

## PROCURAÇÃO

---

### OUTORGANTE

FERNANDO GOMES DE MORAIS, brasileiro, agricultor, filho de Lucas Moraes e de Raimunda Maria da Conceição portador da cédula de identidade nº 669590 e inscrita no CPF/MF sob nº 378.282.404-06, residente e domiciliada na Av. Lauro Maia, 201, Centro, Lucrécia – RN, CEP: 59805-000.

---

### OUTORGADOS

FRANCISCO GERVÁSIO LEMOS DE SOUSA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN 4778 e ABRAÃO DIÓGENES TAVARES DE OLIVEIRA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN 8511, ambos com escritório profissional situado na Alameda das Carnebeiras 06, Costa e Silva, Mossoró/RN, Cep. 59.625-410, onde receberá as intimações e citação de estilo;

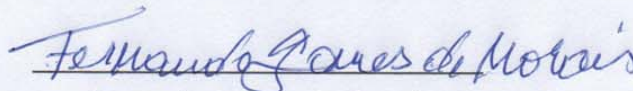
---

### PODERES

A quem concede amplos e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad-judicia*, a fim de defender os direitos e interesses do outorgante perante qualquer juízo, instância ou tribunal, podendo firmar acordos, contestar, recorrer, receber citações e intimações, recorrer e contra-arrazoar, enfim, praticar todos os atos necessários ao cabal cumprimento do presente mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Firmo a presente procuração.

Mossoró/RN, 26 de maio de 2020.



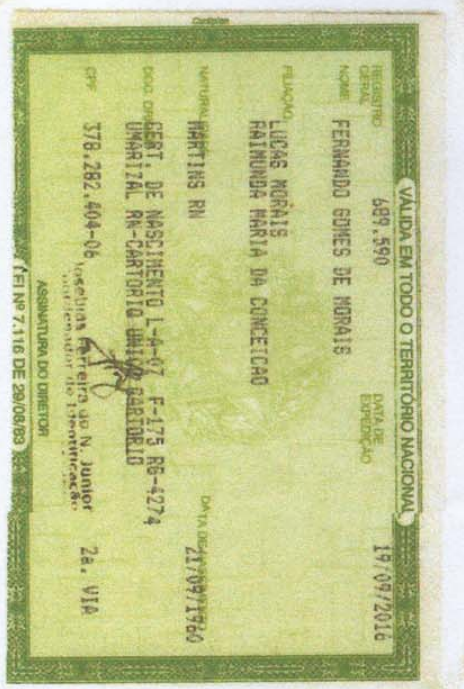
Fernando Gomes de Moraes

CFP nº 378.282.404-06

---

Alameda das Carnebeiras 06, Costa e Silva, Mossoró - RN  
Tel.: (84) 3312-5379/99411-7543/99154-9270  
E-mail: gervasiolemos@bol.com.br/abraodiogenes@yahoo.com.br











Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200087362

Vítima: FERNANDO GOMES DE MORAIS

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FERNANDO GOMES DE MORAIS

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

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200087342

Vítima: FERNANDO GOMES DE MORAIS

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDO GOMES DE MORAIS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15563789

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SVC DPVAT 0800 033 13 04  
Entre em contato conosco







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200087342

Vítima: FERNANDO GOMES DE MORAIS

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FERNANDO GOMES DE MORAIS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50
Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%	
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$ 2.362,50

Recebedor: FERNANDO GOMES DE MORAIS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000000879-6

Conta: 000010021441-X

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200087362

Vítima: FERNANDO GOMES DE MORAIS

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDO GOMES DE MORAIS

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Informamos que o reembolso de despesas médicas e suplementares é avaliado conforme critérios de análise praticados pelo mercado e tendo como limite mínimo os valores constantes na Tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo assim ser ou não reembolsado em sua totalidade, observando-se o limite da cobertura.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15563748







# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 378.282.404-06 4 - Nome completo da vítima: FERNANDO GOMES DE MORAIS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: FERNANDO GOMES DE MORAIS 6 - CPF: 378.282.404-06  
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: AV. LAURO MAIA 9 - Número: 201 10 - Complemento:  
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: LUCRÉCIA 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59.805-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:  
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).  
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0879 6 CONTA: 21 441 8  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ 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 IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

Fernando Gomes de Moraes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019















ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCRÉCIA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Unidade Mista de Lucrécia

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: Leandro Gomes de Moraes Idade: 59  
End: Av. da Unimoraia Bairro: Centro  
Cidade: Lucrécia Sexo: ☒ M ( ) F  
Hora: 15:45 Lucrécia/RN, 0 de Novembro de 2019

História Paciente vítima de acidente moto aleatória apresenta ferida cortante retroauricular direita e lóbio inferior, epistaxe, escoriações edema e erupção no mão direita.

Exame Físico Paciente com BEE, consciente, corado.  
A. c. a. c. a. p. t. c. a.  
M. M. r. e. m. A. H. T. S. a. t. o. e. 98/60 de ambiente.  
C. que nascauclis e t. m. i. c. o. e. r. e. g. u. l. a. t. o. e. m. e. t.  
D. g. e. o. g. r. a. f. i. c. a. s. i. n. t. e. r. i. c. a. s. e. f. a. b. u. l. a. n. d. o.  
E. s. i. n. t. e. r. i. c. a. s. e. f. a. b. u. l. a. n. d. o.

T.A. 120 x 90 MMHG Pulso: 88 Respiração Temp:

Diagnóstico Provisório Trauma mão D.

Conduta  
Voltagem 75mg JLI  
Quimioterapia 15mg JLI  
Imobilização  
Suturas

Observação de Enfermagem

- ( ) Retirou-se por decisão Médica  
( ) A pedido  
( ) À revelia  
( ) Óbito Data    /    /   , às    hs.

TRANSFERIDO

Do Hospital e Maternidade Maria Lalá da Costa

Para: Hospital

Região de  
Pau dos Sinos

\_\_\_\_\_  
Chefe de plantão

\_\_\_\_\_  
Médico Carimbo

\_\_\_\_\_  
Responsável

Dra. Rafaelly de Moraes  
Médica  
CRM/RN 8850





Ocorrência Plantão 10.11.19 das 7:00 as 19:00  
 Recebemos o setor c/ 01 Pte & Isaias Neto de medeiros  
 segue TTT clínico apresenta melhora nas aguarda resu-  
 ludo de exame RM. AS 15:45 deu entrada neste  
 setor hospitalar o senhor & Fernando Gomes de mor-  
 vítima de acidente motociclistico consciente, apresenta  
 cortes dentro da boca lábio inferior, orelha E suspeito  
 de fratura nos punhos D e E foi suturado e medi-  
 cado transferido p/ Pneu dos Ferros p/ avaliação  
 especializada. Tec de enf. que acompanhava...  
 Ivanice. AS 17:00 hs deu entrada neste setor o sr  
 \* Manoel Cleiton da Silva apresentando dor intensa  
 no olho E, lacrimejamento e déficit de visão causada  
 por uma panícula interna o mesmo foi internado  
 p/ TTT clínico. O mais outros atendimentos ambulatoriais

Equipe do Plantão

Motorista - Vanderli

médico - Rafaelly

Vigia - José Dantas

Tec de enf. - M<sup>o</sup> Ivanice

ASD - Rita de Cassio

Tec de enf. - M<sup>o</sup> Francisco

Ocorrência Moturme do Plantão 10.11.19

Pte Isaias Neto de Medeiros refere forte dor na  
 terna foi medicado conforme prescrição médica. Manoel  
 Cleiton da Silva refere dor e lacrimejamento no olho  
 esquerdo continuo foi encaminhado p/ consulta oftalmol-  
 ogica. O mais os atendimentos ambulatoriais.

Equipe do Plantão

Motorista - Vanderli

médico - Rafaelly

Vigia - José Dantas

Tec - M<sup>o</sup> Francisco

ASD - Rita de Cassio

Tec - M<sup>o</sup> Ivanice





# HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Bairro Arcozão, Pau dos Ferros RN, Telefax (84) 3351 - 9848

## BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: FERNANDO GOMES DE MORAIS		TEL:	Nº REG: 440803
Nas 21/09/1960	1-Masculino	Solteiro	AGRICULTOR
Cert.nasc. <input type="checkbox"/> Título <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG <input checked="" type="checkbox"/> Nº		689 590	
Pai: LUCAS MORAIS		Mãe: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO	
Endereço: EGIGIO DIAS		0 CENTRO	LUCRECIA RN
Responsável:		TEL:	
Endereço do Responsável: 84 99625 2874			
Serviço: Urgência / emergência		Enfermaria:	Leito:
Admissão: 10/11/2019	Hora admissão: 18:33	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 ):

Lesões ou afecções encontradas

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora: 18:36

CRM

Assinado eletronicamente por: ABRAAO DIOGENES TAVARES DE OLIVEIRA - 03/06/2020 14:41:31  
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060314413132100000054264907  
Número do documento: 20060314413132100000054264907

HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE  
AUTENTICAÇÃO  
CONFERE COM O ORIGINAL  
dos Formatos





# BOLETIM DE URGÊNCIA

## EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de tórax AP 10/06/2020

Rx de tórax PA 10/06/2020

CONDUTA:

ORTOPEDIA

Recente vítima de trauma com dor em mão direita.  
Ao exame físico: ferida perfurante em 3º falange.  
Ao Rx: fratura 2/3-1/4-1/5 e pulso fraco.  
Ad: traqueia + saturação + imobilização: USDI/MSE.  
Faca splint em mão direita + tala leve com  
Recibe alta com reaturo + curativo + Algodão  
medico.

1) Cefalotina 1g - 02 omp. IV dil.

Dr. José Ferrari de Oliveira  
MEDICO  
CRM-RN 2760-CPF 322.728.334-34

Médico / Carimbo:

DESTINO DO PACIENTE:

Data: / / hora:

Destino: Cl. Médica: ☐ Cl. Cirúrgica: ☐ Cl. Obstétrica: ☐ UTI Adulto: ☐ Pediatria: ☐

Alta Médica: ☐ Alta a pedido: ☐ Alta a revelia: ☐ Transferência: ☐ Óbito: ☐

Médico / Carimbo:

CRM

11/11/20

11/11/20





Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
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 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

Masc

1

Fem

3

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Vítima de trauma com fratura  
2-13-14-15- metacarpo @

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade fixação cirúrgica.

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

PX + exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fratura de metacarpo @ S62.2

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

( ) CNS ( ) CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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







# HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

R. 405, Km 03, Bairro Arizona, Pau dos Ferros RN, Telefax (64) 3351-9849

## BOLETIM DE URGÊNCIA

59

Nome: FERNANDO GOMES DE MORAIS	TEL:	Nº REG: 440803
Nas 21/09/1960 1-Masculino Solteiro AGRICULTOR Cert.nasc. <input type="checkbox"/> Título <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG <input checked="" type="checkbox"/> Nº 689 590		
Pai: LUCAS MORAIS	Mãe: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO	
Endereço: EGIGIO DIAS 0 CENTRO LUCRECIA RN	TEL:	
Responsável:		
Endereço do Responsável: 84 99625 2874		

Serviço: Urgência / emergência	Enfermaria:	Leito:
Admissão: 10/11/2019 Hora admissão: 18:33	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 ):

Def. vítima de Ataque de  
Nasceu com fratura da perna esquerda  
E não direita

Lesões ou afecções encontradas

fratura de punho esquerda + fratura  
do 2º 3º e 4º dedos da mão direita

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

FRATURA DE PUNHO ESQUERDA + FRATURA DE

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

MÃO DIREITA

Hora: 18:36

CRM

Dr. José Ferraz de Oliveira  
MEDICO  
CRM-RN 17160-CPE 312.128.124-34

27/12/19

27/12/19





BOLETIM DE URGÊNCIA

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de 14h D AP / 06h

Rx de 01h 15 Esg AP / 01h 15

CONDUTA:

ORTOPEDIA

Paciente vítima de trauma com dor em mão e pulso.  
Ao exame físico: ferida perfurante em 3º falange.  
Ao Rx: fratura 2-3-14-15 e pulso.  
Cd: Imobilização + sutura + redução + tala.  
Tala splint com redução + curativo + Algodão.  
Recebe alta com curativo + curativo + Algodão.  
Médico.

1) Cefotaxima 1g - 02 comp. IV bid.

Dr. José Ferrari de Oliveira  
MEDICO  
CRM-RN 2760-CPE 322.728 RUA 3A

Médico / Carimbo:

DESTINO DO PACIENTE:

Data: / / hora: :

Destino: Cl. Médica: ☐ Cl. Cirúrgica: ☐ Cl. Obstétrica: ☐ UTI Adulto: ☐ Pediatria: ☐

Alta Médica: ☐ Alta a pedido: ☐ Alta a revelia: ☐ Transferecia: ☐ Óbito: ☐

Médico / Carimbo:

27/12/19  
27/12/19





Código: 314909604

### IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

**Unidade Solicitante:**  
HOSPITAL REGIONAL DR CLEODON CARLOS DE ANDRADE (2409275)  
**Central Reguladora:**  
NATAL

**Op. Solicitante:**  
EDILZA  
**Unidade Desejada:**  
--- (---)

**Data de Solicitação:**  
11.11.2019 - 10:42:32  
**Data Desejada:**  
---

### DADOS DO PACIENTE

**CNS:**  
702000360397582  
**Nome do Paciente**  
FERNANDO GOMES DE MORAIS  
**Nome da Mãe**  
RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO  
**Sexo:**  
MASCULINO  
**Data de Nascimento:**  
21/09/1960 (59 anos)  
**Tipo Logradouro:**  
AVENIDA  
**Número:**  
201  
**País de Residência:**  
BRASIL  
**Telefone(s):**  
(84) 9817-9422 (*Exibir Lista Detalhada*)

**Nome Social/Apelido:**  
---

**Naturalidade:**  
MARTINS - RN

**Raça:**  
PARDA

**Tipo Sanguíneo:**  
---

**Logradouro:**  
LAURO MAIA

**Bairro:**  
CENTRO

**Município de Residência:**  
LUCRECIA

**Complemento:**

**CEP:**  
59805-000

**UF:**  
RN

### DADOS DA SOLICITAÇÃO

**CPF do Médico Solicitante:**

**Diagnóstico Inicial - CID:**  
S622 - FRATURA DO PRIMEIRO METACARPIANO  
**Caráter**

11 - Urgência

**Clínica:**  
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

**Procedimento Solicitado:**  
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPIANOS

**Nome do Médico Solicitante:**  
dra nayara g. souza

**Status da Solicitação:**  
PENDENTE

**Classificação de Risco**  
- Urgência, atendimento o mais rápido possível

**Clínica Complementar:**  
Nenhuma

**Código:**  
0408020377

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

**Principais Sinais e Sintomas Clínicos:**  
VITIMA DE TRAUMA COM FRATURA 2/3/4/5 METACARPO DIREITO/td>

**Principais Resultados de Provas Diagnósticas:**  
RX MAIS EXAME FISICO

**Condições que Justificam a Internação:**  
NECESSIDADE E FIXAÇÃO CIRURGICA

### PARECER

**Motivo de Impedimento do Regulador:**

---

**Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)**

**CRM:**

**Data de Solicitação:**  
11.11.2019 - 10:42:32

Data da Extração dos Dados: 15/01/2020 09:38:07

15/01/202







GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de Saúde Pública  
Hospital Estadual Dr. Ruy Pereira dos Santos



LAUDO MÉDICO

O (a) Sr (a)

apresenta

*Fernando Gomes de Moraes*  
*potência de mão*  
Necessita, a critério do médico perito do INSS, afastar-se de suas atividades laborais.

CID10:

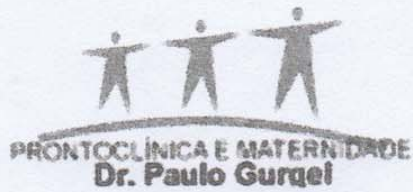
*562*

*16/01/2020*

\*Autorizo informar o diagnóstico







RUA MONTE SINAI, 1948 CID. JARDIM  
FONE: (84) 4008-5000

**ATESTADO**

Atesto para os devidos fins que Fernando  
James de Moura  
necessita se ausentar do Funeral por 60  
1 dois dias, por motivo de  
doença.

C.I.D. M25.5

Natal, 22 de 01 de 2020

Dr. Paulo Gurgel  
Orcamento  
-Cirurgia

Assinatura do médico











Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade

BR 405 - KM 03 - PAU DOS FERROS/RN - (84) 3351-9840/41

Nome:

ATESTADO MEDICO

RECEITUÁRIO

Atesto que o paciente  
FERNANDO GOMES DE  
MORAIS, foi atendido  
neste Hospital com  
FRATURA DE PUNHO ESQ  
E FRATURA DE 1º, 2º, 3º, 4º E 5º DEDOS. NO DIA  
10/11/2017.

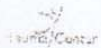
08  
01  
2020

Data:

Dr. José Ferrari de Oliveira  
MEDICO  
CRM-RN 27600 CPF 322.728.634-34







C.N.P.J.: 02.561.150/0001-08

Av Lima e Silva, 1337 - Lagoa Nova - Natal/RN

Fone: (84) 4009-8100 - [www.traumacenter.com.br](http://www.traumacenter.com.br)

Dr(a): HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

## RECIBO

R\$ 100,00

Recebi do(a) Sr(a): FERNANDO GOMES DE MORAIS, CPF:37828240406, a importância de R\$ 100,00 (CEM REAIS), referente a CONSULTA COM O MEDICO ORTOPEDISTA DR HELIO RUBENS, CRM 5500.

nao@

Natal/RN, 30/01/2020

ELAINE CRISTINA







**Prefeitura Municipal do Natal**  
**Secretaria Municipal de Tributação**  
**Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e**  
**Nota Natalense**

Nº da Nota: 0000036031  
Competência: JAN/2020  
Data Prestação Serviço: 30/01/2020  
Nº da Nota Substituída:

Data/Hora de Emissão: 30/01/2020 às 11:17:21

Código de Verificação: 599042039

**Prestador de Serviços**

CPF/CNPJ: 02.561.150/0001-08  
Razão Social: TRAUMACENTER - SERVICOS MEDICO-HOSPITALARES LTDA  
Endereço: AV LIMA E SILVA, 1337, Lagoa Nova, 59075-710  
Município: NATAL  
UF: RN  
Telefone: E-mail:



**Tomador de Serviços**

Nome/Razão Social: FERNANDO GOMES DE MORAIS  
CPF/CNPJ: 378.282.404-06  
Endereço: AVENIDA LAURO MAIA, 201, CENTRO, 59805-000  
Município: LUCRECIA  
UF: RN  
Telefone: E-mail:

**Serviços**

4.03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS

Item	Descrição	Quant.	Vlr. Unitário	Valor Total
1	CONSULTA COM O MEDICO ORTOPEDISTA DR HELIO RUBENS	1,0000	100,00	100,00
Valor Total da NFS-e R\$:				100,00
Deduções (R\$)	Base Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Outras Retenções (R\$)
INSS (R\$)	IRPJ (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)

**Outras Informações**

PROCON/NATAL Instituto Municipal de Prot. e Defesa do Consumidor Rua Seridó, 355, Petropolis, Natal/RN, CEP: 59020-010 Telefones: (84)3232-9050: 3232-9052 Carga tributária aproximada dos impostos 18,45% FONTE: IBPT.



Nº \_\_\_\_\_ **RECIBO** Valor **# 250.004**

Recebi (em) de Fernando Gomes de Norais

Endereço Guarizani

A importância de Dezentos e cinquenta reais

Referente à Consulta Orçamentária


Para maior clareza firmo \_\_\_\_\_ o presente.

Pago em 28 de Fevereiro de 2020

Emitente Immanuel S. Paula CPF/RG \_\_\_\_\_

Endereço R. Municipal Alameda - 563

Assinatura \_\_\_\_\_

 Immanuel S. Paula  
CRM 41001-2017-0450

Nº \_\_\_\_\_ **RECIBO** Valor **# 140.004**

Recebi (em) de Fernando Gomes de Norais

Endereço Guarizani

A importância de Quatro e cinquenta reais

Referente à R. de Imun. e R. de Fêmea


Para maior clareza firmo \_\_\_\_\_ o presente.

Pago em 28 de Fevereiro de 2020

Emitente Immanuel S. Paula CPF/RG \_\_\_\_\_

Endereço R. Municipal Alameda - 563

Assinatura \_\_\_\_\_

 Immanuel S. Paula  
CRM 41001-2017-0450







C.N.P.J.: 02.561.150/0001-08

Av Lima e Silva, 1337 - Lagoa Nova - Natal/RN

Fone: (84) 4009-8100 - [www.traumacenter.com.br](http://www.traumacenter.com.br)

Dr(a): HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

## RECIBO

R\$ 100,00

Recebi do(a) Sr(a): FERNANDO GOMES DE MORAIS, CPF:37828240406, a importância de R\$ 100,00 (CEM REAIS), referente a CONSULTA COM O MEDICO ORTOPEDISTA DR HELIO RUBENS, CRM 5500.

nao@

Natal/RN, 30/01/2020

ELAINE CRISTINA





Prefeitura Municipal do Natal  
Secretaria Municipal de Tributação  
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Nota Natalense

Nº da Nota: 0000036031  
Competência: JAN/2020  
Data Prestação Serviço: 30/01/2020  
Nº da Nota Substituída:

Data/Hora de Emissão: 30/01/2020 às 11:17:21

Código de Verificação: 599042039

#### Prestador de Serviços

CPF/CNPJ: 02.561.150/0001-08 Inscrição Municipal: 132.895-6  
Razão Social: TRAUMACENTER - SERVICOS MEDICO-HOSPITALARES LTDA  
Endereço: AV LIMA E SILVA, 1337, Lagoa Nova, 59075-710  
Município: NATAL UF: RN  
Telefone: E-mail:



#### Tomador de Serviços

Nome/Razão Social: FERNANDO GOMES DE MORAIS  
CPF/CNPJ: 378.282.404-06 Inscrição Municipal:  
Endereço: AVENIDA LAURO MAIA, 201, CENTRO, 59805-000  
Município: LUCRECIA UF: RN  
Telefone: E-mail:

#### Serviços

4.03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÓMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS

Item	Descrição	Quant.	Vir. Unitário	Valor Total
1	CONSULTA COM O MEDICO ORTOPEDISTA DR HELIO RUBENS	1,0000	100,00	100,00

Valor Total da NFS-e R\$: 100,00

Deduções (R\$)	Base Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Outras Retenções (R\$)
	100,00	5,00	5,00	
INSS (R\$)	IRPJ (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)

#### Outras Informações

PROCON/NATAL Instituto Municipal de Prot. e Defesa do Consumidor Rua Seridó, 355, Petropolis, Natal/RN, CEP: 59020-010 Telefones: (84)3232-9050; 3232-9052 Carga tributária aproximada dos impostos 18,45% FONTE: IBPT.







PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Vara Única da Comarca de Almino Afonso  
Rua Antônio Joaquim, 184, Centro, ALMINO AFONSO - RN - CEP: 59760-000

Processo n.: 0800462-12.2020.8.20.5135  
Parte autora: FERNANDO GOMES DE MORAIS  
Parte ré: SEGURADORA DPVAT

**DESPACHO**

1. Recebo a inicial e defiro o pedido de gratuidade de justiça.

2. Com o advento do Novo Código de Processo Civil, a audiência de conciliação/mediação passou a constituir regra em todos os processos, ressalvadas pontuais exceções (CPC, art. 334, §4º). Essa mudança se coaduna com o espírito não litigioso do novo diploma processual, que dá ênfase à solução pacífica do processo como o melhor caminho para ambas as partes, sem contar na busca pela rápida solução do problema, máxima do princípio constitucional da celeridade processual (CF, art. 5º, LXXVIII).

3. A par das exceções legais, existem casos em que a audiência de conciliação se mostra completamente inútil antes da realização de perícia, eis que o objeto da lide vem a ser delimitado somente após a produção dessa prova. Ou seja, as partes não possuem conhecimento da abrangência do objeto, dificultando e até mesmo impossibilitando a realização de acordo nesse primeiro momento.

4. Diante desse contexto, a melhor solução é postergar a audiência conciliatória, evitando o trabalho inútil do Juízo. Inclusive, esse posicionamento, antes de contrário ao princípio da celeridade processual, vem ao seu encontro, tendo em vista que as partes e o Juízo somente serão chamados para uma conciliação quando a causa se apresentar mais madura e em momento apto a permitir a conciliação/mediação.

5. Sendo assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação.

6. **Cite-se** a parte ré para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos deduzidos na inicial.

7. Após, **intime-se** a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar manifestação, caso queira, acerca da contestação, inclusive sobre as provas relacionadas a eventuais questões incidentais.

8. Verificada a necessidade de perícia médica, nomeio o **Sr. FÁBIO GONDIM NEPOMUCENO, Médico Ortopedista, inscrito no CRM/RN n. 5.429**, para exercer a função de perito nos autos do presente feito, fixando desde logo os honorários no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), nos termos do Convênio n. 001/2013, firmado pelo TJ/RN e a Seguradora Líder dos Consórcios de DPVAT S/A, mediante termo de compromisso, devendo o profissional cumprir escrupulosamente o encargo, nos termos do disposto no art. 466 do Código de Processo Civil.

9. Formulo os seguintes quesitos:



- i) Quais as lesões sofridas pelo autor?
- ii) As lesões decorreram de acidente de veículo?
- iii) Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente?
- iv) Totalmente ou em parte?
- v) Em que percentual?
- vi) Das lesões resulta incapacidade para o trabalho?
- vii) A incapacidade é temporária ou permanente?
- viii) Das lesões resultam redução da capacidade laboral?
- ix) A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta?
- x) No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão para a capacitação laborativa é intensa, média, leve ou residual (mais leve)?

10. **Intime-se** o perito para ciência, no prazo de 05 (cinco) dias;

11. **Intimem-se** as partes para que, no prazo de 15 (quinze) dias, indiquem assistente técnico e apresentem outros quesitos diferentes dos formulados por este Juízo, caso ainda não apresentados.

12. Após apresentado o laudo, **intimem-se** as partes para, no prazo comum de 15 (quinze) dias, se pronunciarem sobre o referido documento. Na mesma oportunidade, intime-se a parte ré para, também no prazo de 15 (quinze) dias, depositar em conta judicial o valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), correspondente aos honorários periciais.

13. Realizado o depósito dos honorários periciais, expeça-se alvará para levantamento.

14. Em seguida, designe-se audiência de conciliação.

15. Finalmente, não havendo acordo, intimem-se as partes para informarem, no prazo de 10 (dez) dias, se pretendem produzir outras provas. Salientando-se que o silêncio importará no julgamento antecipado do mérito.

P. I. C.

ALMINO AFONSO/RN, data registrada no sistema.

BRUNO MONTENEGRO RIBEIRO DANTAS

Juiz de Direito

(documento assinado digitalmente na forma da Lei n. 11.419/06)

