



Número: **0820173-61.2018.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição: **24/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ADEMAR PAULO CABRAL (AUTOR)	CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34108 319	24/10/2018 09:06	<u>01. Documentos</u>	Documento de Comprovação
34108 333	24/10/2018 09:06	<u>02. Documentos</u>	Documento de Comprovação
34108 366	24/10/2018 09:06	<u>03. Documentos</u>	Documento de Comprovação
34108 846	29/10/2018 11:16	<u>Despacho</u>	Despacho

Caio César Albuquerque de Paiva
OAB/RN 10.407

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

(nome) Ademar Paulo Cabral,
brasileiro(a), (estado civil) Divorciado, (profissão) Pedreiro,
portador(a) da cédula de identidade nº 671.285, inscrito(a) no CPF/MF
sob o nº 523.766.994-87, residente e domiciliado na
Rua: Manoel Hermes, nº 1649 Bairro Bonfim, Cidade Mossoró, Estado
RN CEP 59621-160, Telefone 987839883.

OUTORGADOS:

Caio César Albuquerque de Paiva, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN
sob o nº. 10.407, com endereço profissional onde recebem notificações e intimações
na Rua Pedro Velho, 119, Santo Antônio, Mossoró/RN, CEP 59.611-010.

PODERES:

Poderes: Confere (em) amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com as cláusulas "ad judicia" e "et extra", a fim de que, em conjunto ou separadamente, posa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive, requerer falência e concordata, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, receber alvará, apresentar e ratificar queixas-crimes, propor quaisquer ações, defender-me (nos) nas que (me) (nos) forem propostas, cíveis ou penais, reconvir, promover quaisquer medidas cautelares, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, transigir, fazer acordo, confessar, renunciar, desistir, impugnar, receber e dar quitação, firmar compromissos, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, requer justiça gratuita, assinar termo de compromisso de inventariante, de renúncia, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor (es) ou reclamante(s) e defendendo-o(s), na condição de reclamada(s) bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

Mossoró, 09 de outubro de 2017.

Ademar Paulo Cabral
Outorgante

Rua Pedro Velho, 119, Santo Antônio, Mossoró/RN, CEP 59.611-010.
Caio Paiva (84) 98888-4188 / 99908-3758 – E-mail: caioipaiva05@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

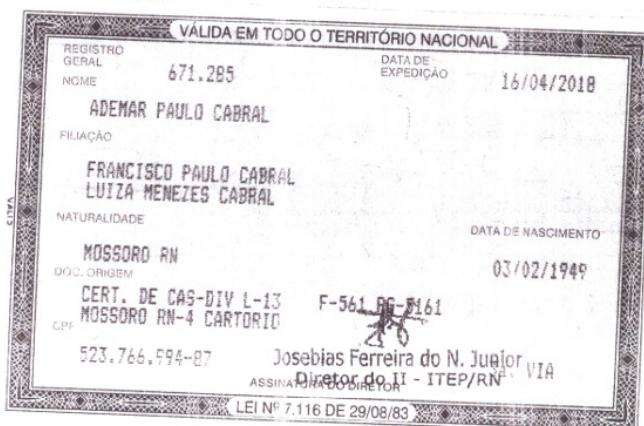
Eu Ademar Paulo Cabral
Brasileiro Estado civil: Divorciado Profissão: operário RG nº
671.285 E CPF: 523.766.994-87 residente e domiciliado na Rua
Marcelo Hermes N 1649 Bairro: Borracos
Cidade Mossoró /RN CEP: 59621-260.

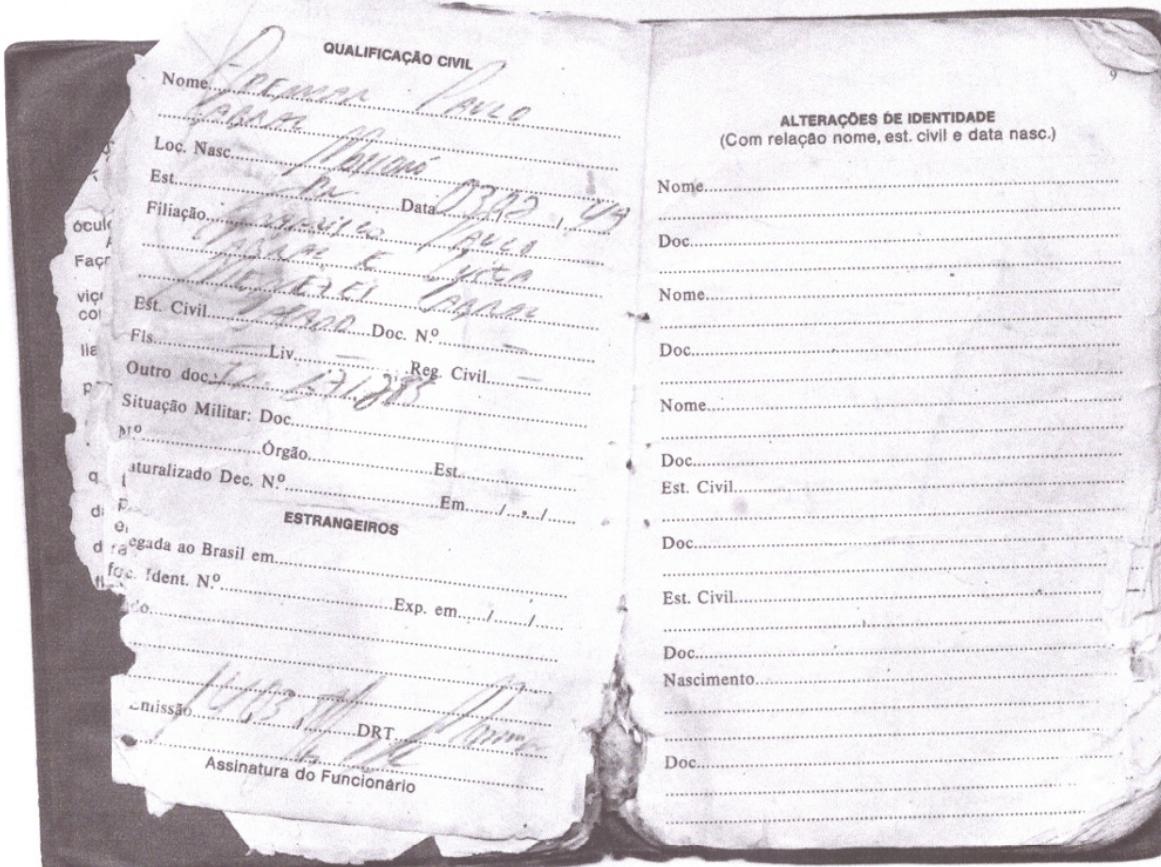
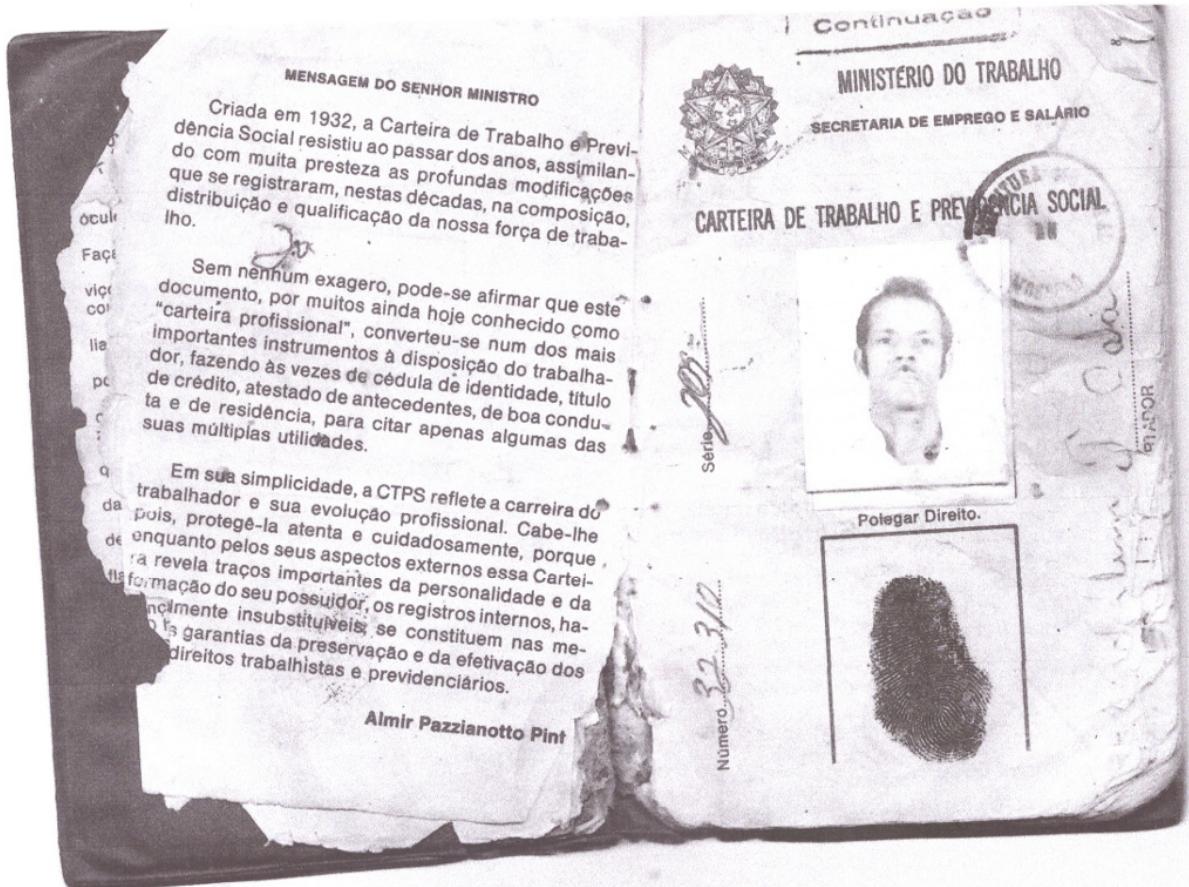
DECLARO, nos termos da Lei 1.060/50, para os devidos fins, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não disponho de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem prejuízo do sustento meu e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Mossoró /RN , 09 de outubro de 2017

+ Ademar P. Cabral





CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....
 CGC/MF.....
 Rua..... N°.....
 Município..... Est.....
 Esp. do estabelecimento.....
 Cargo.....

Data admissão..... de..... C.B.O. n.º.....
 Registro n.º..... Fis./Ficha.....

Remuneração especificada.....
 R\$ 935,60 (novecentos e
 e cinquenta e cinco reais
 e sessenta centavos)
 por mês

REPAV, ROGÉRIO EPIFÁNIO PAULINO c/test.

Jose Ferreira do Rosário Neto
 CPF: 499.478.364-09

saída..... de..... de.....
 REPAV ROSÁRIO BOITE PAV LTDA.

Jose do Rosário Neto c/test.
 CPF: 199.478.364-87
 GERENTE

Dispensa CD N.º.....

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....
 CGC/MF.....
 Rua..... N°.....
 Município..... Est.....
 Esp. do estabelecimento.....
 Cargo.....

Data admissão..... de..... C.B.O. n.º.....

Registro n.º..... Fis./Ficha.....
 Remuneração especificada.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º..... 2º.....
 Data saída..... de..... de 19.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º..... 2º.....
 Dispensa CD N.º.....



SAMU
MOSSORÓ
192

Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 184

Mossoró 22 de março de 2018

Em resposta a solicitação do (a) Sr. (a): **ADEMAR PAULO CABRAL**, RG: 671.285

passo a informar o que consta em nosso registro.

Identificação da ocorrência: 34

Nome do Paciente: ADEMAR PAULO CABRAL, 69 anos.

Data: 10/03/2018

Local da ocorrência: Rua: João Cordeiro.

Viatura: BRAVO – Unidade de Suporte Básico de Vida - 03.

Hora do Chamado: 21h 10min.

Natureza da Ocorrência: Colisão moto x carro.

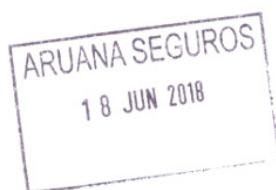
Procedimento no Local: Paciente socorrido de acordo com os protocolos SAMU, encaminhado para o Hospital Regional Tarcísio Maia, conforme regulação médica.



Silvana do Monte Santiago
Matrícula 5868-2
Agente administrativo SAMU/Mossoró



Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-2
Diretor do SAMU/ Mossoró



SAMU – Mossoró
Rua: Seis de Janeiro, 509 – Santo Antônio – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN
Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915
e-mail: samumossoro@hotmail.com



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL

SEGUNDO DISTRITO POLICIAL - 2º DP/MOSSORÓ

Rua Camilo de Paula, s/nº, Bairro Nova Betânia, Mossoró-RN, Tel.(0xx84) 3315-5592

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 252/2018.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito

LOCAL DO FATO: Rua João Cordeiro, Barrocas, Mossoró/RN.

DATA E HORA DO FATO: 10/03/2018, por volta das 21:10hs.

DECLARANTE: Ademar Paulo Cabral 

ENDEREÇO RESIDENCIAL: Rua Marechal Hermes 1649 Barrocas, Mossoró/RN.

DATA DE NASCIMENTO: 03/02/1949

DOCUMENTO: RG nº 671285 SSP/RN

TEL: (84) 987818883

VÍTIMA: O declarante.

NOTICIADO: Motorista não identificado de um automóvel, não informou característica do veículo ou placa..

DECLARAÇÃO DA OCORRÊNCIA

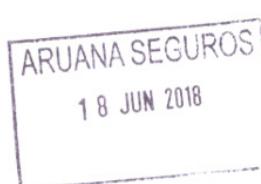
O comunicante informa que em dia, hora e local supracitados, conduzia a moto placa QGB7376/RN, RENAVAM nº 01075474601, Traxx 50cc, cor vermelha, ano 2014/2014 (Conforme documento apresentado em anexo) quando o noticiado colidiu contra a sua motocicleta na via; Que o noticiado se evadiu do local do fato relatado; Que em razão do ocorrido sofreu queda da sua moto na pista; Que foi atendido no Hospital Regional Tarcísio Maia; Que declara o registro do presente BO nesta delegacia para fins protocolares administrativos de solicitação do pagamento do seguro DPVAT junto à Empresa Líder Seguradora; Nada mais disse.

DATA E HORÁRIO DO ASSENTAMENTO DAS DECLARAÇÕES: 02/04/2018, às 09h15min.

OBS: todas as informações constantes neste B.O. são de inteira responsabilidade do comunicante.



ASSINATURA DO DECLARANTE RESPONSÁVEL




apc Helder-1690205



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 5611 /2018

Admissão: 10/03/2018 21:24:55

CIRURGIA GERAL - AZUL

OK

Paciente: 562 - ADEMAR PAULO CABRAL (69 a 1 m 7 d)
Nascimento: 03/02/1949 Natural: MOSSORÓ-BRASIL
CNS: . CPF: 52376699487
Mãe: LUIZA MENEZES CABRAL Pai: FRA
Logradouro: MARECHAL HERMES, 1
CEP: 59621160 Bairro: BARROCAS
Telefone: 84.987715424 84 987715424 Compl:

Sexo: M Cor: PARDA

Prof.

Pai: FRANCISCO PAULO CABRAL

Cidade: MOSSORÓ

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO
Origem: SAMU/BRN

Tipo: REGULADO

*Empresa:

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

QUEIXAS: PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X CARRO, LESAO EM MIE ALCOOLIZADO

Queridas. FAU

Pointe utérina de sa denté avec un
blistre.
A → Vais aérios: gonémas
B → Mv (X) bilateral.
C → FC: 84bpm.
D → Glasgow 15, diags 14, habits états
E → 5 mobilisations MRE.

Adriano Fernandes
Urologista
C.R.M. 313.121

Diagn. Inicial:

*Saída: - () Alta por decisão médica; () Internação; () Enc.outroServiço; () Evasão

Data: / /18. Hr: : Ass. Médico:

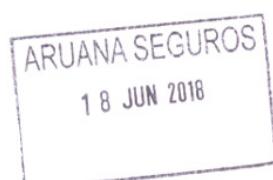
ORIGEMIA →

PAUTENIE COM FEE EM CICLOS
ESAVEMOS

SEM SINAIS CLÍNICOS / RESPONDERÍAMOS
DE FESTIVAS E/OU VASOS DA MÉDIA
NEM TENDINAS
EVASATIVAS E PUPILAS
DÍSAL DO MICE NORMAIS
OU → AUS DA T.O.
P/ PGL UVEGOS

Diego Ariel da Lima
CRM-RN 1406
CRM-PE 25556
TEOT 15447

HOSPITAL SANTA MARIA
PRAIA DE BOA VIAGEM
DATA: 18/06/2018 10:03
BIMQ



- 01) ASSEPSIA
02) CURATIVO
03) P. BENZATINA - 1.200.000 UI / IM
04) DECADRON - 2,5 ML
05) DIPIRONA - 2,0 ML
06) TOXOIDE TETÂNICA / SN

Endereço: Rua 46, nº 500 - Centro
CRM: 34108319
CPF: 433.776.000.000-32

C 20:15

C 20:12

Tel: (84) 99999-1234
Quintal de Paiva
mvo

ARUANA SEGUROS
18 JUN 2018



FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

104045

Atendimento N°:

483036

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO:

ADEMAR PAULO CABRAL (CPF 523.766.994-87)

Idade: 08/02/1949 (69a 1m)

Sexo: Masculino

700400718051762

NOELIA MENEZES CABRAL

APRESENTADO(A)

MARECHAL HERMES

Profissão:

Bairro: BARROCAS

Cidade: 59021-160 MOSSORÓ RN

Estado:

Telefone:

CLÍNICA MEDICA

Data: 17/03/2018

Hora: 09:51

Motivo da Procura:
PRONTO ATENDIMENTO

Rubrica Servidor:

FLAVIO CESAR DA COSTA

Assinatura do Paciente:

ACOLHIMENTO: Emergência Urgência Não Urgência Acidente de Trabalho Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa:

Dores pós-operatório, refluxo gástrico de mais de 03 dias.

Antecedentes Alérgicos:

HAS: DM:

Assinatura:

Classificação:

ANAMNESE:

CDMA 20160

EXAME FÍSICO:

Peso: _____ Temperatura: *37,0* F.C.: *66 ppm* PA: *120x80* F.R.: _____ Glasgow: _____

SpO2: *95%* HGT: _____

ARUANA SEGUROS

18 JUN 2018

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

Laboratório:

Radiológico:

ECG Outros

Hipótese de Diagnóstico:

CID:

Conduta: Medicação Observação Laudo para AIH

Médico: (Oscrimbo) Assinatura:

Saída: Data/Hora *1/1/18 às 10:00 h.* Alta referido para UBS Óbito

Outra Unid. Urgência Especialidade

*Dr. Agnaldo
Médico
R. 1589/101*

07/06/2018 - 10:33 - 10:28
Kleya Sua. na 1º de Garvalho
Kleya Suzanenfer. - RA
ENEDREN-RN 145562 - 10:33
COREN-RN 145562



	Estado do Rio Grande do Norte Prefeitura Municipal de Mossoró Secretaria Municipal da Saúde		 SUS Sistema Único de Saúde
FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA		Unidade:	9
DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO: 104045 ADEMAR PAULO CABRAL (CPF 523.766.994-87)		Atendimento Nº:	490418
1081008051762 NAMEZES CABRAL MANOEL HERMES BARROCAS		Idade:	03/02/1949 (69a 2m) Sexo: Masculino
CLÍNICA MEDICA Motivo da Procura: PRONTO ATENDIMENTO		Profissão:	APOSENTADO(A)
		Nº:	1649 Complemento:
		Cidade:	59621-160 MOSSORÓ RN
		Estado:	Telefone:
		Data:	08/04/2018 Hora: 08:24
		Rubrica Servidor: GERUZA DE OLIVEIRA SILVA	
Assinatura do Paciente: ACOLHIMENTO: <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Não Urgência <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito			
Acolhimento com classificação de risco: Queixa: <i>Veron me piora e devido que tenho febre + dor</i> Antecedentes Alérgicos: <i>NOV</i> HAS: <input type="checkbox"/> DM: <input type="checkbox"/> Assinatura: <i>Juliana</i> Classificação: <i>00</i>			
ANAMNESE: <i>Veron me piora e devido que tenho febre + dor</i>			
EXAME FÍSICO: Peso: _____ Temperatura: <i>37</i> F.C.: _____ PA: <i>120X80</i> F.R.: _____ Glasgow: <i>11</i> SpO2: _____ HGT: _____			
ARUANA SEGUROS <i>18 JUN 2018</i>			
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS: <input type="checkbox"/> Laboratório: <input type="checkbox"/> Radiológico: <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Outros			
Hipótese do Diagnóstico:		CID: _____ Médico: (Carimbo e Assinatura)	
Conduta: <input checked="" type="checkbox"/> Medicação <input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/> Laudo para AIH Saída: Data/Hora _____ / _____ / _____ às _____ : _____ h. <input type="checkbox"/> Alta referido para UBS <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Outra Unid. Urgência <input type="checkbox"/> Especialidade			

① Unatrus

② Decadencia abr/19

1/2018
8:15 hs

Dr. Aluísio Bezerra
Advogado
CRM-MRN 830



	Estado do Rio Grande do Norte Prefeitura Municipal de Mossoró Secretaria Municipal da Saúde Unidade: UPA CONCHECITA CIARLINI		 SUS Sistema Único de Saúde
FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA		497001	
340067			
DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO:			
Nome: ADEMAR PAULO CABRAL Cadastrado: 706400718051762		Atendimento Nº: 03/02/1949 (69a 1m) Idade: 1649 Sexo: Masculino	
Endereço (Rua/Av): R. MARÇHAL HERMES Bairro: BARROCAS		Profissão: 1649 N°: (84) 987819883 Complemento: CEP 59021-160 MOSSORÓ - RN	
Clínica: CLÍNICA MEDICA CPF do paciente: 523.766.994-87		Estado: 02/04/2018 Telefone: 11:05 Data: 02/04/2018 Hora: MARIA LUIZANEIDE DE SOUZA PEREIRA COSTA	
Motivo da Procura: PRONTO ATENDIMENTO		Rubrica do Servidor	
Assinatura do Paciente:			
ACOLHIMENTO: <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Não Urgência <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito			
Acolhimento com classificação de risco:			
Queixa: Quede de mordida dia 30/03, Foi levado + dor em costela (155C) Antecedentes Alérgicos: N HAS: N DM: N Assinatura: Caio Classificação:			
ANAMNESE:			
FERIMENTO INFECTADO NA Perna ESQUERDA VERDE			
EXAME FÍSICO: Peso: _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ PA: 140x100 F.R.: _____ Glasgow: _____ SpO2: _____ HGT: _____			
AO EXAME → FERIMENTO INFECTADO NA Perna ESQUERDA			
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:			
<input type="checkbox"/> Laboratório: <input type="checkbox"/> Radiológico: <input type="checkbox"/> ECG		ARUANA SEGUROS 18 JUN 2018 <input type="checkbox"/> Outros	
Hipótese do Diagnóstico: FERIMENTO INFECTADO		CID:	
Conduta: <input type="checkbox"/> Medicação <input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/> Laudo para AIH		Médico: (Carimbo e Assinatura) Enilso Acacio F.P. Santos CRM: 3279 - Médico CPF: 414.136.954-34	
Saída: Data/Hora _____ / _____ / _____ às _____ : _____ h. <input type="checkbox"/> Alta referido para UBS <input type="checkbox"/> Óbito			
<input type="checkbox"/> Outra Unid. Urgência <input type="checkbox"/> Especialidade			
<input type="checkbox"/> Internação no Hospital:			

- 01) ASSEPSIA
02) CURATIVO
03) P. BENZATINA - 1.200.000 UI / IM
04) DECADRON - 2,5 ML
05) DIPIRONA - 2,0 ML
06) CAPTOPRIL - 50 MG / VO
07) TOXOIDE TETÂNICA / SN

Eníco Acácio F.P. Santos
CRM: 3279 - Médico
CPF: 414.135.954-37



	Estado do Rio Grande do Norte Prefeitura Municipal de Mossoró Secretaria Municipal da Saúde		 SUS Sistema Único de Saúde
FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA		Unidade: UPA CONCHECITA GIANLINI	
DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO: 374069			Atendimento Nº: 499034
Nome: ADEMAR PAULO CABRAL		Idade: 03/02/1949 (69a 2m)	Sexo: Masculino
Cartão SUS: 708408718051762	Nome da Mãe: LUIZA MENEZES CABRAL	Profissão: APOSENTADO(A)	
Endereço (Rua/Av.): MARECHAL HERMES		N°: 1849	Complemento:
Bairro: BARROCAS	Cidade: 59621-160 MOSSORÓ RN	Estado:	Telefone: 87819883
Clínica: CLINICA MEDICA CPF do paciente: 523.766.994-87		Data: 07/04/2018	Hora: 09:32
Motivo da Procura: PRONTO ATENDIMENTO		Rubrica Servidor: ROSINEIDE DOS SANTOS	
Assinatura do Paciente:			
ACOLHIMENTO:	<input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Não Urgência <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito		
Acolhimento com classificação de risco:			
Queixa:			
Antecedentes Alérgicos:			
HAS () DM: ()	Assinatura:	Classificação:	
ANAMNESE: <i>Dra. em MKE em</i>			
EXAME FÍSICO:	Peso: _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ PA: _____ F.R.: _____ Glasgow: _____ SpO2: _____ HGT: _____		
<i>Dra. e sentiu em MKE</i>			
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:			
<input type="checkbox"/> Laboratório: <input type="checkbox"/> Radiológico: <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Outros		<div style="text-align: center;"> ARUANA SEGUROS <i>18 JUN 2018</i> </div>	
Hipótese do Diagnóstico:		CID: Médico: (Carimbo e Assinatura)	
Conduta: <input type="checkbox"/> Medicação <input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/> Laudo para AIH Saida: Data/Hora _____ / _____ / _____ às _____ : _____ h. <input type="checkbox"/> Alta referido para UBS <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Outra Unid. Urgência <input type="checkbox"/> Especialidade <input type="checkbox"/> Internação no Hospital:			
<i>08 04 2018</i> <i>Aracel MKE</i>			

QD Decodchen 13/01/2018

João Bento
Pilme

Dr. Leandro M. de Rego Linhares
MÉDICO
CRM/RN 3631

ARUANA SEGUROS
18 JUN 2018

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

Unidade:

UPA CONCHECITA CIARLINI

Atendimento N°:

499405

DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO: **374083**

Idade:

03/02/1949 (69 a 2m)

Sexo:

Masculino

Nome:

ADEMAR PAULO CABRAL

Nome da Mãe:

Cartão SUS:
708408718051762

LUIZA MENEZES CABRAL

Endereço (Rua/Av.):

MARECHAL HERMES

Bairro:

PARROCAS

Cidade:

59621-160 MOSSORÓ - RN

Estado:

1049

Telefone:

87810883

Data:

08/04/2018

Hora:

09:09

Clinica:

MOLINIGA MEDICA

CPF do paciente: **523.766.994-87**

Rubrica Servidor:

COSMA NUNES

PRONTO ATENDIMENTO

Assinatura do Paciente:

ACOLHIMENTO:

Emergência Urgência Não Urgência Acidente de Trabalho Acidente de Trânsito

Acolhimento com classificação de risco:

Queixa:

Antecedentes Alérgicos:

HAS () DM: ()

Assinatura:

Classificação:

ANAMNESE:

EXAME FÍSICO:	Peso: _____	Temperatura: _____	F.C.: _____	PA: _____	F.R.: _____	Glasgow: _____
	SpO2: _____	HGT: _____				

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

Laboratório:

Radiológico:

ECG Outros

Hipótese do Diagnóstico:

ARUANA SEGUROS
18 JUN 2018

CID:

Médico: (Carimbo e Assinatura)

Conduta: <input type="checkbox"/> Medicação	<input type="checkbox"/> Observação	<input type="checkbox"/> Laudo para AIH
Saída: Data/Hora _____ / _____ às _____ : _____ h.	<input type="checkbox"/> Alta referido para UBS	<input type="checkbox"/> Óbito
<input type="checkbox"/> Outra Unid. Urgência	<input type="checkbox"/> Especialidade	
<input type="checkbox"/> Internação no Hospital:		

UPA - Conchecita Ciarlini
Carimbo: _____
Mossoró - RN 08/04/2018
Assinatura: _____
KMAE - Arquivo

NIE, tisca de curativo

pele
pvc
dd. b73





Rua Juvenal Lamartine, 119 - Mossoró RN
Telefone: (0xx84) 3315-6900

DADOS DO PACIENTE

Nome:	ADEMAR PAULO CABRAL	Idade:	69	Registro:	1293367
Data Nasc:	03/02/49	RG:	/	OS n.º:	72174
Convenio:	VISA NET				
Solicitante:	Dr(a) PALOMA MESQUITA				
Entrada:	18/04/2018	18/04/2018		Página:	1 / 1

LAUDO

RX DO TÓRAX

Pulmões hipoexpandidos com desenho vascular normal.

Mediastino centrado.

Aorta alongada, ateromatosa e ectasiada.

Seios costofrênicos livres.

Coração com configuração e volume aumentados.

Arcabouço costal sem alteração.

822
Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente à este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou realização de novos exames.

Dr. ROBERTO ANTONIO DE PAIVA LUZ
CRM - RN 2722

✓
Mossoró, 18/04/2018





PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SÉCRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Anna Paula Costa

24

use em

Caixa 24 — 01

01 caixa de cada

Dr. Petrus G. Mendes
CRM-RN 1482

Data 23/07/18

Assinatura e carimbo



Estado do Rio Grande do Norte
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Secretaria Municipal da Saúde
CNPJ: 08.348.971/0001-39
Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto
CEP: 59.667-140 - Mossoró / RN
Fones: (84) 3315-4830 / 3315-4831

1ª Via - Farmácia

2ª Via - Paciente

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident. Nº.: _____

Org. Emissor: _____

End.: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Fornecedor



PREFEITURA MUNICIPAL DE
MOSSORÓ

Estado do Rio Grande do Norte
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Secretaria Municipal da Saúde
CNPJ: 08.348.971/0001-39
Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto
CEP: 59.667-140 - Mossoró / RN
Fones: (84) 3315-4830 / 3315-4831

1ª Via - Farmácia

2ª Via - Paciente

Paciente: *Adriana Paiva Correa*

Endereço: _____

Prescrição: _____

Dr. Felipe G. Mendes
CRM-RN 0282

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident. Nº.: _____

Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data _____ / _____ / _____



Estado do Rio Grande do Norte
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Secretaria Municipal da Saúde
CNPJ: 08.348.971/0001-39
Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto
CEP: 59.667-140 - Mossoró / RN
Fones: (84) 3315-4830 / 3315-4831

1ª Via - Farmácia

2ª Via - Paciente

Paciente: Antônio Souza Lemos

Endereço: _____

Prescrição:

1 Rolo Glucomate OL.7000
50 Unidades
20ml 20 ml

Dr. Fábio Almeida
Dr. Fábio Almeida
Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident. Nº.: _____

Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data _____ / _____ / _____



Estado do Rio Grande do Norte
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Secretaria Municipal da Saúde
CNPJ: 08.348.971/0001-39
Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto
CEP: 59.667-140 - Mossoró / RN
Fones: (84) 3315-4830 / 3315-4831

1ª Via - Farmácia

2ª Via - Paciente

Paciente: *Assistente Social Casal*

Endereço: _____

Prescrição:

Prescrição: 1000 mg de Paracetamol 500 mg de Ibuprofeno 1000 mg de Cetamina 1000 mg de Dextrofendamina

*Dr. Felipe Mendes
CRM-RN 8282*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident. Nº.: _____

Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data _____ / _____ / _____

*ARUANA SEGUROS
18 JUN 2018*



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Armenio Paiva Cabral

PF

uso own

① Biófuele 1L — 01 L

01 lata 1000 ml

por 07 dias

Dr. Felipe C. Mendes
MEDICO
CRM-RN 8252

Data: 26/03/18

Av. Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (84) 3315-4830 - Mossoró - RN



SINISTRO 3180277993 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ADEMAR PAULO CABRAL

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

ARUANA SEGUROS S/A

BENEFICIÁRIO ADEMAR PAULO CABRAL

CPF/CNPJ: 52376699487

Posição em 06-07-2018 18:16:18

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
28/06/2018	Interrupção de Prazo	
26/06/2018	Aviso de Sinistro	



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

Alameda das Carnaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

[Seguro obrigatório - DPVAT]

PROCESSO Nº 0820173-61.2018.8.20.5106

DESPACHO

Vistos etc.

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139,VI do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15(quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 15 dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida(CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo sucessivo de 30(trinta) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.

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

Havendo interesse de pessoa incapaz(CPC, art. 178, II), dê-se vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05(cinco) dias.

Adotadas as supraexpostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 24 de outubro de 2018.

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

Juíza de Direito