



Número: **0800252-13.2020.8.20.5150**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Portalegre**

Última distribuição : **12/02/2020**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SEBASTIAO ARAUJO SOBRINHO (AUTOR)		JOAO BATISTA FERNANDES NETO (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
53303 540	12/02/2020 09:32	Petição Inicial	Petição Inicial
53303 542	12/02/2020 09:32	BOLETIM DE OCORRENCIA	Documento de Comprovação
53303 543	12/02/2020 09:32	BOLETIM OPERATORIO	Documento de Comprovação
53303 544	12/02/2020 09:32	DECLARAÇÃO DE INSUFICIENCIA DE RECURSOS 11022020	Documento de Comprovação
53303 548	12/02/2020 09:32	DOCS DO PROPRIETARIO DO VEICULO (01)	Documento de Comprovação
53303 549	12/02/2020 09:32	DOCS DO PROPRIETARIO DO VEICULO (02)	Documento de Comprovação
53303 555	12/02/2020 09:32	DOCS PESSOAIS	Documento de Comprovação
53303 560	12/02/2020 09:32	EVOLUÇÃO MEDICA (01)	Documento de Comprovação
53303 562	12/02/2020 09:32	EVOLUÇÃO MEDICA (02)	Documento de Comprovação
53303 563	12/02/2020 09:32	EVOLUÇÃO MEDICA (03)	Documento de Comprovação
53303 565	12/02/2020 09:32	LAUDO IML	Documento de Comprovação
53303 569	12/02/2020 09:32	PROCURAÇÃO 11022020	Documento de Comprovação
53303 572	12/02/2020 09:32	PRONTUARIO	Documento de Comprovação
53303 574	12/02/2020 09:32	SINISTRO	Documento de Comprovação
53309 114	12/02/2020 13:35	Despacho	Despacho
54353 079	17/03/2020 10:22	Citação	Citação
54353 080	17/03/2020 10:22	Intimação	Intimação
54456 769	19/03/2020 14:22	Petição	Petição

**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA VARA CÍVEL DA
COMARCA DE PORTALEGRE-RN.**

SEBASTIÃO ARAÚJO SOBRINHO, brasileiro, união estável, pedreiro, RG: 11.803.617 SSP-RN e CPF: 049.110.856-73, residente e domiciliado no Sítio Malhada da Jurema, 25, Zona Rural, Taboleiro Grande-RN, por seu advogado legalmente constituído, procuração em anexo, (doc. Anexo), com endereço profissional onde recebe citações e intimações constante no rodapé desta, vem, respeitosamente à presença de Vossa Excelência, propor a presente **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT**, pelo rito sumário, em desfavor da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A** pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ 09.248.608/0001-04, companhia de seguros participante do Consorcio de Seguradoras que operam o seguro de danos pessoais causados por veículo de via terrestre, localizada na Rua Senador Dantas, nº 74, (complemento – 5,6,9,14 e 15 andares), Centro, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20.031-205, pelos motivos de fato e de direito a seguir aduzidos:

I - DA JUSTIÇA GRATUITA

A parte autora não tem condições de arcar com as despesas processuais e honorárias advocatícios, razão em que requer os benefícios da justiça gratuita, atendendo ao disposto na Lei 1.060/50.

Neste sentido, o Supremo Tribunal Federal já dispôs:

JUSTIÇA GRATUITA – necessidade de simples afirmação de pobreza da parte para a obtenção do benefício – Inexistência de incompatibilidade entre o art. 4º da Lei n.º 1.060/50 e o art. 5º, LXXIV, da CF. Emenda Oficial: O art. 4º da Lei n.º 1.060/50 não colide com o art. 5º, LXXIV, da CF, bastando que a parte, para que obtenha o benefício da assistência judiciária, a



simples afirmação da sua pobreza, até prova em contrário (STF - 1ª T: RE n.º 207.382-2/RS; Rel. Min. Ilmar Galvão; j. 22/04/1997; v.u) RT 748/172.

Assim, interpretação contrária se constituiria em clara vedação à garantia constitucional da gratuidade da justiça, erigida em nossa Carta Magna no artigo 5º, inciso LXXIV.

II - RESUMO FÁTICO

A parte autora fora vítima de um acidente de trânsito envolvendo veículo automotor.

Em decorrência do acidente, o autor ficara gravemente ferido, tendo deste acidente resultado em debilidades, limitação de locomoção, **internado em decorrência fratura exposta em perna esquerda, fratura exposta de MTC e de punho esquerdo, como também fratura exposta de ulna e com grande lesão, tendo sido submetido a procedimento jurídico,** estando submetido a tratamento.

Assim, conforme laudos anexos, o autor sofrera perda anatômica e/ou completa de membros em face das lesões suportadas e ainda permanentes.

Assim, diante da realidade fática do autor e da omissão da requerida em indenizar o quanto devido, requer a intervenção do poder judiciário para que possa mensurar a verdadeira indenização devida pela ré, em face da debilidade permanente decorrente do acidente.

III - DO DIREITO

O Seguro DPVAT foi criado no ano de 1.974 pela Lei Federal nº 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que determina que todos os veículos automotores, paguem anualmente uma taxa que garante, na ocorrência de acidentes, o recebimento de indenização tanto no caso de ferimento quanto no caso de morte.

Em conformidade com a Lei nº 6.194/74, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez por perda anatômica permanente ou parcial e despesas de assistência médica e suplementar.

Assim dispõe os artigos 2º e 3º da Lei nº 6.194/74 com suas alterações:

Art. 2º – Fica acrescida ao artigo 20, do Decreto-Lei nº. 73, de 21 de novembro de 1966, a alínea “I” nestes termos:

Art. 20, I – Danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas não transportadas ou não.

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas



de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada: [\(Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009\)](#) (grifo nosso).

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e [\(Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007\)](#)

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas. [\(Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007\)](#).

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do **caput** deste artigo, **deverão ser enquadradas na tabela anexa** a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo: [\(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009\)](#). [\(Produção de efeitos\)](#).

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e [\(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009\)](#). [\(Produção de efeitos\)](#).

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais. [\(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009\)](#). [\(Produção de efeitos\)](#).

§ 2º Assegura-se à vítima o reembolso, no valor de até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais), previsto no inciso III do **caput** deste artigo, de despesas médico-hospitalares, desde



que devidamente comprovadas, efetuadas pela rede credenciada junto ao Sistema Único de Saúde, quando em caráter privado, vedada a cessão de direitos. (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos).

§ 3º As despesas de que trata o § 2º deste artigo em nenhuma hipótese poderão ser reembolsadas quando o atendimento for realizado pelo SUS, sob pena de descredenciamento do estabelecimento de saúde do SUS, sem prejuízo das demais penalidades previstas em lei. (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos).

Assim, resta claro que o autor, perfaz o direito de ser indenizado em face da **invalidez permanente**, total ou **parcial**, e por **despesas de assistência médicas e suplementares** em decorrência do acidente automobilístico, caso tenha suportado o ônus.

Por ter direito a indenização, o autor requereu administrativamente. Contudo, não lhe fora pago o valor devido pelo quanto indenizatório. Motivo este que vem a juízo requerer a diferença indenizatória.

Como medida de direito, os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. (Grifo nosso)

Desse modo, recorremos ao Poder Judiciário com a esperança de resolução desta causa.

IV - DOS PEDIDOS

Diante do exposto, seguindo a causa pelo rito sumário, em face da regra cogente do CPC, *requer-se*:

- a) A citação da requerida, para, querendo, apresentar defesa sob pena de revelia;
- b) Que seja julgado procedente os pedidos do autor para condenar a requerida ao pagamento do Seguro Obrigatório (DPVAT), no valor de R\$ 8.775,00 (oito mil, setecentos e setenta e cinco reais), abatendo-se qualquer valor recebido administrativamente, acrescidos de juros de mora, atualização monetária;
- c) Condenar ao pagamento das custas processuais e honorários de advogado na base usual de 20% sobre o valor total do débito e demais cominações legais.



d) O reconhecimento do direito da autora ao **benefício da gratuidade de justiça**, na forma do art. 99 do CPC c/c o art. 18, II, da Lei Complementar 80/94, pois que a autora não pode arcar com as custas e despesas processuais sem prejuízo de seu próprio sustento e de sua família, especialmente para fins recursais;

e) Saindo vencedores, o autor renuncia os valores excedentes à 60 (sessenta) vezes o valor do salário mínimo.

f) Que o feito seja incluído em pauta de audiência (Mutirão do DPVAT), a fim de que seja realizado um possível acordo.

g) A determinação de realização de perícia médica nos termos do convênio celebrado entre o Tribunal de Justiça e a Seguradora Líder.

h) A realização de audiência;

i) Que os atos deste processo sejam pelo rito ordinário em face da necessidade de realização de perícia;

Protesta provar o alegado através de todos os meios de prova em Direito admitido, especialmente pelos documentos inclusos, e prova testemunhal.

Dá-se a causa o valor de R\$ 8.775,00 (oito mil, setecentos e setenta e cinco reais).

Nestes termos, pede e espera deferimento.

Mossoró -RN, 12 de fevereiro de 2020.

JOÃO BATISTA FERNANDES NETO

OAB – RN 9.226

LUIZ ANTÔNIO MAGALHÃES HOLANDA

OAB – RN 11.679







Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - RAÇA/COR	
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
		18 - UF	
		19 - CEP	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID 10 PRINCIPAL	
25 - CID 10 SECUNDÁRIO		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
31 - DOCUMENTO		32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		36 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
37 - CNPJ DA SEGURADORA			
38 - CNPJ EMPRESA			
39 - CNAE DA EMPRESA			
40 - Nº DO BILHETE			
41 - SÉRIE			
42 - CBOR			
43 - CNAE DA EMPRESA			
44 - CBOR			
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR			
48 - DOCUMENTO			
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			



Assinado eletronicamente por: JOAO BATISTA FERNANDES NETO - 12/02/2020 09:32:25

https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021209322534500000051390847

Número do documento: 20021209322534500000051390847

Num. 53303542 - Pág. 1



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
Delegacia Municipal de Portalegre



Ref. Ocorrência nº 181/17

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA
PRESERVAÇÃO DE DIREITOS**

Boletim versando sobre: Acidente de trânsito (com lesão)
Data do Fato: 11/03/2017
Hora do Fato: 19:00

COMUNICANTE

SEBASTIÃO ARAUJO SOBRINHO, R.G. 11803617, SSP/MG, C.P.F. 049.110.856-73, brasileiro(a), pedreiro, relação estável, natural de Taboleiro Grande, com 36 anos e nascido aos 24/01/1981, filho(a) de Francisco Araujo da Silva e de Rita Maria da Silva, residente e domiciliado(a) à SITIO MALHADA DA JUREMA, 25, ZONA RURAL, Taboleiro Grande-RN, telefone(s) (84) 99645-8196

HISTÓRICO

Comunicou que TRANSITAVA PELA RODOVIA BR 405, COM SENTIDO PAU DOS FERROS/RN PARA TABOLEIRO GRANDE/RN, CONDUZINDO O VEÍCULO TIPO MOTO HONDA/CG 150 TITAN KS, PLACA NNP8526/RN, CHASSI 9C2KC15109R105736, ANO FAB/MOD 2009/2009, COR AZUL, VEÍCULO LECENCIADO EM NOME DE ALCIMAR OTAVIANO DA COSTA E SILVA, QUANDO UM AUTOMÓVEL TIPO CAMIONETE, DE COR VERMELHA, QUE O COMUNICANTE NÃO SABE DIZER A PLACA, QUE VINHA LOGO ATRÁS, NO MESMO SENTIDO, FEZ UMA ULTRAPASSAGEM, QUE NO MOMENTO QUE A CAMIONETE VERMELHAS ESTAVA FAZENDO A ULTRAPASSAGEM, UM OUTRO VEÍCULO VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO, QUE NÃO HOUVE TEMPO E NEM ESPAÇO SUFICIENTE PARA QUE A CAMIONETE COMPLETASSE A MANOBRA, ENTÃO O CONDUTOR DA CAMIONETE, PARA NÃO COLIDIR FRONTALMENTE COM O OUTRO VEÍCULO, PUXOU BRUSCAMENTE A CAMIONETE PARA RETORNAR A SUA PISTA DE ORIGEM, QUE NESSE MOMENTO, O RETROVISOR DA CAMIONETE BATEU NO BRAÇO ESQUERDO DO COMUNICANTE, QUE PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTO, VINDO A CAIR NA PISTA DE ROLAMENTO, QUE POPULARES QUE VINHAM LOGO ATRÁS, CHAMARAM O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA E SOCORRO DA CIDADE DE TABOLEIRO GRANDE/RN, QUE O LEVOU PARA O HOSPITAL REGIONAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE, EM PAU DOS FERROS/RN, DANDO ENTRADA CONFORME BOLETIM DE URGÊNCIA EM ANEXO; QUE O COMUNICANTE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA, EM MOSSORÓ/RN, DANDO ENTRADA CONFORME PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO EM ANEXO; QUE NO DIA 17/05/2017, O COMUNICANTE DEU ENTRADA NO HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS, EM NATAL/RN, PARA OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS NECESSÁRIOS.

DADOS DO VEÍCULO

VEÍCULO: motocicleta HONDA/CG 150 TITAN KS
MODELO: 2009
ANO: 2009
PLACA: NNP 8526/RN
COR: azul
DATA DO ACIDENTE: 11/03/2017

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações acima são verdadeiras.

X Sebastião Araújo Sobrinho

Rua Lindalva de Freitas Fialho, 106 -

X Carolina de Jesus Borges
- Advogada

PolOffice

L130720170858147a24036611





SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS



BOLETIM OPERATÓRIO

Nome: Selvestro Araújo Silva Reg. _____

Diagnóstico pré-operatório: Fratura - luxação de Monteggia

Indicação terapêutica: Tentamento cirúrgico

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador: Kleidson Bastos

1º Auxiliar: _____

Auxiliar: _____

2º Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: _____

RELATO DA INTERVENÇÃO

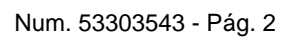
Via De Acesso - Incisão - Aspectos Nos Órgão E Lesões Encontradas - Técnicas Empregadas
e Descrição Dos Processos - Ligaduras E Suturas Empregadas - Drenagem - Curativos
Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Obs.

- 1- Paciente anestesiado
- 2- Anti-ressaca e analgesia
- 3- Aposição de campos estéril
- 4- Realização de incisão de acesso
- 5- Redução da luxação
- 6- Fixação com placa e parafusos
- 7- Sutura
- 8- Curativo
- 9- Tala gesso-gaucho

Dr. Kleidson Bastos
ORTOPEDISTA
CRM 4421



CONTINUA NO VERSO



EVOLUÇÃO MÉDICA

GOVERNO DO ESTADO DO RN		HOSPITAL ESTADUAL DR. RUI PEREIRA DOS SANTOS	
Leito 14	DATA 24/01/2017	IDADE: ANOS 4	PRESCRIÇÃO MÉDICA
1	Dieta livre		
2	S.O. 90. 1500 ml. IV, 240 ml. IV		
3	R. 1000 ml. IV, 6/6h		
4	T. 1000 ml. IV + 1000 ml. IV, 8/8h		
5	Dispersão subcutânea, IV, 6/6h		
6	Cefuroxime 500mg, IV, 12/12h		
7	S. VU + CCB		
8	Curativos de curativos		
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
20			
21			
22			

Faciente evolui
eliminando
recessão em
perna
coluna

Dr. Kleidson Bastos
ORTOPEDISTA
CRM 4423

Dr. Kleidson Bastos
ORTOPEDISTA
CRM 4423



EVOLUÇÃO MÉDICA

GOVERNO DO ESTADO DO RN		HOSPITAL ESTADUAL DR. RUI PEREIRA DOS SANTOS	
Leito: 03		DATA: 03/07/2017	
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HD:	
1	10) Dado bom	11) S.O.C	(22)
2	11) Dado bom - 01/07/17 08:00h	12) S.O.C	(23)
3	12) Dado bom - 01/07/17 08:00h	13) S.O.C	(24)
4	13) Dado bom	14) S.O.C	(25)
5	14) S.O.C	15) S.O.C	(26)
6	15) S.O.C	16) S.O.C	(27)
7	16) S.O.C	17) S.O.C	(28)
8	17) S.O.C	18) S.O.C	(29)
9	18) S.O.C	19) S.O.C	(30)
10	19) S.O.C	20) S.O.C	(31)
11	20) S.O.C	21) S.O.C	(32)
12	21) S.O.C	22) S.O.C	(33)
13	22) S.O.C	23) S.O.C	(34)
14	23) S.O.C	24) S.O.C	(35)
15	24) S.O.C	25) S.O.C	(36)
16	25) S.O.C	26) S.O.C	(37)
17	26) S.O.C	27) S.O.C	(38)
18	27) S.O.C	28) S.O.C	(39)
19	28) S.O.C	29) S.O.C	(40)
20	29) S.O.C	30) S.O.C	(41)
21	30) S.O.C	31) S.O.C	(42)
22	31) S.O.C	32) S.O.C	(43)

CONTINUA NO VERSO



Assinado eletronicamente por: JOAO BATISTA FERNANDES NETO - 12/02/2020 09:32:26
 https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021209322582400000051391748
 Número do documento: 20021209322582400000051391748

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Sebastião Araújo Sobrinho, brasileiro, casado, RG:
11.903.617 e CPF: 049.110.856-73, residente e domici-
liado Sítio Malhada da Fumaça, 25, Taboleiro Grande/RN.

Afirmo nos termos da Lei 1.060/50, para os devidos fins de direito, que sou pobre na acepção jurídica do termo e não disponho de condições econômicas para custear as despesas judiciais e honorários, sem que haja prejuízo do próprio sustento e da minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Taboleiro Grande

-RN, 11 de Fevereiro de 2017.

Sebastião Araújo Sobrinho



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Alcimar Otaviano da Costa e Silva,

RG nº MG-12.453.015, data de expedição 25 / 05 / 1999,
Órgão SSP-MG, portador do CPF nº 064.128.516-74, com
domicílio na cidade de Tabuleiro Grande, no Estado de
Rio Grande do Norte, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
rua: Malhada da Jurema, Zona rural., nº 25,
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 Sebastião Araujo Sobrinho, cujo o condutor era
Sebastião araujo Sobrinho.

Veículo: motocicleta HONDA/CG 150 TITAN KS
Modelo: 2009
Ano: 2009
Placa: NNP 8526/RN Cor: Azul
Chassi: 9C2KC15109R105736
Data do Acidente: 11/03/2017
Local e Data: Tabuleiro Grande-RN 12/07/2017



Assinatura do Declarante

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



UNICO OFICIO DE NOTAS	
Reconheço verdadeira(s) a(s) firma(s) de <u>Alcimar Otaviano da Costa e Silva</u>	
Em testemunho, <u>A</u> da verdade	
Tabuleiro Grande/RN, 13 de 07 de 2017	

Alex Thiago Dantas Alves
CPF 010.198.024-80
Tabelião Substituto





SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A TERCEIROS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE WATERBRESTE OU POR SUAS CARGAS/APESSOAS
TRANSFERTAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

MAI-2011

RN Nº 9449367766 BILHETE DE SEGURO DPVAT

RENAVAM: 064.128.516-74 CPF/CNPJ: PLACA: NNP8526

BILHETE DE SEGURO DPVAT

RN Nº 9449367766 EXERCÍCIO: 2011 DATA EMISSÃO: 19/04/2012

VIA: 064.128.516-74 RENOVAÇÃO: 064.128.516-74 PLACA: NNP8526

RENAM: 160316740 MARCA/MODELO: HONDA/CG-150 TITAN KS Nº CHASSI: 9C2KC15109R105736

ANO FAB: 2009 QAT-PR: 9

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): DENAT-RN (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): QF (R\$): TOTAL SEGURO PAGO (R\$):

☐ COTA ÚNICA ☐ PAGAMENTO ☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO:

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT-S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 9449367766

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 064.128.516-74 RENOVAÇÃO: 064.128.516-74 PLACA: NNP8526

RENAM: 160316740 MARCA/MODELO: HONDA/CG-150 TITAN KS Nº CHASSI: 9C2KC15109R105736

ANO FAB: 2009 QAT-PR: 9

ALCIMAR OTAVIANO DA COSTA E SILVA

CPF/CNPJ: PLACA: NNP8526

COMBUSTÍVEL

ESPECIE TIPO: ANO MOD: 2009

CATEGORIA

PARTEICULAR: VENC. COTA ÚNICA: 1º PAGO 2º PAGO 3º PAGO

LOCU/149 CILINDRADAS COTA ÚNICA: 06/05/2011

PREMIO TARIFARIO (R\$): 2807,33 OF (R\$): 111111

PREMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: DPVAT: PAGO

TAXAS, DEBÍTO: PAGO, OBSERVAÇÕES:

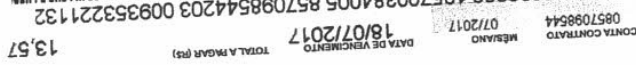
MOTOR: KC15E19105736

DETRAN

TABOLEIRO GRANDE RN

DATA: 19/04/2012



[illegible]

Para a existência de uma ordem jurídica, é necessário que exista um conjunto de normas jurídicas, que sejam aplicadas a uma comunidade humana, que tenha um poder centralizado, capaz de fazer cumprir as normas jurídicas.

[illegible]

TOTAL DA FATURA		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL	
DATA FATURA	VALOR	DATA	VALOR
07/08/2017	5.942,00	08/08/2017	5.942,00
08/08/2017	5.942,00	09/08/2017	5.942,00
09/08/2017	5.942,00	10/08/2017	5.942,00
10/08/2017	5.942,00	11/08/2017	5.942,00
11/08/2017	5.942,00	12/08/2017	5.942,00
12/08/2017	5.942,00	13/08/2017	5.942,00
13/08/2017	5.942,00	14/08/2017	5.942,00
14/08/2017	5.942,00	15/08/2017	5.942,00
15/08/2017	5.942,00	16/08/2017	5.942,00
16/08/2017	5.942,00	17/08/2017	5.942,00
17/08/2017	5.942,00	18/08/2017	5.942,00
18/08/2017	5.942,00	19/08/2017	5.942,00
19/08/2017	5.942,00	20/08/2017	5.942,00
20/08/2017	5.942,00	21/08/2017	5.942,00
21/08/2017	5.942,00	22/08/2017	5.942,00
22/08/2017	5.942,00	23/08/2017	5.942,00
23/08/2017	5.942,00	24/08/2017	5.942,00
24/08/2017	5.942,00	25/08/2017	5.942,00
25/08/2017	5.942,00	26/08/2017	5.942,00
26/08/2017	5.942,00	27/08/2017	5.942,00
27/08/2017	5.942,00	28/08/2017	5.942,00
28/08/2017	5.942,00	29/08/2017	5.942,00
29/08/2017	5.942,00	30/08/2017	5.942,00
30/08/2017	5.942,00	31/08/2017	5.942,00
31/08/2017	5.942,00	01/09/2017	5.942,00
01/09/2017	5.942,00	02/09/2017	5.942,00
02/09/2017	5.942,00	03/09/2017	5.942,00
03/09/2017	5.942,00	04/09/2017	5.942,00
04/09/2017	5.942,00	05/09/2017	5.942,00
05/09/2017	5.942,00	06/09/2017	5.942,00
06/09/2017	5.942,00	07/09/2017	5.942,00
07/09/2017	5.942,00	08/09/2017	5.942,00
08/09/2017	5.942,00	09/09/2017	5.942,00
09/09/2017	5.942,00	10/09/2017	5.942,00
10/09/2017	5.942,00	11/09/2017	5.942,00
11/09/2017	5.942,00	12/09/2017	5.942,00
12/09/2017	5.942,00	13/09/2017	5.942,00
13/09/2017	5.942,00	14/09/2017	5.942,00
14/09/2017	5.942,00	15/09/2017	5.942,00
15/09/2017	5.942,00	16/09/2017	5.942,00
16/09/2017	5.942,00	17/09/2017	5.942,00
17/09/2017	5.942,00	18/09/2017	5.942,00
18/09/2017	5.942,00	19/09/2017	5.942,00
19/09/2017	5.942,00	20/09/2017	5.942,00
20/09/2017	5.942,00	21/09/2017	5.942,00
21/09/2017	5.942,00	22/09/2017	5.942,00
22/09/2017	5.942,00	23/09/2017	5.942,00
23/09/2017	5.942,00	24/09/2017	5.942,00
24/09/2017	5.942,00	25/09/2017	5.942,00
25/09/2017	5.942,00	26/09/2017	5.942,00
26/09/2017	5.942,00	27/09/2017	5.942,00
27/09/2017	5.942,00	28/09/2017	5.942,00
28/09/2017	5.942,00	29/09/2017	5.942,00
29/09/2017	5.942,00	30/09/2017	5.942,00
30/09/2017	5.942,00	01/10/2017	5.942,00
01/10/2017	5.942,00	02/10/2017	5.942,00
02/10/2017	5.942,00	03/10/2017	5.942,00
03/10/2017	5.942,00	04/10/2017	5.942,00
04/10/2017	5.942,00	05/10/2017	5.942,00
05/10/2017	5.942,00	06/10/2017	5.942,00

DESCRÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Sumo Advoca(MM)	30,00000000	0,44854598	13,45
Sumo Bandeira AMARELA			0,12
			13,57

cosern
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Manoel, 150, Bairro Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-91 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

NOTA FISCAL • FATURA • Conta de Energia Elétrica Cida para os usuários de energia elétrica

RAIMUNDA OLÍMPIA DA SILVA
ADOS DO CLIENTE
CPF: 020.212.674-90

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL 000189400
Nº DO CLIENTE 300089808
APRESENTAÇÃO 11/07/2017

EMISSÃO 08/07/2017
Nº DA INSTALAÇÃO 1165334

CONTA CONTRATO 0857098544
DATA DE VENCIMENTO 18/07/2017
TOTAL A PAGAR (R\$) 13,57

RESUMO
07/2017
DATA RECEBIMENTO PREVIDA LITURA 07/08/2017

ZONA RURAL/ÁREA RURAL
TABELEIRO GRANDE RN
59840-000

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI MALHADA DA JUREMA 25



DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

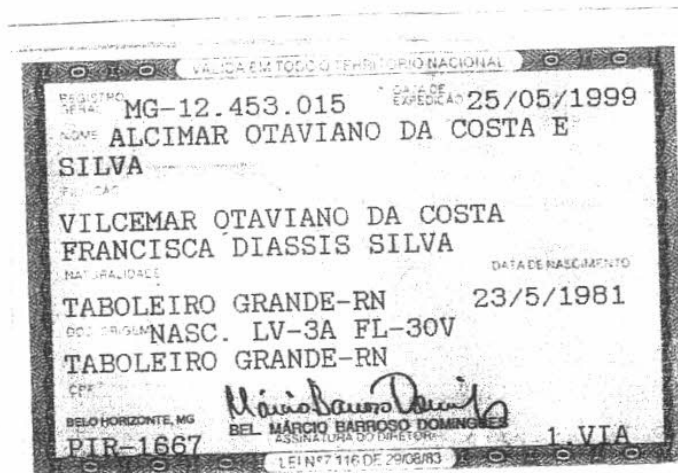
Pelo exposto, eu Alcimar Otaviano da Costa e Silva, portador(a) do RG nº MG-12.453.015, expedido por SSP-MG, em 25 / 05 /1999, CPF/CNPJ nº 064.128.516-74, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Sebastião Araujo Sobrinho do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Sebastião Araujo Sobrinho, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: recusou-se Renda Mensal: R\$ recusou-se

Documentos/comprobatórios: recusou-se


ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Alcimar Otaviano da Costa e Silva,

RG nº MG-12.453.015, data de expedição 25/05/1999, Órgão SSP-MG,

CPF nº 064.128.516-74, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	rua: Malhada da Jurema
Número	25
Apto / Complemento	Casa
Bairro	Zona Rural
Cidade	Tabuleiro Grande
Estado	rio Grande do Norte
CEP	59840-000
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Tabuleiro Grande-RN 12/07/2017

Assinatura do Declarante:

Alcimar Otaviano da Costa e Silva





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 Marmoz, 150. Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.198/0001-61 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
RAIMUNDA OLÍMPIA DA SILVA

CPF. 020.212.674-90

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI MALHADA DA JUREMA 25

ZONA RURAL/ÁREA RURAL
TABOLEIRO GRANDE RN
59840-000

Nº DA NOTA FISCAL 000166400
SÉRIE ÚNICA
EMIÇÃO 09/07/2017
APRESENTAÇÃO 11/07/2017
Nº DO CLIENTE 3000885088
Nº DA INSTALAÇÃO 1883344

CONTA CONTRATO 0857098544
MÊS/MO 07/2017
DATA DE VENCIMENTO 18/07/2017
DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA 07/08/2017
TOTAL A PAGAR (R\$) 13,57

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	30,0000000	0,44854598	13,45
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,12

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL						
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS
90230187	CA1	07/06/2017	5 982,00	06/07/2017	5 996,00	29
						1,00000
						4,00



INFORMAÇÕES IMPORTANTES
O pagamento desta Nota Fiscal deve ser feito somente em espécie. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.anel.gov.br. O cliente é responsável quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagamento em atraso gera multa 2% (Res. 414/ANEL-09/09/09) e juros 15% a.m. (Lei 10.430-20/04/02), no primeiro mês, ficando de 10% conforme Art. 14, do RICMS-RN. O Cliente é responsável quando há descumprimento do prazo definido para o pagamento de atendimento comercial. Fator de Potência Médio.

Não existem créditos de 2016 e anos anteriores. Esta declaração substitui, para comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as declarações dos faturamentos mensais (Art. 4º, Lei 12.227/2010). Esta declaração não abrange o direito de pleitear em juízo as diferenças de valores em disputas que possam ser comprovadas após o fim do processo judicial.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
CONJUNTO APOC	VALOR APOC 2017	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
DIC	0,50	10,4	20,80	41,78	220	202	231
FIC	1,00	7,74	15,48	30,96			
OMC	0,50	5,58	0,00	0,00			

Linha DIC: 18,60 ELSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 5,25

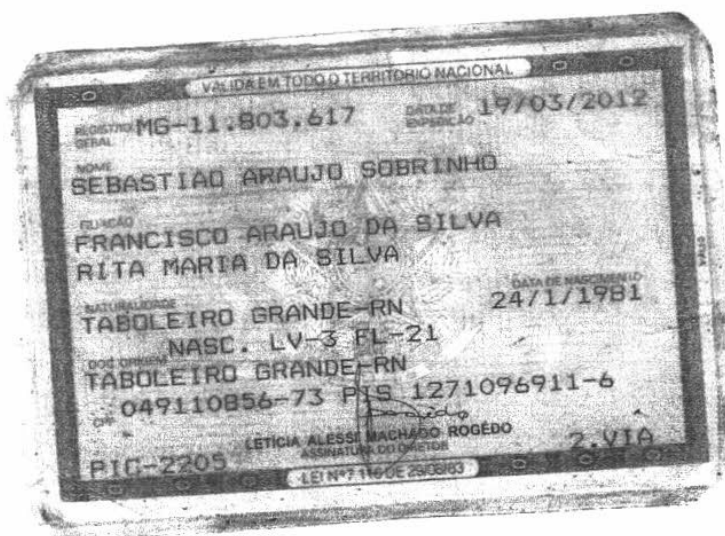
CONTA CONTRATO 0857098544
MÊS/MO 07/2017
DATA DE VENCIMENTO 18/07/2017
TOTAL A PAGAR (R\$) 13,57



Assinado eletronicamente por: JOAO BATISTA FERNANDES NETO - 12/02/2020 09:32:27

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021209322750100000051391754

Número do documento: 20021209322750100000051391754



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Sebastião Araujo Sobrinho,

RG nº MG-11.803.617, data de expedição 19 / 03 / 2012 Órgão SSP-MG,

CPF nº 049.110.856-73, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	rua: Sitio Malhada da Jurema
Número	25
Apto / Complemento	Casa
Bairro	Zona Rural
Cidade	Tabuleiro Grande
Estado	Rio Grande do Norte
CEP	59840-000
Telefone de Contato	84 996562676
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Tabuleiro Grande-RN 12/07/2017

Assinatura do Declarante: Sebastião Araujo Sobrinho





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Sebastiao A. Sobrinho 37 anos

CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: 208 Leito: 02

DATA DE ADMISSÃO: 11/03/2017 Procedência: Tabuleiro Grande

DATA	EVOLUÇÃO
29/03/17	<p>#18º DIH: Fx de MTT E + Fx exposta de perna E + Fx exposta de MTC E + Fx de punho E + Fx exposta de ulna E com grande lãeso de partes moles (Gustillo IIb) Em uso de fixador externo transarticular emjoelho E + puho E + antebraço E</p> <p>Nega DOR, febre e vômitos. Paciente consciente, alerta, orientado. Neurovascular preservado. Diurese e evacuação fisiologicas</p> <p>Conduta: VPM Ja inserido nos Sisreg</p>

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	Dieta VO branda	SN
3	Dipirona 40 gotas VO 6/6h S/N	SN
4	Glibenclamida 5mg 1cp VO 12/12h, antes do almoco e jantar (com a familia)	10 02
5	Tramal 50mg/ml + 100ml SF0,9% EV 8/8h S/N	SN
6	Heparina 5000UI SC 12/12h	10 22
7	SSVV+CCGG	

Dr. Tarcísio Carlos L. Hoquen
Ortopedista
CRM - 4917





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
101101051812161219131319		20/10/81	
9 - SEXO		10 - RAÇA/COR	
Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3			
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO	
Rosa Maria da Silva		DDD Nº DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO	
		DDD Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
Rua Manoel de Barros			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
Taboão da Serra		18 - UF	
		19 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Vítima de acidente Motorcycl. grande lesão em perna e o membro superior			
Ra - Fratura exposta com perda óssea e grande lesão parte mola de tibia			
Fratura exposta metacarpo, radius distal, ulna distal, lesão cabecula radi			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Necessidade cirúrgica			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Alm e Radiol			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO
Fratura Tibia / Metacarpo / Radio / Ulna			
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			

PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
Unimed	Urgência	() CNS () CPF	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
		12/03/17	Ortopedia e Traumatologia CRM/RN 81927-1/2014

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - Nº DO BILHETE
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			41 - SÉRIE
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA
		44 - CBOE	
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

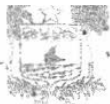
AUTORIZAÇÃO		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - Cód. EMISSÃO	
48 - DOCUMENTO		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
/ /			



Assinado eletronicamente por: JOAO BATISTA FERNANDES NETO - 12/02/2020 09:32:29

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021209322837800000051391765>

Número do documento: 20021209322837800000051391765



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

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

NOME
SERVIÇO:

Sebastião Araújo Sobrinho

IDADE
ENFº:

Nº REG:
LEITO:

HISTÓRIA CLÍNICA

C.C. 03:00

Paciente vítima de acidente motorizado grave.

Apresenta lesão grave em membros inferiores esquerdos,
com perfuração e partes Moler.

Associado à grave lesão de membros superiores esquerdos
com perda de tendões Moler em manobra flexão.

Realizado Debridamento, limpeza ferida, Férula em
joelhos, braços e Ultra.

CP: Rx controle; A+B (Ultra / joelho); Análise funcional
da gravidade da lesão; Solicitar exame C. Vascular

Assinado eletronicamente por: JOAO BATISTA FERNANDES NETO
Especialista em Reumatologia
CRM/RN 8187 TEOT 13541





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Sebastião Araújo Sobrinho Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório: Fratura exposta ossos da perna e fêmur distal (E) Guitello 3A

Indicação terapêutica: com perda óssea e partes moles

(2) Fratura exposta Metatarso, rádio distal; ulna distal; membros: (E) Guitello 3B, com grande perda de partes moles

INTERVENÇÃO

Início: 00:40 Fim: 07:40 Duração: _____

Operador: Dr. Guilherme Rios

1° Auxiliar: Dr. Nayara

2° Auxiliar: _____

3° Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: Dr. Leonardo

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa () Pot. Contaminada (X) Contaminada () Infectada

(1) Lavagem em DDA, sob aspiração geral (2) limpeza capax de frimentos com SF em perna e antebraço (3) presença de grande quantidade de areia, pedras, pedaços de plantas (4) Antissepsia, Anestesia (5) colocação de lâmpada estéril (6) lavagem de grande frimento face anterior/lateral de fêmur proximal, ± 200° de circunferência, presença de areia, falta de pedaço de partes moles, ossos em regiões anteriores (7) Realizado montagem de fixador externo transtornadado joelho (8) Realizado distal adequado com púas pedras, TP palpável e parente (9) Curativo exteal após aproximação de frimentos (10) Curativo exteal (11) ~~Realizado~~ Curativo Segundo tempo fêmur (12)

(1)



HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS E MICROBIOLOGICAS
 Rua Projetada s/n - 0**84 3315 3381

208-2

Paciente: SEBASTIAO ARAUJO SOBRINHO
 Idade: 37 Anos
 Médico: Dr(a).RODRIGO

Ficha:00178409/01
 Data:28/03/2017 08:40
 Posto:GERAL
 Convenio:CLC-ORTO

Material: SANGUE

Referencias

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA:

Hematócrito.....	40 %	(35 a 60)	✓
Hemoglobina.....	13,20 g/dL	(11,00 a 18,00)	
Hemácias.....	4,31 milhões/mm ³	(4,50 a 6,50) *	
Volume Corpuscular Médio (VCM).....	92 fl	(80 a 97)	
Hemoglobina Corp. Média (HCM).....	30 pg	(27 a 31)	
Concentração Hemoglobina (CHCM).....	33 %	(33 a 37)	
RDW.....	14,3 %	(10,0 a 15,0)	

LEUCOGRAMA:

Leucócitos.....	7.400 /mm ³	(4.000 a 10.000)	✓
	%	/mm ³	
Basófilos.....	0 %	0/mm ³	0 a 1 0 a 100
Eosinófilos.....	1 %	74/mm ³	2 a 5 80 a 500 *
Mielócitos.....	0 %	0/mm ³	0 a 0 0 a 0
Metamielócitos.....	0 %	0/mm ³	0 a 1 0 a 100
Bastões.....	0 %	0/mm ³	3 a 5 120 a 500 *
Segmentados.....	73 %	5.402/mm ³	54 a 62 2.160 a 6.200 *
Linfócitos.....	19 %	1.406/mm ³	20 a 35 800 a 3.500 *
Monócitos.....	7 %	518/mm ³	3 a 8 120 a 800
PLAQUETAS.....	715.000 /mm ³	(150.000 a 400.000) *	

HEMATOSCOPIA:

TRIMBOCITOSE

Material: SANGUE

Referencias

URÉIA

RESULTADO	23 mg/dL	(10 a 50)	✓
-----------------	----------	-------------	---

Método:CINÉTICO-ENZIMÁTICO

Data de Emissão:28/03/2017

Dra. MUBIA CARDOSO CRF-1396
 Dr. FABRICIO TAVARES CRF-2989



HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS E MICROBIOLOGICAS
Rua Projetada s/n - 0**84 3315 3381

Paciente: SEBASTIAO ARAUJO SOBRINHO
Idade : 37 Anos
Médico: Dr(a).RODRIGO

Ficha:00178409/02
Data:28/03/2017 08:40
Posto:GERAL
Convenio:CLC-OR10

Material: SANGUE
CREATININA

Referencias

RESULTADO..... 1,0 mg/dl (0,7 a 1,3 ✓)

Método: AUTOMATICO.

Data de Emissao:28/03/2017

Dra. NUBIA CARDOSO CRF-1396
Dr. FABRICIO TAVARES CRF-2989



25/05/17
(5d) T 194
030801001-9

SUS		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		Nº DO PRONTUÁRIO	
Identificação do estabelecimento de Saúde		LEITO	FIA	Nº DO PRONTUÁRIO			
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		120	382	5.112			
HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS							
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		CNES:		5314267			
Identificação do Paciente		DATA DA INTERNAÇÃO		17/05/2017			
NOME DO PACIENTE		SEBASTIÃO ARAÚJO SOBRINHO					
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE(CNS)	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO	RAÇA/COR			
707.005.826.925.339	24/01/1981	36	M	P			
NOME DA MÃE		TELEFONE DE CONTATO/ Nº DO TELEFONE		99924-0782			
RITA MARIA DA SILVA		TELEFONE DE CONTATO/ Nº DO TELEFONE		99645-8196			
NOME DO RESPONSÁVEL		TELEFONE DE CONTATO/ Nº DO TELEFONE		99645-8196			
OSCARLINA MARIA DE JESUS BORGES							
ENDEREÇO, RUA, Nº, BAIRRO							
SÍTIO MALHADA DA JUREMA Nº 5							
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	UF	CEP					
TADULEIRO GRANDE	RN	59840-000					
IDENTIDADE	ORGÃO EMISSOR	Nº CPF	COR				
11.803.617	ITEP	049110856-73	P				
RELIGIAO	PROFISSÃO	ESTADO CIVIL					
CATÓLICO	PEDREIRO	OUTROS					
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
Fratura do braço esquerdo a cerca de 10 dias							
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO							
fratura aberta comissura							
PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)							
Rx do braço e a perna							
DIAGNÓSTICO INICIAL		CID 10 PRINCIPAL		CID 10 SECUNDÁRIO			
Fratura do braço e a perna							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
DESCRÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
Fratura aberta comissura							
29. CLÍNICA	30. CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31. DOCUMENTO	32. Nº DOC. (CNS/CPF) PROF. SOLICIT. /ASSISTENTE				
33. NOME DO PROF. SOLICITANTE/ ASSISTENTE		34. DATA DA SOLICITAÇÃO		35. ASSIN. E CARIMBO Nº REGISTRO DO CONSELHO			
João Roberto de Albuquerque		17/5/2017		João Roberto de Albuquerque CRM 1511 (PE 130-100-211-20)			
46. NOME DO PROF. AUTORIZADOR		47. Cód. ORGÃO EMISSOR		52. Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
DRº ROBSON ALFEN							
48. DOCUMENTO		49. Nº DOC. (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
50. DATA DA AUTORIZAÇÃO		51. ASSIN. E CARIMBO Nº REGISTRO DO CONSELHO					





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS



HISTÓRICO CLÍNICO DE ADMISSÃO

NOME DO PACIENTE: SEBASTIÃO ARAÚJO SOBRINHO IDADE: 36
LEITO: 120 SERVIÇO:

Doente apresentando sintomas de hematuria, sangue
esquedo e incómodo inferior quando sentado no
serviço para tratamento clínico.

Antonio Holanda de Albuquerque
Médico
CRM 1511 CPF. 130.459.844-40

NATAL.

17

DE



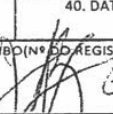
05

DE 2017

ASINATURA E CARIMBO DO MEDICO



2478

 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/ AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		 HOSPITAL	
Identificação do estabelecimento de Saúde							
1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE						2. CNES	
3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE						4. CNES	
Identificação do Paciente							
5. NOME DO PACIENTE <i>Sebastião Araújo Sobrinho</i>						6. Nº DO PRONTUÁRIO	
7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE(CNES)				8. DATA DE NASCIMENTO		9. SEXO	
				/ /		MASC. <input type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>	
10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL						11. TELEFONE DE CONTATO	
						DDD ()	
12. ENDEREÇO(RUA, Nº, BAIRRO)							
13. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14. Cód. IBGE MUNICÍPIO		15. UF	
						16. CEP:	
17. NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR(AIH)							
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO							
18. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO-ANTERIOR						19. Cód. DO PROCEDIMENTO-ANTERIOR	
20. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO-MUDANÇA						21. Cód. DO PROCEDIMENTO-MUDANÇA	
22. DIAGNÓSTICO INICIAL		23. CID 10 PRINCIPAL		24. CID 10 SECUNDÁRIO		25. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<input type="checkbox"/> SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)							
26. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL						27. Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
<i>Retirada de fixador punho e punho esq.</i>						04080603-60 (2d)	
28. SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE							
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III							
29. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				30. Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		31. QTDE	
						02	
32. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				33. Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34. QTDE	
35. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				36. Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37. QTDE	
38. JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
<i>Retirada</i>							
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
39. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE						40. DATA DA SOLICITAÇÃO	
41. DOCUMENTO		42. Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				43. ASS. E CARIMBO(Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF						 2RM 3300	
AUTORIZAÇÃO							
44. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO				45. Cód. ÓRGÃO EMISSOR		46. DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47. DOCUMENTO		48. Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				49. ASS. E CARIMBO(Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF							





SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS



BOLETIM OPERATÓRIO

Nome: Sebastião Araújo Sobrinho Reg. _____

Diagnóstico pré-operatório: Fratura do antebraço distal E + fratura do

Indicação terapêutica: Retirada de fixador externo Joelho e perna e

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador: Dr. Kleidson

1º Auxiliar: Dr. João

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: Edilza

Anestesista: Dr. Ricardo

RELATO DA INTERVENÇÃO

Via De Acesso - Incisão - Aspectos Nos Órgão E Lesões Encontradas - Técnicas Empregadas
e Descrição Dos Processos - Ligaduras E Suturas Empregadas - Drenagem - Curativos
Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Obs.

1. Anestesia
2. Antissepsia + campos
3. Retirada de fixador externo em curativo esp.
4. Retirada de fixador externo em antebraço E.
5. Curativo.

JOÃO BATISTA FERNANDES NETO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM 3308 - RJ



PACIENTE: SEBASTIÃO ARAÚJO SOBRINHO		GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS		EVOLUÇÃO MÉDICA	
LÉITO	120	DATA	17/05/2017		
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
1	Deleto - hígido				
2	Acidose metabólica nos ure - 01 Caub de 19/19-45		(20)		
3	HbA1c 80 mg - 01 Caub no 5/16 de 19-45		SN		
5	Obesidade - 03 ure + 03 ure 480 IV 5/16 de 19-45		SN		
6	HbA1c - 03 ure + 13 ure 480 IV 5/16 de 19-45		SN		
7	Sistema urinário e 1/6 de 19-45		Rótina		
8					
9	Antônio Henrique de Albuquerque				
10	Médico				
11	CRM 1511				
12					
13	18/5/17				
14	HbA1c 80 mg				
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					

CONTINUA NO VERSO



10/07/11

SUS		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		HOSPITAL	
Identificação do estabelecimento de Saúde		LEITO	FIA	Nº DO PRONTUÁRIO			
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		122	438	R			
HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS							
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		CNES:		5314267			
Identificação do Paciente		DATA DA INTERNAÇÃO					
NOME DO PACIENTE		06/06/2017					
SEBASTIÃO ARAUJO SOBRINHO							
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE(CNS)	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO	RAÇA/COR			
11.015.826.925.339	24/01/1981	36	M	P			
NOME DA MÃE		TELEFONE DE CONTATO/ Nº DO TELEFONE					
NITA MARIA DA SILVA		99952-6046					
NOME DO RESPONSÁVEL		TELEFONE DE CONTATO/ Nº DO TELEFONE					
ADRIANO SILVA LUCENA		99935-4750					
ENDEREÇO, RUA, Nº, BAIRRO							
R. MALHADA DA JUREMA, Nº 56- ZONA RURAL							
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		UF	CEP				
MOLLEIRO GRANDE		RN	59.840-000				
IDENTIDADE	ORGÃO EMISSOR	Nº CPF		COR			
11.803.617	ITEP	049.110.856-73		P			
RELIGIAO		PROFISSAO		ESTADO CIVIL			
CATÓLICO		AGRICULTOR		CASADO			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
Fratura MTE							
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO							
Acima citados							
PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)							
Artragrafia + RX							
DIAGNÓSTICO INICIAL		CID 10 PRINCIPAL		CID 10 SECUNDÁRIO			
Fratura de MTE							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
Descrição do procedimento solicitado							
Internação							
29. CLÍNICA	30. CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31. DOCUMENTO	32. Nº DOC. (CNS/CPF) PROF. SOLICIT. /ASSISTENTE				
Médico	emergência	() CNS (x) CPF	01058558403				
33. NOME DO PROF. SOLICITANTE/ ASSISTENTE		34. DATA DA SOLICITAÇÃO		35. ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)			
Ana Paula FN Faria		06.06.11					
46. NOME DO PROF. AUTORIZADOR		47. Cód. Orgão Emissor		52. Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
DRº ROBSON ALENCAR							
48. DOCUMENTO		49. Nº DOC. (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
() CNS () CPF							
50. DATA DA AUTORIZAÇÃO		51. ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)					
1. /							





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS



HISTÓRICO CLÍNICO DE ADMISSÃO

NOME DO PACIENTE: Sebastião Araújo Sobrinho IDADE: 36
END: 122 SERVIÇO:

Paciente vítima de acidente
de moto com fratura de MLE há 3 meses
sem comorbidades

NATAL

06

DE 06

DE 17

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

PACIENTE:	SEBASTIÃO ARAÚJO SOBRINHO			REGISTRO (PRONT.)	R
LEITO:	122	FIA	438	SEXO:	M
IDADE:	36				
NOME DO PAI:	FRANCISCO ARAUJO DA SILVA				
NOME DA MÃE:	RITA MARIA DA SILVA				
ENDEREÇO:	SI: MALHADA DA JUREMA				
BAIRRO:	ZONA RURAL	CIDADE:	TABOLEIRO GRANDE		
NOME DO RESPONSÁVEL:	ADRIANO DA SILVA LUCENA				
ESPECIALIDADE:					
ADMISSÃO:	06/06/2017	ALTA:	13.06.17	ÓBITO:	
DIAS DE PERMANÊNCIA:	07 dias				
ADMISSÃO INICIAL:					
DIAGNÓSTICO FINAL:					

SUMÁRIO DE ALTA

Paciente admitido a Hto Curativos de
Prontuário de Tuberculose.
Exclusão da manifestação tuberculosa, com
guiso na SI-PAD.
Baixa alta hospitalar provisória, com orientação
de retorno da 20/06/17 p/ Hto Curativo
de tuberculose em montagem em HSE

Rodrigo B. Braga
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15.524

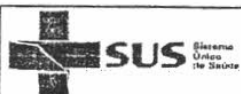
NATAL

DE

DE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO





Ministério da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO
DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E
PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)



Identificação do estabelecimento de Saúde

1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2. CNES
3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4. CNES

Identificação do Paciente

5. NOME DO PACIENTE	6. Nº DO PRONTUÁRIO
7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNES)	8. DATA DE NASCIMENTO
10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11. TELEFONE DE CONTATO
12. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	13. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
14. Cód. IBGE MUNICÍPIO	15. UF
16. CEP:	

17. NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

18. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO-ANTERIOR	19. Cód. DO PROCEDIMENTO-ANTERIOR
20. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO-MUDANÇA	21. Cód. DO PROCEDIMENTO-MUDANÇA
22. DIAGNÓSTICO INICIAL	23. CID 10 PRINCIPAL
24. CID 10 SECUNDÁRIO	25. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	27. Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
---	------------------------------------

28. SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III	
29. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	30. Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
31. QTD	32. QTD
33. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34. QTD
35. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36. Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
37. QTD	

38. JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

fixação da fratura da tíbia

39. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	40. DATA DA SOLICITAÇÃO
41. DOCUMENTO	42. Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
43. ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
44. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	45. Cód. ÓRGÃO EMISSOR
46. DATA DA AUTORIZAÇÃO	47. DOCUMENTO
48. Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	49. ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS



BOLETIM OPERATÓRIO

Nome: Sebastião Araújo Sobrinho Reg. _____

Diagnóstico pré-operatório: pseudo-entorse da tíbia e

Indicação terapêutica: tráf. cirúrgica pl pseudo-entorse da
tíbia e

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador: Dr Kleidson

1º Auxiliar: _____

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: Adélia

Anestesista: Drº Paula

RELATO DA INTERVENÇÃO

Via De Acesso - Incisão - Aspectos Nos Órgão E Lesões Encontradas - Técnicas Empregadas
e Descrição Dos Processos - Ligaduras E Suturas Empregadas - Drenagem - Curativos
Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Obs.

1. Anestesia
2. Antissepsia + campo
3. Incisão em região anterior de perna e
4. Exposição da fratura da tíbia e
5. limpeza dos fragmentos, abertura do
6. canal, realinhamento do fôcc.
7. Redução da fratura
8. fixação com placa + parafusos
9. fechamento da ferida por planos
10. curativos

Dr. Kleidson Bastos
ORTOPEDISTA
CRM 4421

CRM 3300
Raf 3532



PACIENTE		DATA		EVOLUÇÃO MÉDICA	
LEITO	122	DATA	05/06/2017	SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS	
1	PRETO. 21/11				
2	DIPLOMA DO PÓS GRADUADO 21				
3	SSVV				
4					
5					
6					
7					
8	09/06/2017			09/06/2017	
9	(1) 17/06/2017			Pela análise bem	
10	(1) 17/06/2017			pr guaiava	
11	06/06/2017				
12	(3) SSVV + 06/06				
13	(1) 17/06/2017				
14	06/06/2017				
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					

CONTINUA NO VERSO





HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

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

BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: SEBASTIAO ARAUJO SOBRINHO				TEL:		Nº REG: 422620		
Nas 24/01/1981	1-Masculino	Solteiro	AGRICULTOR	Cert.nasc. <input type="checkbox"/>	Título <input type="checkbox"/>	CPF <input type="checkbox"/>	RG <input type="checkbox"/>	Nº <input type="checkbox"/>
Pai: FRANCISCO ARAUJO DA SILVA				Mãe: RITA MARIA DA SILVA				
Endereço: RAIMUNDA ARAUJO			0	CENTRO	TABULEIRO GRANDE		RN	
Responsável: CNS-							TEL:	
Endereço do Responsável:								

Serviço: Urgência / emergência		Enfermaria:		Leito:	
Admissão: 11/03/2017	Hora admissão: 19:36	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):

He com Acidente de Trabalho -
Poliflexão do braço - Trauma Exposto
Perna E a Antebraço

Lesões ou afecções encontradas

Gr. fr. de fratura

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

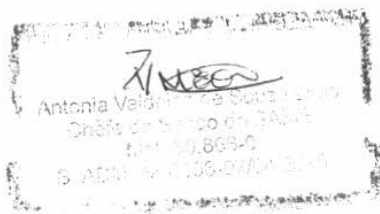
Trauma Exposto Perna +
Antebraço

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora:

19:38

CRM



HOSPITAL DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE
AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM O ORIGINAL
Pau dos Ferros-RN 12/07/17





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
PRONTO SOCORRO VINGT-ROSA NETO

REGISTRO N°

2596.151

SUS: 707.0058.2632.5339

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: SEBASTIÃO ARAÚJO SOBRINHO D. N. 24/9/81 Idade: 38
Profissão: Cartão SUS n°
Endereço: Rua: RAIMUNDO ARAÚJO S.N. Bairro:
Cidade: TABOLEIRO GRANDE U.F. RN Fone:
Relação: Mãe MARIA DA SILVA Pai: FELIX ARAÚJO DA SILVA

Idade: 11103117

Hora: 2:2:34

A.C.C.R.:

AMARELO

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

Acidente de trânsito, trazido de Parades Pines,
com história de acidente motociclístico (colisão moto+carro),
no ± 8 horas. Ruptura ingesta de bebida alcoólica. Nega perda
de consciência, náuseas, vômitos ou epistaxe. Nega qualquer
medicamentosa.

Apresenta dor em membros superiores e inferiores esquerdos.

EXAME FÍSICO

Paciente estado geral, vigil, expulso.

A= Vias aéreas superiores, sem obstrução.

B= MUC e gástricamente

C= Hemodinamicamente estável

D= ECG is. Pupilas isocóricas e fotoreagentes

E= Abdomen plano, flácido, indolor.

Exacerbação em face, lateral do abdome e
dispositivo de membros superiores e inferiores

Fratura exposta com antebraço e perna esquerdos

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

Politrauma.

Handwritten signature and stamp



Solicito: Rx de torácico AP
 Rx de tórax AP
 Rx de membro sup. E.
 Rx de perna e pé E.
 Bateria de ortopedia

Handwritten signature/initials

I - PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO	VIA	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
	- Val/dorim - T.I. - 03 Aug - 21			
	- IAT 1000 01/01/21			
	- Cef/dotim 1g - 6x			
	- S. insulínica 0,5 U/ml			
	- 0,3 U/ml			

DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S)

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

() ALTA DO PRONTO SOCORRO (X) INTERVENÇÃO HOSPITALAR () TRANSFERÊNCIA () OUTROS (Descrever)

servações:

pp ceto crônico

Ida: / /

Hora: :

Identificação Médica



REGISTRO:
DATA: 08/06/17

LEITO: 122

AVIMENTO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO/ASSINATURA					
1	Dietoterapia	SWD					
2	SFO, 90, 2000ml IV, em 24h	12	30	42			
3	Cefalotaxona 1g + 10ml IV, 1/6h	12	18	24	26		
4	Tremal 100mg + 100ml IV, 8/12h	14	22	26			
5	Dipiridona 2g + 03ml IV, 8/12h	18	24	26			
6	Volterana 75mg, IV, 12/12h	20					
7	SSUN + CCS						
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							

Dr. Kleudson Bastos
ORTOPEDIA
CRM 4431

GOVERNO DO ESTADO DO RN		HOSPITAL ESTADUAL DR. RUI PEREIRA DOS SANTOS	
Leito:	DATA:	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HD:
1	12/06/2017		
2			
3			
4			
5			
6			
7	13/06/2017		
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			

EVOLUÇÃO MÉDICA

Dr. João Batista Fernandes Neto

13/06/2017

13/06/2017

13/06/2017

13/06/2017

13/06/2017

13/06/2017

13/06/2017

13/06/2017

13/06/2017

13/06/2017

13/06/2017

13/06/2017

13/06/2017

13/06/2017



13/06/2017

13/06/2017

13/06/2017

13/06/2017

Hea
19/07/17

 Ministério da Saúde			LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do estabelecimento de Saúde		LEITO	FIA	Nº DO PRONTUÁRIO	
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		124	478	R	
HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS					
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			CNES:	5314267	
Identificação do Paciente			DATA DA INTERNAÇÃO		
NOME DO PACIENTE			20/06/2017		
Sebastião Araújo Sobrinho					
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO	RAÇA/COR	
707.005.826.925.339	24/01/1981	36	M	P	
NOME DA MÃE			TELEFONE DE CONTATO/ Nº DO TELEFONE		
RITA MARIA DA SILVA					
NOME DO RESPONSÁVEL			TELEFONE DE CONTATO/ Nº DO TELEFONE		
OSCARLINA MARIA DE JESUS BORGES			99645-8196		
ENDEREÇO, RUA, Nº, BAIRRO					
MALHADA DA JURENA S/N					
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		UF	CEP		
TABULEIRO GRANDE		RN	59840-000		
IDENTIDADE	ORGÃO EMISSOR	Nº CPF		COR	
11.803.617	ITEP	049110856-73		P	
RELIGIAO	PROFISSAO	ESTADO CIVIL			
CATÓLICA	BENEFÍCIO	CASDO			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Fratura em MSE					
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO					
Acima citado					
PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)					
Anamnese + exame					
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL		CID 10 SECUNDÁRIO		
Fratura em MSE					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
Internação					
29. CLÍNICA	30. CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31. DOCUMENTO () CNS () CPF	32. Nº DOC. (CNS/CPF) PROF. SOLICIT. /ASSISTENTE		
Médico	Urgência	X	01058353403		
33. NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE		34. DATA DA SOLICITAÇÃO	35. ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)		
Ana Paula F.N. Farias		20.06.17	Dra. Ana Paula F.N. Farias		
46. NOME DO PROF. AUTORIZADOR		47. CÓD. ORGÃO EMISSOR	52. Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
DRº ROBSON ALENCAR					
48. DOCUMENTO () CNS () CPF	49. Nº DOC. (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
50. DATA DA AUTORIZAÇÃO	51. ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)				
/ /					





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS



HISTÓRICO CLÍNICO DE ADMISSÃO

NOME DO PACIENTE:	SEBASTIÃO ARAÚJO SOBRINHO	IDADE:	36
LEITO:	124	SERVIÇO:	

Paciente vítima de acidente de modo no 4 nisse com fratura de MSE e MIE. Estive internado neste hospital para cirurgia de MIE e retorna agora para realizar cirurgia de MSE.

Dr. João Batista Fernandes Neto
Assinatura

NATAL, 20 DE 06 DE 17

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

PACIENTE:	SEBASTIÃO ARAÚJO SOBRINHO			REGISTRO (PRONT.)	R
LEITO:	124	FIA	478	SEXO:	M
				IDADE:	36
NOME DO PAI:	FRANCISCO ARAUJO DA SILVA				
NOME DA MÃE:	RITA MARIA DA SILVA				
ENDEREÇO:	MALHADA DA JUREMA S/N				
BAIRRO:	AREA RURAL	CIDADE:	TABULEIRO GRANDE		
NOME DO RESPONSÁVEL:	OSCALINA MARIA DE JESUS BORGES				
ESPECIALIDADE:					
ADMISSÃO:	20/06/2017	ALTA:	06.07.17	ÓBITO:	
				DIAS DE PERMANÊNCIA:	16 dias
ADMISSÃO INICIAL:					
DIAGNÓSTICO FINAL:					

SUMÁRIO DE ALTA

Vide evolução médica

NATAL,

DE

DE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



**SUS**Sistema
Único
de SaúdeMinistério da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/ AUTORIZAÇÃO
DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E
PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)****Identificação do estabelecimento de Saúde**

1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2. CNES
3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4. CNES

Identificação do Paciente

5. NOME DO PACIENTE <i>Sebastião Araújo Salomão</i>	6. Nº DO PRONTUÁRIO
7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNES)	8. DATA DE NASCIMENTO
9. SEXO MASC. <input type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>	11. TELEFONE DE CONTATO
10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	DDD ()
12. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	14. Cód. IBGE MUNICÍPIO
13. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	15. UF
	16. CEP

17. NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	
18. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO-ANTERIOR <i>Interação de Vênese</i>	19. Cód. DO PROCEDIMENTO-ANTERIOR
20. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO-MUDANÇA	21. Cód. DO PROCEDIMENTO-MUDANÇA
22. DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de</i>	23. CID 10 PRINCIPAL <i>552</i>
24. CID 10 SECUNDÁRIO	25. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

<input type="checkbox"/> SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL (AIS)	
26. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>Traumatismo</i>	27. Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
28. SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	

<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III
29. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	30. Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31. QTDE	
32. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33. Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34. QTDE	
35. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36. Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	37. QTDE	

38. JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Presença apresentando sinais de fratura - lesão de membro superior em M.E.

39. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40. DATA DA SOLICITAÇÃO
41. DOCUMENTO	42. Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	43. ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		

AUTORIZAÇÃO	
44. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	45. Cód. ÓRGÃO EMISSOR
46. DATA DA AUTORIZAÇÃO	47. DOCUMENTO
48. Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	49. ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	<i>Dr. Nelson Bastos</i> ORTOPÉDIA CRM 4421



JUSTIFICATIVA DA FALTA DE PRONTUARIO COMPLETO

Eu: Sebastião Araujo Sobrinho, brasileiro (a)

Portador do RG, MG-11.803.617, e CP: 049.110.856-73,

Residente e domiciliado(a) rua: Malhada da Jurema, n° 25,

Bairro: Zona Rural, Município: Tabuleiro Grande-RN, venho perante a seguradora Lider de consócios, afirmar que não tenho nenhum desses documentos

Exigidos pela seguradora Lider.

1. Relatório de internamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, Datas e tratamentos realizados (clínicos, cirúrgico e fisioterapêuticos) e data de alta hospitalar.

2. Relatório de tratamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, datas e locais de tratamento realizados (clínicos, cirúrgicos e fisioterápicos) e data de conclusão de tratamento,

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

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

Local: Tabuleiro Grande-RN, Data: 12/07/2017,

Atenciosamente

Sebastião Araujo Sobrinho



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Sebastião Araujo Sobrinho, portador da carteira de identidade nº MG-11.803.617 e inscrito no CPF/MF sob o nº 049.110.856-73, residente e domiciliado na rua: Malhada da Jurema, 25, Zona Rural, Cidade Tabuleiro Grande, Estado Rio Grande do Norte, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

(☒) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

(☐) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

(☐) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Sebastião Araujo Sobrinho

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Tabuleiro Grande-RN 12/07/2017

Local e data



PROCURAÇÃO

Outorgante:

Sebastião Manoel Sodrinho, brasileiro casado RG: 11.903.617 e CPF: 049.110.856-73, residente e domiciliado Sítio Malhada da Jurema, 25, Taboleiro Grande IPN.

Outorgado: Dr. João Batista Fernandes Neto, OAB/RN 9.226, Dr. Luiz Antônio Magalhães Holanda, OAB/RN 11.679, Dr. Breno Paula Dantas, OAB/RN 12.564 e Dr. Paulo Roberto de Carvalho Pinto, OAB/RN 14.764, todos escritório profissional na Praça da Redenção, N.º 268, 2º andar, Sala 304/305, Centro, Mossoró-RN, CEP 59.600-140.

Poderes: Confere(m) amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, com as cláusulas "ad-judicia e et extra", a fim de que possa(m) defender os interesses ou direito(s) do(s) outorgante(s) perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal ou privada, em repartição que o(s) outorgante(s) seja(m) autor(es) ou reclamante(s), e defendendo-o(s) quando for(em) réu(s) ou requerido(s), podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, formar compromissos, prestar declarações,

e, praticar(em) todos os atos necessários para o bom e fiel

desempenho deste mandato.

Mossoró (RN), 11 de fevereiro de 2020

Sebastião Manoel Sodrinho
OUTORGANTE

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Cláusula Primeira: O Outorgante pagará honorários contratuais aos Outorgados os valores e percentuais abaixo demonstrados:

- 1.1 Em casos de demandas de natureza previdenciária serão pagas as quantias de R\$ 3.000,00 (três mil reais) em caso de concessão de benefício de auxílio doença, R\$ 6.000,00 (seis mil reais) caso de concessão de benefício de aposentadoria ou pensão por morte, além da razão de 30% (trinta por cento), sob o retroativo a ser percebido em valores que superem a quantia de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), o mesmo percentual de 30% será pago em demanda de auxílio maternidade do que vier a receber por força de condenação em primeira instância ou em decorrência de composição amigável, quer a demanda se encerre na primeira instância ou em segunda instância.
- 1.2 Em casos de demandas de natureza cível indenizatória será pago o percentual de 30%, sob todos os valores percebidos em razão da demanda judicial, quer a demanda se encerre na primeira instância ou em segunda instância.
- 1.3 Em casos de demanda de natureza trabalhista será pago o percentual de 20%, em caso de acordo em audiência, bem como sem interposição de recurso, em caso de recurso, interposto por qualquer das partes, será pago o percentual de 30%, sob o valor total da condenação da parte adversa;

Cláusula Segunda: Qualquer composição amigável que venha a ser realizada após o ajuizamento da ação, deverá necessariamente contar com a expressa concordância do Outorgado.

Cláusula Terceira: Havendo desistência da ação pela Outorgante esta pagará ao Outorgado a quantia correspondente a 01 (um) salário mínimo mensal vigente à época da execução do contrato, devidamente corrigido, e acrescido de juros de 1% (um por cento) ao mês, contados da data da propositura da ação até o seu efetivo pagamento, sem prejuízo dos honorários constantes da Cláusula Primeira.

Cláusula Quarta: Os honorários ora pactuados poderão ficar retidos nos autos do processo, mediante requerimento dos Outorgados, com expressa anuência da Outorgante.

Cláusula Quinta: O contrato ora formalizado valerá como título executivo extrajudicial e dará direito à execução por quantia certa.

Mossoró (RN), 11 de fevereiro de 2020

Sebastião Manoel Sodrinho
OUTORGANTE



HOSPITAL REGIONAL DE VASCONCELOS MAIA
ESTÁ CONFORME
SAMBARDIVIVO
18/02/2020

208-2

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

PERMISSÃO

189803

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital a realização na pessoa de LEONARDO APOLINÁRIO Reg. No 320.2446 necropsia, amputações e outros exames que se fizerem necessários.

Declaro, outrossim, que nenhuma pressão por parte de Médicos, Assistentes Sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - N.R.T.M.

DATA 05/04/17

[Assinatura]
Assinatura

Data: 11 de 03

de 2012

DATA 07/04/17

[Assinatura]
Assinatura

Paciente ou Responsável





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

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ COMPLETANDO 145 ANOS
SAÚDE PÚBLICA
7/15/2020 14:58

PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

Nome: SEBASTIAO ARALDO DE JESUS Nº Reg. _____
Idade: 33 Sexo: M Estado Civil: _____ Profissão: _____
Pai: FRANCISCO ARALDO DA SILVA
Mãe: ELZA MARIA DA SILVA
Endereço: BAIRRO DO TABULEIRO GRANDE
End. Responsável: O MEU
Serviço: CC

Data Admissão:	<u>22/03/17</u>	Alta: <input type="checkbox"/>	Óbito: <input type="checkbox"/>	Dias de Permanência
Diagnóstico Inicial:				
Diagnóstico Final:				



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

OME
SERVIÇO:

Sebastião Araújo Sobrinho

IDADE
ENFº:

Nº REG:
LEITO:

HISTÓRIA CLÍNICA

C.C. 03:00

Paciente vítima de acidente motorizado grave.

Apresenta lesão grave em membros inferiores esquerdos,
com perda parcial e parter Mole.

Associado à grave lesão de membros superiores esquerdos
com perda de tendões Mole em manobra flexão.

Realizado Debridamento, limpeza, Fissura em
joelhos, fêmur e Ulna.

CP: Rr controle; ATB (Clind / Gent); Anest. farmacológica
da gravidade da lesão; Soluções locais C. Vascular

Dr. João Batista Fernandes Neto
Médico e Traumatologista
CRM 6187 / TEOT 13541

Dr. João Batista Fernandes Neto
Médico e Traumatologista
CRM 6187 / TEOT 13541





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Sebastião Araújo Sobrinho Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório: Fratura exposta ossos da perna e fêmur distal (E) Gustillo 3A.

Indicação terapêutica: com perda óssea e partes moles.

Fratura exposta Antebraço, rádio distal; ulna distal membro: (E) Gustillo 3B, com grande perda de partes moles.

INTERVENÇÃO

Início: 00:40 Fim: 07:40 Duração: _____

Operador: Dr. Guilherme Regal

1° Auxiliar: Dr. Nayara

2° Auxiliar: _____

3° Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: Dr. Leonardo

INTERVENÇÃO

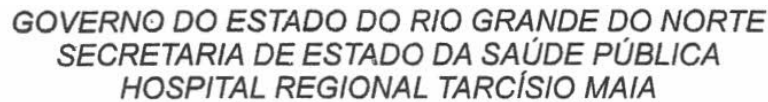
Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa () Pot. Contaminada (X) Contaminada () Infectada

1) Lavante em DDA, sob antebraço geral; 2) limpeza capax de ferimentos com SF. em perna e antebraço; 3) presença de grande quantidade de areia, pedras, pedaços de plantas; 4) Antebraço, Anestesia Colocação de campo estéril; 5) lavagem de grande ferimento face anterior/lateral de fêmur proximal, $\pm 200^\circ$ de circunferência, presença de areia, falta de pedaços de partes moles, ossos em regiões anteriores; 6) realizado montagem de fixador externo transcutâneo joelho (E); 7) Realizado distal adequado com pontos fechados; TP palpável o proeminente; 8) Curativo estéril após aproximação de ferimento; 9) Curativo estéril; 10) ~~Realizado~~ Curativo Segundo Tempo joelho (E)

1





Nome Sebastião Araújo Salento Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório: Fratura exposta metacarpo, radio distal, ulna
Indicação terapêutica: digitalizar membro a (E) - 2º tempo

Início: 00:40 Fim: 02:40 Duração:

Operador: Dr. Guilherme

1º Auxiliar: Dr. Naysa

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista: Dr. Leonardo

RECIBO Nº 020117

() Limpa () Pot. Contaminada (X) Contaminada () Infectada

1) Lavante em DPH, não aquecendo; 2) Grande lesão de partes moles em fase volar de antebraço proximal ~~para~~ com ferimento em ± 10 cm com importante edema; 3) Antesept, Anest. e colocação de campo alívio; 4) Novo Debridamento e Novo Limpeza caprou consist; 5) Montagem do fixador externo linear em ulna com utilização de pinos along. 5,0 (Anestesia do revestimento de fixador menor); 6) Montagem de fixador externo para punho; 7) Devido o grande edema em antebraço, compressão por plano; 8) Curativo ext. e; 9) Infusão distal adequada;

Ca A RA

Dr. Guilherme Garcia Fugolin
Ortopedia e Traumatologia
CRM 159297 TEST 12541





Nome: Sebastião A. Sobrinho Leito: _____

PRESCRIÇÃO

Handwritten signature: *W. B. Smith*

~~Universita' Carlo Magella
Medicina e Traumatologia
CRM/RN 8167 TOST 13541~~





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Sebastiao A. Sobrinho 37 anos

CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: 208

Leito: 02

DATA DE ADMISSÃO: 11/03/2017 Procedência: Tabuleiro Grande

DATA	EVOLUÇÃO
16/03/17	<p>#4º DIH: Fx de MTE + Fx exposta de perna E + Fx exposta de MTC E + Fx de punho E + Fx exposta de ulna E com grande lãso de partes moles (Gustillo IIb) Em uso de fixador externo transarticular em joelho E + puho E + antebraço E</p> <p>Refere dor em membro à mobilização e febre. Nega vômitos. Paciente consciente, alerta, orientado. Neurovascular preservado. Diurese fisiológica e constipado há 5 dias</p> <p>Conduta: VPM Ja inserido nos Sisreg</p>

Handwritten signature and date: 16/03/17

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	Dieta VO branda	SND
2	SF 0,9% 500ml EV 8/8h	10
3 D4	Clindamicina 600mg EV diluido 6/6h	10-16-22-04
4 D5	Gentamicina 80mg 3amp EV diluido 1x dia	10
5	Dipirona 500mg/ml, 2ml + ABD. IV 6/6h	10-16-22-04
6	Glibenclamida 5mg 1cp VO 12/12h, antes do almoço e jantar (com a familia)	10-18
7	Tramal 50mg/ml + 100ml SF0,9% EV 8/8h S/N	505
8	Heparina 5000UI SC 12/12h	10-22
9	SSVV+CCGG	
10	Concentrado de hemaceas 2 bolsas EV (não recebeu pois estava febril)	
11	Cleo mineral 10ml VO 8/8h	

Handwritten signature: Dr. Vicente Andrade
Handwritten signature: João Batista Fernandes Neto

Dr. Vicente Andrade
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - 5592 - TEOT 10481





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Sebastião A. Sobrinho 37 anos

CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: 205 Leito: 02

DATA DE ADMISSÃO: 11/03/2017 Procedência: Tabuleiro Grande

DATA: 25/04/17 EVOLUÇÃO
#14º DIH: Fx de MTT E + Fx exposta de perna E + Fx exposta de MTC E + Fx de punho E +
Fx exposta de ulna E com grande lasso de partes moles (Gustillo IIIb)
Em uso de fixador externo transarticular anjoelno E + pulso E + antebraço E

Refere dor em membro à mobilização. Há secreção sanguinolenta em WLE. febre e vômitos.
Paciente consciente, alerta, orientado.
Neurovascular preservado.
Diurese e evacuação fisiológicas

Conduza: VPM
Ja inseridos os Sires

DATA	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	Dietas VC branca	
2	SFO 0,9% 500ml EV 3/6h	40 20 10
3 DI4	Clindamicina 600mg EV 6/8h	18 22 10 18
4 DI4	Gentamicina 80mg 3amc EV 6/8h de 12h	18 22 10 18
5	Dipirona 500mg/ml 2ml + ABD 1x 6-8h fixo	18 22 10 18
6	Glibenclamida 5mg 100 VC 12h, antes do almoço e jantar, com a refeição	18 22 10 18
7	Tramal 50mg/ml - 100ml SFO 0,9% EV 6-8h S/N	14 18 22 10
8	Heparina 5000UI SC 12/12	14 18 22 10
9	SSVV-CCGG	14 18 22 10

Kellerte GURGEL
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6766 TEOT 14293





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Sebastiao A. Sobrinho 37 anos

CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: 208

Leito: 02

DATA DE ADMISSÃO: 11/03/2017 Procedência: Tabuleiro Grande

DATA	EVOLUÇÃO
30/03/17	<p>#19º DIH: Fx de MTT E + Fx exposta de perna E + Fx exposta de MTC E + Fx de punho E + Fx exposta de ulna E com grande laeso de partes moles (Gustillo IIIB) Em uso de fixador externo transarticular emjoelho E + pulso E + antebraço E</p> <p>Nega DOR, febre e vômitos. Paciente consciente, alerta, orientado. Neurovascular preservado. Diurese e evacuação fisiologicas</p> <p>Conduta: VPM Ja inserido nos Sisreg</p>

RECIBO DE PAGAMENTO
R\$ 1.200,00
30/03/17
SINUS ARQUITECTURA

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	Dieta VO branda	
3	Dipirona 40 gotas VO 6/6h S/N	5ND
4	Glibenclamida 5mg 1cp VO 12/12h, antes do almoco e jantar (com a familia)	5N
5	Tramal 50mg/ml + 100ml SF0,9% EV 8/8h S/N	10 06
6	Heparina 5000UI SC 12/12h	5N
7	SSVV+CCGG	10 22

Assinado

Assinado em 07/04/2017

Dr. Vitor A. Sobrinho
ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
CRM - 5522 - TEND. 19444



CRO

FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

11/03/17
DATA DE ENTRADA

Nome do Usuário: Sebastião Araújo Sobrinho Taboleiro Grande - RJ
Filho: Francisco Araújo da Silva
Rita Maria da Silva
Sobrinho: 24/04/1981 37 /
Rua Raimundo Araújo S/N
Taboleiro Grande - Pernambuco
9879-5723
707 0058 2692 5339 049110856-73 -H 803.617

Ricardo Araújo da Silva 99879-5723

11/03/17
K/Be
SALVAMENTO

02 01

ACIDENTE DE TRÂNSITO = POLÍCIA
Cirurgia 108-02

12/03/17

Edza Gurgel



SINISTRO 3170394676 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA SEBASTIAO ARAUJO SOBRINHO

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO TERRA DO SOL
ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO SEBASTIAO ARAUJO SOBRINHO

CPF/CNPJ: 04911085673

Posição em 29-08-2017 06:01:57

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 4.725,00

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/08/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Vara Única da Comarca de Portalegre
Avenida Doutor Antônio Martins, 116, Centro, PORTALEGRE - RN - CEP: 59810-000

Processo: 0800252-13.2020.8.20.5150

Ação: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: SEBASTIAO ARAUJO SOBRINHO

RÉU: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO INICIAL

Tendo em vista que não há nos autos elementos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para concessão de gratuidade (art. 99, §2º, CPC), DEFIRO a Assistência Judiciária Gratuita à parte requerente em face de estar demonstrada, nesse momento, a presunção da necessidade (CPC, art. 99, §3.º), sem prejuízo de revogação posterior *ex officio* (art. 8º da Lei n.º 1.060/50).

Considerando, em tese, que a inicial preenche os requisitos essenciais e não se trata de improcedência liminar do pedido, DETERMINO a citação e intimação da parte requerida para audiência de CONCILIAÇÃO (CPC, art. 334, *caput*).

A intimação da parte autora para a audiência será feita na pessoa de seu advogado (art. 334, §3º).

As partes poderão comparecer pessoalmente ou por representante, com procuração atribuindo poderes específicos para negociar e transigir (art. 334, §10), ficando advertidas de que o não comparecimento importará em ato atentatório à dignidade da justiça, com a aplicação da multa prevista no art. 334, §8º, CPC. No entendimento deste juízo, na linha da doutrina (DIDIER JR. Fredie; Curso de direito processual civil: Introdução ao Direito Processual Civil, Parte Geral e Processo de Conhecimento. Vol. 1, 17ª edição, revista, atualizada e ampliada - Salvador: Jus Podivm, 2015, p. 625/626) e da jurisprudência (TJMG - AC: 10707140219809002 MG, publicação DJe em 22/11/2018; TJMG - Apelação Cível 1.0000.17.016199-6/001, publicação DJe em 01/06/2017; e TJDF 0010559-67.2016.8.07.0007, Publicação no DJe em 26/04/2018), a representação poderá ser feita pelo próprio advogado constituído, não se aplicando a vedação do Código de Ética e Disciplina da OAB, por se tratar de representação processual com poderes apenas para transigir em juízo.

O prazo para a defesa apresentar contestação será de 15 (quinze) dias, contados da audiência de conciliação (art. 335, I).



Apresentada contestação e sendo suscitados preliminares (art. 337) ou anexados novos documentos pela defesa (art. 437, §1º), deverá a secretaria proceder com o cumprimento das disposições dos art. 351 do CPC, INTIMANDO parte autora, para, querendo, apresentar réplica à contestação no prazo de 15 (quinze) dias.

Só após deverá fazer os autos conclusos.

Cumpra-se.

PORTALEGRE/RN, 12 de fevereiro de 2020

EDILSON CHAVES DE FREITAS

Juiz(a) de Direito

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





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Vara Única da Comarca de Portalegre
Avenida Doutor Antônio Martins, 116, Centro, PORTALEGRE - RN - CEP: 59810-000

Destinatário:

Nome: SEGURADORA DPVAT

Endereço: Rua Senador Dantas, 74, - de 58 ao fim - lado par, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

CARTA DE CITAÇÃO

0800252-13.2020.8.20.5150

SEBASTIAO ARAUJO SOBRINHO

De ordem do(a) Exmo(a). Sr(a). EDILSON CHAVES DE FREITAS, Juiz(a) de Direito da Vara Única da Comarca de Portalegre/RN pela presente, extraída dos autos do processo supra identificado, na conformidade do despacho e da petição inicial, constante dos referidos autos, **CITAR** Vossa Senhoria para os termos da presente ação, bem como INTIMÁ-L(O) para comparecer à audiência de Conciliação - Justiça Comum, aprazada para o dia 27/05/2020 14:00, a ser realizada na Sala de Audiências desta Vara Única, localizada no endereço indicado no cabeçalho desta carta.

ADVIRTAM-SE AS PARTES QUE a audiência somente não será realizada se: I – ambas as partes manifestarem expressamente desinteresse na composição consensual; o autor, na petição inicial, e o réu, em petição protocolada com antecedência mínima de 10 (dez) dias da audiência; II – em havendo litisconsórcio, todos manifestarem expressamente desinteresse na composição consensual.

ADVIRTAM-SE AS PARTES ainda que o não comparecimento injustificado à audiência de conciliação é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor da União ou do Estado (art. 334, § 8º, do NCPC). FICA(M) A(S) PARTE(S) DEMANDADAS (S) ADVERTIDA(S) de que poderá(ão) oferecer (em) contestação(ões), por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data: I – não realizado acordo, da audiência de conciliação/mediação, ou da última sessão de conciliação, quando qualquer parte não comparecer ou, comparecendo, não houver autocomposição; II – da data do protocolo do pedido de cancelamento da audiência de conciliação/mediação apresentado pelo réu, manifestando desinteresse na composição consensual, com prazo de 10 (des) dias de antecedência da audiência.

ADVERTÊNCIA: Caso não seja contestada a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor (art. 344 do CPC).

OBSERVAÇÃO: A visualização das peças processuais, bem como as especificações da petição inicial, dos documentos que acompanham e do despacho judicial que determinou a citação, poderá ocorrer mediante acesso ao sítio do Tribunal de Justiça na internet, no endereço <https://pje.tjrn.jus.br/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>, utilizando o(s) código(s) dos respectivos documentos, conforme tabela abaixo, sendo considerada vista pessoal (artigo 9º, § 1º, da Lei Federal n. 11.419/2006) que desobriga sua anexação.

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**



Petição Inicial	Petição Inicial	20021209322484700000051390846
BOLETIM DE OCORRENCIA	Documento de Comprovação	20021209322534500000051390847
BOLETIM OPERATORIO	Documento de Comprovação	20021209322582400000051391748
DECLARAÇÃO DE INSUFICIENCIA DE RECURSOS 11022020	Documento de Comprovação	20021209322638300000051391749
DOCS DO PROPRIETARIO DO VEICULO (01)	Documento de Comprovação	20021209322693500000051391753
DOCS DO PROPRIETARIO DO VEICULO (02)	Documento de Comprovação	20021209322750100000051391754
DOCS PESSOAIS	Documento de Comprovação	20021209322797200000051391760
EVOLUÇÃO MEDICA (01)	Documento de Comprovação	20021209322837800000051391765
EVOLUÇÃO MEDICA (02)	Documento de Comprovação	20021209322938400000051391767
EVOLUÇÃO MEDICA (03)	Documento de Comprovação	20021209323011400000051391768
LAUDO IML	Documento de Comprovação	20021209323074800000051391770
PROCURAÇÃO 11022020	Documento de Comprovação	20021209323113100000051391773
PRONTUARIO	Documento de Comprovação	20021209323170800000051391776
SINISTRO	Documento de Comprovação	20021209323242900000051391778
Despacho	Despacho	20021213351983500000051396187

Ressalte-se que este processo tramita em meio eletrônico através do sistema PJe, sendo vedada a junta de de quaisquer documentos por meio físico quando houver o patrocínio de advogado.

É imprescindível que o tamanho de cada arquivo a ser inserido tenha, no máximo, 1,5 Mb (megabytes). O único formato de arquivo compatível com o sistema PJe é o ".pdf".

PORTALEGRE/RN, 17/03/2020.

SANDRA THATIANNY DE FREITAS REGO

Chefe de Secretaria







PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Vara Única da Comarca de Portalegre
Avenida Doutor Antônio Martins, 116, Centro, PORTALEGRE - RN - CEP: 59810-000

0800252-13.2020.8.20.5150 - PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

SEBASTIAO ARAUJO SOBRINHO

SEGURADORA DPVAT

ATO ORDINATÓRIO

Com fulcro no art. 78, do Código de Normas da Corregedoria de Justiça do RN, e no art. 152, VI do CPC/15, e por ordem do(a) Exmo(a) Sr.(a) EDILSON CHAVES DE FREITAS, Juiz de Direito da Vara Única da Comarca de Portalegre, fica designado o dia **27/05/2020 14:00**, na sala de audiências deste Juízo, para a realização de(a) Audiência de **Conciliação - Justiça Comum**, ficando as partes e seus advogados intimados com a ciência/publicação deste ato para comparecimento, com as devidas cautelas e advertências.

SANDRA THATIANNY DE FREITAS REGO

Chefe de Secretaria



**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA VARA CÍVEL DA
COMARCA DE PORTALEGRE-RN.**

SEBASTIÃO ARAÚJO SOBRINHO, já devidamente qualificado nos autos do processo em epígrafe,
vem à presença de Vossa Excelência se manifestar e ao final requer.,

Tendo em vista que a presente demanda versa sobre Ação de Cobrança de DPVAT, o que
torna imprescindível a realização de Prova Pericial com médico especialista em
ortopedia/traumatologia.

Deste modo, pugna pelo cancelamento da audiência aprazada neste autos, em ato contínuo,
pugna, pela realização da perícia médica.

Nestes termos, pede e espera deferimento.

Mossoró -RN, 09 de março de 2020.

JOÃO BATISTA FERNANDES NETO

OAB – RN 9.226

LUIZ ANTÔNIO MAGALHÃES HOLANDA

OAB – RN 11.679



