ALISON MELO
ADVOGADO
OAB/RN 7.580

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

CARLOS EDUARDO DE SOUZA, brasileiro, solteiro, servente, portador do RG nº 003.643.814 do CPF/MF sob o nº 702.930.334-20, residente e domiciliado na Rua joão Neponuceno de Moura, nº 1148, casa 04, Bairro Alto do Sumaré, Mossoró-RN, CEP 59.633-690. (84 9 9848-7179)

OUTORGADOS:

ALISON MAX MELO E SILVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 7580, com escritório profissional estabelecido na Rua Dr. Almeida Castro, nº 39, Sala 10, Centro, Mossoró-RN. CEP 59.600-040 e **ALISON MAX MELO E SILVA SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA,** inscrita na OAB/RN sob o nº 970 e no CNPJ nº 32.325.715/0001-00, com sede na Rua Dr. Almeida Castro, nº 39, Sala 10, Centro, Mossoró-RN, CEP 59.600-040.

PODERES:

A quem concede amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "AD JUDICIA", especialmente para propor **TODA E QUALQUER AÇÃO** podendo o mesmo praticar todos os atos necessários para o bom andamento do feito em qualquer juízo, Instância ou Tribunal, conferindo-lhes ainda poderes especiais para, confessar, desistir, transigir, firmar compromisso, **RENUNCIAR O EXCEDENTE AO TETO DO JUIZADO NA PROPOSITURA DA AÇÃO**, receber intimações, fazer acordo, receber todo e qualquer pagamento e dá quitação, podendo substabelecer esta em outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bem, firme e valioso. **As partes convencionam a título de honorários advocatícios contratuais a importância de 30% do total do beneficio financeiro obtido.**

Mossoró - RN, 15 de junho de 2020.

Carlos Eduardo de Souza

OUTORGANTE

Rua Dr. Almeida Castro, nº 39, Sala 10, Centro, Mossoró-RN
Telefones: (84) 3314-2500 / 9 9985-8401
E-mail:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Carlos Eduardo de Souza

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
702.930.334-20

Nome
CARLOS EDUARDO DE SOUZA

Nascimento
29/03/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 003.643.814
DATA DE EXPEDIÇÃO: 05/03/2015

NOME
CARLOS EDUARDO DE SOUZA

FILIAÇÃO
GENILDO BERNARDINO DE SOUZA
DIONEIDE VIEIRA DA SILVA

NATURALIDADE: MOSSORÓ RN
DATA DE NASCIMENTO: 29/03/1996

DOC. ORIGEM
CERT. DE NASCIMENTO L-A-149 F-136 NG-69789
MOSSORÓ RN-2 CARTORIO

CPF: 702.930.334-20

Ulisses Bezerra Filho
Coordenador da COID

1ª VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CÓDIGO DE CONTROLE
94C4.0EB9.F78E.4FC9

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:35:32 do dia 19/07/2012 (hora e data de Brasília)
digito verificador: 00

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

COSERN

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150, Bairro Natal – RN, CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
CLICIA NASCIMENTO SOBRAL PONTES

CPF 104.513.304-76

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA [illegible] 1143
CS-04
[illegible]
MOSSORO RN
59633-590

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7015510328	02/2020

DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA LEITURA
12/02/2020	05/03/2020

TOTAL A PAGAR (R$) 63,57

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
[illegible]	[illegible]	[illegible]

ACIONAMENTO	Nº DO MEDIDOR	Nº DA INSTALAÇÃO
[illegible]	[illegible]	[illegible]

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Atualizado [illegible]	[illegible]	[illegible]	24,94
Consumo Atualizado [illegible]	[illegible]	[illegible]	24,58
[illegible]			1,06
[illegible]			4,70
Multa por atraso NF [illegible]			2,12
Multa por atraso NF [illegible]			1,42
Juros por atraso NF [illegible]			1,02
Juros por atraso NF [illegible]			0,53
Atualização [illegible]			2,06
Atualização [illegible]			1,16
TOTAL DA FATURA			63,57

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		78,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
DEZ 19	183	[illegible]
NOV 19	[illegible]	[illegible]
OUT 19	40	[illegible]
SET 19		
AGO 19		
JUL 19		
JUN 19		
MAI 19		
ABR 19		
MAR 19		
FEV 19		

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
PIS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
COFINS	[illegible]	[illegible]	[illegible]

CONTRIBUIÇÃO DO CONSUMO

Energia Elétrica	R$	[illegible]	[illegible]
Transmissão	R$	[illegible]	[illegible]
Distribuição/Comercialização	R$	[illegible]	[illegible]
Encargos de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Encargos Setoriais	R$	[illegible]	[illegible]
Tributos	R$	[illegible]	[illegible]
Total	R$	63,57	[illegible]

TARIFAS APLICADAS

[illegible]

RESERVADO AO FISCO

[illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

MÊS/CONJUNTO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
FIC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
DMIC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V) MÍNIMO	LIMITE DE VARIAÇÃO (V) MÁXIMO
[illegible]		

Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL
Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001022743
1.2 Data de Expedição: 01/06/2020 21.05.57
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 11/05/2020 00.00.00
2.2 Logradouro: AV ALBERTO MARANHÃO
2.3 Número: 3414
2.4 CEP:
2.5 Complemento: MOSSORÓ
2.6 Ponto de Referência: CONVENIÊNCIA DA LOUDINHA
2.7 Bairro: BOM JARDIM
2.8 Cidade: MOSSORÓ
2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: CARLOS EDUARDO DE SOUZA
3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Etnia: PARDO
3.4 Pai: GENILDO BERNARDINO DE SOUZA
3.5 Mãe: DIONEIDE VIEIRA DA SILVA
3.6 Data de Nascimento: 29/03/1996
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 RG: Não informado
3.9 CPF:
3.10 Passaporte: 702 930 334 20
3.11 Nacionalidade: BRASIL
3.12 Naturalidade: MOSSORÓ RN
3.13 Profissão: ENCANADOR
3.14 E-Mail: LISSAMYRELLY9248@GMAIL.COM
3.15 Telefone(s):
3.16 Logradouro: RUA JOÃO NEPONUCENO DE MOURA
3.17 Número: 1148
3.18 CEP:
3.19 Bairro: ALTO DO SUMARÉ

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

As 7;00 estava indo pro trabalho de moto com placa NNX4H69 pela Av Alberto Maranhão perto da conveniência da loudinha no bairros bom Jardim venho a coledir com um carro quebrando o femo fui socorrido pelo Samu e levado pro hospital regional Tarcísio maia.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Comunicante: CARLOS EDUARDO DE SOUZA
Data 01/06/2020 21.15.35

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.
FOI ORIENTADO A PROCURAR A DELEGACIA DO LOCAL DO FATO, PARA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS. A 2ª DRP DE MOSS

Atendimento: 1691368 - WELLIGTON ALVES
Impresso por: WEB em 15/06/2020 11:16:29

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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

CARLOS EDUARDO DE SOUZA
LAUDO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS
FINS QUE O PACIENTE
APRESENTA FRATURA DE
FÊMUR. AGUARDA
CIRURGIA. SUGIRO
AFASTAMENTO LABORAL
POR 180 (CENTO E OITENTA)
DIAS.

S72.2

15/05/20

Diego Ariel de Lima
CRM-RN 7406
RQE: 2804
TEOT: 15467

SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **8251 /2020**

Admissão: **11/05/2020 07:36:26**

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente:60815 - CARLOS EDUARDO DE SOUZA (24 a 1 m 13 d)
Nascimento: 29/03/1996 Natural: MOSSORO.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 706804795989520 CPF: 70293033420 Prof:
Mãe: DIONEIDE VIEIRA DA SILVA Pai: GENILDO BERNARDINO DE SOUZA
Logradouro: JOAO NEPONUCENO DE MOURA, 4
CEP: 59633690 Bairro: ALTO DO SUMARE Cidade: MOSSORO
Telefone:84.33153390 Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO **Tipo:** REGULADO
Origem: SAMU RN *Empresa:

OBS: VIA PUBLICA, SAMU **Classificação:** 11/05/2020 07:33:17 **PESO:**

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	160 90		99		20	62			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: 24 ANOS, COLISÃO MOTO CARRO EM PERCURSO DE TRABALHO, APRESENTA DEFORMIDADE EM MID, PROVÁVEL FRATURA DE FEMUR.
Dt e Hora: 1.40 h. Recebido vítima de acidente de moto, inconsciente até 30 minutos, após colisão c/ automóvel. Não usava capacete/cinto ou outro dispositivo.
4 - Vítima pálida, sem colaborar.
3 - Abd. (+) endurecido, hiperemia.
2 - Imobilizado estático. PA: 140x80 mmHg
FC 62 bpm. Lat 98%.
1 - 6 - 1 S - E: Fratura de fêmur D. Perdas

Diagn. Inicial: Contusão pulmonar à direita **Assin:**

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
Dieta Hospitalar / Enteral			
S. Hidroeletrolítico 1.000 ml ev. 25 gotas/min		1º	2º
Tiamin 400 mg ev.		08	
Dipirona - 02 ml + 4 ml ev.		08	
Paracetamol 500 mg			
Solicitado RX da coxa / Pelve Frente			
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ 11/05/20			
Dr. Paulo Rodrigo N. Mendes CRM RN 2465 CPF: 198.258.104-06			
SAME / ARQUIVO			

***SAÍDA:** ( ) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito (X) Interna: *(Preencher CID, PROC)*

CID_____ **Proc.**_____ **Data:**___/___/20. **Hr:**____:____ **Médico:** _____
(Assinar e Carimbar)

*Gerado via SX por JUREIDE DE BRITO ALMEIDA Impresso em 11 de Maio de 2020.

CID ⇒ T02.7
COD ⇒ 0308010018

Dr. Rodrigo Jales Barreto
Ortopedia e Traumatologia
Cir. do Joelho
CRM RN 4759 TEOT 11.704

Prontuário: **213236**

SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **CARLOS EDUARDO DE SOUZA** (Fia: **2192/2020**), CPF:**70293033420**.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 11 de Maio de 2020.

Paciente ou responsável

CCIH - HRTM
DATA 25 / 05 / 20
Assinatura

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HRTM
26 / 05 / 2020

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ
SAME / ARQUIVO

Sistema único de Saúde SUS — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
2 - CNES: 2503689
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
4 - CNES: 2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: CARLOS EDUARDO DE SOUZA (8 - 2192/2020)
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 213236
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 706804795989520
8 - DATA DE NASCIMENTO: 29/03/1996
9 - SEXO: Masc. [1] Fem. [3]
10 - RAÇA/COR: PARDA
10.1 - ETNIA:
11 - NOME DA MÃE: DIONEIDE VIEIRA DA SILVA
12 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 84 — Nº DO TELEFONE 33153390
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: CARLOS EDUARDO DE SOUZA
14 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 84 — Nº DO TELEFONE 33153390
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): JOAO NEPONUCENO DE MOURA, 4 - ALTO DO SUMARE
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: MOSSORO
17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 240800
18 - UF: RN
19 - CEP: 59633690

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: FX FEMUR DIAFISARIO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO: RISCO DE CIRURGIA

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS): RX

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURAS ENVOLVENDO TORAX COM PARTE INFERIOR DO DORSO E PELVE COM MEMBRO
24 - CID 10 PRINCIPAL:
25 - CID 10 SECUNDÁRIO: T07-3
26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.: W19-9

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NAO ESPI
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408050233
29 - CLÍNICA: MED
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 2
31 - DOCUMENTO: ( ) CNS (X) CPF
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE: 02340033403
33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE: RODRIGO JALES BARRETO
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 11/05/2020
35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:
40 - Nº DO BILHETE:
41 - SÉRIE:
42 - CNPJ EMPRESA:
43 - CNAE DA EMPRESA:
44 - CBOR:
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR: LIGINEY LINO DE OLIVEIRA
47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:
48 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 980016001835565
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:
51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO):
52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 21/5/2020
SAME / ARQUIVO

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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Carlos Eduardo de Souza Reg Nº

Diagnóstico pré-operatório: Fe de Femur (D) + Fornado joelho (D)

Indicação terapêutica:

Tração transtibial

INTERVENÇÃO

Início: Fim: Duração:

Operador Dr Gabriel

1ª Auxiliar: Dr Igo

2ª Auxiliar:

3ª Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

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

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
2. Asepsia + antisepsia + campos
3. Limpeza abundante com SF 0.9% (6L)
4. Sutura de pele nylon 2.0
5. Tração transarticular transtibial + Férula
6. Curativo oclusivo

Dr. Igo Walesko M. de Queiroz
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 6495

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ

SAME / ARQUIVO

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

DIÁRIA CIRÚRGICA

Paciente: Carlos Eduardo de Souza
Tração Transesquelética de MID Fratura 11.05.20
Galvão
Auxiliar: Igor
Dr Glênio
Raque + sedação
Hora: 09:50 10:50

MATERIAL USADO

10 unidades
100 unidades

01 unidade
03 pares

ATURI Nº 24
7,5

RA SUBCLÁVIA
RE 01 ML
R 03 ML
R 05 ML
R 10 ML
R 20 ML
DESCARTÁVEIS 27 raque 01 unidade
ACO RAQUEAL Nº
MO
TRAL Nº
Nº
ASTÍPICA Nº
A 02
ASPIRAÇÃO Nº
RINA SISTEMA FECHADO
ESTOMIA
RINGOSE Nº
RAX Nº
ADA
ADIOM
ORTOPÉDICO
ADO
ADES
2.0 03 unidades
URI ELÉTRICO
GÊNIO
ALCOOLICA clorexidina 500 ml
DEGERMANTE clorexidina 500 ml
TÓPICO
ER
ACHA OXIGENADA
OLOGICA 0,9%
GLICOSE A 5%
RINGER C/ LACTATO
RINGER C/ LACTATO
RINGER SIMPLES
0%

luva de procedimento 10 pares

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 27/05/2020
SAME / ARQUIVO

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

CHECK LIST DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA EM SALA OPERATÓRIA

Data: 1/05/21 Hora 09:50 Paciente Carlos Eduardo de Souza Idade 24

CHECAGEM PRÉ-INDUÇÃO ANESTÉSICA

Checar:
☐ Pulseira de identificação confrontando com o nome Do paciente Não
☒ Procedimento Cirúrgico e anestésico devidamente Preenchido
☒ Procedimento a ser realizado

Lateralidade:
☐ Sítio Demarcado ☒ Não se aplica

Alergia conhecida?
☐ Sim _____
☒ Não

Exames relacionados (Laboratoriais, imagens, outros)
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Há risco de perda sanguínea? (Superior a 500ml)
☐ Sim, acesso venoso adequado e planejamento de fluidos com reserva disponível.
☒ Não

Materiais de vias aéreas disponíveis?
☒ Laringoscópio ☒ Baraka ☒ Aspirador
☒ Monitor/oxímetro de pulso funcionando

Via aérea difícil?
☐ Sim ☐ Equipamento VAD disponível
☒ Não

Equipamento Anestésico funcionante?
☒ Sim ☐ Não

Disponível na sala operatória os instrumentais necessários para o procedimento?
☒ Sim ☐ Não

Disponível na sala operatória os OPME'S Necessários? Fio de Kirchner
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Equipamentos disponíveis para o procedimento checado?
☒ Sim ☐ Não

CHECAGEM PRÉ-INCISÃO CIRÚRGICA

Todos os profissionais da equipe confirmaram seus no e profissões verbalmente?
☒ Sim ☐ Não

Todos os profissionais confirmam verbalmente:
*A identificação do paciente;
*Local da cirurgia a ser feita;
*Procedimento a ser realizado.
☒ Sim ☐ Não

Placa de bisturi posicionada adequadamente?
☐ Sim ☒ Não

Posicionamento correto e com proteções?
☒ Sim ☐ Não

Antibiótico profilático nos últimos 60min.?
☐ Sim ☒ Não

Checado esterilização (instrumentais e implantes) com Todos os integradores disponíveis?
☒ Sim ☐ Não

CHECAGEM PÓS-CIRÚRGICA

Realizado contagem de compressas, gazes e agulhas?
☐ Sim ☐ Não

Realizado contagem dos instrumentais?
☐ Sim ☐ Não

Peça cirúrgica para anatomopatológico?
☐ Sim, identificado peça. ☐ Não

Conservado peça?
☐ Formol ☐ Gelo

Especificado peça no prontuário?
☐ Sim ☐ Não

Soros de infusão, medicamentos e fluidos administrados ao paciente estão adequadamente identificados?
☐ Sim ☐ Não

Paciente está com pulseira de identificação?
☐ Sim ☐ Não

Cirurgião: Galdino	CRM:
Auxiliar: Igor / Rodrigo	CRM:
Instrumentador:	COREN:
Circulante: Camila / Graça	COREN: 413135

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 27/05/2021
SAME / ARQUIVO

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

Carlos Eduardo de Souza

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Carlos Eduardo Idade: Nº Reg.

Serviço: Ortopedia Enfº: Leito: PO 6 /

AO SERVIÇO: Cardiologia

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)

fratura fêmur
Apto a cir
solicito
risco cirúrgico
+
avaliação cardíaca

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ
SAME / ARQUIVO

Mossoró, 12 de 5 de 20 20

Manoel Fernando Ortiz
Médico que solicita o parecer

PARECER: Risco Cirúrgico
fem direita hipertensão
HASD: DAM: DAC: CAVC
TAB: DLP: DAM: IRNC
DM: NEGATIVA
DVI: NEGAR MITRAL PA: 120x80 mmHg
ECG: Ritmo sinusal
Hgm pós: 8,2 g/dl entre 7x fem
Diagnóstico: fratura fêmur
Paciente de baixo risco
hemodinâmico, estável sto a
realizar procedimento cirúrgico
Indicação
13/05/20

Dr. Acácio Campos
Cardiologia e Ecocardiografia
CRM/RN 6132

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

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Carlos E. de Souza **Leito:** 306-1

DATA	EVOLUÇÃO
	Fx DIAF Fêmur (E)
20/05/2020	- BEG / LUCIDO
	- AGUARDA CIRURGIA => HOJE
	DR. Alison Queiroz CRM/RN 5231 Ortopedia e Traumatologia TEOT - 14501

PRESCRIÇÃO

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM HORÁRIO	ENFERMAGEM ASSINATURA
	① DIETA ZERO			
20/05/2020	② DIPIRONA 1g WILSON NASCIMENTO			
	DR. Alison Queiroz CRM/RN 5231 Ortopedia e Traumatologia TEOT - 14501			
	HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ SAME / ARQUIVO			

HOSPITAL
WILSON ROSADO

PARA: CARLOS EDUARDO DE SOUZA

SOLICITO

ACOMPANHAMENTO ORTOPEDICO AMBULATORIAL.

MOSSORO, 21 DE MAIO DE 2020

Eduardo C. L. R. Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM/RN - TEOT 13540

MÉDICO

HOSPITAL
WILSON ROSADO

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Rua: Pedro Velho, 250
Mossoró-RN - 59.611-010
Telefone: (84) 3318-9000

PARA: CARLOS EDUARDO DE SOUZA

USO ORAL

1- CEFALEXINA 500MG ———————— 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS, POR 7 DIAS

MOSSORO, 21 DE MAIO DE 2020

Eduardo C. L. R. Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM 6430/RN - TEOT 42540

HOSPITAL
WILSON ROSADO

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Rua: Pedro Velho, 250
Mossoró-RN - 59.611-010
Telefone: (84) 3318-9000

P/ CARLOS EDUARDO DE SOUZA

USO ORAL

1- NOVALGINA 1G ----------1 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS, EM CAOS DE DOR

2- TORAGESIC 10 MG ----------1 CAIXA
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS, POR 5 DIAS

3- AAS 100MG ----------42 COMPRIMIDOS
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS, POR 21 DIAS

Mossoró, 21 de Maio de 2020

Eduardo C. L. R. Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM-6430/RN - TEOT 125

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - RN Nº 014694384518
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
2	00268806225	**********	2015

NOME: CARLOS EDUARDO DE SOUZA

CPF/CNPJ	PLACA
702.930.334-20	NNX4769

PLACA ANT/UF	CHASSI
NNX4769/RN	9C6KE1510B0003480

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO A	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
YAMAHA/FACTOR YBR125 E	2010	2011

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
0CV/124 CILINDRADAS	PARTICULAR	VERMELHA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/COTAS
R$ 0.00	13/06/2019	1ª PAGO
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO/COTAS	2ª PAGO
009613	3X R$ ******	3ª PAGO

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

OBSERVAÇÕES: MOTOR: E3C8E-003479

LOCAL	DATA
MOSSORO/RN	07/02/2020

Carlos Alvarez da Silva
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN-RN

CONTRAN

VAL13

EXPEDIDOR

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

RN Nº 014694384518 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2019	07/02/2020

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
2	702.930.334-20	NNX4769

RENAVAM	MARCA / MODELO
00268806225	YAMAHA/FACTOR YBR125 E

ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2010	9	9C6KE1510B0003480

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)

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

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

FEV-2019

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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:	4 - Nome completo da vítima:
	702.930.334-20	CARLOS EDUARDO DE SOUZA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:			6 - CPF:
CARLOS EDUARDO DE SOUZA			702.930.334-20
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
ENCANADOR	RUA SÃO NEPOMUCENO DE MOURA	1148	CASA 04
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
ALTO DO SUMARÉ	MOSSORÓ	RN	59.635-690
15 - E-mail:			16 - Tel.(DDD): 84 99848-7179
ALISONMELOADV@HOTMAIL.COM			

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: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
AGÊNCIA: 0036 1 (Informar o dígito se existir) CONTA: 107.065 7 (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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 (vai nascer)? ☐ 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.

NÃO ALFABETIZADO

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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, MOSSORÓ-RN, 28 DE JULHO DE 2020

CarlosEduardo de Souza
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

tura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

/002/2019

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.
É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS		
01 a 16	**Registro de informações cadastrais**	Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL		
17	**Nome completo do Representante Legal**	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	**CPF do Representante Legal**	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	**Profissão do Representante Legal**	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):
Deverão ser representados:
- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS		
20	**Renda Mensal do Titular da conta**	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	**Dados bancários**	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:
- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE		
22	**Declaração de Ausência de Laudo do IML**	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.

MORTE		
23 a 33	**Declaração de Únicos Beneficiários**	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.

NÃO ALFABETIZADO		
34	**Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado**	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	**Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)**	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	**CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)**	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	**Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)**	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:
- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS		
38	**1ª testemunha**	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	**2ª testemunha**	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:
- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO		
40	**Local e Data**	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	**Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)**	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	**Assinatura do Representante Legal (se houver)**	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	**Assinatura do Procurador (se houver)**	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site **www.seguradoralider.com.br** ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35

SINISTRO 3200286599 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CARLOS EDUARDO DE SOUZA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS
BENEFICIÁRIO CARLOS EDUARDO DE SOUZA
CPF/CNPJ: 70293033420

Posição em 16-09-2020 09:13:06
Os dados bancários foram atualizados e a Seguradora Líder-DPVAT está providenciando uma nova tentativa de liberação deste pagamento.
Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
15/09/2020	R$ 2.362,50	R$ 0,00	R$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
24/08/2020	NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO	
14/08/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró
Alameda das Carnaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

[Seguro obrigatório - DPVAT]

Processo nº: 0814084-51.2020.8.20.5106

AUTOR: CARLOS EDUARDO DE SOUZA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, juntar aos autos o último contracheque, declaração do último imposto de renda e/ou cópia da carteira de trabalho, para comprovação de hipossuficiência, sob pena de indeferimento da justiça gratuita, conforme autoriza o art. 99, §2º do CPC, ou providenciar o adimplemento das custas processuais.

Publique-se. Registre-se e intimem-se.

Mossoró/RN, 17 de setembro de 2020.

UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES

JUÍZA DE DIREITO
(documento assinado digitalmente na forma da Lei n°11.419/06)

AO JUÍZO DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE MOSSORÓ, ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE.

Em referência ao processo nº 0814084-51.2020.8.20.5106

CARLOS EDUARDO DE SOUZA, não menos qualificado no processo em epigrafe, onde contende com **SEGURADORA LIDER,** também devidamente qualificada**,** vem à presença de Vossa Excelência, em cumprimento ao **DESPACHO** de **ID 60257641 , anexar aos autos cópia do seu último contracheque (maio de 2020), tendo em vista que o acidente ocorreu em junho de 2020, encontrando-se afastado de suas atividades laborativas e sem receber remuneração**.

Nestes termos,

Pede e espera deferimento.

Mossoró-RN, 21 de setembro de 2020.

ALISON MAX MELO E SILVA

OAB/RN 7580

VIPETRO CONSTRUÇÕES E MONTAGENS INDUSTRIAIS LTDA

CNPJ: 09.080.623/0001-96 CC: GERAL Adiantamento

Mensalista Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8485	CARLOS EDUARDO DE SOUZA	724110	5514	1
	ENCANADOR	Admissão:	11/02/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
980	ADIANTAMENTO SALARIAL	40,00	557,00	
			Total de Vencimentos 557,00	Total de Descontos 0,00
CEF 104 344-3	Agência: 2380 - X		Valor Líquido ⇨	557,00

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.392,49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

IPETRO CONSTRUÇÕES E MONTAGENS INDUSTRIAIS LTDA

NPJ: 09.080.623/0001-96 CC: GERAL Folha Mensal

Mensalista Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
8485	CARLOS EDUARDO DE SOUZA	724110	5514	1
	ENCANADOR	Admissão:	11/02/2020	

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1	HORAS NORMAIS	73:20	449,19	
5	HORAS AFAST.INSS (P/DOENC	44:00	269,51	
3697	HORAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	110:00	673,79	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	8,34	
150	HORAS EXTRAS 50%	2:03	19,46	
988	DESCONTO HORAS AFASTADAS	44:00		269,51
998	I.N.S.S.	7,64		87,89
981	DESC.ADIANT.SALARIAL	557,00		557,00
			Total de Vencimentos 1.420,29	Total de Descontos 914,40
CF 104 14-3	Agência: 2380 - X		Valor Líquido ⇨	505,89

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.392,49	1.150,78	1.150,78	92,06	1.062,89	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA UNIFICADA CÍVEL DE MOSSORÓ/RN
Alameda das Carnaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORó - RN - CEP: 59625-410

PROCESSO Nº 0814084-51.2020.8.20.5106

CERTIDÃO

Certifico que a parte autora apresentou petição ID60403531, razão pela qual faço os presentes autos conclusos.

Mossoró, 21 de setembro de 2020.

ANGELA DE OLIVEIRA VASCONCELOS

Auxiliar Técnico(a)

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró
Alameda das Carnaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

Processo nº: 0814084-51.2020.8.20.5106

AUTOR: CARLOS EDUARDO DE SOUZA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, "além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139,VI do CPC, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo", determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 10 (dez) dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida (CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo "PJE CEJUSC DPVAT", para realização da perícia, devendo a parte autora ser intimada pessoalmente para comparecer ao ato. **Saliente-se que, caso a parte autora não compareça à perícia, NÃO será concedida oportunidade de reaprazamento de perícia por ausência injustificada, culminando assim na preclusão da prova pericial e no consequente julgamento do mérito**.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo sucessivo de 15 (quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Tendo em vista a crise sanitária atual, devido à pandemia do novo coronavírus, a autocomposição, se de interesse, deverá ser providenciada, através dos autos, independentemente da realização de audiência de conciliação.

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz (CPC, art. 178, II), dê-se vista ao Representante do Ministério Público.

Adotadas as supra expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

.

Mossoró/RN, 1 de outubro de 2020.

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

JUÍZA DE DIREITO EM SUBSTITUIÇÃO LEGAL
(documento assinado digitalmente na forma da Lei n°11.419/06)

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró
Alameda das Carnaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

Processo nº: 0814084-51.2020.8.20.5106

AUTOR: CARLOS EDUARDO DE SOUZA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, "além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139,VI do CPC, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo", determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 10 (dez) dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida (CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo "PJE CEJUSC DPVAT", para realização da perícia, devendo a parte autora ser intimada pessoalmente para comparecer ao ato. **Saliente-se que, caso a parte autora não compareça à perícia, NÃO será concedida oportunidade de reaprazamento de perícia por ausência injustificada, culminando assim na preclusão da prova pericial e no consequente julgamento do mérito**.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo sucessivo de 15 (quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Tendo em vista a crise sanitária atual, devido à pandemia do novo coronavírus, a autocomposição, se de interesse, deverá ser providenciada, através dos autos, independentemente da realização de audiência de conciliação.

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz (CPC, art. 178, II), dê-se vista ao Representante do Ministério Público.

Adotadas as supra expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

.

Mossoró/RN, 1 de outubro de 2020.

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

JUÍZA DE DIREITO EM SUBSTITUIÇÃO LEGAL
(documento assinado digitalmente na forma da Lei n°11.419/06)