



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
<b>PAULO RENATO DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>ANTONIO CARLOS DANTAS (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34670 426	13/11/2018 09:18	<a href="#"><u>2. PROCURAÇÃO E DECLARAÇÃO DE POBREZA</u></a>	Procuração
34670 439	13/11/2018 09:18	<a href="#"><u>3. DOCUMENTOS PESSOAIS E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA</u></a>	Outros documentos
34670 459	13/11/2018 09:18	<a href="#"><u>4. B.O - ACIDENTE DE TRÂNSITO</u></a>	Outros documentos
34670 481	13/11/2018 09:18	<a href="#"><u>5. DOCUMENTOS HOSPITALARES</u></a>	Outros documentos
34670 491	13/11/2018 09:18	<a href="#"><u>6. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRANIOENCEFÁLICA</u></a>	Outros documentos
34670 503	13/11/2018 09:18	<a href="#"><u>7. EXAMES E OUTROS DOCUMENTOS REALACIONADOS</u></a>	Outros documentos
34670 573	13/11/2018 09:18	<a href="#"><u>8. OUTROS DOCUMENTOS EXIGIDOS PELA SEGURADORA</u></a>	Outros documentos
34670 520	13/11/2018 09:18	<a href="#"><u>9. CARTAS SOLICITANDO DOCUMENTOS PROTELATÓRIOS</u></a>	Outros documentos
39120 098	13/02/2019 16:42	<a href="#"><u>Despacho</u></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

PAULO RENATO DA SILVA  
CPF nº 706.357.074-97  
Outorgante

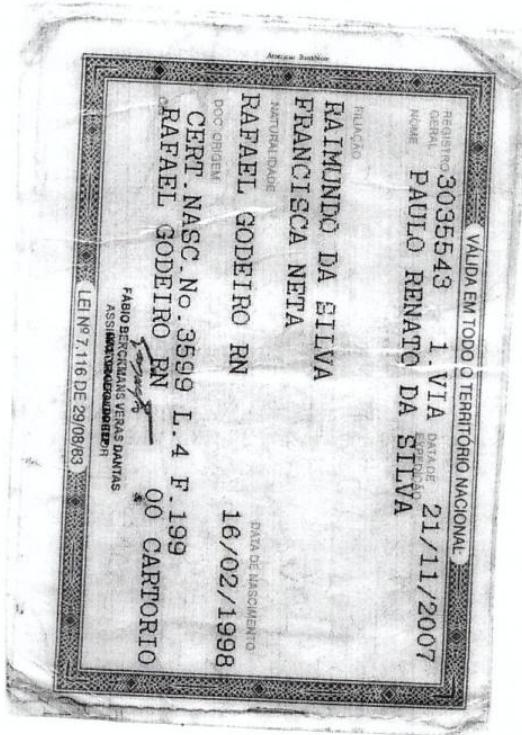
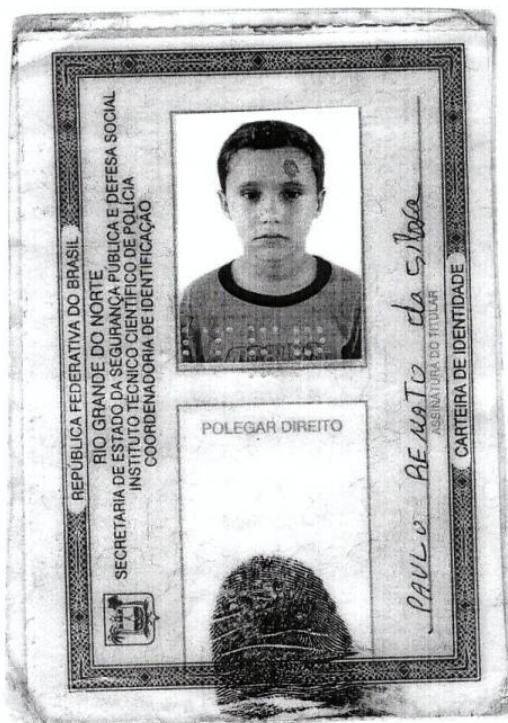
## DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

**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



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

**cosern**  
neoenergia

**DADOS DO CLIENTE**  
RAIMUNDO DA SILVA

**COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE**  
Rua Marmoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055198-0 | www.cosern.com.br

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
RUA OLÍVIA MARIA DA CONCEIÇÃO 54

CPF: 704.235.384-82

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
009879980	UNICA	18/07/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
19/07/2018	3000688030	1564519

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

**DESCRIPÇÃO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	159.000000	0,83686578	101,22
Acréscimo Bandeira 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

**TOTAL DA FATURA** 125,21

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
C617215		19-06-2018	27 470,00	18-07-2018	27 637,00	29	1,00000		159,00

**HISTÓRICO DE CONSUMO MÊS ANTERIOR**

MES/ANO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
JUL18	159		
JUN18	193	ICMS	111,74 18,00 20,11
MAI18	166	PIS	111,74 1,15 1,28
ABR18	136	COFINS	111,74 5,33 5,95
MAR18	150		
FEV18	152		
JAN18	150		
NOV17	146		
OUT17	137		
SET17	164		
AGO17	140		
JUL17	133		

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

Descrição da Energia	R\$	%
Transmissão	8,04	6,51%
Distribuição (Cosern)	23,87	21,36%
Perdas de Energia	6,41	5,74%
Encargos Baterias	8,72	8,01%
Tributos	27,34	24,47%
Total	111,74	100%

**DETALHAMENTO DA TABELA DE TARIFAS**

Consumo Ativo(kWh)	TARIFAS APLICADAS	VALOR TOTAL
0,48061000		

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

Peçam no posto mais perto de você ou converse com o atendente da central de atendimento ao cliente, centro marina, ou diretamente ao fornecedor de energia elétrica que atende seu bairro, centro, distrito ou município. Na internet, acesse o site [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br). O pagamento de Nota Fiscal deve ser feito somente em espécie. Na data de leitura e bandeira em vigor é o Vermelho. Mais informações em [www.tst.gov.br](http://www.tst.gov.br). O cliente é compensado quando há variação no consumo devido à variação de tarifa de fornecimento. Pague em dia! Se o cliente não puder pagar a fatura, pode ser aplicada multa de 2% (dois por cento) diária (art. 10, § 3º, II, da ELEI). O cliente é compensado quando há descompenso do preço da fatura por causa de despesas de abastecimento.

**CONDICIONES GERAIS DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA**

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos e serviços, regulamentos e outras normas que sejam de interesse da concessionária estão disponíveis para consulta, em nossas unidades de atendimento ou no site [www.cosern.com.br](http://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: J2018103000029

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 09/04/2018 19:10:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Outro

2.8 Número: SN

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: PAULO RENATO DA SILVA

3.3 Nome Social: RENATO

3.5 Étnia: Branca

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 70635707497

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: AGRICULTOR

3.15 Telefone(s): 84 998676537

3.17 Número: 54

3.19 Bairro: CENTRO

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: RAFAEL GODEIRO

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)**

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

1.2 Data de Expedição: 15/08/2018 10:46:26

1.4 Ligou CIOSP: Não

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RN-074

2.9 CEP: 59.740-000

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: RAFAEL GODEIRO

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: RAIMUNDO DA SILVA

3.6 Mãe: FRANCISCA NETA

3.8 Orientação Sexual: Heterossexual

3.10 Identidade de Gênero: Cisgenero

3.12 Data de Nascimento: 16/02/1998

3.14 RG: 3035543 - Itep/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: RAFAEL GODEIRO/RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA OLÍVIA MARIA DA CONCEIÇÃO

3.24 CEP: 59740000

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

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

**7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: \*\*\*\*\*25986

7.1.5 Placa: OJR0774

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2013

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: FRANCISCO MARCELO DE LIMA SILVA

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam: 00531943194

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.8 Modelo: NXR150 BROS ES

7.1.10 Ano de Fabricação: 2013

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

**8. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**9. DOS FATOS**

**9.1 Histórico**

O COMUNICANTE 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 CONFIOU A MOTOCICLETA. O COMUNICANTE SE RESPONSABILIZA CRIMINALMENTE PELO TEOR DE SUAS DECLARAÇÕES.

**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



REGISTRO N°  
8.771/2018

### PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome:	PAULO RENATO DIT SILVA	D.N.	16/02/98	Idade:	
Profissão:		Cartão SUS n°			
Endereço:	Rua: MARIA OLÍVIA DA CONCEIÇÃO	Bairro:			
Cidade:	RJAFAC GODEIRO	U.F.	RJ	Fone:	
Filiação:	Mãe: FRANCISCA METI	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 foi trazido ao pronto-socorro sem o protocolo de SAMU com motocicleta em ambulância e encarcerado. paciente veio sem monitoração e com uma câmila de Guedel introduzida de maneira incorreta. O mesmo foi regulado na cidade de Royal (Godeiro - RN). Ele possuía 02 segundas avaliação do médico assistente de lá: Glargou 11. Foi feito la 2 acessos periféricos, SF 0,9%, 1000ml EV, SRS 500ml e ceftriaxona 2g EV. Te Decadion.

#### 2 - EXAME FÍSICO

A- Via aéria com presença de sangue, cervicalgia não pode ser avaliada.  
B- UV® em ATT, em apneia e bate, sem ruídos aduvitícios.  
C- hemodinâmico normal, FC = 111, sat O<sub>2</sub> = 96%, PA = 130x10  
D- Glargou 7, pupilas reagente (à direita), à esquerda não pode ser avaliada.  
E- Hemotoma periorbital à esquerda, otorragia à esquerda extirpado em MMS3 e MUII, perdida com perda de Aumento de humor em zonulolateral esquerdo.

Tórax: Determinado em clavícula esquerda, sem engesmo subcutâneo, tórax com estabilização presente.

Abdome:

Pélvis: Estável e indolor à compressão latero-lateral.

#### 3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

- TCF Graue
- Fratura de clavícula

HOSPITAL REGIONAL  
ESTADUAL TARCÍSIO DE  
VASCONCELOS MAIA

DATA: 09/04/2018

03/05/2018

BIN



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 8771 /2018

Admissão: 19/04/2018 10:04:25

## CIRURGIA GERAL -

Paciente: 8237 - PAULO RENATO DA SILVA (40 a 1 m 23 d.)

Nascimento: 16/02/1988 Natural: RAFAEL GODEIRO.BRASIL

CNS: 704002815688465

Sexo: M Cor: PARDA

CPF: 70635707497

Prof.

Mãe: FRANCISCA NETA

Pai: RAIMUNDO DA SILVA

Mac. FRANCISCA NEIA  
Logradouro: MARIA OLIVIA DA CONCEICAO

Bairro: RUA AFONSO GODEIRO

CEP: 59740000 Bairro  
Telefone: 84 98387875 84 98387876

Cidade: RAFAEL GODEIRO

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

Tipo: REGULADO

**Origem: AMBULÂNCIA OUTRO**

Hipo. RE  
\*Empresa

## HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

#### **Queixas:**

**Horas:** : :

HOSPITAL DE SANTA MARIA  
ESTA CONFORME CON  
SANEAMENTO 03.05.2018  
SALVADOR BORGES

### Diagn. Inicial:

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

( ) Alta por decisão médica, ( ) Internação, ( ) Enc. entre os serviços, Data: / /18, Hr: : Ass. Médico:

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



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

30/07/58

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H. R. T. M

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H. R. T. M

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Carlo Renato da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7014101028115618814615

8 - DATA DE NASCIMENTO

16/02/98

9 - SEXO

Masc. [ ]

Fem. [ ]

10 - RAÇA/COR

[ ]

11 - NOME DA MÃE

Francisca Metta

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Olinda Maria da Conceição

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rafael Gódeiro

### JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Vítima de acidente automobilístico há horas.  
Glossolalia na orofaringe sem infecção.  
AO exame: Anoxia (DSE), seio

Dr. Thiago Lypio Teixeira  
Neurocirurgião  
CRM-SP 159.207

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TCE grave

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

CT (crânio) H2O fronto-temporal com edema cerebral = 7mm

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Hemorragia subaracnóidea

24 - CID 10 PRINCIPAL

S06.2

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Hemorrágia cerebral

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04030110020

29 - CLÍNICA

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)

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTONÔMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

54 - NOME MOSSORÓ 03.05.2018

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

/ /

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

55 - NOME APENAVI



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

BOLETIM OPERATÓRIO

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

Diagnóstico pré-operatório: Hematomia Subgaleal Agudo

Indicação terapêutica: Hipertensão Intracraniana

INTERVENÇÃO

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

Operador Dr. Thiago Teixeira Lymo TE-06139

1º Auxiliar: \_\_\_\_\_

2º Auxiliar: \_\_\_\_\_

3º Auxiliar: \_\_\_\_\_

Instrumentador: Suzan

Anestesista: Dr. João Mendes

Dr. Thiago Lyrto Teixeira  
Neurocirurgião  
CRM-SP 159.267

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTA CONFORME A ORIGEM  
SAMM MOSSORÓ 03052018

SANLARQ/UNIV. BIM

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 subgaleal em "Z" abrindo ampla a P.R.G.R.

(2) Destalado tecido ósseo da ossificação rugosa

(3) Destalado músculo temporal do crânio

(4) Hemostasia frontal-temporal-parietal ampla a profunda

(5) Drenagem com lámina n. 05

(6) Drenagem de subgaleal Águila

(7) Duroplastia de dura-máter com Peacock

(8) P.R.G.R. subgaleal + Sutura da ferida profunda

(9) Incisão transversal para umbral a P.R.G.R.

(10) Alívio de óssea craniana em relação estrutural problema

## GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

IDADE: 20 ANOS

NOME: PAULO RENATO DA SILVA  
LEITO: 206-01

ADMISSÃO: 10/04/2018

EVOLUÇÃO: 26/04/2018

## HD: TCE + CRANIECTOMIA DESCOMPRENSIVA

**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 evacuatorias 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 ipm 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 OCCLUSIVO	
14	SSVV + CCGG	
15	ALTA HOSPITALAR	
16		

Lenilda Marinho de S. Filho  
MÉDICO  
CRM-RN 4476

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 0305/2018

SAME ARQUIVO

**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	50 20 30 40 50 60
3.	Ranitidina 50 mg 8/8h EV	50 10 25 06
3.	Dipirona 1g EV, 6/6h, se febre	50
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	01/10/18
7.	Oxacilina 500mg 6/6h, EV - Manter por 24h	01/10/18 22:04
8.	Cabeceira elevada 30°	OK
9.	HGT 6/6h + insulina regular conforme protocolo	01-10/18 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 A ORIGEM SAMM MOSSORÓ 03/05/2018 RJW

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 gasosas 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 liquóricos 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.



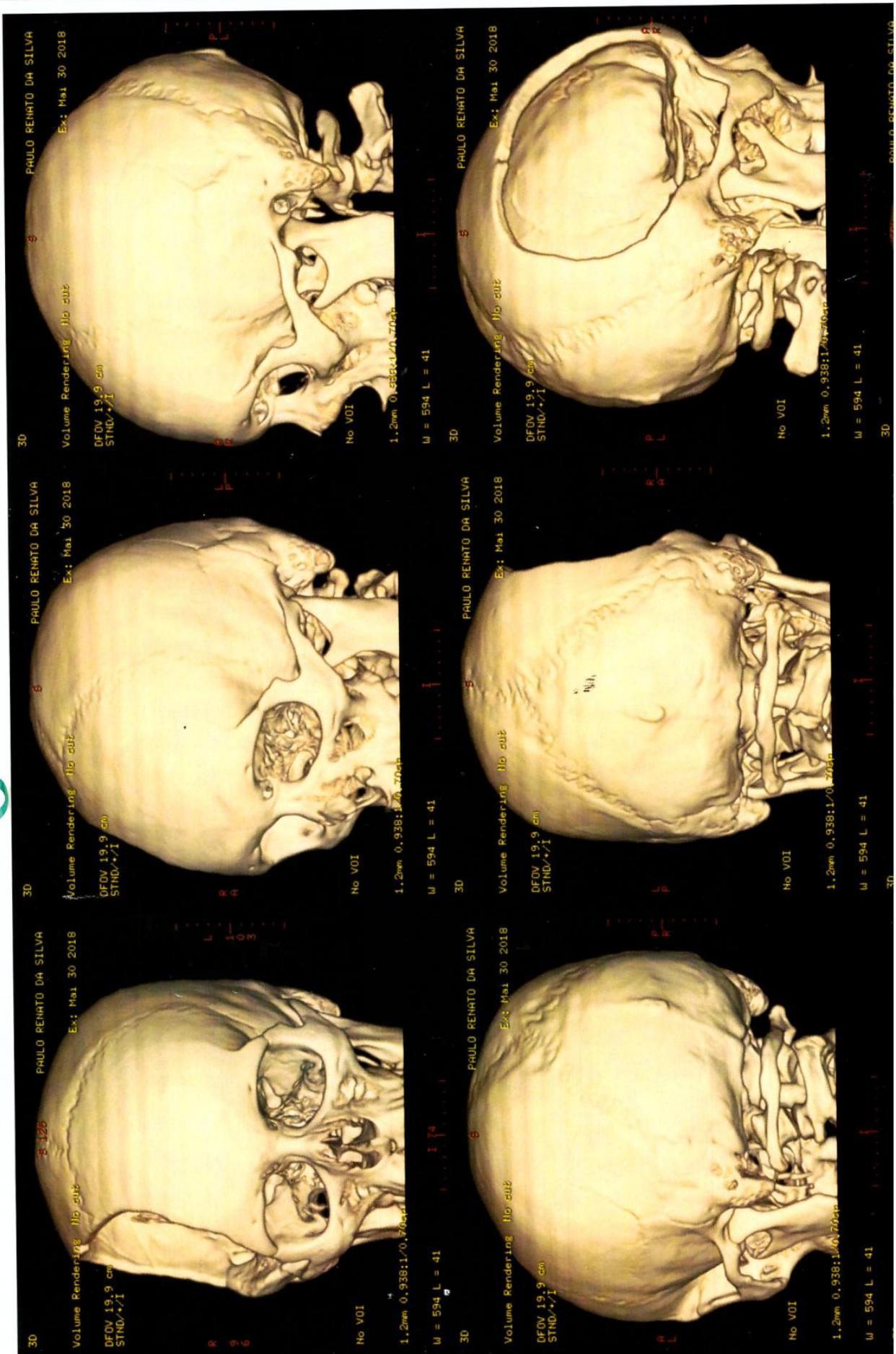
MANOEL LOURENÇO LIMA NETO

CRM: 6982

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



**CLÍNICA  
OITAVA ROSADO**





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 hemicrâneo à direita, com níveis gasosas 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 líquoricos 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 encefalomácia/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 encefalomalácea.

# 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/NEURORADIOLOGIA 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 glenoumral e acromioclavicular preservados.
- Partes moles sem alterações ao método.

## RADIOGRAFIA DO OMBRO ESQUERDO

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

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

Central de Atendimento: (84) 3315-6900  
Mossoró: Juvenal Lamartine, 119 - Centro | Assu: Senador João Câmara, 518  
Natal: Presidente Médici, 256 - Igapó / Hermes da Fonseca, 958 - Tirol

1/1



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 CNES: 2371707  
09/05/2018 CRM: - CNS: 980016276799217 Mat.:  
Unid. Solic.: HOSPITAL WILSON ROSADO  
Data Req.: Operador: IRENILMA TOMAS AMARAL DO NASCIMENTO  
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 RENAS (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 DESTE MEDICAMENTO 2 DIAS ANTES E 2 DIAS APÓS A REALIZAÇÃO DO EXAME.

→ PACIENTES ASMÁTICOS EM USO DE "BOMBINHAS" AVISAR A EQUIPE PREVIAMENTE, POIS SERÁ NECESSÁRIA USO DE MEDICAÇÃO NO DIA ANTERIOR À REALIZAÇÃO DO EXAME.

→ PACIENTES EM USO DE TRAQUEOSTOMO 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 TRAZÉ-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 Fabrício, 239 – Petrópolis, Natal/RN – (84) 3202.2040  
HOSPITAL WILSON ROSADO Rua Dr. João ...

AC  Rafael Godeiro

Secretaria Municipal de Saúde

**RECEITUÁRIO**

Paolo Renato 81 8105

PALESTRA MÉDICO

Paciente vítima de acidente de  
trânsito, em 09/04/18, feriu TCE  
+ FRATURA DE CLAVÍCULA + ESCOFLA  
GÓGI, foi submetido à NEURO  
CIRURGIA, CRANEOOTOMIA DE OSTE  
TEMPORAL DIREITO. BLS, VIGI,  
CONSCIENTE E ORIENTADO, COM  
EPISCÓTOS DE CERTEZA E  
INTACTA. À CRASERFO PES  
PERSONA MEDICA P. ALVAREZ OU  
BRAZIL

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

Dr. Carlos Antonio da S. Nunes de \_\_\_\_\_  
MÉDICO  
CRM: RN-4944 PB-6764  
MEDECO 0300604148 5135  
CRM



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Paulo Ruiro de Silveira

Solicito:

- ① BENG
- ② DEDA
- ③ Audíofone e Vassoura

IC - Vai pra esfera pós TCE

Data: 25/06/18

Dra. Oliveira de Araújo Paula  
Otorrinolaringologista  
Médico 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

999342199

b líbris

P/ PAULO SIRNA

A ORL

ANEXADA (E) PÓS TCE GRANDE.

Data: 06/01/18

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	DESCRÍÇÃO	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	Aliquota (%) 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 (verifique).

**É obrigatório Representante Legal.**

**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 Nome completo da vítima  
706.357.074-97 PAULO RENATO DA SILVA

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

Nome completo <b>Paulo Renato da Silva</b>	CPF titular da conta <b>706.357.074-97</b>	Profissão <b>AGRICULTOR</b>
Endereço <b>RUA OLÍVIA MARIA DA CONCEIÇÃO</b>	Número <b>59</b>	Complemento <b>-</b>
Bairro <b>CENTRO</b>	Cidade <b>RAFAEL GODEIRO</b>	Estado <b>RN</b>
Email		CEP <b>59.740-000</b>
		Telefone (DDD) <b>(84)</b>

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"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<b>BANCO</b> Nome <i>Banco do Brasil</i>	
<b>AGÊNCIA</b> NRO.	D/V	<b>CONTA</b> NRO.	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Informar digito 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.

Rafael Gómez-Pu, 24 de Setembro de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

FAPPF-001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante

*Ruziel Robson Gomes de Almeida*  
TABELIÃO E OFICIAL SUBSTITUTO  
CPF: 068.463.324-89  
RECONHEÇO a(s) firma(s):



## 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

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.

CPF: 068.363.324-80  
TABELADO E OFICIAL SGS STUDIO  
Rita Moura de Melo Nunes - Oficiala  
Ruziel Person G. de Almeida - Substituto

Paulo Renato da Silva, 24 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante L

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/BIBLIOTECAWEB/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: ACRICULTOR 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	Número	Complemento
RUA OLÍVIA MARIA DA CONCEIÇÃO	54	-
Centro	RN	59.740-000
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
	9	(84) 99867.6537

Rafael Góesio RN, 24 de Setembro de 2018  
Local e Data

Rauls Renato da Silva  
Assinatura do Declarante

CERTIFICO OFICIALMENTE NOTAS  
Av. Bento Ferreira Medeiros, 17  
Centro - CEP: 59740-000  
Achel Góesio - RN

Ruziel Robson Gomes de Almeida  
TABELIÃO E OFICIAL SUBSTITUTO  
CPF: 068.463.224-89  
RECONHECO a(s) firma(s): Paulo  
Renato da Silva  
Autenticidade  
Por: Rauls Renato da Silva  
ANOREGISTRAÇÃO: Renato da Silva  
Selo de Autenticidade  
Data: 22/09/2018  
Local: Porto de Galinhas - Pernambuco  
Firma: Rauls Renato da Silva  
FIRMA 1



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 LIDER 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](http://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 LIDER 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, intimem-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)