



Número: **0801779-24.2018.8.20.5100**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **22/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS (AUTOR)	CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34902 004	22/11/2018 15:12	<u>01. Documentos</u>	Documento de Comprovação
34902 045	22/11/2018 15:12	<u>02. Documentos</u>	Documento de Comprovação
34902 090	22/11/2018 15:12	<u>03. Documentos</u>	Documento de Comprovação
34902 117	22/11/2018 15:12	<u>04. Documentos</u>	Documento de Comprovação
34902 185	22/11/2018 15:12	<u>05. Documentos</u>	Documento de Comprovação
34902 217	22/11/2018 15:12	<u>06. Documentos</u>	Documento de Comprovação
34902 363	22/11/2018 15:12	<u>07. Documentos</u>	Documento de Comprovação
34904 388	22/11/2018 15:52	<u>Despacho</u>	Despacho



Caio César Albuquerque de Paiva
OAB/RN 10.407
Carla Caroline Albuquerque de Paiva
OAB/RN 12.726

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

NOME Sebastião Alves dos Santos,
NACIONALIDADE Brasileiro Estado civil sócio PROFISSÃO: desenvolvedor,
Portador(a) da cédula de identidade nº 001.397.989 inscrito(a) no CPF/MF sob o
938.428.644-34 residente e domiciliado(a) na RUA
Sítio Pacheco N° 61, Bairro Zona Rural
cidade Carmo do Bair CEP 59665-000.

OOUTORGADO(S): CAIO CÉSAR ALBUQUERQUE DE PAIVA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº. 10.407 e CARLA CAROLLINE ALBUQUERQUE DE PAIVA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº. 12.726, ambos com endereço profissional onde recebem notificações e intimações na Rua Francisco Isódio, nº. 1.855, 1º andar, sala 102, Centro, Mossoró/RN, CEP 59.600-140.

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, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive, requerer falência e concordata, 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, inclusive, receber alvará judicial, firmar compromissos, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, 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.

Assinatura

Sebastião Alves dos Santos
Outorgante

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu Sebastião Alves dos Santos,
Brasileiro Estado civil: Solteiro Profissão: _____ RG nº
001.397.989 E CPF: 938.428.644-34 residente e domiciliado na Rua
Setor Pacheco N61 Bairro: Xerém Rural
Cidade Caruaru /RN CEP: 59665-000.

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 03 de setembro de 2018

Sebastião Alves dos Santos

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  RIO GRANDE DO NORTE SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE PERÍCIA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  ROLEGAR DIREITO <i>Sebastião Alves dos Santos</i> ASSINATURA DO TITULAR CARTEIRA DE IDENTIDADE	
REGISTRO GERAL 001.347.989 DATA DE EXPEDIÇÃO 03/02/2017 NOME SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS RESIDÊNCIA EGIDIO ALVES DOS SANTOS GREGORIA LOURENCO DOS SANTOS NATURALIDADE ASSU RN DOC. ORIGEM CERT. DE NASCIMENTO L-28 F-95 RG-725 ASSU RN-2 CARTÓRIO CPF 938.428.644-34 DATA DE NASCIMENTO 27/09/1974  2a. VIA Josébina Faria da N. Junior ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.165/80, art. 208/83			

digito verificador: 00
 às 08:38:46 do dia 18/11/2016 (hora e data de Brasília)
 Secretaria da Receita Federal do Brasil
 Compravante emitido pela
www.receita.fazenda.gov.br
 ser confirmada na internet, no endereço
 A autenticidade desse comprovante deverá
 6575.F862.00CA2.91F2
 CÓDIGO DE CONTROLE

MINISTÉRIO DA FAZENDA  Receita Federal Cadastro de Pessoas Físicas  COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO Número 938.428.644-34 Nome SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS Nascimento 27/09/1974 VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO
--



ARUANA S
 26 JUL 2013



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
1ª COMPANHIA INDEPENDENTE DE PÓLICIA MILITAR

26 JUL 2016
RJUANASEGURDO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 6011, 2016

I - DADOS REFERENTES A OCORRÊNCIA:

DATA DO FATO	HORA DO FATO	VTR	DESCRIÇÃO (NATUREZA)	CMT	GOIÁS
10/09/2016	08:00	610	ACIDENTE DE TRÂNSITO		

II - DADOS REFERENTES AS PESSOAS ENVOLVIDAS NA OCORRÊNCIA

EN VO LIV RIO DOS PES SOA S	ACUSADO	NOME			SEXO	IDADE	CPF
	VÍTIMA	PAI EGÍDIO ALVES DOS SANTOS			MÃE	GREGORIA LOURENÇO DOS SANTOS	
	TESTEMUNHA	IDENTIDADE	O. EXPEDIDOR	PROFISSÃO	ESTADO CIVIL	APELIDO	NATURALIDADE
		ENDERECO Sítio PACHECO, 61, ZONA RURAL, CARNAUBAIS/RN.					
EN VO LIV RIO DOS PES SOA S	ACUSADO	NOME			SEXO	IDADE	CPF
	VÍTIMA	PAI			MÃE		
	TESTEMUNHA	IDENTIDADE	O. EXPEDIDOR	PROFISSÃO	ESTADO CIVIL	APELIDO	NATURALIDADE
		ENDERECO					
EN VO LIV RIO DOS PES SOA S	ACUSADO	NOME			SEXO	IDADE	CPF
	VÍTIMA	PAI			MÃE		
	TESTEMUNHA	IDENTIDADE	O. EXPEDIDOR	PROFISSÃO	ESTADO CIVIL	APELIDO	NATURALIDADE
		ENDERECO					

III - HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

Fomos acionados, fomos ao local, constatamos o fato, onde a vítima conduzia a moto YAMAHA YS 150 FAZER SEP. VERMELHA, 015/2016, PLACA QGH 0441, EM nome de Michel Diego da Fonseca, o mesmo se lesionou após colidir com um poste. Que, foi socorrido direto para o HOSPITAL MUNICIPAL DE MОССОРОУ.

- OBJETOS CUSTODIADOS/RECOLHIDOS/APREENDIDOS

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR:		3º Ofício de Notas	Núbia Maria de Medeiros Fontes
				Travessa Dr. Pedro Amorim, 132 Centro-Assú/RN - (84) 3331-2906	Watson Alexandre de M. Fontes Assinatura

AUTENTICAÇÃO: Certifico que esta é a reprodução fiel
do original que me foi apresentado a qual autentico.
Dou fé. Assú/RN, 26 fevereiro 2018
Watson Alexandre de Medeiros Fontes
Substituto Procurador
Valido somente com selo de identidade

OBJETOS ESPECIFICADOS ANTERIORMENTE FORAM ENTREGUES

NA DP	<input type="checkbox"/>	VÍTIMA	<input type="checkbox"/>	AO PROPRIETÁRIO	NOME E ASSINATURA DO RECEBEDOR	ASSINATURA COM MATRÍCULA
OUTROS					ASSINATURA	DATA / /

DATA DO REGISTRO DESTE BOLETIM 01/09/2016 NOME E NÚMERO LEGÍVEL DO PÓLICIA MILITAR MATHEU CHACAL C-3. GOIÁS ALMORIM 06125 ASSINATURA COM MATRÍCULA MAT 195-135-87

- DESFECHO DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/>	FLAGRANTE DELITO	<input type="checkbox"/>	CONFECÇÃO DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA NA DELEGACIA DE PÓLICIA CIVIL	<input type="checkbox"/>	OUTROS. ESPECIFICAR
<input type="checkbox"/>	TERMO CIRCUNSTANCIADO DE OCORRÊNCIA	<input type="checkbox"/>	ENCAMINHAMENTO AO CONSELHO TUTELAR		
<input checked="" type="checkbox"/>	CONCEPÇÃO APENAS DESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA	<input type="checkbox"/>	RESOLVIDO NO LOCAL		
	CAMPO EXCLUSIVO PARA PREENCHIMENTO DA PÓLICIA CIVIL EM CASOS NECESSÁRIOS				

RJUANASEGURDO

06 09 2016



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°

2.695.575

Atto declaratório

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO	
Nome: <u>Sebastião Alves dos Santos</u>	D. N. 27/09/1971 Idade: _____
Profissão: _____	Cartão SUS n° _____
Endereço: Rua: <u>Sítio Nova Esperança</u>	Bairro: _____
Cidade: <u>Araxá</u>	U.F. <u>RN</u> Fone: _____
Filiação: Mãe: _____	Pai: _____

Data: 10/10/2016

Hora: 10:25

A.C.C.R.: 140310

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

Reciente vítima de queda de moto no dia de ontem com dor em torno do joelho (E).

2 - EXAME FÍSICO

Dor tornozelo (E)

Em uso de foda bota

Protetor molas intactos.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 05/07/2016
SAMEARQUIVO

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

a) Fratura tímolostral

TARUANA SEGUROS
26 JUL 2016

4 - CONDUTA MÉDICA

Data: / /

Horas:

5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITI(S)

Digitized by srujanika@gmail.com

7 - CONCLU
() ALTA DO

Data: / / Host:



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GESTÃO
REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS DE
SAÚDE



Secretaria Municipal de Saúde

FICHA DE REFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE ORIGEM SOLICITANTE	ESPECIALIDADE		
Nome do Paciente Sebastião Alves da Costa	Data de Nascimento ____/____/____		
Nome da Mãe			
Endereço			
SEXO M() F()	CPF	IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR	MUNICÍPIO DE ORIGEM

RELATÓRIO DA UNIDADE DE ORIGEM

RESUMO CLÍNICO: (HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO DO PACIENTE)

cirurgia - RMS
+ NR 555

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:	CID	PRIORIDADE 1() 2() 3()
LOCAL E DATA DA SOLICITAÇÃO 22/07/14	MÉDICO SOLICITANTE/CRM (ASSINATURA E CARIMBO)	

PARA USO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

UNIDADE EXECUTANTE	PRONTUÁRIO DO EXECUTANTE	CÓDIGO DO ATENDIMENTO
ENCAMINHAMENTO PARA DR.	DIA	HORA

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

RELATÓRIO DA UNIDADE REFERÊNCIA

NOME DO PACIENTE	CÓDIGO DO ATENDIMENTO
------------------	-----------------------

DIAGNÓSTICO	CID
-------------	-----

CONDUTA ADOTADA	<i>ARUANA SEGURO</i> 26 JUL 2019
-----------------	-------------------------------------

MÉDICO EXECUTANTE/CRM (ASSINATURA E CARIMBO)	LOCAL E DATA
--	--------------

A ficha de Contra-Referência deverá acompanhar o paciente, visto que esta é a sua garantia de retorno.

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		2 - CNES
5 - NOME DO PACIENTE		4 - CHES
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE <i>Sebastião Alves dos Santos</i>		6 - N° DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO
11 - NOME DA MÃE		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		10 - RACA/COR
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		12 - FONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> N° DO FONE
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - FONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> N° DO FONE
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		18 - UF
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		19 - CEP
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de tornozelo</i>		24 - CID 10 PRINCIPAL <i>582.0</i>
		25 - CID 10 SECUNDÁRIO
		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Cirurgia para tornozelo (E)</i>		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>04101810151041917</i>
29 - CLÍNICA <i>trauma</i>		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Naoya Suzuki</i></i>
31 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>04101810151041917</i>
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO		35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Naoya Suzuki</i>
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO — 45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA () EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO		39 - CNPJ DA SEGURADORA 40 - N° DO BILHETE 41 - SÉRIE
42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA 44 - CBOR
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR
48 - DOCUMENTO () CNS <input type="checkbox"/> CPF		49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i>04101810151041917</i>
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>11/11/13</i>		51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Naoya Suzuki</i>
		52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>ARUANA SEGUROS</i>
		26 JUL 2013



PEDIDO DE EXAME

12300

Nome: Sebastião Alves dos Gomos Matrícula: _____
Idade: _____ Ambulatório: _____ UTI: _____ Enfermaria: _____

M

NATUREZA DO EXAME

Se tencoglo e Ap +

INDICAÇÃO CLÍNICA

centro

Requisitante: Rogério Santos
CRM: _____
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 1226 SBOT 1341

Data: 11/10/16



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 11 ORT

NÚMERO RESPONSÁVEL (PSA)

KATIA



MATRÍCULA

DATA

HORA

26/09/2016

7:33

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE

SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

MASCULINO

FEMININO

NACIONALIDADE

BRASILEIRO

NACIONALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

27/09/1974

IDADE

42

RELIGIÃO

RACIA/COR

PARDA

NOME DA MÃE

GREGORIA LOURENCO DOS SANTOS

PROFISSÃO

TELEFONE

RG

938 428 644 34

RG

1.397 989

ORG EXP.

ITEP

UF

RN

CARTÃO DO SUS

700 7009 0543 9080

COMPLEMENTO

NOME DO PAI

EGIDIO ALVES DOS SANTOS

UF

RN

PARENTESCO

59 650 000

IRMA

TELEFONE

SITIO NOVA ESPERANCA

CEP

MUNICÍPIO

ZONA RURAL

MUNICÍPIO

ASSU

TELEFONE

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

FRANCISCA DAS CHAGAS

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO

RISCO DE ENCA-FINHAMENTO

() Regulado () SAMU () Demanda Espontânea

DESCRIMINADOR

ALÉRGIAS

FLUXOGRAMA

DOENÇAS PREEXISTENTES

COREN

DATA

HORA

PESO: _____ ALTURA: _____ SSW: _____ FC: _____ FR: _____ T: _____ SO2: _____ PA: _____ GLICEMIA: _____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL



PRIORIDADE

() AZUL () VERDE () AMARELO () LARANJA () VERMELHO

- ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR:
-
- ACOLHIMENTO
-
- COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
-
-
- SALA VERMELHA
-
-
- URGÊNCIA
-
-
- ORTOPEDIA
-
-
- CONSULTA MÉDICA
-
-
- BUCOMAXILO
-
-
- PEQUENA CIRURGIA
-
-
- ACIDENTE DE TRABALHO
-
-
- VIOLENCIA DOMÉSTICA
-
-
- QUEDA
-
-
- OUTROS

Abertura Ocular	Espontânea	4
	A voz	3
	A dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orienta-se	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Pede comandos	5
	Localiza dor	4
	Movimento de retirada	3
	Flexão anormal	2
	Extensão anormal	1
	Nenhuma	0

HISTÓRIA CLÍNICA

Tronco on m 3 Gihar 162 -

EXAME FÍSICO


*tedelbeto
2075938*

GOALS, PERSPECTIVE, AND PREDICTION IN THE PRACTICE OF MANAGEMENT

CLÍNICA PEDIATRÍCA CLÍNICA PSICOLOGÍCA CLÍNICA OFTALMOLÓGICA MEDICINA VET.

CLÍNICA OBSTÉTRICA CLÍNICA GÉNÉRICA CLÍNICA DENTAL

Frater Jo tunc zis (E)

Fraternum D

Dr. Hausemann Moraes
Anestesia - Traumatologista
Av. 3314 - SBOT 12213

ARUANA SEGURADA
26 JUL 2013

1100-1105-1000-1000-1000

ARUANA SEGURADA
26 JUL 2013

Nicotinamide
Niacinamide
Vitamin B3
Niacin



Sistema
Único
de
Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168
PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 21 ORT RET

VENDEDOR RESPONSÁVEL (PSA)

MATRÍCULA 161.323-5 DATA 18/12/2016 HORA 7:58

DADOS DO PACIENTE

POGENTE	SEBASTIÃO ALVES DOS SANTOS	MASCULINO	MASCULINO	FEMININO
PAÍS DE ORIGEM	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	RELIGião	RACA/COR
BRASILEIRA	27/09/1974	42	CATÓLICA	PARDA
ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO		TELEFONE
ALFABETIZADO	SOLTEIRO	AGRICULTOR		99904-5878
NOOME DA MÃE		NOME DO PAI	EGÍDIO ALVES DOS SANTOS	
GREGORIO LOURENÇO DOS SANTOS	RG 938428644-34	ORG. EXP. Itep	UF RN	CARTÃO DO SUS 700700905439080
ENDEREÇO	MUNICÍPIO ASSU		COMPLEMENTO	
SITIO NOVA ESPERANÇA,				
BAIRRO		UF RN	CEP 59.650-000	
ZONA RURAL		PARENTESCO IRMÃ		TELEFONE 99904-5878
CONTRIBUÍTÓRIO OU ACOMPANHANTE				
FRANCISCA				

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO

FORMA DE ENCAMINHAMENTO

() Regulado () SAMU () Demanda Espontânea

QUEIXA PRINCIPAL

EXAMINAR

DESCRIMINADOR

QUEIXAS PREEXISTENTES

ALERGIAS

PESO: _____ ALTURA: _____ SSV: _____ FC: _____ FR: _____ T: _____ SO2: _____ PA: _____ GLICEMIA: _____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL



PRIORIDADE

() AZUL () VERDE () AMARELO () LARANJA () VERMELHO

COREN	DATA	HORA
Abertura Ocular	Esportânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientado	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Pedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

HISTÓRIA CLÍNICA

Ref. Ponsfus Mota Lôlo 67.

EXAME FÍSICO



Freire

EXAMES COMPLEMENTARES					
<input type="checkbox"/> LABORATORIAL <input type="checkbox"/> RADIOLÓGICO <input type="checkbox"/> ECO <input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> OUTROS					
CONSULTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NIR					
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA <input type="checkbox"/> CLÍNICA PSIQUIÁTRICA <input type="checkbox"/> CLÍNICA ORTOPÉDICA <input type="checkbox"/> PEDIATRIA/NEO		<input type="checkbox"/> CLÍNICA OBSTÉTRICA <input type="checkbox"/> CLÍNICA GERAL <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> OUTROS			
DIAGNÓSTICO					
CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA			ABERTURA DE HORÁRIO / CHECAGEM		
<i>→ Rot. Mot.</i> <i>Sintese do fiz</i> <i>no C.C.</i> <i>Marcus Vinicius C. Freire</i> <i>Ortopedia / Traumatologia</i> <i>CRM/RN 5781</i> <i>TEOT 14910</i>					
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM					
DESTINO DO PACIENTE					
<input type="checkbox"/> OBITO <input type="checkbox"/> ITEP <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO		<input type="checkbox"/> EVASÃO		<input type="checkbox"/> SOLICITADO INTERNAMENTO NO SERVIÇO DE	



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DE OCÉLIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

SEBASTIAC ALVES DOS SANTOS

145479

7- CARTÃO NACIONAL SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

700700905439080

27/09/1974

MASCULINO

11- NOME DA MÃE

GREGORIA LOURENÇO DOS SANTOS

10- RACA/COR

13- NOME DO RESPONSÁVEL

FRANCISCA DAS CHAGAS

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

SITIO NOVA ESPERANÇA

PARDA

16- MUNICÍPIO

17- BAIRRO

18- UFE

19- CEP

ASSU

ZR

RN

59650-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

Márcio Correia Neto
CRM-849
Márcio Traumatologia

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

36- () AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- N.º DO BILHETE

41- SÉRIE

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- () AC. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO

46- N.º DO BILHETE

() APOSENTADO () NÃO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA ORTOPEDIA

ENFERMARIA N°	LEITO	PRONTUÁRIO	
		145479	
DATA	HORA	CATEGORIA	GH
26/09/2016	9:07		
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO	
SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS		27/09/1974	
ESTADO CIVIL		PROFISSAO	
SOLTEIRO		AGRICULTOR	
ENDEREÇO (RUA, N°)			
SITIO NOVA ESPERANÇA			
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF	CEP
ASSU	ZR	RN	59650-000
LOCAL DE TRABALHO		TELEFONE	
FILIAÇÃO			
GREGORIA LOURENÇO DOS SANTOS	EGIDIO ALVES DOS SANTOS		
RESPONSÁVEL		TELEFONE	
FRANCISCA DAS CHAGAS		99045878	
ENDEREÇO			
O MESMO			
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO			
DATA DE ADMISSÃO	ALTA	OBITO	
HISTÓRIA CLÍNICA			
<i>ARUANA SEGUROS</i> <i>26 JUL 2013</i>			
<i>Heilberto</i> <i>207.933</i>			



Hospital

N² Frontburn

200

106/1115 East

Data operated

1981. 10

نحوه و مکانه

卷之三

2. BUAARHAI

Dissertation no. 20

www.english-test.net

THE BOSTONIAN

DATA FOR THE DESIGN OF THE SYSTEM

—

卷之三

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

TEACHING CHILDREN ABOUT MIGRATION

REFERENCES

www.oxfordjournals.org/journal/jtm

Religious Americans

卷之三

REFERENCES

٦٦٦

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Psorotis MOA SURGICAL APPROACH
CAMPUS MUSCULUS, MUSCULUS DISSECATOR RE-
TROPS, PLECA SCUTICULARIS COW OF DURAS.
PREVIOUS CORTESIS, MUSCULUS & OPOVON
SUPERIOR FOR PLECA MUSCULUS MUSCULUS RE-
TROPS, PARAFUNICULARIS COW SURGICAL CER-
TIFICANDO THESKE, SURGICAL FOR PLE-
AS CURATIVE, TALA + POTA

Dr. Carlos Magno P. do Carmo
Ortopedista Traumatologista
Perno em Traumatologia
CRM 2106 - TEOT 5981
CRM 2106 - TEOT 5981
CPF: 188.304.304-44

76 JUL 70 3

~~festiliberia~~
2000
2013

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Nome: JOSÉ SÉRGIO ALVES DOS SANTOS		Enfermagem	Leito	Nº prontuário
Nome: 142001		Idade: 55	Sexo: M	Car. P
Data: 06/10/10	Pressão arterial: 140x80	P脉: 76	Spiração: 14	Temperatura: 36,5
Tipo sanguíneo:	Hematíes:	Hemoglobina:	Glicose:	Peso: 75
Urina:		Ureia:		
Ap. respiratório:				
Ap. circulatório: NSN				
Ap. digestivo:				
Estado mental:				
Diagnóstico pre-operatório:				
Anestesias anteriores:				
Medicação pre-anestésica: NSN				
Ap. urinário:	Der. es:	Pescoco:	Eletrocardiograma:	
Ata. atácticos:	Corticoides:	N	Alergia: NEG	Hipotensores: N
Estado físico: ASA I	Ap. respiratório:		Ap. circulatório:	
Aplicada às:	Efeitos:			
Agentes Anestésicos: O₂				
Líquidos: PS 1500 ml				
P pulmão: 170	O ₂ pulmão: 100	26 JUL 2010		
P art. 150	O ₂ art. 100			
Aumento: ✓				
O Rapp.: ✓				
Símbolos: -SpO₂				
Notações: -ETCO₂				
Posição: DDH				
Gentes: BUEIVARAINA 0,5% 7 ml + 0,2 mg + fentanyl				
Técnica: RAQUE LOMBAR				
Sérgão: TTT Cinturão de fáscia do tornozelo				
Murgões: Pérola + Cinturão				
Testes: PAUTA				



Hospital

Nº do paciente

Nº protocolo

Gebartias after ops garto

Data operação

Enf.

Leito

Operador:

Rogerio Santos

2º auxiliar

Carlos Pario

3º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pre-operatório

Refratário ectópico esquerdo com perda
de fixação

Tipo de operação

Reparação da perda de fixação do

Diagnóstico pos-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

Descrição da operação

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

Túnel terceiro e operando a víscera
que já existe.

Abro o parafuso e arruelo.

Scopia. Reduzir os ectópicos existentes

Scopia e fixar com parafuso se puder
adherir. Scopia.

Introduzir o SF.

Scopia. Talo gatos fixo bato

Rogerio Santos
Ortopedia e Traumatologia
CBMRN 1226 - 3801 1341

20/03/2018
2018/3/20

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Nome:	DML			Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Voz:	Sebastião Alves dos Santos			Idade	Sexo	Cor
Data:	17/10/2016	Pressão arterial	130/90	Pulse	Respiração	Temperatura
Tipos sanguíneos:	Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Urina	Peso 658
	Urina			Outros		
Abd. respiratório:	N			Asma	Bronquite	
Abd. circulatório:	N			Eletrocardiograma		
Abd. digestivo:	N			Dentes	Pescoco	Abd. urinário
Estado mental:	Lucido			Ataracicos	Corticoides	Alergia
Diagnóstico pré-operatório:	Frat de tornozelo			Estado fisiológico		Risco
Antestesias anteriores:						
Medicação pré-anestésica:				Aplicada às	Efeito	
Anestesiados: O2 Tiquidou: SC saud						
Anest. O2: 100 (C.) Oper: 260 250 240 230 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10						
P. Pulm: ECG O2: PAN Anest. O2: 50 SIMBOLOS: ECG ANOTACOES: 26 JUL 2013 POSIÇÃO: O						
Agentes: Neocaus 0,5% 0,6ml + Demor 0,1mg + Dormonid 5mg + Técnica: Reanestesia Operação: Hemangioma frato de tornozelo Cirurgiões: Rogério + Rose Cláudia Anestesistas: X e elle CRM-MN 1123						



HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome: Des. Silviano Alves dos Santos Idade: 42 D/N: 27/09/16
 Pront: 145479 Município: 3. Tij. Nova Iguaçu Endereço: Interno () Externo
 Data da cirurgia: 11/10/16 Hora Admissão: Bloco: 01 Sala: 01 Hora Saída: Peso:
 Alergias: () Não () Sim Comorbidades: () HPS () DM () Outras NECA:
 Uso de medicações: () Não () Sim Jejum: () Não () Sim
 SSVV Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm F: rpm FC: bpm SpO₂: % T: °C

Enfermeiro(a): T. AT. Lava Instrumentado: Sim Circulante: Al des

Cirurgia: LECTIVAGA Especialidade: Sala:
 Hora Início: 09:30 Hora Término: 14:20 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
 Cirurgião: DR. PARLOS MAFIA Aux: DR. ROCÉLIO Residente:

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: _____ () Bloco/queiro () Raquidiana Ag.nº: _____ () Peridural () c/cateter () s/cateter
 Ag.nº: Cateter nº: Início: 10:20 Garrote: (X) Smarch () Pneumático Início: 10:25 Término: 11:05
 Anestesiologista: DR. R. JN

NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	Consciente	<input checked="" type="checkbox"/>	Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/>	Jelco
	Letárgico		Hipocorada		ECG
	Coma		Cianótica		Oximetria
<input checked="" type="checkbox"/>	Orientado		Ictérica		Capnografia
	Desorientado		Desidratada		PA
	Sedado		Integra		Estimul. Nervo
	Ansiose		C/lesões		Diprifusor
	Deambula		Sudorese		BIC
	t/dificuldade		Cicatriz cirúrgica		Desfibrilador
	Acamado		Higiene Satisfatória		
	Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/>	Higiene deficiente		
	Tetraplégico		Manchas		
	Amputações		S/Tricotomia		

SINAIS VITAIS	Inicio	Melh	Fim	Unid.
FC	74	66	61	Bpm
Pulso	73	66	61	Bpm
Oximetria	98	93	93	%
Capnografia				%
PA	128x80	125x88	127x86	mmHg

ACESSO VENOSO	
Punção Arterial	
Punção Venosa Periférica	
Punção Venosa Central	
Dissecção venosa	

Local: _____
 Cateter: _____

SONDAGEM GÁSTRICA

SNG nº: _____
 Retorno: _____

CATETERISMO VESICAL

SVF nº: _____ SVA nº: _____

Diurese: _____

Profissional responsável: _____

EXAMES SOLICITADOS:

<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
Dorsal	Cabeça	Anatômicos
Ventral	Pescoço	Abduzidos
Lateral	Tórax	Fletidos
Litotômica	Lombar	MMII
Trendlemburg		Anatômicos
Canivete		Abduzidos
Próclive		Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

Sim Não Metal Descartável

Local: _____

FEGERMACÃO

Sim Não Sim Não

Local: MIE Solução: _____ Local: _____

IMPLANTE CIRÚRGICO



HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

(Hemoconcentrado _____ Unid.
(Albumina _____ Unid.

(Plasma _____ Unid.
(Expansor plasmático _____ Unid.

(Plaquetas _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: _____
h: _____
h: _____

h: _____
h: _____
h: _____

h: _____
h: _____
h: _____

(Soro Fisiológico: _____ ml
(Soro Glicosado: _____ ml

(Soro Ringer Simples: _____ ml
(Soro Ringer Lactato: _____ ml

Quantidade total de volume
administrado: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

(Não (Sim Peça:
Swab para cultura:

Peça para sepultamento: (Não (Sim
Líquido:

FC de aspecto: (Limpo (c/exsudato (Contaminada (Aparelho gessado (Bandagens (Talas (Outros:

INTERCORRÊNCIAS: *INTERCÂNCIO A CRITERIO DA AVESSESSOQUESTA, 2
NENHUM TRAUMA NO SEM ALTERAÇÕES*

Ass: *ff* Coren: *871529*

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: (Consciente (Inconsciente (Narcose (Coma (Vigil (Agitado

Respiratório: (Intubado (Extubado (Cânula de Guedel (O₂ ambiente Curativo: (Oclusivo (Compressivo (Bolsa de colostomia (Outro:

Diurese: (Espontânea (Normal (Hematúria (Irrigação Vesical (Oligúrico Destino após a cirurgia: _____

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Horas: *11.07* Data: *11/10/11* Nível de consciência: (Acordado (Sonolento (Narcose (Orientado
(Desorientado (Agitado (Choro Vias aéreas: (Intubado (Extubado (Cânula de Guedel (Cateter O₂ (O₂ Ambiente
Mobilização MMII: (Normal (Diminuída (Sem mobilidade Mobilização MMSS: (Normal (Diminuída (Sem mobilidade
Venoclíse: (Não (Sim Tipo: _____ Local: _____ Sondas: (Gástrica (Enteral (Vesical
Drenos: (Sutura (Torácico (Penrose (Kheir Ostomias: (Sim (Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: (Retorno satisfatório (Retorno insuficiente (Coágulos
Curativo: (Oclusivo (Descoberto (Limpo (Sólo Monitorização: (ECG (Oxímetro (PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA: (Náuseas (Vômitos (Sangramento (Dor (Bexigoma (Alteração PA (Alteração FC
Relato: _____

SINAIS VITais

Horas	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	35			100	77	
30'	39			100		
60'	60			100		
Alta						

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: _____ ml

Soro Fisiológico: _____ ml

Ringer: _____ ml

Irrigação vesical contínua: _____ ml

*pedilítico
20/10/11*

Medicações administradas URPA:

Eliminações:

26 JBL 20-3

Recebido da SO

Desprezado
URPA

	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: *paciente em 2º ambiente com
quadro de desidratação por hipertermia p/ dar at 3 reas em rades
de magas e realização Rx*



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os fins que se fizerem necessários,

a) Sr. (a) Silvana Alves, S. C. foi examinado na Unidade de Saúde às 11:20 horas, visitando de 30 (01-07-2012) dias de nascimento do trabalho por motivo de moléstia classificada no C.I.D. com

5 - 82.3, a partir da presente data.

Pamphili RN 26/09/16
11/09/1995
Dialysis CRN 2195
Other CRN 541
CRM

LOCALIDADE E DATA
Mangaratiba, 20 de Setembro de 1976
Cidade de Mangaratiba, Rio de Janeiro, Brasil

LOCALIDADE E DATA

Josso's 10/09/2016
LOCALIDADE E DATA

ASS. DO MEDICO E CARMBO COM CRM

NOTA: Este atestado é válido para finalidade previstas no art. 36 do RGPS, autorado pelo Decreto nº 50.501, de 14.03.67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de atrasamento do trabalho.



RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: Sebastião Alves

Endereço: Rua do Boticário

26 JUL 2013

OXOTRON 60mg.
Tomar 01 comprimido
de 8 em 8 horas

por 05 dias

TUT 1/E (1111016)

25/10/16 → 13/06/17

Dr. Carlos Lira

*Leandro C. Nogueira
CIRURGIA ORTOPEDICA
CRM-4593*

MÉDICO

11/217



Estado do Rio Grande do Norte
PREFEITURA MUNICIPAL DO ASSU
CNPJ(MF) 08.294.662/0001-23
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FONE (84) 3331-2218

RECEITUÁRIO

Feb 19th 1885.

Mr. REULLER (M. R. M.)

JEGVNNDP - 700. J611010 - 1 11

Localização e Data

“Saúde não se faz para o povo, e sim, com o povo”.



AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: ACU
REQUERIMENTO DE PEDIDO DE PRORROGAÇÃO
E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

REQUERIMENTO N° 177831889
BENEFÍCIO N° 6162321910

Prezado (a) Sr(a)

SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

(NOME DO SEGURADO)

00001397989 (RG/CERTIDAO)	10743 / 11 (CTPS/SÉRIE)	12445673765 (NIT)
, , , ,		
(REPRESENTANTE LEGAL)	(RG)	(CTPS/SÉRIE)
		(NIT)

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Pedido de Prorrogação e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

Data: 22/12/2016

Hora: 09:20

Endereço:

AVENIDA SENADOR JOAO CAMARA 314

CENTRO

ACU - RN

Compareça ao exame pericial levando RG(Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional. Caso o(a) Sr.(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial. Ressaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 01(uma) vez e devidamente justificada.

ACU, 19 de dezembro de 2016


Nome/Cargo/Assinatura
(Atendente)



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

O Instituto não se responsabilizará pelo pagamento dos dias em que o segurado permanecer afastado do trabalho enquanto aguarda a realização do exame da perícia médica do Pedido de Prorrogação, se a conclusão médica for contrária, exceto durante o período de vigência da ACP 2005.33.00.020.219-8.

Ciente em ___/___/___

Ass. do Requerente/ Rep. Legal



COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 12445673765

Número do Benefício: 6162321910 Espécie: 31

Número do Requerimento: 176716296

Ao Sr.(a): SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

Endereço: NOVA ESPERANCA SN, ZONA RURAL

CEP: 59650000 Município: ACU

UF: RN

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença Acidentário

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 20/10/2016, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho. O benefício foi concedido até 31/12/2016.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (31/12/2016), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 31/12/2016 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS. A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data: 27 de outubro de 2016

Mantenha uma nova pratica a partir de dia 19/10/16

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdencia Social: ACU Endereço: AVENIDA SENADOR JOAO CAMARA 314, CENTRO
CEP: 59650000 Município: ACU UF: RN

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 27 de outubro de 2016

Assinatura do Requerente / Representante Legal

JARUANA SEGURO

11/09/2016

CAT2016352638901.HTM

 PREVIDÊNCIA SOCIAL	Comunicação de Acidente de Trabalho Número da CAT:2016.352.638-9/01
---	--

Informações do Emitente

Emissor	1 - Empregador	Data Emissão	10/09/2016
Tipo de CAT	1 - Inicial	Comunicação Óbito	
Classificação	1 - Empregado	E-mail	SESTRMACACOS@AGRFAMOSA.COM.BR

Informações do Empregador

Identificação Social/Nome	AGRICOLA FAMOSA LTDA
Tipo/Num. Doc.	1 - CGC/CNPJ 00474900005-36
CEP	62920000
Endereço	SIT JUCA SN ZONA RURAL
Município	QUIXERE
Estado	CE
Telefone	0085-32920069

Informações do Acidentado

Nome	SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS	Data Nascimento	27/09/1974
Nome da Mãe	GREGORIO LOURENCO DOS SANTOS	Sexo	Male
Grau de Instrução	2 - Até a 4a série fundamental (incompleta)		
Estado Civil	Solteiro	Remuneração	892,00
CPF	010743 Série: 00011 Dt emissão: 06/04/1992 UF: RN	Identidade	1397989 Dt emissão: 20/04/1992 Órg Exp: 01 UF: RN
PIS/PASEP/NIT	1244567376-5	Endereço	SITIO NOVA ESPERANCA - ASSU
Estado	ZONA RURAL	CEP	59650000
Telefone	8400-0098117157	Município	ACU
Spontâneo	Não	CBO	622510 - TRABALHADOR NO CULTIVO DE ESPECIES FRUTIFER
		Área	Rural

Informações do Acidente

Data do Acidente	10/09/2016	Hora do Acidente	06:25
Horas Trabalhadas	09:00	Tipo	3 - Trajeto
houve afastamento?	Sim	Reg. Policial	Não
Local do Acidente	4 - Área Rural	Esp. Local	ESTRADA CARROCAL
CGC da Prestadora	CNPJ ..	UF do Acidente	CE
Município do acidente	LIMOERO DO NORTE	Último dia	10/09/2016
Parte do Corpo	75.70.10.000 - Perna (ENTRE O TORNOZELO E A PELVIS)	Trabalhado/Dt Óbito	
Agente Causador	30.50.36.000 - PRODUTO MINERAL NAO METALICO - PRODUTO DE M		
Sit. Gerador	20.00.04.300 - IMPACTO DE PESSOA CONTRA OBJETO PA		
Horário	Não	Data Óbito	

Quixeré, 17.09.2016

Local e Data

AGRICOLA FAMOSA LTDA
Atendente: Lira Maia
Téc. Segurança do Trabalho
Reg. N° 0010283 - CE

Informações do Atestado do Médico

Unidade	HOSP. TARCISO MAIA	Data Atend.	10/09/2016
Hora Atend.	10:00	Houve Internação?	Sim
Deverá o acidentado afastar-se durante o tratamento?	Sim - 030 dia(s)		
Nat. Lesão	70.20.35.000 - FRATURA		
Cód - 10	S82.7 - Fraturas múltiplas da perna		
Observações	FRATURA ACIMA DO TORNOZELO	CRM	000006726 - UF: RN

Quixeré, 17/09/16

Local e Data

Assinatura(*) e carimbo (legível) do médico com CRM/UF

Cadastrada em 17/09/2016 às 07:45:06

* A apresentação do atestado médico original, com as informações de identificação do médico assistente, substitui o preenchimento deste campo.

A impressão desta CAT deverá ser apresentada juntamente com o(s) documento(s) original(is) referente ao Segurado, para requerer o benefício acidentário junto à Agência da Previdência Social.



AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: ACU
REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE
E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

REQUERIMENTO N° 176716296
BENEFÍCIO N° 6162321910

Prezado (a) Sr(a)

SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

(NOME DO SEGURADO)

00001397989 (RG/CERTIDAO)	10743 / 11 (CTPS/SÉRIE)	12445673765 (NIT)
_____		_____
(REPRESENTANTE LEGAL)	(RG)	(CTPS/SÉRIE)
_____		_____
(NIT)		

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Auxílio - Doença e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

Data: 27/10/2016	Hora: 10:40	Endereço: AVENIDA SENADOR JOAO CAMARA 314 CENTRO	ACU - RN
-------------------------	--------------------	---	-----------------

Compareça ao exame pericial levando RG(Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional. Caso o(a) Sr.(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial. Ressaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 01(uma) vez e devidamente justificada.

Acu, 20 de outubro de 2016


Nome/Cargo/Assinatura
(Atendente)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em 20/10/16

Ass. do Requerente/ Rep. Legal


MARUANA SEC. P.A.

Dr. Wilson Edino de Freitas Jales

AME
Rua Juvenal Laramine, 30 | Mossoró/RN | (84) 3062-3610 / 9 8754 5210
Clínica Olívia Rosado
R. Juvenal Laramine, 119 | Mossoró/RN | (84) 3315.6300 / 9 8873-7183
Intercâmbio Modello
Rua Jorge Caminha, 150 | Areia Branca/RN | (84) 3332-2477
CNPJ: 12.487.362/0001-70

Receituário

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAMIRIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Capitão Martinho Machado, 31 - Centro - Parnamirim-RN
CEP - 59.150-000 - Fone: (84) 3272-6341 / 6344
CNPJ - 08.170.862/0001-74

26 JUL 2013

ARQUIVADO

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Levamisolo 100 mg
100 mg x 100 comprimidos
Dr. Wilson Edino de Freitas Jales
CRM-RN 4683
Ortopedia e Traumatologia

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR IDENTIFICAÇÃO DO Fornecedor

Nome: Dr. Wilson Edino de Freitas Jales
Ident: CRM-RN 4683
End.: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Cidade: Rio Grande do Norte
UF: RN
Telefone: (84) 3332-2477
Ass. Farmacêutico: DATA

* VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

gricola
Famosa

RECEITUÁRIO

Atestado: *Caio Cesar*

Por R\$ 01 (um) reais e 00 centavos, a favor de Sra. *Sebastião*
que é Sra. *Sebastião*, 420, apos-
tos, em *Curitiba*, em 10/03/17.

Por R\$ 01 (um) reais e 00 centavos, a favor de Sra. *Sebastião*, 420, apos-
tos, em *Curitiba*, em 10/03/17.

Atesta: *Caio Cesar*

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=18112215073557000000033729024
Número do documento: 18112215073557000000033729024



SEME
Serviços Médicos

Dr. Wilson Edino de Freitas Jales
CNPJ: 12.487.862/0001-70

AME

Rua Juvenal Lamartine, 30 | Mossoró/RN | (84) 3062.3610 / 9 8754.5210

Clínica Oitava Rosado

R. Juvenal Lamartine, 119 | Mossoró/RN | (84) 3315.6900 / 9.8873-7183

Interclinica Modelo

Rua Jorge Caminha, 150 | Areia Branca/RN | (84) 3332.2477

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE, SEBASTIÃO ALVES DOS SANTOS, 42 ANOS, AGRICULTOR, E PORTADOR DE SEQUELA DE FRATURA DO MALEOLO MEDIAL DA TIBIA E FIBULA DA Perna ESQUERDA (COM PLACA PARAFUSO), NA QUAL O MESMO ENCONTRA-SE COM LIMITACAO FUNCIONAL PARA DEAMBULACAO, SENDO ASSIM, NECESSITA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS POR 90 (NOVENTA) DIAS

OBS= O MESMO APRESENTA LIMITACAO PARA RALIZAR SUAS ATIVIDADES EXIGIDAS NO TRABALHO/FAZ USO DE MULETAS.

OBS= RELATA DOR ARTICULAR EM TORNOZELO.

OBS= SUGIRO FISIOTERAPIA.

CID=T93.3 +R26.

DATA: 20/01/17

Wilson Edino Jales
ORTOPEDIA 4683
CNPJ 12.487.862/0001-70

WILSON EDINO DE FREITAS JALES

CRM-4683

ARUANA SEGURO
26 JUL 2017

agrícola
Famosa

RECEITUÁRIO

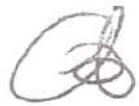
Atestado Clínico
Aferfo 81 fuis de regurgitação
social que o Sr. Sérgio
Alvés dos Santos, 42^a, apre-
sentava dor e edema em
torso e, decorrente de
fratura em tibia e fibula
distal e em 10/09/17.
Sem condições de trabalho
(Santo)

Assinado digitalmente
26 JUL 2013

até o momento. Recomenda
a fortalecimento do trabalho de
fortalecimento de raiz.

COD 10.: T93.2.

13/07/17



Antônio Lisboa de Q. Morris
Médico
CREMEC 9847





Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal do Assú

CNPJ(MF) 08.294.662/0001-23
Secretaria Municipal de Saúde

FICHA DE REFERÊNCIA LOCAL

UNIDADE DE ORIGEM: Nova Esperança

PACIENTE: Sebastião Alves dos Sádios

ENCAMINHADO À ESPECIALIDADE: Ortopedista

INDICAÇÃO: Carvalho no tornozelo E (fiss-OP h/1 ano)

Dr. José Gustavo Praxedes Azevedo
Médico
CRM/RN 8083

MÉDICO/CRM

19 109 117

DATA





PREFEITURA MUNICIPAL DE CARNAUBAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE SANTA LUZIA
RUA LUIZA CAVALCANTE DE OLIVEIRA, 02 - CENTRO
CEP 59.665-000 - CARNAUBAIS-RN
CNPJ (MF) 11.509.226/0001-39
TELEFONE: (84) 3338-2351
E-mail: hospitalmaternidadecarnaubais@gmail.com

ATESTADO MÉDICO

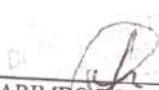
Atesto para os devidos fins e necessários fins que o segurado (a) abaixo descrito

Sr. (a) Sebastião Alves dos Santos

foi examinado nesta unidade de saúde às _____ horas e o mesmo está necessitando de
Indeterminado dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

CID 10 T93 PI S82.3

Carnaubais (RN) 10.01.18


CARIMBO DO MÉDICO

NOTA: Este atestado é valido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo decreto nº 60.501, de 14 de 03 de 1967 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho





S A B I
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

**INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL:**

REQUERIMENTO DE PEDIDO DE PRORROGAÇÃO
E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

REQUERIMENTO N° 182767042
BENEFÍCIO N° 6195387855

Prezado (a) Sr(a)

SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

00001397989 (NOME DO SEGURADO)
(RG/CERTIDAO) 10743 / 11 12445673765
(CTPS/SÉRIE) (NIT)
(REPRESENTANTE LEGAL) (RG) (CTPS/SÉRIE) (NIT)

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Pedido de Prorrogação e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

Data: 11/09/2017

Hora: 11:30

Endereço:

AVENIDA SENADOR JOÃO CAMARA, 211

CENTRO

ACU - RN

Compareça ao exame pericial levando RG(Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional.
Caso o(a) Sr.(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial.
Ressaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 01(uma) vez e devidamente justificada.

ACU, 08 de setembro de 2017

Nome/Cargo/Assinatura
(Atendente)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

O Instituto não se responsabilizará pelo pagamento dos dias em que o segurado permanecer afastado do trabalho enquanto aguarda a realização do exame da pericia médica do Pedido de Prorrogação, se a conclusão médica for contrária, exceto durante o período de vigência da ACP 2005 33.00.020.219-8.

Ciente em / /

Ass. do Requerente/ Rep. Legal



COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 12445673765

Número do Benefício: 6162321910

Espécie: 31

2ª VIA

Número do Requerimento: 176716296

Ao Sr.(a): SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

Endereço: VICENTE PAULO DE MENDONCA, NOVA ESPERANCA

CEP: 59650000 Município: ACU

UF: RN

Assunto: Pedido de Prorrogação de Auxílio Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Prorrogação do Auxílio-Doença, apresentado no dia 06/04/2017, informamos que foi reconhecido o direito a prorrogação do benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.
O benefício foi prorrogado até 31/05/2017

Se nos 15(quinze) dias finais até a data de cessação do benefício 31/05/2017, V. Sa. ainda se considerar incapaz para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de outro Pedido de Prorrogação.

A partir de 31/05/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Data: 07 de abril de 2017

— MARCAR PERÍCIA A PARTIR DE 22/MAIO/2017.
— LIB-UE 135.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: ACU Endereço: AVENIDA SENADOR JOAO CAMARA 314, CENTRO
CEP: 59650000 Município: ACU UF: RN

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 07 de abril de 2017

Assinatura do Requerente / Representante Legal



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 12445673765

Número do Benefício: 6162321910

Espécie: 31

2ª VIA

Número do Requerimento: 176716296

Ao Sr.(a): SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

Endereço: VICENTE PAULO DE MENDONCA, NOVA ESPERANCA

CEP: 59650000

Município: ACU

UF: RN

Assunto: Pedido de Prorrogação de Auxílio Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação

Legal:

Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Prorrogação do Auxílio-Doença, apresentado no dia 22/05/2017, informamos que foi reconhecido o direito a prorrogação do benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho. O benefício foi prorrogado até 30/06/2017.

Se nos 15(quinze) dias finais até a data de cessação do benefício 30/06/2017, V. Sa. ainda se considerar incapaz para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de outro Pedido de Prorrogação.

A partir de 30/06/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

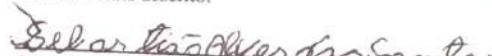
Data: 25 de maio de 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: ACU
CEP: 59650000

Endereço: AVENIDA SENADOR JOAO CAMARA 314, CENTRO
Município: ACU
UF: RN

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 25 de maio de 2017


Assinatura do Requerente / Representante Legal



COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 12445673765

Número do Benefício: 6162321910 Espécie: 31 2ª VIA

Número do Requerimento: 176716296

Ao Sr.(a): SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

Endereço: VICENTE PAULO DE MENDONCA, NOVA ESPERANCA

CEP: 59650000 Município: ACU

UF: RN

Assunto: Pedido de Prorrogação de Auxílio Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatada de incapacidade laborativa

Fundamentação

Legal:

Art.59 da Lei N°8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto N°3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES, de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Prorrogação do Auxílio-Doença, apresentado no dia 06/04/2017, informamos que foi reconhecido o direito a prorrogação do benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.
O benefício foi prorrogado até 31/05/2017.

Se nos 15(quinze) dias finais até a data de cessação do benefício 31/05/2017, V. Sa. ainda se considerar incapaz para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de outro Pedido de Prorrogação. A partir de 31/05/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS. Data: 07 de abril de 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdencia Social: ACU Endereço: AVENIDA SENADOR JOAO CAMARA 314, CENTRO
CEP: 59650000 Município: ACU UF: RN

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 07 de abril de 2017


Assinatura do Requerente / Representante Legal



AGÊNCIA DA PREVIDÊNCI

**DENCIA SOCIAL: ACU
REQUERIMENTO DE PEDIDO DE PRORROGAÇÃO
E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA**

REQUERIMENTO N° 179780142
BENEFÍCIO N° 6162321910

Prezado (a) Sr(a)

SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

(NOME DO SEGURADO)

1397989 (RG/CERTIDAO), 10743 / 11 (CTPS/SÉRIE), 12445673765 (NIT)
(REPRESENTANTE LEGAL), (RG), (CTPS/SÉRIE), (NIT)

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Pedido de Prorrogação e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

Data: 07/04/2017

Horst: 09:20

Endereço:

AVENIDA SENADOR JOÃO CÂMARA 314

CENTRO

ACU - RN

Compareça ao exame pericial levando RG(Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional.
Caso o(a) Sr.(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial.
Ressaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 01(uma) vez e devidamente justificada.

ACU, 06 de abril de 2017

Nome/Cargo/Assinatura
(Atendente)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada.

O Instituto não se responsabilizará pelo pagamento dos dias em que o segurado permanecer afastado do trabalho enquanto aguarda a realização do exame da perícia médica do Pedido de Prorrogação, se a conclusão médica for contrária, exceto no período de vigência da ACP 2005.22.00.000-000.

Ciente em / 6

Ass. do Requerente/ Rep. Legal



COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 12445673765

Número do Benefício: 6162321910 **Especie:** 31

Número do Requerimento: 176716296

Ao Sr.(a): SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

Endereço: VICENTE PAULO DE MENDONCA, NOVA ESPERANCA

CEP: 59650000 **Município:** ACU

UF: RN

Assunto: Pedido de Prorrogação de Auxílio Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Prorrogação do Auxílio-Doença, apresentado no dia 19/12/2016, informamos que foi reconhecido o direito a prorrogação do benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho. O benefício foi prorrogado até 20/04/2017.

Se nos 15(quinze) dias finais até a data de cessação do benefício 20/04/2017, V. Sa. ainda se considerar incapaz para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de outro Pedido de Prorrogação. A partir de 20/04/2017 (data de cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Data: 07 de fevereiro de 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdencia Social: ACU **Endereço:** AVENIDA SENADOR JOAO CAMARA 314, CENTRO
CEP: 59650000 **Município:** ACU **UF:** RN

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 07 de fevereiro de 2017

Assinatura do Requerente / Representante Legal



COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 12445673765

Número do Benefício: 6162321910

Espécie: 31

Número do Requerimento: 176716296

Ao Sr.(a): SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

Endereço: VICENTE PAULO DE MENDONCA, NOVA ESPERANCA

CEP: 59650000 **Município:** ACU

UF: RN

Assunto: Pedido de Prorrogação de Auxílio Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Prorrogação do Auxílio-Doença, apresentado no dia 19/12/2016, informamos que foi reconhecido o direito a prorrogação do benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.
O benefício foi prorrogado até 20/04/2017.

Se nos 15(quinze) dias finais até a data de cessação do benefício 20/04/2017, V. Sa. ainda se considerar incapaz para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de outro Pedido de Prorrogação. A partir de 20/04/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social. O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Data: 07 de fevereiro de 2017

*Marcar Nova Perícia na partir do dia
05/04/2017.*

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: ACU **Endereço:** AVENIDA SENADOR JOAO CAMARA 314, CENTRO
CEP: 59650000 **Município:** ACU **UF:** RN

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 07 de fevereiro de 2017

Assinatura do Requerente / Representante Legal



COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 12445673765

Número do Benefício: 6195387855

Espécie: 31

Número do Requerimento: 181967016

Ao Sr. (a): SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

Endereço: VICENTE PAULO DE MENDONCA

CEP: 59650000 Município: ACU

UF: RN

Assunto: Pedido de Prorrogação de Auxílio Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES.

Em atenção ao seu pedido de Prorrogação do Auxílio-Doença, apresentado no dia 08/09/2017, informamos que foi reconhecido o direito a prorrogação do benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi prorrogado até 31/10/2017.

Se nos 15(quinze) dias finais até a data de cessação do benefício 31/10/2017, V. Sa. ainda se considerar incapaz para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de outro Pedido de Prorrogação.

A partir de 31/10/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Data, 11 de Setembro de 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência ACU

CEP: 59650000 Município: ACU

Endereço: AVENIDA SENADOR JOAO CAMARA

UF: RN 314, CENTRO

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Cliente,

Sebastião Alves dos Santos

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: ACU

**REQUERIMENTO DE PEDIDO DE PRORROGAÇÃO
E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA**

REQUERIMENTO N° 177831889
BENEFÍCIO N° 6162321910
(2ª Via)

Prezado (a) Sr(a)

SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

(NOME DO SEGURADO)

00001397989 (RG/CERTIDAO)	10743 / 11 (CTPS/SÉRIE)	12445673765 (NIT)
, , , ,		
(REPRESENTANTE LEGAL)	(RG)	(CTPS/SÉRIE)
, , , ,		(NIT)

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Pedido de Prorrogação e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

Data: 19/01/2017	Horas: 07:20
Endereço: AVENIDA SENADOR JOÃO CAMARA 314 CENTRO	
ACU - RN	

Compareça ao exame pericial levando RG(Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional. Caso o(a) Sr.(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial. Ressaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 01(uma) vez e devidamente justificada.

Acu, 22 de dezembro de 2016

Nome/Cargo/Assinatura
(Atendente)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
O Instituto não se responsabilizará pelo pagamento dos dias em que o segurado permanecer afastado do trabalho enquanto aguarda a realização do exame da perícia médica do Pedido de Prorrogação, se a conclusão médica for contrária, exceto durante o período de vigência da ACP 2005.33.00.020.219-8.

Ciente em ___/___/___

Ass. do Requerente/ Rep. Legal

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: ACU

REMARCAÇÃO DE EXAME PERICIAL
REQUERIMENTO N° 177831889

Prezado (a) Sr(a)

SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

(Nome do segurado)

Informamos que foi remarcado seu exame pericial para a data, hora e local a seguir discriminados:

Data: 07/02/2017

Hora: 07:40

Endereço:

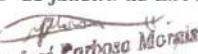
AVENIDA SENADOR JOAO CAMARA 314

CENTRO

ACU - RN

Compareça ao exame pericial agendado, levando RG (Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional. Considerando que já houve solicitação de remarcação, informamos que o não comparecimento na data acima agendada ensejará no indeferimento do requerimento ou cessação do benefício.

ACU, 20 de janeiro de 2017


Maria José Barbosa Moreira
Instituto Nacional de Seguro Social
Número/Cargo/Assinatura
(Atendente)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em 20/01/2017

Assinatura do Requerente/Rep. Legal



NIT: 12445673765
Número do Benefício: 6195387855 Espécie: 31 2ª VIA
Número do Requerimento: 181987016
Ao Sr.(a): SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS
Endereço: VICENTE PAULO DE MENDONCA
CEP: 59650000 Município: ACU UF: RN
Assunto: Pedido de Auxílio - Doença
Decisão: Deferimento do Pedido
Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 31/07/2017, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho. O benefício foi concedido até 10/09/2017.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (10/09/2017), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação. A partir de 10/09/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data: 02 de agosto de 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: ACU Endereço: AVENIDA SENADOR JOAO CAMARA 314, CENTRO
CEP: 59650000 Município: ACU UF: RN

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 02 de agosto de 2017

Assinatura do Requerente / Representante Legal



SABI
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL:

ACU

**REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE
E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA**

REQUERIMENTO N° 181987016
BENEFÍCIO N° 6195387855

Prezado (a) Sr(a)

fl

SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

(NOME DO SEGURADO)

00001397989

10743 / 11

12445673765

(RG/CERTIDAO)

(CTPS/SÉRIE)

(NIT)

(REPRESENTANTE LEGAL)

(RG)

(CTPS/SÉRIE)

(NIT)

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Benefício por Incapacidade e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

Data: 02/08/2017

Hora: 09:20

Endereço:

AVENIDA SENADOR JOAO CAMARA 314

CENTRO

ACU - RN

Compareça ao exame pericial levando RG(Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional.

Caso o(a) Sr.(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial.

Ressaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 01(uma) vez e devidamente justificada.

Acu, 31 de julho de 2017

Nelson Inácio dos S. Júnior
Técnico do Seguro Social
Nº 23509

Nome/Cargo/Assinatura
(Atendente)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em ____/____/____

Ass. do Requerente/ Rep. Legal

INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Histórico de Créditos

Página 1 de 2

27/09/2017 09:49:38

Identificação do Filiado

NIT: 124.45673.76-5 **CPF:** 938.428.644-34 **Data de Nascimento:** 27/09/1974

Nome: SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

Nome da mãe: GREGORIO LOURENCO DOS SANTOS

Compet. Inicial: 08/2017

Compet. Final: 09/2017

Créditos do Benefício

NB: 6195387855

Espécie: 31 - AUXILIO-DOENCA PREVIDENCIARIO

APS: 18021010 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL AÇU

Data de Início do Benefício (DIB): 31/07/2017

Data de Cessação do Benefício (DCB): 31/10/2017

Data de Início do Pagamento (DIP): 31/07/2017

MR: R\$ 1.028,69

Competência	Período	Valor Líquido	Meio de Pagamento	Status	Previsão do Pagamento	Data do Pagamento	Crédito Invalidado	Isento IR
08/2017	01/08/2017 a 31/08/2017	R\$ 1.072,00	CMG - CARTAO MAGNETICO	Pago	08/09/2017	08/09/2017	Não	Sim

Banco: 237 - BRADESCO OP: 188998 - ASSU Ocorrência: Pagamento Efetivado

Data Cálculo: 05/08/2017 Origem: Geração de créditos mensais. Validação Início: 08/09/2017 Fim: 31/10/2017

Código	Descrição Rubrica	Valor
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERÍODO	R\$ 1.028,69
104	VALOR DO DECIMO-TERCEIRO SALARIO	R\$ 42,86
137	ADIANTEAMENTO P/ARREDONDAMENTO DO CREDITO	R\$ 0,45
316	SALDO DEVEDOR ARREDONDAMENTO DE CREDITOS	R\$ 1,17

Competência	Período	Valor Líquido	Meio de Pagamento	Status	Previsão do Pagamento	Data do Pagamento	Crédito Invalidado	Isento IR
09/2017	01/09/2017 a 30/09/2017	R\$ 1.029,00	CMG - CARTAO MAGNETICO		06/10/2017		Não	Sim

Banco: 237 - BRADESCO OP: 188998 - ASSU Ocorrência: Divergência Cadastramento/Crédito

Data Cálculo: 16/09/2017 Origem: Geração de créditos mensais. Validação Início: 06/10/2017 Fim: 30/11/2017

Código	Descrição Rubrica	Valor
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERÍODO	R\$ 1.028,69



INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Histórico de Créditos

Página 2 de 2

27/09/2017 09:49:38

Identificação do Filiado

NIT: 124.45673.76-5

CPF: 938.428.644-34

Data de Nascimento: 27/09/1974

Nome: SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

Nome da mãe: GREGORIO LOURENCO DOS SANTOS

Compet. Inicial: 08/2017

Compet. Final: 09/2017

137

ADIANTAMENTO P/ARREDONDAMENTO DO CREDITO

R\$ 0,31

316

SALDO DEVEDOR ARREDONDAMENTO DE CREDITOS

R\$ 1,48


INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 12445673765

Número do Benefício: 6162321910 Espécie: 31 2ª VIA

Número do Requerimento: 176716296

Ao Sr.(a): SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

Endereço: VICENTE PAULO DE MENDONCA, NOVA ESPERANCA

CEP: 59650000 Município: ACU

UF: RN

Assunto: Pedido de Prorrogação de Auxílio Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Prorrogação do Auxílio-Doença, apresentado no dia 22/05/2017, informamos que foi reconhecido o direito a prorrogação do benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho. O benefício foi prorrogado até 30/06/2017.

Se nos 15(quinze) dias finais até a data de cessação do benefício 30/06/2017, V. Sa. ainda se considerar incapaz para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de outro Pedido de Prorrogação. A partir de 30/06/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.
Data: 25 de maio de 2017

ARUANA SEGURAS
26 JUL 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: ACU Endereço: AVENIDA SENADOR JOAO CAMARA 314, CENTRO
CEP: 59650000 Município: ACU UF: RN

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 25 de maio de 2017

Assinatura do Requerente / Representante Legal

Requerer outros benefícios a partir de 31/07/17.



SABI
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: ACU

REMARCAÇÃO DE EXAME PERICIAL
REQUERIMENTO N° 183670404

Prezado (a) Sr(a)

SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

(Nome do segurado)

Informamos que foi remarcado seu exame pericial para a data, hora e local a seguir discriminados:

Data: 24/11/2017 / 8.12.2017

Hora: 10:20

Endereço:

AVENIDA SENADOR JOAO CAMARA 314

CENTRO

ACU - RN

Compareça ao exame pericial agendado, levando RG (Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional. Considerando que já houve solicitação de remarcação, informamos que o não comparecimento na data acima agendada ensejará no indeferimento do requerimento ou cessação do benefício.

ACU, 06 de novembro de 2017

Nome/Cargo/Assinatura
(Atendente)

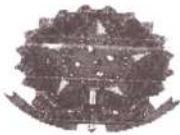
TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em ___/___/___

Assinatura do Requerente/Rep. Legal

MARIANA SEGURO
26 JUL 2013



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: ACU

SABI
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

REQUERIMENTO DE PEDIDO DE MANUTENÇÃO

REQUERIMENTO N° 184777669
BENEFÍCIO N° 6195387855

Prezado (a) Sr(a)

SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

<hr/>			
(NOME DO SEGURADO)			
00001397989 (RG/CERTIDAO)	10743 / 11 (CTPS/SÉRIE)	12445673765 (NIT)	
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
(REPRESENTANTE LEGAL)	(RG)	(CTPS/SÉRIE)	(NIT)
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Pedido de Manutenção.

Requerimento **184777669**, vinculado ao número do benefício **6195387855**, processado com sucesso. Utilize esse número de requerimento para consultar o seu resultado que estará disponível a partir das 21:00 horas, horário de Brasília, no sítio da Previdência Social, endereço: www.previdencia.gov.br na opção "Consulta de situação de benefícios/RESULTADO DO REQUERIMENTO DE AUXÍLIO-DOENÇA" ou na Central Telefônica 135.

Acu, 18 de dezembro de 2017

ARUANA SÉRGIO
26 JUL 2013

Nome/Cargo/Assinatura
(Atendente)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em ____ / ____ / ____

Ass. do Requerente/ Rep. Legal



COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 12445673765

Número do Benefício: 6195387855

Espécie: 31

Número do Requerimento: 181987016

Ao Sr. (a) : SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

Endereço: VICENTE PAULO DE MENDONCA

CEP: 59650000 Município: ACU

UF: RN

Assunto: Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade.

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Manutenção do benefício.

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991; Artigos 71 e 77 e § 2º do Art. 78 do Decreto nº 3.048, de 06/05/1999; § 6º do art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação

Em atenção à sua Solicitação de Prorrogação, apresentada no dia 18/12/2017, informamos que foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício por incapacidade, a partir da data 24/12/2017, inclusive.

Informamos que o pagamento do seu benefício será mantido até o dia 22/01/2018.

Caso considere o prazo suficiente, o(a) senhor(a) poderá retornar voluntariamente ao trabalho, não sendo necessário novo exame médico pericial, conforme § 6º do art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016.

Caso considere o prazo para recuperação da capacidade laborativa insuficiente, o(a) senhor(a) poderá solicitar prorrogação do benefício, dentro do prazo de 14 dias antes de sua cessação (22/01/2018), por meio do número 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br .

Desta decisão poderá interpor Recurso à Junta de Recurso do Conselho de Recursos do Seguro Social - JR/CRSS, dentro do prazo de 30 dias, contados da data de recebimento desta comunicação, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br .

Data, 18 de Dezembro de 2017

26 JUL 2018

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência ACU

CEP: 59650000 Município: ACU

Endereço: AVENIDA SENADOR JOAO CAMARA

UF: RN 314, CENTRO

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Histórico de Créditos

Página 1 de 1

30/10/2017 11:08:32

Identificação do Filiado

NIT: 124.45673.76-5

CPF: 938.428.644-34

Data de Nascimento: 27/09/1974

Nome: SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

Nome da mãe: GREGORIO LOURENCO DOS SANTOS

Compet. Inicial: 10/2017

Compet. Final: 10/2017

Créditos do Benefício

NB: 6195387855

Especie: 31 - AUXILIO-DOENCA PREVIDENCIARIO

APS: 18021010 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL AÇU

Data de Início do Benefício (DIB): 31/07/2017

Data de Cessação do Benefício (DCB): 06/11/2017

Data de Início do Pagamento (DIP): 31/07/2017

MR: R\$ 1.028,69

Competência	Período	Valor Líquido	Meio de Pagamento	Status	Previsão do Pagamento	Data do Pagamento	Crédito Invalidado	Isento IR
10/2017	01/10/2017 a 31/10/2017	R\$ 1.241,52	CMG - CARTAO MAGNETICO		08/11/2017		Não	Sim

Banco: 237 - BRADESCO OP: 188998 - ASSU Ocorrência: Divergência Cadastramento/Crédito

Data Cálculo: 07/10/2017 Origem: Geração de créditos mensais. Validez Início: 08/11/2017 Fim: 29/12/2017

Código	Descrição Rubrica	Valor
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERÍODO	R\$ 1.028,69
104	VALOR DO DECIMO-TERCEIRO SALARIO	R\$ 257,17
215	AJUSTE DO ARREDONDAMENTO DE CREDITOS	R\$ 1,48
218	13. SALARIO PAGO COMPETENCIAS ANTERIORES	R\$ 42,86
323	ADIANTAMENTO DE 13 COMPETENCIA ANTERIOR	R\$ 42,86

ARUANA SEGURANÇA
26 JUL 2013



COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 12445673765

Número do Benefício: 6195387855

Espécie: 31

Número do Requerimento: 181987016

Ao Sr. (a) : SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

Endereço: VICENTE PAULO DE MENDONCA

CEP: 59650000 Município: ACU

UF: RN

Assunto: Pedido de Prorrogação de Auxílio Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES.

Em atenção ao seu pedido de Prorrogação do Auxílio-Doença, apresentado no dia 08/09/2017, informamos que foi reconhecido o direito a prorrogação do benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi prorrogado até 31/10/2017.

Se nos 15(quinze) dias finais até a data de cessação do benefício 31/10/2017, V. Sa. ainda se considerar incapaz para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de outro Pedido de Prorrogação.

A partir de 31/10/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Data, 11 de Setembro de 2017

*Marcar nova perícia a partir do dia
23/10/2017*

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência ACU
CEP: 59650000

Município: ACU

Endereço: AVENIDA SENADOR JOAO CAMARA
UF: RN 314, CENTRO

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

TARUANA SEGUROS



NIT: 12445673765

Número do Benefício: 6195387855

Espécie: 31

2ª VIA

Número do Requerimento: 181987016

Ao Sr.(a): SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

Endereço: VICENTE PAULO DE MENDONCA

CEP: 59650000 Município: ACU

UF: RN

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação

Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 31/07/2017, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho. O benefício foi concedido até 10/09/2017.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (10/09/2017), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação. A partir de 10/09/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS. A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data: 02 de agosto de 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: ACU Endereço: AVENIDA SENADOR JOAO CAMARA 314, CENTRO
CEP: 59650000 Município: ACU UF: RN

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Assinatura do Requerente / Representante Legal

ARUANA SEGUROS
- 2017-08-03



Oftiopedia e Traumatologia

Nome: Sebastião Almeida Sávio

As INSS

Paciente portador de trauma pós
fratura de pilão tibial (E).
Perda de 2º e de 3º + deficit
funcional local.
Incapacidade para co-
mendar uso de membros inferiores
e funções de Pácie
(grau)

CID T93.

Mossoró/RN 06/04/12

Médico

CLÍNICA ORTO TRAUMA

Rua: Duodécimo Rosado, 1518, Nova Betânia, Mossoró/RN
Agendamento de Consulta: (84) 3061-5000 / 3316-0430
www.ortho-trauma.com



Paciente: Sebastiao Alves Dos Santos
Sexo: masculino **Nascimento:** 27/09/1974
Data do exame: 02/04/2018

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO

- Controle de tratamento.
- Presença de placa na fíbula e parafusos metálicos de fixação na tibia e fíbula.
- Comparar com exames anteriores.

Dra Luisa de Paiva Dantas CRM SP: 172042





AGRÍCOLA FAMOSA LTDA
Fazenda Tomé - Sítio Jucá - Quixeré - CE
CNPJ: 00.474.300/0005-36

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL - ASO

Fundamentação Legal: Art. 168 da CLT combinado com a Norma Regulamentadora NR7, com redação dada pela portaria SST. Nr. 328 de 24/12/94, alterada pela portaria Nr. 08 de 08/05/96.

1 - IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR:

Nome: *Edson Soárez* Matrícula: _____
RG: *14.483* DATA DE NASCIMENTO: *01/09/1976* Sexo: Masculino Feminino
Cargo/Função: _____

2 - RISCOS OCUPACIONAIS EXISTENTES NA ATIVIDADE DO TRABALHADOR:

- () FÍSICOS: () Ruido () Vibração () Radiação ionizante () Radiação não ionizante () Frio () Calor () Umidade
() QUÍMICOS: () Poeira () Vapores () Combustíveis () Substâncias Compostas () Produtos Químicos em geral
() BIOLÓGICOS: () Vírus () Bactérias () Fungos () Bacilos () Parasitas () Material contaminado () Outros
() ERGONÔMICOS: () Esforço físico () Levantamento e transporte de peso () Exigência de postura inadequada
() Trabalho em turno e noturno () Repetitividade () Outras situações causadoras de estresse
() ACIDENTES: () Animais Peçonhentos () Trajeto () Eletricidade () Probabilidade de incêndio ou explosão

3 - PROCEDIMENTOS MÉDICOS A QUE FOI SUBMETIDO O TRABALHADOR:

() Avaliação Clínica e Análise Ocupacional Data: *16/08/16*
() Exame de Aptidão Física e Mental Data: *04/08/16*

3.1 EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS:

Data: _____ / _____ / _____

Data: _____ / _____ / _____

4 - CONCLUSÃO SOBRE A CAPACIDADE LABORATIVA DO TRABALHADOR:

- () Ápto para a função que: () Exercerá () Exerce () Exerceu
() Ápto com Restrição para a função que: () Exercerá () Exerce () Exerceu
() Inápto para a função que: () Exercerá () Exerce () Exerceu

Observação: *V*

5 - VALIDADE DO EXAME MÉDICO: () 06 meses () 01 Ano () 02 Anos

6 - MOTIVO DO EXAME MÉDICO:

- () Admisional () Periódico () Retorno ao Trabalho () Mudança de Função () Demissional

7 - MÉDICO RESPONSÁVEL PELO EXAME:

Edson Soárez
Médico
CRM-MG 9847

Quixeré-CE, *14* de *Setembro* de 2016

SINISTRO 3180345146 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO
ARUANA SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 93842864434

Posição em 03-09-2018 11:50:57

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique [Aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
03/09/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

2ª Vara da Comarca de Assu

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

Processo: 0801779-24.2018.8.20.5100

Ação: PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

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, Centro, 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 descritiva 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)