



BRUNO RAFAEL ALBUQUERQUE MELO GOMES
Advogado

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Lindomício Gomes cabral, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF: 058.562.114-48, residente e domiciliado no Sítio Boa Vista, Zona Rural, Severiano Melo/RN.

OUTORGADO: BRUNO RAFAEL ALBUQUERQUE MELO GOMES, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN, sob o número 14.511 e no CPF sob o número 072.018.044-99, com escritório de advocacia na Rua Frei Miguelinho, Doze Anos, número: 1291, Mossoró/RN, CEP: 59607-250, tel: (84) 9 9804-0022, e-mail: advbrunorafael@gmail.com.

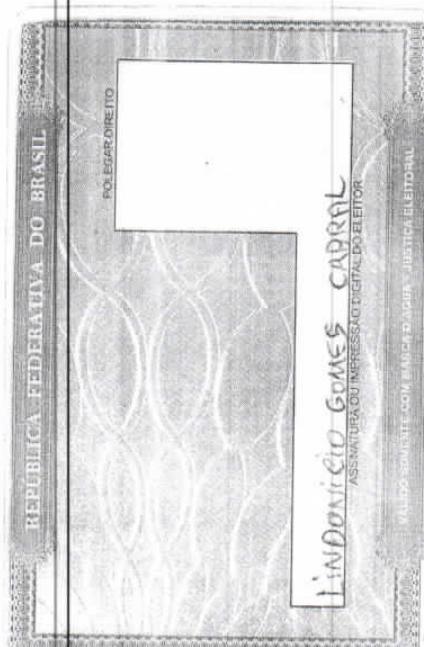
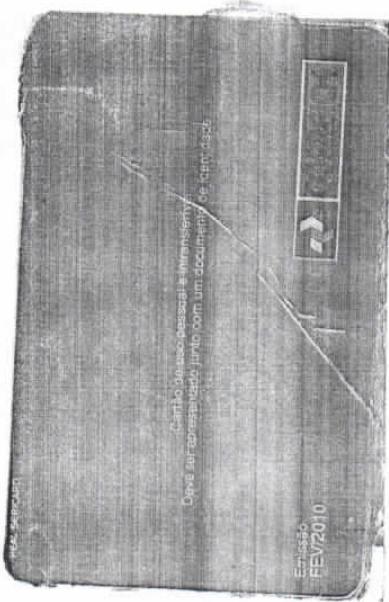
- **PODERES:** Os das cláusulas "AD JUDITIA" para praticar todos os atos judiciais, *in solidum* ou cada um de per si, e independente de ordem de nomeação, agir em defesa dos interesses do(s) outorgante(s), podendo propor para quem de direito as ações judiciais competentes como autor(es) ou réu(s), assistente(s) ou oponente(s), embargante(s) ou embargado(s) e defendê-lo(s) nas contrárias, segundo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-o(s), conferindo-lhes, ainda os poderes expressos para acordar e assinar termos, dar quitação, podendo ainda substabelecer, desistir e também para renunciar a quantia excedente aos 60 (sessenta salários mínimos) na propositura da ação no juizado especial federal.
- Para representá-lo perante o INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL - INSS, requerer benefícios, interpor recursos às instâncias superiores, receber mensalidades e quantias devidas, firmar os respectivos recibos, fazer cadastramento, bem como representá-lo perante a entidade bancária que recolhe o referido benefício, podendo, para tanto, assinar documentos, atualizar dados cadastrais, alegar e prestar declarações e informações, solicitar senha e cartão magnético, solicitar bloqueio para fins de empréstimo consignado, enfim, praticar e recorrer a todos os meios legais necessários ao fiel cumprimento do presente mandato.

Alardi/RN , 25 de Julho de, 2019

Lindomício Gomes cabral
OUTORGANTE

Rua Frei Miguelinho, Doze Anos, número: 1291, Mossoró/RN, CEP: 59607-250.
Tel: (84) 9 9804-0022, e-mail: advbrunorafael@gmail.com





PROTCCOLO
RECEBIDO
10 SET 2013
TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS.



Assinado eletronicamente por: BRUNO RAFAEL ALBUQUERQUE MELO GOMES - 31/08/2019 14:48:31
https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19083114483074900000046771348
Número do documento: 19083114483074900000046771348

Num. 48372329 - Pág. 2

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Lindomício Gomes cabral
Iranihino Salmino, agricultor,
inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 058.562.214-48, venho através da presente, declarar
a quem interessar, que não posso em meu nome, nenhum comprovante de residência de
concessionárias de serviços públicos. Por este motivo venho declarar residir no endereço:
Sítio Bon Vista, zona rural, Silvério Mele/RN

Declaro ainda, estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art.
299 do Código Penal, *in verbis*:

"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Para que surta os efeitos desejados, assino o presente.

Afodi /RN, 25 de julho de 2019.

Lindomício Gomes cabral

DECLARANTE





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 03.385.000/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Admin. Central: (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO
Fone: (84) 3232-4433
E-mail: atendimento.caern@caern.com.br
115
99931075

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
IMPRESSO EM 11/12/2018 AS 07:40:55

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA:	MÊS / ANO			
LINDONICIO GOMES CABRAL VIL BOA VISTA, N, S/N - CENTRO SEVERIANO HELO RN 59856-000		6982300	12/2018			
INSCRIÇÃO 665.001.110.5130.000	ROTA 3	SEQ.ROTA 9512	QUANTIDADE DE ECONOMIAS RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO 1			
HIDRÔMETRO Y14T759261	SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO		SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL			
CONSUMO ÁGUA (m ³): 8	DATA LEITURA: 11/12/2018 LEIT. ATUAL: 312 LEIT. ANT.: 304 DIAS CONSUMO: 31					
HISTÓRICO DE CONSUMO						
REF 11/2018 10/2018	CONSUMO 6 2	REF 09/2018 08/2018	CONSUMO 5 5	REF 07/2018 06/2018	CONSUMO 4 5	MÉDIA 4
DESCRICAÇÃO ÁGUA	CONSUMO	TOTAL (R\$)				
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA	8 m ³	39,99				
TRIBUTOS		BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO		
PIS COFINS		39,99 39,99	1,65 7,6	0,66 3,04		
VENCIMENTO:		19/12/2018	TOTAL A PAGAR:		39,99	
O EXERCÍCITO ESTÁ CONVOCANDO PARA O EXERCÍCIO DE APRESENTAÇÃO DA RESERVA, DE 10 A 14 DE DEZEMBRO DE 2018						
MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA						
Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrito (como N)	
VMP e Recomendações	≤ 5,0 uT	6,0 a 9,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L	
Valores Obtidos	0,43	7,21	100,0 %	1,0	-	

SINISTRO 3180418215 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LINDONICIO GOMES CABRAL

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO LINDONICIO GOMES CABRAL

CPF/CNPJ: 05856211448

Posição em 09-06-2019 09:21:41

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#) e registre uma solicitação para que possamos checar mais detalhes sobre seu caso. Em até 72 horas, entraremos em contato.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
08/10/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
01/02/2019	Reanálise de processo - Conduta mantida	
26/10/2018	Exigência Documental	
16/09/2018	Exigência Documental	
12/09/2018	Aviso de Sinistro	



Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2019

Aos Cuidados de: **LINDONICIO GOMES CABRAL**

Nº Sinistro: **3180418215**

LINDONICIO GOMES CABRAL

Data do Acidente: **07/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DARCIA FELICIA JACINTO DE OLIVEIRA**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180418215**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

00050304

Carta nº 13884739





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE APODI
Telefone: (84) 3333-2737

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 797/2018



Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo do Acidente: Queda

→ Data e Hora do Acidente: 07/06/2018 às 08h30

Local da Ocorrência: BR 405, próximo ao sítio São Dimas- Apodi/RN

Comunicante: A vítima

Identidade RG.:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Telefone: 9 9700-9503

Identificação da Vítima:

Nome: LINDONICIO GOMES CABRAL

Identidade RG.: 2.222.777

CPF: 058.562.114-48

Naturalidade: Itaú/RN

Data Nascimento: 01/09/1981

Pai: Antônio Lisboa Sobrinho

Mãe: Elizabete Afra Cabral

Endereço: Sítio Boa Vista - Severiano Melo/RN

Condutor ou Passageiro? Passageiro



Identificação do Veículo:

Tipo: MOTOCICLETA

Marca/Modelo: HONDA POP 110 I

Placa: QGI9905

Cor: PRETA

Chassi: 9C2JB0100BR271070

RENAVAM: 01123593180

Proprietário: JOSE CARVALHO FILHO

Ano: 2017/2017

Condutor: LINDALBERTO GOMES CABRAL

CNH: 05000650908

HISTÓRICO:

O comunicante comparece a esta delegacia para formalizar a ocorrência de ACIDENTE DE TRANSITO (QUEDA); Que a vítima seguia na garupa da motocicleta, acima descrita, conduzida por Lindalberto Gomes Cabral, na BR 405 próximo ao sítio São Dimas em Apodi, quando a roda do veículo "baixou" e ambos vieram a cair; Que o condutor da motocicleta sofreu apenas escoriações leves; Que populares socorreram a vítima e a levaram ao Hospital de Severiano Melo; Que a vítima foi transferida para o Hospital Cleodon Carlos de Andrade em Pau dos Ferros; Que a vítima sofreu fratura na perna direita em decorrência do acidente; Que a vítima foi submetida a procedimento cirúrgico; Que a pessoa de Marcia Cristina Fernandes Oliveira RG: 2.332.890 tomou conhecimento do acidente. E nada mais disse.

Local e data deste Registro: Apodi, 17 de agosto de 2018.

Lindonicio Gomes Cabral
Comunicante / Vítima

Opny
APC - Izabel Aprigida de Carvalho Neta
Matrícula: 129.235-8

Márcia Cristina Fernandes Oliveira
Testemunha



1 - Identificação do Estabelecimento Executante

3 - Identificação do Estabelecimento Executante

Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade

4 - CNES

2 4 0 9 2 7 5

5 - Nome do Paciente

DONICIO GOMES CABRAL

7 - Cartão Nacional de Saúde

0

10 - Nome da Mãe ou Responsável

ELIZABETE AFRA CABRAL

12 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)

SITIO BOA VISTA

6 - Documento

8 - Nº do prontuário:

Cart.nasc. Título CPF RG Nº 002222777

91733

Raça/Cor

B

8 - Data de Nascimento

01/09/1981

9 - Sexo

1-Masculino

11 - Telefone de Contato

13 - Município de Residência

SEVERIANO MELO

14 - Código IBGE Município

15 - UF

RN

16 - CEP

17 - Principais Sinais e Sintomas

Pl. 16/06/18

Justificativa da Internação

Quando da minha chegada
para a S. UMA F1 fui aferida
a 100 graus

HOSPITAL DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE

AUTENTICAÇÃO

COPIA DE DOCUMENTO

18 - Copiações que Justificam a Internação

12/06/2018

19 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)

20 - Diagnóstico Inicial

Febre 38,5º

21 - CID 10 Principal

22 - CID 10 Secundário

23 - CID 10 Causa Associadas

24 - Descrição do Procedimento Solicitado

Procedimento Solicitado

25 - Código do Procedimento

26 - Clínica

27 - Caráter Internação

28 - Documento

29 - Nº do Documento (CNS / CPF) do Profissional Solicitante / Assistente

1 - C. Cirúrgica

05

CNS

CPF

021.476.814 - 74

30 - Nome do Profissional Solicitante / Assistente

Emanuel Fernandes de Paula

31 - Data Solicitação

12/06/2018

32 - Assinatura e Carimbo (Nº do Registro no Conselho)

33 - () Acidente de trânsito

38 - CNPJ da Seguradora

37 - Nº do Bilhete

38 - Série

34 - () Acidente Trabalho Típico

39 - CNPJ da Empresa

40 - CNAE Empresa

41 - CBOR

35 - () Acidente Trabalho Trajeto

42 - Vínculo com a Previdência

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Assegurado

Autorização

44 - Cód. Orgão Emissor

Número da Autorização

M 240940704

43 - Nome do Profissional Autorizador

45 - Documento

CNS

CPF

RG

46 - Nº do Documento (CNS / CPF) do Profissional Solicitante / Assistente

48 - Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)

12/06/2018



Assinado eletronicamente por: BRUNO RAFAEL ALBUQUERQUE GOMES - 31/08/2019 14:48:32

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1908311448317330000046771350

Número do documento: 1908311448317330000046771350

Num. 48372331 - Pág. 2

BOLETIM DE ANESTESIA

Paciente: Wilson Mílio Gomes CABRAL	Sexo: M	Idade: 37
SIH:	Enfermaria:	Leito:
Pré-Medicação: NAD	Técnica:	
Anestesia Tipo:		
Cirurgia: TACRIS AL, PRA	TURA IRP USSOB DA PERITAC. RICO +	
Cirurgião: DR. IUNÉZIO + DR. BAIKUEN	ASA I.	
Anamnese / Observações		
Anamnese: AII COERICO, AFEVIR, DURADAS NO PUNO CORADO, OFTALMOMA PA = 110 x 20 mmHg, FC = 84 bpm, sem alterações. PA pulmonar: E AFG 0		
PA	(C) (C) (C)	
22		P/ (dilatada)
20		
18		
16		
14	✓	
12	✓ ✓ ✓	
10		DURADAS, CONFIRADAS, AUTENTICADAS COMPARADAS COM O ORIGINAL PA pulmonar 14/66
08		
06	↑ ↑ ↑ ↑	
04		
02		
Anotações	ABC	

LEGENDA: 01 Geral, 02 Local, 3 Outros, H horas, M minutos

DATA: 30 / 06 / 18

Anestesista:
CRM:

Dr. Bruno Rafael Albuquerque
Anestesiologista
CREMERN 1458



Lindonicio Gomes Cabral 36 anos

Cirurgia Proposta

Correção de fratura de tibia Eletiva

Interrogatório Sintomatológico

Paciente assintomático do ponto de vista cardiovascular.
Nega dispneia, palpitação, síncope ou precordialgia.

Nega HAS, Asma, Diabetes ou Cardiopatia.
Capacidade Funcional boa.
Nega Medicação.
Nega Tabagismo.
Nega alergia.

Exame Físico

EGB, eupneico, consciente, eutrófico, acianótico, hidratado, normocorado.
Ictus Atípico, pulso amplo simétrico, sem turgência jugular.
RCR, 2T, BNF sem sopro, TA = 110/70 mmhg, FC = 70 bpm.
MV + simétrico sem RA.
Mmii sem edema.

Eletrocardiograma

RSR, FC: 90bpm, SAP: 60º PR normal.
QRS estreito, SΔQRS: 60º ST-T sem alterações.
Sem alterações isquêmicas ou sinal de sobrecarga.

Conclusão

Paciente de baixo risco clínico para complicações cardiovasculares no período perioperatório, com boa capacidade funcional e sem comorbidades e procedimento proposto é de baixo risco inerente para tais complicações.

Proceder conforme planejamento cirúrgico.

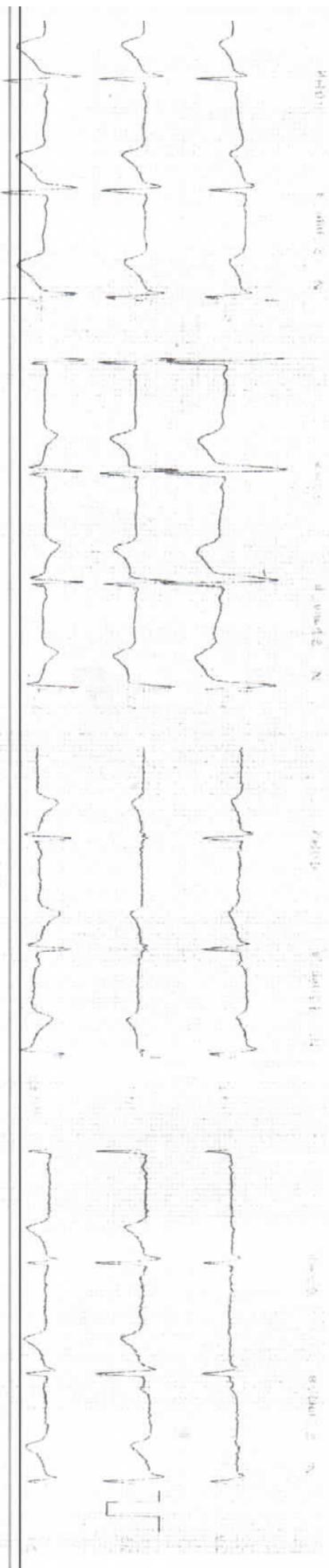


Dr. Itamar Nunes
Cardiologista Intervencionista
CNPJ: 53.75

11.06.18

CITOLAB - Apod/RN
Rua Antônio Lopes Filho, 123 - Centro
Fone: (84) 3333 2578
Hospital Wilson Rosado - Mossoró/RN
Rua João Marcelino, 429 - Sto. Antônio
Fone: (84) 3333 2554 / 3333 2555 / 3333 2575







BOLETIM DE ATENDIMENTO

NOME: Isidonio Gomes colosal
IDADE: 36 COR: P SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro CNS: _____
NATURALIDADE: _____ PROFISSÃO: Agricultor INSTITUTO: SLES
RG: — CPF: — DATA DE NASCIMENTO: 03/09/1983
ENDEREÇO: ST: Boa Vista BAIRRO: Zona rural
CIDADE: Severiano Melo DATA: 07/06/18 HORA: 10:09h TELEFONE: _____
NOME SA MÃE OU RESPONSÁVEL: _____

SINAIS VITAIS

PA: — mmHg PULSO: — RESPIRAÇÃO: — TEMPERATURA: —

HISTÓRIA CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALLEGADA)

Son queixa de sono

EXAME FÍSICO - LESÕES OU AFECÇÕES ENCONTRADAS

PROTÓCOLO
RECEBIDO
10 SET 2013
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

DIAGNÓSTICO PROMOVIDO:

friente de sono — (?)





BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: LINDONICIO GOMES CABRAL				TEL:	Nº REG: 431393
Nas: 01/09/1981	1-Masculino	Marital	AGRICULTOR	Cert.nasc. <input type="checkbox"/> Título <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG <input checked="" type="checkbox"/> Nº	002222777
Pai: ANTONIO LISBOA SOBRINHO				Mae: ELIZABETE AFRA CABRAL	
Endereço: SITIO BOA VISTA				0 ZONA RURAL	SEVERIANO MELO RN
Responsável: CNS-702-4095-4085-9422				TEL:	
Endereço do Responsável: 84-9-9700-9503					

Serviço: Urgência / emergência	Enfermaria:	Leito:
Admissão: 07/06/2018	11:37	Data da Alta: Hora da Alta:
Dados Clínicos: PA:..... mmHg	Pulso:..... Bpm	Temp:..... FR:.....
Alega Acidente de Trabalho	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

*Queda de upo
ferro forma jato o*

Lesões ou afecções encontradas

PROTOCOLO
RECEBIDO

10 SET 2018

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora: 11:40

CRM



BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: LINDONICIO GOMES CABRAL				TEL:	Nº REG: 431393
Nas: 01/09/1981	1-Masculino	Marital	AGRICULTOR	Cert.nasc. <input type="checkbox"/> Título <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG <input checked="" type="checkbox"/> Nº	002222777
Pai: ANTONIO LISBOA SOBRINHO				Mãe: ELIZABETE AFRA CABRAL	
Endereço: SITIO BOA VISTA				0 ZONA RURAL	SEVERIANO MELO RN
Responsável: CNS-702-4095-4085-9422				TEL:	
Endereço do Responsável: 84-9-9700-9503					

Serviço: Urgência / emergência	Enfermaria:	Leito:
Admissão: 12/06/2018	Hora admissão: 11:37	Data da Alta: Hora da Alta:
Dados Clínicos: PA: mmHg Peso: Bpm Temp: FR:		
Alega Acidente de Trabalho Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

Qunha no braço
 Desarrumou para o q
 imobilizou um que fala.

Lesões ou afecções encontradas

f. - a mao
 fazendo q

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

Pr. Menezes

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora: 07:02

CRM

BOLETO DE URGÊNCIA
 AUTENTICAÇÃO
 COPIA DO DOCUMENTO ORIGINAL
 Selo do CRM/RN 14/06/2018





HÓSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

Rua 405, Km 03, Bairro Arizona, Pau dos Ferros RN, Telefax (84) 3351-9840

PRONTUÁRIO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO

Nome: LINDONICIO GOMES CABRAL						PRONT: 91733		
№: 71581	1-Masculino	Marital	AGRICULTOR	Cert.nasc. <input type="checkbox"/>	Título <input type="checkbox"/>	CPF <input type="checkbox"/>	RG <input checked="" type="checkbox"/>	Nº: 002222777
Pai: ANTONIO LISBOA SOBRINHO				Mãe: ELIZABETE AFRA CABRAL				
Endereço: SITIO BOA VISTA				0	ZONA RURAL			
Cidade: SEVERIANO MELO				UF: RN	Responsável: CNS-702-4095-4085-9422			
Endereço do Responsável: 84-9-9700-9503								
Sala: 1-C, Cirúrgica				Enfermaria 14			Leito: 03	
Adm: 12/06/2018				Data da Alta: 14.06.18			Dias de Permanência: 02	
Diag. Principal:								
Diag. Secundário:								
Sumário de história Clínica, exame e tratamento								
<p>Qna 22 mto + Dor dente forte dente com co inchaço. Higiene</p> <p>P/ M</p>								

Cond. Física:

Cond. Fisiológicas de alta:

HOSP. DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE
AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 14/06/2018

Cond. Fisiológica do óbito:

Hora: 07:04

Emanuel Fernandes de Paula
Médico: CRM 4008
CPF 02147681474



3 - Identificação do Estabelecimento Executante		4 - CNES	
Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade		2 4 0 9 2 7 5	
Identificação do Paciente			
5 - Nome do Paciente IDONICIO GOMES CABRAL		6 - Documento Cert.nasc. <input type="checkbox"/> Título <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG <input checked="" type="checkbox"/> Nº 002222777	
7 - Cartão Nacional de Saúde 0		6 - Nº do prontuário: 91733	
8 - Raça/Cor B		8 - Data de Nascimento 01/09/1981	
9 - Sexo 1-Masculino		10 - Telefone de Contato	
10 - Nome da Mãe ou Responsável ELIZABETE AFRA CABRAL		11 - Telefone de Contato	
12 - Endereço (Rua, Nº, Bairro) SITIO BOA VISTA		0 ZONA RURAL	
13 - Município de Residência SEVERIANO MELO		14 - Código IBGE Município 15 - UF RN 16 - CEP	
17 - Principais Sinais e Sintomas <i>PI Melo</i>			
Justificativa da Internação <i>Quando eu vim a ser ferido para mim fui para aí fui para aí</i>			
18 - Condições que Justificam a Internação <i>12/06/2018</i>			
19 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados) <i>Exames</i>			
20 - Diagnóstico Inicial <i>Exames</i>		21 - CID 10 Principal 22 - CID 10 Secundário 23 - CID 10 Causa Associadas	
24 - Descrição do Procedimento Solicitado <i>Exames</i>		25 - Código do Procedimento	
26 - Clínica 1 - C. Cirúrgica		27 - Caráter Internação 05	
28 - Documento CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>		29 - Nº do Documento (CNS / CPF) do Profissional Solicitante / Assistente 021.476.814 - 74	
30 - Nome do Profissional Solicitante / Assistente Emanuel Fernandes de Paula		31 - Data Solicitação 12/06/2018	
32 - Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)		<i>12/06/2018</i>	
Preencher em Caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)			
33 - () Acidente de transito		36 - CNPJ da Seguradora	
34 - () Acidente Trabalho Típico		37 - Nº do Bilhete	
35 - () Acidente Trabalho Trajeto		38 - Sér	
42 - Vínculo com a Previdência () Empregado		40 - CNAE Empresa	
() Empregador		41 - CE	
() Autônomo		() Desempregado	
() Aposentado		() Não Assegurado	
43 - Nome do Profissional Autorizador		Autorização	
44 - Cód. Órgão Emissor		Número da Autorização	
M 240940704			
45 - Documento CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>		46 - Nº do Documento (CNS / CPF) do Profissional Solicitante / Assistente	
47 - Assinatura e Carimbo		48 - Assinatura e Carimbo (N° do Registro do Conselho)	
12/06/2018			



BOLETIM DE ANESTESIA

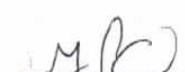
Paciente: <u>Willemílio Gomes CABRAL</u>	Sexo: <u>m</u>	Idade: <u>37</u>
GIH:	Enfermaria:	Leito:
Pré-Medicação: <u>NÁS</u>	Técnica:	
Anestesia Tipo:		
Cirurgia: <u>TRAT. ER, PRA CURA DE OSSOS DA PERNA.</u>	<u>RICO E</u>	
Cirurgião: <u>DR. LUNÉZIO + DR. EMILIO</u>	<u>ASA E.</u>	
Anamnese / Observações		
<u>ACALMADO, ALCOÓLICO, APENAS CUMPRIMENTO, NORMAIS OS PARAS, ORIGEM DIFERENTE</u> <u>PA = 160 x 20 mmHg, FC = 84 bpm, sem alterações de SPO2</u> <u>ANTICOAGULANTES E ALTE RISCO S</u>		

PA	0	0	0				
22							
20							
18							
16							
14	✓						
12	✓	✓	✓	✓			
10							
08	↑	↑	↑	↑			
06	↑	↑	↑	↑			
04							
02							
Anotações	<u>ABCAB</u>						

LEGENDA: 01 Geral, 02 Local, 03 Outros, H horas, M minutos

DATA: 31/08/18

Anestesista:
CRM:


Dr. Bruno Cesar C. Batista
Anestesiologista
CREMERN 5458



Paciente: Silvônio Gomes Gabriel	Reg:
Diagnóstico Pré-operatório:	Teste para goma ?
Tipo de Operação:	
Diagnóstico Pós-operatório:	Teste negativo
Relatório Imediato da Patologia:	
Acidente durante a operação:	
Exame radiológico no ato:	

INTERVENÇÃO		
Início:	Término:	Duração:
Cirurgião:	<i>QG</i>	<i>10:00</i>
1º Auxiliar:	<i>QG</i>	<i>10:00</i>
2º Auxiliar:		<i>PI</i>
3º Auxiliar:		
Instrumentador:		
Anestesista:		REGISTRO DE OPERAÇÕES DE ENFERMAGEM AUTENTICAÇÃO CONFERIR COM O HOSPITAL



Lindonicio Gomes Cabral, 36 anos

Cirurgia Proposta

Correção de fratura de tibia Eletiva

Interrogatório Sintomatológico

Paciente assintomático do ponto de vista cardiovascular.
Nega dispneia, palpitação, síncope ou precordialgias.

Nega HAS, Asma, Diabetes ou Cardiopatia.
Capacidade Funcional boa.
Nega Medicinação.
Nega Tabagismo.
Nega alergia.

Exame Físico

EGB, eupneico, consciente, eutrófico, acianótico, hidratado, normocorado.
Ictus Atípico, pulso amplo simétrico, sem turgência jugular.
RCR, 2T, BNF sem sopro, TA = 110/70 mmhg, FC = 70 bpm.
MV + simétrico sem RA.
Mmii sem edema.

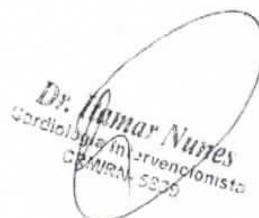
Eletrocardiograma

RSR, FC: 90bpm, SAP: 60º PR normal.
QRS estreito, SΔQRS: 60º ST-T sem alterações.
Sem alterações isquêmicas ou sinais de sobrecarga.

Conclusão

Paciente de baixo risco clínico para complicações cardiovasculares no período perioperatório, com boa capacidade funcional e sem comorbidades e procedimento proposto é de baixo risco inerente para tais complicações.

Proceder conforme planejamento cirúrgico.



Dr. Itamar Nunes
Cardiologista Intervencionista
CRM-RN 5526

11.06.18

CITOLAB - Apodi/RN
Rua Antônio Lopes Filho, 123 - Centro
Fone: (84) 3333 2578
Hospital Wilson Rosado - Mossoró/RN
Rua João Marcelino, 429 - Sto. Antônio
Fone: (84) 3333 2551 / 3333 2550 / 3333 2570





Declaracão do Proprietário do Veículo

joão Lacerda filho

RG nº 002.447.667 data de expedição 02/01/2003

Argao ITEP, portador do CPF nº 466.519.999-72, com
domicílio na cidade de Apoli, no Estado de

Rio Grande do norte onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) nº 133.

Rua = Tiradentes

complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veiculo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Lindalberto Gomes Colnol, cujo o condutor era Lindalberto Gomes Colnol.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Nerda Pop 101

Ano: 2017

Placa: QCI 9905

Chassi: 9C2J80100BR271070

Data do Acidente: 07 de junho de 2018

Local e Data: Apoli



joão Lacerda filho

Assinatura do Declarante

PROTÓCOLOS
RECEBIDO

10 SET 2018

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

Lindalberto Gomes Colnol

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



VÁLIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE

Rafaela Reinaldo Lima
TESTEMUNHA

Reconheço por autenticidade / semelhança
a firma da joão Lacerda filho

Em testemunha joão Lacerda da verdade.
Apoli-RN, 21/08/2018.

Titular Substituta Escrivente Autorizada

JOILMA DANTAS MOREIRA
Escrivente Autorizada



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE APODI
Telefone: (84) 3333-2737



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 797/2018

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo do Acidente: Queda

Data e Hora do Acidente: 07/06/2018 às 08h30

Local da Ocorrência: BR 405, próximo ao sítio São Dimas- Apodi/RN

Comunicante: A vítima

Identidade RG.:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Telefone: 9 9700-9503

Identificação da Vítima:

Nome: **LINDONICIO GOMES CABRAL**

Identidade RG.: 2.222.777

Naturalidade: Itaú/RN

Pai: Antônio Lisboa Sobrinho

Mãe: Elizabete Afra Cabral

Endereço: Sítio Boa Vista - Severiano Melo/RN

Condutor ou Passageiro? Passageiro

CPF: 058.562.114-48

Data Nascimento: 01/09/1981

Identificação do Veículo:

Tipo: MOTOCICLETA

Marca/Modelo: HONDA POP 110 I

Placa: QGI9905

Cor: PRETA

Chassi: 9C2JB0100BR271070

RENAVAM: 01123593180

Proprietário: JOSE CARVALHO FILHO

Ano: 2017/2017

Condutor: LINDALBERTO GOMES CABRAL

CNH: 05000650908

HISTÓRICO:

O comunicante comparece a esta delegacia para formalizar a ocorrência de ACIDENTE DE TRANSITO (QUEDA); Que a vítima seguia na garupa, da motocicleta, acima descrita, conduzida por Lindalberto Gomes Cabral, na BR 405 próximo ao sítio São Dimas em Apodi, quando a roda veículo "baixou" e ambos vieram a cair; Que o condutor da motocicleta sofreu apenas escoriações leves; Que populares socorreram a vítima e a levaram ao Hospital de Severiano Melo; Que a vítima foi transferida para o Hospital Cleodon Carlos de Andrade em Pau dos Ferros; Que a vítima sofreu fratura na perna direita em decorrência do acidente; Que a vítima foi submetida a procedimento cirúrgico; Que a pessoa de Marcia Cristina Fernandes Oliveira RG: 2.332.890 tomou conhecimento do acidente. E nada mais disse.

Local e data deste Registro: Apodi, 17 de agosto de 2018.

Lindonicio Gomes Cabral
Comunicante / Vítima

Chuny
APC - Izabel Aprigida de Carvalho Neta
Matrícula: 129.235-8

Marcia Cristina Fernandes Oliveira
Testemunha



HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405 Km 03, Bairro Arizona, Pau dos Ferros RN, Telefax (84) 3351-9840

BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: LINDONICIO GOMES CABRAL

TEL:

Nº REG: 431393

Nas 01/09/1981

1-Masculino

Marital

AGRICULTOR

Cert.nasc.

Título

CPF

RG

N°

002222777

Pai: ANTONIO LISBOA SOBRINHO

Mãe: ELIZABETE AFRA CABRAL

Endereço: SITIO BOA VISTA

0 ZONA RURAL

SEVERIANO MELO

RN

Responsável: CNS-702-4095-4085-9422

TEL:

Endereço do Responsável: 84-9-9700-9503

Serviço: Urgência / emergência

Enfermaria:

Leito:

Admissão: 07/06/2018 Hora admissão

11:37

Data da Alta:

Hora da Alta:

Dados Clínicos: PA:..... mmHg

Pulso:..... Bpm Temp:..... FR:.....

Alega Acidente de Trabalho

Sim

Não

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

Lesões ou afecções encontradas

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora:

11:40

CRM



Assinado eletronicamente por: BRUNO RAFAEL ALBUQUERQUE MELO GOMES - 31/08/2019 14:48:34

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19083114483312400000046771352>

Número do documento: 19083114483312400000046771352

Num. 48372333 - Pág. 2

BOLETIM DE URGÊNCIA

EXAMES COMPLEMENTARES:

CONDUTA:

as Causa

John . Atma br com
+ Causa } fto gfm



Dr. Emanuel F. Paula
Ortopedista/Trumatologista/Denstometrista
CRM 4006/CEOT 9450

Médico / Carimbo:

DESTINO DO PACIENTE :

Data: ____ / ____ / ____ hora: ____

Destino: Cl. Médica: Cl. Cirúrgica: Cl. Obstétrica: UTI Adulto: Pediatria:
Alta Médica: Alta a pedido: Alta a revelia: Traqnsferencia: Óbito:

Médico / Carimbo:





Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte - SESAP
Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade
405 - KM 03, BAIRRO ARIZONA, 1971 - TELEFAX (84) 9 9906-9296 - PAU DOS FERROS - RN
CNPJ: 08.241.754/0107-01 - e-mail: hospdrcleodon@rn.gov.br

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAMENTO DE CIRURGIA ELETIVA

Atender o (a) Sr.(a)

End. do Paciente:

Município:

Realizar o Procedimento:

Internamento: Data

Condição:

Equipe Médica:

Maria de Fátima de Sousa GOMES
Médica Registrada de Chaves
Mai: 111.337.1.038 - RN 2016
Port: 0800-11-0000 - DOMICCA - 100002016

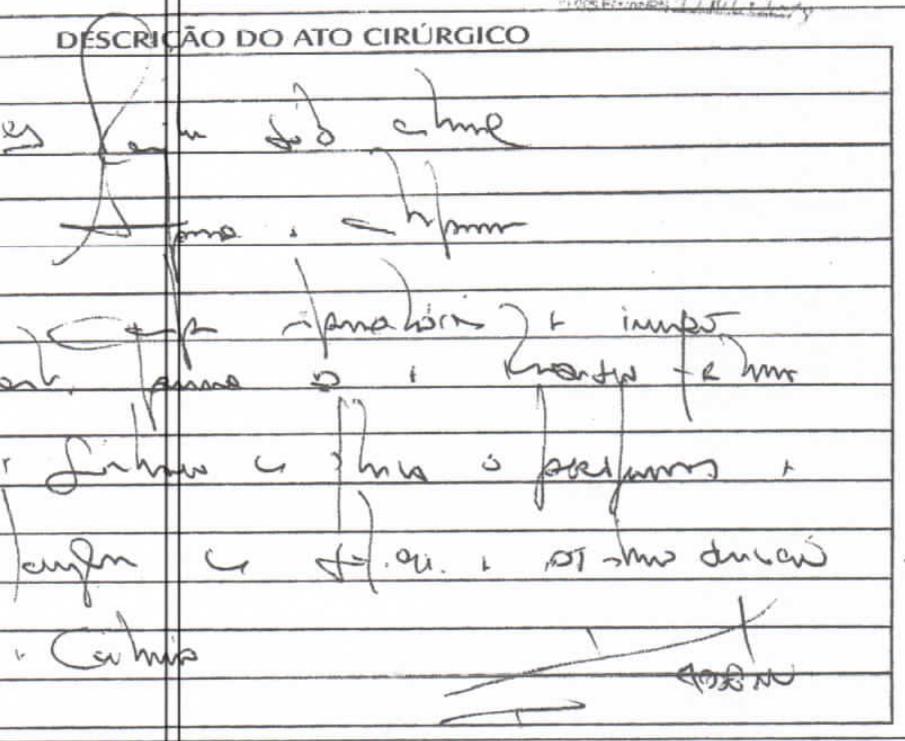
Médico Autorizador

Pau dos Ferros, RN, 07 de outubro de 2018



Paciente: Lindônio Gomes Cabral	Reg:
Diagnóstico Pré-operatório:	Tetroma posuno 0
Tipo de Operação:	
Diagnóstico Pós-operatório:	He cegueira
Relatório Imediato da Patologia:	
Acidente durante a operação:	
Exame radiológico no ato:	

INTERVENÇÃO		
Início:	Término:	Duração:
Cirurgião:	26/08/2019	
1º Auxiliar:	26/08/2019	
2º Auxiliar:		11:00
3º Auxiliar:		
Instrumentador:		
Anestesista:		HORA DA PLECAÇÃO: 08:00 ANESTESIA: RA CONDUTA: CVM C/ MONITORAL PULSOS: 79/76/77

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO	
1. Fazendo abertura 2. Encontrando a vesícula 3. Separando a vesícula do peritoneo + 4. Encontrando a vesícula + 5. Encontrando a vesícula + 6. Cerrando	
	





HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

B3405, Km 03, Bairro Arizango, Pau dos Ferros RN. Telefax (84) 3351-0840

PRONTUÁRIO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO

Nome: JINDONICIO GOMES CABRAL					PRONT: 91733	
Nº	71981	1-Masculino	Marital	AGRICULTOR	Cert.nasc. <input type="checkbox"/> Título <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG <input checked="" type="checkbox"/> Nº	002222777
País:	ANTONIO LISBOA SOBRINHO				Mãe: ELIZABETE AFRA CABRAL	
Endereço:	SITIO BOA VISTA				0	ZONA RURAL
Cidade/UF:	SEVERIANO MELO RN				UF: RN	Responsável: CNS-702-4095-4085-9422
Endereço do Responsável:	84-9-9700-9503					
Saída:	1 -C. Cirúrgica				Enfermaria	14
Adm:	12/06/2018				Leito:	03
Diagnóstico:					Data da Alta:	14.06.18
Diagnóstico Principal:					Dias de Permanência:	02

Rev. Bras. de história Clínica, exame e tratamento

ento
Qua as unhas +
Dor + dor no fêmur e no osso
→ inchaço
Hemato

21
165

REG. DR. CLEONOR RIO DE JANEIRO/DE
AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM O ORIGINAL
2010-06-14 10:06:25

Emanuel Fernandes de Paula

Médico: CRM 4008

Medco CRM 4000
CPE 02147681474



BOLETIM DE URGÊNCIA

LINDONICIO GOMES CABRAL				TEL:	Nº REG: 431393
1/09/1981	1-Masculino	Marital	AGRICULTOR	Cert.nasc. <input type="checkbox"/> Título <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG <input checked="" type="checkbox"/> Nº 002222777	
ANTONIO LISBOA SOBRINHO				Mãe: ELIZABETE AFRA CABRAL	
Endereço: SITIO BOA VISTA		ZONA RURAL		SEVERIANO MELO	RN
Fone: CNS-702-4095-4085-9422				TEL:	
Fone do Responsável: 84-9-9700-9503					
Sintoma: Urgência / emergência		Enfermaria:		Leito:	
Data: 12/06/2018 Hora admissão: 11:37		Data da Alta:		Hora da Alta:	
Pressão Clinicos: PA: mmHg		Pulso: Bpm		Temp: FR:	
Acidente de Trabalho Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>			
Sintoma - Causa eficiente da Lesão (alegada): <i>Queda de escada + Detonar com o máximo um que fala.</i>					
Sintomas ou afecções encontradas <i>350g</i>					
GNÓSTICO PROVISÓRIO: <i>Pr. [Signature]</i>					
GNÓSTICO DEFINITIVO:					

07:02

CRM

ALUNO REGISTRADO
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 14/06/2018



CONDUTA:

2 in 11m 10. 7. 19 the only

A hand-drawn graph on lined paper. The vertical axis has two tick marks, and the horizontal axis has three tick marks. A downward-sloping demand curve is drawn with a single line segment connecting the top-left and bottom-right tick marks. An upward-sloping supply curve is drawn with a single line segment connecting the top-right and bottom-left tick marks. The two curves intersect at a point on the vertical axis between the two tick marks. This intersection point is labeled 'Equilibrium' with a small circle. A horizontal line is drawn from the intersection point to the vertical axis, and a vertical line is drawn from the intersection point to the horizontal axis.

Médico / Carimbo:

TINO DO PACIENTE:

ta: / / hora:

stino: Cl. Médica: Cl. Cirúrgica Cl. Obstétrica: UTI Adulto: Pediatría:
Alta Médica: Alta a pedido: Alta a revelia: Traqnsferencia: Óbito:

Médico / Carimbo:





BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: LINDONICIO GOMES CABRAL				TEL:	Nº REG: 431393
Nas 01/09/1981 1-Masculino Marital AGRICULTOR				Cert.nasc. <input type="checkbox"/> Título <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG <input checked="" type="checkbox"/> N°	002222777
Pai: ANTONIO LISBOA SOBRINHO				Mãe: ELIZABETE AFRA CABRAL	
Endereço: SITIO BOA VISTA				0 ZONA RURAL	SEVERIANO MELO RN
Responsável: CNS-702-4095-4085-9422				TEL:	
Endereço do Responsável: 84-9-9700-9503					

Serviço: Urgência / emergência		Enfermaria:	Leito:
Admissão: 07/06/2018 Hora admissão: 11:37		Data da Alta:	Hora da Alta:
Dados Clínicos: PA: mmHg		Pulso: Bpm	Temp: FR:

Alega Acidente de Trabalho	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
----------------------------	------------------------------	------------------------------

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

*Queda de escada
fim de forma fortunado.*

Lesões ou afecções encontradas

Fratura de fêmur

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

Fratura de fêmur

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora: 11:40

CRM





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
1ª Vara da Comarca de Apodi
BR 405, KM 76, Portal da Chapada, APODI - RN - CEP: 59700-000

Processo nº: 0802842-14.2019.8.20.5112

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: LINDONICIO GOMES CABRAL

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

DESPACHO

Vistos.

Defiro a gratuidade judiciária em favor da parte autora.

Da análise da inicial, verifica-se de logo a necessidade de prova pericial, motivo pelo qual as circunstâncias fático-jurídicas da lide inviabilizam a conciliação neste momento.

Demais disso, consigno que a Seguradora Líder adotou a política de não conciliar nas ações que discutem a cobrança e/ou diferenças do pagamento de indenizações do Seguro DPVAT, alegando a existência de fraudes, razão pela qual **deixo de marcar audiência prévia de conciliação** prevista no art. 334 do CPC, nada impedindo a designação posterior.

Dito isto, **Cite-se a parte requerida para contestar** no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial.

Havendo questões preliminares, reconvenção e/ou alegação de fatos impeditivos, modificativos ou extintivos do direito autoral, ouça-se a parte autora, no prazo de 15 (quinze) dias.

Em seguida, **designe-se perícia técnica** a ser realizada por profissional com especialidade de ortopedia/traumatologia, **nos termos do Convênio nº 39/2018, fixando-se honorários no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais)**, a serem pagos pela Seguradora Líder, no prazo de 15 (quinze) dias após realizada a perícia, contados da data da intimação, independente do resultado.



Oficie-se ao NUPEJ para indicar o profissional, remetendo-se os quesitos do Juízo e aqueles elaborados pelas partes, ou, alternativamente, inclua-se no Mutirão para realização de perícias do DPVAT, adotando-se a providência mais célere.

Desde já, formulo os seguintes quesitos: *1- Quais as lesões sofridas pela parte autora? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5- Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 9- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média(50%), leve (25%) ou residual(10% ou menos)?*

Intimem-se as partes para indicarem assistente técnico e, querendo, apresentarem outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de quinze dias.

Designada a data, intimem-se pessoalmente as partes para se fazerem presentes, devendo os advogados serem intimados pelo DJe/PJe.

Apresentado o laudo, intimem-se os advogados das partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de quinze dias, expedindo-se imediatamente o Alvará para levantamento dos honorários periciais.

Após, **retornem** os autos conclusos, nos termos do art. 352 e 353 do CPC.

P. I. Cumpra-se.

Apodi/RN, 2 de setembro de 2019.

Assinado eletronicamente

ANTONIO BORJA DE ALMEIDA JUNIOR

Juiz de Direito

