



BRUNO RAFAEL ALBUQUERQUE MELO GOMES
Advogado

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Lindemício Gomes Cabral, brasileiro, Solteiro, agricultor, inscrito no CPF: 058.562.114-48, residente e domiciliado no Sítio Boa Vista, Zona Rural, Setoriano 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 recadastramento, 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.

APodi/RN

, 25

de,

Julho

de,

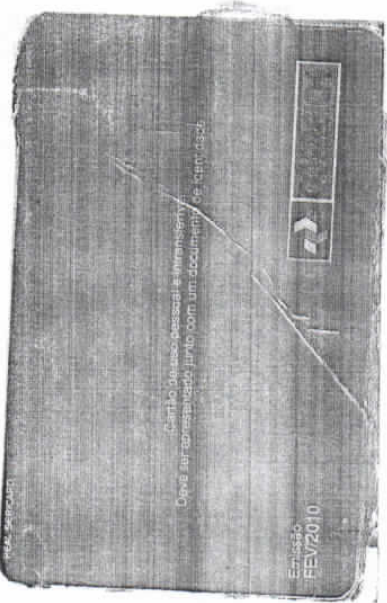
2019

Lindemício 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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		TÍTULO ELEITORAL		IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA	
NOME DO ELEITOR		LINDONICIO GOMES CABRAL		ZONA 045	
DATA DE NASCIMENTO		01/09/1961		0073	
MUNICÍPIO (UF)		MUNICÍPIO (UF)		DATA DE EMISSÃO	
SEVERIANO MELOIRN		SEVERIANO MELOIRN		04/12/2017	
Assinatura		Assinatura		Data de Emissão	
Des. DIFERENCIANDO		Des. DIFERENCIANDO		Data de Emissão	
VALIDO SOMENTE COM APOSTILA 2ª FOLHA - JUSTIÇA ELEITORAL		VALIDO SOMENTE COM APOSTILA 2ª FOLHA - JUSTIÇA ELEITORAL		VALIDO SOMENTE COM APOSTILA 2ª FOLHA - JUSTIÇA ELEITORAL	

A black and white photograph of a Brazilian identification card (Carteira de Identidade) for Lindomir dos Santos Cabral. The card is from Rio Grande do Norte, Secretaria da Segurança Pública, Instituto Tecnico Cientifico de Policia. It features a mugshot of a young man and a fingerprint. The name 'Lindomir dos Santos Cabral' is handwritten in cursive across the right side. A circular stamp in the top left corner reads 'RECEBUEMOS' and '20/05/64'.

VITIMS

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

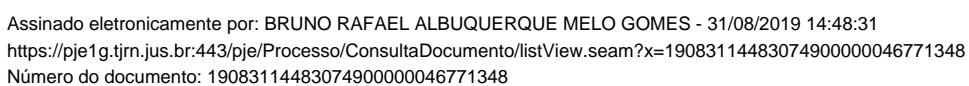
POLÍCARPO

POLEGAR DIREITO

LINDONICIO GOMES CABRAL

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SEMPRE COM BANCADA ÚNICA - JUSTIÇA ELEITORAL

[illegible]

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Lindomício Gomes Cabral

brasileiro, Solteiro, agricultor

inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 058.562.224-48, venho através da presente, declarar a quem interessar, que não possuo em meu nome, nenhum comprovante de residência de concessionárias de Serviços públicos. Por este motivo venho declarar residir no endereço:

Sítio Boa Vista, Zona Rural, S. Vitoriano Melo/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.

APodi/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 nº 34.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Admín. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO

115
99931075

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVICOS

IMPRESSO EM 11/12/2018 AS 07:40:55

MATRICULA:

MÊS / ANO

DADOS DO CLIENTE

6982300

12/2018

LINDONICIO GOMES CABRAL

VIL BOA VISTA, N, S/N - CENTRO SEVERIANO MELO RN
59856-000

INSCRIÇÃO
665.001.110.5130.000

ROTA
3

SEQ.ROTA
95 12

RESIDE

QUANTIDADE DE ECONOMIAS	
CIAL	COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO

HIDRÔMETRO
Y14T759261

SITUAÇÃO ÁGUA
LIGADO

SITUAÇÃO ESGOTO
POTENCIAL

CONSUMO AGUA (M3): 8

DATA LEITURA: 11/12/2018

LEIT. ATUAL: 312

LEIT. ANT.: 304

DIAS CONSUMO: 31

— — — — —

HISTORICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
11/2018	6	09/2018	5	07/2018	4	4
10/2018	2	08/2018	5	06/2018	5	

DESCRICAO

AGUA

CONSUMO

TOTAL(R\$)

RES.ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

8 413

39.99

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	39,99	1.65	0,66
COFINS	39,99	7.6	3,04

VENCIMENTO: 19/12/2018

TOTAL A PAGAR: 39,99

O EXERCITO ESTA CONVOCANDO PARA O EXERCICIO DE APRESENTACAO 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	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	≤ 5,0 uT	6,0 a 8,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Obtidos	0,43	7,21	100,0 %	1,0	--

Valores Críticos	10	5	1	0,1	0,05
1	1,645	1,645	2,33	2,575	2,575
2	1,96	1,96	2,58	2,877	2,877
3	2,576	2,576	3,09	3,291	3,291
4	3,090	3,090	3,29	3,745	3,745
5	3,291	3,291	3,64	4,015	4,015
6	3,599	3,599	3,92	4,315	4,315
7	3,920	3,920	4,18	4,607	4,607
8	4,181	4,181	4,41	4,835	4,835
9	4,426	4,426	4,60	5,024	5,024
10	4,607	4,607	4,75	5,191	5,191
15	5,298	5,298	5,05	5,646	5,646
20	5,476	5,476	5,21	5,858	5,858
25	5,639	5,639	5,34	6,000	6,000
30	5,781	5,781	5,45	6,119	6,119
40	6,024	6,024	5,64	6,375	6,375
50	6,179	6,179	5,79	6,505	6,505
60	6,315	6,315	5,90	6,626	6,626
70	6,435	6,435	6,01	6,729	6,729
80	6,549	6,549	6,11	6,815	6,815
90	6,651	6,651	6,20	6,888	6,888
100	6,744	6,744	6,28	6,953	6,953
125	6,915	6,915	6,41	7,143	7,143
150	7,078	7,078	6,53	7,291	7,291
200	7,291	7,291	6,75	7,539	7,539
250	7,476	7,476	6,88	7,691	7,691
300	7,642	7,642	6,99	7,815	7,815
400	7,881	7,881	7,16	8,054	8,054
500	8,054	8,054	7,29	8,179	8,179
600	8,179	8,179	7,39	8,289	8,289
700	8,289	8,289	7,48	8,385	8,385
800	8,385	8,385	7,56	8,469	8,469
900	8,469	8,469	7,63	8,543	8,543
1000	8,543	8,543	7,69	8,607	8,607

.....



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

Pag. 00607/00608 - carta_09 - INVALIDEZ

00050304



Carta nº 13884739





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 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.:

CPF:

Profissão:

Telefone: 9 9700-9503

Endereço:

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 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

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

Marcia 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

6 - Documento
002222777

6 - Nº do prontuário
91733

7 - Cartão Nacional de Saúde
0

8 - Data de Nascimento
01/09/1981

9 - Sexo
1-Masculino

10 - Nome da Mãe ou Responsável
ELIZABETE AFRA CABRAL

11 - Telefone de Contato

12 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)
SITIO BOA VISTA

13 - Município de Residência
SEVERIANO MELO

14 - Código IBGE Município

15 - UF
RN

16 - CEP

Justificativa da Internação

17 - Principais Sinais e Sintomas
Dor no abdômen e febre para o, um pi ba agudo

18 - Condições que Justificam a Internação
Abaixo

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

20 - Diagnóstico Inicial
Fome

21 - CID 10 Principal

22 - CID 10 Secundário

23 - CID 10 Causa Associadas

Procedimento Solicitado

24 - Descrição do Procedimento Solicitado
Abaixo

25 - Código do Procedimento

26 - Clínica
1-C. Cirúrgica

27 - Caráter Internação
05

28 - Documento
CNS ☐ CPF ☐

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 no Conselho)

Preencher em Caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

33 - () Acidente de trânsito

34 - () Acidente Trabalho Típico

35 - () Acidente Trabalho Trajeto

36 - CNPJ da Seguradora

37 - Nº do Bilhete

38 - Série

39 - CNPJ da Empresa

40 - CNAE Empresa

41 - CBOR

42 - Vínculo com a Previdência
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Assegurado

Autorização

43 - Nome do Profissional Autorizador

44 - Cód Orgão Emissor
M 240940704

45 - Documento
CNS ☐ CPF ☐

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

47 - Data de Autorização

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

12/06/2018



BOLETIM DE ANESTESIA

	Sexo: m	Idade: 37
Paciente: JILMAR MICO GOMES CABRAL	Enfermaria::	Leito:
SIH:		
Pré-Medicação: NAD!		
Anestesia Tipo:	Técnica:	
Cirurgia: TRAFI CR, PR FURA PE OSSO DA PERNA.	RICOO +	
Cirurgião: DR. IUDÉLIO + DR. EMANUELO	ASA #	

Anamnese / Observações

Anamnese / Observações

Atendimento Allergic, Alergias, Anestesia, Normo-coagul, Oritiloma
PA = 120 x 70 mmHg, FC = 84 bpm, sem alterações
Patologias e alergias

[illegible]

Drogras Usadas

$A = \rho_B \rho_C \sin \alpha \sin \beta$
 $0,5 \times \rho_C \sin \alpha = 1 \text{ Sin}$
 $\rho_C \sin \alpha = 2$
 $\rho_C = 2$
 $\rho_D = \rho_C \sin \alpha = 1$
 $\rho_E = \rho_D \sin \alpha = 0,5$
 $\rho_F = \rho_D \sin \alpha = 0,5$
 $\rho_B = \rho_A \sin \alpha = 1$

Início da Anestesia:	13:30 H
Início da operação:	13:35 H
Fim da operação:	14:40 H
Fim da anestesia:	14:50 H
Duração da anestesia:	1:20 H

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

DATA: 32 / 06 / 18

Anestesista:
CRM:

[Signature]
Dr. J. J. C. C. C.
Anesthesiologist
CREMERN 9452



Itamar Nunes
CARDIOLOGIA INTERVENÇÃO

Lindoncio 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, SΔP: 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
Cardiologia Intervencionista
CRM-RN 5826

11.06.18

CITOLAB - Apodi/RN

Rua Antônio Lopes Filho, 123 - Centro

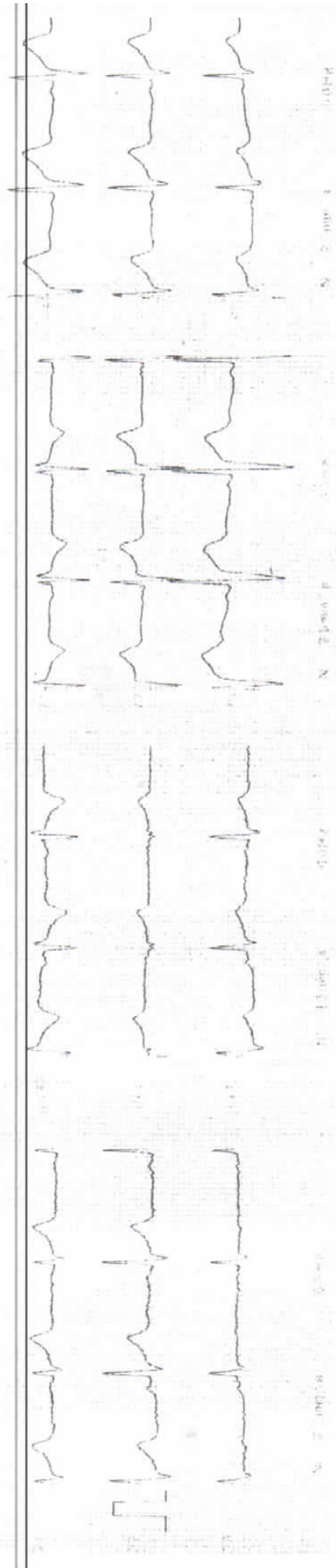
Fone: (84) 3333.2578

Hospital Wilson Rosado - Mossoró/RN

Rua João Marcelino, 429 - Sto. Antônio

Fone: (84) 3333.8551 / 3333.8552 / 3333.8553





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 11364 // 00013 Nº 013972644832
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.F.C.	EXERCÍCIO
1	01123593180	*****	2018

JOSE CARVALHO FILHO

CPF / CNPJ	PLACA
466.514.974-72	QGI9905

PLACA ANT / UF	CHASSI
QGI 9905 / RN	9C2 JB0100BRZ71070

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PASSEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE	GASOLINA

MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA / POP 110I		2017	2017

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
OCV/109 CILINDRADAS	PARTICULAR	PRETA

	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
R\$	0.00	30/07/2018	1º PAGO

P V A	FAIXA L.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2º PAGO
	002891 3X	R\$ 21.36	3º PAGO

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

OBSERVAÇÕES

MOTOR: JB01 EOH2 71056

AFODI/RN

DATA
30/07/2018

3ª COTA OU COTA ÚNICA

— IPVA - 2ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

— 1st COTA — IPVA —

ENCARGOS DO DETRAN

MULAS DE TRANS

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 013972644832 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	DATA EMISSÃO
2018	30/07/2018

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	466.514.974-72	QGI9905

RENAVAM	MARCA / MODELO
01123593180	HONDA/POP 110T

ANO FAB. 2017	CAL. TARG. 9	N° CLASSE 9C2JB0100HR2 71070
------------------	-----------------	---------------------------------

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)	DEBATHAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
1		

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGU PELA DEGRADAÇÃO (R\$)
------------------------	-----------	--

<div>PAGAMENTO</div> <div> <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO </div>		<div>DATA DE QUITAÇÃO</div>
--	--	-----------------------------

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.608/0001-04

1000

SUSP
DIRETTORE: S. LANGE
0800 021 0404
www.susp.it

[illegible]

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

O sistema possui 3 características principais:

- 1. **Integração com o sistema de gestão de recursos humanos:** O sistema é integrado ao sistema de gestão de recursos humanos, permitindo a consulta de informações sobre os colaboradores, como nome, cargo, departamento, entre outros.
- 2. **Atualização em tempo real:** O sistema é atualizado em tempo real, refletindo as alterações no sistema de gestão de recursos humanos.
- 3. **Segurança:** O sistema possui um sistema de segurança robusto, garantindo a proteção das informações armazenadas.

Para mais informações, consulte o manual de instalação ou contate o suporte técnico.

1. OBJETIVO: O presente trabalho tem por finalidade a elaboração de um plano de trabalho para a realização de uma pesquisa científica, a ser desenvolvida no âmbito do curso de graduação em Engenharia de Produção, sob a orientação do professor Dr. [nome do orientador].
 2. TÍTULO: [título da pesquisa]
 3. RESUMO: [resumo da pesquisa]
 4. INTRODUÇÃO: [introdução da pesquisa]
 5. OBJETIVOS: [objetivos da pesquisa]
 6. METODOLOGIA: [metodologia da pesquisa]
 7. RESULTADOS: [resultados da pesquisa]
 8. CONCLUSÃO: [conclusão da pesquisa]
 9. REFERÊNCIAS: [referências da pesquisa]
 10. ANEXOS: [anexos da pesquisa]





PREFEITURA MUNICIPAL DE
**SEVERIANO
MELO**

Um bom lugar, um bom futuro!

HOSPITAL MATERNIDADE

MUNICIPAL DE SEVERIANO MELO/RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO

NOME: Indonicio Gomes Cabral
IDADE: 36 COR: P SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro CNS: _____
NATURALIDADE: _____ PROFISSÃO: Agricultor INSTITUTO: SECS
RG: - CPF: - DATA DE NASCIMENTO: 01/09/1983
ENDEREÇO: St. Boa Vista BAIRRO: Zona rural
CIDADE: Severiano Melo DATA: 07/06/18 HORA: 10:09h TELEFONE: _____
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: _____

SINAIS VITAIS

PA: - X - mmHg PULSO: - RESPIRAÇÃO: - TEMPERATURA: -

HISTÓRIA CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALLEGADA)

Sofor - queda de um to

EXAME FÍSICO - LESÕES OU AFECÇÕES ENCONTRADAS

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

DIAGNÓSTICO PROMOVIDO:

fratura do tornozelo D (?)





BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: LINDONICIO GOMES CABRAL		TEL:	Nº REG: 431393
Nas: 01/09/1981	1-Masculino	Marital	AGRICULTOR
Cert.nasc. <input type="checkbox"/> Titulo <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG <input checked="" type="checkbox"/> Nº		002222777	
Pai: ANTONIO LISBOA SOBRINHO		Mãe: ELIZABETE AFRA CABRAL	
Endereço: SÍTIO 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):

*Lesão por uso de
ferramenta para o*

PROTOCOLADO
RECEBIDO

10 SET 2018

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

Lesões ou afecções encontradas

*Boa
ferramenta para o
uso de ferramenta
manuseio manual*

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
Pai: ANTONIO LISBOA SOBRINHO		Mãe: ELIZABETE AFRA CABRAL	
Endereço: SÍTIO 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 Pulso:..... Bpm Temp:..... FR.....		
Alega Acidente de Trabalho Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

Queda de uma caixa de cimento para o 4º andar, atingindo o paciente na cabeça.

Lesões ou afecções encontradas

*30g
Fratura fechada do*

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

Pr. de fratura

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

hora: 07:02

CRM

ATTESTADO DE AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM O ORIGINAL
Rua dos Ferros RN 1416 2018





HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

R 405, Km 03, Boirão Arizana, Pau dos Ferros RN, Telefax (84) 3351 - 9840

PRONTUÁRIO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO

Nome:	LINDONICIO GOMES CABRAL				PRONT:	91733
Nº:	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:	SÍTIO BOA VISTA		0 ZONA RURAL			
Cidade:	SEVERIANO MELO		UF: RN		Responsável: CNS-702-4095-4085-9422	
Endereço do Responsável:	84-9-9700-9503					
Serviço:	1-C. Cirúrgica		Enfermaria 14		Leito: 03	
Admissão:	12/06/2018		Data da Alta: 14.06.18		Dias de Permanência: 02	
Diagnóstico:						
Diagnóstico Principal:						

Sinopse de história clínica, exame e tratamento

*Doença de 20 anos, com
doença de 20 anos, com
doença de 20 anos, com
doença de 20 anos, com
doença de 20 anos, com*

Doenças:

Doenças de alta:

HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE
AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM O ORIGINAL
14.06.2018

Doença filiata do óbito:

Emanuel Fernandes de Paula
Médico: CRM 4008
CPF 02147681474

Horas: 07:04



1 - Identificação do Estabelecimento Gerenciado

3 - Identificação do Estabelecimento Executante

Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade

4 - CNES

2 4 0 9 2 7 5

5 - Nome do Paciente

IDONICIO GOMES CABRAL

6 - Documento

002222777

6 - Nº do prontuário

91733

7 - Cartão Nacional de Saúde

0

8 - Data de Nascimento

01/09/1981

9 - Sexo

1-Masculino

10 - Nome da Mãe ou Responsável

ELIZABETE AFRA CABRAL

11 - Telefone de Contato

12 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)

SITIO BOA VISTA

13 - Município de Residência

SEVERIANO MELO

14 - Código IBGE Município

0

15 - UF

RN

16 - CEP

ZONA RURAL

17 - Principais Sinais e Sintomas

Justificativa da Internação

18 - Condições que Justificam a Internação

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

20 - Diagnóstico Inicial

21 - CID 10 Principal

22 - CID 10 Secundário

23 - CID 10 Causa Associadas

24 - Descrição do Procedimento Solicitado

25 - Código do Procedimento

26 - Clínica

1 - C. Cirúrgica

27 - Caracter Internação

05

28 - Documento

CNS ☐ CPF ☐

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 no Conselho)

Preencher em Caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

33 - () Acidente de trânsito

34 - () Acidente Trabalho Típico

35 - () Acidente Trabalho Trajeto

36 - CNPJ da Seguradora

37 - Nº do Bilhete

38 - Série

39 - CNPJ da Empresa

40 - CNAE Empresa

41 - CBOR

42 - Vínculo com a Previdência

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Assegurado

Autorização

43 - Nome do Profissional Autorizador

44 - Cód Orgão Emissor

M 240940704

45 - Documento

CNS ☐ CPF ☐

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

47 - Data de Solicitação

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

12/06/2018



BOLETIM DE ANESTESIA

Sexo: m		Idade: 37	
Paciente: JILSON MICO GOMES CABRAL		Enfermaria::	
GIH:		Leito:	
Pré-Medicação: NADA		Técnica:	
Anestesia Tipo:			
Cirurgia: TRAUM. UR, FRATURA DE OSSO DA PERNA. RICOO ±			
Cirurgião: DR. IUDÉLIO ± DR. EMILIO		ASA ±.	

Anamnese / Observações

Anamnese / Observações

Atividade, Alcoolizado, Aferido, Purpúrico No rano co rano, orifilofila,
PA = 110 x 70 mmHg, FC = 84 bpm, sem alterações de
patologias E. Alergia

PA		C		C		C	
22							
20							
18							
16							
14	✓						
12		✓	✓	✓		✓	
10							
08	✓	✓	✓	✓		✓	
06	✓	✓	✓	✓		✓	
04							
02							
Anotações	ABCDEF						

Drogras Usadas

$A = \text{RUBER ON CATHOD A}$
 $0.5 \text{ RESISTAA} = 15 \text{ mg}$
 $B = \text{RUBER ON A} = 0.0 \text{ mg}$
 $C = \text{CATHOD ON A} = 2 \text{ F}$
 $D = \text{RUBER ON A} = 0.1 \text{ mg}$
 $E = \text{RUBER ON A} = 3 \text{ mg}$
 $F = \text{RUBER ON A} = 11 \text{ mg}$
 $G = \text{RUBER ON A} = 10 \text{ mg}$

Início da Anestesia: 12:30 H

Início da operação: 13:35H

Fim da operação: 14/11/18

Fim da anestesia: 14) 50H-6

Duração da anestesia: 1.º 20 H

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

Anestesista:
CRM:

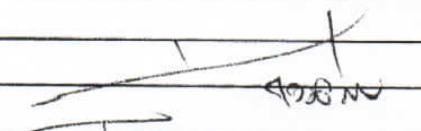
DATA: 32 / 06 / 18

Dr. Julio César C. Batista
Anestesiólogo
CREMERN 5458

Paciente:	Indonício Gomes Cabral	Reg:
Diagnóstico Pré-operatório:	Testes positivos	
Tipo de Operação:		
Diagnóstico Pós-operatório:	Hoje	
Relatório Imediato da Patologia:		
Acidente durante a operação:		
Exame radiológico no ato:		

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

⇒ Corte do corno
↓
Fase de separação
↓
Corte da membrana + impec
ou, antes de + manter o corno
↓
Linha e linha o perfurando +
cortar a fôrça + os dois dentes
↓
Cachim





Itamar Nunes
CARDIOLOGIA INTERVENÇÃO

Lindonício 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 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.

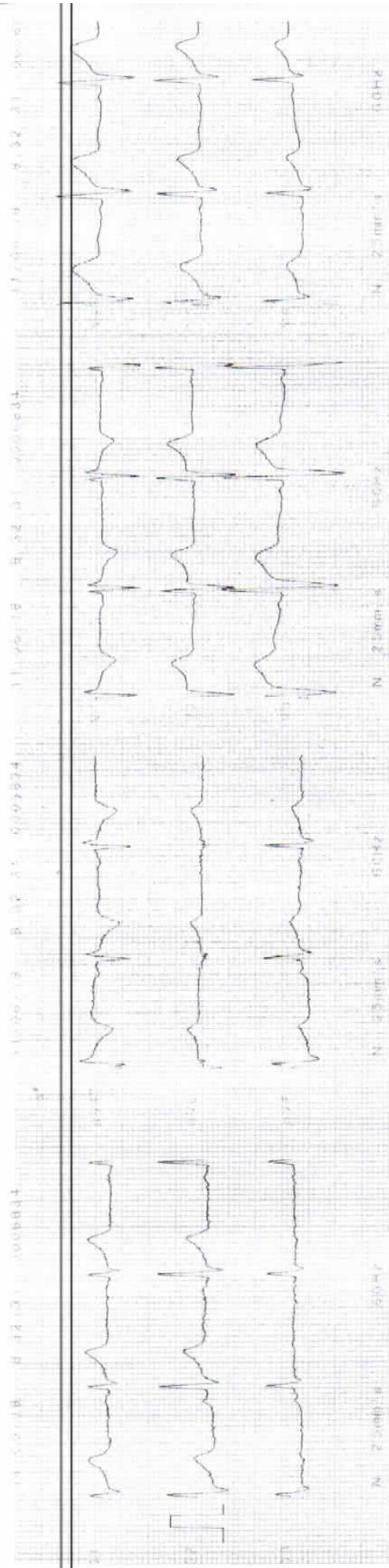
Proceder conforme planejamento cirúrgico.

Dr. Itamar Nunes
Cardiologia Intervencionista
CRM 5535

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) 3333.3551, 3333.3552, 3333.3553





Declaração do Proprietário do Veículo

Jose Carvalho Filho
 RG nº 002.447.667 data de expedição 02/01/2003
 categoria ITEP portador do CPT nº 466.514.974.72 com
 domicílio na cidade de Apodi no Estado de
Rio Grande do Norte onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua = Tiradentes nº 133
 complemento Casa declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Lindalberto Gomes Cabral cujo o condutor era
Lindalberto Gomes Cabral
 Modelo: motocicleta
 Ano: 2014
 Placa: QOI 9905
 Chassi: 9C2JB0100BR271070
 Data do Acidente: 07 de junho de 2018
 Local e Data: apdi

Jose Carvalho Filho
 Assinatura do Declarante

PROTOCOLADO
 RECEBIDO
 10 SET 2018
 TERRA DO SOL ADM.
 E CORRETORA DE SEGS.

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



Reconheço por ☒ autenticidade / ☐ semelhança
 a firma de Jose Carvalho
 Em testemunho da verdade.
21/08/2018
Apodi RN
Joilma Dantas Moreira
 () Titular () Substituta (x) Escrevente Autorizada

JOILMA DANTAS MOREIRA
 Escrevente Autorizada



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 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
Placa: QGI9905
Chassi: 9C2JB0100BR271070
Proprietário: JOSE CARVALHO FILHO
Condutor: LINDALBERTO GOMES CABRAL

Marca/Modelo: HONDA POP 110 I

Cor: PRETA

RENAVAM: 01123593180

Ano: 2017/2017

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.

Lindoncio Gomes Cabral
Comunicante / Vítima

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

Marcia Cristina Fernandes Oliveira
Testemunha



BOLETIM DE URGÊNCIA

EXAMES COMPLEMENTARES:

CONDUTA:

ag Como falm + Atmo f. cone
+ Emuho f. f. b. q. uo



Dr. Emanuel F. Paula
Ortopedista/Traumatologista/Densitometrista
CRM 4005/TEOT 9450

Médico / Carimbo:

DESTINO DO PACIENTE :

Data: ____/____/____ hora: ____

Destino: CI. Médica: ☐ CI. Cirúrgica: ☐ CI. 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: hospdrleon@rn.gov.br

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAMENTO DE CIRURGIA ELETIVA

Atender o (a) Sr.(a) Indonício Gomes Cabral

End. do Paciente: Sítio Boa Vista

Município: Serra Negra

Realizar o Procedimento: 4 - Cirurgias (Osteotomia Tibial)

Internamento: Data 12 / 06 / 18 Hora 8:00h

Condição: em jejum

Equipe Médica: Dr. Emmanuel de Castro

Maria de Fátima de Sousa Góes
Médica Reguladora de Cirurgias
Méd: 14.867.110-08 - RN 2016
Port: 148078 - DORCCA - 19042016

Médico Autorizador

Pau dos Ferros, RN, 07 de junho de 2018



Paciente:	Indonício Gomes Cabral	Reg:
Diagnóstico Pré-operatório:	Teste positivo	
Tipo de Operação:		
Diagnóstico Pós-operatório:	Hipertensão	
Relatório Imediato da Patologia:		
Acidente durante a operação:		
Exame radiológico no ato:		

INTERVENÇÃO		
Início:	Término:	Duração:
Cirurgião:	Dr. Sumo	
1º Auxiliar:	Dr. Furtado	
2º Auxiliar:		Dr. Aguiar
3º Auxiliar:		
Instrumentador:		
Anestesista:		

HCSO DO RIO DE JANEIRO
 AUTENTICAÇÃO
 CONFERE COM O ORIGINAL
 em 14/08/2019

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO
<p> 1. Realizar a inspeção da pele e do tecido subcutâneo. </p> <p> 2. Realizar a incisão da pele e do tecido subcutâneo. </p> <p> 3. Realizar a dissecação da pele e do tecido subcutâneo. </p> <p> 4. Realizar a dissecação da pele e do tecido subcutâneo. </p> <p> 5. Realizar a dissecação da pele e do tecido subcutâneo. </p> <p> 6. Realizar a dissecação da pele e do tecido subcutâneo. </p> <p> 7. Realizar a dissecação da pele e do tecido subcutâneo. </p> <p> 8. Realizar a dissecação da pele e do tecido subcutâneo. </p> <p> 9. Realizar a dissecação da pele e do tecido subcutâneo. </p> <p> 10. Realizar a dissecação da pele e do tecido subcutâneo. </p>





HOSPITAL CLEODNON CARLOS DE ANDRADE

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

PRONTUÁRIO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO

Nome:	LINDONICIO GOMES CABRAL			PRONT:	91733	
Nº:	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:	SÍTIO BOA VISTA			0	ZONA RURAL	
Cidade:	BEVERIANO MELO			UF:	RN	Responsável: CNS-702-4095-4085-9422
Endereço do Responsável:	84-9-9700-9503					
Serviço:	1 - C. Cirúrgica			Enfermaria	14	Leito: 03
Admissão:	12/06/2018			Data da Alta:	14.06.18	Dias de Permanência: 02
Diagnóstico:						
Diagnóstico Principal:						

Relatório de história Clínica, exame e tratamento

Ina ao visto
Dor e desconforto no hipocôndrio
inferior esquerdo
Hígado

P/ 14.06.2018

Indicações de alta:

HOSPITAL CLEODNON CARLOS DE ANDRADE
AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM O ORIGINAL
14.06.2018

Relatório do óbito:

Emanuel Fernandes de Paula
Médico: CRM 4008
CPF 02147681474

07:04





BOLETIM DE URGÊNCIA

LINDONICIO GOMES CABRAL		TEL:	Nº REG: 431393
1/09/1981	1-Masculino	Marital	AGRICULTOR
ANTONIO LISBOA SOBRINHO		Mão: ELIZABETE AFRA CABRAL	
eço: SÍTIO BOA VISTA		ZONA RURAL	SEVERIANO MELO RN
insável: CNS-702-4095-4085-9422		TEL:	
eço do Responsável: 84-9-9700-9503			
o: Urgência / emergência		Enfermaria:	Leito:
ssão: 12/06/2018	Hora admissão: 11:37	Data da Alta:	Hora da Alta:
s Clínicos: PA:..... mmHg Pulso:..... Bpm Temp:..... FR.....			
Acidente de Trabalho Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
ória - Causa eficiente da Lesão (alegada):			
<p><i>Queda por escada</i> <i>com o paciente para o 4º</i> <i>andar, gerando um Queda fatal.</i></p>			
ões ou afecções encontradas			
<p><i>356</i> <i>fratura de fêmur</i></p>			
GNÓSTICO PROVISÓRIO:			
GNÓSTICO DEFINITIVO:			
07:02		CRM	

Assinado eletronicamente por: BRUNO RAFAEL ALBUQUERQUE MELO GOMES - 31/08/2019 14:48:34
https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19083114483312400000046771352
Número do documento: 19083114483312400000046771352



CONDUTA:

2 Full up for engine

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: ☐ Transferecia: ☐ Óbito: ☐

Médico / Carimbo:





BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: LINDONICIO GOMES CABRAL		TEL:	Nº REG: 431393
Nas 01/09/1981	1-Masculino	Marital	AGRICULTOR
Pai: ANTONIO LISBOA SOBRINHO		Mãe: ELIZABETE AFRA CABRAL	
Endereço: SÍTIO 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):
<i>Lesão por uso de ferramenta perfurante</i>

Lesões ou afecções encontradas
<i>3to ferramenta perfurante de perfuração 22x2,5 metálica</i>

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

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, **designa-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

