



Dr. Heberth Langbehn
Dr. José Jocerlan

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

OUTORGANTE: RONALDO GANÇALVES DE MELO, brasileiro, casado, agricultor, inscrita no CPF : 0214.284.684-04 e RG : 1645622 SSP/RN , residente e domiciliado no Povoado Baixa do Arroz – 40, Zona Rural, Caicó/RN.

OUTORGADOS: JOSÉ JOCERLAN AUGUSTO MACIEL, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/RN 783-A, CPF/MF Nº 380.349.054-53 e/ou **HEBERTH LANBGEHN DE CASTRO**, brasileiro, união estável, advogado, inscrito na OAB/RN 630-A, CPF/MF 040.231.344-57, Representantes da sociedade de advogados **CASTRO & MACIEL SOCIEDADE DE ADVOGADOS ME**, CNPJ/MF 24.862.946/0001-25, com escritório profissional à Rua Senador José Bernardo, 349, Sala 02, Centro, Caicó, RN, CEP 59.300-000, com endereço eletrônico castroemacielcaico@outlook.com.

PODERES: pelo presente instrumento o(s) outorgante(s) confere(m) aos outorgados, na forma do art. 105 do NCPC e do art. 653 e seguintes do CC, amplos poderes para atuar administrativamente junto aos órgãos públicos e no foro em geral, com cláusula “ad-judicia et extra”, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo(s) nas contrárias, seguindo em umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda, poderes especiais para reconhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer, com ou sem reservas de iguais poderes, para agirem em conjunto ou separadamente, e especialmente para ajuizar e acompanhar até o seu final Ação contra o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, junto à Justiça Federal do Estado do Rio Grande do Norte, e Estadual/RN, sendo expressamente autorizados a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, renunciar aos valores excedentes a 60 salários mínimos em razão do procedimento especial (Lei 10.259/2001), transigir, firmar compromissos e acordos, receber e dar quitação, levantar valores existentes em contas judiciais, precatórios, RPV deduzindo e compensando os seus créditos por despesa de verba honorária contratual e as decorrentes de sucumbência, nas respectivas prestações de contas, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, realizar cadastro de senha e acessar quaisquer sistemas virtuais do INSS, como por exemplo, “Meu INSS” ou pela plataforma digital do advogado – “SAG” (Sistema de Agendamento), para realizar consultas, agendamentos, juntar e retirar documentos, receber cópia de processo administrativo, fazer declarações e justificações, bem como todos os demais atos que necessite de sua presença, outorga ou assinatura, inclusive requerer, recorrer, tudo podendo praticar para o fiel cumprimento do presente mandato.

Caicó/RN, 14 de Agosto de 2020.



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

LEI FEDERAL Nº. 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

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.**

Eu, **RONALDO GONÇALVES DE MELO**, brasileiro, casado, agricultor , inscrito no CPF/MF sob o n.º 214.284.684-04 e portadora do RG n.º 1645622 SSP/PB, **DECLARO**, para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei nº. 7.115/83), que tenho domicílio no Povoado Baixa do Arroz - 40, Zona Rural, Caicó /RN, **CEP 59300-000.**

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração para efeitos legais, estando ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Caicó, RN, 14 de Outubro de 2020.


RONALDO GONÇALVES DE MELO





Gov. 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 DE PLANTÃO CAICÓ EQUIPE 4

Endereço: AV. CEL. MARTINIANO, 20, JARDIM SATELITE, CAICÓ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J201917700527

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 30/05/2019 15.34.53

1.4 Lígou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 27/05/2019 06.30.00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Rural

2.8 Número: S/N

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIO E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: BR 427 - PRÓXIMO AO RESTAURANTE CAMINHONEIROS

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: CAICÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: RAFAEL RICELLE ALVES DE MELO

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Branca

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 08240459471

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: TÊC. CELULAR

3.15 Telefone(s): 84 996266112

3.17 Número: 181

3.19 Bairro: BOA PASSAGEM

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: CAICÓ

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: RONALDO GONCALVES DE MELO

3.6 Mãe: SILVANETE ALVES DE MELO

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 18/06/1991

3.14 RG: 2580038 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Nacionalidade: CAICÓ RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA LEOCADIO DE MORAIS BRITO

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 Nome Completo: RONALDO GONCALVES DE MELO

4.1.3 Nome Social:

4.1.5 Mãe: SILVINA SANTOS DE MELO

4.1.7 Orientação Sexual:

4.1.9 Sexo: MASCULINO

4.1.11 CPF: 21428468404

4.1.13 Nacionalidade:

4.1.15 Logradouro: SÍTIO BAIXA DO ARROZ - PRÓXIMO AO AÇUDE ITANS

4.1.17 Número: S/N

4.1.19 Bairro: ZONA RURAL

4.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4.1.2 Estado civil:

4.1.4 Pai: EMILIO GONCALVES DE MELO

4.1.6 Identidade de Gênero:

4.1.8 Etnia:

4.1.10 Data de Nascimento: 05/10/1958

4.1.12 RG: 1645622

4.1.14 Profissão: AGRICULTOR(A)

4.1.16 Passaporte:

4.1.18 E-Mail:

4.1.20 CEP:

4.1.21 Cidade: CAICÓ

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: *****01799

7.1.5 Placa: MZD6144

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2009

7.1.11 Cor do veículo: CINZA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: RAFAEL RICELLE ALVES DE MELO

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN ES

7.1.10 Ano de Fabricação: 2009

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE INFORMA QUE A VÍTIMA CARREGOU A MOTO DE LEITE E VOLTAVA PARA O SÍTIO QUANDO UM BODE ATRAVESSOU A SUA FRENTE. QUE FREOU MAS COM O SUSTO O BODE FOI PARA CIMA DO CONDUTOR, BATEU NELE E O DERRUBOU. QUE NA QUEDA SOFREU FRATURA NA PERNA ESQUERDA. QUE FOI SOCORRIDO POR UM MORADOR DO SÍTIO, CONHECIDO POR BETO, QUE CHAMOU O COMUNICANTE PARA LEVÁ-LO DE CARRO AO HOSPITAL. QUE O COMUNICANTE O SOCORREU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CAICÓ/RN.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 30/05/2019 15.34.53

Policial

Interessado

Polegar direito

Protocolo: J201917700527 - Código de autenticação: 7aa45781619f6bca2c03bdc95695de

Página 1 2

Ofício União do Município de Timbó das B...
Pia Maior, Cazuz, 454, Centro, CEP 59320-000
9846-4118
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi entregue e exibido.
Selo Digital: RN201901310390000821ETN
Confira a autenticidade em: https://sigadigital.timbo.rn.br/...
Timbó das B.../RN, 30 de Outubro de 2019 - 09:58
Walter de Melo de Melo
Tribunal Esquadrão
AA174045
VALIDA SEM ENENDA OU RATURA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 014242010954
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 00150516932 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME
RAFAEL RICELLE ALVES DE MELO

CPF / CNPJ
082.404.594-71

PLACA
MZD6144

PLACA ANT. / UF
MZD6144 / RN

CHASSI
9C2KC15209R101799

ESPÉCIE TIPO
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB. ANO MOD.
2009 2009

CAP. / POT. / CIL.
OCV/149 CILINDRADAS

CATEGORIA
PARTICULAR

COR PREDOMINANTE
CINZA

COTA ÚNICA
R\$ 0.00

VENC. COTA ÚNICA
11/04/2019

VENC. / COTAS
1º PAGO

FAIXA LPVA
002808 3X

PARCELAMENTO / COTAS
R\$ *****

2º PAGO

3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
*** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: KC15E29101799

CAICO/RN

DATA

18/02/2019

Siderley Bezerra da Silva
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - RN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014242010954 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

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 18/02/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 082.404.594-71 PLACA MZD6144

RENAVAM 00150516932 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB. CAT. TARIF. Nº CHASSI
2009 9 9C2KC15209R101799

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.608/0001-04



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Rafael Ricelle Alves de Melo,
RG nº 2580038, data de expedição 04/01/2011
Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 082.404.594-71,
com domicílio na cidade de Caico/RN, no Estado de
Rio Grande do Norte/RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua: Leopoldina Monais de Brito, nº 181,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Ronaldo Gonçalves de Melo, cujo o condutor era
Ronaldo Gonçalves de Melo.
Veículo: Motocicleta Modelo: Honda/CG 150 TITANES Ano: 2009
Placa: MZD-6144 Chassi: 9C2K15209R101799
Data do Acidente: 27/05/2019

Local e Data: Caico/RN;

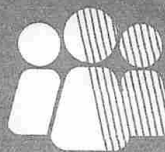
Rafael Ricelle Alves de Melo
Assinatura do Declarante

Ronaldo Gonçalves de Melo
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





Ressonância Magnética
Densitometria Óssea
Raio-x Digital - CR
Mamografia de Alta Resolução Digital - CR
Tomografia Computadorizada Multislice
Ultrassonografia Geral e com Doppler



**INSTITUTO
DE RADIOLOGIA
DE CAICÓ**

REGISTRO Nº 34823/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

LAUDO

NOME DO PACIENTE.....: RONALDO GONÇALVES DE MELO

MÉDICO SOLICITANTE.: DR. SILVIO FILHO

CONVÊNIO.....: SUS

EXAME SOLICITADO.....: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO

DATA DO EXAME.....: 27.05.2019

CIDADE.....: CAICÓ-RN

Estudo realizado através de cortes tomográficos computadorizados helicoidais, axiais com 0,7mm de espessura com técnica partes moles e estruturas ósseas, sem uso de meio de contraste endovenoso, com reconstruções nos planos coronais e sagitais, que revelou:

Edema de partes moles.

Ausência de processos expansivos e calcificações patológicas em ambas as pernas.

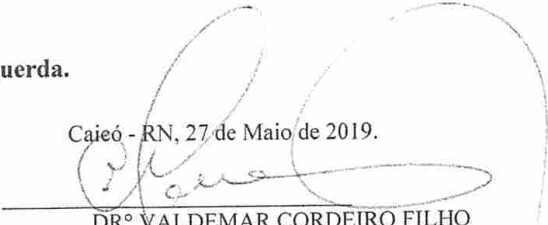
Sinais de fratura em bico de gaita transcodiliana na tíbia esquerda.

Fratura cominutiva no platô tibial esquerdo.

Espaços articulares preservados, não observando-se redução ou esclerose subcondrais.

CONCLUSÃO: Fratura na tíbia proximal esquerda.

Caicó - RN, 27 de Maio de 2019.


DRº VALDEMAR CORDEIRO FILHO
CPF: 043-991.374-87
CRM: 613/RN
Ass. Digitalizada

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através de interpretação do médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

Hospital Tiago Dias
Rua Manoel Elpidio, S/N - Penedo - Caicó/RN
(84) 3417 - 1252





BOLETIM DE ATENDIMENTO PRONTO SOCORRO

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	DATA	HORA DE ENTRADA	Nº ATENDIMENTO
<i>Qun</i>	<i>27/05/19</i>	<i>08:12</i>	<i>36</i>

CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviaturas e de forma legível.			
NOME	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO
<i>RONALDO GONÇALVES DE MELO</i>	<i>05.10.58</i>	<i>60</i>	<i>M</i>
CPF	RG	DATA DE EXPEDIÇÃO	CARTÃO SUS
<i>214 284 684-04</i>	<i>1 64 5622</i>		<i>704 0033 8346 5060</i>
NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	RACIA/COR
<i>CEARÁ</i>	<i>SEPARADO</i>	<i>AGRICULTOR</i>	<i>B</i>
NOME DA MÃE	NOME DO PAI		
<i>SILVANA SANTOS MELO</i>	<i>EMILIO GONÇALVES MELO</i>		
ENDEREÇO	BAIRRO		
<i>FL BATIA DO ANJOZ</i>	<i>2. MURAI</i>		
CIDADE/ESTADO	TELEFONE DE CONTATO	ESCOLARIDADE	
<i>CEARÁ</i>	<i>86262908</i>	<i>Primário</i>	
FORMA DE CHEGADA			PACIENTE REGULADO?
<input checked="" type="radio"/> ESPONTÂNEA <input type="radio"/> SAMU <input type="radio"/> AMBULÂNCIA/MUNICÍPIO <input type="radio"/> CORPO DE BOMBEIROS <input type="radio"/> POLÍCIA MILITAR <input type="radio"/> OUTRO: _____			<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO

CAMPO 2 - SINAIS VITAIS			
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de saúde.			
PA: <i>131x69</i> mmHg	FC: <i>91</i> bpm	FR: _____ irpm	Temp. axilar: _____ °C
SpO2: <i>96</i> %		Glicemia: <i>149</i> mg/dl	

CAMPO 3 - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO													
Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro responsável pelo ACCR.													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	ESCALA DE GLASGOW			ESCORE DE DOR						
VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL	AO	RV	RM	AP	TOTAL	1	2	3	4	5
				<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>		<i>15</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>
QUEIXA PRINCIPAL				HISTÓRIA BREVE									
<i>EDema em JOELHO RDS QUEIXA</i>				<i>PCT SOFREU QUESO VOTOS EMPURRADO DE BONE. NO MOMENTO C/ DEFORMIDADE EM JOELHO.</i>									
ALERGIAS				COMORBIDADES									
<i>NEGA</i>				<i>HAS + DM</i>									
OBSERVAÇÃO OBJETIVA				HORA									
<i>TOUOU Jg DE DIPIRONA HOJE</i>				<i>08:26</i>									
AVALIAÇÃO				REAVLIAÇÃO									

CAMPO 4 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.	
DIAGNÓSTICO INICIAL	
<i>Edema no joelho e dor por uma manobra de teste</i>	

CAMPO 5 - EXAMES SOLICITADOS			
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.			
<input type="checkbox"/> HEMOGRAMA + PLAQUETAS	<input type="checkbox"/> TGO + TGP	<input type="checkbox"/> GASOMETRIA ARTERIAL	<input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA
<input type="checkbox"/> UREIA + CREATININA	<input type="checkbox"/> CKMB + CPK	<input type="checkbox"/> COAGULOGRAMA	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X: <i>joelho e em AP/L</i>
<input type="checkbox"/> GLICEMIA	<input type="checkbox"/> TROPONINA	<input type="checkbox"/> EAS	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA: _____
<input type="checkbox"/> AMILASE	<input type="checkbox"/> IONOGRAMA	<input type="checkbox"/> PCR	<input type="checkbox"/> OUTROS: _____



CAMPO 6 – PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro plantonista do PS.

<input type="checkbox"/> SUTURA – QUANT: _____	<input type="checkbox"/> SONDAGEM VESICAL – QUANT: _____	<input type="checkbox"/> RETIRADA CORPO ESTRANHO – QUANT: _____
<input type="checkbox"/> SNG/SNE – QUANT: _____	<input type="checkbox"/> LAVAGEM GÁSTRICA – QUANT: _____	<input type="checkbox"/> DRENAGEM DE ABSCESSO – QUANT: _____
<input type="checkbox"/> PARACENTESE – QUANT: _____	<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO/INALAÇÃO – QUANT: _____	<input type="checkbox"/> CURATIVO SIMPLES – QUANT: _____

CAMPO 7 – ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.

<input type="checkbox"/> INTERNAMENTO – SETOR: _____	<input type="checkbox"/> ESPECIALIDADE MÉDICA: _____
--	--

CAMPO 8 – PRESCRIÇÃO MÉDICA

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.

Dr. Irani Araújo

Dr. Irani Araújo
Médico
CRM-822-RN
CPF 056.027.424-68

MÉDICO PLANTONISTA/CRM

RESP. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO/COREN

CAMPO 9 – SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro plantonista do PS para posterior coleta do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar.

ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	TRATAMENTO INDICADO <input type="checkbox"/> SORO ANTI-RÁBICO <input type="checkbox"/> VACINA <input type="checkbox"/> SORO + VACINA	SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERPESSOAL <input type="checkbox"/> AUTOPROVOCADA	ENCAMINHADO AO SERVIÇO DE REFERÊNCIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
PESO DO PACIENTE: _____ kg QUANT. SORO APLICADA: _____ ml Nº LOTE: _____ VALIDADE: ____/____/____	ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO EMIÇÃO DE CAT <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	TIPO DE VIOLÊNCIA: <input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> PSICOLÓGICA/MORAL <input type="checkbox"/> SEXUAL <input type="checkbox"/> OUTRA: _____	EM CASO DE VIOLÊNCIA SEXUAL, PROCEDIMENTO REALIZADO: <input type="checkbox"/> CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> TESTE RÁPIDO HIV <input type="checkbox"/> TESTE RÁPIDO SÍFILIS <input type="checkbox"/> TESTE RÁPIDO HEPATITE B
ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	EM CASO POSITIVO, O USUÁRIO ERA: <input type="checkbox"/> CONDUTOR <input type="checkbox"/> PASSAGEIRO <input type="checkbox"/> PEDESTRE		ENFERMEIRO PLANTONISTA/COREN _____

CAMPO 10 – CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE

Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem.

MOTIVO DA SAÍDA <input type="checkbox"/> ALTA MÉDICA <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> RECUSA DO TRATAMENTO <input type="checkbox"/> ÓBITO	REMOÇÃO/ TRANSFERÊNCIA UNIDADE DE DESTINO: _____ CIDADE: _____ HORA DE SAÍDA: _____ DATA DE SAÍDA: ____/____/____
--	---



HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas Fontes

Estrada do Perimetro Irrigado do Sabugi, S/N
Paulo VI - Caicó-RN | Contatos: 84 3421-9630 / 3421- 9628
CNPJ : 08.241.754/0135-57



AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR-AIH

1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ													2. CNES: 6.778.580							
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: NOME: <i>Ronaldo Gonçalves de Melo</i>													4. Nº DO PRONTUÁRIO <i>029 948</i>							
CPF:	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>8</i>	<i>4</i>	<i>6</i>	<i>8</i>	<i>4</i>	<i>0</i>	<i>4</i>	RG:	<i>1</i>	<i>6</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>2</i>	<i>2</i>

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)													6. DATA DE NASC.				7. SEXO	
4	0	4	0	0	3	3	8	3	4	6	5	0	6	0	05/10/58	MASC. (A)	FEM. (I)	

8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	DDD	9. TELEFONE DE CONTATO
Silviana Gomes de Melo	84	9636 2909

10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
Sítio Boa Vista do Arroz - zona rural


11. MUNICIPIO DE RESIDENCIA	12. COD. IBGE MUNICIPIO	13. UF	14. CEP:
Caricó		RN	59300007

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:	<p>Hot pla to the E4</p> <p>Don't delaminate</p>	<p>Material</p> <p>01 placa em "7"</p> <p>02 parafusos</p> <p>03 parafusos</p>
--	--	--

16.CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS DE 01/01/2016 ATÉ 01/01/2017:				
<div style="text-align: center;">  </div>				
18. DIAGNÓSTICO INICIAL:	19. CID 10 PRINCIPAL:	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:	

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

2.2. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO								
---	----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

24. CLÍNICA	25. CARATER DA INTERNAÇÃO	26. DOCUMENTOS () CNS () CPE	27. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLIC./ASSIST.
-------------	---------------------------	-----------------------------------	---

28. NOME DO PROF. SOLIC. ASSINATURA	29. DATA DA SOLICITAÇÃO	30. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)
Dr. [illegible]	28/5/10	[illegible]

PRENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

31 () ACID. DE TRANSITO	34.CNPJ DA SEGURADORA	35. NÚMERO BILHETE	36. SÉRIE
32 () ACID. TRABALHO TÍPICO			

[illegible]

40.VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	42. COD. ORGÃO EMISSOR	43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
44. DOCUMENTOS () CNS () CPF	45. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	
46. DATA DA AUTORIZAÇÃO	47. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)	





SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE: Ronaldo Gonçalves de Melo

REGISTRO/PRONTUÁRIO: <u>029 248</u>	DATA NASCIMENTO: <u>05.10.58</u>	SEXO: <u>M</u>
ENDEREÇO (Rua, Número) <u>Fazenda Boixa do Auroz</u>	BAIRRO: <u>Zona Rural</u>	
MUNICÍPIO: <u>Caicó</u>	UF: <u>RN</u>	CEP: <u>59300 000</u>
NOME DO PAI: <u>Gonçalo Gonçalves de Melo</u>	NOME DA MÃE: <u>Silvina Santos de Melo</u>	TELEFONE: <u>9636 3909</u>
RESPONSÁVEL: <u>Rafael (Filho)</u>		

PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)

CLÍNICA:	ENFERMARIA/LEITO:	INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE
() MÉDICA (X) ORTOPÉDIA		() DE TRABALHO () DE TRANSITO
() CIRÚRGICA () PEDIATRIA		() DE OUTROS FINS () NÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>fractura de fêmur</u>	<p>Dr. <u>Rafael</u> Filho</p> <p>Ortopedista e Traumatologista</p> <p>CRM-RN 4419 - TROTT 9878</p> <p>CNP 021.720.284-45</p>
--	---

INTERNAÇÃO	ORIGEM RESIDÊNCIA?	UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE
DATA: _____ HORA: _____	() SIM () NÃO	

PROCEDÊNCIA:	CARATÉR DE INTERNAÇÃO:
	() ELETIVA () NORMAL (X) EMERGÊNCIA

RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)

RPOCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição) <u>Tueteir</u>	TIPO DE PROCEDIMENTO:
	(X) LIMPO () INFECTADO () CONTAMINADO
	() POTENCIAL M. CONTAMINADO

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/Descrição)	DATA:	HORA:

APRESENTOU IFECCÃO?	FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO:
() HOSPITALAR () COMUNITARIA (X) NÃO	(X) PROFILATICAMENTE () NÃO
	() TERAPEUTICAMENTE

MOTIVO DA SAÍDA (AIH):	SE MOTIVADO SAÍD -1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTODA ALTA
() ALTA () REMOÇÃO () ÓBITO ATÉ 24 HORAS	() CURADO () MELHORADO () INALTERADO () A PEDIDO
() ÓBITO APÓS 24 HORAS	() ADMINISTRATIVO () POR INDICIPLINA () EVASÃO
	() INTER.P/DIAGNOSTICO () P/COMPLEMETAÇÃO F.DE ACIDENTE

PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA:	DESTINO:

PREENCHER SE MOTIVA SAÍDA = ÓBITO	OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECCÃO:	MÉDICO RESPONSÁVEL:
	() SIM () NÃO	(carimbo/assinatura)

CAUSA MORTE:	<p>Ortopedista e Traumatologista</p> <p>CRM-RN 4419 - TROTT 9878</p> <p>CNP 021.720.284-45</p>
--------------	--



Assinado eletronicamente por: HEBERTH LANGBEHN DE CASTRO - 04/12/2020 11:55:36

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120411553439700000060857596>

Número do documento: 20120411553439700000060857596



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ
Estrada do Perimetro Integrado Sabugi, 501 - Bairro Paulo VI - Caisão RN
CEP: 59.300-000 - Telefones: (84) 3421-9630 / 9828 / 9829
CNPJ: (MF): 08.241.754/0135-87

LAUDO DE CIRURGIA

Nome do Paciente: Ronaldo Gonçalves de Melo Nº Registro: Data Admissão:

Nome do Procedimento Cirúrgico: Trat cir frnt

Descrição do Ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Sutures, Drenagem, Fechamento)

Data	Início	Término	Duração	Gazes	Compr	Drenos
7/9/2019						

Data
Trat cir frnt
Inciso Atero-lateral pelo t
Redução com elevação da parede deprimida pelo lábio
Assimilação de enxerto no espaço
Hemostase
Suturas
Enxerto

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Cirurgião: Silvio Santos Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 4419 - TRAT 9828
CPF: 031.139.284-48

ANAMNESE E EXAME FISICO

Nº DE REGISTRO: 029248 DATA: 28.05.2019

NOME DO PACIENTE: Ronaldo Gonçalves de Melo

QUEIXA PRINCIPAL, HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, ANTECEDENTES, EXAMES FISICO.

história de hipertensão com
afundamento central

Dor de cabeça

Indice Cingie

HIPOTESE DIAGNÓSTICA:

história de hipertensão

ASSINATURA DO MÉDICO:

B





HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ
Telecila Freitas Fontes






RELATÓRIO CIRURGIA SEGURA

DADOS DO PACIENTE	
Nome:	Ronaldo Gonçalves de Melo
Data de nascimento:	05/10/58 Idade: 60 Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da Mãe:	Silvina Santos de Melo
Número do prontuário:	Cartão do SUS:
Endereço:	Sítio Baixo do Asraz
	Cidade de procedência: Caico
PRÉ-OPERATÓRIO	
Data do procedimento:	23/05/19
Setor de procedência:	<input type="checkbox"/> Clin. cirúrgica <input type="checkbox"/> Clin. médica <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Urgência Enf/Leito:
Jejum?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim Tempo de Jejum: desde 04h 5:30h <input type="checkbox"/> Não Tipo de alimentação:
Alergias?	<input type="checkbox"/> Sim Quais? <input checked="" type="checkbox"/> Não
Tricotomia no local da incisão para cirurgia geral?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
Lateralidade?	<input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/> NA
Retirada de adornos e/ou próteses?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
Uso de marcapasso?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
Profilaxia para TEV?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
Comorbidades?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim Quais? DM + HAS <input type="checkbox"/> Não
Uso contínuo de medicamentos?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim Quais? Losartano + Metformina <input type="checkbox"/> Não

Sinais vitais: PA:	mmHg	Glicemia:	mg/dL	Tax:	°C
Porta exames complementares que auxiliem no procedimento?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Prontuário?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Transporte seguro até o centro cirúrgico?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Tipo de transporte:	<input checked="" type="checkbox"/> Maca <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas				
Paciente encaminhado para o centro cirúrgico às	11h30min				
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem/COREN:	Tatiana Parreira (Assinatura/Carimbo) COREN 24945				
TRANS-OPERATÓRIO					
Chegada do paciente às	11h45min		Sala de cirurgia nº 04		
Checagem de equipamentos e da sala					
<input checked="" type="checkbox"/> Carro de anestesia + alarmes	<input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio/oxímetro	<input checked="" type="checkbox"/> Focos de luz			
<input checked="" type="checkbox"/> Aspirador	<input checked="" type="checkbox"/> Bisturi elétrico + placa	<input checked="" type="checkbox"/> BIC			
<input checked="" type="checkbox"/> Realizada desinfecção da sala	<input checked="" type="checkbox"/> Validação das embalagens esterilizadas				
Tipo de procedimento:	Plato tibial esquerdo				
Tipo de anestesia:	Plato tibial esquerdo Raqui				
Equipe cirúrgica					
Cirurgião:	Dr. Silvio Filho		Cirurgião/Auxiliar:	Dr. Gabriel	
Anestesista:	Dr. Francisco		Instrumentador:	Socorro	
Circulante(s):	Valdemi, Louie				
Transposição do paciente:	<input checked="" type="checkbox"/> Maca e mesa niveladas <input checked="" type="checkbox"/> Trava da maca e da mesa cirúrgica				
Risco de perda sanguínea?	<input type="checkbox"/> Sim (2 AVP calibrosos) <input checked="" type="checkbox"/> Não				



 		ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECILA FREITAS FONTES Estrada do Perímetro Irrigado Sabugá, s/n - Bairro Paulo IV - Caicó/RN CEP: 59.300-000 CNPJ (MF): 08.24174/0135-57 - (84) 3421-9620, 9621 e 9628	
ANAMNESE INICIAL DE ENFERMAGEM		ENFERMARIA: 108	LEITO: 02
DATA DE ADMISSÃO: 28/05/19		Nº DO PRONTUÁRIO:	
NOME DO PACIENTE: Ronaldo Gonçalves de Melo			
Hora de admissão: 10:00h			
DADOS SOCIAIS			
Idade: 60a		Estado civil: casado	Espiritualidade: Católico
Ocupação: Aposentado		Sexo: Masculino	
Procedência: (X) Residência () Serviço de saúde		() Setor:	
MOTIVO DA INTERNAÇÃO Fratura Joelho Esquerdo			
Queixa principal: Dor no Membro Afetado			
Estado emocional: (X) Calmo () Ansioso () Irritado () Triste () Agitado () Agressivo () Coma			
HISTÓRIA DE SAÚDE			
Comorbidades: DM + HAS		Alergias: Nega	
Medicações de uso contínuo: Losartana + Metformina + Simvastatina			
Dor: (X) Sim () Não, local:			
Intensidade: 8 (0 a 10)			
Resolutividade: (X) Sim () Não		sem dor dor leve dor moderada dor intensa dor máxima	
EXAME FÍSICO			
Estado geral: (X) Bom () Regular () Comprometido () Grave			
SINAIS VITAIS			
PA: _____ mmHg T: _____ °C FR: _____ rpm FC: _____ bpm SatO ₂ _____ % HGT: _____			
FUNÇÃO NEUROLÓGICA			
Nível de consciência: (X) Consciente () Inconsciente (X) Orientado () Desorientado () Torporoso			
(X) Cooperativo () Não cooperativo (X) Comunicativo () Não comunicativo			
Sono/repouso: Preservados			
Responsivo aos estímulos: (X) Verbais (X) Dolorosos () Oculares () Térmicos			
Crise convulsiva: () Sim (X) Não Se sim, quantos episódios: _____			
ESCALA DE COMA DE GLASGOW			
PARÂMETRO	RESPOSTA	PONTOS	
ABERTURA OCULAR	Abertura ocular espontânea	4	
	Abertura ocular ao comando	3	
	Abertura ocular a dor	2	
	Ausente	1	
	Não testável	NT	
RESPOSTA VERBAL	Orientado e conversando	5	
	Desorientado, confuso	4	
	Palavras desconexas	3	
	Sons incompreensíveis	2	
	Ausente	1	
RESPOSTA MOTORA	Não testável	NT	
	Obedece a comandos	6	
	Localiza estímulo de dor	5	
	Reflexo de retirada a dor	4	
	Decorticação	3	
	Descerebração	2	
	Ausente	1	

Confere com o Original
 Caicó - RN, 30/05/2019

Assinado eletronicamente por: ALEQUIREQUE
 MAT: 95278-8





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECILA FREITAS FONTES
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo IV - Caicó/RN
CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.24174/0135-57 - (84) 3421-9620, 9621 e 9628

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ENFERMARIA: 108

LEITO: 02

DATA DE ADMISSÃO: 28.05.19	Nº DO PRONTUÁRIO: 029.248
NOME DO PACIENTE: Renato Gonçalves de Melo	
DATA E HORA: 29.05.19	HD: Fratura fêmur E
SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO ₂ %	
<input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Deambulante, com ajuda:	Higiene: Corporal Oral
Estado Geral: <input type="checkbox"/> Bom <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Comprometido <input type="checkbox"/> Grave	
Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Icterícia	
Nível de consciência: 15 (Glasgow) Nível de sedação: (Ramsy)	
Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> MV % <input type="checkbox"/> Cateter nasal <input type="checkbox"/> VMI Desmame:	
Dieta: Oral para HAS e DM	<input type="checkbox"/> Sonda:
Drogas vasoativas: <input checked="" type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> BIC <input type="checkbox"/> Gravidade	
Exames/cirurgias:	Preparo de exames: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Antibioticoterapia: sim	Parecer médico:
Feridas e curativos:	Braden:
	Morse:
Diagnóstico de enfermagem: Risco de integridade de pele.	
Prescrição de enfermagem: Orientação de hidratação cutânea + mudança de decúbito	
Evolução: Paciente em EG Regular; eliminações + e espem-tâneas, em uso de tala no MIE; sem queixas no momento. segue aos cuidados da equipe.	

DAVI NUNES CAPA
2019 97886
Raquel Teixeira
Enfermeira
URRN - Caicó/RN

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA DE ADMISSÃO:	Nº DO PRONTUÁRIO:
NOME DO PACIENTE:	
DATA E HORA:	HD:
SINAIS VITAIS: PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO ₂ %	
<input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Deambulante, com ajuda:	Higiene: Corporal Oral
Estado Geral: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Comprometido <input type="checkbox"/> Grave	
Pele: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Icterícia	
Nível de consciência: (Glasgow) Nível de sedação: (Ramsy)	
Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> MV % <input type="checkbox"/> Cateter nasal <input type="checkbox"/> VMI Desmame:	
Dieta:	<input type="checkbox"/> Sonda:
Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> BIC <input type="checkbox"/> Gravidade	
Exames/cirurgias:	Preparo de exames: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Antibioticoterapia:	Parecer médico:
Feridas e curativos:	Braden:
	Morse:
Diagnóstico de enfermagem:	
Prescrição de enfermagem:	
Evolução:	

Confere com o Ctrgi..al
Caicó - RN, 29.05.2019
Assinatura: [assinatura]
MAT: 95278-8





EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE: <u>Romaldo Gonçalves de Melo</u>	Nº de Registro		Data Admissão	
	0	297487	8	051

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
28/05/18	12h00min	Paciente, idoso, 60 anos, admitido no centro cirúrgico para realizar "plato" em tibia esquerda. Refere jejum desde as 05h30min. Tomou um pouco de café nesse horário e os medicamentos. HAS e DM em uso de medicação. Foi submetido a anestesia raqui para realizar o procedimento. Durante a cirurgia houve quebra do garanto da esterilização dos campos cirúrgicos pois uma mosca parou no campo, mesmo após inspeção da sala. Foi finalizado o procedimento e o paciente foi encaminhado para a clínica cirúrgica na maca às 13h15min.	
30/05/18	09:00	Paciente da clínica cirúrgica. Foi realizado o procedimento cirúrgico de placa com elos e fixação de placa METAL EVOLUCION CLINICA BOA E RECEBER ALTA HOSPITALAR SEM PROBLEMA DO PLANTIO, COMEÇAR O PLANTIO TIBIAL.	





URGENCIA E EMERGENCIA

NOME:

Renaldo Cavalcante

DATA:

29-5-19

LEITO:

10-108-2

DIAGNÓSTICO:

ADMISSÃO:

	MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIOS											
					08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
01-	D. e b. Loperamide															
02-	E.P. 1000u Loper					Ex						Ex				
03-	Op. Luv 500 - 04 Ost + 04 Ost 6h						15			18			24			06
04-	D. e b. Loper						12			18			24			06
05-	D. e b. Luv 500 - 04 Ost + 04 Ost 6h			*												
06-	Op. Luv 500 - 04 Ost + 04 Ost 6h															
07-	medicações hospital															
08-	Crusio eus															
09-	Instalar em 12h 30m															
10-	Dr. Vio Santos Filho															
11-	Dr. Vio Santos Filho															
12-	Dr. Vio Santos Filho															
13-	Dr. Vio Santos Filho															
14-	Dr. Vio Santos Filho															
15-	Dr. Vio Santos Filho															
16-	Dr. Vio Santos Filho															
17-	Dr. Vio Santos Filho															
18-	Dr. Vio Santos Filho															
19-	Dr. Vio Santos Filho															
20-	Dr. Vio Santos Filho															
21-	Dr. Vio Santos Filho															
Carimbo Assinatura do médico:					Carimbo e assinatura da Enfermagem											

Renaldo Cavalcante
Enfermeiro
URV - Caicó/RN



06/04/2020

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



(/)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRESATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para o parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3200108611 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RONALDO GONCALVES DE MELO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Natal-RN

BENEFICIÁRIO RONALDO GONCALVES DE MELO

CPF/CNPJ: 21428468404

Posição em 06-04-2020 14:36:45

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX



Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

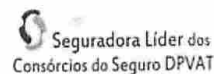
Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
18/03/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
21/03/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/tSwLiqr1tY41AuJyxaEEcA?api_key=f2GhmXERRx23eMQ7q1E75kOYxX2kTAoIIQCDQmpHnFU=)
13/03/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/l+__70liR6sK0jIR+FWXF3w?api_key=f2GhmXERRx23eMQ7q1E75kOYxX2kTAoIIQCDQmpHnFU=)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0241040/19

Vítima: RONALDO GONCALVES DE MELO

CPF: 214.284.684-04

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 27/05/2019

Titular do CPF: RONALDO GONCALVES DE MELO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE DE FRANCA PEREIRA : 626.319.694-72

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

RONALDO GONCALVES DE MELO : 214.284.684-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/07/2019
Nome: JOSE DE FRANCA PEREIRA
CPF: 626.319.694-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2019
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA
CPF: 017.593.304-93

JOSE DE FRANCA PEREIRA

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 20 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200108611

Vítima: RONALDO GONCALVES DE MELO

Data do Acidente: 27/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE DE FRANCA PEREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RONALDO GONCALVES DE MELO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: RONALDO GONCALVES DE MELO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001038-3

Conta: 000000700087-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01669/01670 - carta_16R - INVALIDEZ





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
3ª Vara da Comarca de Caicó
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0803857-17.2020.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: RONALDO GONCALVES DE MELO

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

DESPACHO

Inicialmente, defiro o pedido de assistência judiciária gratuita, por entender que a parte autora preenche os requisitos do art. 98 e seguintes do CPC/2015.

Ademais, prevê o art. 334 do Código de Processo Civil que caso a petição inicial preencha os requisitos essenciais e não seja o caso de improcedência liminar do pedido, a requerida será citada e intimada para audiência de conciliação ou mediação (CPC, art. 334).

Não obstante, na presente demanda a parte autora alega ter sido vítima de acidente de trânsito e que em razão disso sofreu intervenções em membro do corpo permanentemente comprometedoras de parte ou da totalidade de suas funções, fazendo jus, portanto, ao recebimento de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT.

A prática forense demonstra que, em demandas desse tipo, somente são ajuizados os casos em que os seguros não foram pagos ou, se pagos, não atenderam à expectativa dos envolvidos quanto ao grau de invalidez pertinente, tendo em vista que não há nenhuma informação ao beneficiário dos critérios médicos usados.

É, portanto, necessário ao esclarecimento do caso a realização de perícia médica que determine, com precisão, a gradação da debilidade do postulante, para que se possa quantificá-la de acordo com a tabela anexa à Lei nº 6.194/74 e Súmula 474 do STJ.

No presente caso, portanto, afigurar-se-ia infrutífera uma prévia tentativa de conciliação e mediação antes de saber a extensão exata do dano, a fim de para adaptá-lo à tabela oficial, o que resultaria em medida ineficaz, tanto que a usual prática de mutirões de conciliação referentes às ações judiciais envolvendo seguro DPVAT acontecem com a realização simultânea de perícia médica para determinação do tipo e grau de lesão.

Neste contexto, a perícia não é apenas essencial para a solução do mérito, mas sim para a própria conciliação prévia, sendo então medida elementar para a celeridade processual dispensar, momentaneamente, a audiência a que se refere o art. 334 do CPC, postergando a sua realização para momento oportuno.

Ante o exposto, proceda-se à citação da parte ré, para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, alertando-a da regra do art. 344 do NCPC.

Caso haja contestação e havendo nesta arguição de preliminar ou fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (NCPC, artigos 350 e 351), dê-se vistas ao autor, através de seu advogado, a fim de que se pronuncie a respeito, no prazo de 15 (quinze) dias, procedendo sempre a Secretaria conforme o disposto no art. 203, § 4º, do NCPC.

Na hipótese de a citação não ser levada a efeito, intime-se igualmente o autor, por seu advogado, no prazo supra, para se pronunciar sobre a diligência negativa.

Com ou sem contestação ou, após a manifestação sobre a contestação, se for o caso, faça-se conclusão.

Publique-se. Intimem-se. Cumpra-se.

Diligências e expedientes necessários.

Caicó/RN, data do sistema.

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº. 11.419/06)

Luiz Cândido de Andrade Villaça

Juiz de Direito



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
3ª Vara da Comarca de Caicó
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0803857-17.2020.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: RONALDO GONCALVES DE MELO

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

DESPACHO

Inicialmente, defiro o pedido de assistência judiciária gratuita, por entender que a parte autora preenche os requisitos do art. 98 e seguintes do CPC/2015.

Ademais, prevê o art. 334 do Código de Processo Civil que caso a petição inicial preencha os requisitos essenciais e não seja o caso de improcedência liminar do pedido, a requerida será citada e intimada para audiência de conciliação ou mediação (CPC, art. 334).

Não obstante, na presente demanda a parte autora alega ter sido vítima de acidente de trânsito e que em razão disso sofreu intervenções em membro do corpo permanentemente comprometedoras de parte ou da totalidade de suas funções, fazendo jus, portanto, ao recebimento de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT.

A prática forense demonstra que, em demandas desse tipo, somente são ajuizados os casos em que os seguros não foram pagos ou, se pagos, não atenderam à expectativa dos envolvidos quanto ao grau de invalidez pertinente, tendo em vista que não há nenhuma informação ao beneficiário dos critérios médicos usados.

É, portanto, necessário ao esclarecimento do caso a realização de perícia médica que determine, com precisão, a gradação da debilidade do postulante, para que se possa quantificá-la de acordo com a tabela anexa à Lei nº 6.194/74 e Súmula 474 do STJ.

No presente caso, portanto, afigurar-se-ia infrutífera uma prévia tentativa de conciliação e mediação antes de saber a extensão exata do dano, a fim de para adaptá-lo à tabela oficial, o que resultaria em medida ineficaz, tanto que a usual prática de mutirões de conciliação referentes às ações judiciais envolvendo seguro DPVAT acontecem com a realização simultânea de perícia médica para determinação do tipo e grau de lesão.

Neste contexto, a perícia não é apenas essencial para a solução do mérito, mas sim para a própria conciliação prévia, sendo então medida elementar para a celeridade processual dispensar, momentaneamente, a audiência a que se refere o art. 334 do CPC, postergando a sua realização para momento oportuno.

Ante o exposto, proceda-se à citação da parte ré, para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, alertando-a da regra do art. 344 do NCPC.

Caso haja contestação e havendo nesta arguição de preliminar ou fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (NCPC, artigos 350 e 351), dê-se vistas ao autor, através de seu advogado, a fim de que se pronuncie a respeito, no prazo de 15 (quinze) dias, procedendo sempre a Secretaria conforme o disposto no art. 203, § 4º, do NCPC.

Na hipótese de a citação não ser levada a efeito, intime-se igualmente o autor, por seu advogado, no prazo supra, para se pronunciar sobre a diligência negativa.

Com ou sem contestação ou, após a manifestação sobre a contestação, se for o caso, faça-se conclusão.

Publique-se. Intimem-se. Cumpra-se.

Diligências e expedientes necessários.

Caicó/RN, data do sistema.

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº. 11.419/06)

Luiz Cândido de Andrade Villaça

Juiz de Direito