



Número: **0800160-51.2018.8.20.5135**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Almino Afonso**

Última distribuição : **13/11/2018**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PAULO RENATO DA SILVA (AUTOR)		ANTONIO CARLOS DANTAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34670 426	13/11/2018 09:18	<a href="#">2. PROCURAÇÃO E DECLARAÇÃO DE POBREZA</a>	Procuração
34670 439	13/11/2018 09:18	<a href="#">3. DOCUMENTOS PESSOAIS E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA</a>	Outros documentos
34670 459	13/11/2018 09:18	<a href="#">4. B.O - ACIDENTE DE TRÂNSITO</a>	Outros documentos
34670 481	13/11/2018 09:18	<a href="#">5. DOCUMENTOS HOSPITALARES</a>	Outros documentos
34670 491	13/11/2018 09:18	<a href="#">6. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRANIOENCEFÁLICA</a>	Outros documentos
34670 503	13/11/2018 09:18	<a href="#">7. EXAMES E OUTROS DOCUMENTOS REALACIONADOS</a>	Outros documentos
34670 573	13/11/2018 09:18	<a href="#">8. OUTROS DOCUMENTOS EXIGIDOS PELA SEGURADORA</a>	Outros documentos
34670 520	13/11/2018 09:18	<a href="#">9. CARTAS SOLICITANDO DOCUMENTOS PROTELATÓRIOS</a>	Outros documentos
39120 098	13/02/2019 16:42	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

## **INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE:** PAULO RENATO DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, Carteira de Identidade nº 3.035.043-ITEP/RN e CPF nº 706.357.074-97, residente e domiciliado na Rua Olívia Maria da Conceição, 54, centro, Rafael Godeiro/RN, CEP: 59.740-000, Tel/WhatsApp: (84) 99867.6537.

**OUTORGADO:** ANTONIO CARLOS DANTAS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob nº 16.836, CPF: 555.328.104-00, com endereço profissional na Rua Felícia Carlos, 25, Centro, Rafael Godeiro-RN, CEP: 59.300-00, Tel/WhatsApp: (84) 99833.5543, e-mail: advcarlosdantas@gmail.com.

**PODERES:** A quem confere os poderes de cláusula "*ad judicia et extra*" para no foro em geral, representar o(a) outorgante perante qualquer repartição pública federal, estadual e municipal, instituições privadas, requerendo o que for preciso; praticar, promover, requerer, apelar, agravar, interpor incidentes de falsidade e de insanidade mental, bem como, outorga-lhe poderes de transigir, desistir, transacionar ou firmar acordos em audiência de conciliação, instrução e julgamento, pagar e receber qualquer quantia, dando e recebendo quitação, firmando recibo e instrumentos próprios; e assinar tudo quanto se fizer necessário para a defesa dos seus direitos e interesses, inclusive declarar pobreza a fim de fazer *jus* aos benefícios conferidos nos arts. 98 e seguintes no CPC/2015, e da Lei nº 1.060/50, com as alterações produzidas pela Lei nº 7.515/86.

Rafael Godeiro-RN, 12 de novembro de 2018.



\_\_\_\_\_  
PAULO RENATO DA SILVA  
CPF nº 706.357.074-97  
Outorgante

## DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

**PAULO RENATO DA SILVA**, brasileiro, solteiro, agricultor, Carteira de Identidade nº 2.166.067-ITEP/RN e CPF nº 706.357.074-97, residente e domiciliado na Rua Olívia Maria da Conceição, 54, centro, Rafael Godeiro/RN, CEP: 59.740-000, Tel/WhatsApp: (84) 99867.6537, **DECLARO**, nos termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício 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.


Rafael Godeiro/RN, 12 de novembro de 2018.

Paulo Renato da Silva

DECLARANTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLÍCIA  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO

*PAULO RENATO da Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**706.357.074-97**

Nome  
**PAULO RENATO DA SILVA**

Nascimento  
**16/02/1998**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3035543  
NOME PAULO RENATO DA SILVA  
DATA 21/11/2007

FILIAÇÃO  
RAIMUNDO DA SILVA  
FRANCISCA NETA

DOC. GERAL  
RAFAEL GODEIRO RN

CERT. NASC. No. 3599 L. 4 F. 199  
RAFAEL GODEIRO RN

DATA DE NASCIMENTO  
16/02/1998

FABIO BERGUEIRAS VERA DANTAS  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

100 CARTÓRIO

CÓDIGO DE CONTROLE  
**D4C1.9832.11F7.189F**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço  
**www.receita.fazenda.gov.br**

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 13:57:32 do dia 17/10/2013 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Mermoz, 150 - Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE  
RAIMUNDO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA OLÍVIA MARIA DA CONCEIÇÃO 54

CPF: 704.235.384-62

CENTRO/ÁREA URBANA  
RAFAEL GODEIRO RN  
59740-000

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0732052011	07/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
25/07/2018	17/08/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	125,21

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
008079980	UNICA	18/07/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
18/07/2018	3000588030	1554519

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	158,0000000	0,8366578	101,22
Acréscimo Bancos e VERMELHA			10,52
Contribuição Iluminação Pública			10,20
Multa por atraso - NF 008178238 - 19/08/18			2,57
Juros por atraso - NF 008178238 - 19/08/18			0,25
Atualização IGPM - NF 008178238 - 19/08/18			0,45
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>125,21</b>

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (KWh)
661215	CAT	18-06-2018	27 479,00	18-07-2018	27 637,00	29	158,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
MÊS/ANO	CONSUMO (KWh)	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
JUL 18 158	158	Geração de Energia	R\$ 42,30
AGO 18 193	193	Transmissão	R\$ 8,04
SET 18 166	166	Distribuição (Cosern)	R\$ 23,87
OUT 18 136	136	Perdas de Energia	R\$ 6,41
NOV 18 150	150	Energias Soterais	R\$ 6,72
DEZ 18 152	152	Tributos	R\$ 27,34
JAN 18 150	150	Total	R\$ 111,74
FEB 18 151	151		
MAR 18 146	146		
ABR 18 137	137		
MAY 18 154	154		
JUN 18 140	140		
JUL 18 133	133		

Informações importantes:  
Pague na porta mais perto de você e o correio eletrônico. Confira o valor da conta e o valor da multa. O pagamento desta Nota Fiscal deve ser feito em espécie. Na data de leitura e leitura em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação de continuidade individual ou de nível de tensão de fornecimento. Pague em espécie para multa 2% (Resolução ANEEL, Juros 1% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo de entrega para o padrão de atendimento comercial.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos encontram-se disponíveis para consulta em nosso endereço de atendimento e no site www.cosern.com.br





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: DELEGACIA MUNICIPAL DE PATU  
Endereço: RUA LUCAS MATIAS, 51, COSTA E SILVA, PATU

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J201810300029 1.2 Data de Expedição: 15/08/2018 10.46.26  
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO 1.4 Ligou CLOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 09/04/2018 19.10.00 2.2 Autoria: Desconhecida  
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não  
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo  
2.6 Tipo do local: Outro 2.7 Logradouro: RN-074  
2.8 Número: SN 2.9 CEP: 59.740-000  
2.10 Complemento: 2.11 Ponto de Referência:  
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS 2.13 Cidade: RAFAEL GODEIRO  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: PAULO RENATO DA SILVA 3.2 Estado civil: Solteiro(a)  
3.3 Nome Social: RENATO 3.4 Pai: RAIMUNDO DA SILVA  
3.5 Etnia: Branca 3.6 Mãe: FRANCISCA NETA  
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 Orientação Sexual: Heterossexual  
3.9 CPF: 70635707497 3.10 Identidade de Gênero: Cisgenero  
3.11 Nacionalidade: 3.12 Data de Nascimento: 16/02/1998  
3.13 Profissão: AGRICULTOR 3.14 RG: 3035543 - ITEP/RN  
3.15 Telefone(s): 84 998676537 3.16 Passaporte:  
3.17 Número: 54 3.18 Naturalidade: RAFAEL GODEIRO/RN  
3.19 Bairro: CENTRO 3.20 E-Mail:  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.22 Logradouro: RUA OLÍVIA MARIA DA CONCEIÇÃO  
3.23 Cidade: RAFAEL GODEIRO 3.24 CEP: 59740000

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: \*\*\*\*\*25986 7.1.4 Renavam: 00531943194  
7.1.5 Placa: OJR0774 7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
7.1.7 Marca: HONDA 7.1.8 Modelo: NXR150 BROS ES  
7.1.9 Ano do Modelo: 2013 7.1.10 Ano de Fabricação: 2013  
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA  
7.1.13 Nota Fiscal: 7.1.14 Número do Motor:  
7.1.15 Nome do proprietário: FRANCISCO MARCELO DE LIMA SILVA 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:  
7.1.17 Nome do condutor:  
7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE DECLAROU QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA ACIMA CITADA, COM DESTINO À CIDADE DE ALMINO AFONSO/RN, QUANDO FOI DESVIAR UM BURACO NA RODOVIA E ACABOU COLIDINDO EM UM ANIMAL TIPO VACA; QUE DEVIDO AO ACIDENTE O DECLARANTE TEVE VÁRIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO, TEVE TRAUMATISMO CRANIANO E QUEBROU A CLAVÍCULA ESQUERDA, DESMAIANDO NO LOCAL E, POSTERIORMENTE ENTRADO EM COMA; QUE NÃO TEM A DEVIDA PERMISSÃO PARA CONDUZIR VEÍCULOS AUTOMOTORES E, FOI SEU AMIGO RICARDO VIEIRA QUEM LHE CONFIU A MOTOCICLETA. O COMUNICANTE SE RESPONSABILIZA CRIMINALMENTE PELO TEOR DE SUAS DECLARAÇÕES.

9.2 Informações do CLOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.  
Data 15/08/2018 10.46.26

Policial

Interessado

Polegar direito

Atendimento: 1636332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA  
Impresso por: 1636332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA em 15/08/2018 10:46:31

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Protocolo: J201810300029 - Código de autenticação: 883f9340e4901a870d86405230e-f5

Página 1 1



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

REGISTRO N°

8.771/2018

### PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: PAULO RENATO DA SILVA D. N. 16/04/98 Idade: 20  
Profissão:  Cartão SUS n°   
Endereço: Rua: MARIA OLÍVIA DA CONCEIÇÃO Bairro:   
Cidade: RAFAEL GODEIRO U.F. RN Fone:   
Filiação: Mãe: FRANCISCA NETI Pai:

Data: 09/04/18

Hora: 22:30

A.C.C.R.:

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

Paciente vítima de acidente de motocicleta. O mesmo trazido ao pronto-socorro com protocolo de SAMU com monitorização de ambulância e enfermagem, paciente veio sem monitorização com uma cânula de Guedel introduzida de maneira incorreta. O mesmo foi regulado na cidade de Rafael Godeiro - RN. Já possuía segundo avaliação de médico assistente de lá, Glasgow 11. Foi feito 1a 2 doses periféricas, SF 0,9% 1000ml EV, SRS 500ml e ceftriaxona 2g EV. 1e Decadron.

#### 2 - EXAME FÍSICO

A- via aérea com presença de sangue, cervicalgia não pode ser avaliada  
B- M V 0 em AHA, em apêx e base, sem ruídos adventícios.  
C- hemodinamicamente estável, FC = 111, sat O<sub>2</sub> = 96%, PA = 130 x 10  
D- Glasgow 7, pupilas reagentes (à direita), a esquerda não pode ser avaliada.  
E- Hematoma periorbital à esquerda, otorrágia à esquerda exotócica em MMSB e MMTI, perda com perda de substância em meato lateral esquerdo.

Tórax: Derramada em clavícula esquerda, sem erizema subcutâneo, tórax com estabilização presente.

Abdomen:

pele: Estável e indolor à compressão latero-lateral

#### 3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

- TCE Grau  
- Fratura de clavícula

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA  
PRONTO SOCORRO VINGT-ROSA NETO  
03/05/2018  
BIM



## CIRURGIA GERAL -

Paciente: 8237 - PAULO RENATO DA SILVA (30 a 1 m 23 d)

Nascimento: 16/02/1988 98 Natural: RAFAEL GODEIRO, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 704002815688465

CPF: 70635707497

Prof:

Mãe: FRANCISCA NETA

Pai: RAIMUNDO DA SILVA

Logradouro: MARIA OLIVIA DA CONCEICAO, 1

CEP: 59740000

Bairro: RAFAEL GODEIRO

Cidade: RAFAEL GODEIRO

Telephone: 84.98387875 84 98387875

Compl:

**Motivo**(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

**Tipo:** REGULADO

**Origem:** AMBULANCIA OUTRO

\*Empresa:

[illegible]

## HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas:

Hora: :

ESTÁ COORDINADO  
SAMUEL MORAES  
03/05/2018  
SANTARÉM

Diagn. Inicial:

[illegible]

\*Saída: - ( ) Alta por decisão médica; ( ) Internação; ( ) Enc.outro Serviço; ( ) Evasão

**Data:**    /    /18. **Hr:**    :    **Ass. Médico:**

\*Gerado via SX por JUREIDE DE BRITO ALMEIDA. Impresso em 10 de Abril de 2018.



 <b>SUS</b> SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO          DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	<b>30.07.58</b>
--	------------------------------	---------------------------	--	-----------------

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	H. R. T. M	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES
H. R. T. M		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Identificação do Paciente		6 - Nº DO PRONTUÁRIO
5 - NOME DO PACIENTE		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO
71041010218115618141615		16/02/98
9 - SEXO		10 - RAÇA/COR
Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO
FRANCISCA META		DDD [ ] [ ] [ ] Nº DO TELEFONE [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		DDD [ ] [ ] [ ] Nº DO TELEFONE [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		
OLÍMPIA MARIA DA CONCEIÇÃO		
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
RAFAEL GODEIRO		18 - UF
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		19 - CEP
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

<b>JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO</b>	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
Víctima de acidente automobilístico há horas. Glasgow 7 no admission, sendo internado. Ao exame: Anisocoria (D>E), seio	

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
TCE GRAVE	

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
CT Céfalo: HTDA FÓNDULO TEMPORAL PARIAL A D. 2.0cm com 22mm = 7mm	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	24 - CID 10 PRINCIPAL
Hemiparesia subaguda	S06.2
25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	
Hemiparesia subaguda DESCOMPRESSIVA	
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	29 - CLÍNICA
0412310100210	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO
( ) CNS ( ) CPF	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>	
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	

<b>AUTORIZAÇÃO</b>	
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	
03052012	



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Pablo Renato da Silva Reg Nº \_\_\_\_\_

Diagnóstico pré-operatório: Hemangioma Subglote Agudo

Indicação terapêutica: Hipertensão Intracraniana

INTERVENÇÃO

Início: 13:50h Fim: 02:20h Duração: 02:30h

Operador Dr. Thiago Lyrio Teixeira

1ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

2ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

3ª Auxiliar: \_\_\_\_\_

Instrumentador: Suzana

Anestesista: Dr. João Marcelo

Dr. Thiago Lyrio Teixeira  
Neurocirurgia  
CRM-SP 159.207

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTA CONFORME ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 0305/2018  
BIM

SAME ARCUJO

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - Ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

☒ Limpa ( ) Pot. Contaminada ( ) Contaminada ( ) Infectada

1) Incisão subglote em "Z-plasty" ampla e profunda

2) Descolamento do tecido da ossa com alicates

3) Descolamento muscular temporal do crânio

4) Hemostasia fronte-temporo-parietal ampla e profunda

5) Drenagem com lâmina n. 15

6) Drenagem hemática subglote aguda

7) Drenagem de sangramento com hemostasia

8) Sutura subglote + Sutura da ferida por planos

9) Incisão transversal para umbral do tecido

10) Alívio da pressão craniana em tecido subcutâneo profunda



## GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: PAULO RENATO DA SILVA

IDADE: 20 ANOS

LEITO: 206-01

ADMISSÃO: 10/ 04 / 2018

EVOLUÇÃO: 26 / 04 / 2018

HD: TCE + CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA

**ADMISSÃO:** Paciente 20 anos, solteiro, estudante, procedente de Rafael Godeiro/RN. Encontra-se em 16º DIH por queixa de acidente automobilístico moto/animal há 11 dias. Paciente já tinha sofrido um acidente recentemente, mas de pequeno impacto.

**APP:** Paciente previamente hígido.

**EVOLUÇÃO:** Paciente evolui com melhora clínica do quadro de base, estando em BEG, estável, vigil, desorientado em tempo e espaço, corado, hidratado, anictérico, acianótico, afebril no momento da visita. Aceita a dieta e tem funções fisiológicas e evacuatórias preservadas e normais..

- AC: RCI, 2T, BNF, SS; Pulsos cheios, simétricos e palpáveis.

- AP: MV+, simétricos bilateralmente em AHTx, s/RA.

- ABD: plano, flácido, indolor à palpação e percussão, RHA +, s/ VM;

- Sem edemas no momento

CD: Tto clínico mantido. ALTA HOSPITALAR.

FC: 97 bpm FR: 20 irpm SAT: 98 % em O2 ambiente. PA: 120 x 80 mmHg T: - °C

## PRESCRIÇÃO MÉDICA:

1	DIETA ORAL LIVRE	
2	SF0,9% 1000ML, EV, EM 24HR	
3	VANCOMICINA 1G + 200ML SF0,9%, EV, 12/12HR, CORRER EM 2HR (INÍCIO: 16/04)	
4	TAZOCIN 4,5G + SF0,9% 50ML, EV, 6/6HR (INÍCIO: 16/04)	
5	DIPIRONA 500MG/ML, FAZER 2ML + 18ML ABD, EV, ATE 6/6HR, SE FEBRE (SOS)	
6	PLASIL 5MG/ML, FAZER 2ML + 18ML ABD, EV, ATE 8/8HR, SE NAUSEA (SOS)	
7	OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE, EV, 1X/DIA	
8	HIDANTAL 100MG, 2ML + 18ML ABD, EV, 8/8HR	
9	HALDOL 5MG, IM, 6/6, SOS	
10	CLEXANE 40MG, SC, 1X/DIA	
11	CABECEIRA ELEVADA	
12	ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO	
13	CURATIVO DIÁRIO OCLUSIVO	
14	SSVV + CCGG	
15	ALTA HOSPITALAR	
16		

Lenilson Marinho de S. Filho  
MÉDICO  
CRM/RN 4476

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 03052018

SAME LARCO JIVO



**HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA**  
**SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA**

PACIENTE: Paulo Renato da Silva  
DI: 09/04/2018  
Data: 10/04/18

TCE Grave por Trauma automobilístico (queda de moto)  
Glasgow=7 na admissão, anisocoria (D>E)  
CT Crânio: Hematoma Subdural Agudo Fronto-Temporo-Parietal a Direita  
Cirurgia: Hemicraniectomia Descompressiva a Direita + Drenagem de HSDA

1.	Jejum	
2.	SF0,9% 1000ml EV 8/8h	30 20 30 40 50 60
3.	Ranitidina 50 mg 8/8h EV	07 19 25 06
3.	Dipirona 1g EV, 6/6h, se febre	ES
4.	Plasil 10 mg EV se vômitos	
5.	Midazolam 4 ampolas + Fentanil 2 ampolas + SF0,9% 170ml, correr em BIC - 10 ml/h	30:20
6.	Fenitoína 150 mg EV, 12/12h, em acesso calibroso	OK 19
7.	Oxacilina 500mg 6/6h, EV - Manter por 24h	OK 10 16 22 04
8.	Cabeceira elevada 30°	OK
9.	HGT 6/6h + insulina regular conforme protocolo	04- 10 16 22 04
10.	Glicose 50% 2 amp EV 6/6h se HGT < 70	
11.	CCGG + SSVV 6/6h	
12.	Fisioterapia Motora + Respiratória	
13.	Encaminhar para tomografia pela manhã	ESTA CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ 03 05 2018 B.M.

Dr. Thiago Lyrio Teixeira  
Neurocirurgião  
CRM-SP 159.207

PACIENTE: PAULO RENATO DA SILVA

CÓDIGO :111223

DATA: 20/07/2018

MÉDICO SOLICITANTE: ZIRALDO G.H.MELO

CONVÊNIO: SUS - HWR

### **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRANIOENCEFÁLICA**

#### **COMENTÁRIOS:**

- Realizado estudo tomográfico computadorizado helicoidal multislice com cortes no plano axial, sem a utilização do meio de contraste iodado IV.

#### **Os seguintes aspectos foram observados:**

- Espessamento e densificação das partes moles extracranianas do hemicrânio à direita, com níveis gasosos de permeio, de aspecto pós-cirúrgico.
- Extensa craniectomia fronto-temporo-parietal direita com coleção heterogênea com conteúdo gasoso e material denso (hemático/hemostático) extra-axial subjacente à craniotomia, medindo até 0,5 cm de espessura, delimitada profundamente por membrana espessada e hiperatenuante.
- Zona hipodensa córtico-subcortical frontotemporal à direita, com aspecto retrátil, determinando alargamento de sulcos corticais regionais e da fissura sylviana adjacente.
- Área hipodensa nos núcleos da base à esquerda, com limites parcialmente definidos, perda tecidual e ampliação dos espaços líquidos adjacentes, sugerindo área sequelar isquêmica antiga.
- Formação ovalada espontaneamente hiperatenuante no sulco lateral (fissura de Silvio) à esquerda, medindo 1,0 cm, sem efeito expansivo, admitindo como diferencial pequeno cavernoma, não se podendo afastar componente hemorrágico.
- Sistema ventricular de morfologia, situação e dimensões normais.
- Restante das substâncias branca e cinzenta com coeficientes de atenuação normais.
- Demais sulcos corticais, fissuras e cisternas com aspecto anatômico.

#### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

- Pós-operatório de craniotomia frontotemporoparietal à direita, com extensa zona de encefalomalácia/gliose sequelar frontotemporal à direita.
- Zona de perda tecidual no núcleo lentiforme à esquerda, sugestiva de sequela de insulto isquêmico antigo.
- Formação ovalada na fissura sylviana esquerda que pode corresponder a pequeno cavernoma, não se podendo afastar conteúdo hemático.

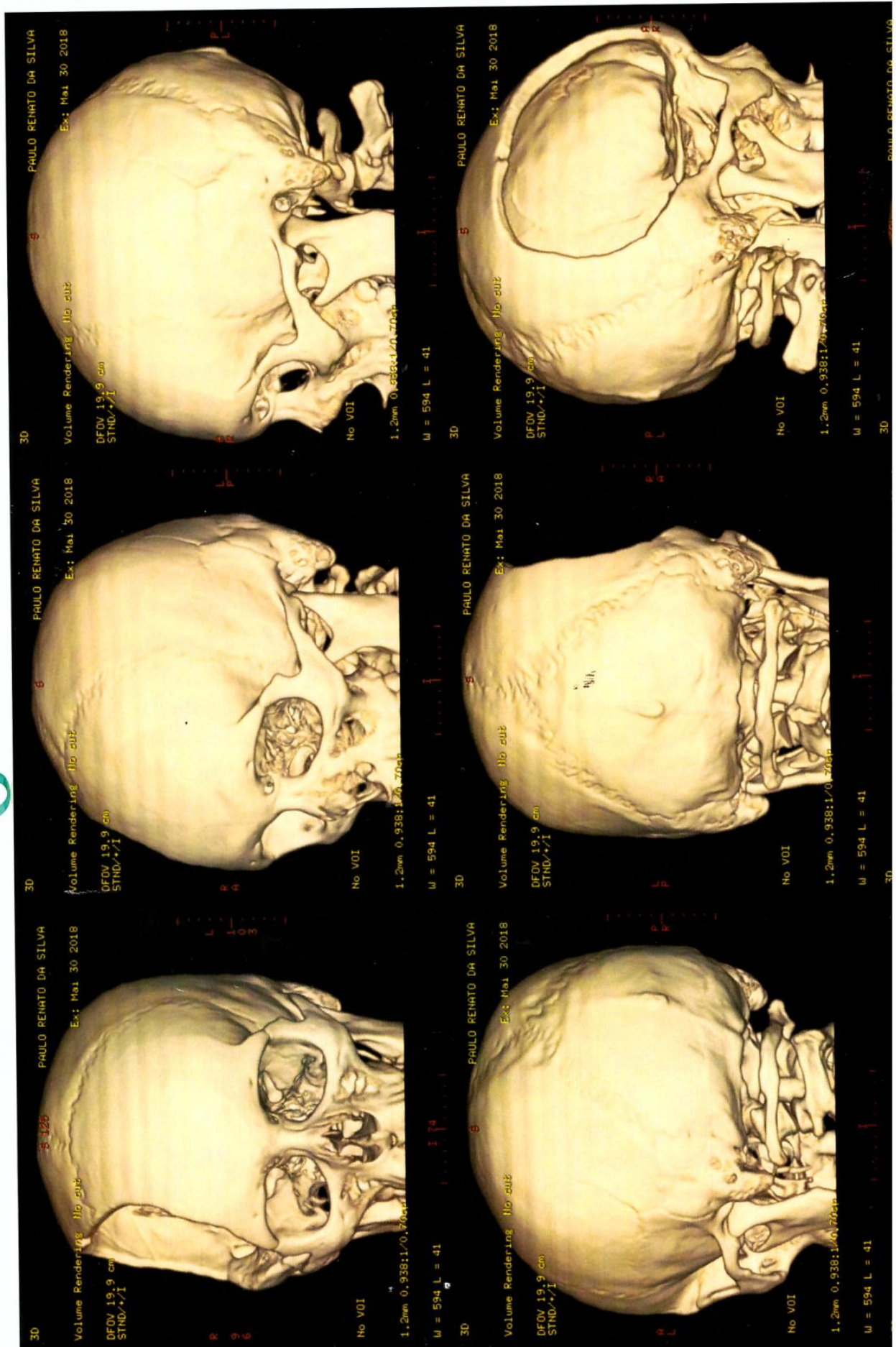


MANOEL LOURENÇO LIMA NETO

CRM: 6982

Av. Dr. João Marcelino, 429 | CEP: 59.611-200 | Centro | Mossoró/RN | Tel.: (84) 3323-8550









**INSTITUTO**  
**WILSON ROSADO**  
MEDICINA AVANÇADA

PACIENTE: PAULO RENATO DA SILVA

DATA: 20/07/2018

CÓDIGO :111223

MÉDICO SOLICITANTE: ZIRALDO G.H.MELO

CONVÊNIO: SUS - HWR

### **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRANIOENCEFÁLICA**

#### **COMENTÁRIOS:**

- Realizado estudo tomográfico computadorizado helicoidal multislice com cortes no plano axial, sem a utilização do meio de contraste iodado IV.

#### **Os seguintes aspectos foram observados:**

- Espessamento e densificação das partes moles extracranianas do hemicrânio à direita, com níveis gasosos de permeio, de aspecto pós-cirúrgico.
- Extensa craniectomia fronto-temporo-parietal direita com coleção heterogênea com conteúdo gasoso e material denso (hemático/hemostático) extra-axial subjacente à craniotomia, medindo até 0,5 cm de espessura, delimitada profundamente por membrana espessada e hiperatenuante.
- Zona hipodensa córtico-subcortical frontotemporal à direita, com aspecto retrátil, determinando alargamento de sulcos corticais regionais e da fissura sylviana adjacente.
- Área hipodensa nos núcleos da base à esquerda, com limites parcialmente definidos, perda tecidual e ampliação dos espaços líquóricos adjacentes, sugerindo área sequelar isquêmica antiga.
- Formação ovalada espontaneamente hiperatenuante no sulco lateral (fissura de Silvio) à esquerda, medindo 1,0 cm, sem efeito expansivo, admitindo como diferencial pequeno cavernoma, não se podendo afastar componente hemorrágico.
- Sistema ventricular de morfologia, situação e dimensões normais.
- Restante das substâncias branca e cinzenta com coeficientes de atenuação normais.
- Demais sulcos corticais, fissuras e cisternas com aspecto anatômico.

#### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

- Pós-operatório de craniotomia frontotemporoparietal à direita, com extensa zona de encefalomalácia/gliose sequelar frontotemporal à direita.
- Zona de perda tecidual no núcleo lentiforme à esquerda, sugestiva de sequela de insulto isquêmico antigo.
- Formação ovalada na fissura sylviana esquerda que pode corresponder a pequeno cavernoma, não se podendo afastar conteúdo hemático.

MANOEL LOURENÇO LIMA NETO

CRM: 6982

Av. Dr. João Marcelino, 429 | CEP: 59.611-200 | Centro | Mossoró/RN | Tel.: (84) 3323-8550



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

#### DADOS DO PACIENTE

Nome: PAULO RENATO DA SILVA

Data Nasc: 16/02/98

Convenio: SOCIO

Solicitante:

Atendimento: 30/05/2018

Idade: 20 Anos Registro: 1886207

RG / OS nº 103376

Realização Exame: 30/05/2018

#### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

**TÉCNICA:** Exame realizado em tomógrafo multi-slice de 16 canais, com aquisições axiais de 1,25 mm na fossa posterior e supra-tentorial.

#### **RELATÓRIO:**

Craniectomia temporo-fronto-parietal direita, associado à área hipodensa córtico-subcortical do parênquima adjacente.

Pequena área hipodensa cápsulo-nuclear esquerda.

O parênquima cerebelar apresenta coeficientes de atenuação preservados.

Os ventrículos laterais e terceiro ventrículo tem forma, posição e dimensões normais para a faixa etária.

As cisternas encefálicas e os sulcos corticais são normais para a faixa etária.

Não há evidências de coleções extra-axiais ou lesões ósseas.

Estruturas da linha média de situação normal.

#### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

# Craniectomia temporo-fronto-parietal direita, associado à área hipodensa córtico-subcortical do parênquima adjacente, podendo corresponder à área de encefalomalácia.

# Pequena área hipodensa cápsulo-nuclear esquerda: cisto?

Dra. LETICIA CAVINATO DO LAGO  
CRM - RN 5451

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 a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou realização de novos exames.



DR. ANDRÉ LIMA BATISTA  
NEUROCIRURGIA/NEURORRADIOLOGIA INTERVENCIONISTA  
CRM 4119  
PROFESSOR DE MEDICINA - UERN

ATESTADO MÉDICO

Para: PAULO RENATO DA SILVA

Paciente submetido a neurocirurgia de emergência, pós trauma craniano.

Permaneceu hospitalizado de 10 a 26/4/18.

Está em recuperação pós-operatória.

Necessita afastamento de suas atividades laborais, por período mínimo de 90 (noventa) dias para adequada reabilitação e tratamento pós-operatório.

CID: S06.2

Mossoró, 09/05/18

  
ANDRÉ LIMA BATISTA  
CRM 4119

EURO CLÍNICA Rua Joaquim Fabrício, 239 – Petrópolis, Natal/RN – (84) 3202-2040  
OSPITAL WILSON ROSADO Rua Dr. João Marcelino, 429 – Mossoró/RN – (84) 98809-4233





**Paciente:** Paulo Renato Da Silva  
**Sexo:** masculino **Data Nasc:** 16/02/1998  
**Data do Exame:** 09/05/2018

## **RADIOGRAFIA DO OMBRO DIREITO**

- Textura óssea normal.
- Cortical óssea íntegra.
- Espaços articulares glenoumeral e acromioclavicular preservados.
- Partes moles sem alterações ao método.

## **RADIOGRAFIA DO OMBRO ESQUERDO**

- Textura óssea normal.
- Fratura no terço médio da clavícula.
- Espaços articulares glenoumeral e acromioclavicular preservados.
- Partes moles sem alterações ao método.

*Luísa de Paiva Dantas*  
**Dra. Luísa de Paiva Dantas CRM SP: 172042**

Central de Atendimento: (84) 3315-6900  
Mossoró: Juvenal Lamartine, 119 - Centro | Assu: Senador João Câmara, 508  
Natal: Presidente Médici, 256 - Igapó / Hermes da Fonseca, 958 - Tirol



RIO GRANDE DO NORTE  
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
AUTORIZAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS  
DE ALTA COMPLEXIDADE

Nº: 992018031525-4  
COMP.:06/2018  
CV: 870359

### I - IDENTIFICAÇÃO

Unid. de Origem: HOSPITAL WILSON ROSADO Mun.: MOSSORÓ  
Paciente: **PAULO RENATO DA SILVA** Sexo: M Data Nasc.: 16/02/1998 (20 anos)  
Endereço: RUA OLIVIA MARIA, 54, CASA, CENTRO - RAFAEL GODEIRO  
Telefone: 996863670 - RESIDENCIAL - CONTATO: 996289896 - CPF: 70635707497 - CNS: 165993833010005

### II - RESUMO CLÍNICO

Exames Anteriores:  
(Anexar Laudos)  
Hipót. Diagnóstica: CONTROLE POS OPERATORIO DE TCE

### III - SOLICITAÇÃO

Procedimento: [ 0206010079 ] **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO - (1)**  
Inst. Registro: BPA (INDIVIDUALIZADO); AIH (PROC. ESPECIAL);  
Data Sol.: Prof. Solic.: **ANDRE LIMA BATISTA**  
09/05/2018 CRM: - CNS: 980016276799217  
Unid. Solic.: HOSPITAL WILSON ROSADO CNES: 2371707  
Data Req.: Operador: **IRENILMA TOMAS AMARAL DO NASCIMENTO** Mat.:  
28/05/2018 Mun. Solic.: **RAFAEL GODEIRO**

### IV - AUTORIZAÇÃO

CID: **Z139 - EXAME ESPECIAL RASTR NE**  
Data Aut.: Prof. Aut.: **GLEICE FONSECA**  
28/05/2018 CRM: - CNS:

### V - ENCAMINHAMENTO/AGENDAMENTO

Encaminhado para Unidade: [ 3675580 ] LMECC  
Endereço: **RUA DONA IZAURA ROSADO, 129, ABOLICAO III - MOSSORÓ / RN**  
Telefone: 3317-0756  
Data do Exame: **08/06/2018** - Hora Agendada: **07:30**  
Obs.: **ORIENTAÇÕES - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**

VOCÊ SE SUBMETERÁ A UM EXAME NO QUE PODERÁ SER NECESSÁRIO O USO DE UMA SUBSTÂNCIA CHAMADA DE CONTRASTE IODADO. CASO VOCÊ JÁ TENHA TIDO REAÇÃO ALÉRGICA AO CONTRASTE IODADO OU MEDICAMENTOS A BASE DE IODO, OU A OUTRAS MEDICAÇÕES FAVOR AVISAR PREVIAMENTE À EQUIPE, POIS, EVENTUALMENTE, SERÁ NECESSÁRIO O USO DE MEDICAÇÃO ANTIALÉRGICA NO DIA ANTERIOR À REALIZAÇÃO DO EXAME.

→ PACIENTES QUE TIVEREM PROBLEMAS RENAI (COMO INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA), OU TODOS PACIENTES INTERNADOS DE QUALQUER IDADE, OU PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSO OU TODOS OS PACIENTES ACIMA DE 60 ANOS, DEVERÃO TRAZER EXAME DE CREATININA RECENTE DE NO MÁXIMO 3 DIAS.  
→ PACIENTES DIABÉTICOS EM USO DE MEDICAMENTOS A BASE DE METFORMINA (GLIFAGE, DIMEFOR, GLUCOFORMIN, NEOMETFORMIN, TEUTOFORMIN, GLUCOVANCE) DEVEM SUSPENDER O USO DESTES MEDICAMENTOS 2 DIAS ANTES E 2 DIAS APÓS A REALIZAÇÃO DO EXAME.  
→ PACIENTES ASMÁTICOS EM USO DE "BOMBINHAS" AVISAR A EQUIPE PREVIAMENTE, POIS SERÁ NECESSÁRIA O USO DE MEDICAÇÃO NO DIA ANTERIOR À REALIZAÇÃO DO EXAME.  
→ PACIENTES EM USO DE TRAQUEOSTOMIA DE METAL AVISAR EQUIPE PREVIAMENTE PARA AGENDAR A TROCA.  
→ SE HOUVER SUSPEITA DE GRAVIDEZ O EXAME NÃO DEVERÁ SER REALIZADO.  
→ AOS EXAMES COM USO DE CONTRASTE: JEJUM DE 4 HORAS.  
→ OBRIGATORIAMENTE TRAZER: SOLICITAÇÃO DO EXAME ORIGINAL E A XEROX DO: RG; CPF; CARTÃO SUS E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA.  
→ CASO TENHA EXAMES ANTERIORES RELACIONADOS À REGIÃO A SER EXAMINADA PEDIMOS A GENTILEZA DE TRAZÊ-LOS. (IMAGEM + LAUDO + CD).  
EM CASO DE DÚVIDAS, SINTA-SE À VONTADE PARA FALAR COM NOSSA EQUIPE. ESTAMOS À DISPOSIÇÃO PARA QUALQUER ESCLARECIMENTO.

→ END. PRAÇA CONEGO ESTEVAM DANTAS, NUM.: 238. (ANTIGA CASA DE SAÚDE SANTA LUZIA).  
TELEFONE: 3316-0452

OBS.: NÃO PAGUE NENHUM VALOR POR ESTA GUIA.  
ESTA GUIA TERÁ VALIDADE SOMENTE DENTRO DO MÊS



DR. ANDRÉ LIMA BATISTA  
NEUROCIRURGIA / NEURORRADIOLOGIA INTERVENCIONISTA  
CRM 4119  
PROFESSOR DE MEDICINA - UERN

Para: PAULO RENATO DA SILVA

## SOLICITO

1. TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM CONTRASTE

Indicação: Controle pós-operatório de TCE

\*Realizar após 26/5/18

Mossoró, 09/05/18

ANDRÉ LIMA BATISTA  
Neurocirurgião  
CRM 4119

NEURO CLÍNICA Rua Joaquim Fabricio, 239 – Petrópolis, Natal/RN – (84) 3202.2040  
HOSPITAL WILSON ROSADO Rua Dr. João M. -



AO  = PESSOA MENOR

Secretaria Municipal de Saúde

**RECEITUÁRIO**

Paulo RENO da Silva

Atestado Médico

Prezente VAMOS DE ACIDENTES DE  
MOVA, em . 09/04/18, tendo TCE  
+ FRATURA DE CLAVÍCULA + ESCORRH  
GÔE, FOI SUBMETIDO À NEURO  
CIRURGIA, CRANEOTOMIA DE OSSO  
TEMPORAL BULBATO. BEM, VIGIL,  
CONSCIENTE E ORIENTADO, COM  
EPISÓDIOS DE CEFALÉIA E  
FATIGA. À CRATERIA DA  
PERICIA MÉDICA E AUXÍLIO OU  
BENEFÍCIO

Rafael Godeiro, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Dr. Carlos Antonio de S. Dantas  
MÉDICO  
CRM: RN-8844 PB-9764  
MÉDICO 30660 4148 5135  
CRM



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

V/ Paulo Ruelto de Silve

Soluto:

- ① BERA
- ② DEA
- ③ Audio tal e qual

IC - Análise pós TLE

Data: 25/06/18

Dra. Olívia de Araújo Paula  
Otorrinolaringologista  
Médica do Trabalho  
CRM 2.498

Assinatura e Carimbo

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



**INSTITUTO**  
WILSON ROSADO  
MEDICINA AVANÇADA

999372199

bléreis

P/ Paulo Silva

AC ORL

Atenção à (E) pós TC Gmme.

24

Data: 06/06/18

Av. Dr. João Marcelino, 429 | CEP: 59.611-200 | Centro | Mossoró/RN | Tel.: (84) 3323-8550





PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ  
SECRETARIA DA FAZENDA  
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Nº da Nota 000014517	Nº da Substituída
Data/Hora de Emissão 06/06/2018 às 10:52:39	Competência JUN/2018
Código de Verificação XIZC54139	Data Prest. de Serviço 06/06/2018

#### PRESTADOR DE SERVIÇOS

**CNPJ:** 40.996.860/0001-41 **Inscrição Municipal:** 000.326-3  
**Razão Social:** CLINICA OITAVA ROSADO LTDA  
**Endereço:** RUA JUVENAL LAMARTINE, 119, 59600-155, CENTRO  
**Município:** Mossoró **UF:** RN  
**Telefone:** (84)33174688 **E-mail:** sped01@acaocontabilidade.com.br

#### TOMADOR DE SERVIÇOS

**Nome/Razão Social:** PAULO RENATO DA SILVA  
**CPF/CNPJ:** 706.357.074-97 **Inscrição Municipal:**  
**Endereço:** RUA OLIVIA MARIA DA CONCEIÇÃO, 54, 59740-000, RUA NOVA  
**Município:** RAFAEL GODEIRO **UF:** RIO GRANDE DO NORTE  
**Telefone:** 0000000000 **E-mail:**

#### SERVIÇOS

4.03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT.	VLR. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRANIO	1,00	300,00	300,00
2	RAIO X CLAVICULA DIREITA/ESQUERDA.	2,00	25,00	50,00

VALOR TOTAL DA NFS-e R\$: 350,00

Deduções (R\$) 0,00	Base Cálculo (R\$) 350,00	Alíquota (%) 5,00	Valor do ISS (R\$) 17,50	Outras Retenções (R\$) 0,00
INSS (R\$) 0,00	IRPJ (R\$) 0,00	CSLL (R\$) 0,00	COFINS (R\$) 0,00	PIS/PASEP (R\$) 0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES



**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 com 16 ou 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

706.357.074-97

Nome completo da vítima

Paulo Renato da Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Paulo Renato da Silva		CPF titular da conta 706.357.074-97	Profissão Agricultor
Endereço RUA OLÍVIA MARIA DA CONCEIÇÃO		Número 54	Complemento
Bairro CENTRO	Cidade RAFAEL GOMES	Estado RN	CEP 59.740-000
Email		Telefone (DDD)	

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**

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
<b>BANCO</b> Nome: Banco do Brasil NRO: 001		<b>BANCO</b> Nome: Banco do Brasil NRO: 001	
<b>AGÊNCIA</b> NRO: 1365 D/V: X	<b>AGÊNCIA</b> NRO: 27.787 D/V: 8	<b>AGÊNCIA</b> NRO: 1365 D/V: X	<b>AGÊNCIA</b> NRO: 27.787 D/V: 8

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.

Rafael Gomes - RN, 24 de Setembro de 2018  
Local e Data

Paulo Renato da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Ruziel Robson Gomes de Almeida  
TABELÃO E OFICIAL SUBSTITUTO  
CPF: 068.463.324-99

RECONHEÇO a(s) firma(s):  
Paulo Renato da Silva

Ruziel Robson Gomes de Almeida

Ruziel Robson Gomes de Almeida

Ruziel Robson Gomes de Almeida

Ruziel Robson Gomes de Almeida

Ruziel Robson Gomes de Almeida

Ruziel Robson Gomes de Almeida

Ruziel Robson Gomes de Almeida

Ruziel Robson Gomes de Almeida



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

Paulo Renato da Silva

CPF da Vítima

706.357.074-97

Data do Acidente

09/04/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:**

- ☒ 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.

Local e Data

Rafael GORENO, 24 de SETEMBRO de 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DALI.001 V001/2017



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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 \_\_\_\_\_ inscrito (a) no CPF/CNPJ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário \_\_\_\_\_ inscrito  
(a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, do sinistro de DPVAT cobertura \_\_\_\_\_ da Vítima  
\_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, conforme

determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: AGRICULTOR Renda: SEM 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 <u>RUA OLÍVIA MARIA DA CONCEIÇÃO</u>		Número <u>54</u>	Complemento <u>-</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>RAFAEL GODEIRO</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59.740-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD) <u>0</u>	Telefone celular (DDD) <u>(84) 99867.6537</u>	

RAFAEL GODEIRO - RN, 24 de SETEMBRO de 2018  
Local e Data

CARTÓRIO ÚNICO  
JUDICIÁRIO

Paulo Renato da Silva  
Assinatura do Declarante

UNICO OFICIO DE NOTAS  
Av. Benedito Julliano de Medeiros, 17  
Centro - CEP: 59740-000  
Rafael Godeiro - RN

Ruziel Robson Gomes de Almeida  
TABELÃO E OFICIAL SUBSTITUTO  
CPF: 068.463.124-89  
RECONHEÇO a(s) firma(s): Paulo Renato da Silva  
FIRMA 1

DLDR.L001 V001/2017

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: PAULO RENATO DA SILVA  
Nº Sinistro: 3180477832  
Vitima: PAULO RENATO DA SILVA  
Data do Acidente: 09/04/2018  
Cobertura: DAMS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180477832**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13515602

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **PAULO RENATO DA SILVA**  
Nº Sinistro: **3180477848**  
Vitima: **PAULO RENATO DA SILVA**  
Data do Acidente: **09/04/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: **EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180477848**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13509531





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Vara Única da Comarca de Almino Afonso  
Rua Antônio Joaquim, 184, Centro, ALMINO AFONSO - RN - CEP: 59760-000

Processo: 0800160-51.2018.8.20.5135

Ação: PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: PAULO RENATO DA SILVA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

**DESPACHO**

1. Recebo a inicial e defiro o pedido de gratuidade de justiça.

2. Com o advento do Novo Código de Processo Civil, a audiência de conciliação/mediação passou a constituir regra em todos os processos, ressalvadas pontuais exceções (CPC, art. 334, §4º). Essa mudança se coaduna com o espírito não litigioso do novo diploma processual, que dá ênfase à solução pacífica do processo como o melhor caminho para ambas as partes, sem contar na busca pela rápida solução do problema, máxima do princípio constitucional da celeridade processual (CF, art. 5º, LXXVIII).

3. A par das exceções legais, existem casos em que a audiência de conciliação se mostra completamente inútil antes da realização de perícia, eis que o objeto da lide vem a ser delimitado somente após a produção dessa prova. Ou seja, as partes não possuem conhecimento da abrangência do objeto, dificultando e até mesmo impossibilitando a realização de acordo nesse primeiro momento.

4. Diante desse contexto, a melhor solução é postergar a audiência conciliatória, evitando o trabalho inútil do Juízo. Inclusive, esse posicionamento, antes de contrário ao princípio da celeridade processual, vem ao seu encontro, tendo em vista que as partes e o Juízo somente serão chamados para uma conciliação quando a causa se apresentar mais madura e em momento apto a permitir a conciliação/mediação.

5. Sendo assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação.

6. **Cite-se** a parte ré para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos deduzidos na inicial.

7. Após, **intime-se** a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar manifestação, caso queira, acerca da contestação, inclusive sobre as provas relacionadas a eventuais questões incidentais.

8. Verificada a necessidade de perícia médica, nomeio o Sr. FÁBIO GONDIM NEPOMUCENO, Médico Ortopedista, inscrito no CRM/RN n. 5.429, para exercer a função de perito nos autos do presente feito, fixando desde logo os honorários no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), nos termos do Convênio n. 001/2013, firmado pelo TJ/RN e a Seguradora Líder dos Consórcios de DPVAT S/A, mediante termo de compromisso, devendo o profissional cumprir escrupulosamente o encargo, nos termos do disposto no art. 466 do Código de Processo Civil.

9. Formulo os seguintes quesitos:

- 1 - Quais as lesões sofridas pelo autor?
- 2 - As lesões decorreram de acidente de veículo?
- 3 - Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente?
- 4 - Totalmente ou em parte?
- 5 - Em que percentual?
- 6 - Das lesões resulta incapacidade para o trabalho?
- 7 - A incapacidade é temporária ou permanente?
- 8 - Das lesões resultam redução da capacidade laboral?
- 9 - A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta?
- 10 - No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão para a capacitação laborativa é intensa, média, leve ou residual (mais leve)?

10. **Intime-se** o perito para ciência, no prazo de 05 (cinco) dias;

11. **Intimem-se** as partes para, no prazo de 15 (quinze) dias, indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este Juízo.

12. Após apresentado o laudo, **intimem-se** as partes para, no prazo comum de 15 (quinze) dias, se pronunciarem sobre o referido documento. Na mesma oportunidade, intime-se a parte ré para, também no prazo de 15 (quinze) dias, depositar em conta judicial o valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), correspondente aos honorários periciais.

13. Realizado o depósito dos honorários periciais, expeça-se alvará para levantamento.

14. Em seguida, designe-se audiência de conciliação a ser realizada por um dos conciliadores deste Juízo.

15. Finalmente, não havendo acordo, intinem-se as partes para informarem, no prazo de 10 (dez) dias, se pretendem produzir outras provas. Salientando-se que o silêncio importará no julgamento antecipado do mérito.

P. I. C.

ALMINO AFONSO/RN, data do sistema.

LARISSA ALMEIDA NASCIMENTO

Juíza de Direito

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