

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Huderson Souza dos Santos,
brasileiro, solteiro, autônomo
portador(a) do RG nº 2749617, inscrito(a) no CPF sob o número
086.067.724-96, residente e domiciliado(a) na Rua/Av.
Tranessa Francisco Ivo, nº 236, Alto Alegre, Alto do
Rodrigues / RN

OUTORGADO: **ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO**, brasileiro, solteiro,
advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 13.244 e no CPF sob o número
054.149.804-54 com endereço profissional na Rua Roderick Grandall, 20, Centro,
Mossoró/RN, CEP: 59610-240.

PODERES: pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos
poderes para o foro em geral, com cláusula "*ad-judicia et extra*", em qualquer Juízo,
Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e
defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos
legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação,
confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito
sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar
declaração de hipossuficiência econômica, nos termos do art. 105 do Código de
Processo Civil, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais
poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

Mossoró/RN, 20 de dezembro de 2019.

Huderson Souza dos Santos

OUTORGANTE





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 25 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190346443

Vítima: HUDERLAN SOUZA DOS SANTOS

Data do Acidente: 25/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), HUDERLAN SOUZA DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00167/00168 - carta_04 - INVALIDEZ

00060084



Carta nº 14621072





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL – DEGEPO
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR – DPCIN
5ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL – MACAU/RN

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PENDÊNCIAS/RN



Boletim de Ocorrência nº 258/2019

Natureza da Ocorrência: COMUNICAÇÃO DE FATO – DPVAT

Local do Fato: RN 118, Próximo ao Sítio São José, Alto do Rodrigues/RN

Data e Hora do fato: 25/03/2019 Por volta das 10:40h

Comunicante: HUDERLAN SOUZA DOS SANTOS

Naturalidade: MACAU/RN

Data de Nascimento: 16/04/1989

Doc.: 2749617/RN

Filiação: PEDRO PAULINO DOS SANTOS NETOS E ROGERIA BORGES DE SOUZA DOS SANTOS

Endereço: TV. FRANCISCO IVO, 236, ALTO ALEGRE, ALTO DO RODRIGUES/RN

Fone: (84) 99613-8794

Vítima: O COMUNICANTE

Naturalidade: X.X.X

Data de Nascimento: X.X.X

Doc: X.X.X.X

Filiação: X.X.X.X

Endereço: X.X.X.X

Acusado: x.x

Naturalidade: x-x-x-

Data de Nascimento: x-x-x-

Doc: x-x-x-

Filiação: x-x-x-

Endereço: x.x

Histórico: "Registra o Comunicante que na data de 25/03/2019, este transitava sozinho pela RN 118, trecho nas proximidades Do Sítio São José, em Alto do Rodrigues/RN, conduzindo a moto tipo HONDA XR 250 TORNADO, Ano/mod. 2007/2008, cor PRETA, Placa MYZ 9885/RN, Chassi 9C2MD34008R004562, RENAVAM 00948755610, em nome de HUDERLAN SOUZA DOS SANTOS, quando, por volta das 10:40h, ao passar por buracos na rodovia, perdeu o controle da moto vindo ao chão; Que após foi socorrido por populares até o hospital local em Alto do Rodrigues/RN; Que logo foi transferido para o Hospital Rodolfo Fernandes em Mossoró/RN, em razão de trauma e lesão na Coxa Direita; Que já passou por procedimentos no referido hospital na cidade de Mossoró/RN; Que o condutor é habilitado." Nada mais disse.

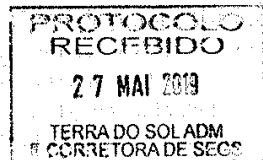
Testemunhas: -x-x-x-

Providências adotadas: Registrado o presente boletim, entregue uma via a Comunicante e encaminhada a outra via para conhecimento da Autoridade Policial.

Data de hora do Registro: 23/04/2019, às 16:00 horas

ASSINATURA DO COMUNICANTE OU INTERESSADO

APC RODOLFO VALENÇA MAT. 168.209-1



Rua Francisco Rodrigues, s/nº, Centro, Pendências/RN, CEP 59.504-000



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CONTROLE NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1487139290

PROIBIDO PLASTIFICAR
1487139290

NOME: **HUDERLAN ROUZA DOS SANTOS**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **2749617 SSP RN**

CPF: **086.087.724-96** DATA NASCIMENTO: **16/04/1989**

FILIAÇÃO: **PEDRO PAULINO DOS SANTOS NETOS**
ROGERIA BORGES DE SOUZ
A DOS SANTOS

PERMISSÃO: **ACC** CAT. HAB: **A2**

Nº REGISTRO: **04341628079** VALIDADE: **06/11/2022** 1ª HABILITAÇÃO: **18/04/2008**

OBSERVAÇÕES:

Hudalan Souza dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **ABRU, RN** DATA EMISSÃO: **07/02/2018**

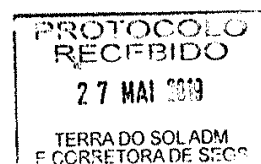
Luiz Eduardo Machado Pereira 06564114556
Diretor Geral - Detran/RN RN702720690

ASSINATURA DO EMISSOR

RIO GRANDE DO NORTE



VITIMA





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.198/0001-61 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

HUDERLAN SOUZA DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV FRANCISCO IVO 236

CPF: 086.087.724-96

ALTO ALEGRE/ÁREA URBANA
ALTO DO RODRIGUES RN
59507-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL: 022388888
SÉRIE: ÚNICA
EMISSÃO: 10/04/2019
APRESENTAÇÃO: Nº DO CLIENTE: 3010838840
Nº DA INSTALAÇÃO: 2518648

CONTA CONTRATO: 7014208278
MÊS/ANO: 04/2019
DATA DE VENCIMENTO: 17/04/2019
DATA PRÓXIMA PROXIMA LEITURA: 09/05/2019
TOTAL A PAGAR (R\$): 15,68

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	39,0000000	0,52284669	15,68
TOTAL DA FATURA			15,68

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
218035830	CAT	13-03-2019	3,00	10-04-2019	3,00	29	1,00000		0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

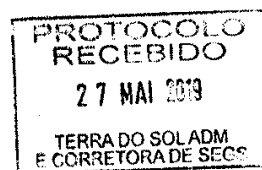
Mês/Ano kWh	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ABR 19 30	ICMS		
MAR 19 30	PIS	15,68	1,42
FEV 19 30	COFINS	15,68	0,22
JAN 19 30			1,03
DEZ 18 30			
NOV 18 30			
OCT 18 30			
SET 18 30			
AGO 18 30			
JUL 18 30			
JUN 18 30			
MAI 18 30			
ABR 18 30			

TARIFAS APLICADAS: Consumo Ativo(kWh) 0,40081000

BEFA 6DC4 471B 070B 8BE3 AE66 5E86 2FAD

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data da leitura e bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é responsável quando há variação na cobrança sobre o consumo individual ou do nível de tensão de fornecimento. Preço em abastecimento 25% (Resolução ANEEL 414/2010), valor 190 mil e 19,459602 e substituição monetária no preço, na função do ICMS conforme Art. 14, do RICMS-RN. O cliente é responsável quando há descurtamento do prazo de entrega para os pontos de atendimento comercial.



As condições gerais do fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, preços, serviços prestados e condições de encerramento e substituição, para consumo, em unidades de abastecimento e no site: www.cosern.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERMISSÕES

CONJUNTO	VALOR ANUALADO 1º/2019	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	0,00	5,31	10,62	21,25
FIC	0,00	3,30	6,60	13,20
DMC	0,00	3,03	6,06	0,00

Limite Diário 12 27

EURO - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 7,11

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	MÍNIMO	MÁXIMO
220		202	231

HUDERLAN = 99613-8794



Assinado eletronicamente por: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO - 24/01/2020 16:35:04

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012416350474300000050824332

Número do documento: 20012416350474300000050824332

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 11228 // 00018 Nº 013971185583
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	00948755610	*****	2018

NOME
HUDERLAN SOUZA DOS SANTOS

CPF / CNPJ
086.067.724-96

PLACA
MYZ9885

PLACA ANT / UF
MYZ9885/RN

CHASSI
9C2MD34008R004562

ESPECIE TIPO
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA / XR 250 TORNADO

ANO FAB.
2007

ANO MOD.
2008

CAP / POT / CIL
OCV/249 CILINDRADAS

CATEGORIA
PARTICULAR

COR PREDOMINANTE
PRETA

I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
	R\$ 0.00	22/05/2018	1º ISENTO
	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2º ISENTO
	019102 3X	R\$ 36.93	3º ISENTO

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

OBSERVAÇÕES
MOTOR: MD34E-8004562

ASSINADO LOCAL
ALTO DO RODRIGUES/RN

DATA
22/05/2018

Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - RN

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 013971185583 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	22/05/2018

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	086.067.724-96	MYZ9885

RENAVAM	MARCA / MODELO
00948755610	HONDA / XR 250 TORNADO

ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2007	9	9C2MD34008R004562

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

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

PAGAMENTO

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

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

PROTOCOLADO
RECEBIDO

27 MAI 2018

TERRA DO SOL ADM
F. COORDENADORA DE SECC





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO DO RODRIGUES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ 08.184.111/0001-07
Rua José Ferreira das Neves, 137, Centro.
Fone: (84) 3523-2212 - FAX: (84) 3523-2377

11:43
3

Nº 57

Nome: Alexsandro Souza da Silva Idade: 39 : DN: 1/1
Estado Civil: S () C () V () D () Profissão: 08 Bairro: 08
Rua, Av: João Pessoa Cidade: AP UF: RN
Fone: 08 Mãe: 08
Pai: 08
Data: 25/03/19 Hora: 10:40 Cartão: 08

• QUEIXA PRINCIPAL: ☒ Acidente de Trânsito () Acidente de Trabalho () Agressão

Quemora no FD.
e. bexa D.

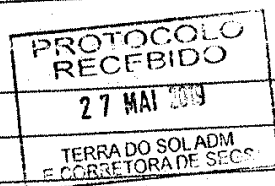
• HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HDA)

• EXAME FÍSICO

PA 140 x 90 mmHg - FC 08 bpm - FR 08 ipm - TEMP 08 °C - Peso 08 Kg

• HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICO (HD)

• EXAME SOLICITADO





22/04/2019 08:02:09

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
6367832	HUDERLAN SOUZA DOS SANTOS	M	16/04/1989	30
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
2749617 SSP RN	8606772496		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R JOAO PIATO,08 - CENTRO, ALTO DO RODRIGUES(RN) CEP 59600000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
96138794				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	CONSTRUTORA ELOS ENGENHARIA LTDA		
255 HAPVIDA MOSSORO	6 PLANO EMPRESA VIDA TOTAL ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
03E14000050008018			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
310100-RECEPCAO EMERGENCIA - HRP			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
04/04/2019	07:39		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente			Clinica
3844706 HUDSON CLINTON DE LIMA BESSA			1-MEDICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;">PROTOCOLO RECEBIDO 27 MAI 2019 TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SECC</div>			
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA -(1.10) GIULIANA DINIZ LIRA



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

04/04/2019 07:56

Paciente: HUDERLAN SOUZA DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 16/04/1989	Atendimento: 58088503	Prontuário: 6367832
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): HUDSON CLINTON DE LIMA BESSA CRM 9811 [1]	Nº: 36380294	04/04/2019	às 07:48

ANAMNESE

Queixa Principal PAÇIENTE VITMA DE ACIDENTE AUTOMABILISTICO HA 11 DIAS COMPARECE ASSINTOMATICO, APRESENTANDO VOLUMOSO HEMATOMA NA LATERAL DA COXA DIREITA USG REFERE CERCA DE 750ML DE VOLUME [1]
SOLICITO EXAMES PARA AVALIAR POSSIBILIDADE DE DRENAGEM

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 T145 TRAUMATISMO DE VASO(S) SANGUINEO(S) DE REGIAO NAO ESPECIFICADA DO CORPO [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

99 [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 T145 TRAUMATISMO DE VASO(S) SANGUINEO(S) DE REGIAO NAO ESPECIFICADA DO CORPO [1]

CID10 T145 TRAUMATISMO DE VASO(S) SANGUINEO(S) DE REGIAO NAO ESPECIFICADA DO CORPO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE


04/04/2019 10:35

Paciente: HUDERLAN SOUZA DOS SANTOS**Dt. Nasc.:** 16/04/1989**Atendimento:** 58088503**Prontuário:** 6367832**Convênio:** HAPVIDA MOSSORO**Profissional solicitante:** HUDSON CLINTON DE LIMA BESSA**Data:** 04/04/2019 10:35**Solicitação de Parecer/Justificativa**

PACIENTE VITMA DE ACIDENTE AUTOMABILISTICO HA 11 DIAS
COMPARECE ASSINTOMATICO, APRESENTANDO VOLUMOSO HEMATOMA NA LATERAL DA COXA DIREITA
USG REFERE CERCA DE 750ML DE VOLUME

Solicita_parecer

/ENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: HUDSON CLINTON DE LIMA BESSA:08622932435, às 14:40BRT de 04/04/2019



PAREÇER DO ESPECIALISTA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

04/04/2019 11:58

Paciente: HUDERLAN SOUZA DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 16/04/1989	Atendimento: 58088503	Prontuário: 6367832
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): VALDEMIR DA SILVA FERREIRA CRM 5214 [1]	Nº: 36394755	04/04/2019	às 11:58

DADOS DO PARECER

Parecer

PCT SOFREU UM TRAUMA A 10 DIAS , APRESENTA UM HEMATOMA EM COXA DIREITA, SEM SINAIS DE INFECÇÃO NO MOMENTO SEM DOR E SEM SINAIS DE INFECÇÃO

[1]

USG COXA.: HEMATOMA POS TRAUMÁTICO EM COXA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL.
CD.: PROCURAR AMBULATÓRIO DA CIRURGIA GERAL.

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: VALDEMIR DA SILVA FERREIRA:02307067469, às 06:10BRT de 07/04/2019



Assinado eletronicamente por: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO - 24/01/2020 16:35:05
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012416350510200000050824333>
Número do documento: 20012416350510200000050824333

Num. 52698785 - Pág. 5

MM

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVICO AUXILIAR DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADI Nº 39359951

1 - Registro Ans ANS nº 0	3 - N. Guia Principal 39359951	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia 04/04/2019
DADOS DO BENEFICIÁRIO			DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE		
8 - Número da Carteira 03E14000050008018	9 - Plano PLANO EMPRESA VIDA TOTAL ENFERMAR	10 - Validade da Carteira	11 - Nome HIDERLIAN SOUZA DOS SANTOS	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	15 - Código CNES
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE			DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE		
13 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 12361267009140	14 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF	16 - Nome do Profissional Solicitante HUDSON CLINTON DE LIMA BESSA	17 - Conselho Profissional CRM	18 - Número no Conselho 9811	19 - UF RN
DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS			DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS		
21 - Data/Hora da Solicitação 04/04/2019 07:39	22 - Caracter da Solicitação U E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - CID 10 T145	24 - Indicação Clínica TRAUM DE VASOS SANGUINEOS DE REGIAO ME CORP	25 - Tabela 26 - Código do Procedimento 28040481 28040791	27 - Descrição HEMOGRAMA COMPLETO (ENTROGRAMA + LEUCOGRAMA + AVALIAÇÃO DE PLAQUETAS) TEMPO DE TROMBOPLASTINA ATIVADO
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE					
30 - Código na Operadora/CNPJ/CPF	31 - Nome do Contratado	32 - T. Log.	33 - 34 - Logradouro - Número - Complemento	35 - Município	36 - UF
40 - 41 - Código na Operadora/CNPJ/CPF do Exec. Complementar 8622932435	42 - Nome do Profissional Executante/Complementar HUDSON CLINTON DE LIMA BESSA	43 - Conselho Profissional CRM	44 - Número no Conselho 9811	45 - UF RN	46 - Código CBO S
DADOS DO ATENDIMENTO					
46 - Tipo de Atendimento 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADI Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva	47 - Indicação de Admissão 0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Transito 2 - Outros	48 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SADI 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito	49 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica A - Anos M - Meses D - Dias		
PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS					
51 - Data 04/04/2019	52 - Hora Inicial H I a	53 - Hora Final H I a	54 - Tab 28040481	55 - Código do Procedimento 28040791	56 - Valor Total - R\$ 0,00
63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série					
1 - I	2 - I	3 - I	4 - I	5 - I	6 - I
7 - I	8 - I	9 - I	10 - I	11 - I	12 - I
64 - Observação					
AUTORIZO O PRESTADOR A DISPONIBILIZAR A OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES E AVALIAÇÕES DE MEU ATENDIMENTO					
Assinatura do beneficiário					
65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$	67 - Total Materiais - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Diárias - R\$	70 - Total Gases Medicinais - R\$
71 - Total Geral da Guia - R\$	72 - Data e Assinatura do Solicitante 04/04/2019	73 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	74 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	75 - Data e Assinatura do Prestador Executante 04/04/2019	76 - Data e Assinatura do Prestador Executante 04/04/2019

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADI Nº 39364135

1 - Registro Ans 39364135 3 - N. Guia Principal Prioridade 4 - Data de Autorização 5 - Semia 6 - Data de Validade da Semia 7 - Data de Emissão da Guia 04/04/2019

DADOS DO BENEFICIÁRIO

8 - Número da Carteira 03E14000050008018 9 - Plano PLANO EMPRESA VIDA TOTAL ENFERMAR 10 - Validade da Carteira 11 - Nome HUDELAN SOUZA DOS SANTOS 12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

13 - Código na Operadora/CNPJCPF 12381287009140 14 - Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF 15 - Código CNES

16 - Nome do Profissional Solicitante HUDSON CLINTON DE LIMA BESSA 17 - Conselho Profissional CRM 18 - Número no Conselho 9811 19 - UF RN 20 - Código CBO S

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

21 - Data/Hora da Solicitação 04/04/2019 07:39 22 - Caracter da Solicitação U E - Eletiva U - Urgência/Emergência 23 - CID 10 T145 24 - Indicação Clínica TRAUM DE VASOS SANGÜÍNEOS DE REGIÃO NE CORP

25 - Tabela 1 02 26 - Código do Procedimento 00010081 27 - Descrição PARECER DE OUTRAS ESPECIALIDADE 28 - Cód. Solic. 29 - Cód. Autor.

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

30 - Código na Operadora/CNPJCPF 31 - Nome do Contratado 32 - T. Log. 33-34-35- Logradouro - Número - Complemento 36 - Município 37 - UF 38 Cod IEGE 39-CEP 40-Código CNES

40 a - Código na Operadora/CNPJCPF do Exe Complementar 8622932435 41 - Nome do Profissional Executante/Complementar HUDSON CLINTON DE LIMA BESSA 42 - Conselho Profissional CRM 43 - Número no Conselho 9811 44 - UF RN 45 - Código CBO S 45 a - Grau de Participação

DADOS DO ATENDIMENTO

46 - Tipo de Atendimento 01 - Hemocro 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADI Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva 47 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho 1 - Transito 2 - Outros 48 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SADI 3 - Referência 4 - Internado 5 - Alta 6 - Óbito

CONSULTA REFERENCIAL

49 - Tipo de Doença 50 - Tempo de Doença

A - Aguda C - Crônica A - Anos M - Meses D - Dias

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

51 - Data 04/04/2019 52 - Hora Inicial 53 - Hora Final 54 - Tab 55 - Código do Procedimento 00010081 PARECER DE OUTRAS ES 57 - Cód. 58 - Via 59 - Tip. 60 - %Red / Acesso 61 - Valor Unitário - R\$ 62 - Valor Total - R\$ 0.00

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

64 - Observação

AUTORIZAÇÃO DO PRESTADOR A DISPONIBILIZAR A OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES E AVALIAÇÕES DE SEU ATENDIMENTO

Assinatura do Prestador

65 - Total Procedimentos - R\$

66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$

67 - Total Materiais - R\$

68 - Total Medicamentos - R\$

69 - Total Diárias - R\$

70 - Total Gases Médicos - R\$

71 - Total Geral da Guia - R\$

66 - Data e Assinatura do Solicitante 04/04/2019

67 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização 04/04/2019

68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 04/04/2019

69 - Data e Assinatura do Prestador Executante 04/04/2019

R3100_EME v1.11 HUDSON CLINTON D 04/04/2019 10:35 10.1.32.210

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: HUDSON CLINTON DE LIMA BESSA-06622932435, às 14:40BRT de 04/04/2019

13/01/2019

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

Nº 34022789

Nº Via: 1

1-Registro: ANS 34922789 3-Ato Guia Principal 08/04/2019 5-Semana 205020679 6-Data de Validade da Guia 08/05/2019 7-Data de Emissão da Guia 08/04/2019

8-Número da Carteira 03E14000050008 9-Plano MIX LXXI - 461571109 10-Validade da Carteira 11-Nome do Beneficiário HUDERLAN SOUZA DOS SANTOS 12-Número da Carteira Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante 13-Código da Operação/CNPJ/CPF 12361287009140 14-Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN 15-Código CNES 16-Nome do Profissional Solicitante YVYS GADELHA SERRA 17-Conselho Profissional CRM 4007 18-Número do Conselho 19-UF RN 20-Código CBOS

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados 21-Data/Hora da Solicitação 22-Local de Solicitação IEL E-Eleivo U-Urgência 23-CID 24-Indicação Clínica

25-Tabela	26-Código do Procedimento	27-Descrição do Procedimento	28-Quantidade	29-Quantidade Autorizada
01	2004	30101620	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO, HEMATOMA OU PANARICIO	1
02				
03				
04				
05				

Dados do Contratado Executante 30-Código da Operação/CNPJ/CPF 31-Nome do Contratado ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RODO FERN 32-Endereço 33-34-35-Logradouro, Número, Complemento DIOCESANA 260 - NOVA BETANIA 36-Município MOSSORO 37-UF RN 38-Código IBGE 39-CEP 59607030 40-Código CNES 41-Nome do Profissional Complementar 42-Conselho Profissional 43-Número do Conselho 44-UF 45-Código CBOS 46-Data de Participação

47-1-Relatório 2-Relatório S-CD 3-Relatório Alimentação 4-Sala 5-Obito 48-Tipo de Doença 49-Tipo de Doença 50-Tipo de Doença 51-Tipo de Doença 52-Tipo de Doença 53-Tipo de Doença 54-Tipo de Doença 55-Tipo de Doença 56-Tipo de Doença 57-Tipo de Doença 58-Tipo de Doença 59-Tipo de Doença 60-Tipo de Doença 61-Tipo de Doença 62-Tipo de Doença

51-Data	52-Hora Inicial	53-Hora Final	54-Tabela	55-Código	56-Descrição	57-Quantidade	58-Via	59-Tec	60-%Reducao-RS	61-Valor Unitário-RS	62-Valor Total-RS
01											
02											
03											
04											
05											

63-Data e Assinatura de Procedimentos em Site 64-Observação 65-Taxa e Aluguéis-RS 66-Taxa e Aluguéis-RS 67-Taxa e Aluguéis-RS 68-Taxa e Aluguéis-RS 69-Taxa e Aluguéis-RS 70-Taxa e Aluguéis-RS 71-Taxa e Aluguéis-RS

72-Data e Assinatura do Prestador 84-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 85-Data e Assinatura do Solicitante 86-Data e Assinatura do Solicitante 87-Data e Assinatura do Solicitante 88-Data e Assinatura do Solicitante 89-Data e Assinatura do Solicitante 90-Data e Assinatura do Solicitante 91-Data e Assinatura do Solicitante 92-Data e Assinatura do Solicitante 93-Data e Assinatura do Solicitante 94-Data e Assinatura do Solicitante 95-Data e Assinatura do Solicitante 96-Data e Assinatura do Solicitante 97-Data e Assinatura do Solicitante 98-Data e Assinatura do Solicitante 99-Data e Assinatura do Solicitante 100-Data e Assinatura do Solicitante

101-Data e Assinatura do Solicitante 102-Data e Assinatura do Solicitante 103-Data e Assinatura do Solicitante 104-Data e Assinatura do Solicitante 105-Data e Assinatura do Solicitante 106-Data e Assinatura do Solicitante 107-Data e Assinatura do Solicitante 108-Data e Assinatura do Solicitante 109-Data e Assinatura do Solicitante 110-Data e Assinatura do Solicitante 111-Data e Assinatura do Solicitante 112-Data e Assinatura do Solicitante 113-Data e Assinatura do Solicitante 114-Data e Assinatura do Solicitante 115-Data e Assinatura do Solicitante 116-Data e Assinatura do Solicitante 117-Data e Assinatura do Solicitante 118-Data e Assinatura do Solicitante 119-Data e Assinatura do Solicitante 120-Data e Assinatura do Solicitante





FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
58264717

!] = R4"

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

10/04/2019 15:50:55

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
6367832	HUDERLAN SOUZA DOS SANTOS	M	16/04/1989	29
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
2749617 SSP RN	8606772496		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R JOAO PIATO 08 CENTRO ALTO DO RODRIGUES-RN CEP:59600000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
96138794		ROGERIA BORGES DE SOUZA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
310100-RECEPCAO EMERGENCIA - HRP			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
10/04/2019	15:46		
Médico Atendente			Clinica
1330063 YVIS GADELHA SERRA			1-MEDICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
1330063 YVIS GADELHA SERRA			5 PQA (CENTRO CIRURGICO)
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano CONSTRUTORA ELOS ENGENHARIA LTDA		
255-HAPVIDA MOSSORO	6-PLANO EMPRESA VIDA TOTAL ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
03E14000050008018			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
SALA PARA PROCEDIMENTOS PQA - HRF	SRF-04 SALA 04	01

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
34922789	30101620	D05020679	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO, HEMATOMA OU PANARICIO

R4310RI - VALESKA KATHELYN ALVES PEREIRA



PRÉ-NOTA

Nº KIT: 4637587

Atendimento:	58264717	Prontuário:	6367832	HUDERLAN SOUZA DOS SANTOS	HAPVIDA MOSSO
Cirurgia Prog.:	31204023	DRENAGEM DE ABSCESSO	Cirurgia Realizada:	10.04.19	
Sala Cirúrgica:	SALA CIRURGICA 1		Setor Emissor:	FARMACIA SATELITE - HRF	
Equipe Médica:	CIRURGIAO				
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO				
	SEGUNDO AUXILIO CIRURGICO				
	TERCEIRO AUXILIO CIRURGICO				
	ANESTESISTA				
	CIRCULANTE				
	INSTRUMENTADORA				

Código	Especificação	P.D.	Env.	P.C.	Usado	Código	Especificação	P.D.	Env.	P.C.	Usado
0	Materiais Médico-Hospitalares					133985	AGUA DESTILADA 20ML 20 ML AMPL 20 ML()	4	2		
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML()	50	50	50		39144	ANTAK 2ML AMPL 2 ML(RANITIDINA 50MG AMP	1	1	1	
118455	AGULHA DESC.DE RAQUE N.25 - 1 UD()	1	1			149750	ARAMIM AMPL 1 UD(METARAMINOL AMPL)	1	1	1	
118456	AGULHA DESC.DE RAQUE N.26 - 1 UD()	1	1			36064	BUSCOPAN OSTO 5 ML AMPL 5 ML(BUTILESCO	1	1		
34948	AGULHA DESC.DE RAQUE N.27 - 1 UD()	1	1	1		139799	CLONIDINA 150MCG AMPL 1 UD(CLONIDINA 1	1	1	1	
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD(AGULHA	2	2	2		36811	DECADRON 4 MG FR 2,5 ML 2,5 ML AMPL 2,5 M	1	1	1	
27847	AGULHA DESCARTAVEL 13X4,5 - 1 UD()	1				38075	DIAZEPAN 10 MG 2 ML AMPL 2 ML(DIAZEPAM 1	1	1		
27871	AGULHA DESCARTAVEL 30X08 - 1 UD()	3	3	3		124102	DIMORF 0,2MG/ML (1ML) 1 ML AMPL 1 ML(MOR	1	1	1	
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD()	4	4	4		118477	DIMORF 10 MG AMP 1 ML AMPL 1 ML(MORFINA	1	1		
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML()	50	50	50		38008	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML(DIPIRONA AMP	2	2	2	
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML()	100	100	100		48542	DIPRIVAN 20ML 20 ML AMPL 20 ML(PROPOFOL	2	2	2	
27928	ARRUELA P/ MONITOR DESCARTAVEL C/1 - 1 U	5	5	5		40037	DORMONID 15 MG 3 ML AMPL 3 ML(MIDAZOLAM	1	1	1	
31868	CANETA DESCARTAVEL P/BISTURI - 1 UD()	1	1	1		40142	EFORTIL AMPL 1 UD(ETILEFRINA AMP)	1	1	1	
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD()	1	1	1		139923	FENTANIL 2ML 2 ML AMPL 2 ML(FENTANILA 2 M	1	1		
30198	CATETER INTRA VENOSO 18 (JELCO) - 1 UD()	1	1	1		145419	FENTANIL 5ML 5 ML AMPL 5 ML(FENTANILA 5 ML	1	1	1	
30201	CATETER INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD()	1	1	1		48585	GLICOSE 25% 10 ML AMPL 10 ML(GLICOSE 25%	2	2		
48488	CIDEX-SOLUCAO GLUTARALD 2% 28 D FR C/50					48593	GLICOSE 50% 10 ML AMPL 10 ML(GLICOSE 50%		2		
135865	CLOREXEDINA 0,2% AQUOSA FRAS 1000 ML()	200	200	200		41327	HYPNOMIDATE 20MG/10ML 10 ML AMPL 10 ML	1	1		
135866	CLOREXEDINA 0,5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	200	200	200		42013	KEFAZOL FRAP 1 UD(CEFAZOLINA 1G FR.AMP.	2	2	2	
112712	CLOREXEDINA DEREGEMANTE 2% FRASCO 100	300	300	300		154764	KETALAR 2ML AMPL 1 UD(CETAMINA 2 ML AMP.	1			
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5	1	1	1		46019	LOSEC 40 MG FRAP 1 UD(OMEPRAZOL 40MG F		1		
26190	COMPRESSA OPERATORIA 50X45 ESTERIL - 1					48194	MARCAINA PESADA 0,5% AMPL 1 UD(BUPIVAC	1	1	1	
26891	DRENO DE PENROSE 1 - 1 UD()	1	1	1		46248	NARCAN 0,4MG/ML 1 ML AMPL 1 ML(NALOXON	1	1		
26905	DRENO DE PENROSE 2 - 1 UD()					46671	NUBAIN 10MG 1 ML AMPL 1 ML(NALBUFINA 10 M	1	1		
134084	EQUIPO SIMPLS C/INJETOR LATERAL - 1 UD()	1	1	1		120106	ONDANSETRONA 8MG 4 ML AMPL 4 ML(ONDAN	1	1	1	
50997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM()	50	50	50		59609	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD(CETOPROFEN	1	1	1	
16333	EXTENSOR 120CM C/2 VIAS - 1 UD(EXTENSOR					78069	RAPIFEN 5 ML AMPL 5 ML(ALFENTANILA AMP)	1			
130523	EXTENSOR 40CM C/2 VIAS - 1 UD(EXTENSOR 4	1	1	1		43290	RINGER CLACTATO 500ML TUBO 500 ML TUBO	2	2	2	
55328	EXTENSOR MULTIVIAS 2 VIAS - 1 UD()	1				36447	SOLU-CORTEF 500 MG FRAP 1 UD(HIDROCORT		1		
119070	FIO J&J POLYCOT (PA425T) - POLYCOT* BLUE					43788	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000 ML TUBO 1000 M				
118818	FIO J&J POLYCOT (SPA43T) - POLYCOT* BLUE					43796	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250 ML TUBO 250 ML				
150001	FIO J&J VICRYL (J160H) - VICRYL* VLT 3-0 70C	2	2	2		43800	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML		2	2	2
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD()	5	5	5		43826	SORO GLICOFISIOLÓGICO 1:1 500ML TUBO 500 M				
27227	GAZE ACOLCHOADA 15X15 PCT 15 CM()	1	1	1		48860	SORO GLICOSADO 5% 250ML TUBO 250 ML(GL				
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD(TOUCA DES	5	5	5		48844	SORO GLICOSADO 5% 500ML TUBO 500 ML(GL				
143220	IVFIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD(ESPARADR	1	1	1		83941	SUFENTA 2ML AMPL 1 UD(SUFENTANILA 2ML AM	1			
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD()	1	1	1		83925	SUFENTA 5 ML AMPL 1 UD(SUFENTANILA 5ML AM	1			
30635	LAVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA()	5	5	5		39543	SYLADOR 100MG 2 ML AMPL 2 ML(TRAMADOL		1		
30651	LAVA DESC. ESTERIL N-7,0 - 1 PA(LAVA DESC.	1	1			118970	ULTIVA 2MG FRAP 1 UD(REMIFENTANIL 2MG AM	1			
30660	LAVA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA(LAVA DESC.	2	2			45217	XYLOCAINA GELEIA 2% BISN 30 GR(LIDOCAINA	10	10	10	
30678	LAVA DESC. ESTERIL N-8,0 - 1 PA(LAVA DESC.	1	1			45250	XYLOCAINA S/AD 2% ESTERIL 20 ML AMPL 20 M	1	1	1	
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/	5	5	5							
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM()	80	80	80							
130923	PLACA DESCARTAVEL P/BISTURI ADULTO - 1 U	1	1	1							
50849	PROPS DESCARTAVEL PCT 100 UD()	5	5	5							
30902	SERINGA DESCARTAVEL 01 ML SERI 1 ML()	1	1	1							
30848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML()	2	2	2							
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML()	2	2	2							
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML()	2	2	2							
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML()	3	3	3							
30961	SONDA ASP TRAQUEAL 12 - 1 UD()	1	1								
30970	SONDA ASP TRAQUEAL 14 - 1 UD()	1	1								
31135	SONDA ENDOT.DESC.7,0 C/BALAO - 1 UD()	1	1								
31143	SONDA ENDOT.DESC.7,5 C/BALAO - 1 UD()	1	1								
31151	SONDA ENDOT.DESC.8,0 C/BALAO - 1 UD()	1	1								
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD()	1	1								
147256	TRANSOFIX - 1 UD()	1	1								
0	Medicamentos										
32727	ADRENALINA 1 ML AMPL 1 ML(EPINEFRINA AM	2	2								

Data: 10/04/2019

Pág. 1 de 2

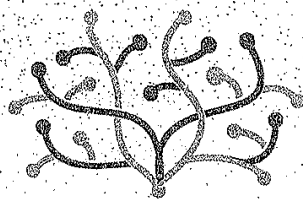
Legenda:
P.D. - Padrão de dispensação
Env. - Enviado
P.C. - Padrão de consumo



Assinado eletronicamente por: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO - 24/01/2020 16:35:05

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012416350510200000050824333

Número do documento: 20012416350510200000050824333



YVIS GADELHA SERRA
ANGIOLÓGIA E CIRURGIA VASCULAR

Hidrel 5 L 2

Sede

ORONIA DE

MEMORIA

30/06/20
30/06/20

Ind Homem

8/9/19

Dr. Yvis Gadelha Serra
CRM 407
MEDICO

Clínica Dr. Flaubert - Rua Pedro Velho, 312 - Santo Antonio - CEP 59.611-010
Telefone: (84) 3065 - 7961 - @dryvisgadelha





FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento

58263853



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

22/04/2019 08:01:46

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
6367832	HUDERLAN SOUZA DOS SANTOS	M	16/04/1989	30
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
2749617 SSP RN	8606772496		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R JOAO PIATO,08 - CENTRO, ALTO DO RODRIGUES(RN) CEP 59600000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
96138794				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
255 HAPVIDA MOSSORO	1 PLANO ENFER VIDA TOTAL ESP C/ UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
03E14000050008018			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
310100-RECEPCAO EMERGENCIA - HRP			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
10/04/2019	15:20		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente			Clinica
3405133 ALLYSON KLEBER BESSA FILGUEIRA			1-MEDICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA -(1.10) GIULIANA DINIZ LIRA



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HRF

10/04/2019 15:28

Paciente: HUDERLAN SOUZA DOS SANTOS	Dt. Nasç.: 16/04/1989	Atendimento: 58263853	Prontuário: 6367832
Convênio: HAPVIDA MOSSORO	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): ALLYSON KLEBER BESSA FILGUEIRA CRM 9350 [1]		Nº: 36728187	10/04/2019 às 15:28

ANAMNESE

Queixa Principal	PCT AUSENTE.	[1]
Queixa Principal		
Diagnóstico Inicial	99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>	[1]
CID10	Z760 EMISSAO DE PRESCRICAO DE REPETICAO	[1]
Alergias	Não	[1]
Medicação Em Uso	Não	[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não	[1]

DIAGNÓSTICO

CID10	Z760 EMISSAO DE PRESCRIÇÃO DE REPETICAO	[1]
CID10	Z760 EMISSAO DE PRESCRIÇÃO DE REPETICAO	[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: ALLYSON KLEBER BESSA FILGUEIRA:07970362451, às 08:15BRT de 15/04/2019



Assinado eletronicamente por: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO - 24/01/2020 16:35:05
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012416350510200000050824333>
 Número do documento: 20012416350510200000050824333

Num. 52698785 - Pág. 13



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Vara Única da Comarca de Pendências
Avenida Francisco Rodrigues, S/N, Centro, PENDÊNCIAS - RN - CEP: 59504-000

Processo: 0800039-13.2020.8.20.5148

Ação: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: HUDERLAN SOUZA DOS SANTOS

RÉU: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação. Cite-se a parte demandada para, querendo, responder a ação, no prazo legal (art. 335, do CPC).

Se na contestação forem elencadas as preliminares traçadas no art. 337, do CPC ou matéria extintiva ou modificativa do direito do autor, intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar réplica (art. 350, CPC).

Se a parte demandada, na contestação, não alegar matéria preliminar, mas juntar novos documentos aos autos, intime-se a parte autora para se manifestar, no prazo de 15 (quinze) dias (art. 437, § 1º, do CPC).



Tendo em vista a necessidade de realização de perícia médica capaz de atestar o grau do suposto dano sofrido pela parte autora, expeça-se ofício ao Núcleo de Perícias do TJRN, para que se indique perito médico para realizar perícia médica, a fim de que seja apurado o grau da lesão sofrida pelo(a) autor(a), com o respectivo nível de graduação.

Com a realização da perícia, intime-se a Seguradora Líder para que realize o depósito dos honorários periciais, em quinze dias, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), fixado pelo Convênio nº 01/2013.

Com a entrega do laudo, expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais. Ato contínuo, intimem-se as partes para se pronunciarem sobre o laudo, no prazo comum de 10 (dez) dias.

Transcorrido o prazo, com ou sem manifestação, tragam-me os autos conclusos para sentença.

E x p e d i e n t e s

n e c e s s á r i o s .

PENDÊNCIAS/RN, 27 de janeiro de 2020

ARTHUR BERNARDO MAIA DO NASCIMENTO

Juiz de Direito

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº 11.419/06)





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Vara Única da Comarca de Pendências
Avenida Francisco Rodrigues, S/N, Centro, PENDÊNCIAS - RN - CEP: 59504-000

Processo: 0800039-13.2020.8.20.5148

Ação: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: HUDERLAN SOUZA DOS SANTOS

RÉU: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação. Cite-se a parte demandada para, querendo, responder a ação, no prazo legal (art. 335, do CPC).

Se na contestação forem elencadas as preliminares traçadas no art. 337, do CPC ou matéria extintiva ou modificativa do direito do autor, intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar réplica (art. 350, CPC).

Se a parte demandada, na contestação, não alegar matéria preliminar, mas juntar novos documentos aos autos, intime-se a parte autora para se manifestar, no prazo de 15 (quinze) dias (art. 437, § 1º, do CPC).



Tendo em vista a necessidade de realização de perícia médica capaz de atestar o grau do suposto dano sofrido pela parte autora, expeça-se ofício ao Núcleo de Perícias do TJRN, para que se indique perito médico para realizar perícia médica, a fim de que seja apurado o grau da lesão sofrida pelo(a) autor(a), com o respectivo nível de graduação.

Com a realização da perícia, intime-se a Seguradora Líder para que realize o depósito dos honorários periciais, em quinze dias, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), fixado pelo Convênio nº 01/2013.

Com a entrega do laudo, expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais. Ato contínuo, intimem-se as partes para se pronunciarem sobre o laudo, no prazo comum de 10 (dez) dias.

Transcorrido o prazo, com ou sem manifestação, tragam-me os autos conclusos para sentença.

E x p e d i e n t e s

n e c e s s á r i o s .

PENDÊNCIAS/RN, 27 de janeiro de 2020

ARTHUR BERNARDO MAIA DO NASCIMENTO

Juiz de Direito

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº 11.419/06)

