



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
34902004	22/11/2018 15:12	01. Documentos	Documento de Comprovação
34902045	22/11/2018 15:12	02. Documentos	Documento de Comprovação
34902090	22/11/2018 15:12	03. Documentos	Documento de Comprovação
34902117	22/11/2018 15:12	04. Documentos	Documento de Comprovação
34902185	22/11/2018 15:12	05. Documentos	Documento de Comprovação
34902217	22/11/2018 15:12	06. Documentos	Documento de Comprovação
34902363	22/11/2018 15:12	07. Documentos	Documento de Comprovação
34904388	22/11/2018 15:52	Despacho	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 Solteiro PROFISSÃO: Desempregado,
Portador(a) da cédula de identidade nº 001.397.989 no CPF/MF sob o
938.428.644-34 residente e domiciliado(a) na RUA
Getúlio Pacheco Nº 61 Bairro Zona Rural
cidade Camacuru/CEP 59665-000.

OUTOGADO(S): **CAIO CÉSAR ALBUQUERQUE DE PAIVA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº. 10.407 e **CARLA CAROLINE 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 judicium*" e "*et extra*", a fim de que, em conjunto ou separadamente, posa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive, requerer falência e concordata, 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.

Assu / lu, 03 de Setembro de 2013.

Sebastião Alves dos Santos
Outorgante

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu Silvestre ALVES dos Santos,
Brasileiro Estado civil: Solteiro Profissão: _____ RG nº
001.397.989 E CPF: 938.428.644-34 residente e domiciliado na Rua
Santos Pacheco N° 61 Bairro: Zona Rural
Cidade Caracaraí /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.

Assu / Ru, 03 de setembro de 2018

Silvestre ALVES dos Santos



ARUANA SEBASTIAO
26 JUL 2013

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

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

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

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

Se você não é eletricitista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

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

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

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

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

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidente pela desatenção.

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

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

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

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

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

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



**MINISTÉRIO DO TRABALHO
E DA
PREVIDÊNCIA SOCIAL**
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 10.743 Série 000112N



Polegar Direito



Assinatura do Portador: Sebastião Alves dos Santos

8 QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Sebastião Alves dos Santos

Loc. Nasc. Alto

Est. RN Data 27 / 09 / 1974

Filiação Caio Alves dos Santos
Grigório Lourenço dos Santos

Est. Civil Solteiro Doc. Nº 425

Fls. 95/v Liv. 28 Reg. Civil 6/Am-RN

Outro doc.

Situação Militar:

Doc. Nº Órgão Est.

Naturalizado Doc. Nº Est.

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em:

Doc. Ident. Nº Exp. em:

Estado:

Obs.:

Assinatura 06 / 04 / 92 DRT RN
Francisco Pinto de F. Melo

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

Nome:

Doc:

Nome:

Doc:

Nome:

Doc:

Nome:

Doc:

Est. Civil:

Doc:

Est. Civil:

Doc:

Nascimento:

Doc:



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

26 JUL 2016

BOLETIM DE Ocorrência Nº 6011.2016

I - DADOS REFERENTES A OCORRÊNCIA:

DATA DO FATO	HORA DO FATO	VTR	DESCRIÇÃO (NATUREZA)	CMT
10/09/2016	08:00	G10	ACIDENTE DE TRÂNSITO	Gois
ENDERECO	RN 118.			HORA INICIO
				HORA TERMINO

II - DADOS REFERENTES AS PESSOAS ENVOLVIDAS NA OCORRÊNCIA

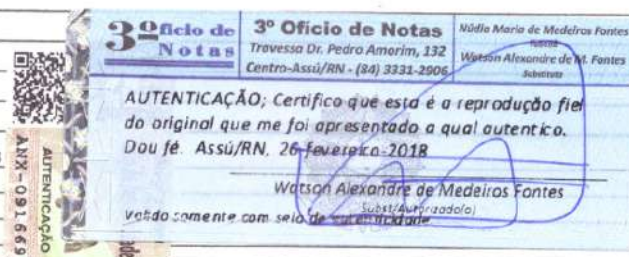
ENVOLVIDO	<input type="checkbox"/> ACUSADO	NOME	SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS	SEXO	MAS.	IDADE	41	CPF	938428644-34
	<input checked="" type="checkbox"/> VITIMA	PAI	EGIDIO ALVES DOS SANTOS	MÃE	GREGORIA LAURENCO DOS SANTOS				
	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA	IDENTIDADE	001.397.989	O. EXPEDIDOR	SSP/RN	PROFISSÃO		ESTADO CIVIL	
	<input type="checkbox"/>	ENDERECO	SITIO PACHECO, 61, ZONA RURAL, CARNAUBAIS/RN.						
	<input type="checkbox"/> ACUSADO	NOME		SEXO		IDADE		CPF	
	<input type="checkbox"/> VITIMA	PAI		MÃE					
	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA	IDENTIDADE		O. EXPEDIDOR		PROFISSÃO		ESTADO CIVIL	
	<input type="checkbox"/>	ENDERECO							
	<input type="checkbox"/> ACUSADO	NOME		SEXO		IDADE		CPF	
	<input type="checkbox"/> VITIMA	PAI		MÃE					
	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA	IDENTIDADE		O. EXPEDIDOR		PROFISSÃO		ESTADO CIVIL	
	<input type="checkbox"/>	ENDERECO							

III - HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

FOMOS ACIONADOS, FOMOS AO LOCAL, CONSTAMOS O FATO, ONDE VITIMA CONDZIA A MOTO: YAMAHA VS 150 FAZER SED. VERMELHA, 015/2016, PLACA QGH 0441 EM NOME DE MICHEL DIEGO DA FONSECA. MESMO SE LESIONOU APÓS COLIDIR COM UM BOB: QUE, FOI SOCO RÍDIO DIRETO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE MOSCOPOTU.

IV - OBJETOS CUSTODIADOS/RECOLHIDOS/APREENDIDOS

☒ SIM ☐ ESPECIFICAR: _____



OBJETOS ESPECIFICADOS ANTERIORMENTE FORAM ENTREGUES

NA DP ☐ VITIMA ☐ AO PROPRIETÁRIO

OUTROS: _____

NOME E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NOME: _____

ASSINATURA: _____ DATA: ____/____/____

FA DO REGISTRO DESTA BOLETIM

0109/2016

NOME E NÚMERO LEGÍVEL DO POLICIAL MILITAR

MATEUS CHALAL C.B.

- DESFECHO DA OCORRÊNCIA

PLAGIANTE DELITO

☐ CONFEÇÃO DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA NA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL ☐ OUTROS ESPECIFICAR: _____

TERMO CIRCUNSTANCIADO DA OCORRÊNCIA

☐ ENCAMINHAMENTO AO CONSELHO TUTELAR

CONFEÇÃO APENAS DESTA BOLETIM DE OCORRÊNCIA

☐ RESOLVIDO NO LOCAL

- CAMPO EXCLUSIVO PARA PREENCHIMENTO DA POLÍCIA CIVIL EM CASOS NECESSÁRIOS

ARJANA SEGUROS



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°

2.625.575

Vto declaratório

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: Sebastião Alves dos Santos D. N. 27/09/1974 Idade: 41
Profissão: Cartão SUS n°
Endereço: Rua: Sítio Nova Esperança Bairro:
Cidade: Assol U.F. RN Fone:
Filiação: Mãe: Pai:

Data: 30/09/2016

Hora: 20:25

A.C.C.R.: VERBA

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

Problema crônico de queda de peso no
dia de hoje com dor em tornozelo (E).

2 - EXAME FÍSICO

Dor tornozelo (E)
Em uso de tala bota
Pele mals intacta.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 0507 20/8
31/10
SAME/ARQUIVO

ARUANA SEGUROS
26 JUL 2016

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

1) Fratura tíbia distal

Hora: :

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.[illegible]

Observações:

Date: / / Page:

ROS (Describe)



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 <i>ORL</i>	
NOME DO PACIENTE <i>Sebastião Alves da Silva</i>		DATA DE NASCIMENTO <i>1/1</i>	
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 - RUS
7/12/2019

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:	CID	PRIORIDADE 1 () 2 () 3 () <i>3</i>
LOCAL E DATA DA SOLICITAÇÃO <i>29/07/19</i>	MÉDICO SOLICITANTE/CRM (ASSINATURA E CARIMBO) <i>[Assinatura]</i>	

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> <i>26 JUL 2019</i>
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	
Identificação do Paciente		4 - CNES	
5 - NOME DO PACIENTE Sebastião Alves dos Santos		6 - Nº 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 checked="" type="checkbox"/> 3	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		10 - RAÇA/COR	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF	
19 - CEP			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO	
Queda de moto no dia de hoje com dor em tornozelo (E).			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
tuboente cirúrgico			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
RX			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID 10 PRINCIPAL	
fractura de tornozelo		S82.0	
25 - CID 10 SECUNDÁRIO		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Cirurgia para tornozelo (E)		0410810151041917	
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
trauma		() CNS () CPF	
31 - DOCUMENTO		32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
Nayara Souza			
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			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		AUTORIZAÇÃO	
47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



PEDIDO DE EXAME

Nome: Sebastião Alves dos Santos Matrícula: 12300
Idade: M Ambulatório: UTI: Enfermaria:

NATUREZA DO EXAME

de tornozelo e AP + L

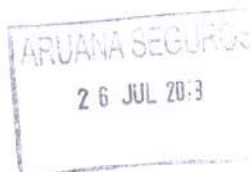
INDICAÇÃO CLÍNICA

controle

Requisitante: Rogério Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 1226-9907 1341

CRM:

Data: 17/10/16





Sistema
União de
Saúde

Ministério
da
Saúde

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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 11 ORT

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL (PSA)

KATIA

MATRÍCULA

DATA

26/09/2016

HORA

7:33

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE

SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

NACIONALIDADE

BRASILEIRO

IDADE

DATA DE NASCIMENTO

27/09/1974

ESTADO CIVIL

SOLTEIRO

PROFISSÃO

AGRICULTOR

NOME DO PAI

EGIDIO ALVES DOS SANTOS

REGISTRO DE IDENTIDADE

938 428 644 34

RG

1 397 989

ORG EXP.

ITEP

UF

RN

CARTÃO DO SUS

700 7009 0543 9080

COMPLEMENTO

SITIO NOVA ESPERANCA

ZONA RURAL

MUNICÍPIO

ASSU

UF

RN

CEP

59 650 000

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

FRANCISCA DAS CHAGAS

PARENTESCO

IRMA

TELEFONE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

REGULAMENTO DE ATENDIMENTO

() Regulado () SAMU () Demanda Espontânea

MOTIVO

DOENÇA PRINCIPAL

FLUXOGRAMA

DESCRIMINADOR

DOENÇAS PREEXISTENTES

ALERGIAS

PESO: ALTURA: SSVV: FC: FR: T: SO2: PA: GLICEMIA:

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

COREN

DATA

HORA

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR:



PRIORIDADE

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

ACOLHIMENTO
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- ☐ SALA VERMELHA
- ☐ URGÊNCIA
- ☐ ORTOPEDIA
- ☐ CONSULTA MÉDICA
- ☐ BUCOMAXILO
- ☐ PEQUENA CIRURGIA
- ☐ ACIDENTE DE TRABALHO
- ☐ VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
- ☐ QUEDA
- ☐ OUTROS

	Esponânea	
Abertura	A vez	1
Ocular	A dor	2
	Nenhuma	1
	Orienta a	5
	Confusa	4
Resposta	Palavras inapropriadas	3
Verbal	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
	Responde comandos	5
	Localiza dor	4
Resposta	Movimento de retirada	4
Motora	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

HISTÓRIA CLÍNICA

EXAME FÍSICO



EXAME DE AVALIAÇÃO DE LESÃO
EXAME DE AVALIAÇÃO DE LESÃO

CONSULTA MÉDICA PARA REGISTRO DE LESÃO DE VIOLÊNCIA

Nome do Paciente: _____
Endereço: _____
Data: _____

CONSULTA FISIOTERAPÊUTICA

Assinatura do Profissional

Fratura do tornozelo (E)

Intenções

Dr. Henderson Moraes
Ortopedista - Traumatologista
CRM 5314 - SBO 12213

ARUANA SEGUROS
26 JUL 2013

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ARUANA SEGUROS
26 JUL 2013

Núcleo Interdisciplinar
Núcleo Interdisciplinar

Assinatura



Sistema
Único
de
Ministério
da
Saúde

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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 21 ORT RET

REVISOR RESPONSÁVEL (PSA)

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

DADOS DO PACIENTE

SEBASTIÃO ALVES DOS SANTOS
NOME DO ENFERMEIRO DATA DE NASCIMENTO IDADE RELIGIÃO
BRASILEIRA 27/09/1974 42 CATÓLICA
ESCOLARIDADE ESTADO CIVIL PROFISSÃO RACA/COR
ALFABETIZADO SOLTEIRO AGRICULTOR PARDA
NOME DA MÃE TELEFONE
GREGÓRIA LOURENÇO DOS SANTOS 99904-5878
NOME DO PAI
EGÍDIO ALVES DOS SANTOS
RG ORG. EXP. UF CARTÃO DO SUS
938428644-34 1397989 ITEP RN 700700905439080
ENDEREÇO COMPLEMENTO
SÍTIO NOVA ESPERANÇA,
BAIRRO MUNICÍPIO
ZONA RURAL ASSU UF CEP
RN 59.650-000
PROF. RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE TELEFONE
FRANCISCA 99904-5878
PARENTESCO
IRMÃ

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FORMA DE ENCAMINHAMENTO
() Regulado () SAMU () Demanda Espontânea

MOTIVO

QUEIXA PRINCIPAL

EXAME FÍSICO

DESCRIMINADOR

DOENÇAS PREEXISTENTES

ALERGIAS

PESO: ALTURA: SSVV: FC: FR: T: SO2: PA: GLICEMIA:

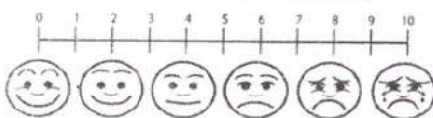
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

COREN

DATA

HORA

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR:



PRIORIDADE

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

ACOLHIMENTO
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- ☐ SALA VERMELHA
☐ URGÊNCIA
☐ ORTOPEDIA
☐ CONSULTA MÉDICA
☐ BUCOMAXILO
☐ PEQUENA CIRURGIA
☐ ACIDENTE DE TRABALHO
☐ VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
☐ QUEDA
☐ OUTROS

Abertura Ocular	Espontânea À voz À dor Nenhuma	4 3 2 1
Resposta Verbal	Orientado Confuso Palavras inapropriadas Palavras incompreensíveis Nenhuma	5 4 3 2 1
Resposta Motora	Padece comandos Localiza dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Nenhuma	6 5 4 3 2 1


HISTÓRIA CLÍNICA

Ref. Pansufo Moleto Gt.

EXAME FÍSICO

ARQUIVADO
26 JUL 2013

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			
CONDUTA 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	
<p><i>→ Ret. Mot. Sintoma do fuz no C.C.</i></p> <p style="text-align: right;"> <i>Marcus Vinicius C. Freire</i> Ortopedia / Traumatologia CRM/RN 5781 TEOT 14910 </p>			
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



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2- CNES	
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		4- CNES 3515168	
Identificação do Paciente			
5- PACIENTE SEBASTIÃO ALVES DOS SANTOS		6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO 145479	
7- CARTÃO NACIONAL/US 700700905439080	8- DATA DE NASCIMENTO 27/09/1974	9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR PARDA
11- NOME DA MÃE GREGÓRIA LOURENÇO DOS SANTOS		12- TELEFONE DE CONTATO 99045878	
13- NOME DO RESPONSÁVEL FRANCISCA DAS CHAGAS		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) SÍTIO NOVA ESPERANÇA			
16- MUNICÍPIO ASSU	17- BAIRRO ZR	18- UF RN	19- CEP 59650-000
Justificativa de Internação			
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fratura humeral</i>			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>DF. hum</i>			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>S Rx</i>			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura humeral</i>	24- CID 10 PRINCIPAL	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Procedimento Solicitado			
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Assub hum</i>		28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO () CNS () CPF	32- Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO <i>Manoel Correia Neto CRM-849</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i>	
Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)			
36- () AC. TRÂNSITO	39- CNPJ DA SEGURADORA	40- Nº DO BILHETE	41- SÉRIE
37- () AC. TRABALHO TÍPICO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CBOR
38- () AC. TRABALHO TUAJETO			
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NAD SEGURADO			
Autorização			
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47- COD. ORGÃO EMISSOR	52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>145479</i>	
48- DOCUMENTO () CNS () CPF	49- Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>145479</i>		



Hospital

Nome do paciente		Nº prontuário	
SEBASTIÃO AUGUSTO DOS SANTOS			
Data operação	Ent.	Leto	
06/07/15			
Operador	1º auxiliar	2º auxiliar	Instrumentador
PEDRO MAGALHÃES		EDSON MAGALHÃES	RONALDO
2º auxiliar	3º auxiliar		
Anestesiado	2º anestesista	3º anestesista	
CRISTO DUARTE		RAQUE	
Diagnóstico pré-operatório			
FRACTURA DE TORÇÃO DO ESPALMO			
Tipo de operação			
FIXAÇÃO CIRURGICA COM MATERIAL DE SINTETICO			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - lições - drenagem - sutura - material empregado - aspectos - viceres

PRELITO, COM AUMENTO DA ASSERVA
CAMPOS, MANTENDO MATERIAL DISSECAÇÃO RE-
DUÇÃO, PULSA SUBCUTANEA COM 07 BOTOS
PARAFUSOS CORTICAIS, MUCOLAR E GPOWON
SUTURADO POR PLANO, MANTENDO MATERIAL DE
TUBO PARAFUSO COM ASSERVA DE
MATERIAL MUCOLAR, SUTURADO POR PLA-
NO CURATIVO, TALA TIPO BOTA

Dr. Carlos Magno P. do Carmo
Ortopedista - Traumatologia
Perito em Traumatologia
CRM 2186 - TEOT 5981
CPF: 188.304.504-44

25 JUL 2015

20/7/2015

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Paciente: **SEBASTIÃO ALVES DOS SANTOS** Enfermagem: _____ Leito: _____ Nº prontuário: _____

Nome: **HRDMC** Idade: _____ Sexo: **M** Cor: **P**

Data: **06/10/16** Pressão arterial: **140x80** Pulso: **76** Respiração: **14** Temperatura: **36,5** Peso: **75** Outros: _____

Tipo sanguíneo: _____ Hematias: _____ Hemoglobina: _____ Hematócrito: _____ Glicemia: _____ Ureia: _____

Urina: _____

Ap. respiratório: _____ Asma: **N** Bronquite: **N**

Ap. circulatorio: _____ Eletrocardiograma: _____

Ap. digestivo: **NDU** Deriva: _____ Pescoço: _____ Ap. urinário: _____

Estado mental: _____ Anestésicos: _____ Corticóides: **N** Alergia: **NCSA** Hipotensores: **N**

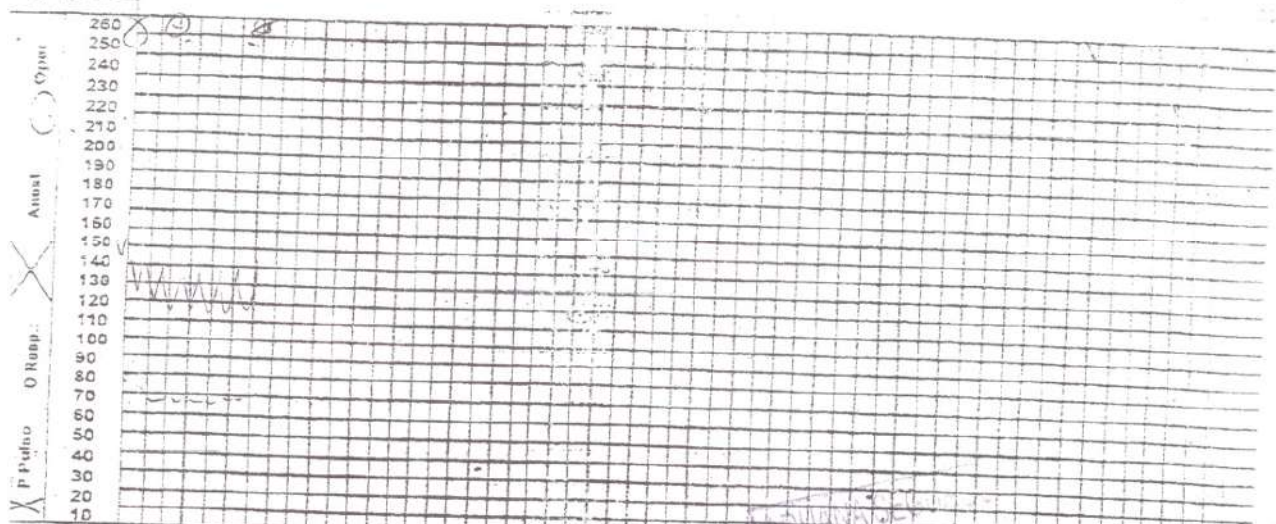
Diagnóstico pré-operatório: _____ Estado físico: **ASA I** Anco: _____

Anestésias anteriores: _____

Medicação pré-anestésica: **NDU** Aplicada às: _____ Efeito: _____

Agente Anestésico: **PS 1500**

Líquidos: _____



SÍMBOLOS: **- SpO2**

NOTAÇÕES: **- ECG**

POSICÃO: **DDH**

gentes: **BUPIVACAÍNA 0,5% / Res + Bimort 0,2% + TANTALIA**

ênica: **RAQUE LOMBAR**

eração: **TTT Círculo de Fátima do Tornozeiro**

urgências: **Pedra + Cateter**

testesistas: **Paula**



Hospital

Nome do paciente		Nº prontuário	
Gustavo Alves dos Santos			
Data operação	Ent.	Leito	
Operador	1º auxiliar	2º auxiliar	3º auxiliar
Rogério Santos	Carlos Nogueira		
Anestesista		Tipo de anestesia	
Diagnóstico pré-operatório			
Refratura escápulo medial E com perda de superfície			
Tipo de operação			
Reparação da perda de fixação do			
Diagnóstico pós-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 - viceras

Incisão por meio de aprofundamento a umidade que já existia.
Inferior ao processo - arvorela.
Sutura. Redução do escápulo medial.
Sutura e fixação com parafuso espelho.
Aquele. Sutura.
Ligadura de SP.
Acrofto. Sutura grossa tipo bat.

Rogério Santos
Ortopedia Traumatologia
CRM 1226 - SBOT 1341

healberto
20038

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

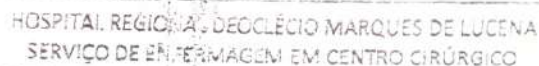
Hospital: DML	Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome: Sebastião Alves dos Santos	Idade	Sexo: m	Cor
Data: 17/10/2016	Pressão arterial: 130/90	Pulso	Respiração
Temperatura	Peso: 65,8	Outros	
Tipos sanguíneos	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia
Ureia			
Ap. respiratório	Asma	Brônquites	
Ap. circulatório	Eletrocardiograma		
Ap. digestivo	Dentes	Pescoço	Ap. urinário
Estado mental: lucido	Atarácicos	Corticóides	Alergia
Diagnóstico pré-operatório: Fratura de tornozelo	Estado físico	Risco	
Anestésias anteriores			
Medicação pré-anestésica	Aplicada às	Efeitos	

Agentes Anestésicos	DT
Líquidos	150 cc
Oper	
Anest.	
O Hosp.	
P. Pulso	
10	
20	
30	
40	
50	
60	
70	
80	
90	
100	
110	
120	
130	
140	
150	
160	
170	
180	
190	
200	
210	
220	
230	
240	
250	
260	

SÍMBOLOS	ECG
ANOTAÇÕES	PAN I -
POSICÃO	OL

Agentes	Neocain 0,5% 0,5ml + Demorol 0,1mg + Dormonid 5mg +
Técnica	Raquianestesia + Epidural 0,5ml + Dexametasona
Operação	Hernia de disco L5/S1
Cirurgiões	Rogério + Carlos
Anestesiistas	Valde

CRM-RN 1123



Nome: OSCAR ALVES DOS SANTOS Idade: 42 D/N: 27/09/16
 Pront: 145479 Município: S. TILO NOVA ESPERANÇA P. Cadência: ☒ Interno () Externo
 Data da cirurgia: 11/10/16 Hora Admissão: Bloco: 07:00 Sala: _____ Hora Saida: _____ Peso: _____
 Alergias: ☒ Não () Sim _____ Comorbidades: () H.S. () 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): ATIANA Instrumentado(a): Bruno Circulante: Aldeu
 Cirurgia: LECITROFIA Especialidade: _____ Sala: _____
 Hora Início: 07:30 Hora Término: 11:20 Tipo de cirurgia: ☒ Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
 1º Cirurgião: CARLOS MAFÁ Aux: PZ ROGERIO Residente: _____
 Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: _____ () Bloqueio () Raquidiana Ag.º _____ () Peridural () IC/cateter () S/cateter
 Ag.º _____ Cateter nº: _____ Início: 08:20 Garrote: ☒ Smarch () Pneumático Início: 10:25 Término: 11:25
 Anestesiologista: DR. JOSÉ

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Jeito	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
Letárgico	Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
Coma	Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
Desorientado	Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	Arteriovenosa	Estimul. Nervo
Sedado	Íntegra	Taquicardia	SNG	Diprífusor
Ansioso	C/lesões	Arritmia	SVD	BIC
Deambula	Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmico	Colostomia	Desfibrilador
t/oiçificidade	Cicatriz cirúrgica	Eufria	Cistostomia	
Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	Disonia	Dreno	
Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	Dispnia	Aparelho gessado	
Tetraplégico	Manchas	Dispositivo O ₂	Tração	
Amputações	S/Tricotomia		Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	74	66	61	Bpm
Pulso	73	66	61	Bpm
Oximetria	98	99	99	%
Capnografia				%
PA	128x80	128x88	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:	26 JUL
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
	Proclive		Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
() Sim (X) Não	() Metal () Descartável
Local:	
REGEMARÇÃO	TRICOTOMIA
(X) Sim () Não	() Sim (X) Não
Local: MIE	Solução: Local:

IMPLANTE CIRÚRGICO

Genes: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Estômago: _____

Idade de XC: _____

Idade - Tipo: _____

Outros: _____

Resilbor *20/03/88* *Resilbor* *20/03/88*

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:
() Hemocentrado _____ Unid.
() Plasma _____ Unid.
() Albumina _____ Unid.
() Expansor plasmático _____ Unid.
() Plaquetas _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h:	h:	h:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

HIDRATAÇÃO VENOSA
() Soro Fisiológico: _____ ml
() Soro Ringer Simples: _____ ml
() Soro Ringer Lactato: _____ ml
Quantidade total de volume administrado: _____

ANATOMO PATOLÓGICO
() Não () Sim Peça: _____
Peça para sepultamento: () Não () Sim
Swab para cultura: _____
Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES
FO de aspecto: () limpo () c/exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros: _____

INTERCORRÊNCIAS: Medicação a critério da Anestesiologista, 2
mas transcorreu sem alterações

Ass: _____ Coren: 871529

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: (X) Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel (X) O₂ ambiente Curativo: (X) Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: _____
Diurese: (X) Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: 1

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

Hora: 11:05 Data: 11/10/16 Nível de consciência: (X) Acordado () Sonolento () Narcose (X) 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
Venoclise: () Não () Sim Tipo: _____ Local: _____ Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno insuficiente () Coágulos
Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sulo Monitorização: () ECG () Oxímetro () PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC

Relate: _____

SINAIS VITAIS

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão		<u>55</u>			<u>100</u>	<u>7</u>
30'		<u>59</u>			<u>100</u>	
60'		<u>60</u>			<u>100</u>	
Alta						

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: _____ ml
Soro Fisiológico: _____ ml
Ringer: _____ ml
Irrigação vesical contínua: _____ ml

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Vol em O₂ ambiente com
gotejamento controlado por bafêmetro p/ dar at J aos cuidados
de enfermagem p/ realizar Rx



PRESCRIÇÃO MÉDICA- TRAUMATOLOGIA

LEITO 18

CIENTE: SEBASTIÃO ALVES DOS SANTOS

DATA: 13.10.2016 IDADE:

DIETA LIVRE

SF 0,9% 1000ML EV

SG 5% 1000ML EV

CEFALOTINA 1G EV 6/6HS

TENOXICAN 20 -- 1AMPE EV 12/12HS

SSVV

Dr. Dianna Carlos de A. Jr.
CRM RN 2795
TELEF 5471

35 DVO 4702
basta visita
Sem glicose
ALT 10mg/kg

LUÇÃO MÉDICA:

NGSTICO:

IXAS

OVASCULAR EM MEMBRO AFETADO: () SEM ANORMALIDADES OBS:

ENCA DE FERIDA () NAO () SIM ASPECTO:

ILIZAÇÃO: QUAL?

TROCAR? SIM () NÃO ()

ITO RADIOGRAFIA:

ITO OUTROS EXAMES:

26 JUL 20:3



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os fins que se fizerem necessários,

a) Sr. (a) Sebastião Alves dos Santos foi examinado

na Unidade de Saúde às 11:20 horas,

situando de 30 (trinta) dias de

período do trabalho por motivo de moléstia classificada no C.I.D. com

S-82.8, a partir da presente data.

Dr. Dalton
Ortopedista
CRM 127195
Panamirim/RN 26/08/16



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



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado Sebastião Alves dos Santos

foi examinado nesta Unidade às 10:00h horas, necessitando de
30 (TRINTA) dias de afastamento do trabalho, a partir
desta data.

Dr. Jossio 10/09/2016
LOCALIDADE E DATA

Dr. Jossio
Ortopedista
CRM 127195
Panamirim/RN

ASS. DO MÉDICO E CARIMBO COM CRM

NOTA: Este atestado é válido para finalidade prevista no Art. 36 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 50.501, de 14.03.87 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Sebastião Alves

OXOTRON 60mg:

Tomar 01 comprimido
de 8 em 8 horas

por 05 dias

Dr. João R. C. M. Almeida
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-4553

MEDICO

1.7.11



Secretaria de Saúde Pública
Hospital Decidido M. Lucena

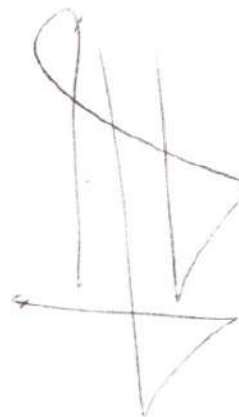
RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: Sebastião Alves

Turle (11/10/16)

25/10/16 às 13:04h

Dr. Carlos Maia



26 JUL 2013

ARMARNA SEGUR

Retorno 11/11/18
01 07h

Dr. João R. C. M. Almeida
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-4553

Retorno 11/12/18
05 08h

Dr. João R. C. M. Almeida
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-4553



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

RECEITUÁRIO

Sebastião Nunes

Hoje. Deu tudo mais

SEGUNDA - 7hoo
26/10/16

Assinatura: Marcos
Secretaria - Transmissão
26/10/16 - 15:07:17

Localidade 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 Nº 177831889
BENEFÍCIO Nº 6162321910

Prezado (a) Sr(a)

SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS


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

Marcar uma nova perícia a partir de dia 19/12/16

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 27 de outubro de 2016

Assinatura do Requerente / Representante Legal

ARUANA SEGURA

17/09/2016

CAT2016352638901.HTM



Comunicação de Acidente de Trabalho

Número da CAT:2016.352.638-9/01

Informações do Emitente

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

Informações do Empregador

Razão Social/Nome	AGRICOLA FAMOSA LTDA	CNAE	01334
Tipo/Num. Doc.	1 - CGC/CNPJ 004749000005-36	Endereço	SIT JUCA SN ZONA RURAL
CEP	62920000	Estado	CE
Bairro	TOME	Telefone	0085-32920069
Município	QUIXERE		

Informações do Acidentado

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

Informações do Acidente

Data do Acidente	10/09/2016	Hora do Acidente	06:25
Horas Trabalhadas	00:00	Tipo	3 - Trajeto
Acusou afastamento?	Sim	Reg. Policial	Não
Local do Acidente	4 - Área Rural	Exp. Local	ESTRADA CARROCAL
C.C. da Prestadora	CNPJ - -	UF do Acidente	CE
Município do acidente	LIMOEIRO DO NORTE	Último dia Trabalho/Dt Óbito	10/09/2016
Parte do Corpo	75.70.10.000 - PERNA (ENTRE O TORNOZELO E A PELVIS)		
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		
Morte	Não	Data Óbito	

Quixere, 17.09.2016

Local e Data

AGRICOLA FAMOSA LTDA

Téc. Segurança do Trabalho emite

Reg. N° 0018283 - CE

Informações do Atestado Médico

Unidade	HOSP. TARCISO MAIA	Data Atend.	10/09/2016
Hora Atend.	10:00	Heve Internação?	Sim
Deverá o acidentado afastar-se durante o tratamento?	Sim - 030 dias		
Nat. Lesão	70.20.35.000 - FRATURA		
Id - I0	S82.7 - Fraturas múltiplas da perna		
Observações	FRATURA ACIMA DO TORNOZELO	CRM	0400006726 - UF: RN

Quixere, 17/09/16

Local e Data

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

xadasirada 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.

TARUANA SEGUROS

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

REQUERIMENTO Nº 176716296
BENEFÍCIO Nº 6162321910

Prezado (a) Sr(a)

SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

(NOME DO SEGURADO)

00001397989

10743 / 11

12445673765

(RG/CERTIDÃO)

(CTPS/SÉRIE)

(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

ARUANA SEC-102

Dr. Wilson Edino de Freitas Jales

Serviços Médicos Wilson Edino de Freitas Jales CNPJ: 12.487.862/0001-70	AME Rua Juvenal Lamartine, 30 Mossoró/RN (84) 3062.3610 / 9 8754.5210
	Clinica Oitava Rosado R. Juvenal Lamartine, 119 Mossoró/RN (84) 3315.6300 / 9 8873-7183
	Interclínica Modelo Rua Jorge Caminha, 150 Areia Branca/RN (84) 3332.2477

Receituário

Selva Arco
Aguas
Santos.

Receituário
Xc 10 + 810 mg
17

Wilson Edino Jales
CRM/RN 4683
CNPJ 12.487.862/0001-70

Dr. Wilson Edino de Freitas Jales
Médico CRM/RN 4683 | Matrícula 12351-4
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAMIRIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Capitão Marinho Machado, 31 - Centro - Parnamirim-RN
CEP - 59.150-000 - Fone: (84) 3272-6341 / 6344
CNPJ - 08.170.862/0001-74

Paciente: _____
Endereço: _____
Prescrição: _____

1 IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome	_____	_____	_____
Ident	_____	_____	_____
End.	_____	_____	_____
Cidade	_____	_____	_____
UF	_____	_____	_____
ASS. FARMACEUTICO	_____	_____	_____
DATA	_____	_____	_____

2º VIA PACIENTE

1ª VIA FARMÁCIA



Ortotrauma

Ortopedia e Traumatologia

Nome: Sebastião Alves dos Santos

do INSS

Paciente portador de fratura por
trauma de pilão tibial (E).
Paciente com 2 x 2 de fratura + de fratura
mineral localizada para de-
truição por placa tibia que de-
stabiliza o joelho inferior
e fratura da perna. A perna é fratura

T93:

Mossoró/RN 06.10.17

Dr. Alton Assunção
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4883 5404 1107

Médico

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



Ortotrauma

Ortopedia e Traumatologia

Nome: Sebastião Alves dos Santos

Paciente com 2 x 2 de fratura por
trauma de pilão tibial (E).
Paciente com 2 x 2 de fratura + de fratura
mineral localizada para de-
truição por placa tibia que de-
stabiliza o joelho inferior
e fratura da perna. A perna é fratura

CNPJ: 582.6
582.5
1484.0

Dr. João E. C. Nascimento
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4883 5404 1107

Médico

Mossoró/RN 11.09.17

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

grícola
Famosa

RECEITUÁRIO

Atestado de
Doença
Pelo fim de requisição
que o Sr. Sebastião
dos Santos, 42 anos, age-
nte de saúde em
Arrozal, decorrente de
trauma em TÍBIA e FIBULA
em 10/09/17.
em condições de trabalho
(Sano)

até o momento. Necessário
aferimento do trabalho e
tratamento de saúde.

CD 10: T93.2

13/07/17

[Assinatura]

Antônio Lisboa de Q. Moraes
Médico
CREMEC 9847

26 JUL 2017

ARUANA SEGUROS



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

Clinica Otava Rosado

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

Interclínica 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 REALIZAR 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 SEGUROS
26 JUL 2017

agrícola
Famosa

RECEITUÁRIO


Atestado Clonico
Aferido 01/07/17 de regulação
social que o Sr. Sebastião
Alves dos Santos, 42a, apre-
senta dor e edema em
Tornozelo E, decorrente de
fratura em Tíbia e Fíbula
distal E em 10/09/17.
Sem condições de trabalhar
(Suso)

26 JUL 2017

até o momento. Necessita
aperfeiçoamento do trabalho e/
tratamento de saúde.

CD 10: T93.2.

13/07/17



Antonio Lisboa de C. Moraes
Médico
CREMEC 9847

ARQUIVAÇÃO
26 JUL 2017



Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal do Assu

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

FICHA DE REFERÊNCIA LOCAL

UNIDADE DE ORIGEM: Nova Esperança
PACIENTE: Sebastião Alves dos Santos
ENCAMINHADO À ESPECIALIDADE: Ortopedista
INDICAÇÃO: Doi e edema no tornozelo e (fofo no pé)

Dr. José Gustavo Praxedes Azevedo
Médico
CRM/RN 8083

MÉDICO/CRM

19 / 09 / 17
DATA

ARUANA SEGURO
26 JUL 2017




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) SERAFIM ARAUJO DOS SANTOS
foi examinado nesta unidade de saúde às _____ horas e o mesmo está necessitando de
INDETERMINADA dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.
CID 10 T93 P1 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





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL:

ACU

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

REQUERIMENTO Nº 182767042
BENEFÍCIO Nº 6195387855

SABI
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

Prezado (a) Sr(a)

SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

(NOME DO SEGURADO)

00001397989

(RG/CERTIDÃO)

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: 11/09/2017

Hora: 11:20

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, 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 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 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.
— LIGUE 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

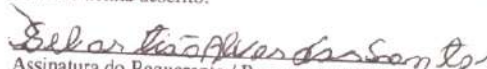
NIT: 12445673765
Número do Benefício: 6162321910 Espécie: 31 2ª VIA
Número do Requerimento: 176716296
Ao Sr.(a): SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS
Endereço: VICENTE PAULO DE MENDONCA, NOVA ESPERANCA
CEP: 59650000 Município: ACU UF: RN
Assunto: Pedido de Prorrogação de Auxílio Doença
Decisão: Deferimento do 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 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



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

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

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: ACU

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

REQUERIMENTO Nº 179780142
BENEFÍCIO Nº 6162321910

Prezado (a) Sr(a)

SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

(NOME DO SEGURADO)

1397989

(RG/CERTIDÃO)

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

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, 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 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: 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

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

Sebastião Alves dos Santos
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 Pencia a 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



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

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

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência ACU

Endereço: AVENIDA SENADOR JOAO CAMARA

CEP: 59650000

Município: ACU

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.

Ciente,

Sebastião Alves dos Santos

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: ACU

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

REQUERIMENTO Nº 177831889
BENEFÍCIO Nº 6162321910

(2ª Via)

Prezado (a) Sr(a)

SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

(NOME DO SEGURADO)			
00001397989	10743 / 11	12445673765	
(RG/CERTIDÃO)	(CTPS/SÉRIE)	(NIT)	
<hr/>			
(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
Hora: 07:20
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, 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 Nº 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 Mendes

Ministério do Seguro Social
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 20/01/2017

Assinatura do Requerente/Rep. Legal



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

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

Sebastião Alves dos Santos
Assinatura do Requerente / Representante Legal



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL:

ACU

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

SABI
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

REQUERIMENTO Nº 181987016
BENEFÍCIO Nº 6195387855

Prezado (a) Sr(a)

SEBASTIAO ALVES DOS SANTOS

(NOME DO SEGURADO)

00001397989

10743 / 11

12445673765

(RG/CERTIDÃO)

(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
Matrícula 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. Validade Início: 08/09/2017 Fim: 31/10/2017

Código	Descrição Rubrica	Valor
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERIODO	R\$ 1.028,69
104	VALOR DO DECIMO-TERCEIRO SALARIO	R\$ 42,86
137	ADIANTAMENTO 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. Validade Início: 06/10/2017 Fim: 30/11/2017

Código	Descrição Rubrica	Valor
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERIODO	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



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 outro benefício a partir de 31.07.17.



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

SABI
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: ACU

REMARCAÇÃO DE EXAME PERICIAL
REQUERIMENTO Nº 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 18.12.2017
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)

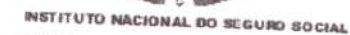
TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

PARANÁ SEGURO
26 JUL 2013



ACU

SABI
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

(NIT)

Num. 34902217 - Pág. 6



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

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
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): 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. Validade Início: 08/11/2017 Fim: 29/12/2017

Código	Descrição Rubrica	Valor
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERIODO	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 SEGUROS
26 JUL 2017



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

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 apartir 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.
Ciente,

ARUANA SEGUROS



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

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

ARUANA SEGUROS
- 03 JUL 2017



Ortotrauma

Ortopedia e Traumatologia

Nome: Sebastião Alves dos Santos

foi INSS

Paciente portador de sequela pós
fratura de pilão tibial (E).

Teor dor + edema + déficit
funcional local.

Tratado por platinado que se-
mantém uso de membro inferior
e/ou fixador. A Paciente

Grato

CID T93.

Mossoró/RN 06/04/12

Médico

CLÍNICA ORTOTRAUMA

Rua: Duodécimo Rosado, 1518, Nova Betânia, Mossoró/RN
Agendamento de Consulta: (84) 3061-5000 / 3316-0430
www.orto-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 tíbia e fíbula.
- Comparar com exames anteriores.

Dra. Luísa 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: Paulo Roberto S. dos S. Matrícula: _____
RG: 1.234.567 DATA DE NASCIMENTO: 27/10/1976 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino
Cargo/Função: _____

2 - RISCOS OCUPACIONAIS EXISTENTES NA ATIVIDADE DO TRABALHADOR:

☒ FÍSICOS: ☐ Ruído ☐ 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: 16/08/15
☒ Exame de Aptidão Física e Mental Data: 04/07/15

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: _____

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

6 - MOTIVO DO EXAME MÉDICO:

☐ Admissional ☐ Periódico ☐ Retorno ao Trabalho ☒ Mudança de Função ☐ Demissional

7 - MÉDICO RESPONSÁVEL PELO EXAME:

Módulo Médico de 2. Morais
Médico
CRM-MEC 0847

Quixeré-CE, 14 de Seto de 20 15

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.

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 n°. 6860, CPF/MF n°. 030352564-97, RG n°. 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)