



## PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

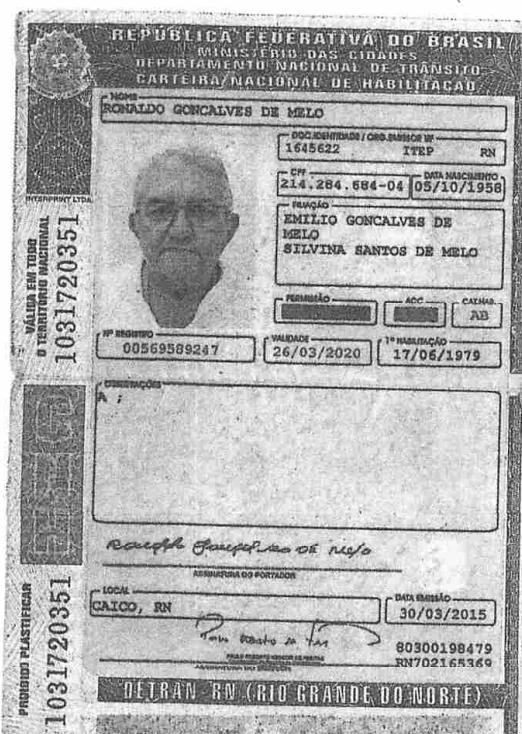
**OUTORGANTE:** RONALDO GANÇALVES DE MELO, brasileiro, casado, agricultor, inscrita no CPF : 0214.284.684-04 e RG : 1645622 SSP/RN , residente e domiciliado no Povoado Baixa do Arroz – 40, Zona Rural, Caicó/RN.

**OUTORGADOS:** JOSÉ JOCELERAN 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.





Assinado eletronicamente por: HEBERTH LANGBEHN DE CASTRO - 04/12/2020 11:55:32  
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012041155320930000060857582  
Número do documento: 2012041155320930000060857582

Num. 63493968 - Pág. 1

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Mermoz, 150, Baldo - RN - CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.168/0001-81 | Insc. Est. 20655199-0 | www.cosern.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

SILVANETE ALVES DOS SANTOS  
CPF: 202 040 944-53  
CLASSIFICAÇÃO: B2 RURAL  
RESIDÊNCIA DE TRABALHADOR RURAL  
Monofásico

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
PO BAIXA DO ARROZ 40  
BAIXA DO ARROZ/AREA RURAL  
CAICÓ RN  
59300-000

CONTAGEM	7014215080	DATA DE VENCIMENTO	10/2020
PERÍODO	09/10/2020	DATA DE PAGAMENTO	03/11/2020
TOTAL	113,33		

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	177.000.000	0,28223957	52,44
Consumo Ativo(kWh)-TE	177.000.000	0,25766775	45,60
Cobrança de ICMS sobre Subvenção CDE			3,87
Multa por atraso-NF 044571331 - 02/07/20			2,81
Juros por atraso-NF 044571331 - 02/07/20			2,47
Atualização (GPMS-NF 044571031 - 02/07/20)			6,34

**TOTAL DA FATURA**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
7090704	CAT	02/09/2020	45 566,00	02/10/2020		45 693,00	30	1,00000		177,00

**HISTÓRICO DE CONSUMO**

MES/ANO	VAL	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	COMPONENTE DO CONSUMO
OUT'20	177				Geração de Energia R\$ 33,88 34,42%
SET'20	164				transmissão R\$ 4,64 4,73%
AGO'20	189				Distribuição Cosern R\$ 25,09 25,09%
JUL'20	364				Perdas de Energia R\$ 6,33 6,46%
JUN'20	233				Encargos Setoriais R\$ 5,34 5,45%
MAR'20	372				Total R\$ 22,78 23,24%
ABR'20	351				
MAR'20	368				
FEV'20	331				
JAN'20	421				
DEZ'19	354				
NOV'19	327				
OUT'19	259				

IBGE SEBF 1175 1546 FBSA 4E2E 74CE ASDD

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O pagamento desta Nota Fiscal deve ser feito somente em espécie. No mês de setembro o consumo é Verde. Mais informações em [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br). O cliente é considerado quando há visualização constante de consumo. Consumo de Outubro de 2019 a 2020. COUP. O cliente é considerado quando há visualização constante de consumo. Pago em reais. R\$ 177,00. IVA incluído R\$ 43,90/00. A utilização do número de CPF/CNPJ para fins Desconhecimento pela Autômatos de Tarifa de uso é suspenso de fornecimento. O cliente que não desempenha os prazos de pagamento das tarifas de atendimento comercial e não pode mais disponibilizar no endereço em que reside poderá sofrer a suspensão de fornecimento de energia. Acessar [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br) e conferir nosso Ata de

**ATENÇÃO! COSERN INFORMA QUE VOCÊ FOIU CONTA EM ADERENTO**

APÓS 1º/10/2020, DÉBITO EXISTENTE CALUNIÃO CONTE

Mês(s)	Desconto	Válida	Vencido	Desconto	Válida
10/08/20	02/09/20	111,26			

Este resultado é sócio do sistema informado e não significa que este é o resultado da sua conta. O resultado da sua conta é informado pelo seu fornecedor de serviços de telecomunicações. Caso o resultado da sua conta seja diferente do resultado da sua conta, entre em contato com o seu fornecedor de serviços de telecomunicações. Caso o resultado da sua conta seja diferente do resultado da sua conta, entre em contato com o seu fornecedor de serviços de telecomunicações. Caso o resultado da sua conta seja diferente do resultado da sua conta, entre em contato com o seu fornecedor de serviços de telecomunicações.

**DISPONIBILIZAÇÃO E RESTRIÇÃO DAS INVESTIGAÇÕES**

CONSUMO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	LIMITE DE TENSÃO	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
DIO CAICÓ	0,00	10,73	21,46	42,92	220	202 231
FIC	0,00	7,52	15,04	30,09		
DMIC	0,00	5,78	0,00	0,00		

Límite DIO: 18,60 EUED - Valor do Ponto de Corte da rede de Distribuição: R\$ 40,25

**CONTAS CONTRATADAS**

CONTAGEM	MÉS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7014215080	10/2020	09/10/2020	113,33

**BANCO DO BRASIL S/A**

PAGÁVEL EM QUALQUER REDE BANCÁRIA

**00190.00009 03217.476013 03055.941177 8 84030000011333**

**PAGADOR / CPF / CNPJ / ENDEREÇO**  
SILVANETE ALVES DOS SANTOS  
PO BAIXA DO ARROZ 40  
59300-000 CAICÓ RN

**NOSSO NÚMERO**

Nº DO DOCUMENTO	32174780103055941	CONTAGEM	7014215080	DATA DE VENCIMENTO	09/10/2020	VALOR DO DOCUMENTO	113,33
-----------------	-------------------	----------	------------	--------------------	------------	--------------------	--------

**BENEFICIÁRIO**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE  
CNPJ 08.324.196/0001-81  
RUA MERMOZ, 150, BALDO, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE CEP 59025-250  
AGÊNCIA/CÓDIGO CENIT: 2024 00001

Assinado eletronicamente por: HEBERTH LANGBEHN DE CASTRO - 04/12/2020 11:55:32  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120411553238500000060857583>  
 Número do documento: 20120411553238500000060857583

Num. 63493969 - Pág. 1

## 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, homônimia 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





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETAN - RN N° 014242010954  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. RENAVAM B.N.I.R.C. EXERCÍCIO:  
1 00150516932 2019

NOME:  
RAFAEL RICELLE ALVES DE MELO

CPF / CNPJ PLACA  
082.404.594-71 MZD6144

PLACA ANT / UF CHASSI  
MZD6144 / RN 9C2KC15209R101799

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PASSEIROS/MOTOCICLETA/NÃO APPLICA GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB ANO MOD.  
HONDA/CG 150 TITAN ES 2009 2009

CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
0CV/149 CILINDRADAS PARTICULAR CINZA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º PAGO  
I R\$ 0,00 11/04/2019  
P FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º PAGO  
V A 002808 3X R\$ \*\*\*\*\* 3º PAGO

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

OBSERVAÇÕES

MOTOR: KC15E29101799

DATA CAICO/RN 18/02/2019

Siderley Bezerra da Silveira  
Coordenador do Registro de Veículos  
DETAN - RN

DETRAN

CONTRAN

Foto: Gerson Souza

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

RN N° 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.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 18/02/2019

VIA CPF / CNPJ PLACA  
1 082.404.594-71 MZD6144

RENAVAM MARCA / MODELO  
00150516932 HONDA/CG 150 TITAN ES

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

**PRÉMIO 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

Mar / 2016





## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Caicó/RN, no Estado de  
Rio Grande do Norte/RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua: Leocadio Monais de Bruto, nº 181,  
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
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: Caicó/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 )





RECEITUÁRIO

*A. Melo*  
Fonellos Gonçalves de  
Melo, 62a, vila de  
fotens do plato fibroso  
em 27-5-19. Documento  
de Quado de n.º. Apresenta-  
o perí resb. laco. Pern claudico  
corre persiste - Perno fricante  
em plato fibroso 25°.

Código: 582, 793

9-10-20

Dr. Silvio Santos Filho  
Traumatologista  
CRM/RN: 4419 - TEOT: 98.



Ressonância Magnética

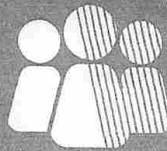
Densitometria Óssea

Raios-x Digital - CR

Mamografia de Alta Resolução Digital - CR

Tomografia Computadorizada Multislice

Ultrassonografia Geral e com Doppler



**INSTITUTO  
DE RADIOLOGIA  
DE CAICÓ**

REGISTRO N° 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 gata transcodiliana na tibia esquerda.**

**Fratura cominutiva no platô tibial esquerdo.**

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

**CONCLUSÃO: Fratura na tibia proximal esquerda.**

Cajueiro - 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 Hago Dias  
Rua Manoel Elpídio, S/N - Penedo - Caicó/RN  
(84) 3417 - 1252



Assinado eletronicamente por: HEBERTH LANGBEHN DE CASTRO - 04/12/2020 11:55:34  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012041155338730000060857592>  
Número do documento: 2012041155338730000060857592

Num. 63494981 - Pág. 1



## **BOLETIM DE ATENDIMENTO PRONTO SOCORRO**

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO Gios DATA 27/05/19 HORA DE ENTRADA 08:13 Nº ATENDIMENTO 36

**CAMPO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

**CAMPO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**  
Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviaturas e de forma legível.

Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviaturas e de forma legível.			
NOME Ronaldo Gonçalves de Melo		DATA DE NASCIMENTO 05/10/58	IDADE 60
SEXO M	CPF 214 284 684-04	RG 1645622	DATA DE EXPEDIÇÃO CARTÃO SUS 704 0033 8346 5060
NATURALIDADE Cajico	ESTADO CIVIL Separado	PROFISSÃO Agropecuária	RAÇA/COR P
NOME DA MÃE Silvina Santos Melo		NOME DO PAI Emílio Gonçalves Melo	
ENDEREÇO FL BATIDA DO ANJOZ		BAIRRO ZENITAS	
CIDADE/ESTADO Cajico	TELEFONE DE CONTATO 86262908	ESCOLARIDADE Ensino médio	
FORMA DE CHEGADA			
<input checked="" type="checkbox"/> ESPONTÂNEA	<input type="checkbox"/> SAMU	<input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA/MUNICÍPIO	PACIENTE REGULADO?
<input type="checkbox"/> CORPO DE BOMBEIROS	<input type="checkbox"/> POLÍCIA MILITAR	<input type="checkbox"/> OUTRO:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

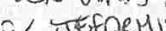
### CAMPO 3 – SINAIS VITAIS

**CAMPO 2 – SINAIS VITais**

Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de saúde.

**CAMPO 3 – ACOlhIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro responsável pelo ACCR.

	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL	ESCALA DE GLASGOW					ESCORE DE DOR				
					AO	RV	RM	AP	TOTAL	1	2	3	4	5
					4	5	6		15	6	7	8	9	10
QUEIXA PRINCIPAL	DOR EM JOELHO APÓS QUEJO				HISTÓRIA BREVE Pct SOPENQ DORSO DIREITO VÁRIOS EMPURRÃO DE BODE. NO MOMENTO C/ DEFORMIDADE EM JOELHO.									
ALERGIAS	NEGA				COMORBIDADES HAS + DM									
OBSERVAÇÃO OBJETIVA	TOMOU Jg DE DIPIRONA N°15													
AVALIAÇÃO	08:00 HORA		REAVALIAÇÃO			08:26 HORA								
								 Jardênia A. da Silva Noronha COREN/RN 264.557 - EM ESP. ENFERMEIRO PLANTONISTA/COPREN						

**CAMPO 4 – ANAMNESE/EXAME FÍSICO**

CAMPO 4 – ANAMNESE/EXAME FÍSICO

#### **DIAGNÓSTICO INICIAL**

#### **CAMPO 5 - EXAMES SOLICITADOS**

**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: <u>peito e em AP e L</u>
<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"/> SONDAÇÃO 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"/> PARACENTSE – 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. Irami Araújo*

~~Dr. Irami Araújo~~  
 Médico  
 CRM-842-RN  
 CPF 056.021-424-68

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	TRATAMENTO INDICADO	SITUAÇÃO DE VIOLENCIA	ENCAMINHADO AO SERVIÇO DE REFERÊNCIA?
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SORO ANTI-RÁBICO <input type="checkbox"/> VACINA <input type="checkbox"/> SORO + VACINA	<input type="checkbox"/> INTERPESSOAL <input type="checkbox"/> AUTOPROVOCADA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
PESO DO PACIENTE: _____ kg	ACIDENTE DE TRABALHO	TIPO DE VIOLENCIA:	EM CASO DE VIOLENCIA SEXUAL, PROCEDIMENTO REALIZADO:
QUANT. SORO APLICADA: _____ ml	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> PSICOLÓGICA/MORAL	<input type="checkbox"/> CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> TESTE RÁPIDO HIV
Nº LOTE: _____	EMISSÃO DE CAT	<input type="checkbox"/> SEXUAL	<input type="checkbox"/> TESTE RÁPIDO SÍFILIS <input type="checkbox"/> TESTE RÁPIDO HEPATITE B
VALIDADE: _____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> OUTRA:	
ACIDENTE DE TRÂNSITO	EM CASO POSITIVO, O USUÁRIO ERA:		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<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	REMOÇÃO/ TRANSFERÊNCIA
<input type="checkbox"/> ALTA MÉDICA <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> RECUSA DO TRATAMENTO <input type="checkbox"/> ÓBITO	UNIDADE DE DESTINO: _____ CIDADE: _____ HORA DE SAÍDA: _____ DATA DE SAÍDA: _____ / _____ / _____
HORA: _____ DATA: _____ / _____ / _____	





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> CPF: <i>9 114 918 4684 04</i>			4. Nº DO PRONTUÁRIO <i>099 948</i>		
5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>4104003383465060</i>			6. DATA DE NASC.		7. SEXO MASC. ( ) FEM. ( )
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Silvana Santos de Melo</i>			DDD <i>84</i>	9. TELEFONE DE CONTATO <i>96362909</i>	
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>Sítio Brava do Arroz - zona rural</i>			11. MUNICÍPIO DE RESIDENCIA <i>Caicó</i>		12. COD. IBGE MUNICÍPIO 13. UF <i>RN</i> 14. CEP: <i>59300000</i>
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <i>Pontos de ferida Dor abdominal</i>					
16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <i>Re</i>					
17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <i>Ver</i>					
18. DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Histórico</i>			19. CID 10 PRINCIPAL: <i>H04.0</i>	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS					
22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Teleci</i>		23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
24. CLÍNICA	25. CARATER DA INTERNAÇÃO	26. DOCUMENTOS ( ) CNS ( ) CPF	27. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF.SOLIC./ASSIST.		
28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST. <i>Ortopedista e Traumatologista CRM-RN 1111 - 125 N° 010 BILHETE</i>		29. DATA DA SOLICITAÇÃO <i>28/05/19</i>	30. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)		
31. ( ) ACID. DE TRANSITO 32. ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO 33. ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO					
34. CNPJ DA SEGURADORA <i>Ortopedista e Traumatologista CRM-RN 1111 - 125 N° 010 BILHETE</i>					
35. CNPJ DA EMPRESA <i>CNPJ 001.730.389/0001-99</i>					
36. SÉRIE					
37. CNAE DA EMPRESA <i>38. CBOR</i>					
40. VÍNCULO 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: Ronaldina Gonzalves de Mello

Assinado eletronicamente por: HEBERTH LANGBEHN DE CASTRO - 04/12/2020 11:55:36  
<https://pie1g.tjrn.jus.br:443/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012041155343970000060857596>  
Número do documento: 2012041155343970000060857596

Num. 63494985 - Pág. 2

Estado do Rio Grande do Norte  
 Secretaria Estadual de Saúde Pública  
 UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ  
 Estrada do Perimetral Ingá I Sítio São José - Bairro Fazenda Vila Olímpia  
 CEP: 59.300-000 - Telefax: (84) 3421-9630 / 9628 / 9620  
 CNPJ: (MFP: 08.241.754/0138-57

## LAUDO DE CIRURGIA

Nome do Paciente	Ronaldo Gonçalves de Melo			Nº Registro	Data Admissão	
Nome do Procedimento Cirúrgico	Trot cíci fust					
Descrição do Ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)						
Data	Inicio	Término	Duração	Gazes	Compr	Drenos
7/5/05/19						
Data: 7/5/05 Hora: 14:00 Técnica: Aberto - fechado Pedras com elevação da parede e perivertebral fusta Fazendo de esvaziamento de peritoneo Hemostase Sutura Encerrado						
1º Auxiliar	2º Auxiliar	 Cirurgião SILVIO SANTIAGO FILHO Ortopedista e Traumatologista CRM-RN 4419 - TECOT 9878 CEL 98-931.120.384-48				



## ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Nº DE REGISTRO: 029 248

DATA: 28.05.2019

NOME DO PACIENTE:

Ronaldo Gonçalves de Melo

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

Fistula tisólera com  
sudorese exuberante

Dor fogo brando do lado

Ladigue Cunha

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fistula tisólera

ASSINATURA DO MÉDICO:





GOVERNO DO ESTADO  
RIO GRANDE DO NORTE

### RELATÓRIO CIRURGIA SEGURA

DADOS DO PACIENTE		
Nome: <u>Ronaldo Gonçalves de Melo</u>		
Data de nascimento: <u>05/10/58</u>	Idade: <u>60</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da Mãe: <u>Silvina Santos de Melo</u>		
Número do prontuário:	Cartão do SUS:	
Endereço: <u>Sítio Baú do Azeaz</u>	Cidade de procedência: <u>Picos</u>	
PRÉ-OPERATÓRIO		
Data do procedimento: <u>22/05/19</u>		
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 Jejun: <u>desde as 6h</u>	<input type="checkbox"/> Não
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
Lateraldade?	<input type="checkbox"/> Direita	<input type="checkbox"/> Esquerda
Retirada de adornos e/ou próteses?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Uso de marcapasso?	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Profilaxia para TEV?	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Comorbidades? <input checked="" type="checkbox"/> Sim	Quais? <u>DM + HAS</u>	<input type="checkbox"/> Não
Uso contínuo de medicamentos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim	Quais? <u>Torartano + Metformina</u>	<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 checked="" 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 <u>11h30min</u>		
Enfermeiro/Técnico de Enfermagem/COREN: <u>Fátima Parreira</u> (Assinatura/Carimbo) <u>2021</u>		
TRANS-OPERATÓRIO		
Chegada do paciente às <u>11h45min</u>	Sala de cirurgia nº <u>04</u>	
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: <u>Plato tibial esquerdo</u>		
Tipo de anestesia: <u>Plato tibial esquerdo Raqui</u>		
Equipe cirúrgica		
Cirurgião: <u>Dr Sílio Filho</u>	Cirurgião/Auxiliar: <u>Dr Gabriel</u>	
Anestesista: <u>Dr Francisco</u>	Instrumentador: <u>Socorro</u>	
Circulante(s): <u>Valdenir, Lucia</u>		
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		



 <b>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE</b>  <b>HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECLÍNICA FREITAS FONTES</b> Estrada do Perímetro Irrigado Sabugí, s/n – Bairro Paulo IV – Caicó/RN CEP: 59.300-000 CNPJ (MF): 08.24174/0135-57 – (84) 3421-9620, 9621 e 9628											
<b>ANAMNESE INICIAL DE ENFERMAGEM</b>		ENFERMARIA:	LEITO:								
DATA DE ADMISSÃO: 28/10/2019		Nº DO PRONTUÁRIO:									
<b>NOME DO PACIENTE:</b> Ronaldo Gonçalves de Melo											
Hora de admissão: 10:00h											
<b>DADOS SOCIAIS</b>											
Idade: 60 a	Estado civil: casado	Espiritualidade: Católico									
Ocupação: Agropecuário	Sexo: Masculino										
Procedência: ( ) Residência ( ) Serviço de saúde	( ) Setor:										
<b>MOTIVO DA INTERNAÇÃO</b> Fratura Joelho Esquerdo											
Queixa principal: Dor no Membro Afetado											
Estado emocional: ( ) Calmo ( ) Ansioso ( ) Irritado ( ) Triste ( ) Agitado ( ) Agressivo ( ) Coma											
<b>HISTÓRIA DE SAÚDE</b>											
Comorbidades: DM + HTAS	Alergias: Nega										
Medicações de uso contínuo: Losartana + Metformina + Sustitire											
Dor: ( ) Sim ( ) Não, local:	Medicamento para controle:										
Intensidade: 8 (0 a 10)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Resolutividade: ( ) Sim ( ) Não	sem dor	dor leve	dor moderada	dor intensa	dor máxima						
<b>EXAME FÍSICO</b>											
Estado geral: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Comprometido ( ) Grave											
<b>SINAIS VITAIS</b>											
PA: mmHg	T: °C	FR: rpm	FC: bpm	SatO <sub>2</sub>	% HGT:						
<b>FUNÇÃO NEUROLÓGICA</b>											
Nível de consciência: ( ) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Torporoso ( ) Cooperativo ( ) Não cooperativo ( ) Comunicativo ( ) Não comunicativo											
Sono/reposo: Preservados											
Responsivo aos estímulos: ( ) Verbais ( ) Dolorosos ( ) Oculares ( ) Térmicos											
Crise convulsiva: ( ) Sim ( ) Não Se sim, quantos episódios:											
<b>ESCALA DE COMA DE GLASGOW</b>											
<b>PARÂMETRO</b>	<b>RESPOSTA</b>	<b>PONTOS</b>									
<b>ABERTURA OCULAR</b>	Abertura ocular espontânea	4									
	Abertura ocular ao comando	3									
	Abertura ocular a dor	2									
	Ausente	1									
	Não testável	NT									
<b>RESPOSTA VERBAL</b>	Orientado e conversando	5									
	Desorientado, confuso	4									
	Palavras desconexas	3									
	Sons incompreensíveis	2									
	Ausente	1									
	Não testável	NT									
<b>RESPOSTA MOTORA</b>	Obedece a comandos	6									
	Localiza estímulo de dor	5									
	Reflexo de retirada a dor	4									
	Decorticacão	3									
	Descerebração	2									
	Ausente	1									
	Não testável	NT									

Confere com o Original  
 Caicó - RN, 30/10/2019  
 José L. Souza  
 Alenquerque  
 MAT: 95278-8



 <b>S</b> GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Sexta - 13 de Junho ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE	<b>ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE</b> <b>HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ - TELECILA FREITAS FONTES</b> Estrada do Perímetro Irrigado Sabugí, s/n – Bairro Paulo IV – Caicó/RN CEP: 59.300-000 CNPJ (MF): 08.24174/0135-57 – (84) 3421-9620, 9621 e 9628				
<b>EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM</b>		<b>ENFERMARIA:</b>	<b>108</b>	<b>LEITO:</b>	<b>02</b>
<b>DATA DE ADMISSÃO:</b> 28.05.19		<b>Nº DO PRONTUÁRIO:</b> 029.248			
<b>NOME DO PACIENTE:</b> <i>Ronaldo Gonçalves de Melo</i>		<b>HD:</b> <i>Inutura joelho E</i>			
<b>DATA E HORA:</b> 29.05.19					
<b>SINAIS VITAIS:</b> PA: mmHg T: °C FR: rpm FC: bpm SatO <sub>2</sub> %					
<input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Deambulante, com ajuda:		<b>Higiene:</b> Corporal <b>Oral</b>			
<b>Estado Geral:</b> <input type="checkbox"/> Bom <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Comprometido <input type="checkbox"/> Grave					
<b>Pele:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Icterícia					
<b>Nível de consciência:</b> 15 (Glasgow) <b>Nível de sedação:</b> _____ (Ramsy)					
<b>Oxigenoterapia:</b> <input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> Cateter nasal <b>VMI Desmame:</b> _____					
<b>Dieta:</b> <i>oral para HAS e DM</i> <input type="checkbox"/> Sonda:					
<b>Drogas vasoativas:</b> <input checked="" type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> BIC <input type="checkbox"/> Gravidade					
<b>Exames/cirurgias:</b> _____		<b>Preparo de exames:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<b>Antibioticoterapia:</b> <i>sim</i>		<b>Parecer médico:</b> _____			
<b>Feridas e curativos:</b> _____		<b>Braden:</b> _____ <b>Morse:</b> _____			
<b>Diagnóstico de enfermagem:</b> <i>Risco de integridade da pele.</i>					
<b>Prescrição de enfermagem:</b> <i>Orientação de hidratação cutânea + mudança de decúbito</i>					
<b>Evolução:</b> <i>Paciente em EG Regular; eliminações + e espontâneas, em uso de itala no MIE; sem queixas no momento. segue aos cuidados da equipe</i>					
<i>DAVI NUNES DA PAZ</i> <i>Raquel Teixeira</i> <i>29/05/2019</i> <i>Enfermeira</i> <i>UFERN</i> <i>Caicó/RN</i>					

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





# EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE: <u>Romualdo Gonçalves da Mello</u>	Nº de Registro	Data Admissão
	0 8 9 9 4 8 3 8 0 5 1	



 <b>HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ</b> <b>Telecila Freitas Fontes</b> Estrada do Perímetro Irrigado do Sabugi, S/N Paulo VI - Calço-RN   Contatos: 84 3421-9630 / 3421-9628 CNPJ: 08.241.754/0135-57				URGÊNCIA E EMERGÊNCIA												
				NOME:	Ronaldo Cunha Jr.											
				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
01-	Diazepam 10mg															
02-	Cloridr. 1000mg 1x dia															
03-	Opio liso 500 - 04 Dose Recorrência 6h															
04-	Lip. amarilla h.															
05-	Tiagofil IV bolso 5ml															
06-	Zinc															
07-	Injeções hepática															
08-	Clorazia oral 60															
09-	Tramadol 100mg 1x dia															
10-	Senvio Santos Filho															
11-																
12-																
13-																
14-																
15-																
16-																
17-																
18-																
19-																
20-																
21-																
Carimbo Assinatura do médico:							Carimbo e assinatura da Enfermagem									
																



06/04/2020

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



(/)

Buscar no site

≡

≡

A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (Pontos-de-Atendimento) ▾ CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE 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 ao 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

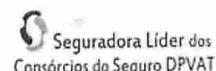
18/03/2020 R\$ 1.687,50 R\$ 0,00 R\$ 1.687,50

#### Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
21/03/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/tSwLiqr1tY41AuJyxaEEca&amp;api_key=f2GhmXERRx23eMQ7q1E75kOYxx2kTAoIIQCDQmpHnFU=">+</a>
13/03/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/l+__70liR6sK0jiR+FWXF3w&amp;api_key=f2GhmXERRx23eMQ7q1E75kOYxx2kTAoIIQCDQmpHnFU=">+</a>



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0241040/19

Vítima: RONALDO GONCALVES DE MELO

CPF: 214.284.684-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/05/2019

Titular do CPF: RONALDO GONCALVES DE MELO

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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

---

Rio de Janeiro, 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, retorno 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 Lider para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:  
[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01689/01670 - carta\_15R - 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 graduação 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 à 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 graduação 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 à 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