



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	
ROSIVALDO SEVERINO DA COSTA (AUTOR)		CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34884704	22/11/2018 10:42	01. Documentos	Documento de Comprovação
34884750	22/11/2018 10:42	02. Documentos	Documento de Comprovação
34884796	22/11/2018 10:42	03. Documentos	Documento de Comprovação
34884905	22/11/2018 10:42	04. Documentos	Documento de Comprovação
34894141	22/11/2018 15:22	Despacho	Despacho



Caio César Albuquerque de Paiva
OAB/RN 10.407

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

(nome) Rosivaldo Severino da Costa
brasileiro(a), (estado civil) solteiro, (profissão) Autônomo,
portador(a) da cédula de identidade nº 003.491.193, inscrito(a) no CPF/MF
sob o nº 705.180.884-21, residente e domiciliado na
AV-Profeta Walter de São Lúcio
531 Bairro Novo Horizonte, Cidade Assis, 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 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.

Ass / R, 09 de abril de 2018.

Rosivaldo Severino da Costa
Outorgante

Rua Pedro Velho, 119, Santo Antônio, Mossoró/RN, CEP 59.611-010.
Caio Paiva (94) 96608-4168 / 99608-3753 - E-mail: caio.paiva@adv.br

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu Rosevaldo Severino da Costa
Brasileiro Estado civil: solteiro Profissão: Autônomo RG nº
003.491.193 E CPF: 705.180.884-21 residente e domiciliado na Rua
Av. Prof. Walter de Sá Leão N° 531 Bairro: Novo Horizonte
Cidade Nova /RN CEP: 59650-000.


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.

Assinatura de 09 de outubro de 2016

Rosevaldo Severino da Costa



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO		ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE	
 <p>ROSIVALDO SEVERINO DA COSTA FILIAÇÃO: ETELMÍDIO SEVERINO DA COSTA NASCIMENTO: 14/04/1957 SEXO: MASCULINO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO NATURALIDADE: ACU - RN DOCUMENTO: C 1 003491192 21/05/2013 SSP/RS RN LEI Nº 9.049, DE 19 DE MAIO DE 1995 CPF: 705.180.894-21 TIT. ELEITOR: CNH SEÇÃO: ZONA: LOCAL/ DATA DE EMISSÃO: GRTE MOSSORÓ/RN - 30/07/2014 ASSINATURA DO EMISSOR</p>		<p>FILIAÇÃO: DATA DE NASC. DE DOCUMENTO: NOME: DOCUMENTO: NOME: DOCUMENTO: NOME: DOCUMENTO: LEGENDA 03</p>	

Vigo o Visto

TRABALHADOR	MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
<p>Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.015 de 29.10.1930 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 3452 de 01.05.1913 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.</p> <p>Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a concessão da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro-desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.</p> <p>O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.</p> <p>Pela sua importância, o seu valor protege-la e cuidar-la, pois além de conter registro de sua vida profissional ela garante a preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribuindo para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade também como</p>	<p>CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL</p> <p>PIS / PASEP 201.80369.33-9</p> <p>NÚMERO 6872750 SÉRIE 0040 RN</p> <p><i>Rosivaldo Severino da Costa</i></p> <p>ASSINATURA DO TITULAR</p> <p>POLEGAR DIREITO</p>

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR			
GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH	DIABETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	HEMOFILIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
DOADOR DE ÓRGÃOS (LDC, n. 879 de 12 de julho de 1993) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
CARTEIRAS ANTERIORES			
NÚMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO
NÚMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO
NÚMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO
NÚMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO

06

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPRESA	02.423.941/0001 - 63
COLOCAT	D. A. DE MEDEIROS - ME
ENDEREÇO	Sítio Martins, S/N Zona Rural
MUNICÍPIO	CEP - 59.650 - 000
ESP. DO ESTABELECIMENTO	ASSÚ / RN
CARTEIRO	Assuanti
DATA DE ADMISSÃO	03 de setembro de 2014
RECEBIM.	06
REAJUSTAGEM ESPECIALIZADA	R\$ 744,00 (setecentos e quarenta e quatro reais)
Danúbio Almeida de Medeiros CPF: 828.257.694 - 87 Titular	
DATA DE SAÍDA	
COM. DISPONIBILIDADE	
RAZÃO DA TONIA	

07

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS			
NOME DO TITULAR			
REGISTRADO EM	SOB. N.	LIVRO N.	
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	DATA	MUNICÍPIO / ESTADO / PAÍS	
REGISTRADO EM	SOB. N.	LIVRO N.	
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	DATA	MUNICÍPIO / ESTADO / PAÍS	
REGISTRADO EM	SOB. N.	LIVRO N.	
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	DATA	MUNICÍPIO / ESTADO / PAÍS	

CONTRATO DE TRABALHO	CONTRATO DE TRABALHO
EMPREGADOR.....	EMPREGADOR.....
OCCUPÇÃO.....	OCCUPÇÃO.....
ENDEREÇO.....	ENDEREÇO.....
MUNICÍPIO.....UF.....	MUNICÍPIO.....UF.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	ESP. DO ESTABELECIMENTO.....
CARGO.....	CARGO.....
CBO Nº.....	CBO Nº.....
DATA DE ADMISSÃO.....DE.....DE.....	DATA DE ADMISSÃO.....DE.....DE.....
REGISTRO Nº.....R.S. / FICHA.....	REGISTRO Nº.....R.S. / FICHA.....
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....	REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....
.....
DATA DE SAÍDA.....DE.....DE.....	DATA DE SAÍDA.....DE.....DE.....
.....
FORM. DEMISSÃO CD Nº.....	FORM. DEMISSÃO CD Nº.....
R.G.B. Nº DA CONTRATAÇÃO.....	R.G.B. Nº DA CONTRATAÇÃO.....
10	11

CONTRATO DE TRABALHO	CONTRATO DE TRABALHO
EMPREGADOR.....	EMPREGADOR.....
OCCUPÇÃO.....	OCCUPÇÃO.....
ENDEREÇO.....	ENDEREÇO.....
MUNICÍPIO.....UF.....	MUNICÍPIO.....UF.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	ESP. DO ESTABELECIMENTO.....
CARGO.....	CARGO.....
CBO Nº.....	CBO Nº.....
DATA DE ADMISSÃO.....DE.....DE.....	DATA DE ADMISSÃO.....DE.....DE.....
REGISTRO Nº.....R.S. / FICHA.....	REGISTRO Nº.....R.S. / FICHA.....
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....	REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....
.....
DATA DE SAÍDA.....DE.....DE.....	DATA DE SAÍDA.....DE.....DE.....
.....

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: _____

EMPREGADO: _____

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____

ESTADO: _____

CARGO: _____

DATA DE ADMISSÃO: _____

DATA DE RESCISÃO: _____

VALOR DE SALÁRIO: _____

VALOR DE DESPESA: _____

VALOR DE CONTRIBUIÇÃO: _____

VALOR DE OUTROS: _____

VALOR TOTAL: _____

EMPREGADOR: _____

EMPREGADO: _____

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____

ESTADO: _____

CARGO: _____

DATA DE ADMISSÃO: _____

DATA DE RESCISÃO: _____

VALOR DE SALÁRIO: _____

VALOR DE DESPESA: _____

VALOR DE CONTRIBUIÇÃO: _____

VALOR DE OUTROS: _____

VALOR TOTAL: _____

CONTRATO DE TRABALHO

CONTRATO DE TRABALHO

CONTRATO DE TRABALHO		ALTERAÇÕES DE SALÁRIO	
EMPREGADOR..... CÓDIGO CE..... ENDEREÇO..... MUNICÍPIO..... UF..... END. DO ESTABELECIMENTO..... CARGO..... CÓD. N°..... DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE..... REGISTRO N°..... R\$..... SALÁRIO INICIAL..... DATA DE VÍCIO..... DE..... COM. DEFESA COT..... FOT. DA CÍVIL.....	AUMENTADO EM 01/01/15 PARA R\$ 810,00 MOTIVO reajuste x AUMENTADO EM 01/01/16 PARA R\$ 890,00 MOTIVO reajuste z AUMENTADO EM 01/04/16 PARA R\$ 1.000,00 MOTIVO Alt. fun. z AUMENTADO EM 01/07/17 PARA R\$ 950,00 MOTIVO Alt. fun. z AUMENTADO EM..... PARA R\$..... MOTIVO..... AUMENTADO EM..... PARA R\$..... MOTIVO..... AUMENTADO EM..... PARA R\$..... MOTIVO..... AUMENTADO EM..... PARA R\$..... MOTIVO.....		

16
17

CONTRATO DE TRABALHO		CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR..... CÓDIGO CE..... ENDEREÇO..... MUNICÍPIO..... UF..... END. DO ESTABELECIMENTO..... CARGO..... CÓD. N°..... DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE..... REGISTRO N°..... R\$..... SALÁRIO INICIAL..... DATA DE VÍCIO..... DE.....	EMPREGADOR..... CÓDIGO CE..... ENDEREÇO..... MUNICÍPIO..... UF..... END. DO ESTABELECIMENTO..... CARGO..... CÓD. N°..... DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE..... REGISTRO N°..... R\$..... SALÁRIO INICIAL..... DATA DE VÍCIO..... DE.....		

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOZ, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20056199-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

IRANILDO RODRIGUES PINTO

CPF: 828.778.404-25

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV PREFEITO WALTER DE SA LEITAO 531
CONJ FELIZ ASSU PRA VOCE

NOVO HORIZONTE/AREA URBANA
59959-000 ASSU RN

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

DATA DE VENCIMENTO

27/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

20/07/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

20/07/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

009807695

Série: U

CONTA CONTRATO

000851304690

Nº DO CLIENTE

3000459750

Nº DA INSTALAÇÃO

0000019249

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

8918.77AE.08CA.2888.9895.BC49.C796.BB49

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,21388693	6,41
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,36863400	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-Parcela Subvencionada			6,37
TOTAL DA FATURA			54,40

Comunicar os o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencido	De Receb	Valor
03/07/18	20/07/18	52,81

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, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh	0,18151450
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,37688200
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,41512300

HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
JUL 18	113
JUN 18	109
MAI 18	115
ABR 18	124
MAR 18	118
FEV 18	136
JAN 18	105
DEZ 17	103
NOV 17	116
OUT 17	110
SET 17	94
AGO 17	101
JUL 17	66

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	16,45	37,37
Transmissão	2,12	4,88
Distribuição (Cosern)	10,33	23,08
Recargas Setoriais	1,53	3,52
Tributos	10,51	24,42
TOTAL	43,44	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
43,44	18,00	7,81	43,44	1,15	0,49	43,44	5,33	2,31

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MÊDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
0000000216019388	CAT	21/06/2018 2.336,00	20/07/2018 2.449,00	30	1.000,00	0,00	113,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LBTURA: 21/08/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM	MÉDIA ANUAL
em mil/2018					
DCR-Nº de horas sem Energia	ACU	0,00	5,43	10,86	21,73
RC-Nº de vezes sem Energia		0,00	3,30	5,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,11	6,00	9,00
DCR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DCR: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 13,96					
Todo Consumidor pode solicitar a aplicação dos indicadores DCR, PFC, DMIC e DCRU a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Ana Cristina de Freitas Nykier: av João Batista Lacerda Montenegro 240, centro / g f 1 peixoto frios me: rua coronel emílio dantas da silveira, bela vista Lista completa em www.cosern.com.br

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 www.aneel.gov.br.

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 Nº 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.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000851304690	07/2018	0,00	27/07/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitura ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLICIAMENTO DO INTERIOR
COMANDO DE POLICIAMENTO REGIONAL I
1ª COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLÍCIA MILITAR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 302, 2016

I - DADOS REFERENTES A OCORRÊNCIA:

DATA DO FATO	HORA DO FATO	VTR	DESCRIÇÃO (NATUREZA)	CMT
03/09/2016	21:00	GTO	ACIDENTE DE TRÂNSITO	SOIS
ENDEREÇO	RN 010, ASSU/RN.			HORA INÍCIO
				HORA TÉRMINO

II - DADOS REFERENTES AS PESSOAS ENVOLVIDAS NA OCORRÊNCIA

ENVIADO	<input type="checkbox"/> ACUSADO	NOME	ROSAVALDO SEVERINO DA COSTA	SEXO	MAS.	IDADE	18	CPF	705180884-2
	<input checked="" type="checkbox"/> VITIMA	PAI	ETELMÍRIO SEVERINO DA COSTA	MÃE	TEREZINHA SERRA DOS SANTOS				
ENVIADO	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA	IDENTIDADE	003.941.153	O EXPEIDOR	SSP/RN	PROFISSÃO	AGRICULTOR	ESTADO CIVIL	SOLTEIRO
	<input type="checkbox"/>	ENDEREÇO	AV. PREFEITO WALTER DE SA LEITÃO, 31, COJ. FELIX ASSU/RN.						
ENVIADO	<input type="checkbox"/> ACUSADO	NOME		SEXO		IDADE		CPF	
	<input type="checkbox"/> VITIMA	PAI		MÃE					
ENVIADO	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA	IDENTIDADE		O EXPEIDOR		PROFISSÃO		ESTADO CIVIL	
	<input type="checkbox"/>	ENDEREÇO							
ENVIADO	<input type="checkbox"/> ACUSADO	NOME		SEXO		IDADE		CPF	
	<input type="checkbox"/> VITIMA	PAI		MÃE					
ENVIADO	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA	IDENTIDADE		O EXPEIDOR		PROFISSÃO		ESTADO CIVIL	
	<input type="checkbox"/>	ENDEREÇO							

III - HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

REALIZAVAMOS O PATRULHAMENTO RURAL PRÓXIMO À CIDADE DO ASSU, COMPARECEMOS AO LOCAL DO FATO, ONDE A VITIMA NO MOMENTO DO ACIDENTE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA FOR 100, 2008/2008, PRETA, PLACA MEL 6835, EM NOME DE VANDSON ALFREI 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 ASSU.

IV - OBJETOS CUSTODIADOS/RECOLHIDOS/APREENDIDOS

RAO ☒ SIM ☐ NÃO ☐ ESPECIAL



3º Ofício de Notas

3º Ofício de Notas
Travessa Dr. Pedro Amorim, 132
Centro-Assu/RN - (84) 3331-2906

Núbia Maria de Medeiros Fontes
Téc. 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. Assu/RN, 01-agosto-2018.

Watson Alexandre de Medeiros Fontes
Subst. (Autenticado(a))
Valido somente com selo de autenticidade.

OS OBJETOS ENFERMADOS ANTERIORMENTE POR ENTREGUES:

☐ NA TIP ☐ VITIMA ☐ AO PROPRIETÁRIO
☐ OUTROS

ROTE E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NOME

ASSINATURA

DATA

DATA DO REGISTRO: 03/09/2016

NOME E NÚMERO RECEBE DO POLICIAL MILITAR

V - DESECHIO DA OCORRÊNCIA

☐ PLACANTE DELITO ☐ CONSECUÇÃO DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA NA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL ☐ OUTROS ESPECIAL
☐ TERMO CIRCUNSTANCIADO DE OCORRÊNCIA ☐ ENCAMINHAMENTO AO CONSELHO TUTELAR
☒ CONSECUÇÃO ARREMAN DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA ☐ RESOLUÇÃO LOCAL

VI - CAMPO EXCLUSIVO PARA PREENCHIMENTO DA POLÍCIA CIVIL EM CASOS NECESSÁRIOS

ARILIANA SEGUROS

27 AGO 2016



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 Selerino da Costa, 23 anos,
foi atendido(a) pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência -
SAMU 192/RN, da cidade de Assú-RN, no dia 03/05/2018, no endereço,
na estrada do ponto pinto 256,
paciente vítima de Queda de moto.

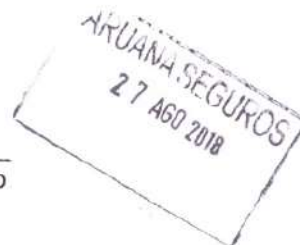
Assú, 05 de junho de 2018.

Atenciosamente,

p/

Maria da Conceição Barbalho
Enfermeira
COREN/RN 412.207

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





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

Nº 100.039

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: Rosivaldo Severino da Costa Idade: 19 DN: 14/04/97
Estado Civil: S () C () V () D () Profissão
Rua, Av.: Sítio Bela Vista Foto Bairro: Z. Nova
Fone: Cidade: Assu UF: RN
Est. Z. Teodoro Severino Mãe: Terezinha Gregia dos Santos
Data: 03/09/2016 Hora: 02:10 Cartão:

• QUEIXA PRINCIPAL: ☒ Acidente de Trânsito () Acidente de Trabalho () Agressão

Qual o motivo?

Recebeu um golpe de cano no pé direito
quando estava andando

• HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HDA)

• EXAME FÍSICO:

PA: 120 x 80 mmHg - FC: 70 bpm - FP: 5/96%
ppm - FR: 18 ipm - TEMP: °C - Peso: Kg

P. V. ou em repouso

Respiração normal

C. R. R. ou S. R.

P. C. S. R.

C. C. ou em repouso

• HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S) (HD)

Fratura de cano

• EXAMES SOLICITADOS:

HOSPITAL REGIONAL NELSON INÁCIO DOS SANTOS
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME/ASSU

ARUANA SEGUROS
27 AGO 2018

m^o 1100.039

HOSPITAL REGIONAL NELSON INACIO DOS SANTOS
ESTA CONFORME O ORIGINAL
RAME/ASSU

[illegible][illegible]

* DIAGNOSTICO(S) DEFINITIVO(S)

DESTINO DO PACIENTE:

☐ Alta Hospitalar ☐ Transferência ☐ Internação ☐ Outros

2016

Em:

ATUANA SEGUROS
27 AGO 2018



NOME: Renato de Jesus do Santos SEXO: M IDADE: 19
 ENDEREÇO: _____
 PROFISSÃO: _____
 ACOMPANHANTE: M^{te} Neidegarites ENTRADAS AS 22:10 DATA: 03/09/16
(T. da Silva) SAÍDA: 04/09/16 HORA: 00:15

Assinatura do Médico, carimbo



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

REGISTRO N°

2572488

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: Basílio Severino do casto

Profissão:

D. N. 14/04/1997 Idade:

Endereço: Rua: Sítio Bulo Vista

Cartão SUS n° 2002037 3149/1284

Cidade: Assu

Bairro:

Filiação: Mãe:

U.F. RN Fone:

Pai:

Data: 04/09/16

Hora: 01:17

A.C.C.R.:

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

Acidente de trânsito

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME-MOSSORÓ
04/09/16
SAME-ARQUIVO

2 - EXAME FÍSICO

Torçao

ANUVA SEGUROS
27 AGO 2016

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

Politrauma

4 - CONDUÇÃO MÉDICA

Data: / /

Hora: :

NGP - 09/09 15:30
 Estado de saúde satisfatório com sinais
 vitais estáveis, sinais vitais
 (pressão arterial 120/80 mmHg, frequência cardíaca 70 bpm, saturação de oxigênio 98%)
 - TC com contraste normal.

5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO	VIA	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
	Risfun - 500mg - 2x/dia			
	Ev. 2x/dia			
	- Voltaren - 750mg			
	Damp			

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S)

7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

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

Observações:

NGP

ARMARINHA SEGUROS
 27 AGO 2018

**HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA**

PACIENTE: Rosivaldo
DIAGN: LAD
DI: 4/9/16
DATA: 5/9/16

LAD

Paciente evoluindo com melhora clinica discreta.
Sem intercorrências no período, aceitando dieta VO (assistida).
GCS 12 (AO 3, RV 4, RM 5), PUP IFR, hemiparético grau II esquerda. *dieta*

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.	SFO,9% 1000ml EV 12/12h	
3.	Ranitidina 2ml + ABD IV 8/8hs	<i>10/22/06</i>
4.	Dipirona 1 amp EV 6/6h S/N	<i>10/22/06</i>
5.	Plasil 1 amp EV 8/8h S/N	<i>SN</i>
6.	Fenitoína 2ml + ABD IV 8/8hs	<i>SN</i>
7.	Cabeceira elevada	<i>at!</i>
8.	Clexane 40mg SC 1x/dia	<i>10</i>
9.	Fisioterapia motora + ventilatória	<i>?</i>
10.	SSVV + CCGG	<i>at!</i>
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		

ATUARIA SEGUROS
27 AGO 2018

Dr. Timóteo Almeida
Neurocirurgião
CRM-RV 3052

**HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA**

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

LAD

Paciente evoluindo com melhora clinica 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 : *5/ aumento das cisternas*

1.	Dieta branda assistida (sentado)	
2.	SFO,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>Alta hospitalar com orientações +</i>	
12.	<i>retorno a ambulatório.</i>	
13.		
14.		
15.		
16.		

ARQUIVADO
27 ABO 2018

Dr. Lúcio Almeida

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 : *Boa Aspecto, si aumento das contusões*

1.	Dieta branda assistida (sentado)	
2.	SF0,9% 1000ml EV 12/12h	
3.	Ranitidina 2ml + ABD IV 8/8hs	10 DE
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	
9.	Fisioterapia motora + ventilatória	INT (10)
10.	SSVV + CCGG	
11.	<i>ALTA HOSPITALAR CI QUIRURGICAS + ENTRADA AMBULATORIAL.</i>	
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		

Dr. Timóteo Almeida
Neurocirurgião
CRM-RN 8632

ARQUIVADO
27 ABO 2016



EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Ronald Leung

Leito:

[illegible]

PRESCRIÇÃO

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
09/09	<p>① Inib. Z+in</p> <p>2- SR, 1/1. 1000ml + glic 50/ 50ml w 8h</p> <p>3- Inib. Zin + 1000 w 8h</p> <p>4- Inib. Zin + 1000 w 6/6h 5ml</p> <p>5- Plavix Zin + 1000 w 8h 5ml</p> <p>6- Fentans Zin + 1000 w 8h</p> <p>7- Ceftriaxona 1000ml</p> <p>8- Morfina de 10 50/100ml</p> <p>9- FST monitor</p> <p>10- Monitorar de CURENOL GGLAC</p> <p>11- SSB</p>			



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

fernando kellen

IDADE
ENF

Nº REG

LEITO

HISTÓRIA CLÍNICA

Nº 04/09 3.70

Doença do mto. abdominal com apêndice

plano 09, plausíveis, excelsos, tam. plausíveis

TC uai. - bônus de apêndice - CAD

ca - bônus de plausíveis.

CAIO CESAR
ALBUQUERQUE DE PAIVA

ARUANA SEGUROS
27 AGO 2018

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

PACIENTE: Rosivaldo

DIAGN: LAD

DI: 4/9/16

DATA: 4/9/16

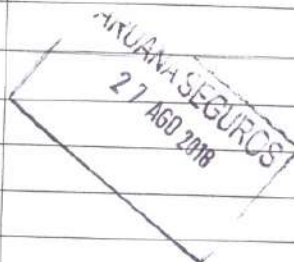
LAD

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.	<i>Dizto Brando Assisção (Sentar)</i>	
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.		



Dr. Timóteo Almeida
Neurocirurgião
CRM 11.462

**HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA**

PACIENTE: Rosivaldo
DIAGN: LAD
DI: 4/9/16
DATA: 5/9/16

LAD

Paciente evoluindo com melhora clinica discreta.
Sem intercorrências no período, aceitando dieta VO (assistida).
GCS 12 (AO 3, RV 4, RM 5), PUP IFR, hemiparético grau II esquerda. *Dieta 150*

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 + ventilação	
10.	SSVV + CCGG	
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		

ANUVA SEGURCS
27 AGO 2016

Caio Cesar Albuquerque de Paiva
CRM-RO 8633

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

DIAGN: LAD

DATA: 4/9/16

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

TC COLUNA CERVICAL SEM FRATURAS

Quociente da medida discreta do bico
cônico. No momento em CCS 13 (AO4, RV3, RM6).

1.	DIETA 3A-DO ASSISTIA (SANTADA)	- at!
2.	SFO,9% 1000ml + Glic50% 50ml IV 8/8hs	- at!
3.	Ranitidina 2ml + ABD IV 8/8hs	- at!
4.	Dipirona 1 amp EV 6/6h S/N	- at!
5.	Plasil 1 amp EV 8/8h S/N	- at!
6.	Fenitoína 2ml + ABD IV 8/8hs	- at!
7.	Cabeceira elevada	- at!
8.	Máscara de O2 5l/min	- at!
9.	Fisioterapia motora	- at!
10.	SSVV	- at!
11.		- at!
12.		- at!
13.		- at!
14.		- at!
15.		- at!
16.		- at!

Dr. Fimóteo Almeida

Neurologia

ARQUIVA SEGUROS
27 AGO 2018

Dr. Timóteo Almeida
Neurocirurgião
CRM-PA 8532

ARJUNA SECURCS
27 AGO 2018

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS E MICROBIOLOGICAS
 Rua Projatada s/n - 08*84 3315 3391

2-21

Paciente: ROSIVALDO SEVERINO DA COSTA
 Idade : 20 Anos

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

Material: SANGUE

HEMOGRAMA COMPLETO

Referencias

ERITROGRAMA:

Hematócrito.....	39 %	(35 a 60)
Hemoglobina.....	13,10 g/dL	(11,00 a 18,00)
Hemácias.....	4,50 milh/cos/mm ³	(4,50 a 6,50)
Volume Corpuscular Médio(VCM).....	84 fL	(80 a 97)
Hemoglobina Corp. Média (HCM).....	29 pg	(27 a 31)
Concentração Hemoglobina(CHCM).....	33 %	(33 a 37)
RDW.....	13,7 %	(10,0 a 15,0)

LEUCOGRAMA:

Leucócitos.....	7.400 /mm ³	(4.000 a 10.000)
Basófilos.....	0 %	0/mm ³ 0 a 1 0 a 100
Eosinófilos.....	1 %	74/mm ³ 2 a 5 80 a 500 x
Mielócitos.....	0 %	0/mm ³ 0 a 0 0 a 0
Metamielócitos.....	0 %	0/mm ³ 0 a 1 0 a 100
RastEs.....	0 %	0/mm ³ 3 a 5 120 a 500 x
Segmentados.....	70 %	5.180/mm ³ 54 a 62 2.160 a 6.200 x
Linfócitos.....	26 %	1.924/mm ³ 20 a 35 800 a 3.500
Monócitos.....	3 %	222/mm ³ 3 a 8 120 a 800
PLAQUETAS.....	159.000 /mm ³	(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 Emissao:05/09/2016

Dr. JOAO VIEIRA/CRF/1147
 Dr. FABRICIO TAVARES CRF/2989



HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MATA
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS E MICROBIOLOGICAS
Rua Profetada s/n - 0**84 3315 3381

Paciente: ROSIVALDO SEVERINO DA COSTA
Idade : 20 Anos

Ficha:00161089/02
Data:05/09/2016 10:52
Posto:GERAL
Convenio:FSM 01

Material: SANGUE
UREIA

Referencias

RESULTADO 25 mg/dl (10 a 50)

Método: CINÉTICO-ENZIMÁTICO

Material: SANGUE
CREATININA

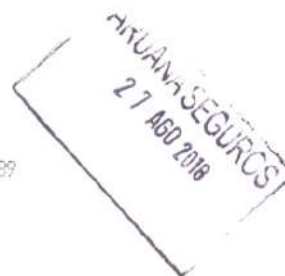
Referencias

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

Método: AUTOMÁTICO.

Data de Emissão: 05/09/2016

Dr. JOAO VIEIRA CRF/1147
Dr. FABRICIO TAVARES CRF/2989



SUS 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: H. R. T. M.

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: H. R. T. M.

2 - CNES: _____

4 - CNES: _____

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Rosângelo Severino da Costa

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 71014121013171814171914121814

8 - DATA DE NASCIMENTO: 14/04/1971

9 - SEXO: Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR: _____

11 - NOME DA MÃE: Leozinha Sergio dos Santos

12 - TELEFONE DE CONTATO: _____

13 - NOME DO RESPONSÁVEL: _____

14 - TELEFONE DE CONTATO: _____

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Sítio Belo Vista

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Assol

17 - Cód. IBGE Município: TRINT

18 - IE: _____

19 - CEP: _____

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Queda de peso
flacidez

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: necessidade de observação médica

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): TC de crânio, hemograma capilar

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: TCE

24 - CID 10 PRINCIPAL: S06.0

25 - CID 10 SECUNDÁRIO: _____

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento conservador do TCE grave

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____

29 - CLÍNICA: NGL

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Urgência

31 - DOCUMENTO: _____

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: _____

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: _____

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 04/09/16

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA: _____

40 - Nº DO BILHETE: _____

41 - SÉRIE: _____

42 - CNPJ EMPRESA: _____

43 - CNAE DA EMPRESA: _____

44 - CBOR: _____

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA: _____

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR: _____



48 - DOCUMENTO: _____

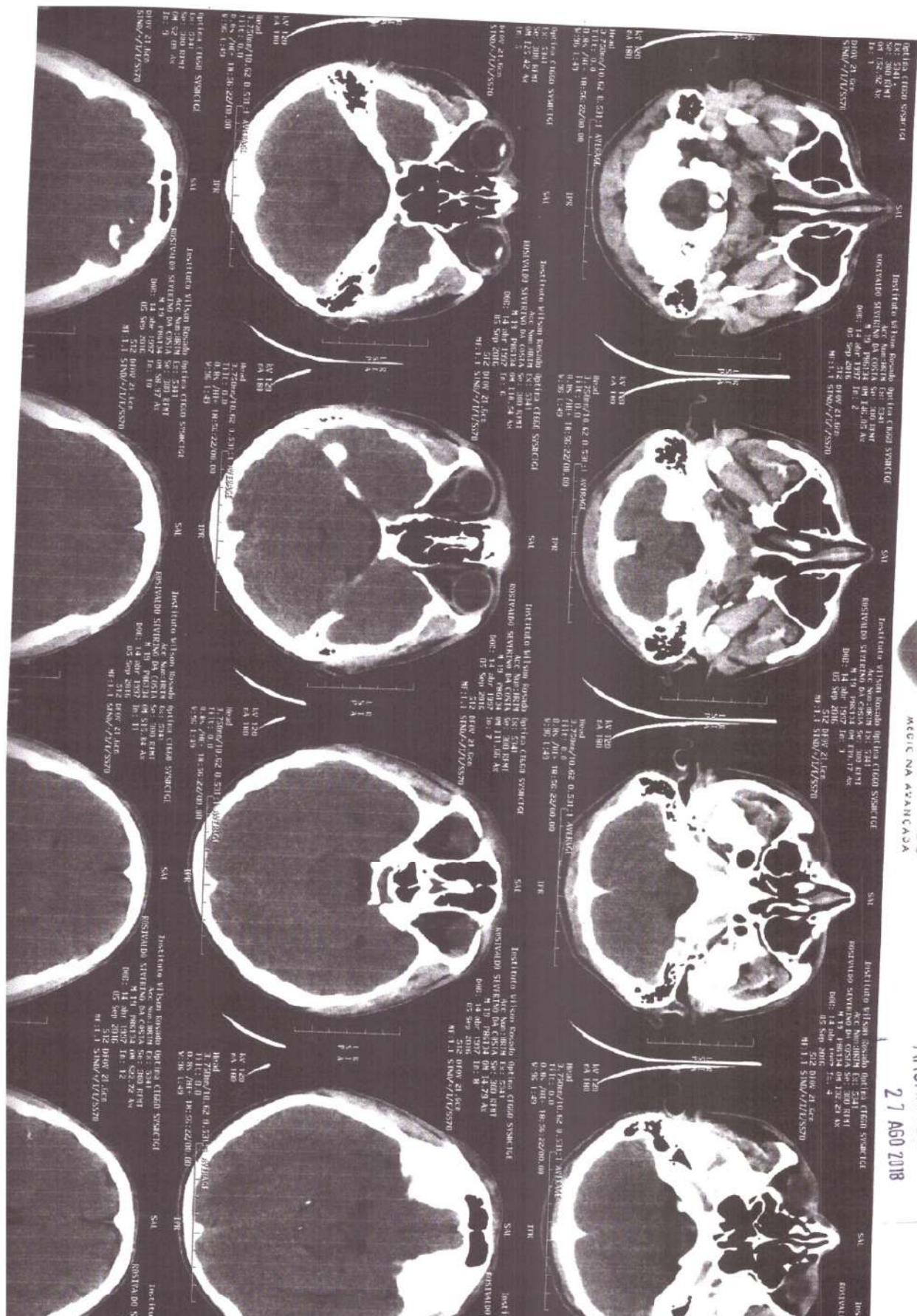
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: MAQUANA SEGUROS
27 AGO 2016

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
H.R.T.M			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
H.R.T.M			
Identificação do Paciente		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE			
Rosairello Severino da Costa			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
71014121013171914171914121814		14/04/1977	
9 - SEXO		10 - RAÇA/COR	
Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 1 Feminino <input type="checkbox"/> 3			
11 - NOME DA Mãe		12 - TELEFONE DE CONTATO	
Lorezinha Siqueira dos Santos		DDD Nº DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO	
		DDD Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		17 - CDD, IBGE MUNICÍPIO	
Bela Vista		RJ	
16 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA		18 - UF	
Assis		RJ	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO	
Cidade de morte			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
necessidade de tratamento especializado			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
TC de crânio, lesões compatíveis			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID 10 PRINCIPAL	
TCE		S06.0	
25 - CID 10 SECUNDÁRIO		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Tratamento clínico de TCE grave			
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
N.R.		Urgência	
31 - DOCUMENTO		32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
() CNS () CPF			
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
		04/09/16	
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA	
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		40 - Nº DO BILHETE	
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		41 - SÉRIE	
42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA	
		44 - CBOR	
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA		46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - DOCUMENTO	
		() CNS () CPF	
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
51 - ASSINATURA E CARIMBO		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	



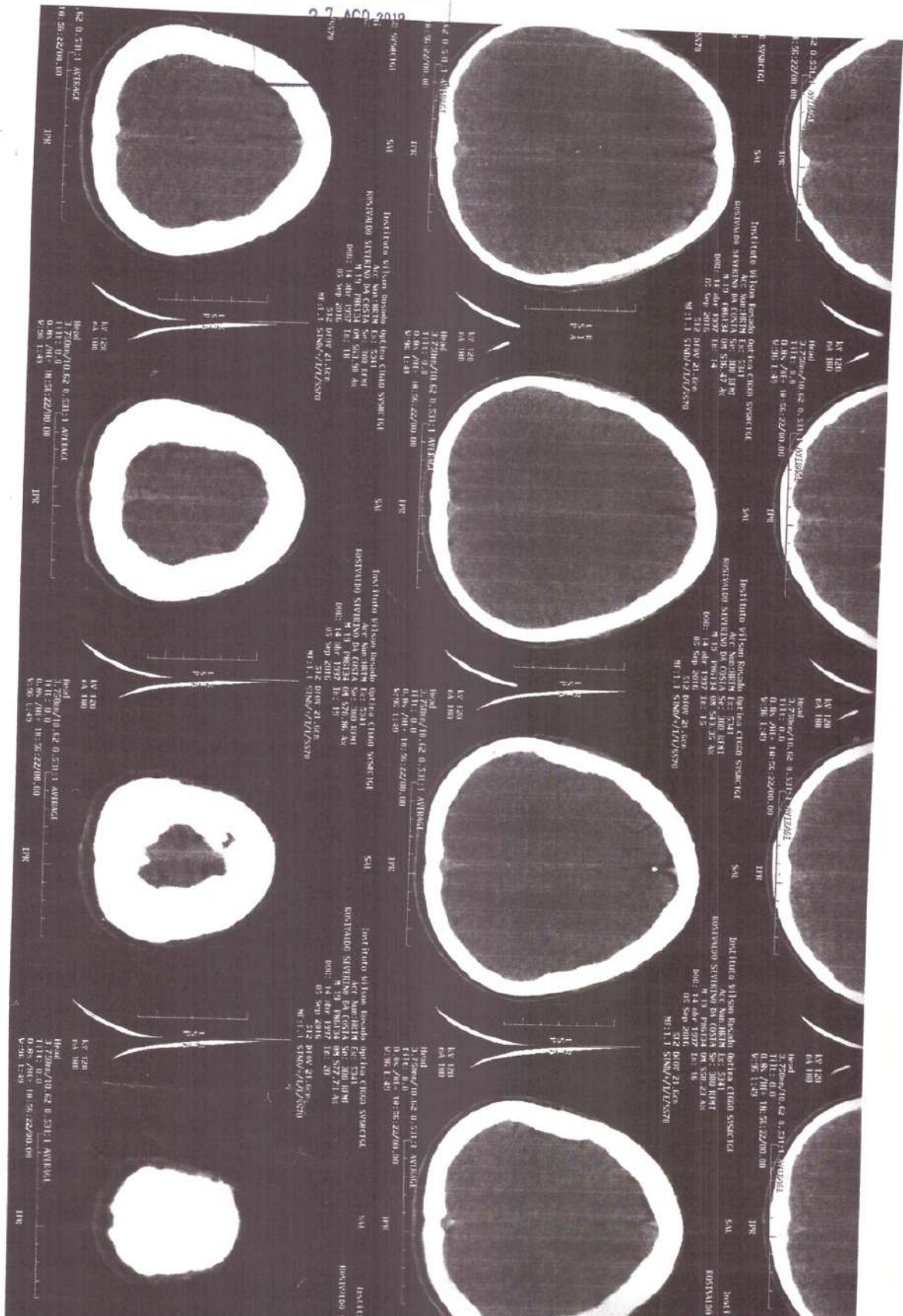
INSTITUTO
WILSON ROSADO
MÉDICA NA AVANÇADA

ARUANA SEGUROS
27 ABO 2018

ARUANA SEGUROS

27. AGO 2019

INSTITUTO WILSON ROSADO - MOSSORÓ/RN 84 3323.8551/3323.8554





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 pósterolateral 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 pósterolateral do seio maxilar direito.
Focos de contusões hemorrágicas intraparenquimatosos localizados na região núcleo-capsular esquerda.

Como achado adicional: Discreta sinusopatia inflamatória crônica maxilo-etmoidal 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 administra do meio de contraste iodado intravenoso.

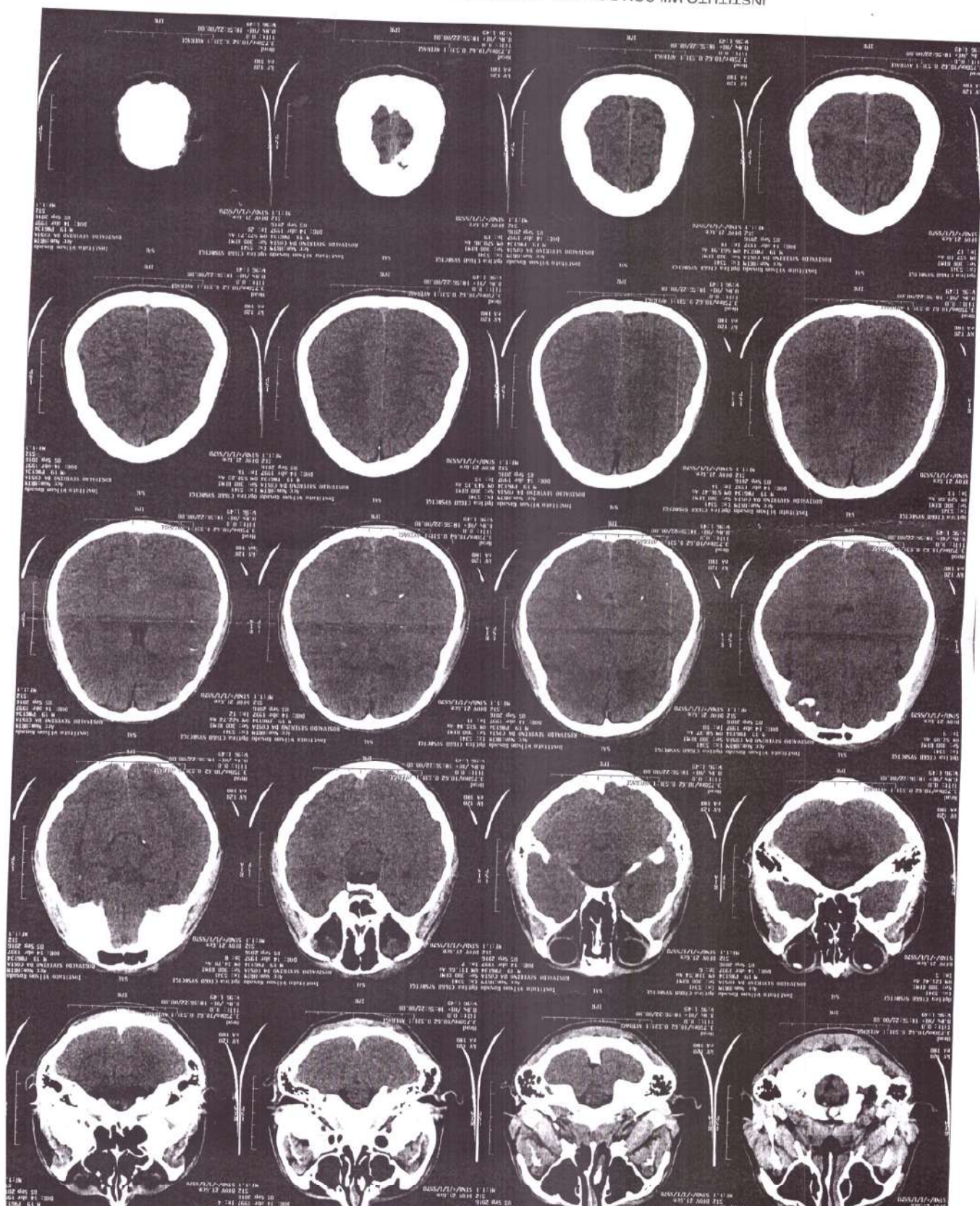
DESCRIÇÃO:

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

Aluizio de Oliveira Neto
CRM: 6038



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.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
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.

DESPACHO

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 n°. 13085-0, cuja aceitação do encargo deu-se mediante o comparecimento espontâneo ao Fórum desta Comarca.

Ato contínuo, determino o apazamento 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 apazado, devendo a Secretaria Judiciária elaborar uma lista descritiva tanto daquelas efetivamente realizadas, como também dos ausentes.

Frise-se que o depósito judicial abrangerá 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, intinem-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, intinem-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)