



Número: **0802314-95.2019.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **13/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 26.762,48**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RONDINELLE DE AQUINO (AUTOR)		ADRIANO CLEMENTINO BARROS (ADVOGADO) ABEL ICARO MOURA MAIA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39142 238	13/02/2019 16:17	<a href="#">01 - PROCURAÇÃO</a>	Procuração
39142 248	13/02/2019 16:17	<a href="#">02 - DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA</a>	Documento de Comprovação
39142 255	13/02/2019 16:17	<a href="#">03 - DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO</a>	Documento de Identificação
39142 262	13/02/2019 16:17	<a href="#">04 - CNH</a>	Documento de Identificação
39142 267	13/02/2019 16:17	<a href="#">05 - COMPROVANTE DE ENDEREÇO</a>	Documento de Comprovação
39142 275	13/02/2019 16:17	<a href="#">06 - CRLV</a>	Documento de Identificação
39142 283	13/02/2019 16:17	<a href="#">07 - FORMULARIOS OBRIGATÓRIOS E CONTA</a>	Documento de Comprovação
39142 293	13/02/2019 16:17	<a href="#">08 - DOCUMENTAÇÃO MÉDICO-HOSPITALAR</a>	Documento de Comprovação
39142 299	13/02/2019 16:17	<a href="#">09 - BOLETIM DE OCORRÊNCIA</a>	Documento de Comprovação
39142 305	13/02/2019 16:17	<a href="#">10 - AVISO DE SINISTRO</a>	Documento de Comprovação
39142 317	13/02/2019 16:17	<a href="#">11 - PLANILHA DE CALCULO - CALCULO EXATO</a>	Planilha de Cálculos
39195 061	14/02/2019 14:14	<a href="#">Decisão</a>	Decisão



# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

*Rondinelli de Aquino, brasileiro, divorciado, trabalhador rural, inscrito no CPF nº 024.086.264-39 e RG nº 001.604.235-55P/RN, residente e domiciliado na Rua Frei Damião, nº 00029 casa, Alto de São Manoel, Mossoró/RN, CEP: 59628-090.*

**OUTORGADO:** Dr. ABEL ICARO MOURA MAIA, brasileiro, Solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 12.240, Dr. TIAGO ABDON FELIX, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.022, URBANO GREGÓRIO DE LIMA JÚNIOR, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.776 e Dr. FRANCISCO DAS CHAGAS ARAÚJO, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 15.869, todos com endereço profissional na Rua Desembargador Dionísio Filgueira, nº 419, Centro, Mossoró/RN, onde recebe citações/intimações/notificações de estilo.

**OBJETO:** representar o (s) Outorgante (s), promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

**PODERES:** Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad juditia et extra*, para o foro em geral, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

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

Mossoró-RN, 14 / 11 / 2018.

*x Rondinelli De Aquino*  
\_\_\_\_\_  
**OUTORGANTE**

Mossoró/RN: R. Desembargador Dionísio Filgueira, 419, CEP: 59610-090, Centro

Mossoró/RN: Vila Maísa, 12240, CEP: 59649-899, Área Rural

Serra do Mel/RN: R. Colono Severino Lazaro da Costa, 12, CEP: 59663-000, Vila Brasília

(84) 9.9482-4082

(84) 9.9980-4244

☎ (84) 9.8773-3770

abelmaiaadv@gmail.com



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu,

*Rondinelle De Aquino, brasileiro, divorciado, trabalhador rural, inscrito no CPF nº 024.086.264-39 e RG nº 001.604.235 SSP/RN, residente e domiciliado na Rua Frei Damião, nº 00029 casa, Alto de São Manoel, Mossoró/RN, CEP: 59628-090.*

, Declaro, nos termos do artigo 98, da Lei nº 13.105/2015 – Novo Código de Processo Civil (NCPC), bem como do art. 790, § 3º, da CLT, não ter como arcar com o pagamento de custas e demais despesas processuais sem prejuízo de meu sustento, pelo que REQUEIRO os benefícios da justiça gratuita.

Por verdade, firmo o presente.

Mossoró-RN, 14 / 11 / 2018.

*Rondinelle De Aquino*  
**DECLARANTE**

Mossoró/RN: R. Desembargador Dionísio Filgueira, 419, CEP: 59610-090, Centro

Mossoró/RN: Vila Maisa, 12240, CEP: 59649-899, Área Rural

Serra do Mel/RN: R. Colono Severino Lazaro da Costa, 12, CEP: 59663-000, Vila Brasília

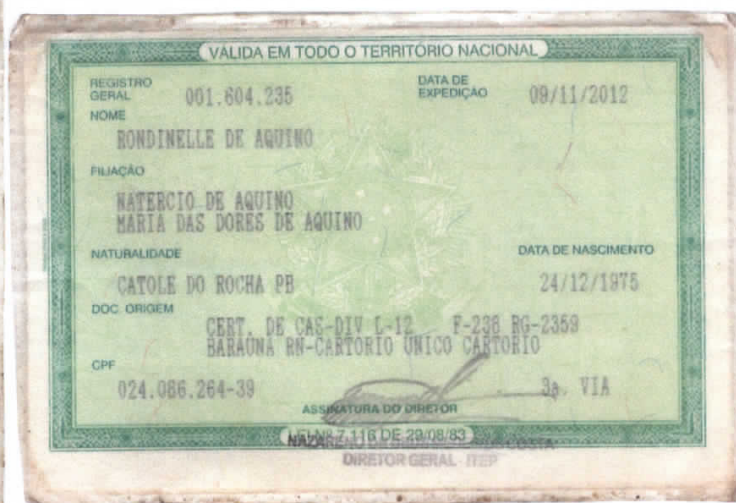
(84) 9.9482-4082

(84) 9.9980-4244

☎ (84) 9.8773-3770

abelmaiaadv@gmail.com







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
RONDINELLE DE AQUINO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
001604235 SSP RN

CPF  
024.086.264-39 DATA NASCIMENTO  
24/12/1975

FILIAÇÃO  
NATERCIO DE AQUINO  
MARIA DAS DORES DE  
AQUINO

PERMISSÃO ACC CATEG.  
AB

Nº REGISTRO  
05899855980 VALIDADE  
06/02/2018 1ª HABILITAÇÃO  
08/10/2013

OBSERVAÇÕES

Rondinelle de Aquino  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
MOSSORO, RN DATA EMISSÃO  
13/10/2014

75833656583  
RN702059083

DETRAN RN (RIO GRANDE DO NORTE)

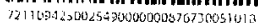
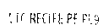
VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1003683680

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1003683680



1300 Urbinano S.A.

~~CONFIDENTIAL: OBSERVATION OF SUBJECTS' BEHAVIOR~~



Data de Vencimento: 15/10/2018 Data de Postagem: 05/10/2018

Доробили  
пр. а  
визначу



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 10854 // 00276 Nº 013707947610  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 00382577000 R.N.T.R.C. \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2017

NOME  
RONDINELE DE AQUINO

CPF / CNPJ 024.086.264-39 PLACA NOD5778

PLACA ANT. / UF NOD5778/RN CHASSI 9C2JC4120CR515792

ESPÉCIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA, NAO APLICAVE COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

CAP / POT / CIL OCV/124 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA R\$ 0.00 VENC. COTA ÚNICA 18/09/2017 VENC. COTAS 1º PAGO

FAIXA I.P.V.A. 002843 3% PARCELAMENTO / COTAS R\$ \*\*\*\*\* 2º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) \*\*\* TAXAS DETRAN: PAGO PRÊMIO TOTAL (R\$) \*\*\* DPVAT: PAGO DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: JC41E2C515792 DE PORTE OBRIGATORIO  
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

MOSSORO/RN LOCAL DATA 18/09/2017

Sidney de Souza da Silva  
Coordenador de Registro de Veículos  
DETRAN - RN  
EXPEDIDOR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN Nº 013707947610 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 18/09/2017

VIA 1 CPF / CNPJ 024.086.264-39 PLACA NOD5778

RENAVAM 00382577000 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB. 2011 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2JC4120CR515792

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04









## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Em do sinistro no ANS

do vítima

Nome completo da vítima

024.086.264-39 Rondinelli De Aquino

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo

Rondinelli De Aquino

Profissão

Trab. Rural Rua Frei Damião

Bairro

Alto de São Manoel Morrão

E-mail

abelmaiaadv@gmail.com

CNPJ

024.086.264-39

Número

00029 casa

CEP

59628-090

Tel (DDD)

(84)9.87733770

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, e juntar comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (somente para bancos estatais. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA

3226

CONTA

1006860

6

AGÊNCIA

CONTA

Autorizo a Seguradora Líder a enviar, na forma de e-mail, a cópia do pedido de indenização por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em que a Seguradora Líder se compromete a enviar, dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o valor da indenização por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, e a Seguradora Líder se compromete a enviar, dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o valor da indenização por invalidez permanente, com base na documentação apresentada.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impedido(a) de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência;

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima citado, solicito o pagamento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em que a Seguradora Líder se compromete a enviar, dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o valor da indenização por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, e a Seguradora Líder se compromete a enviar, dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o valor da indenização por invalidez permanente, com base na documentação apresentada.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima:

Gráu de Parentesco com a vítima: Vítima possui companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima possui companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tenha filhos, informar quantos filhos: Vítima possui nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não Vítima possui pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas beneficiários que se apresentem por escrito, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira acarretará penalidade de rescisão do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

Nome

CPF

(\*) Assinatura de quem assina o ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome

CPF

Assinatura

2ª Nome

CPF

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Proprietário (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher para pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na primeira de 7 (sete) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rondinelle de Aguiar,

RG nº 001.604.235, data de expedição 09/11/2012 Órgão SSP/RN,

CPF nº 024.086.264-39 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Frei Damiano</u>
Número	<u>00029</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Alto de São Manoel</u>
Cidade	<u>Mossoró</u>
Estado	<u>Rio Grande do Norte</u>
CEP	<u>59628-090</u>
Telefone de Contato	<u>(84)9.8773-3770 / (84)3316-5699</u>
E-mail	<u>abelmaiaadv@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Mossoró/RN 14/11/2018

Assinatura do Declarante: Rondinelle de Aguiar



A

SEGURADORA LIDER

A/C Cristina Grasso

Departamento de Sinistros

Prezados Senhores:

PROCESSO DE SINISTRO DPVAT - INVALIDEZ - Venho comunicar através desta, que sofri um acidente de trânsito em consequência do acidente fiquei com sequelas, Solicito que seja marcada a perícia médica para confirmar minha seqüela. Afirmando ainda para os devidos fins, que não possuo mais nenhuma documentação médica, além da acostada ao pleito administrativo em referência, pertinente ao acidente no qual fui vítima.

ATENCIOSAMENTE

xx Raulenelli De Aguiar



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:


**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Page 1 of 1  
Data impresso:23/11/2018

Professional Assinatura

Pa.: 0, Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O<sub>2</sub>: 0, Fi. O<sub>2</sub>: 0, Ventilação: 0, Decubito:

ADMINISTRATIVE CEFALOTIN 1G + ABD EV

BRUNADANTA

Chas. C. D. D.  
Bridges

Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O<sub>2</sub>: 0, Fi. O<sub>2</sub>: 0, Ventilação: , Decúbito:

# ADMINISTRADO DIPÍRONA + ABD EV

BRUNADANTA

Ermine

Temp.: 0, FC: 0, FR: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O<sub>2</sub>: 0, Fi. O<sub>2</sub>: 0, Ventilação: 0, Decúbito:

### ADMINISTRADO 3 ETAPA DE SF09% EV + REALIZADO CURATIVO

BRUNADANTA

11

20X80, Temp.: 36,4, F.C.: 85, FR.: 20, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O<sub>2</sub>: 95, Fi. O<sub>2</sub>: 0, Ventilação: 0, Decubito:

CIUDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, ADMINISTRADO CEFALOTINAG+ ABD EV

BRUNADANTA

5

Temp.: 0, FC: 0, FR: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O<sup>2</sup>: 0, Fi. O<sup>2</sup>: 0, Ventilação: , Decúbito:

ADMINISTRADO 2 ETAPA DE SF09% EV + DIPIRONA + ABD EV

BRUNADANTA

Feiler



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

011/1757 - RONDINELLE DE AQUINO

Data da internação: 22/11/2018 - 06:05:00

Sexo: M

Idade: 43 ANOS

Page 1 of  
Data impresso: 23/11/201

Serviço: SUS

Clínica ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 219-01

22/11/2018

Temp	FC	FR	Glicemia
PA	Temp	FC	FR
120x80	36,00	80	20 0

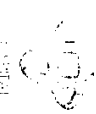
Assinatura

RECEBO PACIENTE EM ESTADO GERAL REGULAR, EM PÓS OPERATÓRIO ORTOPÉDICO. SEGUE CONSCIENTE E ORIENTADO. VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES. EUPNEICO EM O2 AMBIENTE, EM USO DE AVP VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO VENOSA + TERAPIA MEDICAMENTOSA. ACEITANDO BEM A DIETA. AO EXAME FÍSICO: COURO CABELUDO INTEGRAL, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. NORMOTENSO, NORMOCORADO, ANICTÉRICO, ANCIANÓTICO, AFEBRIL, NORMOCÁRDICO, PESCOÇO SEM NODULAÇÃO PALPÁVEL OU LINFONODULOS INFIATADOS, TORAX SIMÉTRICO MV + SEM RA, AUSCULTA BNF EM 2T, ABDOMEN FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES E NORMAIS (SIC). SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

THATIANE  
MICHELLE  
FREITAS

Assinatura  
THATIANE MICHELLE  
FREITAS  
CDDEN-RN: 243.343



  
LACRUZUAGNUS LTDA  
**HOSPITAL WILSON ROSADO**  
PEDRO VELHO, 250  
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010  
CNPJ: 35.650.324/0001-50  
Tel: (84) 3318-9000

Page 1 of 1  
Data impresso: 23/11/2018

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

**014757 - RONDINELE DE AQUINO**




Data da internação: 22/11/2018 - 06:05:00 Sexo: M Idade: 43 ANOS  
Convênio: SUS  
Clínica: ORTOPEdia CIRÚRGICA Leito: 219-01

22/11/2018


Anotação

Técnico(a)

Assinatura

RECEBO PACIENTE EM REPOUSO NO LETO CONSCIENTE ORIENTADO POS CIRURGIA ORTOPEdICA EVOLUI EUPNEICO AFEBRIL NORMOTENÇÃO AFEBRIL NORMOCARDIO ACEITA DIETA ORAL ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICA ESPONTANEA CURATIVO LIMPO NO MSD SEM QUEIXAS FICA AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM - PA:120x70 TAX: 36,00º F.C.:80 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 98 FI O2: 0 Ventilação: Decúbito:	SUZILEY GEORDANY DA FONSECA	
ADMINISTRADO CEFALOTINA 1G EV COM ABD CONFORME PRESCRIÇÃO - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 FI O2: 0 Ventilação: Decúbito:	SUZILEY GEORDANY DA FONSECA	
ADMINISTRADO DILPIRONA 1G EV COM ABD CONFORME PRESCRIÇÃO - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 FI O2: 0 Ventilação: Decúbito:	SUZILEY GEORDANY DA FONSECA	



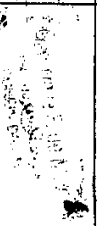
  
UNIVERSIDADE LUIZ  
**HOSPITAL WILSON ROSADO**  
PEDRO VELHO, 250  
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010  
CNPJ: 35.650.324/0001-50  
Tel.: (84) 3318-9000

Page 1 o  
Data impresso: 23/11/20

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

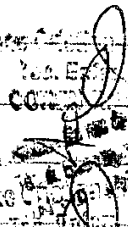
01/11/2018 - RONDINELE DE AQUINO

Data da Internação: 22/11/2018 - 06:05:00 Sexo: M Idade: 43 ANOS  
Motivo: SUS  
Unidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 219-01

22/11/2018		Anotação	Técnico(a)	Assinatura
ENFERMAGEM		PACIENTE BEM SEM INTERCORÊNCIAS APOS VISITA DE SEU ORIENTAÇÕES DE SEU MEDICO ASSISTENTE RETIRADO AVP EM SEGUIDA RECEBE ALTA HOSPITALAR. - PA: TAX: 0,009 F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 FI O2: 0 Ventilação: Decúbito:	GENOVEVE EVANGELISTA DE MELO	



100

Date	Hour	Temp	Pulse	Respiration	Weight	Observations	Signature
2/11	1715	-	80	26	130x80	P - CRD 3500 -	 J. B. Smith CO. 1
2/11	0830	36	64	20	134x78	P - 5800 100% - 50 -	
2/11	1010	-	59	45	140x80	P - 5500 -	



Numero : 0001198775  
Nome : RONDINELLE DE AQUINO  
Médico : EDUARDO C. L. R. MEDEIROS  
Convênio: Particular - Al

Data de Cadastro: 19/11/2018  
Telefone: 8499102435  
Idade: 42 Ano(s)  
RG: 1604235 RN

GLICOSE.....: 142 mg/dL  
(soro) Automação: Advia 1800  
Valores referenciais: ( 70 a 99 )

Confirmado



Dra. Fernanda Cinthia Diniz Texeira  
CRF 3258





Estado do Rio Grande do Norte  
**Prefeitura Municipal de Mossoró**  
Secretaria Municipal da Saúde



**SUS** Sistema  
Único  
de Saúde

**FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA**

Unidade:

UPA TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO: 295236

Atendimento Nº: 538864

Nome:

RONDINELLE DE AQUINO

Idade:

24/12/1975 (42a 9m)

Sexo:

Masculino

Cartão SUS:

Nome da Mãe:

MARIA DAS DORES DE AQUINO

Profissão:

Endereço (Rua/Av.):

RUA SERVULO MARCELINO

Nº:

225

Complemento:

Bairro:

PLANALTO TREZE DE MAIO

Cidade:

( ) MOSSORO/RN

Estado:

Telefone:

84 99102435

Clínica:

CLINICA MEDICA

CPF DO PACIENTE: ( )

Data:

12/10/2018

Hora:

06:01

Motivo da Procura:

PRONTO ATENDIMENTO

Rubrica Servidor:

WEVERTON

Assinatura do Paciente:

**ACOLHIMENTO:**

( ) Emergência ( ) Urgência ( ) Não Urgência ( ) Acidente de Trabalho ( ) Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa:

Antecedentes Alérgicos:

HAS ( ) DM: ( )

Assinatura:

Classificação:

**ANAMNESE:**

*queixa de dor no abdômen em região de*  
*umbigo, após a refeição.*

**EXAME FÍSICO:**

Peso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ F.R.: \_\_\_\_\_ Glasgow: \_\_\_\_\_

SpO2: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_

*Diplopia em MSD.*

**EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:**

( ) Laboratório:

( ) Radiológico:

( ) ECG

( ) Outros

Hipótese do Diagnóstico:

CID:

Conduta:

( ) Medicação

( ) Observação

( ) Laudo para AIH

Saída: Data/Hora \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_ h.

( ) Alta referido para UBS

( ) Óbito

( ) Outra Unid. Urgência

( ) Especialidade

( ) Internação no Hospital:

Médico: (Carimbo e Assinatura)



Atenção  
Machado  
ao HRTM

0.62m

0.62m

\* Realizado limpeza de áreas em  
SA 981 em João + da Seguradora, após com  
extensão, vedado por muros, feita análise  
em HRTM, metragem, orientada para  
HRTM. A conclusão do HRTM por meio  
módulo.

0.62m





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ**  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

**FICHA INDIVIDUAL**

18628		24/12/75						
Nº PRONTUÁRIO		CADSUS						
Londinele de Aguiar		1/1						
NOME COMPLETO		DATA DE NASCIMENTO						
R. Rui Barbosa 29 - A.J. Marçal								
ENDEREÇO COMPLETO		BAIRRO						
PONTO DE REFERÊNCIA		M	F					
		SEXO						
		GRUPO ÉTNICO/S						
ESTADO CIVIL		GRUPO SANGÜÍNEO E FATOR Rh						
ESCOLARIDADE								
REAÇÃO ALÉRGICA		MEDICAMENTOS						
		ALIMENTOS						
		OUTROS						
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PESSOAIS								
DOENÇAS		DURAÇÕES						
1.								
2.								
3.								
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES								
DOENÇAS		DURAÇÕES						
1.								
2.								
3.								
CIRURGIA								
QUAIS		QUANDO						
1.		1.						
2.		2.						
3.		3.						
( ) SIM		( ) NÃO						
TRANSFUSÃO SANGÜÍNEA RECEBIDA		QUANDO						
( ) SIM		( ) NÃO						
HÁBITOS TÓXICOS FUMA		QUANTIDADE						
TEMPO FUMANDO								
CAFÉ	( ) NÃO	( ) SIM	FREQUÊNCIA					
ALCOOL	( ) SIM	( ) NÃO	( ) ÀS VEZES					
DROGAS		( ) SIM	( ) NÃO					
QUAIS								
IMUNIZAÇÕES								
VACINAS	ANTI-POLIO	DTP	B C G	ANTI SARAMPO	TT/DT	TRIPLICE VIRAL	HEPATITE	OUTRA
DOSES								
1ª DOSE								
2ª DOSE								
3ª DOSE								
1ª REF.								
2ª REF.								

DENTIÇÃO DECÍDUA																Exame Odontológico		
																<input checked="" type="checkbox"/> Ausente / <input type="checkbox"/> A. Extrair / <input type="checkbox"/> Extraído		
																<input type="checkbox"/> Cariado / <input type="checkbox"/> Obturado		
DENTIÇÃO PERMANENTE																		



## JUSTIFICATIVA DA FALTA DE PRONTUARIO COMPLETO

Eu, Rondinelli De Aquino, brasileiro (a),  
portador do Rg nº 001.604.235 e CPF 024.086.264-39  
residente e domiciliado (a) Rua Frei Damião, 10089  
Bairro Alto de São M. Município Mossoró/RN, venho perante  
a seguradora Líder dos consórcios, afirmar que não tenho nenhum desses documentos  
exigidos pela seguradora Líder.

1. Relatório de internamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, datas e tratamentos realizados (clínicos, cirúrgico e fisioterapêuticos) e data de alta hospitalar.
2. Relatório de tratamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, datas e locais de tratamento realizados (clínicos, cirúrgicos e fisioterápicos) e data de conclusão do tratamento.

Venho por essa declarar que não tenho nenhum desses documentos acima citados. Pois devidos muitos problemas não fiz o tratamento por completo e nem tenho condições de fazer.

Espero que os senhores compreendam a minha situação e assim possa dar prosseguimento ao meu processo concluindo com a MARCAÇÃO DE PERICIA para confirmar minhas sequelas de acordo o laudo medico.

Local Mossoró/RN, Data 14/11/2018

Atenciosamente

Rondinelli De Aquino







20 1888, Bridge, Under

Prescrição Médica	Aprazamento
1) Biotin 100 mg/ml — 10 ml	01-01-01
2) S.F.O. 500 mg/ml — 10 ml	02-02-02
3) Dipirona 100 mg/ml — 10 ml	03-03-03
4) Tramadol 50 mg/ml — 10 ml	04-04-04
5) Opeldina 100 mg/ml — 10 ml	05-05-05
6) Clonazepam 1 mg — 10 ml	06-06-06
7) Clonazepam 1 mg — 10 ml	07-07-07
8) Clonazepam 1 mg — 10 ml	08-08-08
9) Clonazepam 1 mg — 10 ml	09-09-09
10) Clonazepam 1 mg — 10 ml	10-10-10

Dr. Guilherme Garcia Rigolin  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/848187 / TEOT 13541

2311118 ~~137~~ NO 55 OF 2000

des q̄es: e ministres de por



Prescrição Médica	Aprazamento
Medicação administrada por:	
M	R



Relatório de Atendimento  
de Emergência

22/4/18 07:00 PR admitido no CAE, apresentando  
sinais de vida suscitância, com  
pulsos de qualidade, PI sub-  
metido a procedimentos de emergência  
e protrusão de dentes na  
boca, acilome consciente e  
orientado, respirando O<sub>2</sub>  
ambiente, normotensão, normo-  
cardio, punção em AP em  
USE, SFC BHS, cefaleia medicada  
mentada afirma-se em 124, pica  
em 125

22/4/18 07:50 PR liberado PI O S.O

22/4/18 07:55 Sinal de pulso em S.O. pulso  
do CAE

22/4/18 08:00 Início de bloqueio cardíaco  
cardíaco, realizado por PR  
22/4/18 08:05 Início de bloqueio cardíaco  
cardíaco, realizado por PR

22/4/18 08:10 Início de bloqueio cardíaco  
cardíaco, realizado por PR  
22/4/18 08:15 Início de bloqueio cardíaco  
cardíaco, realizado por PR

22/4/18 08:20 Término do procedimento  
cardíaco, realizado por PR  
22/4/18 08:25 Início de bloqueio cardíaco  
cardíaco, realizado por PR  
22/4/18 08:30 Início de bloqueio cardíaco  
cardíaco, realizado por PR

22/4/18 08:35 Início de bloqueio cardíaco  
cardíaco, realizado por PR  
22/4/18 08:40 Início de bloqueio cardíaco  
cardíaco, realizado por PR  
22/4/18 08:45 Início de bloqueio cardíaco  
cardíaco, realizado por PR  
22/4/18 08:50 Início de bloqueio cardíaco  
cardíaco, realizado por PR  
22/4/18 08:55 Início de bloqueio cardíaco  
cardíaco, realizado por PR  
22/4/18 09:00 Início de bloqueio cardíaco  
cardíaco, realizado por PR



Alonso C. ...  
100. King ...  
CONSERVATION





PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
CENTRO CLÍNICO PROF. VINGT-UM ROSADO  
Rua Afonso Pena, 152 - Bom Jardim

Paciente ..... RONDINELLE DE AQUINO  
Médico ..... GUILHERME GARCIA RIGOLIN  
Convênio ..... Sistema Único de Saúde (SUS)

Procedência: Unidade Matriz

Idade ..... 42 Anos  
Data Req ..... 15/10/2018  
Data Emissão.: 18/10/2018



00058465

## Hemograma

Material: Sangue

Método: ABX Micro 60

### Eritrograma

		V.R.: Masculino	V.R.: Feminino
Eritrócitos	: 5,24 milhões/mm <sup>3</sup>	4,50 a 5,90 milhões/mm <sup>3</sup>	4,00 a 5,20 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina	: 15,8 g/dL	14,0 a 18,0 g/dL	12,0 a 16,0 g/dL
Hematócrito	: 47,2 %	41,0 a 54,0 %	26,0 a 45,0 %
R.D.W.	: 13,0 %	10,0 a 15,0 %	10,0 a 15,0 %
V.C.M.	: 90,1 μ <sup>3</sup>	80,0 a 96,0 μ <sup>3</sup>	80,0 a 96,0 μ <sup>3</sup>
H.C.M.	: 30,2 pg	26,0 a 34,0 pg	26,0 a 34,0 pg
C.H.C.M.	: 33,5 %	31,0 a 37,0 %	31,0 a 37,0 %

### Leucograma

		Valores de Referência
Leucócitos	: 7.200 /mm <sup>3</sup>	4.000 a 10.000 /mm <sup>3</sup>
Blastos	: 0,0 % 0 /mm <sup>3</sup>	0 /mm <sup>3</sup>
Promielócitos	: 0,0 % 0 /mm <sup>3</sup>	0 /mm <sup>3</sup>
Mielócitos	: 0,0 % 0 /mm <sup>3</sup>	0 /mm <sup>3</sup>
Metamielócitos	: 0,0 % 0 /mm <sup>3</sup>	0 /mm <sup>3</sup>
Bastonetes	: 1,0 % 72 /mm <sup>3</sup>	0 a 400 /mm <sup>3</sup>
Segmentados	: 60,0 % 4.320 /mm <sup>3</sup>	1.800 a 7.500 /mm <sup>3</sup>
Eosinófilos	: 1,0 % 72 /mm <sup>3</sup>	40 a 450 /mm <sup>3</sup>
Basófilos	: 0,0 % 0 /mm <sup>3</sup>	0 a 100 /mm <sup>3</sup>
Linfócitos Típicos	: 35,0 % 2.520 /mm <sup>3</sup>	1.200 a 5.200 /mm <sup>3</sup>
Linfócitos Atípicos	: 0,0 % 0 /mm <sup>3</sup>	0 /mm <sup>3</sup>
Monócitos	: 3,0 % 216 /mm <sup>3</sup>	80 a 800 /mm <sup>3</sup>

Plaquetas : 234 mil/mm<sup>3</sup> 150 a 450 mil/mm<sup>3</sup>

## Tempo de Coagulação

Material: Sangue  
Método: Lee-White

Valores de Referência:  
5 a 12 minutos

07:00 min:seg

## TS - Tempo de Sangramento

Material: Sangue  
Método: Duke

Valores de Referência:  
01:00 a 03:00 min:seg

02:30 min:seg





PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
CENTRO CLÍNICO PROF. VINGT-UM ROSADO  
Rua Afonso Pena, 152 - Bom Jardim

Paciente ..... **RONDINELLE DE AQUINO**  
Médico ..... **GUILHERME GARCIA RIGOLIN**  
Convênio ..... Sistema Único de Saúde (SUS)

Procedência: Unidade Matriz

Idade ..... 42 Anos  
Data Req. .... 15/10/2018  
Data Emissão : 18/10/2018



00058465

### Creatinina

Material : Sangue

Método : Enzimático Colorimétrico

Valores de Referência:

0,4 a 1,3 mg/dL

**0,7 mg/dL**



Nota: A elevação das cetonas e certos antibióticos do grupo das cefalosporinas podem produzir elevações falsas da creatinina no soro ou na urina. Certos medicamentos (cimetidina, probenecida, trimetopim) interferem na secreção tubular da creatinina, aumentando o nível sérico desta e reduzindo sua depuração.

### Glicose, dosagem

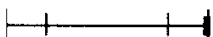
Material : Sangue

Método : Enzimático Colorimétrico

Valores de Referência:

65,0 a 99,0 mg/dL

**189,0 mg/dL**



### Uréia

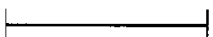
Material : Sangue

Método : Enzimático Colorimétrico

Valores de Referência:

10,0 a 40,0 mg/dL

**25,1 mg/dL**



### VDRL, Reação de

Material : Sangue

Método : Aglutinação

Valores de Referência:

Não Reagente

**NÃO REAGENTE**



José do Rêgo Nobre

Cayo Riketh Medeiros



Nome:	12/11/2018
Idade:	6:05

# BOLETIM DE ADMISSÃO

Nome:	12/11/2018
Idade:	6:05

185421 - RONDINELLE DE AQUINO

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 24/12/1975 - 43 ANO(S)

CPF: 024.086.264-39

RG: 001604235

CNS: 706007876659741

Convênio: SUS

Leito: 205-04

Enfermaria: 205 - AP 205

Bairro: ALTO SAO MANOEL

Endereço: FREI DAMIAO, N° 29 - CEP: 59600-010

Profissão: AGRICULTOR

Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA

Cidade: Cód.: 2408003 - MOSSORO/RN

Mãe: MARIA DAS DORES DE AQUINO

Pai: NATERCIO DE AQUINO

Naturalidade: CATOLE RO ROCHA

Caráter de Atendimento: ELETIVO

Responsável: RONDINELLE DE AQUINO

Procedimento Solicitado: 0408020407-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / - 5525 - FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Diagnostico Definitivo:

Acomodação:

Médico: 6439 - EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS

Carteira:

Validade: 30/12/1999

Autorização:

Senha:

Guia:

HOSPITAL WILSON ROSADO  
Convênio: SUS  
( ) Com 03 Refeições  
(x) Sem Refeições  
Acompanhante:

## Resultado

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido:

## História Clínica

Diagnóstico Provável

Dr. Guilherme Garcia Rigolin  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 197 / TEOT 13541

EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS

RESPONSÁVEL





HOSPITAL  
WILSON ROSADO

Paciente: Silvianelli da Aguiar  
Idade: 43 an Data: 22/04/2018  
Convênio: 505

## Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal: Artroscopia Frontal Lado Direito  
2. Cirurgia Secundária: \_\_\_\_\_  
3. Cirurgião: Dr. Guilherme CRM: 6433  
1º Auxiliar: Dr. Guilherme CRM: 8137  
2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
Enfermeira(s): Valdezia COFEN: Valdezia M S Oliveira  
4. Anestesiologista: Dr. Guilherme CRM: 5000  
5. Instrumentador: Guilherme COREN: \_\_\_\_\_

Cirurgião: Guilherme

6. Tecido removido: ☒ Não ☐ Sim Especificar: \_\_\_\_\_

7. Anátomo Patológico: ☒ Não ☐ Sim

Laudo: ☐ Maligno ☐ Benigno ☐ Out: \_\_\_\_\_

8. Classificação da Cirurgia: ☒ Limpe ☐ Potencialmente contaminada  
☐ Contaminada ☐ Infecçada

9. Contaminação Intra-operatória: ☒ Não ☐ Sim

10. Programação: ☐ Efetiva ☒ Urgência ☐ Emergência

11. Trauma: ☐ Não ☒ Sim Data: 22/04/2018 Hora: \_\_\_\_\_

12. Infecção atual em outro Sistema: ☐ Não ☐ Sim Tipo: \_\_\_\_\_

13. Drenos: ☐ Não ☐ Sim Tipo: \_\_\_\_\_

14. Prótese (s): ☐ Não ☐ Sim Tipo: \_\_\_\_\_

15. Descrição do procedimento realizado: \_\_\_\_\_

Dr. Guilherme Garcia Rigolin  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RO: 0107 / TBO 13541



Desenho dos procedimentos cirúrgicos

Lacuna em PPH nota conteúdo ligoal; fratura longa e obliqua do compr. exten.  
trauma = 5 cm para baixo; Sutura por pontos; lavagem de ferimento; Rastros distais  
condilares; Realizado enclavamento; Redução lateral; Fixação com fio de K 2,0  
proximal; Redução satisfatória a seguir; Montagem da placa com T-avala 3x4;  
fixado com 3 parafusos proximais e 3 parafusos distais; Redução satisfatória  
a seguir; Limpeza externa com SF; Sutura por pontos; Curativo final; BBA.

Dr. Guilherme Garcia Rigolin  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 8187 / TEOT 13541

Dr. Guilherme Garcia Rigolin  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 8187 / TEOT 1354



# Clínica de Anestesiologia de Mossoró Ltda.

## FICHA DE ANESTESIA

NOME <i>Quendinelli de Aguiar</i>							DATA <i>22/4/2018</i>
SERVIÇO <i>HWB</i>		ANESTESISTA <i>Eduilson</i>		CIRURGIÃO <i>Amílcar / Eduardo</i>			
IDADE	SEXO <i>M</i>	COR	PR. ART. <i>Não</i>	PULSO <i>83</i>	TEMP.	ESTADO FÍSICO <i>1(2) 3 4 5</i>	PRÉ-ANESTÉSICO <i>ins</i>
DIAGNÓSTICO							

OPERAÇÃO REALIZADA					
INÍCIO	TERMINO	DURAÇÃO	ROTINA	EMERGÊNCIA	EXTRA
08:00					

[illegible]

HORA		OBSERVAÇÕES
A	07:47	
G	Servo Ventilador	
E	Máscara	
N	Fração inspirada O <sub>2</sub>	
T	Fração inspirada SPO <sub>2</sub>	
E	Pneumonia	
S	História	
<b>CÓDIGO</b>		
ANESTESIA X	220	
OPERAÇÃO ●	200	
INTUBAÇÃO X ENDOTRAQUEAL	180	
	160	
PRES. SISTOL.	V 140	
PRES. DISTOL.	A 120	
PULSO.	◆ 100	
	80	
RESP. ASSIST.	- RA 60	
RESP. EXPONT.	- RE 40	
	20	
RESP. CONTR.	- RC	
<b>POSICÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>	
		Dado son Zebra em Bipna re Cervical de Tubosonary
		Soro 20004
		Sangue —
		Outros —

TÉCNICA	ANEST. GERAL: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) INALATÓRIA: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) ENDOVENOSA: ( )	BALANCEADA: ( )	SEDAÇÃO: ( )
	ANEST. REGIONAL: ( ) RAQUIDIANA: ( ) PERIDURAL: ( )	OUTROS: ( )	

### AGENTES EMPREGADOS

ACORDADO SIM ☒ NÃO ☐ SALA DE RECUPERAÇÃO SIM ☒ NÃO ☐ CONDIÇÕES B ☒ R ☐ M ☐ P ☐ ÓBITO 225

Dr. Edilson da Silva Junior  
Anestesiologista  
CRM - PIN 5.000  
TEM/CEA 13904



**HOSPITAL WILSON ROSADO**  
PEDRO VELHO, 250  
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010  
CNPJ: 35.650.324/0001-50  
Tel.: (84) 3318-9000

**ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM**

Page 1  
Data impresso: 22/11/2

**1. 11/2017 - RONDINELE DE AQUINO**

Data de Internação: 22/11/2018 - 06:05:00 Sexo: M Idade: 43 ANOS  
Clínica: SUS  
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 219-01

**Anotação**

RECEBO PACIENTE VINDO DO C.C SOB MACA ACOMPANHADO DE MAQUEIRO E FAMILIAR, SEXO MASCULINO 43 ANOS, COM HIPOFISE  
DIAGNOSTICO DE PÓS CIRURGICO ORTOPEDICO, EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE FIO2 21%, DIETA POR VIA GRL, COM AVP  
EM MSE, VIABILIZANDO HV+TM, AO SSIV, AFEBRIL, NORMOTENSO, EUPNEICO, COM CURATIVO NA T.O NO MSD APRESEN/ANIDOEVE  
NANGRAMENTO, DIURESE PRESENTE, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE. - PA:110X80 TAX: 36,00º F.C.:0 F.R.:20 Glicemia: 0 MG:0 PAM: 0  
Cat. O2: 0 FIO2: 21 Ventilação: AA Decbito: VOLUNTÁRIO

**Técnico(a)**

**Assinatura**

LUANA KARINY FELIX  
DA SILVA

LUANA SILVA  
REC. ENFERMAGEM  
09/09/2018 11:46:00



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1014757 - RONDINELLE DE AQUINO

Data da Internação: 22/11/2018 - 06:05:00

Sexo: M

Idade: 43 ANOS

Pa  
Data Impresso: 22/11/2018

Convênio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 219-01

22/11/2018

Idade: PA Temp FC FR Glicemia

Assinatura

RECEBO PACIENTE EM ESTADO GERAL REGULAR, PÓS PROCEDIMENTO OPERATÓRIO ORTOPÉDICO. SEGUE CONSCIENTE E ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES. EUPNEICO EM O2 AMBIENTE, EM USO DE AVP VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO VENOSA + TERAPIA MEDICAMENTOSA. ACETANDO BEM A DIETA. AO EXAME FÍSICO: COURO CABELUDO INTEGRAL, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. NORMOTENSO, NORMOCORADO, ANICTÉRICO, ANICIANÓTICO, AFEBRIL, NORMOCÁRDICO, PESCOÇO SEM NODULAÇÃO PALPAVEL OU LINFONODULOS INFIATADOS, TORAX SIMÉTRICO, MV + SEM RA, AUSCULTA BNF EM 2<sup>o</sup> ABDOMEN FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES E NORMAIS (SIC). SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

AZARIENE  
COSTA DA SILVA

Assinatura  
Azariene Costa da Silva  
ENFERMEIRA  
COREN-RN 4462





HOSPITAL  
WILSON ROSADO

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
HOSPITAL WILSON ROSADO  
PEDRO VELHO, 250  
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010  
CNPJ: 35.650.324/0001-50  
Tel: (84) 3318-9000

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of  
Data impresso: 22/11/2018

1014757 - RONDINELLE DE AQUINO

Data da internação: 22/11/2018 - 06:05:00

Convenio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 219-01

22/11/2018

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

14:00:00	RECEBO PACIENTE, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADE, DIETA POR VO, VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO + TERAPIA MEDICAMENTOSA, DIURESE PRESENTE, EVACUAÇÃO PRESENTE. AO EXAME: NORMOTENSO, NORMOCARDICO, EUPNEICO, AFEBRIL, SEM EDEMA, SEM HEMATOMA, O MESMO NÃO APRESENTE QUEIXAS NO MOMENTO SEGUE AOS CUIDADO DA EQUIPE DE PLANTÃO. ADMINISTRADO 1 FRASCO DE CEFALOTINA+ ABD IV, 1 SFO, 9% DE 500 ML IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA. - PA:120/80 TAX: 36,00% F.C.:78 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 93 Fi O2: 0 Ventilação: Decbito:	JOELMA KARLA DUARTE MARINHO	
16:00:00	ADMINISTRADO 1 AMP DE DIPIRONA + ABD IV, CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA. - PA: TAX: 0,00% F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 Fi O2: 0 Ventilação: Decbito:	JOELMA KARLA DUARTE MARINHO	





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011183/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/11/2018 07:59 Data/Hora Fim: 14/11/2018 08:29  
Delegado de Polícia: Francisco Edvan de Queiroz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 12/10/2018 06:00

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)  
Logradouro: rua frei damião

Bairro: Alto de São Manoel  
Nº: SN

Ponto de Referência: Walfredo Gurgel  
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RONDINELE DE AQUINO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PB - Catolé do Rocha Sexo: Masculino Nasc: 24/12/1975  
Profissão: Agricultor Escolaridade: Ensino Médio Completo  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Maria das Dores de Aquino Nome do Pai: Natercio de Aquino  
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 024.086.264-39

Endereço

Município: Mossoró - RN  
Logradouro: RUA FREI DAMIÃO Nº: 29  
Bairro: ALTO SÃO MANOEL  
Telefone: (84) 99910-2435 (Celular)

Nome Civil: SEBASTIÃO OLIVEIRA JUNIOR (TESTEMUNHA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Mossoró Sexo: Masculino Nasc: 15/11/1968  
Estado Civil: Sem Informação  
Nome da Mãe: Maria Arlete Dsilvaa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 663.836.254-20

Endereço

Município: Mossoró - RN  
Logradouro: RUA SABINO VALENTIM Nº: 13  
Bairro: ALTO SÃO MANOEL



Delegado de Polícia Civil: Francisco Edvan de Queiroz  
Impresso por: Rogério de Carvalho Brito Castro  
Data de Impressão: 14/11/2018 08:29  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia



**BOLETIM DE Ocorrência**

Nº: 011183/2018

**Nome Civil:** RANILDO BELO DA SILVA (TESTEMUNHA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Mossoró

Sexo: Masculino

Nasc: 04/06/1978

Estado Civil: Sem Informação

Nome da Mãe: Maria do Socorro Belo

Nome do Pai: Francisco Belo da Silva

**Documento(s)**

RG - Carteira de Identidade: 1674361

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 028.502.674-73

**Endereço**

Município: Mossoró - RN

Logradouro: RUA MIRO FELIPE DE MENDONÇA

Nº: 2007

Bairro: ALTO DE SÃO MANOEL

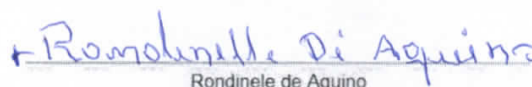
**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)****Grupo** Veículo**Subgrupo** Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon**Renavam** 382577000**Placa** NOD5778**Número do Chassi** 9C2JC4120CR515792**Ano/Modelo Fabricação** 2011/2012**Cor** PRETA**UF Veículo** Rio Grande do Norte**Marca/Modelo** HONDA FAN 125**Veículo Adulterado?** Não**Quantidade** 1 Unidade**Situação** Envolvido**Nome Envolvido****Envolvimentos**

Rondinele de Aquino

Proprietário

**RELATO/HISTÓRICO**

O COMUNICANTE VEIO A ESTE DISTRITO E RELATOU QUE VINHA CONDUZINDO NA SUA MOTO QUANDO NO LOCAL INDICADO DERRAPOU E PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO VINDO A COLIDIR EM UMA CALÇADA E VEIO A CAIR AO CHÃO SOFRENDO LESOES. O COMUNICANTE DISSE QUE FOI SOCORRIDO POR POLICIAIS QUE O CONDUZIRAM PARA UPA DO ALTO SÃO MANOEL E EM SEGUIDA PARA O HRTM EM MOSSORÓ. NADA MAIS DISSE.

**ASSINATURAS**  
Rogério de Carvalho Brito Castro  
Responsável pelo Atendimento  
Rondinele de Aquino  
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Francisco Edvan de Queiroz  
Impresso por: Rogério de Carvalho Brito Castro  
Data de Impressão: 14/11/2018 08:29  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PpE - Sistema de Procedimentos de Polícia





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180600069

Vítima: RONDINELLE DE AQUINO

Data do Acidente: 12/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO WELINGTON DA COSTA FILHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RONDINELLE DE AQUINO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 13748751



## Atualização de um valor por um índice financeiro

Atualização de R\$13.500,00 de 29-Dezembro-2006 e 28-Fevereiro-2019 pelo índice INPC - Índ. Nac. de Preços ao Consumidor . .

**Valor atualizado: R\$26.762,48**

## Memória do Cálculo

Variação do índice INPC - Índ. Nac. de Preços ao Consumidor . . entre 29-Dezembro-2006 e 28-Fevereiro-2019

Em percentual: 98,2406%

Em fator de multiplicação: 1,982406

Os valores do índice utilizados neste cálculo foram:

Dezembro-2006 = 0,62%; Janeiro-2007 = 0,49%; Fevereiro-2007 = 0,42%; Março-2007 = 0,44%; Abril-2007 = 0,26%; Maio-2007 = 0,26%; Junho-2007 = 0,31%; Julho-2007 = 0,32%; Agosto-2007 = 0,59%; Setembro-2007 = 0,25%; Outubro-2007 = 0,30%; Novembro-2007 = 0,43%; Dezembro-2007 = 0,97%; Janeiro-2008 = 0,69%; Fevereiro-2008 = 0,48%; Março-2008 = 0,51%; Abril-2008 = 0,64%; Maio-2008 = 0,96%; Junho-2008 = 0,91%; Julho-2008 = 0,58%; Agosto-2008 = 0,21%; Setembro-2008 = 0,15%; Outubro-2008 = 0,50%; Novembro-2008 = 0,38%; Dezembro-2008 = 0,29%; Janeiro-2009 = 0,64%; Fevereiro-2009 = 0,31%; Março-2009 = 0,20%; Abril-2009 = 0,55%; Maio-2009 = 0,60%; Junho-2009 = 0,42%; Julho-2009 = 0,23%; Agosto-2009 = 0,08%; Setembro-2009 = 0,16%; Outubro-2009 = 0,24%; Novembro-2009 = 0,37%; Dezembro-2009 = 0,24%; Janeiro-2010 = 0,88%; Fevereiro-2010 = 0,70%; Março-2010 = 0,71%; Abril-2010 = 0,73%; Maio-2010 = 0,43%; Junho-2010 = -0,11%; Julho-2010 = -0,07%; Agosto-2010 = -0,07%; Setembro-2010 = 0,54%; Outubro-2010 = 0,92%; Novembro-2010 = 1,03%; Dezembro-2010 = 0,60%; Janeiro-2011 = 0,94%; Fevereiro-2011 = 0,54%; Março-2011 = 0,66%; Abril-2011 = 0,72%; Maio-2011 = 0,57%; Junho-2011 = 0,22%; Julho-2011 = 0,00%; Agosto-2011 = 0,42%; Setembro-2011 = 0,45%; Outubro-2011 = 0,32%; Novembro-2011 = 0,57%; Dezembro-2011 = 0,51%; Janeiro-2012 = 0,51%; Fevereiro-2012 = 0,39%; Março-2012 = 0,18%; Abril-2012 = 0,64%; Maio-2012 = 0,55%; Junho-2012 = 0,26%; Julho-2012 = 0,43%; Agosto-2012 = 0,45%; Setembro-2012 = 0,63%; Outubro-2012 = 0,71%; Novembro-2012 = 0,54%; Dezembro-2012 = 0,74%; Janeiro-2013 = 0,92%; Fevereiro-2013 = 0,52%; Março-2013 = 0,60%; Abril-2013 = 0,59%; Maio-2013 = 0,35%; Junho-2013 = 0,28%; Julho-2013 = -0,13%; Agosto-2013 = 0,16%; Setembro-2013 = 0,27%; Outubro-2013 = 0,61%; Novembro-2013 = 0,54%; Dezembro-2013 = 0,72%; Janeiro-2014 = 0,63%; Fevereiro-2014 = 0,64%; Março-2014 = 0,82%; Abril-2014 = 0,78%; Maio-2014 = 0,60%; Junho-2014 = 0,26%; Julho-2014 = 0,13%; Agosto-2014 = 0,18%; Setembro-2014 = 0,49%; Outubro-2014 = 0,38%; Novembro-2014 = 0,53%; Dezembro-2014 = 0,62%; Janeiro-2015 = 1,48%; Fevereiro-2015 = 1,16%; Março-2015 = 1,51%; Abril-2015 = 0,71%; Maio-2015 = 0,99%; Junho-2015 = 0,77%; Julho-2015 = 0,58%; Agosto-2015 = 0,25%; Setembro-2015 = 0,51%; Outubro-2015 = 0,77%; Novembro-2015 = 1,11%; Dezembro-2015 = 0,90%; Janeiro-2016 = 1,51%; Fevereiro-2016 = 0,95%; Março-2016 = 0,44%; Abril-2016 = 0,64%; Maio-2016 = 0,98%; Junho-2016 = 0,47%; Julho-2016 = 0,64%; Agosto-2016 = 0,31%; Setembro-2016 = 0,08%; Outubro-2016 = 0,17%; Novembro-2016 = 0,07%; Dezembro-2016 = 0,14%; Janeiro-2017 = 0,42%; Fevereiro-2017 = 0,24%; Março-2017 = 0,32%; Abril-2017 = 0,08%; Maio-2017 = 0,36%; Junho-2017 = -0,30%; Julho-2017 = 0,17%; Agosto-2017 = -0,03%; Setembro-2017 = -0,02%; Outubro-2017 = 0,37%; Novembro-2017 = 0,18%; Dezembro-2017 = 0,26%; Janeiro-2018 = 0,23%; Fevereiro-2018 = 0,18%; Março-2018 = 0,07%; Abril-2018 = 0,21%; Maio-2018 = 0,43%; Junho-2018 = 1,43%; Julho-2018 = 0,25%; Agosto-2018 = 0,00%; Setembro-2018 = 0,30%; Outubro-2018 = 0,40%; Novembro-2018 = -0,25%; Dezembro-2018 = 0,14%; Janeiro-2019 = 0,36%.

## Atualização

Valor atualizado = valor \* fator = R\$13.500,00 \* 1,982406

Valor atualizado = R\$26.762,48





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró  
Alameda das Carinaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

---

Processo: 0802314-95.2019.8.20.5106  
AUTOR: RONDINELLE DE AQUINO

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

#### DECISÃO

Vistos etc.

RONDINELLE DE AQUINO, qualificado na exordial, apresentou o presente pedido de TUTELA DE URGÊNCIA sob os seguintes argumentos: a) a probabilidade do direito está evidenciada, pois de forma irrefutável a parte autora está com dificuldades para prover a sua recuperação com o acidente sofrido; b) o perigo de dano está presente visto que o demandante encontra-se em estado de vulnerabilidade; c) alega, ademais, que o deferimento da medida não torna irreversível a situação.

Neste contexto, pleiteia o deferimento da tutela com o escopo de que a perícia seja imediatamente realizada no autor, sob pena de multa diária.

É o breve relatório. Decido a seguir.

Na sistemática do Novo Código de Processo Civil, a Tutela de Urgência prevista no art. 300 está assim disciplinada:

*“Art. 300. A tutela de urgência será concedida quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo.”*

Nesta linha argumentativa, passemos à análise da aferição dos requisitos hábeis à concessão da medida, senão vejamos.



No que concerne ao *fumus boni iuris*, a simples alegação de que a parte autora está com dificuldades para prover a sua recuperação não autoriza, por si só, a concessão do pleito. Saliente-se que não houve juntada aos autos de documentos que indicassem uma situação excepcional no presente processo de DPVAT que justificasse a concessão da realização de perícia em sede de tutela de urgência.

Por outro prisma, o *periculum in mora* também não se encontra presente por ausência de demonstração no petitório. É oportuno frisar que a lesão necessita estar devidamente consolidada para submissão à perícia judicial, precipuamente para se aferir se é de caráter temporário ou permanente, sendo oportuno uma demonstração de uma situação excepcional hábil à realização da perícia com urgência, por exemplo, caso a parte autora estivesse em estado gravíssimo de saúde.

Assim, **INDEFIRO a tutela de urgência pleiteada.**

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15(quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 15 dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida(CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo comum de 15 (quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz(CPC, art. 178, II), dê-se vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05(cinco) dias.

Adotadas as supraexpostas providências, voltem-nos conclusos.

Publique-se. Intimações necessárias.



MOSSORÓ /RN, 14 de fevereiro de 2019

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

Juiz(a) de Direito

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