



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 T1022020	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 - 1^a 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 n^o 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 n^o 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 n^o 6.194/74 com suas alterações:

Art. 2º – Fica acrescida ao artigo 20, do Decreto-Lei n^o. 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 **invalidade 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





Assinado eletronicamente por: JOAO BATISTA FERNANDES NETO - 12/02/2020 09:32:25
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021209322484700000051390846>
Número do documento: 20021209322484700000051390846

Num. 53303540 - Pág. 6



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLICIA CIVIL
DIRETORIA DE POLICIA 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

C O M U N I C A N T E

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

H I S T Ó R I C O

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.

D A D O S D O V E Í C U L O

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.

* *Sebastião Araujo Sobrinho*
Rua Lindalva de Freitas Fialho, 106 -

* *Oscarlina de Jesus Baiges*
Administradora

PolOffice
L130720170858147a24036611



SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS



BOLETIM OPERATÓRIO

Paciente: Selvinstino Arcanjo Soárez Reg. _____

Diagnóstico pré-operatório: Fratura - luxação de孟特哥
Intervenção terapêutica: Treatmento cirúrgico (P)

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- Preoperatório anestesiado
2- Anti-repulsor e aspersor
3- Apresentação de campo operatório
4- Desligamento de vias de acesso prévisas
5- Introdução de instrumentos
6- Exercícios para redução (P 35)
7- Fixação com parafusos contínuos
8- Sutura
9- Curativo
10- Tórax asseado - pulmão

Dr. Kleidson Bastos
ORTOPEDISTA
CRM 4421



PACIENTE:	SEBASTIÃO ARAÚJO SOBRINHO		
LEITO	124	DATA	20/06/2017
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
1	Duco	Riva	
2	Dapivona	no fls v0	616mJN
3	S	V	
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13	D	Juka	
14	D	Yanira	
15	D	106.15	
16	D	SMV + CEC 66	
17	D	Juan	permaneço
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			

Evolução Médica

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

CONTINUA NO VERSO



Governo do Estado do Rio Grande do Norte		GOVERNO DO ESTADO DO RN	
Leito 11 DATA 24/07/2017		HOSPITAL ESTADUAL DR. RUI PEREIRA DOS SANTOS	
IDADE: ANOS 1		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
1	Diagnóstico:	Exame complementar:	
2	Exames:	Medicamentos:	
3	Prescrição:	Assinatura:	
4	Assinatura:		
5	Assinatura:		
6	Assinatura:		
7	Assinatura:		
8	Assinatura:		
9	Assinatura:		
10	Assinatura:		
11	Assinatura:		
12	Assinatura:		
13	Assinatura:		
14	Assinatura:		
15	Assinatura:		
16	Assinatura:		
17	Assinatura:		
18	Assinatura:		
19	Assinatura:		
20	Assinatura:		
21	Assinatura:		

EVOLUÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Leito DATA 24/01/2017 IDADE: ANOS

ESTADUAL DE BUIPEREIBA DOS

HOSPITAL ESTADUAL DR. BONIFACIO PEREIRA DOS SANTOS

ט' ט' ט' ט' ט' ט' ט'

169

100

LAURENCE.

1	100% improved
2	100% improved
3	100% improved
4	100% improved
5	100% improved
6	100% improved
7	100% improved
8	100% improved
9	100% improved
10	100% improved
11	100% improved
12	100% improved
13	100% improved
14	100% improved
15	100% improved
16	100% improved
17	100% improved
18	100% improved
19	100% improved
20	100% improved
21	100% improved

Dr. Kleidson Brastos
ORTOPEDISTA
CRM 4422

Dr. Kefeluson Basios
ORTOPEDIST
CRM 4421



Sullivan Brothers

GOVERNO DO ESTADO DO RN
HOSPITAL ESTADUAL DR. RUI PEREIRA DOS SANTOS

DATA: 05/07/2017

DATA: 05/10/2017

PRESCRIÇÃO MÉDICA

100-1020013
MAY 1967
THE UNIVERSITY OF TORONTO LIBRARIES
100-1020013

EVOLUÇÃO MÉDICA

~~Rodrigo B. Brá
Ontopectia ehrmanni
CMMUS 5334~~

CONTINUA NO VERSO



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Sebastião Antônio Sobrinho, brasileiro, casado, RG:
11.903.657 e CPF: 049.110.856-73, residente e domiciliado
Sítio Malhade da Fazenda, 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 Antônio 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
mentionado 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



X Alcimar Otaviano da Costa e Silva
Assinatura do Declarante

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



UNICO OFÍCIO DE NOTAS CNPJ/08 392 561/0001-66 Rua Francisco Evaristo, 156 Centro CEP 59.141-001 Tabuleiro Grande - RN		RECONHECIMENTO 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
<p><u>Alexandre Batista Alves</u> CPF 010.198.024-80 Tabelião Substituto</p>		



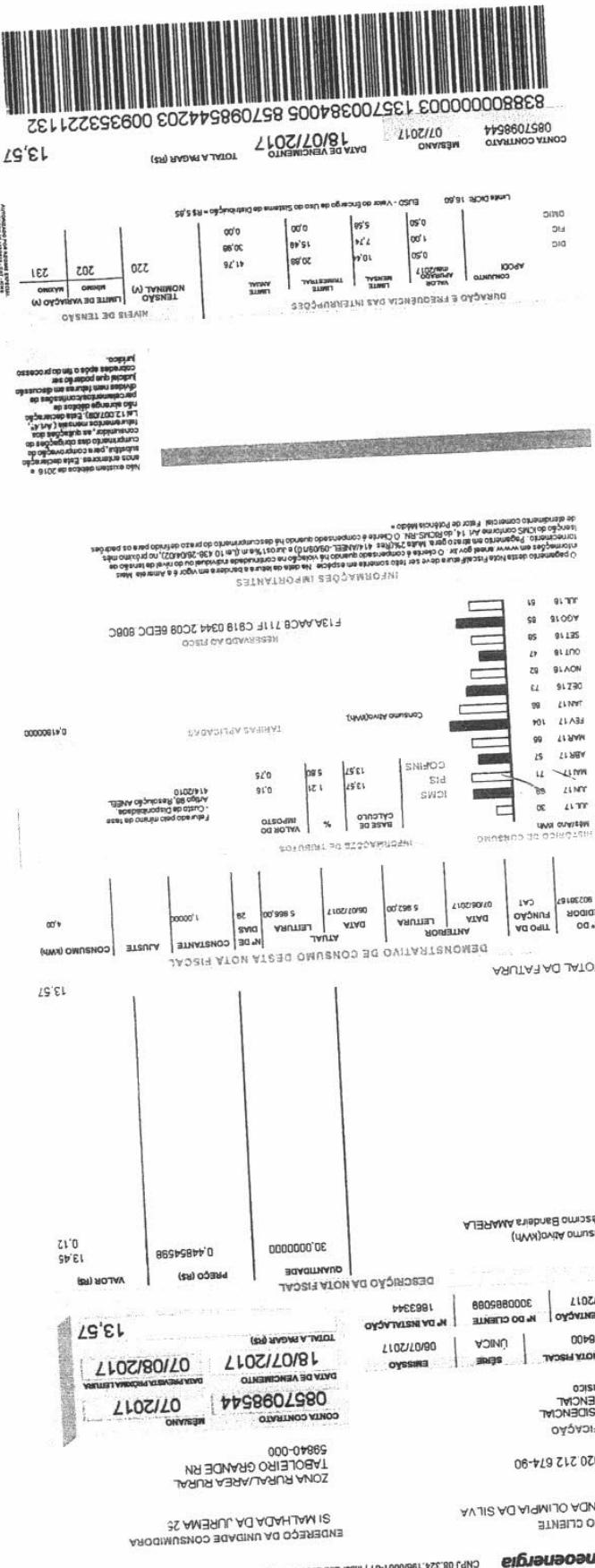
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETTRAN - RN	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO	
VIA	Nº 9449367766
COD. RENAVAM	RNTRC
1	160316740
EXERCÍCIO	2011
ALCIMAR OTAVIANO DA COSTA E SILVA	
CPF/CNPJ	PLACA
064.128.516-74	NMPB526
PLACA ANTO/UF	CHASSI
NMPB526/RN	9C2KC15109R105736
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
HONDA/CB 150 TITAN KS	CATEGORIA
0CV/149.01LINDRADAS	MARCA/NO. MODELO
0	CAP/POT/CIL
2009	COR PREDOMINANTE
0	PARTE LATERAL
0	VELOC. COTA UNICA
1	1 ^a VENC. COTA UNICA
P R\$ 0	2 ^a PAGO
V	PARCELAGEM/DEPÓSITO
A 2007	3 ^a PAGO
7X	DATA DE PAGAMENTO
RT	PREMIO TOTAL (R\$)
*** TAXAS, DE TRAN.: PAGO	DIA/T. PAGO
OBSERVAÇÕES:	
MOTOR: KC15E19105736	
LOCAL: TABULEIRO GRANDE/RN	
DATA: 19/04/2012	

SÉGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEHÍCULOS AUTOMÓVEIS DE VEÍCULOS TERRESTRES (OUPORUM, CARGA, APENAS AS TRANSPORTADAS, OU NÃO, SEGURO DPVAT)	
RN Nº 9449367766 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
EXERCÍCIO —	
PLACA — NMPB526	
CPF / CNPJ — 064.128.516-74	
DATA EMISSÃO — 19/04/2012	
BILHETE DE SEGURO DPVAT	
RN Nº 9449367766	
VIA	PLACA
064.128.516-74	NMPB526
RENAVAM	MARCA / NO. MODELO
160316740	HONDA/CB 150 TITAN KS
ANO FAB.	Nº CHASSI
2009	9E2KC15109R105736
PRÊMIO TARIFÁRIO	
FNS (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)
PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
COTA UNICA	
PARCELADO	
Assinado eletronicamente por: JOAO BATISTA FERNANDES NETO - 12/02/2020 09:32:27 https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021209322693500000051391753 Número do documento: 20021209322693500000051391753	
Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT-S/A CNPJ: 09.248.608/0001-04	
Num. 53303548 - Pág. 2	



Assinado eletronicamente por: JOAO BATISTA FERNANDES NETO - 12/02/2020 09:32:27
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021209322693500000051391753>
Número do documento: 20021209322693500000051391753

Num. 53303548 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: JOAO BATISTA FERNANDES NETO - 12/02/2020 09:32:27
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002120932269350000051391753>
Número do documento: 2002120932269350000051391753

Num. 53303548 - Pág. 4

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.

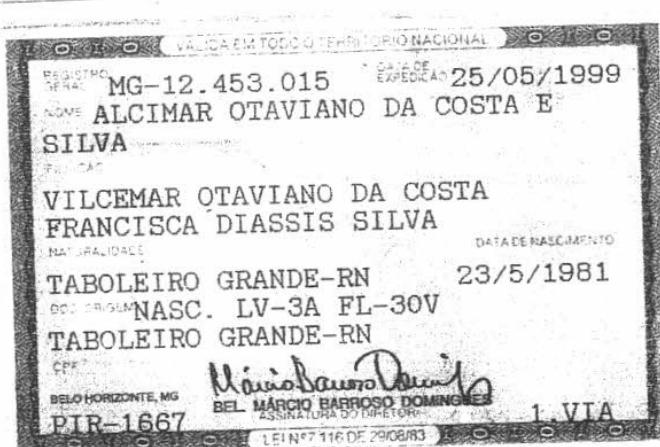
Pelo exposto, eu Alcimar Otaviano da Costa e Silva, portador(a) do RG nº MG-12.453.015, expedido por SSP-MG, em 25 / 05 /1999, CPF/CNPJ nº 064.128.516-74, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Sebastião Araujo Sobrinho do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima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





Assinado eletronicamente por: JOAO BATISTA FERNANDES NETO - 12/02/2020 09:32:27
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021209322750100000051391754>
Número do documento: 20021209322750100000051391754

Num. 53303549 - Pág. 2

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 Mermoz, 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 OLIMPIA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI MALHADA DA JUREMA 25

CPF. 020.212.674-90

ZONA RURAL/AREA RURAL
TABOLEIRO GRANDE RN
59840-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL 000186400	SÉRIE ÚNICA	EMISSÃO 08/07/2017
APRESENTAÇÃO 11/07/2017	Nº DO CLIENTE 3000985088	Nº DA INSTALAÇÃO 1863344

CONTA CONTRATO 0857098544 **MÊS ANO** 07/2017
DATA DE VENCIMENTO 18/07/2017 **DATA PREVISTA PRÓXIMA LÉT** 07/08/2017

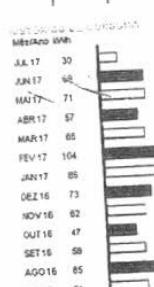
Consumo Ativo(KWh)
Acréscimo Bandeira AMARELA

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
	30.000000	0,44854598	13,45 0,12

TOTAL DA FATURA

RECEITA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MWH)
90235167	CAT	07/06/2017	5 852,00	06/07/2017	5 856,00	28	1.00000		4,00



INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento dessa taxa/estafeta deve ser feito somente em espécie. Na data de leitura da contagem em vigor é a América Mairi Informações: www.mairi.gov.br. O cliente é considerado quem há validade da comprovação individual ou nível de consumo. Pagoamento em atraso é gerado. Multa 2% (dois por cento) da fatura. Deve ser paga no prazo de 10 dias (Lei 10.430-2000/02), no prazo mês de vencimento. Pagoamento é considerado quando o desconto do preço definido para os efeitos da licença do ICMS conforme art. 1º, § 1º, da Lei Federal nº 10.430/02.

Não existem débitos de 2016 e anos anteriores. Esta declaração substitui, para comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quaisquer das faturas mencionadas (Art. 4º, L. 12.027/00). Esta declaração não afasta débitos de parcelamentos, contestações de dívidas, na futura, em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo judicial.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					TENDENCIA NOMINAL
CONJUNTO APOCI	MÉDIA ANUAL 2017 /MÊS	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	
DIC	0,50	10,44	30,00	41,76	
FIC	1,00	7,74	15,48	30,96	
ÓGIC	0,50	5,58	0,00	0,00	

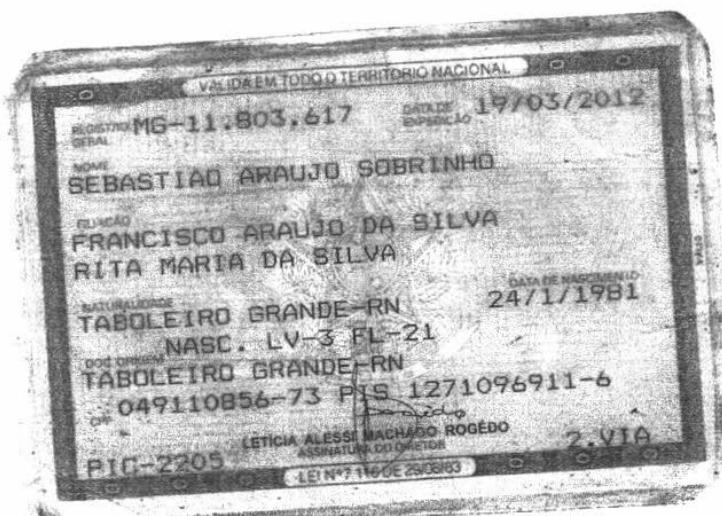
NÍVEIS DE TENSÃO		
SAÍDA MÁX (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$) 13,57



Assinado eletronicamente por: JOAO BATISTA FERNANDES NETO - 12/02/2020 09:32:27
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002120932275010000051391754>
Número do documento: 2002120932275010000051391754

Núm. 53303549 - Pág. 4



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)	<u>rua: Sítio Malhada da Jurema</u>
Número	<u>25</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Tabuleiro Grande</u>
Estado	<u>Rio Grande do Norte</u>
CEP	<u>59840-000</u>
Telefone de Contato	<u>84 996562676</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Sebastião Araujo Sobrinho





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 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
RAIMUNDA OLÍMPIA DA SILVA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI MALHADA DA JUREMA 25

CPF: 020.212.674-90

ZONA RURAL/ÁREA RURAL
TABOLEIRO GRANDE RN
59840-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO
0857098544 MÊS/ANO
DATA DE VENCIMENTO
18/07/2017 DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
07/08/2017

Nº DA NOTA FISCAL
000188400 SÉRIE
ÚNICA EMISSÃO
08/07/2017 APRESENTAÇÃO
11/07/2017 N° DO CLIENTE
3000985098 N° DA INSTALAÇÃO
1883344

13,57

DESCRÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh) Acréscimo Bandeira AMARELA	30.000.000	0,44854598	13,45
			0,12

13,57

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
90236167	CAT	07/06/2017	5 962,00	06/07/2017	5 968,00	29	1.00000	4,00	



INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal deve ser feito conforme em esquema. No caso de fatura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.anatel.gov.br. O cliente é compensado quando houver descontinuidade individual ou no nível de fornecimento. Pagamento em atraso para a Multa 2% (dois reais e 08 centavos) + Juros 1% m (Lm 10.438-250/04/02), no prazo de 10 dias. Encerramento: Pagamento em atraso para a Multa 2% (dois reais e 08 centavos) + Juros 1% m (Lm 10.438-250/04/02), no prazo de 10 dias. O cliente é compensado quando há descontinuidade do prazo definido para os procedimentos de licenciamento do ICMS conforme Art. 14, da Resolução ANEEL 414/2010. O cliente é compensado quando há descontinuidade do prazo definido para os procedimentos de licenciamento do ICMS conforme Art. 14, da Resolução ANEEL 414/2010.

Não existem débitos de 2016 e anos anteriores. Esta declaração substitui, para comprovação do cumprimento das obrigações contratuais e qualificação dos fornecedores mensais (Art. 4º, Lei 12.007/09). Esta declaração não altera o direito de perseguição judicial contra os débitos nem futuras em discussão judicial que poderão ser constatados após o fim do processo judicial.

CONJUNTO APOD	VALOR APURADO	DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES			níveis de Tensão		
		LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	MÍNIMO
DIC	0,50	10,44	20,88	41,76	220	-20%	231
FIC	1,00	7,74	15,48	30,96			
DMIC	0,50	5,58	0,00	0,00			

Límite DIC: 18,80 EUSD - Valor da Encargos de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 5,85

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



Informações sobre consumo e fornecimento de energia elétrica.



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

Nome: Sebastião A. Sobrinho 37 anos

CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: 208 Leito: 02

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

DATA	EVOLUÇÃO
29/03/17	#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 lâeso de partes moles (Gustillo IIIb) Em uso de fixador externo transarticular em joelho E + punho E + antebraço E Nega DOR, febre e vômitos. Paciente consciente, alerta, orientado. Neurovascular preservado. Diurese e evacuação fisiológicas Conduta: VPM Ja inserido nos Sisreg

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

Dx: Traumatismo Carlos L. Hoquem
Ortopedista CRM - 4017





Sistema Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino 1 Feminino 3

10 - RACA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Vítima de acidente Motociclist. grande lesão em perna e o

membro superior.

Exa - Perda importante com perda óssea e grande lesão na parte media da tibia

Fratura exposta metacarpal, radio distal, ulna distal, ulna diáfise, tibia sobre radio

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Mercenário com...

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Clínica - Radiografia

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Erahn Tbc / fistulosa / Radic / Ulcra

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - N° 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)

Ortopédico e Traumatologista
Comunidade TEST 12341

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTONÔMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

1 / 1

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR





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:
ENF:

Nº REQ:
LEITO:

HISTÓRIA CLÍNICA

C.C. 03:00

Paciente vítima de acidente motociclistico grave.

Apresenta lesão grave em membro inferior esquerdo,
com perda parcial e parte Molar.

Arrouado com grande lesão do membro superior esquerdo
com perda de tendões Molar em mane flexion.

Realizado Desbridamento, limpeza branca, Enxara em
jállis, fundo, Ulva.

PF: Ar control; A+P (clínica / genit); Anamnese familiar
de gravidez da mãe; Sobevel vulva C. Vascular

Dr. Geraldo Gugolin
Médico Traumatologista
CRM/RN 0187 TEOF 13541





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Sebastião Aranys Jahnke Reg. Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: Fratura exposta óssea da perna e fíbula distal (E) Gustilo 3A.

Indicação terapêutica: Com perda óssea e partes moles.

(E) Fratura exposta metacôndilo, rádio distal; ulna diafisar membro i (E) Gustilo 3B, com grande perda de partes moles.

INTERVENÇÃO

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

Operador: Dr. Guilherme Regel

1º Auxiliar: Dra. Nayara

2º Auxiliar: _____

3º 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 Contaminada Infectada

① Foi feita em AOF, sob anestesia geral, (E) limpeza copiosa de ferimento com SF, em perna e anelar (E), remoção de grande quantidade de areia, pedras, pedaços de plantas; (E) Antissepsia, Asepsia (colocação de campo estéril); (E) houve de grande ferimento face antero/lateral do tubo proximal, ± 200° de circunferência, perca de areia, falta de pedaços de partes moles, ósso em região anterior; (E) Balizade montagem de fixadores esterilizados (fechado) (E); (E) Refúgio distal abrigado com pele de peixe; (E) palpável e recente; (E) curativo interno após aproximação do ferimento; (E) Curativo interno; (E) A RPA curvou segundo tempo tubo (E)

0



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

208-2

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

Ficha: 00128409/01
 Data: 28/03/2017 08:40
 Posto: GERAL
 Convenio: CLC-ORTO

Material: SANGUE
 HEMOGRAFIA COMPLETO

Referencias

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 Corpus. Média (HCM)	30 pg	(27 a 31)
Concentração Hemoglobina(CHCM)	33 %	(33 a 37)
RDW	14,3 %	(10,0 a 15,0)

LEUCODGRAMA:

Leucócitos	7.400 /mm ³	%	/mm ³	
Basófilos	0 %	0/mm ³	0 a 1	100
Eosinófilos	1 %	74/mm ³	2 a 5	500 *
Mielócitos	0 %	0/mm ³	0 a 0	0
Metamielócitos	0 %	0/mm ³	0 a 1	100
Rastros	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	300 a 3.500 *
Monócitos	2 %	518/mm ³	3 a 8	120 a 800
PLAQUETAS	715.000 /mm ³		(150.000 a 400.000) *	

HEMATOSCOPIAS:
TRONBOCITOSE:

Material: SANGUE
 UREIA

Referencias

RESULTADO 23 mg/dL (10 a 50)

Método: CINÉTICO-ENZIMÁTICO

Data de Emissão: 28/03/2017

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



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

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

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

Material: SANGUE
CREATININA

Referencias

RESULTADO: 1,80 mg/dl (0,7 a 1,3) ✓

Método: AUTOMATICO.

Data de Emissão: 28/03/2017

Dra. NUBIA D'ARCO CRF-1396
Dr. FABRICIO TAVARES CRF-2989



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=2002120932283780000051391765>
Número do documento: 2002120932283780000051391765

Num. 53303560 - Pág. 6

Dalee 25/05/11

{(5d) T 144
} 030801001-9

SUS		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 HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS		120	382	5.112	
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		CNES:		5314267	
Identificação do Paciente		DATA DA INTERNAÇÃO			
NOME DO PACIENTE		17/05/2017			
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				99924-0782	
NOME DO RESPONSÁVEL				TELEFONE DE CONTATO/ Nº DO TELEFONE	
OSCARLINA MARIA DE JESUS BORGES				99645-8196	
ENDEREÇO,RUA,Nº, BAIRRO					
SÍTIOS MALHADA DA JUREMA Nº 5					
MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA		UF	CEP		
TABULEIRO GRANDE		RN	59840-000		
IDENTIDADE	ÓRGÃO EMISSOR	Nº CPF		COR	
11.803.617	ITEP	049110856-73		P	
RELIGIAO	PROFISSAO	ESTADO CIVIL			
CATÓLICO	PEDREIRO	OUTROS			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
<p><i>• Enfome do braço esquerdo e dor na mão</i></p> <p><i>frio intenso. Comunica</i></p>					
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO					
<p><i>Rx de braço e a mão</i></p>					
PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)					
DIAGNÓSTICO INICIAL		CID 10 PRINCIPAL		CID 10 SECUNDARIO	
<i>Friofone do pulso e a mão</i>					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
<p><i>Frío intenso. Consultar</i></p>					
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. ASSISTENTE/PROFISSIONAL REGISTRO DO CONSELHO			
<i>José Roberto de Almeida</i>	17/5/2017	<i>CRM 1517 CRM 130.000.000</i>			
46. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	47. CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	52. Nº AUTORIZAÇÃO INTERNACAO HOSP.			
DR ROBSON ALMEIDA					
48. DOCUMENTO	49. Nº DOC. (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADO				
17/5/2017					
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**



HISTÓRICO CLÍNICO E DENTAL

LEITO: 120 SERVIÇO: 4

Duccarle agnese eto olo fumfum e dae uccidere subito
espendo e inciato cattura ex quinde aonfido neli
servizio fore. Nonche uenti Cittadini.

CRM 1511 CRM 1511 CRM 1511 CRM 1511 CRM 1511 CRM 1511

ASINATURA E CABIMBO DO MÉDICO

ASINATURA E CARIMBO DO

CRM 1511 CAF. 138.199.844-49

Mindice

CRM 1511 CPS. 132.199.844-10

CRM 1511 CRM 1511 CRM 1511 CRM 1511 CRM 1511

ASINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ASINATURA E CABIMBO DO MÉDICO

ASINATURA E CARIMBO DO



Z 478

SUS Sistema Único de Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/ AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		HOSPITAL ESTADUAL JOÃO GOMES SARTORIO
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>Joséfa Araújo Schmidts</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)			
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
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL (AIS)			
26.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>Retirada de fôraderas</i>	27.CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>04080603-60</i>		
28.SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	e inimis est.		
<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		
32.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33. CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
35.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36. CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
38. JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			
<i>Retiradas</i>			
PROFISSIONAL SOLICITANTE			
39.NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	40. DATA DA SOLICITAÇÃO <i>01/01/2020</i>		
41.DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	42.Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	43.ASS. E CARIMBO(Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>CRM 3380</i>	
AUTORIZAÇÃO			
44.NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	45.CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	46. DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>/ /</i>	
47.DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	48.Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	49.ASS. E CARIMBO(Nº DO REGISTROS DO CONSELHO)	





SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS



BOLETIM OPERATÓRIO

Nome: Sebastião Araújo Sobrinho Reg. _____

Diagnóstico pré-operatório: Fratura dos ossos doídos + fratura do

Indicação terapêutica: Retirada de fixador externo

INTERVENÇÃO

Inicio: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador: Dr Kleidson

1º Auxiliar: Dr Joao

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 + coupoz
3. Retirada de fixador externo em ossos doídos e
4. Retirada de fixador externo em ombro e
5. Curativo.

JOAO BATISTA FERNANDES NETO
OPROPEM - TRAUMATOLOGIA
02/02/2020



PAÇIENTE:	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	Dietas hídrica			
2	Coluna sublata nos aue - on com 100g de 100g de suco	600ml	(20)	(28)
3	Colofox 30mg - on duas 100ml	600ml	SN	
5	Paracetamol - 100mg + 100mg	100ml	600ml	SN
6	Interd - 100mg + 100mg	100ml	100ml	SN
7	Selcovi 100mg + 100mg	100ml	Ratinha	
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
CONTINUA NO VERSO				



*de ea
10/07/11*

SUS		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS
Identificação do estabelecimento de Saúde		LEITO	FIA	Nº DO PRONTUÁRIO
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS		122	438	R
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
700.015.826.925.339	24/01/1981	36	M	P
NOME DA MÃE		TELEFONE DE CONTATO/ Nº DO TELEFONE		
MÍRA MARIA DA SILVA		99952-6046		
NOME DO RESPONSÁVEL		TELEFONE DE CONTATO/ Nº DO TELEFONE		
ADRIANO SILVA LUCENA		99935-4750		
ENDERECO, RUA, Nº, BAIRRO				
S1. ATALHADA DA JUREMA, Nº 56- ZONA RURAL				
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		UF	CEP	
MAGALHÃES GRANDE		RN	59.840-000	
IDENTIDADE	ÓRGÃO 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				
<i>Fratura M1E</i>				
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO				
<i>Acima citados</i>				
PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)				
<i>Anamnese + exame</i>				
DIAGNÓSTICO INICIAL		CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	
<i>Fratura de M1E</i>				
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				
<i>Internação</i>				
29. CLÍNICA	30. CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31. DOCUMENTO () CNS X CPF	32. Nº DOC.(CNS/CPF) PROF. SOLICIT./ASSISTENTE <i>g1058353403</i>	
Hospital Estadual	euvinha		33. NOME DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Ana Paula F N faias</i>	
34. DATA DA SOLICITAÇÃO 06.06.14		35. ASSIN. E CARIMBO(Nº REGISTRO DO CONSELHO) <i>JN</i>		
AUTORIZAÇÃO				
46. NOME DO PROF. AUTORIZADOR DRº ROBSON ALENCAR		47. CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	52. Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
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 Jobim IDADE: 36
SÉRIE: 177 SERVICO:

Paciente vitima di accidente
di moto con frattura di M1E 1a 3 mesi
senz'emicrania

173

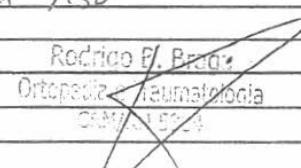
06

DE 00

DE P

ASINATURA 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						
ENDERECO:	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							
<p>Pela autorização da fto curango de prontuário da tuba E.</p> <p>Exame da mucosa nasal, sem ganas no s: PAS.</p> <p>Reuni alta hospital provisória, com antágico de infarto dia 10/06/17 pr fto curango de perfura da membrana m 152</p> <p style="text-align: right;">  Rodrigo F. Braga Ortopedia e Traumatologia SEMAS/ES/2014 </p>							

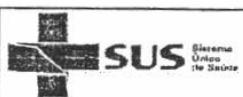
NASC.

DE

DE

ASINATURA 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 <i>Sebastião Araújo Soárez</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)

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

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL (AIS)

26.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>Placa SCP 9.5mm estreita</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 <i>fixação da fratura da fibia</i>	30. CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31.QTDE <i>1</i>
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

fixação da fratura da fibia

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39.NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	40. DATA DA SOLICITAÇÃO <i>/ /</i>			
41.DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	42.Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>11111111111111111111</i>	43.ASS. E CARIMBO(Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Neto CRM 3300</i>		
AUTORIZAÇÃO		44.NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	45.CÓD. ÓRGÃO EMISOR	46.DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>Dr. Kleidson Batista CRM 632</i>
47.DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	48.Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	49.ASS. E CARIMBO(Nº DO REGISTROS DO CONSELHO) <i>CRM 4000</i>		





SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS



BOLETIM OPERATÓRIO

Nome:

Sébastião Araújo Sobrinho

Reg.

Diagnóstico pré-operatório:

Pseudo-estrose da fibis e

Indicação terapêutica:

Trat. cirúrgico pl. pseudo-estrose da
fibis e

INTERVENÇÃO

Inicio: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador:

Dr Kleidson

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Adélia

Anestesista:

Dr 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. Automação + canula
3. Incisão em região anterior de perna e
4. Exposição da fratura da tibia e
5. Liti pele dos fragmentos, abertura do canal, regravação do foco.
6. Redução da fratura
7. Fixação com placas + parafusos
8. fechamento do ferido por planas
9. Ternifiss

Dr. Kleidson BASTOS
ORTOPEDISTA
CRM 6421

CRM 3200

COT 6532



PAUTA DE CONSULTA		PACIENTE: MARIANE MACHADO		DATA: 05/06/2017	
LEITO: 112		PRESCRIÇÃO MÉDICA		C. VERNAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA HOSPITAL ESTADUAL DR. RUI FERREIRA DOS SANTOS	
1	PLA-TO.	DATA:	EVOLUÇÃO	DIAGNÓSTICO	MEDICAMENTOS
2	DIPENFENO 400 MG C/60	05/06/2017			
3	SZV				
4					
5					
6					
7					
8	09/06/2017				
9	(3) Dente larv	SND			
10	Drenagem gho - 600 ml, V.D. atá	IN	24/06/2017		
11	ab/obras na dent				
12	(3) SSV + eccl				
13					
14	(3) fissura por amniata				
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					

EVOLUÇÃO MÉDICA

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	
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):

*Re com dente + no rosto
polifloral - Trotem expor
Perna e ombro*

Lesões ou afecções encontradas

Br que resulta

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

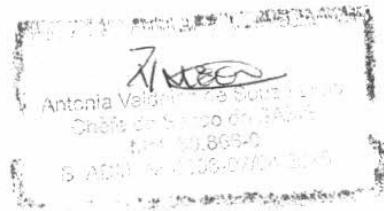
*Folha expor Perna +
ombro*

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora:

19:38

CRM



HOSPITAL DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE
AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM O ORIGINAL
Pau dos Ferros-RN 12/02/2020





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

REGISTRO N°

2596.151

SUS: 707.0058.2632.5339

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: SEBASTIÃO ARAÚJO SOBRINHO D.N. 24.01.81 Idade: _____
Profissão: _____ Cartão SUS n° _____
Endereço: Rua: RATIMUÍRA ARAÚJO S/nº Bairro: _____
Cidade: TABULEIRO GRANDE U.F. RR Fone: _____
Relação: Mae: MARIA DA SILVA Pai: FERD. ARAÚJO DA SILVA

Data: 21/03/19 Hora: 2:21:34 A.C.C.R.: AMARELO

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

História: Trabalhador doméstico, trazido de Pau dos Ferros, com história de acidente motociclístico (colisão motociclo) na + 8 horas. Ruptura ingesta de bebida alcoólica. Neve perda de consciência, náuseas, vômitos em estufa. Neve alívio medicamentoso.

Primo dae em membro superior e inferior esquerdo.

EXAME FÍSICO

Rugikan estadio gnd. rgl. supnico.

A= Nas costas: perior. sem maculigas

B= MUG. n/eletricamente

C= Hemodinamicamente estabil

D= ECG & Pupas viscerais e fotorreagentes

E= Abdome pleno, flácido, indolor

F= Descolamento em face, lateral do abdome e difusamente pelvis membros superiores e inferiores

Fratura exposta em antebraço e perna esquerda

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

Re trauma.



Data: 11/02/14

Hora: 23:00

Solicito: Rx de dorão AP
Rx de bocas AP
Rx de membro sup. E.
Rx de gorda e pe E.
Bucal da ortopedia

I - PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO	VIA	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
- 10/02/14 - 23:00	- Rx de dorão AP			
	- Rx de bocas AP			
	- Rx de membro sup. E.			
	- Rx de gorda e pe E.			
	- Bucal da ortopedia			

DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S)

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

() ALTA DO PRONTO SOCORRO () INTERVENÇÃO HOSPITALAR () TRANSFERÊNCIA () OUTROS (Descrever)
serviços:

Ita: / /

Hora: :

Identificação Médica



Nome: Silvantiene Areanijo Sojourne
REGISTRO:
AVIMENTO:
LEITO:

GOVERNO DO ESTADO DO RN
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS
DATA: 08/10/2017

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO/ASSINATURA						
1	Dia	Manhã	S/N			
2	SE 09h - 2000ml IV, em 24h	12	22	30	42	
3	Cefalotinica 4g + 10ml NBS	11h00	12	18	24	36
4	Tremox 100mg + 10ml NBS	12h00	14	22	26	
5	Dünidren 100mg + 08ml NBS	13h00	14	22	26	
6	Voltaren 75mg IV, 12h00	14h00	15	25	35	
7	SS UV + CCG 6	15h00	17			
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						



<p><i>João Batista Fernandes Neto</i></p> <p>Leito:</p> <p>DATA: <u>12/06/2017</u></p>		<p>GOVERNO DO ESTADO DO RN</p> <p>HOSPITAL ESTADUAL DR. RUI PEREIRA DOS SANTOS</p>																																																																																																																				
<p>PRESCRIÇÃO MÉDICA</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>HD:</th> <th>Sintomas</th> <th>Exames</th> <th>Medicamentos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>11</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>13</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>14</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>15</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>16</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>17</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>19</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>21</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>22</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					HD:	Sintomas	Exames	Medicamentos	1					2					3					4					5					6					7					8					9					10					11					12					13					14					15					16					17					18					19					20					21					22				
	HD:	Sintomas	Exames	Medicamentos																																																																																																																		
1																																																																																																																						
2																																																																																																																						
3																																																																																																																						
4																																																																																																																						
5																																																																																																																						
6																																																																																																																						
7																																																																																																																						
8																																																																																																																						
9																																																																																																																						
10																																																																																																																						
11																																																																																																																						
12																																																																																																																						
13																																																																																																																						
14																																																																																																																						
15																																																																																																																						
16																																																																																																																						
17																																																																																																																						
18																																																																																																																						
19																																																																																																																						
20																																																																																																																						
21																																																																																																																						
22																																																																																																																						

EVOLUÇÃO MÉDICA

João Batista Fernandes Neto

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/2017

12/06/

*Sebastião Bráulio Sobrinho
21/07/17*

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
Identificação do estabelecimento de Saúde NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS		LEITO	FIA	Nº DO PRONTUÁRIO	
		124	478	R	
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		CNES:	5314267		
Identificação do Paciente		DATA DA INTERNAÇÃO			
NOME DO PACIENTE		20/06/2017			
<i>Sebastião Bráulio Sobrinho</i>					
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	ÓRGÃO 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					
<i>Fratura em MSE</i>					
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO					
<i>Reim a citado</i>					
PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)					
<i>Anamnese + exame</i>					
DIAGNÓSTICO INICIAL		CID 10 PRINCIPAL		CID 10 SECUNDÁRIO	
<i>Fratura em MSE</i>					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
<i>Internação</i>					
29. CLÍNICA <i>médico</i>	30. CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>Unifuncional</i>	31. DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF	32. Nº DOC.(CNS/CPF) PROF. SOLICIT. /ASSISTENTE <i>010 58353403</i>		
33. NOME DO PROF. SOLICITANTE/ ASSISTENTE <i>Ana Paula FN faias</i>	34. DATA DA SOLICITAÇÃO <i>20.06.17</i>	AUTORIZAÇÃO	35. ASSIN. E CARIMBO(Nº REGISTRO DO CONSELHO) <i>DR. Ana Paula F. N. Faias</i>		
46. NOME DO PROF. AUTORIZADOR <i>DRº ROBSON ALENCAR</i>	47. CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	52. Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
48. DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	49. Nº DOC. (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
50. DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>/ /</i>	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:			
<p>Paciente vítima de acidente de moto no 4 mês com fratura de MIE e MIE. Estive internado neste hospital para cura da MIE e retorno agora para realizar cirurgia de MIE.</p>					
<p><i>[Large blank area for notes or signatures, with a large diagonal line drawn through it]</i></p>					
<p style="text-align: right;">Assinatura F. N. Fariae Belo Horizonte - MG CRMZ</p> 					
<p>ASINATURA E CARIMBO DO MÉDICO</p>					

NATAL, 20 DE 06

DE 17



		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:	ÁREA 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							
<p style="text-align: right; transform: rotate(-45deg);">Fidejuntado m/ávor</p>							

NATAL,

DE

DE

ASINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		HOSPITAL ESTADUAL INTERNAÇÃO ESPECIAL
Identificação do estabelecimento de Saúde				2-CNES
1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				
3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4-CNES
Identificação do Paciente				Nº DO PRONTUÁRIO
5. NOME DO PACIENTE <i>Sebastião Araújo Soárez</i>		8. DATA DE NASCIMENTO / /		9. SEXO MASC. <input type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>
7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE(CNES)				11. TELEFONE DE CONTATO DDD ()
10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				
12. ENDERECO(RU/ , Nº, BAIRRO)				
13. MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA		14. CÓD. IBGE MUNICÍPIO	15. UF	16. CEP.
17. NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR(AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
18. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO-ANTERIOR <i>Ontes na interna de Urticaria</i>		19. CÓD. DO PROCEDIMENTO-ANTERIOR		
20. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO-MUDANÇA		21. CÓD. DO PROCEDIMENTO-MUDANÇA		
22. DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fractura de</i>		23. CID 10 PRINCIPAL <i>552.</i>	24. CID 10 SECUNDÁRIO	25. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL (AIS)				
26. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>Treatmento cirúrgico</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 <i>Paciente apresentando sequelas de fraturas - lesões de tratamento em mês</i>				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
39. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40. DATA DA SOLICITAÇÃO / /		
41. DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		42. Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE I I I I I I I I I I I I	43. ASS. E CARIMBO(Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
AUTORIZAÇÃO				
44. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO		45. CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	46. DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	
47. DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		48. Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	49. ASS. E CARIMBO(Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr Kleidson Bastos ORTOPÉDISTA CRM 4421</i>	



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 consórcios, 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 Araujo Sobrinho, branqueiro, endereço RG: 11.903.617
e CPF: 049.110.856-43, residente e domiciliado Sítio Malha-
da Juventude, 23, 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 Araujo Sobrinho
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 comígido, 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 Araujo Sobrinho
OUTORGANTE



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

PERMISSÃO

X/Notaria
SARAH MELLO
ESTA COPIA FOI FEITA POR
HOSPITAL TARCISO DE VASCONCELOS MAIA

108 - 2

18'9803

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital a realização na pessoa de JOÃO BATISTA FERNANDES NETO Reg. No _____, necropsia, amputações e outras intervenções e outros exames que se fizerem necessários.

Declaro, outrossim, que nenhuma pressão pelos 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 05/04/11

Assinatura

JOÃO BATISTA FERNANDES NETO
Assinatura

Data: 11 de 03 de 2012

Paciente ou Responsável





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

PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO		
Name:	<u>SÉBASTIÃO</u>	<u>REGISTRO</u>
Idade:	<u>36</u>	<u>Nº Reg.</u>
Pai:	<u>JOAQUIM</u>	<u>Estado Civil:</u>
Mãe:	<u>MARIA</u>	<u>Profissão:</u>
Endereço:	<u>RUA ALFREDO</u>	<u>CEP:</u>
End. Responsável:	<u>ALFREDO</u>	<u>Cidade:</u>
Serviço:	<u>Urgência</u>	<u>UF:</u>





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

DME
SERVIÇO:

Sebastião Araújo Sobrinho

IDADE:
ENF:

Nº REG:
LEITO:

HISTÓRIA CLÍNICA

C.L. 03:00

Presente trauma de audito motorizado grave.

Apresenta dorão grave em membro inferior esquerdo,
com perda gás e parte Molar.

Arrouado é grave dorão de membro superior esquerdo
com perda de tendões Molar em maior flexão.

Realizado febrejamento / limpeza / feracor em
jolhos, bumbos, Ulva.

CP: At control; A+B (clínica / genet); Anamnese
de gravidade da dor; Solnt avale C. Vanculos

JOAO BATISTA FERNANDES NETO
Medicina e Traumatologia
CRM/RN 6187 | TEOF 13541

WDS OX DTK





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Sebastião Araújo Júnior Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório: Fratura exposta ossos da perna e fíbula dura (1) (Gutella) (2)

Indicação terapêutica: com perda óssea e partes moles.

(1) Fratura exposta Metacárpio, rádio dura; ulna diafise membro: (2) Gutella 38; com grande perda de partes moles.

INTERVENÇÃO

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

Operador: Dr. Guilherme Rigo

1º Auxiliar: Dra. Nayara

2º Auxiliar: _____

3º 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 ampolha geral; (2) limpou copos de fermento com SF. sem perna e malfuncional, remoção de grande quantidade de areia, pedras, pedaços de plantas; (3) Antinevrax, Aneprox (colocação de tampones estériles); (4) limpeza de grande fermento face antero/lateral da tibia proximal, ± 200° de circumflexa, remoção de areia, falta de pedaços de partes moles, ósso em região anterior; (5) realizada montagem de fixação extensa transfixando joelhos (1); (6) higienização contínua abrangendo com pulso pediátrico TP palpável e presente; (7) curativo estéril após aproximação do ferimento; (8) curativo estéril; (9) ~~AAA~~ curativo Segundo Temporário (1)

0





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Sebastião Araújo Júnior Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório: O Fratura exposta heterópica, radio distal, sobre

Indicação terapêutica: dissecção membro : () 1 - 2º Tempo

INTERVENÇÃO

Início: 00:40 Fim: 02:10 Duração: _____

Operador: Dr. Guilherme

1º Auxiliar: Dra. Mayra

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: Willy

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 () Contaminada () Infectada
- (1) lavado em DPT, solo raquimato; (2) grande lesão de partes moles em face volar da antebraço proximal com ferimento em L + 10cm com importante edema; (3) Antitimp, Anág, Colocação de tampon aberto; (4) Novo Periodontal. Novo lymphy caprou const;
- (5) Montagem do fixador externo linear em ulna com utilização de pinos shay 5,0 (Anátema dos rebicos de fixador menor); (6) Montagem de fixador externo para punho; (7) Derrida; grande edema em antebraço operatório por plano; (8) curativo interno; (9) Infusão distal adequada;
- (10) A.R.A

Dr. Guilherme Araújo Paganin
Ortopedia e Traumatologia
TURMA 2007 EOT 1551

(7)





EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Sebastião A. Sobrinho Leito: _____

DATA	EVOLUÇÃO
11/03/17	A POI de Fixação estivera transantricular geléth (E) - Foratura expost comum, perda óssea, perda parte mole do tejido pulmonar, ferida dital - Gengivite 3A.
	A PCJ de Fixação estivera de punho (E), antebraço E - Fratura metacarpal exposta, rádio dital exposto, ulna dis- talis com grande lesão de parte mole em região anterior antebraço (E) - Gengivite 3B

PRESCRIÇÃO

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
	houidamoxil 3/ mês interno			
	(1) AFB (clínica / geng.) Analges curativo, crema familiariz. da gravidade da ferida. Meios percutâneos por fisiq adequado relat avaliação de L. Vassoura.			
①	Diet (E) líquido			
②	SF 0,5% 500 ml (E) 8/8h			
③	Luminol 1g + 10 ml SF (E) 6/6h			
④	Tramadol 150 mg / mds (E) 8/8h uso + par SF			
⑤	Umidamoxil 600 mg + 100 ml SF - (E) 6/6h			
⑥	Fentamoxil 750 mg / + 100 ml SF - (E) 1x dia			
⑦	Curath 2x dia			
⑧	Alginato perfurado membran			
⑨	Análise L. Vassoura			
⑩	FRG - SSVT CGZ			
	Assinatura: Cláudia Ribeiro Medicina e Traumatologia CRM/RN 0467 TEOT 13541			





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
16/03/17	#4º 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 lâeso de partes moles (Gustillo IIIb) Em uso de fixador externo transarticular em joelho E + punho E + antebraço E Refere dor em membro à inobilização e febre. Nega vomitos Paciente consciente, alerta, orientado. Neurovascular preservado. Diurese fisiologica e constipado ha 5 dias

DATA	PREScriÇÃO	HORÁRIO
1	Dieta VO branda	5ND
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 a cada 4hs	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	Oleo mineral 10ml VO 8/8h	(Saracura)

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

Seus Novos Habil. et UFRN





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: 203 Leito: 02
DATA DE ADMISSÃO: 11/03/2017 Procedência: Tabuleiro Grande

DATA	EVOLUÇÃO
25/04/17	#14º DIH: Frx de MTF E + Frx exposta de perna E + Frx exposta de MTC E + Frx de punho E + Frx exposta de ulna E com grande lâsio de partes moles (Gustilo IIIb) Em uso de fixador externo transarticular enjoeim E + polco E + antebraço E

Refere dor em membro é mobilização. Ha secreção sanguinolenta em MTF. Nega febre e vômitos.
Paciente consciente, alerta, orientado.
Neurovascular preservado.
Diurese e evacuação fisiológicas.

Conduta: VPM
Ja inseridono Sistec

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	Dieta VC branca	06 20 56
2	SF 0,9% 600ml EV 3/8h	06 20 56
3 D14	Clindamicina 300mg EV 08h 12h 16h	06 20 56
4 D14	Gentamicina 80mg EV 08h da 16h	06 20 56
5	Dipirona 500mg/ml 2ml - 4BD 08h 12h 16h fixo	06 20 56
6	Glibenclamida 5mg 08h 12h 16h antes do almoço e janta com a refeição	06 20 56
	Tramal 50mg/ml - 100ml SF 0,9% E 7h 8h SI	18h
7	Heparina 500UI SC 12h	14h
8	SSVV-CCGC	10h

Kelerte GURGEL
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6766 - TEOF 14295



**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	#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 lâeso de partes moles (Gustilo IIIb) Em uso de fixador externo transarticular em joelho E + punho E + antebraço E
	Nega DOR, febre e vômitos. Paciente consciente, alerta, orientado. Neurovascular preservado. Diurese e evacuação fisiológicas	03/04/2017 ACADEMIA CLÍNICA/CCGG
	Conduta: VPM Ja inserido nos Sisreg	03/04/2017 ACADEMIA CLÍNICA/CCGG
DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	Dieta VO branda	SND
3	Dipirona 40 gotas VO 6/6h S/N	SN
4	Glibenclamida 5mg 1cp VO 12/12h, antes do almoço e jantar (com a família)	JC 06
5	Tramal 50mg/ml + 100ml SF0,9% EV 8/8h S/N	SN
6	Heparina 5000UI SC 12/12h	10 22
7	SSVV+CCGG	

Ansicht

Aerson On Six on Two

DR. VIEGAS
ORTOPEDICO
CRM 5001



SECRETARIA DO ESTADO DO SUL GRANDE DO NORTE
SESAF - Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Regional Farroupilha de Vassouras - RJ

CRO

FIGA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

11/03/17	
DATA DE ENTRADA	HORA

Nome do Usuário:

Sebastião Araújo Sobrinho Tabolino Gado Rj
Francisco Araújo de Silveira
Rita Maria da Silveira

Nascimento:

24/01/1981

Rua Paimundo Araújo

S/N

Tabolino Gado Pedro

9874-5723

704005826925339 049110856-73 11803.617

Ricardo Araújo de Lima 99879-5723



Q3

Q2

Q1

NORMAS E
ROTINAS

ORIENTAÇÃO

Acidente de Moto - Politracma

Emergência

208-02

Despesas:

12/03/17

Edza Gengif



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	Valor da Taxa de Processamento	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, §3º), 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).



Assinado eletronicamente por: EDILSON CHAVES DE FREITAS - 12/02/2020 13:35:20
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021213351983500000051396187>
Número do documento: 20021213351983500000051396187

Num. 53309114 - Pág. 1

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.

PORTELEGRE/RN, 12 de fevereiro de 2020

EDILSON CHAVES DE FREITAS

Juiz(a) de Direito

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



Assinado eletronicamente por: EDILSON CHAVES DE FREITAS - 12/02/2020 13:35:20
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021213351983500000051396187>
Número do documento: 20021213351983500000051396187

Num. 53309114 - Pág. 2



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 a 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.tjrj.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**



Assinado eletronicamente por: SANDRA THATIANNY DE FREITAS REGO - 17/03/2020 10:22:52
<https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031710225187300000052370692>
Número do documento: 20031710225187300000052370692

Num. 54353079 - Pág. 1

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 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".

PORTELEGRE/RN, 17/03/2020.

SANDRA THATIANNY DE FREITAS REGO

Chefe de Secretaria



Assinado eletronicamente por: SANDRA THATIANNY DE FREITAS REGO - 17/03/2020 10:22:52
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031710225187300000052370692>
 Número do documento: 20031710225187300000052370692

Num. 54353079 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: SANDRA THATIANNY DE FREITAS REGO - 17/03/2020 10:22:52
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031710225187300000052370692>
Número do documento: 20031710225187300000052370692

Num. 54353079 - Pág. 3



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



Assinado eletronicamente por: SANDRA THATIANNY DE FREITAS REGO - 17/03/2020 10:22:53

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031710225268600000052370693>

Número do documento: 20031710225268600000052370693

Num. 54353080 - Pág. 1

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





Assinado eletronicamente por: JOAO BATISTA FERNANDES NETO - 19/03/2020 14:22:00
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031914220049800000052468471>
Número do documento: 20031914220049800000052468471

Num. 54456769 - Pág. 2