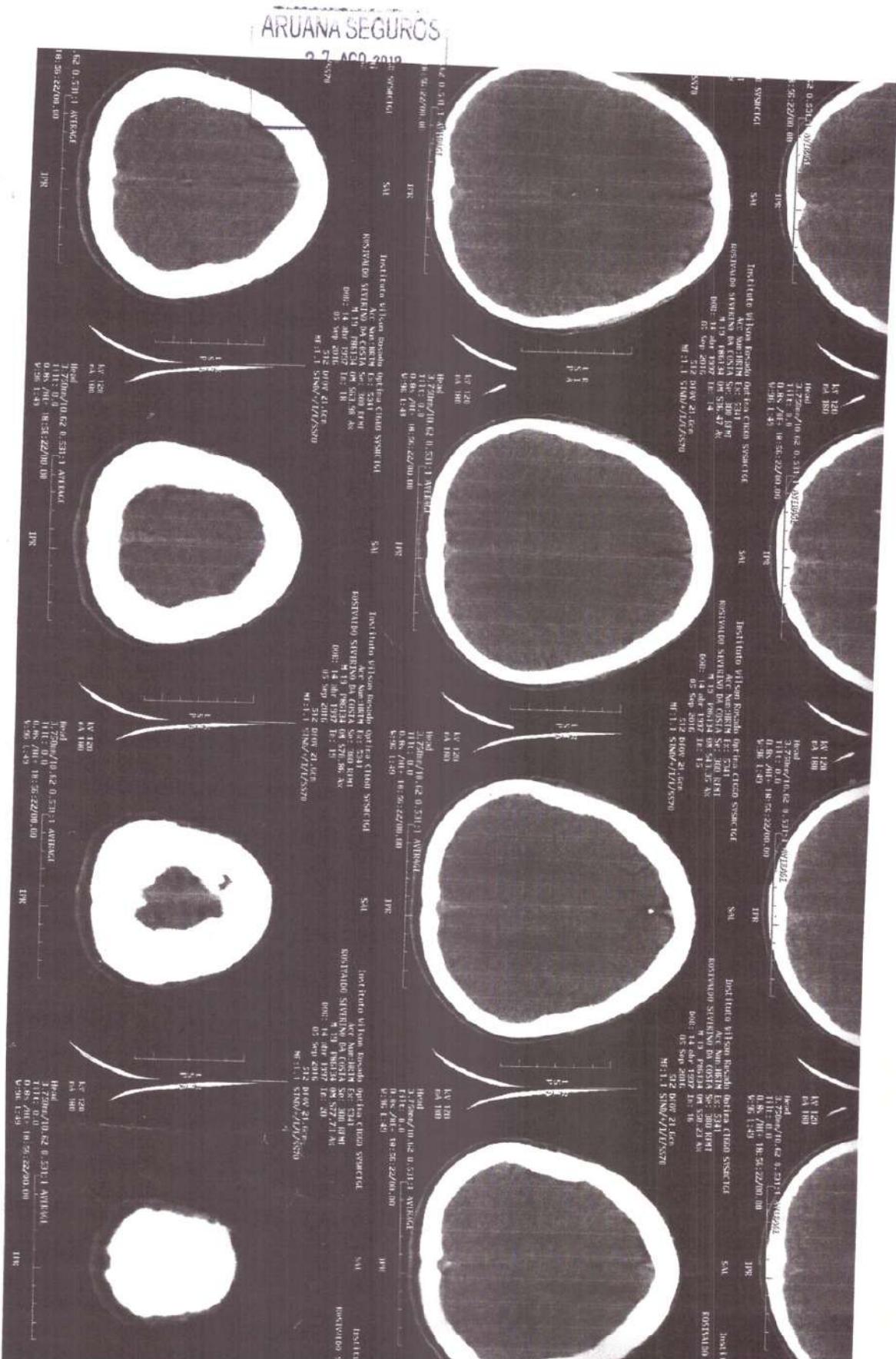


**INSTITUTO  
WILSON ROSADO**

ARUANA SEGUROS

Num. 34884905 - Pág. 3

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA  
<https://pj.e.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=1811221040516070000033713030>  
Número do documento: 1811221040516070000033713030





**INSTITUTO**  
WILSON ROSADO  
MEDICINA AVANÇADA

PACIENTE: ROSIVALDO SEVERINO DA COSTA  
DATA: 04/09/2016

CÓDIGO :86071

MÉDICO SOLICITANTE: DIOGO RAFAEL G. A. DE MENESES  
CONVÊNIO: TARCÍSIO MAIA

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRÂNIOENCEFÁLICA

### Técnica:

Foram realizados cortes tomográficos computadorizados no plano axial em aparelho multislice possibilitando reformatações multiplanares, sem o uso de contraste endovenoso.

### Os seguintes aspectos foram observados:

Hematoma subgaleal frontal direito, medindo 1,0 cm de espessura.  
Traços de fratura na parede póstero lateral do seio maxilar direito.  
Focos de contusões hemorrágicas intraparenquimatosos localizados na região núcleo-capsular esquerda.  
Demais regiões do parênquima encefálico com morfologia e atenuação normais.  
Sistema ventricular de morfologia e dimensões conservadas.  
Sulcos corticais e cisternas basais com aspecto preservado.  
Linha média centrada.  
Cerebelo e estruturas da fossa posterior preservado.

### Opinião:

Hematoma subgaleal frontal direito.  
Traços de fratura na parede póstero lateral do seio maxilar direito.  
Focos de contusões hemorrágicas intraparenquimatosos localizados na região núcleo-capsular esquerda.

**Como achado adicional:** Discreta sinusopatia inflamatória crônica maxilo-ethmoidal bilateral.

Aluizio de Oliveira Neto  
CRM: 6038



**INSTITUTO**  
**WILSON ROSADO**  
MEDICINA AVANÇADA

PACIENTE: ROSIVALDO SEVERINO DA COSTA  
DATA: 04/09/2016

CÓDIGO :86071

MÉDICO SOLICITANTE: DIOGO RAFAEL G. A. DE MENESES  
CONVÊNIO: TARCÍSIO MAIA

### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL

#### **TÉCNICA**

Realizado estudo tomográfico computadorizado da coluna cervical nos segmentos de C1 a C7 com técnica helicoidal, reconstruções multiplanares e tridimensionais, sem administração de meio de contraste iodado intravenoso.

#### **DESCRIÇÃO:**

Transição crânio cervical preservada.

Retificação da curvatura cervical fisiológica na posição do exame.

Corpos vertebrais com altura, morfologia e alinhamento posterior preservados.  
Discreta redução do espaço discal de C7-T1.

Pequenas protruções discais póstero centrais em C6-C7 e C7-T1, impressionando a face ventral do saco dural.

Articulações interapofisárias e uncovertebrais preservadas.

Estruturas intra-raquianas de morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Musculatura paravertebral cervical preservada.

#### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

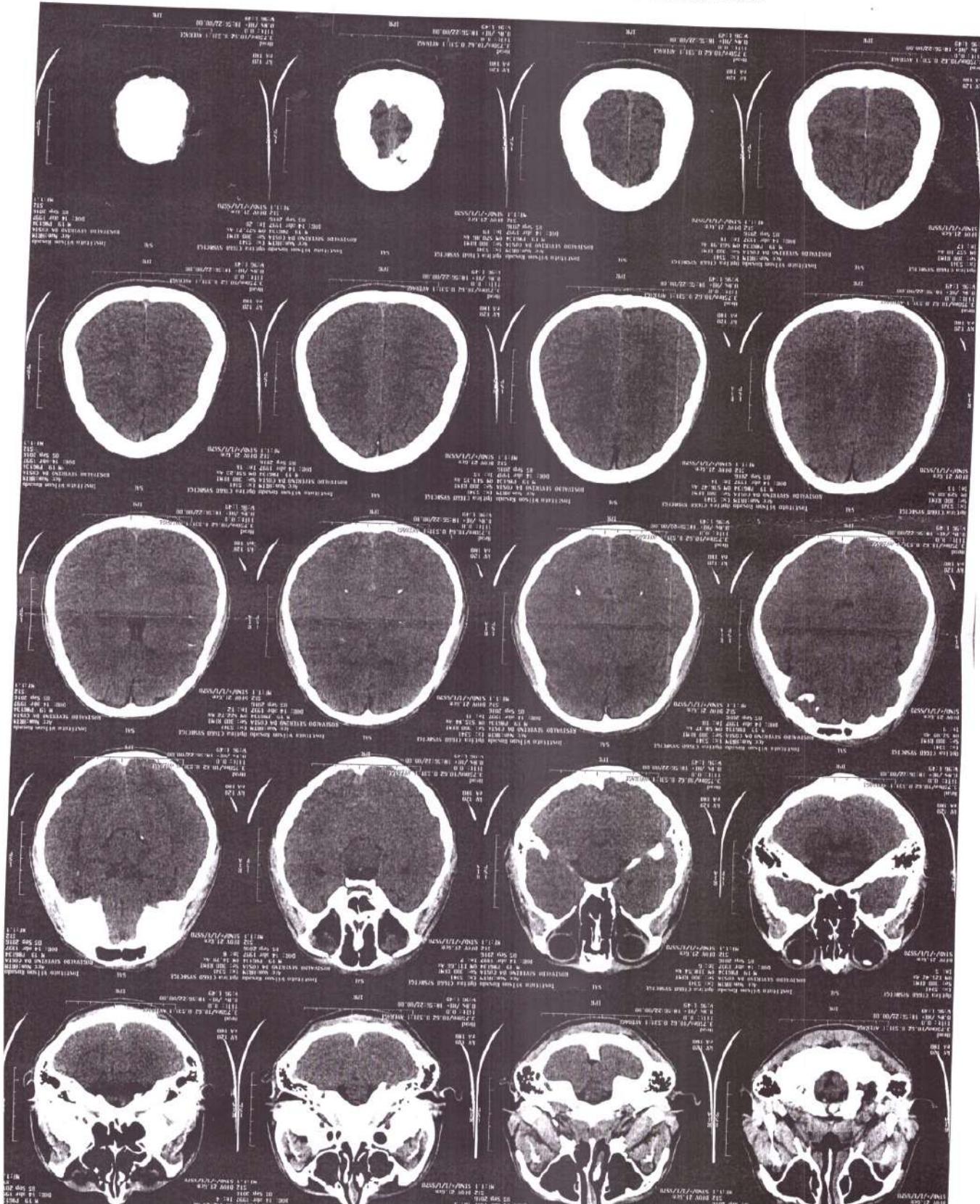
Discreta redução do espaço discal de C7-T1.

Pequenas protruções discais póstero centrais em C6-C7 e C7-T1, impressionando a face ventral do saco dural.

Aluizio de Oliveira Neto

CRM: 6038

INSTITUTO WILSON ROSADO - MOSSORÓ/RN B4 3323.8551/3323.8554



**SINISTRO 3180395741 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA** ROSIVALDO SEVERINO DA COSTA  
**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**  
ARUANA SEGURADORA S/A

**BENEFICIÁRIO** ROSIVALDO SEVERINO DA COSTA  
**CPF/CNPJ:** 70518088421

**Posição em 22-09-2018 08:48:38**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

<b>Data do Pagamento</b>	<b>Valor da Indenização</b>	<b>Juros e Correção</b>	<b>Valor Total</b>
18/09/2018	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

0801770-62.2018.8.20.5100

DR. LUIZ CARLOS, 230, Fórum da Justiça Estadual, NOVO HORIZONTE, AÇU - RN - CEP: 59650-000

Processo: 0801770-62.2018.8.20.5100

Ação:PROCEDIMENTO COMUM (7)

Autor:AUTOR: ROSIVALDO SEVERINO DA COSTA

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

D E S P A C H O

Defiro momentaneamente o requerimento de assistência judiciária gratuita, ante a afirmação da parte requerente ser necessitada de assistência judiciária e de achar-se em condição de pobreza jurídica, sob as penas da lei e de pagamento do décuplo das custas judiciais, na forma do disposto no art. 5º, LXXIV, da CF, art. 98 do CPC/2015 e dos arts. 2º, § único, e 4º, § único, da Lei de Assistência Judiciária Gratuita (Lei nº 1.060/50).

Considerando ser improvável a realização de conciliação neste caso, deixo de aprazar audiência de conciliação e, por ser premente a necessidade de realização de perícia médica judicial à análise do meritum causae, defiro, desde já, a produção da prova.

Cite-se a seguradora-ré para, querendo, apresentar resposta no prazo de 15 (quinze) dias, devendo carrear aos autos cópia integral do procedimento administrativo respectivo ao sinistro narrado na exordial, manifestando-se, ainda, quanto à eventual ocorrência de prescrição, litispendência e coisa julgada no caso sob análise, sob pena de revelia. Deverá, nessa mesma oportunidade, se assim desejar, apresentar quesitos técnicos respectivos à perícia judicial, bem como nomear seu assistente técnico.

Com a defesa, intime-se a parte autora, por seu advogado, para apresentar réplica à contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, devendo, ainda, apresentar sua quesitação pericial e nomear o respectivo assistente técnico, se assim desejar.

Ultrapassadas tais etapas, em atenção à celeridade processual, procedo à nomeação do médico Dr. Eduardo Chagas Carvalho, CRM/RN nº. 6860, CPF/MF nº. 030352564-97, RG nº. 2381637 SSP/PB, residente e domiciliado à Rua Padre

Sandoval Ferrer, 380, Cento, São Bento/PB. Dados bancários: Banco do Brasil, agência 1134-7 e conta corrente nº. 13085-0, cuja aceitação do encargo deu-se mediante o comparecimento espontâneo ao Fórum desta Comarca.

Ato contínuo, determino o aprazamento da perícia médica pela Secretaria Judiciária, devendo as partes serem intimadas com no mínimo 20 (vinte) dias de antecedência, salientando-se que a eventual ausência da parte autora deve ser comprovadamente justificada, sob pena do prosseguimento do feito sem a produção da prova.

Nesse aspecto, determino que a intimação da parte autora dar-se-á pessoalmente, por carta ou mandado, dirigido ao endereço constante em seu comprovante de residência, e por intermédio de seu advogado constituído.

Após a realização da perícia judicial, o laudo médico deverá ser apresentado pelo perito no prazo de 20 (vinte) dias.

Apresentado o laudo, conforme Convênio celebrado entre o Tribunal de Justiça deste estado e a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, em que houve a fixação dos honorários periciais no valor de R\$200,00 (duzentos reais), intime-se a seguradora-ré para que, no prazo de 10 (dez) dias, providencie o pagamento dos honorários referentes à pauta integral do dia aprazado, devendo a Secretaria Judiciária elaborar uma lista descriptiva tanto daquelas efetivamente realizadas, como também dos ausentes.

Frise-se que o depósito judicial abrange o valor total das perícias feitas, sendo necessário apenas uma guia de pagamento para tanto, em atenção à economia e celeridade processual.

Feito o pagamento, deve a Secretaria Judiciária juntar a cada processo cópia da lista referida e do respectivo comprovante de depósito, expedindo alvará judicial para levantamento pelo perito em seguida.

Nessa mesma oportunidade, intimem-se as partes para, no prazo comum de 10 (dez) dias, manifestarem-se, requerendo o que entenderem de direito. Havendo impugnação à prova, intime-se o perito judicial para que, também no prazo de 10 (dez) dias, apresente os esclarecimentos que julgar pertinentes.

Com a manifestação do profissional, intimem-se as partes para que, no prazo comum de 10 (dez) dias, tomem ciência da resposta.

Cumpridas as diligências ora determinadas em sua integralidade, voltem-me conclusos para sentença.

Publique-se.

Assu/RN, 22 de novembro de 2018

DIEGO DE ALMEIDA CABRAL

Juiz(a) de Direito

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