

P R O C U R A Ç Ã O "AD JUDICIA"

EU, Cornelio Raimundo de Almeida, brasileiro, solteiro, agricultor, com CPF nº 018.447.444-26, RG nº 5.091.148, residente no Povoado Panon 2 PR-250, Zona Rural, Assú/RN, CEP 59.650-000, Telefone: 84-9.9930-8581 ou 84-9.9601-5015, nomeia e outorga poderes a Outorgada: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada; (OAB7469/RN) podendo ser intimada na Rua Antonio Vieira de Sá nº 986, Mossoró-RN, ao qual confere amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula "ad Judicia", para ajuizar ação de cobrança na Comarca ASSÚ-RN, podendo a outorgada, confessar, assinar, desistir, propor acordo, receber intimações, dar quitação, transigir, apresentar réplica, oposições, firmar acordo, receber e levantar ALVARA JUDICIAL, decorrente da presente ação, apresentar recurso e contra razões, e ainda requererem seguro de vida, junto bem como, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo levantar alvará judicial, acompanhar todo processo até o final do julgamento, representado ainda os interesses do outorgante, podendo ajuizar apelação, ou, qualquer outro remédio jurídico competente, junto ao Egrégio Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte, para garantir o direito do outorgante, e finalmente, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato.

Assú-RN, em 14 de dezembro de 2020.

Outorgante: [assinatura].

- Isento de reconhecimento de Firma, em face de Lei nº 8.952, de 13/12/1994, que dá nova redação ao art. 38 do CPC.



TERMO DE DECLARAÇÃO

DECLARO, para os devidos fins de direito e a que se fizerem necessários que pelo fato do declarante não ter meios como da entrada no processo administrativo junto a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT, via administrativa em concordância e anuência da parte requerente, repassa a banca de advocacia- Assú/Mossoró Seguros, na pessoa de seu representante legal- Wamberto Balbino Sales, brasileiro, casado, empresário, com CPF nº 282.131.144-34, com escritório localizado na Rua Antônio Vieira de Sá nº 986, Aeroporto, Mossoró-RN, toda documentação cabendo doravante, a banca de advocacia ingressar com a demanda em favor da parte autora **EU, Cornelio Raimundo de Almeida, brasileiro, solteiro, agricultor, com CPF nº 018.447.444-26, RG nº 5.091.148, residente no Povoado Panon 2 PR-250, Zona Rural, Assú/RN, CEP 59.650-000, Telefone: 84-9.9930-8581 ou 84-9.9601-5015.** Isento de responsabilidade total a banca de advocacia sobre o teor das provas trazidas as quais instruirão a demanda. Nada mais a declarar lavro o presente termo para que surtam seus jurídicos e legais efeitos, nos termos do art. 299 do CPB.

Assú-RN, em 14 de dezembro de 2020.

Declarante: *Cornelio Raimundo de Almeida* -



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Cornelio Raimundo de Almeida, brasileiro, solteiro, agricultor, com CPF nº 018.447.444-26, RG nº 5.091.148, residente no Povoado Panon 2 PR-250, Zona Rural, Assú/RN, CEP 59.650-000, Telefone: 84-9.9930-8581 ou 84-9.9601-5015, que é pobre na forma da Lei, não dispondo de meios que possibilitem a custear as despesas processuais na Ação de Cobrança c/c reparação de danos, na Comarca de Assú - Rio Grande do Norte. Afirma ainda ser conhecedor das sanções penais, caso a presente não retrate a verdade dos fatos. Nada mais digno de registro, assina o presente.

Assú-RN, em 14 de dezembro de 2020.

Declarante: Cornelio Raimundo de Almeida

Testemunha: _____
CPF nº _____

Testemunha: _____
CPF nº _____

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Falso reconhecimento de firma ou letra.



DECLARAÇÃO DE ISENTO DO IMPOSTO DE RENDA

EU, Cornelio Raimundo de Almeida, brasileiro, solteiro, agricultor, com CPF nº 018.447.444-26, RG nº 5.091.148, residente no Povoado Panon 2 PR-250, Zona Rural, Assú/RN, CEP 59.650-000, Telefone: 84-9.9930-8581 ou 84-9.9601-5015. DECLARA, sob as penas da lei que é isento de declarar imposto de renda, por não ter meios suficientes, fazendo presente declaração nos termos - conforme previsto na Lei 7.115/83. Estou ciente das sanções administrativas, penais e cíveis, nos termos do art. 299 do CPB. Nada mais a constar lavro o presente para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Assú-RN, em 14 de dezembro de 2020.

Declarante: Kelly Maria Medeiros do Nascimento

CP - Decreto Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Falso reconhecimento de firma ou letra.



DAI - Declaração Anual de Isento

Por Assessoria de Comunicação Social — publicado 26/02/2016 10h54, última modificação 28/06/2019 10h29

Informamos que a Declaração Anual de Isento (DAI) da Secretaria da Receita Federal do Brasil foi instituída com o objetivo de manter atualizado o Cadastro de Pessoas Físicas (CPF).

Com a edição da Instrução Normativa RFB nº 864/2008, de 25 de julho de 2008, deixou de existir a Declaração Anual de Isento, a partir do ano de 2008.

A isenção poderá ser comprovada mediante declaração escrita e assinada pelo próprio interessado, conforme previsto na Lei 7.115/83.

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e da outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 29 de agosto de 1983; 162º da Independência e 95º da República.

JOÃO FIGUEIREDO
Ibrahim Arbi-Ackel
Hélio Beltrão

Ciente:

EU, Cornelio Raimundo de Almeida, brasileiro, solteiro, agricultor,
com CPF nº 018.447.444-26, RG nº 5.091.148, residente no Povoado
Panon 2 PR-250, Zona Rural, Assú/RN, CEP 59.650-000, Telefone: 84-
9.9930-8581 ou 84-9.9601-5015



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS
COM CLAUSULA "AD EXITUM"

Pelo presente instrumento de contrato, firmado entre as partes de um lado **EU, Cornelio Raimundo de Almeida, brasileiro, solteiro, agricultor, com CPF nº 018.447.444-26, RG nº 5.091.148, residente no Povoado Panon 2 PR-250, Zona Rural, Assú/RN, CEP 59.650-000, Telefone: 84-9.9930-8581 ou 84-9.9601-5015., com os advogados: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada; WAMBERTO BALBINO SALES, brasileiro, casado, advogado, ambos podendo serem citados na Rua Antônio Vieira de Sá nº 986, Aeroporto, em Mossoró - RN, doravante identificados como contratados, a prestação dos seguintes serviços profissionais:**

1- A parte contratante celebra com os contratados, a prestação de serviços advocatícios, com objetivo de ajuizar ação própria junto a Comarca de Campo grande-RN, tendo como parte demandada, a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A;

2- A parte contratante, não pagará qualquer valor aos contratados de imediato, sendo que, ao final na lide, ocorrendo procedência caberá a parte contratante, pagar aos contratados o valor correspondente à 30% (trinta por cento), sob o valor da condenação, independente da verba sucumbencial a ser arbitrada pelo Juízo da causa;

3- Em caso de insucesso da demanda, a parte contratante não desembolsará quaisquer valores aos contratados, o risco será arcado pelos advogados contratados, independente do ônus de deslocamentos, alimentação, contratação de outros advogados, dentre outras despesas até a entrega final da pretensão requerida, sendo que, o presente firma-se na clausula "ad exitum";

4- Em caso de desistência da demanda, ou, revogação dos poderes em favor de outros outorgados, deverá a parte contratante, pagar aos contratados, o valor correspondente à 30% (TRINTA POR CENTO) sob o valor da causa;

5- Nos termos do art. 22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994, caberá a parte contratada, requerer a expedição do competente alvará judicial, em separado ao da parte contratante, ao fim da lide..

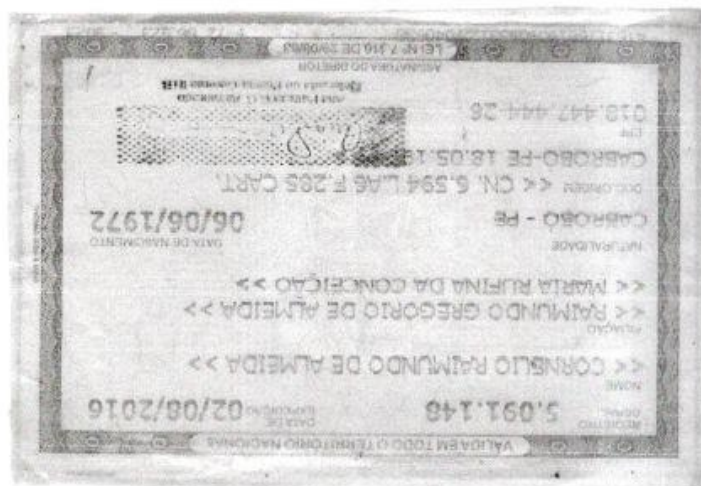
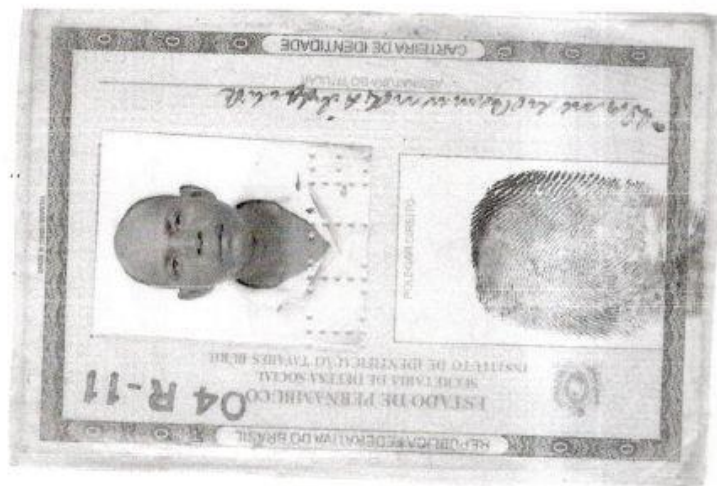
Elegem as partes, para dirimir quaisquer dúvidas, e execução inclusive o presente, a comarca de Mossoró - Rio Grande do Norte.

Nada mais a constar vai o presente devidamente assinado para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Assú-RN, em 14 de dezembro de 2020

Contratante: *Cornelio Raimundo de Almeida*
Telefone: **84** _____
Contratado: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO- OAB/7469






MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA NACIONAL DO TRABALHO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número **05797** Série **000432**


 ASSINATURA DO PORTADOR



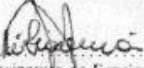


QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome **Conceição Raimundo de Almeida**
 Loc. Nas. **Cabrobo** Est. **Pernambuco** Data **06.06.92**
 Filição **Raimundo Gregório de Almeida**
Marília Rufina da Conceição
 Doc. nº **6.594-PR-285-2000-ALC**

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em Doc. Ident. nº
 Exp. em Estado
 Obs.
 Data Emissão **03.09.93** DRT **Pernambuco**


 Assinatura do Funcionário



14

Empregador **DEL MONTE FRESH PROD. BRASIL LTDA**

Sítio Baiduin, S/N

CGC/MF **Zona Rural**Rua **CEP 59.508-000**Município **Ipanguaçu-RN** Est. **RN**Esp. do estabelecimento **agrícola**Cargo **Trabalhador Rural**CBO nº **0622510**Data admissão **16** de **fevereiro** de 19 **2009**Registro nº **20-788** Fls/FichaRemuneração especificada **R\$ 2.161,00 por mês****100 reais outubro/11h****Ass. do empregador ou a rogo c/test.****Josmaria Araujo****Ass. do empregador ou a rogo c/test.**

CONTRATO DE TRABALHO

15

Empregador **AGRÍCOLA FAMOSA LTDA**CGC/MF **00.474.300/0002-93**Rua **FAZENDA FAMOSA SÍTIO GRAYIER ZONA RURAL, RN**Município **ICAPUI** Est. **CE**Esp. do estabelecimento **AGRÍCOLA**Cargo **Trab. Rural**CBO nº **622512**Data admissão **04** de **Agosto** de 19 **2015**

Registro nº Fls/Ficha

Remuneração especificada **R\$ 800,00 Outubro****Ass. do empregador ou a rogo c/test.**

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA	
COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE RUA MERMOZ, 150, BALDO, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE CEP 59025-250 CNPJ 08.324.196/0001-81 INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0	<div style="text-align: center;">  COSERN www.cosern.com.br </div> <div style="text-align: right;"> Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 Ligações Gratuitas: -TELEATENDIMENTO COSERN: 116 -Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 -Ouvidoria 0800 084 0404 Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167 Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis </div>

DADOS DO CLIENTE JUCELIA FERNANDES DE SOUZA CPF: 009.184.004-06 NIS: 16195950018	DATA DE VENCIMENTO <div style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">24/11/2020</div> TOTAL A PAGAR (R\$) <div style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">0,00</div>	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 17/11/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 17/11/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 051432557 Série: U	CONTA CONTRATO 007000295056 Nº DO CLIENTE 3010073819 Nº DA INSTALAÇÃO 0002022425
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA PO PANON 2 -PR 250 PANON I - PANON I ZONA RURAL/AREA RURAL 59650-000 ASSU RN			
CLASSIFICAÇÃO <div style="text-align: center; font-weight: bold;">B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico</div>			
RESERVADO AO FISCO 2DFC.44E6.65FF.C433.6C15.CC2C.3E1C.83FA			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL				
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,11305427	3,39	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	52,00	0,19380733	10,07	
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,11093376	3,32	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	52,00	0,19017216	9,88	
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,84	
ICMS-Parcela Subvencionada			5,18	
Multa por atraso-NF 049918987 - 19/10/20			0,76	
Juros por atraso-NF 049918987 - 19/10/20			0,04	
Atualização IGPM-NF 049918987 - 19/10/20			0,30	
TOTAL DA FATURA			35,78	

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	
ICMS	PIS
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO
26,66	4,79

COFINS	
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO
26,66	4,86

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000000080263856	CAT	19/10/2020	15.538,00	17/11/2020	15.620,00	29	1,00000	0,00	82,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 16/12/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
set/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	ESTREITO	0,00	10,87	21,74	43,49
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,74	15,49	30,98
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	5,88	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico		Limite DICRI: 16,60			
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 10,24					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					



INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você: drogaria popular: av alferes tonho, 252, centro / mercadinho vinicius: rua raimundo galdino de aquino 266, centroLista completa em www.cosern.com.br . O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br . O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 29,20. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Acesse www.cosern.com.br e confira nosso Aviso de Privacidade.	NÍVEIS DE TENSÃO <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">220</td> <td style="text-align: center;">202</td> <td style="text-align: center;">231</td> </tr> </table> AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)									
	MÍNIMO	MÁXIMO								
220	202	231								

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007000295056	11/2020	0,00	24/11/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



N. Espinosa



	Estado do Rio Grande do Norte Prefeitura Municipal de Assu Secretaria Municipal de Saúde	
FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA PRONTO SOCORRO MUNICIPAL		
DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO: DU: 06/06/12 ATENDIMENTO Nº 220		
Nome: <u>Cornelio Raimundo de Almeida</u>	Idade: <u>47</u>	Sexo: <u>M</u>
Cartão SUS: <u>304.20.007063410</u>	Nome da Mãe: <u>Maria R. de Conceição</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>
Endereço (Rua/Av.): <u>St. Jomari</u>	Nº:	COMPLEMENTO:
Bairro: <u>E. Rural</u>	Cidade: <u>Assu</u>	Estado: <u>RN</u>
Clinica:	Data: <u>02/09/19</u>	Hora: <u>20:07</u>
Motivo da Procura:		Rubrica Servidor: <u>[assinatura]</u>
Assinatura do Paciente:		
ACOLHIMENTO: () Emergência () Urgência () Não Urgência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito		
Acolhimento de Classificação de Risco:		
Queixa: <u>Acidente de moto, atropelado.</u>		
Antecedentes Alérgicos: <u>neutro</u>		
HAS () DM: ()	Ass: <u>[assinatura]</u>	Class: VERDE
ANAMNESE: <u>Paciente vítima de acidente automobilístico, queda de moto às 19:20; com quebra de um dos braços, dor no local da queda, sem perda de consciência, sem ferimentos visíveis.</u>		
EXAME FÍSICO Peso: _____ Temperatura: <u>36,5</u> F.C: _____ PA: <u>100x70</u> P.R: _____ Glasgow: _____ SpO2: _____ HTG: _____		
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS: () Laboratório () Radiologia () ECG () Outros		
Hipótese do Diagnóstico: <u>fratura de rádio e ulna</u>		
Conduto: () Medição () Observação () Laudo para AIH		
Saida: Data/Hora / / às : h. () Alto referido para UBS () Óbito		
() Outra unid. Urgência () Especialidade		

- 0849.3455

40721-2470

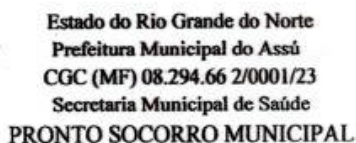


N. Espinosa

		Estado do Rio Grande do Norte Prefeitura Municipal de Assu Secretaria Municipal de Saúde			
FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA			PRONTO SOCORRO MUNICIPAL		
DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO: 06/06/12				ATENDIMENTO Nº 220	
Nome: <u>Cornelio Raimundo de Almeida</u>		Idade: <u>47</u>		Sexo: <u>M</u>	
Cartão SUS: <u>304.800.007.624.40</u>		Nome da Mãe: <u>Maria R. de Conceição</u>		Profissão: <u>Agricultor</u>	
Endereço (Rua/Av.): <u>St. Bonifácio</u>		Nº: <u></u>		COMPLEMENTO: <u></u>	
Bairro: <u>E. Rural</u>		Cidade: <u>Assu</u>		Estado: <u>RN</u>	
Clínica: <u></u>		Data: <u>08/09/19</u>		Hora: <u>20:07</u>	
Motivo da Procura: <u></u>			Rubrica Servidor: <u>Bre</u>		
Assinatura do Paciente: <u></u>					
ACOLHIMENTO: () Emergência () Urgência () Não Urgência () Acidente de Trabalho () Acidente de Trânsito					
Acolhimento de Classificação de Risco: <u></u>					
Queixa: <u>Acidente de moto, alcoolizado.</u>					
Antecedentes Alérgicos: <u>neife</u>					
HAS () DM: ()		Ass: <u></u>		Class: <u>VERDE</u>	
ANAMNESE:					
<p>Paciente vítima de acidente automobilístico, queda de moto às 19:20; em que ele se machucou; após um dia de repouso em casa, apresenta dor no braço direito.</p> <p>Segundo relato da esposa, após o acidente, ele não se lembra.</p>					
EXAME FÍSICO		Peso: <u></u> Temperatura: <u>36,5</u> F.C.: <u>110</u> PA: <u>110x70</u> P.R.: <u>72</u> Glasgow: <u>15</u> SpO2: <u>98</u> HTG: <u></u>			
Sinal: <u>Normal</u> F: <u>Normal</u> em repouso					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
() Laboratório					
() Radiologia					
() ECG () Outros					
Hipótese do Diagnóstico: <u>Lesão de membro superior direito</u>					
Conduto: () Medição () Observação () Laudo para AIH					
Saída: Data/Hora <u>11</u> às <u>11</u> h. () Alto referido para UBS () Óbito					
() Outra unid. Urgência () Especialidade					

-0549-2455
 08731-2470

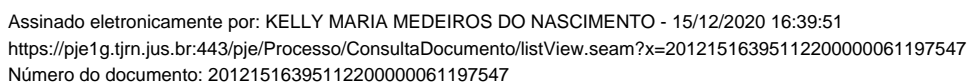




NOME: Corneia Raimundo SEXO: IDADE:
ENDEREÇO:
PROFISSÃO: ENTRADA AS DATA: / /
ACOMPANHANTE: SAÍDA: HORA:

HISTÓRIA CLÍNICA: Paciente vítima de acidente automobilístico queda de moto em 19:30h; nega uso de álcool e drogas antes da bebida alcoólica. Refere dor em ombro D

ESTADO GERAL:



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 Camilo Raimundo de Almeida

6 - Nº DO PRONTUÁRIO _____

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____

8 - DATA DE NASCIMENTO 1 / 1

9 - SEXO Masc. ☒ Fem. ☒

10 - RAÇA/COR _____

11 - NOME DA MÃE _____

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____

13 - NOME DO RESPONSÁVEL _____

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO _____

18 - UF _____

19 - CEP _____

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Paciente refere que sofreu acidente de moto e apresenta luxação acromio-clavicular (R-IV) a direita.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Necessidade de tratamento cirúrgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Exame físico + raio-X

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL Luxação acromio-clavicular

24 - CID 10 PRINCIPAL S43.1

25 - CID 10 SECUNDÁRIO _____

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento cirúrgico de LAC

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0410180101815

29 - CLÍNICA _____

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO _____

31 - DOCUMENTO () CNS () CPF 93805828489

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE _____

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 08/09/19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Fabiano de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
TEO: 15170
CRM/RN: 0672

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 PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR _____

48 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 1 / 1

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

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR _____



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: CORNELIO RAIMUNDO DE ALMEIDA SEXO: Masculino
DATA DE NASCIMENTO: 06/06/1972 RG: 3091148 CPF: _____
FILIAÇÃO MÃE: MARIA RUFINA DA CONCEIÇÃO
FILIAÇÃO PAI: RAIMUNDO GREGORIO DE ALMEIDA
ENDEREÇO: POVOADO PANON Nº 250
BAIRRO: ZONA RURAL CIDADE: AçU
ESTADO: RN CEP: 59650-000
FONE: (84) 99930-8581 FONE: (84) 99601-5015

SUMÁRIO DE ALTA

TIPO DE ALTA: ☒ MÉDICA () ADMINISTRATIVA () A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO
DATA: 18/12/19 HORA: _____ ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR: _____

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

Paciente submetido a tratamentos através
de broncoscopia com videobroncoscopia
e avaliação com tomografia computadorizada

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA
CNPJ: 09.417.742/0001-91

Confere com o Original

Data: 11 / 12 / 2019

Jose Lucas



CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



PACIENTE: CORNELIO RAIMUNDO DE ALMEIDA

REG. PACIE Nº

CONVENIO: SUS

COD. PROCEDIMENTO(S):

CIRURGIA: OSTEOTOMIA DE CLAVICULA + TRANSPOSIÇÃO MUSCULAR AO NÍVEL DO OMBRO + LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO : THIAGO JOSÉ GURGEL CAMARA APARUNA - CRM 6619

1º AUXILIAR: CAPINOGRÁFO:

2º AUXILIAR: INTENS. DE IMAGENS:

3º AUXILIAR: MONITOR CARDIACO:

ANESTESISTA: FELIPE GONDIM CRM 6962

INSTRUMENTADOR(A): SERRA ELÉTRICA:

EQUIPAMENTOS / TEMPO DE USO

BISTURI ELÉTRICO:

CAPINOGRÁFO:

INTENS. DE IMAGENS:

MONITOR CARDIACO:

OXIM. DE PULSO:

SERRA ELÉTRICA:

GASOMETRIA / TEMPO DE USO

GÁS CARBÔNICO:

NITROGÊNIO:

O² SOB CATETER:

O² SOB PRESSÃO:

OXÍDO NITROSO:

DATA: 17/09/19

HORA: 15:02

TERMINO: 16:19

SANGUE:

RIOS CIRÚRGICO	QTD	RETENÇÃO DE RECEITA	QTD	SOLUÇÃO	QTD	MATERIAL ORTÓPICO	QTD
CATGUT CROMADO 1.0		ATACURÓRIO		SERVOFLORANE		CAPA DE VÍDEO	
CATGUT SIMPLES 5.0		C. PAPAVERINA 50MG/2ML		TRAMAL		TUBO S/ BALÃO 3.0	
CERA OSSEA		CLONIDIN		PROPOFOL		TUBO C/ BALÃO 3.0	
ETHYBOND 2.0	02	CLORETO DE SUXAMETÔNIO		SORO		OPME'S	
FIO ALGODÃO C/ AGULHA		DEXAMETASONA 4MG		ABD 1000ML		ARRUELAS	
MONOCRYL 3.0		DIPIRONA		ABD 10ML		ASPIRADOR	
NYLON 2.0 (2CM)		DIPROSPAM		FISIOLÓGICO 0.9% 1000ML		CIDEX POR ML	
NYLON 2.0 (4CM)		DRAMIN B6DL		FISIOLÓGICO 0.9% 250ML	03	CIMENTO ORTÓPICO	
PDS II 1.0		EFEDRINA		FISIOLÓGICO 0.9% 500ML		DRILL ELÉTRICO	
PROLENE 2.0		EPINEFRINA		GLUCOSADO 5% 250ML		FIO DE KIRSCHNER 2.2.0.03	
VICRYL 0		FENERGAN 50MG 2ML		GLUCOSADO 5% 500ML		FIO DE LUQUE	
ANESTÉSICOS		FUROSEMIDA		GLUCOSE 50% AMPOLA		FIXADOR EXTERNO	
ISOFLURANO		GLICONATO DE CÁLCIO 10%		RINGER LACTATO 500ML	02	GANCHOS	
LIDOCAÍNA 10% SPRAY		HIDROCORTIZONA 500MG		RINGER SIMPLES 500ML		GEOLFOAM	
LIDOCAÍNA 2% C/ VASO		IPSILON 1G		POMADAS		GRAMPO	
LIDOCAÍNA 2% GEL	01	IPSILON 4MG		EPITESAN		HASTER	
LIDOCAÍNA S/ VASO		METOCLOPRAMIDA		NEOMICINA		LAMINA DE SHAVER	
NEOCAÍNA C/ VASO		NIBUM		SULFADIAZINA DE PRATA		LIGAMENTO SINTÉTICO	
NEOCAÍNA S/ VASO		ONDASETRONA		TROFODEMIN		PARAF. INTERF. TITANEO	
NOVABUPI C/ VASO		PROSTIGMINE		PÉRFURO CORTANTE		PARAFUSO ANCORA	
NOVABUPI S/ VASO		RANITIDINA		AGULHA DE STIMUPIEX		PARAFUSO CANULADO	
SERVO FLORANO		SELOKEN 5 MG / 5ML	03	AGULHA	04	PARAFUSO CORTICAL	
XILOCAÍNA C/ VASO		TILATIL 40MG	03	AGULHA P/ RAQUIN		PARAFUSO ESPONJOSO	
XILOCAÍNA S/ VASO		TRIDIL		AGULHAS		PARAFUSO TRANSVERSO	
MEDICAMENTOS		RETENÇÃO DE RECEITA		JELCO	03	PINO	
ADRENALINA		DIMORF		LAMINA DE BISTURI	03	PINO DESLIZANTE	
AMINOPIRINA		DOLANTINA		SCALPS		PLACA	
AMIODARONA		FENTANIL	03	MATERIAL ORTÓPICO	04	PLAST ANEL 1.4	
ATROPINA		FLUMAZENIL		ATADURA CREPOM		PROTESE	
BUSCOPAM SIMPLES		ISOFLOREANE		ATADURA DE ALGODÃO	04	SURGICEI	
CAFAZOLINA 1G		KETAMINA		ATADURA GESSO		SONDAS	
CAPTAPRIL 25MG	02	MIDAZOLAM		MAIHA TUBULAR	03	ASPIRAÇÃO TRAQUEAL 04	
CEFALOTINA 1G		NARCAN		SOLUÇÃO		NASO LONGA 04	
CEFTETAXONA 1G		NUPERIDOL		CLOREXIDINA ALCOOLICA 20ML	03	SONDA DE FOLEY	
CLORETO DE POTÁSSIO 19%		NUBAIM		CLOREXIDINA AQUOSA 2%		URETRAL 4	
CLORETO DE SÓDIO 20%				CLOREXIDINA DEGERMANTE 20ML		SONDA CURTA	

DESCRIÇÃO DO ATO CIRURGICO

PACIENTE EM POSIÇÃO DE Cadeira de Praia + SOB BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL E SEDAÇÃO + ANTISSEPSE E ASSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS + INCISÃO SOBRE CLAVÍCULA DIREITA + DIVULSAO POR PLANOS

OSTEOTOMIA PARA REDUZIR LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR À DIREITA E FIXAÇÃO COM FIOS DE K PARA ESTABILIZAÇÃO

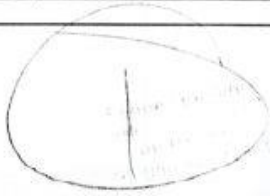
TRANSPOSIÇÃO MUSCULAR AO NÍVEL DO OMBRO.

SUTURA POR PLANOS + CURATIVO + TIPOIA

ASSINATURA OU CARIMBO DO MEDICO

BOLETIM DE ANESTESIA

ANESTESIA TIPO BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO IV

[illegible]

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Cornélio Raimundo de Almeida Nº REGISTRO 49811

Data Nascimento 06/06/72 IDADE 46 Sexo M LEITO: 104C Data de Admissão 17/09/19

MÉDICO: Dr. Thiago

ADMISSÃO DO CENTRO CIRURGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? () Não (X) Sim início 04:00 PESO: 76 Kg Altura: 1,85 cm

RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: () SIM (X) NÃO

ALERGIAS: (X) NÃO () SIM: _____

DOENÇAS PREGRESSAS: () DM () HAS () TABAGISMO () HIV () Hep B () Hep C () Arritmias () DPOC () AVC () Marcapasso () Outros: _____ Medicamentos de uso frequente: insulina

Consentimento Cirúrgico Preenchido () Não () Sim

Exames: (X) Labor () Raio x () USG () TC () RNM () Risco cirúrgico Outros: _____

Encaminhado: () Deambulando () Cadeira de Rodas () Maca () consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado

Anotações de Enfermagem : _____

Conferido informação acima por: Carine Admitido na sala: CRIO Hora 13:44

ETAPA I: PRÉ -INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta LAE de Chumbinho

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO: (X) Limpa () Contaminada () Potencialmente Contaminada () Infectada

1. Equipe completa presente (X) Sim () Não
2. Paciente com identificação e cirurgia confirmada (X)
3. Termo de consentimento (X) Cirúrgico () hemoterapico () não, caso não esteja assinado contatar o médico.
4. Local da intervenção marcado corretamente (X) sim () não () não aplicável
5. Bisturi elétrico disponível e testado (X)
6. Aparelho de Anestesia (X)
7. Equipamento de Vídeo (X)
8. Monitor Multi-Parâmetro (X)
9. Saída de: Oxigênio (X) Ar Comprimido (X) Vácuo (X)
10. Aspirador cirúrgico disponível e testado (X)



14. Aparelho de anestesia testado (X) sim () não
15. Esterilizações dos instrumentais com indicadores (X) sim () não

ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

16. Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta (X)
17. Confirma preparo da pele com clorexidine degermante e tópica (X) sim () não
18. Confirmar antibiótico profilático administrado (X) sim () não aplicável
19. Paciente em posição adequada (X) sim () não

EQUIPE DE ENFERMAGEM

20. Confirmar se a disponibilidade dos materiais e equipamentos solicitados para cirurgia (X)
20. Confirmar com a equipe médica se os exames necessários estão disponíveis (X)
21. Confirmar bisturi elétrico e placas instalados corretamente (X)

INTRA-OPERATORIO

Posicionamento: Dorsal (X) Lateral direita () Lateral esquerda () Posição Ginecológica ()
() Decúbito Proclie () Decúbito Ventral

Monitorização cardíaca: (X) sim () não PNI/Manguito em: MIC Placa neutra: Local: MDD
Passado faixa de smarch: Não () sim, em: _____ Início _____ Término _____

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: (X) Clorex degermante () Clorex aquoso
(X) Clorex Alcoolica () PVPI degermante
() PVPI tintura (X) Alcool 70%

Infusões: SFO, 9% 1000 ml R. Lactato: _____ ml R. Simples _____ ml SG5% _____ ml

Drenos: () Penrose nº _____ () Porto-vac nº _____ () Tórax nº _____

Sinais vitais: PA 166 x 83 mmHg FC: 95 bpm Sat: 98 % T: _____ °C Hora: 15:40h

Anestesia: Início 16:00 Término 16:00 () Geral Inalatório () Geral Venosa (X) Sedação () Local
() Peridural () Raqui (X) Bloqueio: _____

IOT: (X) Não () sim - Cânula nº _____ IOT aramado: (X) não () sim nº _____

AVP: () não (X) sim MSF Jelco nº 25 por PLA Wanda Beatriz de S. Souza
COPEN - RN-598.498-TE

Cateter O2: (X) Não () sim SNG: (X) NÃO () SIM Nº _____ SVD (X) NÃO () SIM Nº _____

Ferida operatória: Curativo Cimpa + Dettol
Cultura: _____ Anát. Patológico: (X) Não () Sim _____ Unid _____

Material Explantado: _____

Conferido por Thayna Batista do Nascimento Intercorrência S/
COPEN RN 141.800-12

ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada (X) sim () não

Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta, _____

Medicações administradas (anotar horários) 02 amp efesolona + 03 amp diclofenaco + 02 amp
diclofenaco + 03 amp ibuprofeno + 03 amp tramadol + 03 amp tramadol



OPME: () NÃO (X) SIM, qual

1 fio de Kirschmmer n° 2,0.

Anotações de Enfermagem e Intercorrências

5/

Início da cirurgia: 15:20

Termino da cirurgia: 16:00

CIRURGIÃO Dr. Thiago

ASSISTENTE:

ANESTESIOLOGISTA Dr. Felipe

INSTRUMENTADORA Katiucia

CIRCULANTE: Thiago

ENFERMEIRA: Edna

Thayna Batista do Nascimento
COREN/RN 141.908-12

PA (Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

() Acordado () Sonolento () agitado Ar ambiente () MV 50%

() Cateter de O2 () TQT () AVP () AVC

() Hipotensão () Hipertensão () Bradicardia () Taquicardia () Tremor () Dor () Baixa Saturação

() Hemorragias () Desorientação () Agitação () Dispneia () Broncoespasmo () Outros.

Medicações Administradas na URPA (anotar horários)

Encaminhado para o andar

AVP () AVC () SNG () SVD FECHADA () DRENOS () CURATIVOS LIMPO ()

GESSO EM: MSD () MSE () MID () MIE ()

EXAMES: () Labort () Raio x () USG () TC () RNM () RISCO CIRURGICO () OUTROS

ENCAMINHADO: () Enfermaria () UTI () Alta Hospitalar () Outros

Anotações de Enfermagem:

ENCAMINHADO POR:

HORA: 17:30



PRONTO-SOLUÇÃO
 Dr. Paulo Sérgio
 PACIENTE: Cornelio Romando d'Araújo seu LEITO: 104C
 DIAGNÓSTICO: LAC 46 anos
 PROCEDÊNCIA: negue negue
 ALERGIAS: negue negue
 EVOLUÇÃO: 17.09.19 15:45

ASPECTO GERAL

☒ CONSCIENTE ☐ INCONSCIENTE
☒ ATIVO ☐ PASSIVO
☐ HIPERTÔNICO ☐ HIPOTÔNICO
☐ COMATOSSO ☐ SEM CONSCIENTE

ACESSOS VENOSOS

☐ AVP: ☐ AVC: ☐ Jelco: ☐ Scalp:

INFUSÃO INTERVENOSA

☐ HV ☐ BI ☐ ATB

PELE

☒ HIDRATADA ☐ DESHIDRATADA
☒ NORMOCORADA ☐ ANEMICA
☐ EXTREMIDADES FRIAS ☐ QUENTES
☐ HIPOTERMIA ☐ HIPERTERMIA
☐ DRENO LOCAL ☐ DRENO GERAL

APARELHO CARDIORESPIRATÓRIO

☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO ☐ RUIDOS ADVENTIVOS
☐ TAQUICARDIA ☐ BRADICARDIA

OBSERVAÇÃO: Paciente admissão em UTI por acidente de trânsito
trauma de cabeça e membros superiores
laboratório e exames de imagem em andamento
orientado sobre fôlego e higiene interna
introdução de sondas
Dr. Sérgio
17.09.19 15:45

ASPECTO GERAL

☒ CONSCIENTE ☐ INCONSCIENTE
☒ ATIVO ☐ PASSIVO
☐ HIPERTÔNICO ☐ HIPOTÔNICO
☐ COMATOSSO ☐ SEM CONSCIENTE

ACESSOS VENOSOS

☒ AVP: ☐ AVC: ☐ Jelco: ☐ Scalp:

INFUSÃO INTERVENOSA

☒ HV ☐ BI ☐ ATB



RELEASE IN FULL PAGE 4

CONVER

Número do documento: 20121516395112200000061197547

PACIENTE: _____
 REGISTRO: _____
 CORNELIO RAIMUNDO DE ALMEIDA
 APTO/ENF. _____
 CONVÊNIO: SUS _____
 DATA: 17/09/2019

PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS
<p>Dieta branda quando bem acordado</p> <p>RL 500ml, IV, 12/12h</p> <p>Cefazolina - 1FR + 50ml SF 0,9%, IV, 6/6h</p> <p>Dipirona - 1 amp + 18ml ABD, IV, 6/6h</p> <p>Tenoxicam 40mg - 1FR + 20ml ABD, IV, 1X DIA</p> <p>Tramal 100mg - 1 amp + 100ml SF 0,9%, IV, 8/8h.</p> <p>Plasil - 1amp + 100ml SF 0,9%, IV, 8/8h. SE NAUSEAS</p> <p>Manter cabeça elevada</p> <p>SSVV e CCGG</p>	<p>Handwritten notes and signatures in the Horários column.</p>





PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE: <u>conulta</u>	REGISTRO Nº _____
APTO.: _____	CONVENIO _____
MÉDICO: _____	_____

DATA / HORA	DESCRIÇÃO MÉDICA
07.09.19	paciente admitido para realização cirurgia em clínicas. Não alérgico a drogas. pre-resistente. Afetado, com teste 2nd.
17/09/20 12:10 h	Admission Paciente admitido para tratamento cirúrgico de lesões anormais do
17/09/20 13:00 h	nao querubim Paciente submetido a tratamento cirúrgico de 2 AC com o sistema + anastomose subcondradia. Transfusão menor de 200 cc de sangue
18/09/20 10:30 h	50% Paciente em 2 AC de 1000 cc de sangue. Não houve complicações. Condicionamento satisfatório. Prescrição de 100 mg de morfina







CODIGO RENAVAM
01065099425

PLACA
OMC3375

ANO FABRICAÇÃO
2014



Valide este QRCode com app Vio

ESPECIE / TIPO
PASSAGEIRO MOTOCICLETA

MARCA / MODELO / VERSÃO
HONDA / CG150 FAN ESDI

PLACA ANTERIOR / UF
OMC3375 / RN

COMBUSTIVEL
ALCOOL / GASOLINA

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

CATEGORIA
PARTICULAR

CAPACIDADE
* *

POTENCIA/CILINDRADA
OCV/149

PESO BRUTO TOTAL
0.29

MOTOR
KC16E8E026373

CMT
* *

EKOS
*

LOTACAO
02P

CARROCERIA
NÃO APLICAVEL

NOME
CORNELIO RAIMUNDO DE ALMEIDA

LOCAL
ASSU RN

CPF / CNPJ
018.447.444-26

DATA
01/08/2020

DADOS DO SEGURO DPVAT
ASSINADO DIGITALMENTE PELO DETRAN

278637985013

CAT. TARIF
DATA DE QUINÇÃO

PAGAMENTO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

REPARTE OBRIGATORIO AO
FUNDO NACIONAL DE SAUDE (R\$)

CUSTO DO
BILHETE (R\$)

CUSTO EFETIVO
DO SEGURO (R\$)

REPARTE OBRIGATORIO AO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE
TRANSITO (R\$)

VALOR DO ICF (R\$)

VALOR TOTAL A SER PAGOS
PELO SEGURO (R\$)

SINISTRO 3200053583 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CORNELIO RAIMUNDO DE ALMEIDA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA

LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO CORNELIO RAIMUNDO DE ALMEIDA

CPF/CNPJ: 01844744426

Posição em 15-12-2020 14:14:16

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada em nossa última correspondência.





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
1ª Vara da Comarca de Assu
RUA DR LUIZ CARLOS, 230, Fórum da Justiça Estadual, NOVO HORIZONTE, AÇU - RN - CEP: 59650-000

Processo: 0804304-08.2020.8.20.5100

Ação: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: CORNELIO RAIMUNDO DE ALMEIDA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

DESPACHO

Defiro momentaneamente o requerimento de assistência judiciária gratuita, ante a afirmação da parte requerente ser necessitada de assistência judiciária e de achar-se em condição de pobreza jurídica, sob as penas da lei e de pagamento do décuplo das custas judiciais, na forma do disposto no art. 5º, LXXIV, da CF, art. 98 do CPC/2015 e dos arts. 2º, § único, e 4º, § único, da Lei de Assistência Judiciária Gratuita (Lei nº 1.060/50)

Considerando ser improvável a realização de conciliação neste caso, deixo de aprazar audiência de conciliação e, por ser premente a necessidade de realização de perícia médica judicial à análise do *meritum causae*, defiro, desde já, a produção da prova.

Cite-se a seguradora-ré para, querendo, apresentar resposta no prazo de 15 (quinze) dias, devendo carrear aos autos cópia integral do procedimento administrativo respectivo ao sinistro narrado na exordial, manifestando-se, ainda, quanto à eventual ocorrência de prescrição, litispendência e coisa julgada no caso sob análise, sob pena de revelia. Deverá, nessa mesma oportunidade, se assim desejar, apresentar quesitos técnicos respectivos à perícia judicial, bem como nomear seu assistente técnico.

Com a defesa, intime-se a parte autora, por seu advogado, para apresenentar réplica à contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, devendo, ainda, apresentar sua quesitação pericial e nomear o respectivo assistente técnico, se assim desejar.

Ultrapassadas tais etapas, em atenção à celeridade processual, procedo à nomeação do médico **HANDERSON SÉRGIO DE ARAÚJO, CRM RN 6293, endereço: Viver Clínica Médica e Laboratório, Rua José de Macedo Freire, nº. 73, Assu/RN, Celular: (84) 991109252**, cuja aceitação do encargo deu-se mediante o comparecimento espontâneo a esta vara.

Ato contínuo, determino o aprazamento da perícia médica pela Secretaria Judiciária, devendo as partes serem intimadas com no mínimo 20 (vinte) dias de antecedência, salientando-se que a eventual ausência da parte autora deve ser comprovadamente justificada, sob pena do prosseguimento do feito sem a produção da prova.

Nesse aspecto, determino que a intimação da parte autora dar-se-á pessoalmente, por carta ou mandado, dirigido ao endereço constante em seu comprovante de residência, e por intermédio de seu advogado constituído.



Após a realização da perícia judicial, o laudo médico deverá ser apresentado pelo perito no prazo de 20 (vinte) dias.

Ficando desde já a requerida intimada para, conforme Convênio celebrado entre o Tribunal de Justiça deste estado e a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, no prazo de 10 (dez) dias, providenciar o pagamento referentes aos honorários periciais no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais).

Frise-se que o depósito judicial abrangerá o valor total das perícias feitas, sendo necessário apenas uma guia de pagamento para tanto, em atenção à economia e celeridade processual.

Feito o pagamento, deve a Secretaria Judiciária juntar a cada processo cópia da lista referida e do respectivo comprovante de depósito, expedindo alvará judicial para levantamento pelo perito em seguida.

Nessa mesma oportunidade, intimem-se as partes para, no prazo comum de 10 (dez) dias, manifestarem-se, requerendo o que entenderem de direito. Havendo impugnação à prova, intime-se o perito judicial para que, também no prazo de 10 (dez) dias, apresente os esclarecimentos que julgar pertinentes.

Com a manifestação do profissional, intimem-se as partes para que, no prazo comum de 10 (dez) dias, tomem ciência da resposta.

Cumpridas as diligências ora determinadas em sua integralidade, voltem-me conclusos para sentença.

Publique-se.

AÇU/RN, data no ID do documento

ALINE DANIELE BELEM CORDEIRO LUCAS

Juiz(a) de Direito

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





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
1ª Vara da Comarca de Assu
RUA DR LUIZ CARLOS, 230, Fórum da Justiça Estadual, NOVO HORIZONTE, AÇU - RN - CEP: 59650-000

Processo: 0804304-08.2020.8.20.5100

Ação: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: CORNELIO RAIMUNDO DE ALMEIDA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

DESPACHO

Defiro momentaneamente o requerimento de assistência judiciária gratuita, ante a afirmação da parte requerente ser necessitada de assistência judiciária e de achar-se em condição de pobreza jurídica, sob as penas da lei e de pagamento do décuplo das custas judiciais, na forma do disposto no art. 5º, LXXIV, da CF, art. 98 do CPC/2015 e dos arts. 2º, § único, e 4º, § único, da Lei de Assistência Judiciária Gratuita (Lei nº 1.060/50)

Considerando ser improvável a realização de conciliação neste caso, deixo de aprazar audiência de conciliação e, por ser premente a necessidade de realização de perícia médica judicial à análise do *meritum causae*, defiro, desde já, a produção da prova.

Cite-se a seguradora-ré para, querendo, apresentar resposta no prazo de 15 (quinze) dias, devendo carrear aos autos cópia integral do procedimento administrativo respectivo ao sinistro narrado na exordial, manifestando-se, ainda, quanto à eventual ocorrência de prescrição, litispendência e coisa julgada no caso sob análise, sob pena de revelia. Deverá, nessa mesma oportunidade, se assim desejar, apresentar quesitos técnicos respectivos à perícia judicial, bem como nomear seu assistente técnico.

Com a defesa, intime-se a parte autora, por seu advogado, para apreenetar réplica à contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, devendo, ainda, apresentar sua quesitação pericial e nomear o respectivo assistente técnico, se assim desejar.

Ultrapassadas tais etapas, em atenção à celeridade processual, procedo à nomeação do médico **HANDERSON SÉRGIO DE ARAÚJO, CRM RN 6293, endereço: Viver Clínica Médica e Laboratório, Rua José de Macedo Freire, nº. 73, Assu/RN, Celular: (84) 991109252**, cuja aceitação do encargo deu-se mediante o comparecimento espontâneo a esta vara.

Ato contínuo, determino o aprazamento da perícia médica pela Secretaria Judiciária, devendo as partes serem intimadas com no mínimo 20 (vinte) dias de antecedência, salientando-se que a eventual ausência da parte autora deve ser comprovadamente justificada, sob pena do prosseguimento do feito sem a produção da prova.

Nesse aspecto, determino que a intimação da parte autora dar-se-á pessoalmente, por carta ou mandado, dirigido ao endereço constante em seu comprovante de residência, e por intermédio de seu advogado constituído.



Após a realização da perícia judicial, o laudo médico deverá ser apresentado pelo perito no prazo de 20 (vinte) dias.

Ficando desde já a requerida intimada para, conforme Convênio celebrado entre o Tribunal de Justiça deste estado e a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, no prazo de 10 (dez) dias, providenciar o pagamento referentes aos honorários periciais no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais).

Frise-se que o depósito judicial abrangerá o valor total das perícias feitas, sendo necessário apenas uma guia de pagamento para tanto, em atenção à economia e celeridade processual.

Feito o pagamento, deve a Secretaria Judiciária juntar a cada processo cópia da lista referida e do respectivo comprovante de depósito, expedindo alvará judicial para levantamento pelo perito em seguida.

Nessa mesma oportunidade, intimem-se as partes para, no prazo comum de 10 (dez) dias, manifestarem-se, requerendo o que entenderem de direito. Havendo impugnação à prova, intime-se o perito judicial para que, também no prazo de 10 (dez) dias, apresente os esclarecimentos que julgar pertinentes.

Com a manifestação do profissional, intimem-se as partes para que, no prazo comum de 10 (dez) dias, tomem ciência da resposta.

Cumpridas as diligências ora determinadas em sua integralidade, voltem-me conclusos para sentença.

Publique-se.

AÇU/RN, data no ID do documento

ALINE DANIELE BELEM CORDEIRO LUCAS

Juiz(a) de Direito

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

