TJRN
PJe - Processo Judicial Eletrônico
Consulta Processual

07/01/2019

Número: **0818853-73.2018.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**
Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**
Última distribuição : **10/10/2018**
Valor da causa: **R$ 27.135,19**
Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **SIM**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALEXANDRE MAGNO MARTINS PEREIRA (AUTOR)	**ABEL ICARO MOURA MAIA (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32637855	28/09/2018 15:11	01 - PROCURAÇÃO	Planilha de Cálculos
32637866	28/09/2018 15:11	02 - DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA	Documento de Comprovação
32637872	28/09/2018 15:11	03 - DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	Documento de Identificação
32637874	28/09/2018 15:11	04 - BOLETIM DE OCORRÊNCIA	Documento de Comprovação
32637877	28/09/2018 15:11	05 - AVISO DE SINISTRO	Documento de Comprovação
32637879	28/09/2018 15:11	06 - CNH	Documento de Comprovação
32637886	28/09/2018 15:11	07 - CRV	Documento de Comprovação
32637891	28/09/2018 15:11	08 - DOCUMENTO DO VEÍCULO - SEGURADORA LÍDER	Documento de Comprovação
32637894	28/09/2018 15:11	09 - UBS - DECLARAÇÃO	Documento de Comprovação
32637897	28/09/2018 15:11	10 - DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR	Documento de Comprovação
32637902	28/09/2018 15:11	11 - FORMULÁRIOS OBRIGATÓRIOS - SEGURADORA LÍDER	Documento de Comprovação
32637907	28/09/2018 15:11	12 - PLANILHA DE CÁLCULO - CÁLCULO EXATO	Planilha de Cálculos
33537336	17/10/2018 19:30	Despacho	Despacho

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Alexandre Magno Martins Pereira, brasileiro, solteiro, promotor de vendas, portador da cédula de identidade de Nº 002.549.586 SSP/RN, inscrito no CPF sob o Nº 067.178.054-98, residente e domiciliado na Rua Francisco Salvs Firmino Nº 280, Loteamento Dix Neuzt Rosado (Riacho Grande), Zona Rural Mossoró-RN.

OUTORGADO: Dr. ABEL ICARO MOURA MAIA, brasileiro, Solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 12.240, **Dr. TIAGO ABDON FELIX**, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.022, URBANO GREGÓRIO DE LIMA JÚNIOR, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.776 e **Dr. FRANCISCO DAS CHAGAS ARAÚJO**, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 15.869, todos com endereço profissional na Rua Desembargador Dionísio Filgueira, nº 419, Centro, Mossoró/RN, onde recebe citações/intimações/notificações de estilo.

OBJETO: representar o (s) Outorgante (s), promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula ***ad juditia et extra***, para o foro em geral, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, **em conformidade com a norma do art.105 da Lei 13.105/2015**.

Mossoró-RN, _____/_____/_____.

Alexandre Magno Martins Pereira
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu,

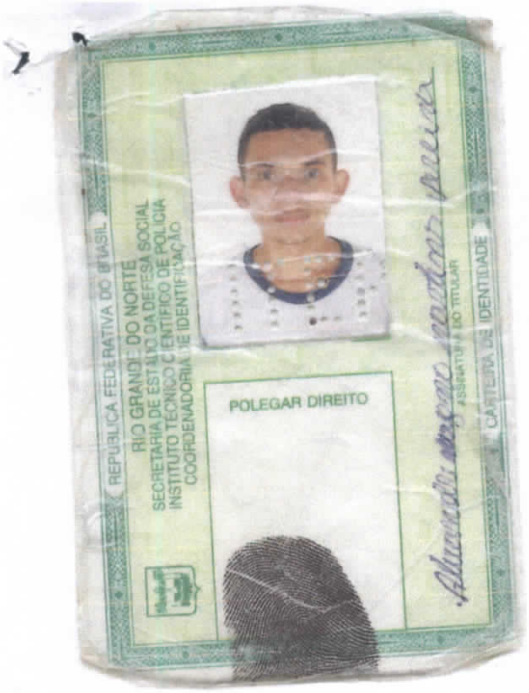
Alexandre magno martins Pereira, brasileiro, solteiro, promotor de vendas, portador da cédula de identidade de Nº 002.549.586 SSP/RN, inscrito no CPF sob o Nº 067.178.054-98, residente e domiciliado na Rua Francisco Sales Firmino, Nº 280, Loteamento pix Neizt Rosado (Riacho Grande), Zona Rural de Mossoró/RN.

, Declaro, nos termos do artigo 98, da Lei nº 13.105/2015 – Novo Código de Processo Civil (NCPC), bem como do art. 790, § 3º, da CLT, não ter como arcar com o pagamento de custas e demais despesas processuais sem prejuízo de meu sustento, pelo que REQUEIRO os benefícios da justiça gratuita.

Por verdade, firmo o presente.

Mossoró-RN, _____/_____/_____.

Alexandre Magno Martins Pereira
DECLARANTE


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO
POLEGAR DIREITO
ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal
CPF
Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição
067.178.054-98
Nome
ALEXANDRE MAGNO MARTINS PEREIRA
Nascimento
03/03/1986


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL 002.549.586
DATA DE EXPEDIÇÃO 09/03/2004
NOME
ALEXANDRE MAGNO MARTINS PEREIRA
FILIAÇÃO
WELDSON BELARMINO PEREIRA
EDILZA MARIA MARTINS PEREIRA
NATURALIDADE
DATA DE NASCIMENTO
MOSSORO RN
03/03/1986
DOC. ORIGEM NASCIM L0116 F-299 RG-036380
MOSSORO RN
02 CARTORIO
CPF
131100 0
José Galba Silveira
SUB-COORD. REGIONAL
MOSSORÓ - RN
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83


Cartão de uso pessoal e intransferível
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade
Emissão
CORREIOS

AUTENTICAÇÃO
EF... CO que a presente fotocópia reprodução fiel do original, que me foi apresentado. ...do e verdade. Dou fé. Mossoró-RN
27 ABR. 2018
Luciana da Silva Magalhães - Notária no Exercício

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ
Endereço: RUA CAMILO DE PAULA, S/N, NOVA BETÂNIA, MOSSORÓ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018065000334
1.2 Data de Expedição: 27/04/2018 11.05.44
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 15/09/2017 18.00.00
2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado
2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.7 Logradouro: LOTEAMENTO DIX HUIT ROSADO, SENTI PARA CIDADE DE BARAUNA/RN
2.8 Número: S/N
2.9 CEP:
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS
2.13 Cidade: MOSSORÓ
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ALEXANDRE MAGNO MARTINS PEREIRA
3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Nome Social:
3.4 Pai: WELDSON BELARMINO PEREIRA
3.5 Etnia: Branca
3.6 Mãe: EDILZA MARIA MARTINS PEREIRA
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF:
3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade:
3.12 Data de Nascimento: 03/03/1986
3.13 Profissão: VENDEDOR
3.14 RG: 002549586 - ITEP/RN
3.15 Telefone(s): 84 987953644
3.16 Passaporte:
3.17 Número: 280
3.18 Naturalidade: MOSSORO RN
3.19 Bairro: ZONA RURAL
3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.22 Logradouro: RUA FRANCISCO SALES FIRMINO
3.23 Cidade: MOSSORÓ
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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
7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi:
7.1.4 Renavam:
7.1.5 Placa: OJV8711
7.1.6 Estado:
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.8 Modelo: BIZ 100 KS
7.1.9 Ano do Modelo: 2013
7.1.10 Ano de Fabricação: 2012
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA
7.1.12 Tipo do veículo: MOTONETA
7.1.13 Nota Fiscal: 00000000000000000000000000000000
7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: ALEXANDRE MAGNO MARTINS PEREIRA
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor: O COMUNICANTE
7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE DECLAROU QUE CONDUZIA A SUA MOTO NA ESTRADA CARROÇÁVEL QUANDO COLIDIU CONTRA UM CACHORRO ATRAVESSANDO A VIA; QUE, EM RAZÃO DA COLISÃO, DESEQUILIBROU-SE DA SUA MOTO E SOFREU UMA QUEDA NA VIA; QUE FOI ATENDIDO NO HOSPITAL TARCÍSIO MAIA; QUE DECLAROU O PRESENTE BO NESTA DELEGACIA PARA FINS PROTOCOLARES DE SOLICITAÇÃO ADMINISTRATIVA DO SEGURO DPVAT JUNTO À EMPRESA LÍDER SEGURADORA; QUE NÃO HOUVE REPRESENTAÇÃO CRIMINAL OU PROCEDIMENTO POLICIAL INVESTIGATÓRIO INSTAURADO NESTA DELEGACIA; NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS **(ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)**

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data 27/04/2018 11.05.44

Policial

Alexandre M M Pereira
Interessado

Polegar direito

Atendimento: 1690205 - Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Impresso por: 1690205 - Helder Emerson Nogueira Jerônimo em 27/04/2018 11:05:51

FINAL DO BOLETIM DE OCORRNCIA

A

SEGURADORA LIDER

A/C Cristina Grasso

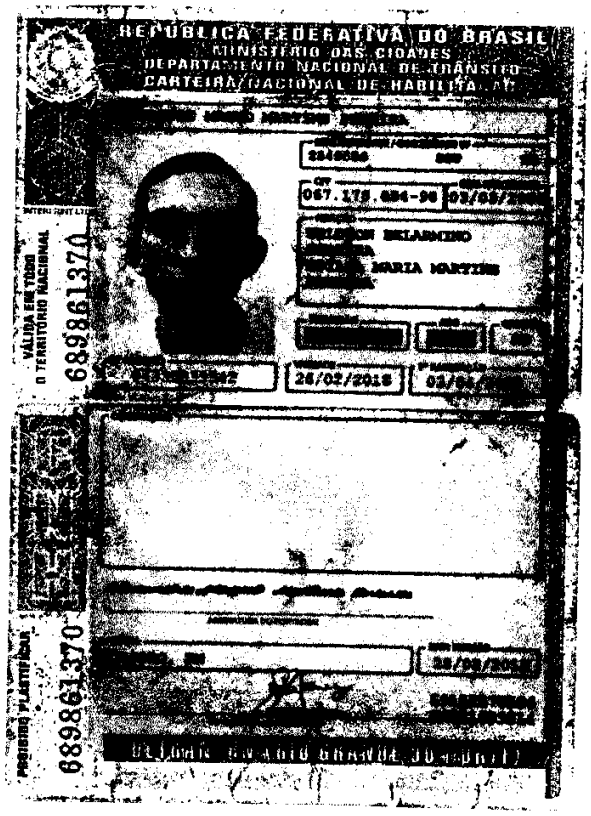
Departamento de Sinistros

Prezados Senhores:

PROCESSO DE SINISTRO DPVAT – INVALIDEZ – Venho comunicar através desta, quê sofri um acidente de transito em consequencia do acidente fiquei com sequelas, Solicito que seja marcada a pericia medica para confirmar minha sequela. Afirmo ainda para os devidos fins, que não possuo mais nenhuma documentação médica, além da acostada ao pleito administrativo em referência, pertinente ao acidente no qual fui vítima.

ATENCIOSAMENTE

Alexandre Magno Martins Pereira


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
689861370
26/02/2018
689861370

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - RN
41005473/2013

N.º 9758473625
02841158738

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA: 1
CÓD. RENAVAM: 509803342
RNTRC:

NOME/ENDEREÇO:
ALEXANDRE MAGNO MARTINS PEREIRA
R SANTA JOANA D ARC, 2877
SANTA DELMIRA ABOLICAO
59.614-660 MOSSORO/RN

CPF/CNPJ: 067.178.054-98
PLACA: OJV8711

NOME ANTERIOR:
MOTOESTE MOTORES PECAS E ACESS. OESTE LT

PLACA ANT/UF: OJV8711/RN
CHASSI: 9C2HC1410DR010707

ESPÉCIE TIPO: PASSAGEIRO/MOTONETA/NAO APLICAVEL
COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/BIZ 100 KS
ANO FAB: 2012
ANO MOD: 2013

CAP/POT/CIL: 8CV/97 CILINDRADAS
CATEGORIA: PARTICULAR
COR PREDOMINANTE: VERMELHA

OBSERVAÇÕES:
ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 03.634.220/0001-65
BANCO HONDA S/A
MOTOR:HC14E1D010707

CONTRAN

MOSSORO/RN
DATA: 16/02/2013

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 011882333386 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2015	03/07/2015

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	067.179.054-98	OUV8711

RENAVAM	MARCA / MODELO
00509803342	HONDA/BIZ 100 KS

ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2012	9	9C2HC1410DR010707

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

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

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

OUT / 2014

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UBS MARINA FERREIRA- BARRINHA

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o senhor (a) Alexandre Magno Martins Pereira, portador RG 002.549.586 e CPF 067.178.054-98, CNS 705 0042 8269 53 residente na localidade de Lot. Dix-Neuf Rosado Cep:59649-899 Mossoró-RN, e é usuário (a) do PSF Programa Saúde Da Família Da Comunidade Da Barrinha (UBS MARINA FERREIRA), sob Prontuário nº 3164, e Agente de Saúde Ricardo.

Cloves Ferreira de Oliveira
UBS Marina Ferreira
Recepcionista 000463

Diretor da UBS

UGV

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

2 - CNES:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Alexandre Magno M. Perem

6 - Nº DO PRONTUÁRIO:

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO: / /

9 - SEXO: Masc. [1] Fem. [3]

10 - RAÇA/COR:

11 - NOME DA MÃE:

12 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL:

14 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:

19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Trauma e calcaneo E com necessidade de osteossintese

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Tratamento cirurgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (CONFORME QUADRO DE EXAMES REALIZADOS):

Sem laudo de exame

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura de calcaneo E

24 - CID 10 PRINCIPAL:

25 - CID 10 SECUNDÁRIO: S92.0

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tra. cirurgica fratura calcaneo

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0405050135

29 - CLÍNICA: ORT

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Nel

31 - TIPO DOCUMENTO: ( ) CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 49120158949 1

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Calvi Jde

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: / /

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:

40 - Nº DO BILHETE:

41 - SÉRIE:

42 - CNPJ EMPRESA:

43 - CNAE DA EMPRESA:

44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR:

48 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

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

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

4 - CONDUTA MÉDICA Data: / / Hora: :

5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO	VIA	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
	Vo Dorem 750 cap.	M		
	Tabela			

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITI(S)

7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

( ) ALTA DO PRONTO SOCORRO ( ) INTERVENÇÃO HOSPITALAR ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) OUTROS (Descrever)

Observações:

Ortopedia

Data: / / Hora: :

Identificação Médica

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

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: _____ **Leito:** _____

DATA	EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA

DR. Gilson Queiroz
CRM/RN 6231
Ortopedia e Traumatologia
TEOT - 14690

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
ME MOSSORÓ 30/09/2017
SAME/ARQUIVO

SUS — SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE — MINISTÉRIO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: Cardio diagnóstico Ltda

2 - CNES: 2611707

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: Cardio diagnóstico Ltda

4 - CNES: 2611707

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: [illegible]

6 - Nº. DO PRONTUÁRIO: 165071

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO: / /

9 - SEXO: Masc. [1] Fem. [3]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: [illegible]

DDD / 11 - TELEFONE DE CONTATO (Nº DO TELEFONE):

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): [illegible]

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: [illegible]

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

15 - UF: [illegible]

16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICO: [illegible]

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: [illegible]

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): [illegible]

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: [illegible]

21 - CID 10 PRINCIPAL: I26

22 - CID 10 SECUNDÁRIO:

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: [illegible]

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: [illegible]

26 - CLÍNICA: Cardio

27 - CARTEIRA DE INTERNAÇÃO: [illegible]

28 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: [illegible]

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: / /

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Ortopedia e Trauma Cirurgia do Quadril

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:

37 - Nº DO BILHETE:

38 - SÉRIE:

39 - CNPJ DA EMPRESA:

40 - CNAE DA EMPRESA:

41 - CBOR:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Carlos Marcio Martins Médico - PM/SMS/SUS CRM 4026 Matrícula 12350-2

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: [illegible]

Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
PRONTO SOCORRO VINGT-ROSADO NETO

REGISTRO N °

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: [illegible] D. N.: [illegible] Idade:
Profissão: Cartão SUS n°:
Endereço: Rua: [illegible] Bairro: [illegible]
Cidade: [illegible] U.F. RN Fone:
Filiação: Mãe: Pai:

Data: [illegible] Hora: [illegible] A.C.C.R.:

1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)

Trauma e coluna E
por acidente moto e dente
Apresenta fratura e luxação
de coluna e
cd. internado

2 - EXAME FÍSICO

Tala Bita

- Convém permanecer - fazer RC
coluna anterior (fraturas
vertebrais sub prim (-coda
e imagem)

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

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

CARDIODIAGNOSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50

HOSP. WILSON ROSADO

Atendimento	108131
Data:	22/03/2018
Hora:	7:38

BOLETIM DE ADMISSÃO

N° AIH
CRISTINA

165071 - ALEXANDRE MAGNO MARTINS PEREIRA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 03/03/1986 - 32 ANO(S) CPF: 067.178.054-98 RG: 2549586

CNS: 705004282069053 Convênio: *SUS*

Leito: **CR01-02** Enfermaria: **CR01 - CENTRO CIRURGICO 1**

Endereço: FRANCISCO SALES FIRMINO, N° 280 - CEP: 59600-010 Bairro: ZONA RURAL

Cidade: Cód.: 2408003 - MOSSORO/RN Profissão: DESEMPREGADO Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA

Pai: WELDSON BELARMINO PEREIRA Mãe: EDILMA MARIA MARTINS PEREIRA

Naturalidade: MOSSORO Caráter de Atendimento: **ELETIVO**

Responsavel: ALEXANDRE MAGNO MARTINS PEREIRA - Tel.: (84) 8819-6693

Procedimento Solicitado: **0408050535-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CALCÂNEO - S960 - TRAUM MUSC TEND MUSC FLEX LONG ARTEL TORN PE**

Diagnostico Definitivo: Acomodação: 2067

Médico: **6439 - EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS**

Carteira:
Validade: **30/12/1899**
Autorização:
Senha:
Guia:

Resultado

☐ Curado	☐ Removido	☐ -48 Horas
☐ Melhorado	☐ Pedido	☐ +48 Horas
☐ Inalterado	☐ Evasão	☐ Obito
☐ Piorado	☐ Indisciplina	

Transferido: _____

História Clínica

[illegible]

Diagnóstico Provavél

RESPONSÁVEL

EDUARDO CORREIA LIMA RODRIGUES MEDEIROS

23/03/14 | Evolução Médica

[illegible]

[illegible]

Prescrição Médica | Aprazamento

[illegible]

Dr. Guilherme Garcia Rigolin
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 8367 TEOT 13541

Medicação administrada por:

M	T	N

HOSPITAL
WILSON ROSADO

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Edmundo Araújo Neto Idade: 32 anos
Reg. Geral: 105071 Convênio: SUS Leito/Apto: 206-A
Clínica: PSTO-12 Clínica: Ortopedia Data: 29/03/17

Evolução Médica

II Cirurgia de enfarto do calcâneo esquerdo.
Procedimento sem intercorrências
A. Recuperação pós-anestésica.

Ortopedia e Trauma
Cirurgia do Quadril
Guardo C. R. Medeiros

Prescrição Médica

1) Dieta livre
2) SGG 5% 500 ml ev de 12/12 h
3) Dipirona 1g + 100 ml ev de 6/6 h
4) Metoclopramida 10mg + 100ml SGG 5% ev 8/8 h
5) Tramadol 100mg + 100ml SGG 5% ev de 8/8 h
6) Omeprazol 40mg ev de 6/6 h

Ortopedia e Trauma
Cirurgia do Quadril
Guardo C. R. Medeiros

Medicação administrada por:

M | T

23/05/24	Evolução Médica
[illegible]	

Prescrição Médica	Aprazamento
[illegible] Hospital Dr. Guilherme Garcia Rigolin Ortopedia e Traumatologia CRM/RN 8167 TEOT 13541	

Medicação administrada por:		
M	T	N

HOSPITAL WILSON ROSADO

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Alexandre Araújo Leite Idade: 32 anos
Reg. Cadastro: 105071 Convênio: SUS Internação: 20/01
Clínica: PSTO-12 Leito: Ambulatorio Data: 23/03/15

Evolução Médica

II Ausência de ambiente de coluna expandido

Procedimento não cirúrgico,

Ø Recuperação gerenciada.

Prescrição Médica

1) Dieta livre
2) SORO 500 ml de 12/12 h
3) Dipirona 1g EVDO de 6/6 h
4) Metoclopramida 10mg + 100ml SORO 0,9% de 8/8 h
5) Tramadol 100mg + 100ml SORO 0,9% de 8/8 h
6) Omeprazol 40 mg de 12/12 h

Cirurgia do Quadril
Ortopedia e Trauma

Medicação administrada por:

M | T

Acidente motociclístico
com Trauma de pé E

Trauma complexo
semiologia - Pé e Bacia

Trauma de coluna E 592

Trauma complexo
ATT compl - 972018 8749
cabeça pés

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ

GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO VIEIRA

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Alexandre Moura Martins
IDADE
ENF

HISTÓRIA CLÍNICA

16/09/2017 Fratura de coluna E necessita transfer cirurgia

Exame

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO VIEIRA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 30/10/2017
SAME/ARQUIVO

PLANOS DE CARGOS
DE EMPREGADOS

							Observações	Assinatura
1/03	20	26,475	20	120/80	P		SSVU	

HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Tel.: (84) 3318-9000

Data impresso:23/03/2018

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

I08131 - ALEXANDRE MAGNO MARTINS PEREIRA

Data da internação: 22/03/2018 - 07:38:00 **Sexo**: M **Idade**: 32 ANOS
Convenio: SUS
Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-04

23/03/2018	Anotação	Técnico(a)	Assinatura
08:00:0(	RECEBO PACIENTE CONSCIENTE , ORIENTADO , EM O2 AMBIENTE , DIETA POR VIA ORAL, VERBALIZA SUAS NECESSIDADES , COM AVP EM MSE VIABILIZANDO HV+TM , AO EXAME: AFEBRIL, NORMOCARDICO, NORMOTENSO , EUPNEICO, DIURESE PRESENTE , SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO. - **PA**:120X80 **TAX:** 36,00º **F.C.**:75 **F.R.**: 20 **Glicemia:** 0	LUANA KARINY FELIX DA SILVA	LUANA SILVA TÉC. ENFERMAGEM COREN/RN 194860
10:00:0(	ADMINISTRADO DIPIRONA 01AMP+ABD VIA EV , TRAMAL 01AMP+SF VIA EV , CEFAZOLINA 1G+ABD VIA EV , CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - **PA**: **TAX:** 0,00º **F.C.**:0 **F.R.**: 0 **Glicemia:** 0	LUANA KARINY FELIX DA SILVA	LUANA SILVA TÉC. ENFERMAGEM COREN/RN 194860
11:50:0(	PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, FOI RETIRADO ACESSO. - **PA**: **TAX:** 0,00º **F.C.**:0 **F.R.**: 0 **Glicemia:** 0	LUANA KARINY FELIX DA SILVA	LUANA SILVA TÉC. ENFERMAGEM COREN/RN 194860

CNPJ: 35.650.324/0001-50
MOSSORO/RN

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Data impresso:23/03/2018

I08131 - ALEXANDRE MAGNO MARTINS PEREIRA

Data da internação: 22/03/2018 - 07:38:00 **Sexo**: M **Idade**: 32 ANOS
Convenio: SUS
Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA **Leito:** 206-04

23/03/2018

		Profissional	Assinatura
2:00	Pa: , Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0 PACIENTE FOI MEDICADO COM 1AMP DE TRAMAL +100ML DE SFO,9% EV C.P.M.	GINALYARRS	Ginalya Rolanny Ramalho da Silva Técnico de Enfermagem COREN-RN 653001
4:00	Pa: , Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0 PACIENTE FOI MEDICADO COM 1G DE DIPIRONA+ABD EV, 1FRASCO DE CEFAZOLINA 1G+10ML DE ABD EV C.P.M.	GINALYARRS	Ginalya Rolanny Ramalho da Silva Técnico de Enfermagem COREN-RN 653001
6:00	Pa: , Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0 INICIO DA ETAPA 500ML DE SFO,9% EV, REALIZADO TROCA DE CURATIVO EM F.O.	GINALYARRS	Ginalya Rolanny Ramalho da Silva Técnico de Enfermagem COREN-RN 653001

22/03/2018

20:00	Pa: 120/80, Temp.: 36,4, FC.: 75, FR.: 20, Glicemia: 0 RECEBEMOS PACIENTE EM POS OPERATORIO DO SEXO MASCULINO 32ANOS, AOS EXAMES CONSCIENTE, ORIENTADO, COPERATIVA, COMUNICATIVA, EUPNEICO EM O2 AMBIENTE, AFEBRIL, NORMOTENSO, ACEITA DIETA VO, VERBALIZA SUAS NECESSIDADES, EM AVP NO MSE VIABILIZANDO HV+TERAPIA MEDICAMENTOSA, DIURESE PRESENTE APRESENTA CURATIVO EM CALCANÊO ESQUERDO LIMPO, SEGUE EM REPOUSO NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE.	GINALYARRS	Ginalya Rolanny Ramalho da Silva Técnico de Enfermagem COREN-RN 653001
22:00	Pa: , Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0 PACIENTE FOI MEDICADO COM 1G DE DIPIRONA+ABD EV, 1FRASCO DE CEFAZOLINA 1G+10ML ABD EV C.P.M	GINALYARRS	Ginalya Rolanny Ramalho da Silva Técnico de Enfermagem

HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORO/RN - 59611-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Tel.: (84) 3318-9000

Data impresso:22/03/2018

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

I08131 - ALEXANDRE MAGNO MARTINS PEREIRA

Data da internação: 22/03/2018 - 07:38:00 **Sexo:** M **Idade:** 32 ANOS
Convenio: SUS
Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 206-04

22/03/2018	Anotação	Técnico(a)	Assinatura
16:45:0(	RECEBEMOS O PACIENTE PROVENIENTE DO CENTRO CIRURGICO VINDO EM MACA ACOMPANHADO POR MAQUEIRO E FAMILIAR. QUADRO CLÍNICO: PÓS-OPERATÓRIO FRATURA DE CALCÂNEO ESQUERDO, INCISÃO CIRURGICA COM CURATIVO LIMPO. EVOLUI ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, COMUNICATIVO, NORMOCORADO EM O2 AMBIENTE E DIETA POR VO. ACESSO VENOSO PERIFÉRICO NO MSE VIABILIZANDO HIDRATAÇÃO SF 0,9% E TERAPIA MEDICAMENTOSA. EUPNEICO, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, AFEBRIL E SPO2= 99%. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS, DIURESE PRESENTE PORÉM EVACUAÇÃO AUSENTE SIC. SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. - **PA**:130X80 **TAX:** 36,00º **F.C.**:73 **F.R.:** 19 **Glicemia:** 0	ANTONIO FRANCISCO FERNANDES	Antonio Francisco Fernandes Téc. Enfermagem COREN-RN 604672
18:00:0(	PACIENTE FOI MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. 01 AMP TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9% VIA EV. EM SEGUIDA, INICIADA A 1ª ETAPA DA HIDRATAÇÃO SF 0,9% 500 ML VIA EV. - **PA**: **TAX:** 0,00º **F.C.**:0 **F.R.:** 0 **Glicemia:** 0	ANTONIO FRANCISCO FERNANDES	Antonio Francisco Fernandes Téc. Enfermagem COREN-RN 604672

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

I08131 - ALEXANDRE MAGNO MARTINS PEREIRA

Data da internação: 22/03/2018 - 07:38:00 **Sexo**: M **Idade**: 32 ANOS
Convênio:SUS
Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA **Leito:** 206-04

22/03/2018

Hora	PA	Temp	FC	FR	Glicemia		Assinatura
16:45:00	PACIENTE SEXO MASCULINO, EVOLUI EM ESTADO GERAL REGULAR, EM PÓS OPERATÓRIO DE: FRATURA DO CALCÂNEO, COM MEMBRO IMOBILIZANDO E CURATIVO LIMPO E SECO. SEGUE: CONSCIENTE, ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, EM 02 AMBIENTE. HIGIENE PRESERVADA, ACEITANDO ALIMENTAÇÃO POR V.O, PUPILAS ISOCÓRICAS, FOTOREAGENTES. AO EXAME: TÓRAX SIMÉTRICO, EUPNÉICO (98% SPO2), AP: MV PRESENTES, AC: BNF +2T. ABDOME SIMÉTRICO E FLÁCIDO. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS AUSENTES HOJE. DIURESE PRESENTE. AVP EM MSE, VIABILIZANDO HV + TM. PACIENTE SEGUE EM REPOUSO AOS CUIDADOS DA EQUIPE.						JORDANA GISELE FERNANDES DA	Jordana G. Fernandes Enfermeiranda

[illegible]

Nome: [illegible] Sala: [illegible] Leito: [illegible] Prontuário: 50041

Cirurgião: Dr. Eduardo [illegible] Data: 20.01.04

[illegible]

[illegible] Paciente [illegible], deste [illegible] no [illegible], [illegible] de [illegible], acompanhado por [illegible] e [illegible] Nega alergia medicamentosa, DM e HAS. Realizado o PVC em MSE e Nega uso [illegible] Paciente consciente, [illegible], [illegible] nas queixas de [illegible] e em [illegible].

15:30 Paciente transferido do CRPA para S.C. em cama [illegible] de equipe de enfermagem.

15:40 Início da anestesia geral feito p/ Dr. Edilson

15:50 Início do cirurgia c/ Dr. Eduardo + Equipe.

16:15 Término do procedimento. Realizado curativo, s/ intercorrências. Retorno p/ CRA ficando em [illegible]

16:20 Recebe no CRA paciente vindo da S.C. em maca acompanhado de equipe consciente, orientado, em [illegible] em uncisi + curativo no F.O. seque em observação no leito aos cuidados da enfermagem.

22:03 16:40 Paciente liberado do CRA para pernoite em maca com proteção de mosquito consciente, orientado, [illegible] + curativo no F.O. seco e [illegible] aos cuidados da enfermagem.

Coren-RN
Geraldo J. de Lima Oliveira
Enfermeiro
Coren-RN nº 149.180

Enfermeiro
Coren-RN

Ezidio

ELISÂNGELA J. DE SOUSA
COREN-RN 1088552 TE

ELISÂNGELA J. DE SOUSA
COREN-RN 1088552 TE

CAM Clínica de Anestesiologia de Mossoró Ltda.

CLÍNICA DE ANESTESIOLOGIA DE MOSSORÓ LTDA.

FICHA DE ANESTESIA

NOME							DATA
SERVIÇO		ANESTESISTA		CIRURGIÃO			
IDADE	SEXO	COR	PR. ART.	PULSO	TEMP.	ESTADO FÍSICO 1 2 3 4 5	PRÉ-ANESTÉSICO

DIAGNÓSTICO

OPERAÇÃO REALIZADA

INÍCIO	TERMINO	DURAÇÃO	ROTINA	EMERGÊNCIA	EXTRA

SpO_2

$ETCO_2$

HORA

A G E N T E S

CÓDIGO

ANESTESIA X 220

OPERAÇÃO ⓐ 200

INTUBAÇÃO X ENDOTRAQUEAL 180

160

PRES. SISTOL. V 140

PRES. DISTOL. A 120

PULSO. ◆ 100

80

RESP. ASSIST. - RA 60

RESP. EXPONT. - RE 40

RESP. CONTR. - RC 20

0

POSIÇÃO

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÕES

Soro

Sangue

Outros

TÉCNICA ANEST. GERAL: ( ) INALATÓRIA: ( ) ENDOVENOSA: ( ) BALANCEADA: ( ) SEDAÇÃO: ( )

ANEST. REGIONAL: ( ) RAQUIDIANA: ( ) PERIDURAL: ( ) OUTROS: ( )

Dr. Edilson da Silva Júnior
Anestesiologista
CRM-RN 5.000
TEA/SBA 15904

AGENTES EMPREGADOS

ACORDADO	SALA DE RECUPERAÇÃO	CONDIÇÕES	ÓBITO
SIM ( ) NÃO ( )	SIM ( ) NÃO ( )	B ( ) R ( ) M ( ) P ( )	

Descrição do paciente/diagnóstico/prescrição

Paciente em decúbito ventral sob anestesia
Acesso venoso periférico
Colocado em campo cirúrgico
Feito assepsia e antissepsia dos membros
Realizado acesso cirúrgico medial
Realizado redução cruenta
Colocado placa e parafusos
Realizado sutura com Nylon
Colocado novo curativo compressivo
Paciente alta bem
CID S42.4

Dr. Eduardo L. Medeiros
Ortopedia e Trauma
Urgência do Quadril

HOSPITAL
VILSON ROCADO

Paciente: [illegible]
Idade: 32 Data: 22/03/18
Convênio: [illegible]

Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Primária: Renuação [illegible]
2. Cirurgia Secundária:
3. Cirurgião: Eduardo CRM:
1º Auxiliar: Guilherme CRM:
2º Auxiliar: CRM:
Instrumentador: Karl COREN:
4. Anestesista: [illegible] CRM:
5. Anestesia realizada: COREN:

6. Antibiótico Profilático: [X] Não [ ] Sim Especificar:

7. Anatomia Patológica: [X] Não [ ] Sim
8. Laudo: [ ] Maligno [ ] Benigno Dx:
9. Classificação da Cirurgia: [ ] Limpa [X] Potencialmente contaminada
[ ] Contaminada [ ] Infectada
10. Contaminação Intra-operatória: [X] Não [ ] Sim
11. Drenagem: [X] Cirúrgico [ ] Urgência [ ] [illegible]
12. Internação: [X] Não [ ] Sim Data: / / Hora: :
13. Enviado para outro Sistema: [X] Não [ ] Sim Tipo:
14. Dreno: [X] Não [ ] Sim Tipo:
15. Descrição do procedimento cirúrgico no verso

16. Assinatura Cirurgião: Eduardo C. Kruse [illegible] CRM:
Data: 22/03/18
Ortopedia e Trauma
Cirurgia do Quadril
Pós-Graduação UNIFESP
17. Data e hora do procedimento: 15:50 Hora do término do procedimento: 16:15

SUS — SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE — MINISTÉRIO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: Cardio diagnóstico Ltda

2 - CNES: 2311407

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: Cardio diagnóstico Ltda

4 - CNES: 2311407

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: [illegible]

6 - Nº. DO PRONTUÁRIO: 165021

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO: / /

9 - SEXO: Masc. [1] Fem. [3]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: [illegible]

DDD / 11 - TELEFONE DE CONTATO (Nº DO TELEFONE):

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): [illegible]

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: [illegible]

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

15 - UF: PB

16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICO: [illegible]

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: [illegible]

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): [illegible]

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
[illegible]	I72.0		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: [illegible]

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: [illegible]

26 - CLÍNICA: Cirurgia

27 - CARTEIRA DE INTERNAÇÃO: Eletivo

28 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: [illegible]

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: / /

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Ortopedia e Trauma Cirurgia do Quadril

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Carmo Maria Rui CRM 4026 Matrícula: 172250-2

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: [illegible]

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Alexandre magno martins P.	067.178.054-98	15/09/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Abel Icaro Moura Maia	085.122.314-16
Email	**Telefone (DDD)**
abelmaiaadv@gmail.com	(84)9.8773-3770

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

[X] Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

[ ] O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

[ ] O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Mossoró/RN, 27 de Abril de 2018
Local e Data

Alexandre magno martins Pereira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Abel Icaro Moura Maia
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	067.178.054-98	Alexandre magno M. P.

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Alexandre magno martins P.		067.178.054-98	Promot. vendas
Endereço: Loteamento Dix-Neuzt Rosado		Número: 280	Complemento: Zona Rural
Bairro: Zona Rural	Cidade: Mossoró	Estado: RN	CEP: 59649-899
Email: abelmaiaadv@gmail.com			Telefone (DDD): (84)9.8773-3770

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[ ] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- [ ] BRADESCO (237)
- [ ] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [x] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0560	013	00063785	5
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Mossoró/RN 27 de Abril de 2018
Local e Data

x Alexandre magno martins Pereira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF 001 V001/2017

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2]**.

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Abel Icaro Moura Maia inscrito (a) no CPF/CNPJ 085.122.314/16, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alexandre magno martins P. inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.178.054/98, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Alexandre magno martins P., inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.178.054/98, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

_____.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Rua Desembargador Dionízio Filgueira		419	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
centro	mossoró	RN	59.610-090
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
abelmaiaadv@gmail.com	(84)3316-5699	(84)9.8773-3770	

Mossoró/RN, 27 de Abril de 2018
Local e Data

Abel Icaro Moura Maia
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Alexandre magno martins Pereira,

RG nº 2549586, data de expedição 09/03/2004, Órgão SSP/RN,

CPF nº 067.178.054-98, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Loteamento Dix-Neuft Rosado
Número	280
Apto / Complemento	———
Bairro	Zona Rural
Cidade	Mossoró
Estado	Rio Grande do Norte
CEP	59649-899
Telefone de Contato	(84)9.8773-3770 / (84)3316-5699
E-mail	abelmaiaadv@gmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Mossoró/RN 27/04/2018

Assinatura do Declarante: Alexandre m m Pereira

JUSTIFICATIVA DA FALTA DE PRONTUARIO COMPLETO

Eu, Alexandre magno martins pereira, brasileiro (a), portador do Rg n° 2549586 e CPF 067.178.054-98, residente e domiciliado (a) Loteamento Dix-Neuf Rosado Bairro Zona Rural Município Mossoró/RN, venho perante a seguradora Líder dos consórcios, afirmar que não tenho nenhum desses documentos exigidos pela seguradora Líder.

1. Relatório de internamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, datas e tratamentos realizados (clínicos, cirúrgico e fisioterapêuticos) e data de alta hospitalar.
2. Relatório de tratamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, datas e locais de tratamento realizados (clínicos, cirúrgicos e fisioterápicos) e data de conclusão do tratamento.

Venho por essa declarar que não tenho nenhum desses documentos acima citados. Pois devidos muitos problemas nao fiz o tratamento por completo e nem tenho condições de fazer.

Espero que os senhores compreendam a minha situação e assim possa dar prosseguimento ao meu processo concluindo com a MARCAÇÃO DE PERICIA para confirmar minhas sequelas de acordo o laudo medico.

Local Mossoró/RN, Data 27/04/2018

Atenciosamente

Alexandre M M Pereira

Cálculo Exato

Atualização de um valor por um índice financeiro

Atualização de R$13.500,00 de 29-Dezembro-2006 e 31-Agosto-2018 pelo índice IGP-M - Índ. Geral de Preços do Mercado . .

Valor atualizado: R$27.135,19

Memória do Cálculo

Variação do índice IGP-M - Índ. Geral de Preços do Mercado . . entre 29-Dezembro-2006 e 31-Agosto-2018

Em percentual: 101,0014%
Em fator de multiplicação: 2,010014

Os valores do índice utilizados neste cálculo foram:
Dezembro-2006 = 0,32%; Janeiro-2007 = 0,50%; Fevereiro-2007 = 0,27%; Março-2007 = 0,34%; Abril-2007 = 0,04%; Maio-2007 = 0,04%; Junho-2007 = 0,26%; Julho-2007 = 0,28%; Agosto-2007 = 0,98%; Setembro-2007 = 1,29%; Outubro-2007 = 1,05%; Novembro-2007 = 0,69%; Dezembro-2007 = 1,76%; Janeiro-2008 = 1,09%; Fevereiro-2008 = 0,53%; Março-2008 = 0,74%; Abril-2008 = 0,69%; Maio-2008 = 1,61%; Junho-2008 = 1,98%; Julho-2008 = 1,76%; Agosto-2008 = -0,32%; Setembro-2008 = 0,11%; Outubro-2008 = 0,98%; Novembro-2008 = 0,38%; Dezembro-2008 = -0,13%; Janeiro-2009 = -0,44%; Fevereiro-2009 = 0,26%; Março-2009 = -0,74%; Abril-2009 = -0,15%; Maio-2009 = -0,07%; Junho-2009 = -0,10%; Julho-2009 = -0,43%; Agosto-2009 = -0,36%; Setembro-2009 = 0,42%; Outubro-2009 = 0,05%; Novembro-2009 = 0,10%; Dezembro-2009 = -0,26%; Janeiro-2010 = 0,63%; Fevereiro-2010 = 1,18%; Março-2010 = 0,94%; Abril-2010 = 0,77%; Maio-2010 = 1,19%; Junho-2010 = 0,85%; Julho-2010 = 0,15%; Agosto-2010 = 0,77%; Setembro-2010 = 1,15%; Outubro-2010 = 1,01%; Novembro-2010 = 1,45%; Dezembro-2010 = 0,69%; Janeiro-2011 = 0,79%; Fevereiro-2011 = 1,00%; Março-2011 = 0,62%; Abril-2011 = 0,45%; Maio-2011 = 0,43%; Junho-2011 = -0,18%; Julho-2011 = -0,12%; Agosto-2011 = 0,44%; Setembro-2011 = 0,65%; Outubro-2011 = 0,53%; Novembro-2011 = 0,50%; Dezembro-2011 = -0,12%; Janeiro-2012 = 0,25%; Fevereiro-2012 = -0,06%; Março-2012 = 0,43%; Abril-2012 = 0,85%; Maio-2012 = 1,02%; Junho-2012 = 0,66%; Julho-2012 = 1,34%; Agosto-2012 = 1,43%; Setembro-2012 = 0,97%; Outubro-2012 = 0,02%; Novembro-2012 = -0,03%; Dezembro-2012 = 0,68%; Janeiro-2013 = 0,34%; Fevereiro-2013 = 0,29%; Março-2013 = 0,21%; Abril-2013 = 0,15%; Maio-2013 = 0,00%; Junho-2013 = 0,75%; Julho-2013 = 0,26%; Agosto-2013 = 0,15%; Setembro-2013 = 1,50%; Outubro-2013 = 0,86%; Novembro-2013 = 0,29%; Dezembro-2013 = 0,60%; Janeiro-2014 = 0,48%; Fevereiro-2014 = 0,38%; Março-2014 = 1,67%; Abril-2014 = 0,78%; Maio-2014 = -0,13%; Junho-2014 = -0,74%; Julho-2014 = -0,61%; Agosto-2014 = -0,27%; Setembro-2014 = 0,20%; Outubro-2014 = 0,28%; Novembro-2014 = 0,98%; Dezembro-2014 = 0,62%; Janeiro-2015 = 0,76%; Fevereiro-2015 = 0,27%; Março-2015 = 0,98%; Abril-2015 = 1,17%; Maio-2015 = 0,41%; Junho-2015 = 0,67%; Julho-2015 = 0,69%; Agosto-2015 = 0,28%; Setembro-2015 = 0,95%; Outubro-2015 = 1,89%; Novembro-2015 = 1,52%; Dezembro-2015 = 0,49%; Janeiro-2016 = 1,14%; Fevereiro-2016 = 1,29%; Março-2016 = 0,51%; Abril-2016 = 0,33%; Maio-2016 = 0,82%; Junho-2016 = 1,69%; Julho-2016 = 0,18%; Agosto-2016 = 0,15%; Setembro-2016 = 0,20%; Outubro-2016 = 0,16%; Novembro-2016 = -0,03%; Dezembro-2016 = 0,54%; Janeiro-2017 = 0,64%; Fevereiro-2017 = 0,08%; Março-2017 = 0,01%; Abril-2017 = -1,10%; Maio-2017 = -0,93%; Junho-2017 = -0,67%; Julho-2017 = -0,72%; Agosto-2017 = 0,10%; Setembro-2017 = 0,47%; Outubro-2017 = 0,20%; Novembro-2017 = 0,52%; Dezembro-2017 = 0,89%; Janeiro-2018 = 0,76%; Fevereiro-2018 = 0,07%; Março-2018 = 0,64%; Abril-2018 = 0,57%; Maio-2018 = 1,38%; Junho-2018 = 1,87%; Julho-2018 = 0,51%.

Atualização

Valor atualizado = valor * fator = R$13.500,00 * 2,010014
Valor atualizado = R$27.135,19

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

0818853-73.2018.8.20.5106

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

Processo: 0818853-73.2018.8.20.5106

AUTOR: ALEXANDRE MAGNO MARTINS PEREIRA

RÉU: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

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 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-vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05(cinco) dias.

Adotadas as supra-expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 16 de outubro de 2018.

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

Juíza de Direito em substituição legal

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