

DECLARAÇÃO DE POBREZA.



EU, SOLON HENRIQUE FILHO, brasileiro, solteiro, motorista, portador do RG- 1.572.291/SSP/RN e do CPF-378.272.278-34, residente e domiciliado na Rua Santa Amália, S/N, Praia de Upanema, Areia Branca/RN. **DECLARO** para os devidos fins legais de direito e a quem possa interessar de acordo com o Art. 98 do CPC c/c art.5º, incisos LXXIV, que não disponho de condições econômicas suficientes para realizar o pagamento das custas processuais da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATORIO-DPVAT, em desfavor da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT, sem sacrificar o orçamento mensal, em prejuízo do sustento próprio e das pessoas sob o meu abrigo, razão pelo o qual declaro-me ser uma POBRE na forma da lei e por este motivo venho requerer a concessão dos benefícios da Justiça Gratuita.

Declaro, por fim, ser conhecedora das sanções civis, administrativas e criminais do previstas no Artigo 2º da lei 7115/83, motivo pelo qual subscrevo a presente declaração, por ser um instrumento da verdade.

Mossoró /RN, 09 de abril de 2018.

SOLON HENRIQUE FILHO



PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

Outorgante:

SOLON HENRIQUE FILHO, brasileiro, solteiro, motorista, portador do RG- 1.572.291/SSP/RN e do CPF-378.272.278-34, residente e domiciliado na Rua Santa Amália, S/N, Praia de Upanema, Areia Branca/RN.

Outorgados:

FRANCISCO LOPES DA SILVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN, sob o nº. 1935, com escritório profissional na Avenida Walter Wanderley-158, Liberdade-I, Mossoró /RN, onde recebe as intimações e avisos de estilo. E-mail: chicolopesadvogado@bol.com.br. Celular (84)99685.7958/98839.3616. e **SEBASTIÃO REGINALDO LOPES**, brasileiro, casado, advogado, OAB/RN, 7370.

Poderes:

Os contidos na cláusula “ad judicium”, para foro em geral, a fim de promover a defesa dos interesses e direitos do Outorgante, em qualquer instância ou Tribunal, requerendo e assinando o que for preciso, propondo e ou contestando, recorrendo de despachos e sentenças, variando de ação, enfim, conferindo-lhes, ainda, **PODERES ESPECIAIS** para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, reconhecer a procedência do pedido, receber valores, levantar ou receber RPV e Alvarás, assinar declaração de hipossuficiência econômica, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda, substabelecer esta a outrem, com ou sem reserva de poderes, tudo podendo fazer para o fiel cumprimento deste mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe convier, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso. Especialmente para propor **AÇÃO COMPLEMENTAÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT em face de SEGURADORA LÍDER – DPVAT**.

Mossoró /RN, 09 de abril de 2018.

Solon Henrique Filho

SOLON HENRIQUE FILHO.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO		
	NOME: JOSE HENRIQUE FILHO	
	DOCUMENTO / PROPOSTA DE: 1572291 307 10	
	CPF: 378.272.784-34 DATA DE NASCIMENTO: 21/07/1967	
	NOME: JOSE HENRIQUE DA SA	
	NOME: FRANCISCA VIRGINIA DA SA	
SEXO: M RACIA: B CÍVIL: C		
DATA DE EMISSÃO: 22/01/1962		
ASSINATURA: 		
LOCAL: BRASÍLIA, DF DATA: 17/05/2012		
NÚMERO: 629110882 DATA DE VALIDADE: 17/05/2012		
LOCAL: BRASÍLIA, DF DATA: 17/05/2012		
NÚMERO: 629110882 DATA DE VALIDADE: 17/05/2012		
LOCAL: BRASÍLIA, DF DATA: 17/05/2012		

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 10.50/20243 Nº 013101155176
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA	COD. RENAVAM	RLTRC	EXERCICIO
1	01022245101	*****	2016

ALCILENE MEIRE VENTURQUE LEITE

CPF / CNPJ	PLACA
012.593.404-14	OMF9758

PLACA ANT. FUR	CHASSI
OMF9758/RN	9C2K01680FR501664

ESPECIE	COMBUSTIVEL
PASSEIPEIRO/MOTOCICLETA	AL. FUEL - GASOL

ANO FAB	ANO MOD
2014	2015

MARCA / MODELO	COR PREDOMINANTE
HONDA / CG150 FAN ESDI	PRETA

CAP / POT / CL	CATEGORIA
OCV/149 CILINDRADAS	PARTICULAR

COTA UNICA	VENO / COTAS
1º PAGO	2º PAGO
3º PAGO	

PREMIO TARIFARIO (R\$)	KOF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
R\$ 0.00		R\$ 43.75	

*** TAXAS DETRAN: PAGO *** OBRIGACAO DE PAGAR: PAGO

OBSERVAÇÕES:
ALLEN. FTD. EM FAVOR DE: 03.614.220/0001-65
BANCO HONDA S/A
MOTOR: K01680FR501664 PARA TRANSFERENCIA

NOSSORO / RN	DATA
	03/08/2016

Sidney Bezerra de Silva
Coordenador de Registro de Veiculos
DETRAN - RN

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 013101155176 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCICIO	DATA EMISSAO
2016	03/08/2016

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	012.593.404-14	OMF9758

RENAVAM	MARCA / MODELO
01022245101	HONDA / CG150 FAN ESDI

ANO FAB	DATA DE	Nº CHASSI
2014	9	9C2K01680FR501664

PRÊMIO TARIFÁRIO	CUSTO DO SEGURO (R\$)

PN5 (R\$)	DETRAN (R\$)	KOF (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)	DATA DE QUITACAO

PAGAMENTO	PARCELADO
☐ COTA UNICA	☐

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04

AUTENTICACAO
CERTIFICADO que a presente copia
é reproducao fiel do original que me
foi apresentado dou fe.
21 AGO 2017
Mônica B. de Mendonça Fernandes - TABELA
Nacional Alvará de Cópia Fiel - SUBSTITUTO
Autenticidade e Autenticidade - SUBSTITUTO

SEGUNDO OFICIO DE NOTAS
Rua Sete de Abril, 10 - Centro
Mossoró - RN Fone: (84) 3317-4278





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

NOTA FISCAL - ORIGINAL - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Memoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20056190-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
FRANLISCO GILBERTO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
R. SANTA ANA, 1A-252

CPF: 074.357.114-20

CENTRO RECREATIVO
ASAÍLA BRANCA PM
50055-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofase

CONTA CONTRATO
7005850082
MÊS
12/2017
DATA DE VENCIMENTO
28/12/2017
DATA PRÓXIMA PREVISÃO DE VENCIMENTO
19/01/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)
73,80

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
000855192	1234	20/12/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
20/12/2017	000000000	11.053

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	110,933600	0,51724412	56,18
Acrescimo Bandeira (DEB) kWh			5,18
Contribuição Setorial, do Produto			7,50
Multa por atraso NF 000000000 - 20/12/17			1,00
Juros por atraso NF 000000000 - 20/12/17			0,53
Atualização KPM NF 000000000 - 20/12/17			0,31
TOTAL DA FATURA			73,80

RESUMATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
20120000	CAT	20-11-2017	1427,00	20-12-2017	1537,93	30	1,0000		110,93

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DESCRIÇÃO	TIPO	VALOR (R\$)	PERCENTUAL
Consumo Ativo (kWh)	BT	56,18	76,12%
Acrescimo Bandeira (DEB) kWh	BT	5,18	7,02%
Contribuição Setorial, do Produto	BT	7,50	10,18%
Multa por atraso NF 000000000 - 20/12/17	BT	1,00	1,35%
Juros por atraso NF 000000000 - 20/12/17	BT	0,53	0,72%
Atualização KPM NF 000000000 - 20/12/17	BT	0,31	0,42%
TOTAL	BT	73,80	100,00%

PERÍODO	CONSUMO (kWh)
01/12/17	110,93
02/12/17	110,93
03/12/17	110,93
04/12/17	110,93
05/12/17	110,93
06/12/17	110,93
07/12/17	110,93
08/12/17	110,93
09/12/17	110,93
10/12/17	110,93
11/12/17	110,93
12/12/17	110,93

Informações importantes:
O pagamento desta Nota Fiscal deve ser feito em dinheiro ou depósito em nome da Companhia Energética do Rio Grande do Norte. Não é possível o pagamento em cartão de crédito ou débito. O cliente é responsável por manter a conta em dia, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica. A Companhia Energética do Rio Grande do Norte não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de qualquer natureza.

Atenção: a Companhia Energética do Rio Grande do Norte não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de qualquer natureza. O cliente é responsável por manter a conta em dia, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica. A Companhia Energética do Rio Grande do Norte não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de qualquer natureza.

TIPO DE TENSÃO	VALOR A PAGAR	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
BT	0,01	10,00	30,00	120,00
PT	0,00	7,27	21,81	86,36
ET	0,00	0,00	0,00	0,00

CONTA CONTRATO 7005850082 MÊS 12/2017 DATA DE VENCIMENTO 28/12/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 73,80

83870000000-1 73800038407-2 00585008220-0 00879956313-2



Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, ALCILENE MEIRE HENRIQUE LEITE,

RG nº 002.181.851, data de expedição 29/04/2000

Órgão ITEP, portador do CPF nº 012.593.404-14, com

domicílio na cidade de MOSSORO, no Estado de

RIO GRANDE DO NORTE onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. SANTA JOANA DARC - SANTA DELMIRA, nº 3014,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima _____, cujo o condutor era

SOLON HENRIQUE FILHO.

Veículo: MOTO HONDA

Modelo: CG 150 FAN ESDI

Ano: 2014-2015

Placa: OWF-9758

Chassi: 9C2KC3680FR501664

Data do Acidente: 20-04-2017

Local e Data: AV. JOÃO MARCELINO ABOLEÇÃO II MOSSORO-RN

Alcilene Meire Henrique Leite
Assinatura do Declarante

Solon Henrique Filho
Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Edimar Vieira de Almeida
Tabelião
Endimar de Moura Vieira
Erika de Moura Vieira
Jailson Almeida
Substitutos
Cartório Vieira
1º Ofício de Notas
Rua Cel. Vieira Sobrinho, 167 - Centro - CEP: 59050-120
Reconhecido por semelhança a firma de
SOLON HENRIQUE FILHO
Dou 16. Em testemunho da verdade. Mossoró-RN, 08/12/2017 09:34:01.
[2017-008250] EMOL: R\$ 2,34 FORCPN: R\$ 0,00 FDJ: R\$ 0,00 ISS: R\$ 0,00
EDIMAR VIEIRA DE ALMEIDA - TABELIAO
Válido somente com selo de autenticidade.



Edimar Vieira de Almeida
Tabelião
Endimar de Moura Vieira
Erika de Moura Vieira
Jailson Almeida
Substitutos
Cartório Vieira
1º Ofício de Notas
Rua Cel. Vieira Sobrinho, 167 - Centro - CEP: 59050-120
Reconhecido por autenticidade a firma de
ALCILENE MEIRE HENRIQUE LEITE
Dou 16. Em testemunho da verdade. Mossoró-RN, 08/12/2017 09:32:38.
[2017-008249] EMOL: R\$ 2,34 FORCPN: R\$ 0,00 FDJ: R\$ 0,00 ISS: R\$ 0,00
EDIMAR VIEIRA DE ALMEIDA - TABELIAO
Válido somente com selo de autenticidade.

ALTA EM TODOS TERRITÓRIOS NACIONAIS

002.181.851 29/04/2000

ALCILENE MEIRE HENRIQUE LEITE

ALDEMIR LEITE DA SILVA

MARIA DO SOCORRO BEZERRA LEITE

SAD MIGUEL RN

NASCIM LA-04 F-087 RG-003135

DOUTOR SEVERIANO RN 01 CARTORIO

231100 7

JOSE GILBERTO SILVA

SUB-COORD. REGIONAL

TERR. MARACÓ, RN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO TECNICO GEN. SPICO DE POLICIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

POLEGAR DIREITO

ALCILENE MEIRE HENRIQUE LEITE

ASSINATURA DO TITULAR

15

AREIA BRANCA - RN



BOLETIM DE OCORRÊNCIA (DECLARATÓRIO) Nº 489/2017.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito (Declaratório).

LOCAL DO FATO: Avenida João Marcelino, Abolição II, Mossoró/RN.

DATA E HORA DO FATO: 20/04/2017, por volta das 08:43hs.

DECLARANTE: Solon Henrique Filho

ENDEREÇO RESIDENCIAL: Rua Santa Joana Darc 3014 Santa Delmira, Mossoró/RN.

DATA DE NASCIMENTO: 21/07/1962

DOCUMENTO: RG nº 1572291 SSP/RN

TEL: (84) 994240734

VÍTIMA: A declarante.

NOTICIADO: Motorista desconhecido de um automóvel, não tem informações.

DECLARAÇÃO DA OCORRÊNCIA

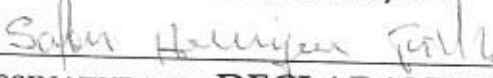
O declarante relata que na data, hora e local, acima supracitado, conduzia a moto placa OWF9758/RN, RENAVAL n° 01022245101, em nome de Alcilene Meire Henrique Leite, (Conforme documentação em anexo), quando "ele (o noticiado) bateu na minha moto, aí eu sofri uma queda"; Que foi atendido no Hospital Tarcísio Maia; **Declara que a polícia civil não compareceu ao local/dia/data/hora do presente fato ocorrido;** Que declara o registro do presente BO para fins de DPVAT; Nada mais disse.

DATA E HORÁRIO DO ASSENTAMENTO DAS DECLARAÇÕES: 05/05/2017, às 11h30min.

OBS.: Não compareceu nenhum servidor desta delegacia (2ª DP de Polícia Civil/Mossoró-RN) no local do ocorrido para constatar a veracidade das declarações prestadas.

OBS: As declarações constantes neste ato declaratório para assentamento deste **B.O. declaratório** são de inteira responsabilidade do declarante.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: Elaboração do B.O. declaratório. Não houve representação criminal ou procedimento policial/investigatório instaurado nesta 2ª DP-Mossoró/RN.


ASSINATURA DO DECLARANTE RESPONSÁVEL



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°

2.599.493

705: 700 3099 8934 2840

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: Solom Henrique Melo D. N. 21 DE 1967
Profissão: Cartão SUS n°
Endereço: Rua: JAVA JOANA DARC. SN Bairro: J. KENNEDY
Cidade: MOSSORÓ U.F. RN Fone:
Filiação: Mãe: FRANCISCA VIEIRA DO VA Pai: SOLIM HENRIQUE

Data: 20/10/17

Hora: 09:17

A.C.C.R.:

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

Paciente de 54 anos, branco, de profissão carboximato há ± 30 anos, e mesmo palatável e suave, vinde em uso de capacete, exclusi com trauma em pe D, e quite braco D ven trazido pelo SAMU em prática, a tempo requer intense do em região planta do pe I de de, outros queixas, após perda de capacete, na região de pe I de de. Requer diagnóstico de hepatite C. Nega clay

AMARELO

2 - EXAME FÍSICO

PA = 120/90 FC = 110 FR = 19 Sfo₂ = 96% ac

A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z

D = Abdomen 13

E = pe I de de aproximada 8 cm em região de pe I de de

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

Sobito, digito trauma

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SOME MOSSORÓ 20/10/17
BIAN
SOME/ARQUIVO

4 - CONDUITA MÉDICA

Data: / /

Hora: :

Debit R_x do pt D. (AP/Adg)
 Análise Antepalio

Intatis 20/04/19.

Cirurgia Geral
 CRM/RN 5362

Perito com H₂O₂ e R₂O₂ M₂O₂
 Com T₂O₂ vs T₂O₂

Re Osmo:

Com as Coxas Cordeiros Platis.

Di L₂ T₂ O₂ e S₂ O₂

H₂O₂ e, T₂O₂ Platis

5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO	VIA	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
	① Voltam 75mg, 1x ao dia	IM	09:40	Sara 42

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITI(S)

7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

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

Observações:

RCC

Rommel Vieira
 Cirurgia de Cabeça e Pescoço
 CRM/RN 5362

Data: / /

Hora:

Identificação Médica



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA



Nome: Solon Henrique Filho 54anos

CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA:

Leito: 303-6

DATA DE ADMISSÃO: 17/11/16 Procedência: Mossoró, RN

DATA	EVOLUÇÃO ORTOPEdia
27/04/17	# 7DIH: ferimento corto-contuso em pe direito Nega dor, febre e vomitos Diurese e evacuação fisiológicas Exame NRV preservado CD:VPM

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	Dieta livre	ciente
2	SF 0,9% 1000ml, IV, 24h	12 22
3	Ceftriaxona 1g + 50ml ABD EV 12/12h	10 16 22 04
4	Dipirona 500mg/ml, 2ml + ABD, IV, 6/6h	S/N
5	Tramal 100mg/2ml, 1 amp + 100ml SF 0,9%, IV, 8/8h S/N	ciente
6	Curativos diários	ciente
7	SSVV+CCGG	ciente

Alt hospital



HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
CONFORME O ORIGINAL
MOSSORÓ 07/07/2017

SAME/ARQUIVO



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.R.T.M.

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.R.T.M.

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Solano Henriques Filho

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7010131019191819131412181410

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/07/1962

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 2

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Francisca Viana da Sa

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Santa Joana Danc, S/N Santa Joana

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Massoró

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

RIN

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Prontidão Mot. 14 e 24 horas, Tensão 120/80 mmHg, Batimentos 70 + 80 bpm, Freq. 100 bpm, Jato de urina normal, sem dor, sem febre, sem tosse, sem dispnéia, sem edema, sem alterações de consciência.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Hipertensão e Diabetes; Baixo Risco

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

Res/ Simb de Jato

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Batimento Jato 14 e 24

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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 VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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)

HOSPITAL FEDERAL DE SÃO PAULO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SOME MOSSORÓ 05/05/2017
SOMEIARQUIVO



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

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

NOME
SERVIÇO:

Solon Henrique Filho

IDADE
ENFº:

Nº REG:

LEITO:



HISTÓRIA CLÍNICA

20/04/27

Orto Bonec.

Tratado com extensor fixador do
Pé Direito, Distúrbio de Cassin (genu
Plantar).

História e ⊕, Pé Direito Bonec

Dr. Vicente Andrade
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - 5592 - TEOT 10481



BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Golein Henrique Filho

Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório: Extensa ferimento em pé D deslocamento
Indicação terapêutica: do osso plantar.

Conduta: limpeza cirúrgica + sutura de ferimento

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador: Dr. Vicente Andrade

1º Auxiliar: Dr. João Furtado

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: Dr. Valmir

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

- 01 Paciente em decúbito dorsal sob a anestesia
- 02 Realizada a antessépsis de pé, punho
- 03 Preparação de campos estéril
- 04 Realizada limpeza cirúrgica + desbridamento
- 05 Sutura de extensa ferimento em pé D / deslocamento do osso plantar.
- 06 Curativo

20/07/02

CRM-5592-TEOT 10481
ORTOPÉDIA / TRAUMATOLOGIA
Dr. Vicente Andrade



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL



ECRO

FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO SOCIAL

20 04 17 ± 10hs

Nome do Usuário

Polon Henrique Filho

messora

Polon Henrique de Pa
Francisca Vieira de Pa

Basado 21 07 1962 53

R. Santa Joana D'au

2998

Punta Delmira messora

Vizinho ao lava feto Falt Alto

700 3099 8934 2840 378.272.784-34 1.572.291

Aldemir (sofre) - 9 8855-4562

meire

Esposa

9 8740-8696

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

CASA

X

PRÓPRIA

ALUGADA

X

CEDIDA

TELEFONE

ÁGUA

X

LIT

X

TABUA

ALVENARIA

X

GRANCA

ADOLESCENTE

ADULTO

2

IDOSO

PROCEDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

GRACHA

REFRIGIO

NOBRES E

X

ORIENTAÇÃO

X

MOTIVO DA INTERNAÇÃO

Acidente de moto

CLÍNICA

LEITO

Observações:

20/04/17

Delvian



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
Rua Projetada, s/n - Aeroporto
PABX: 3316-4050
CNPJ: 08.241.754/0104-50
59600-000 - Mossoró/RN

1ª Via - Farmácia

2ª Via - Paciente

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Don Romão Filho
Aplicar 10ml de
insulina por dia
28/04/14

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Identidade nº

Org. Emissor:

Endereço:

Cidade:

UF:

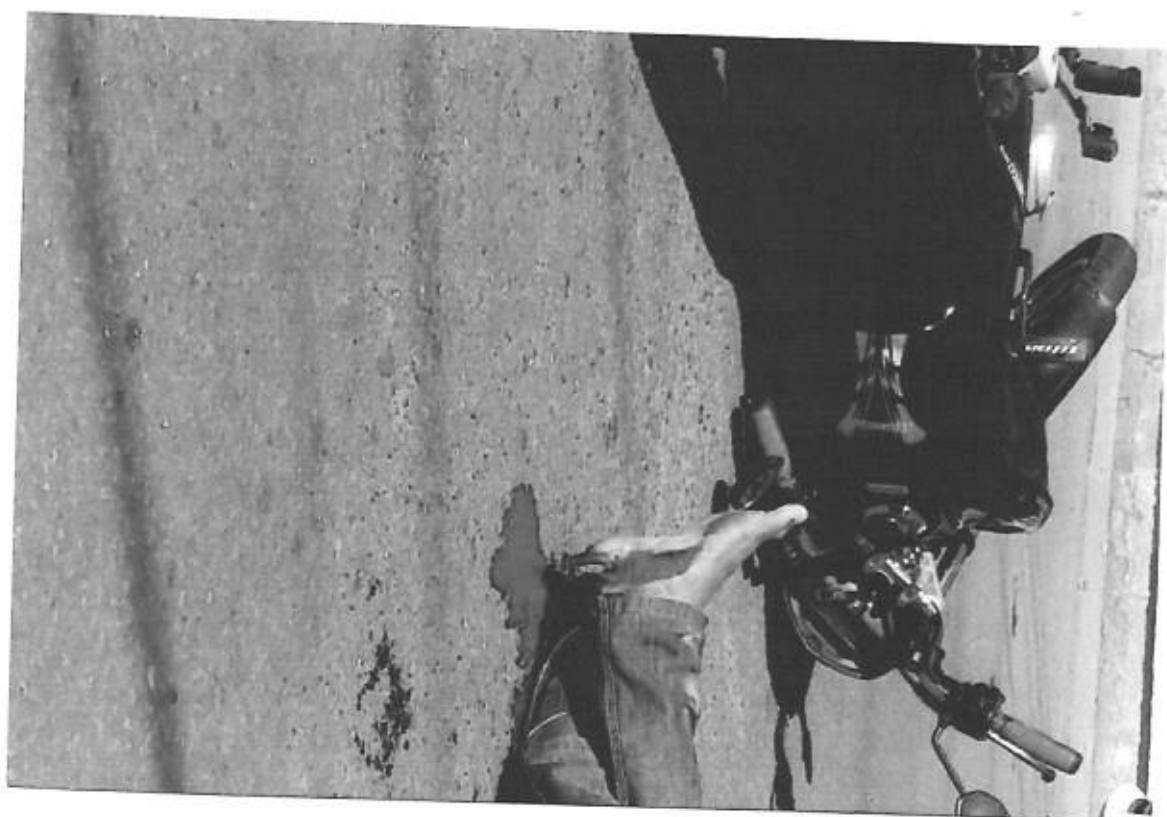
Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

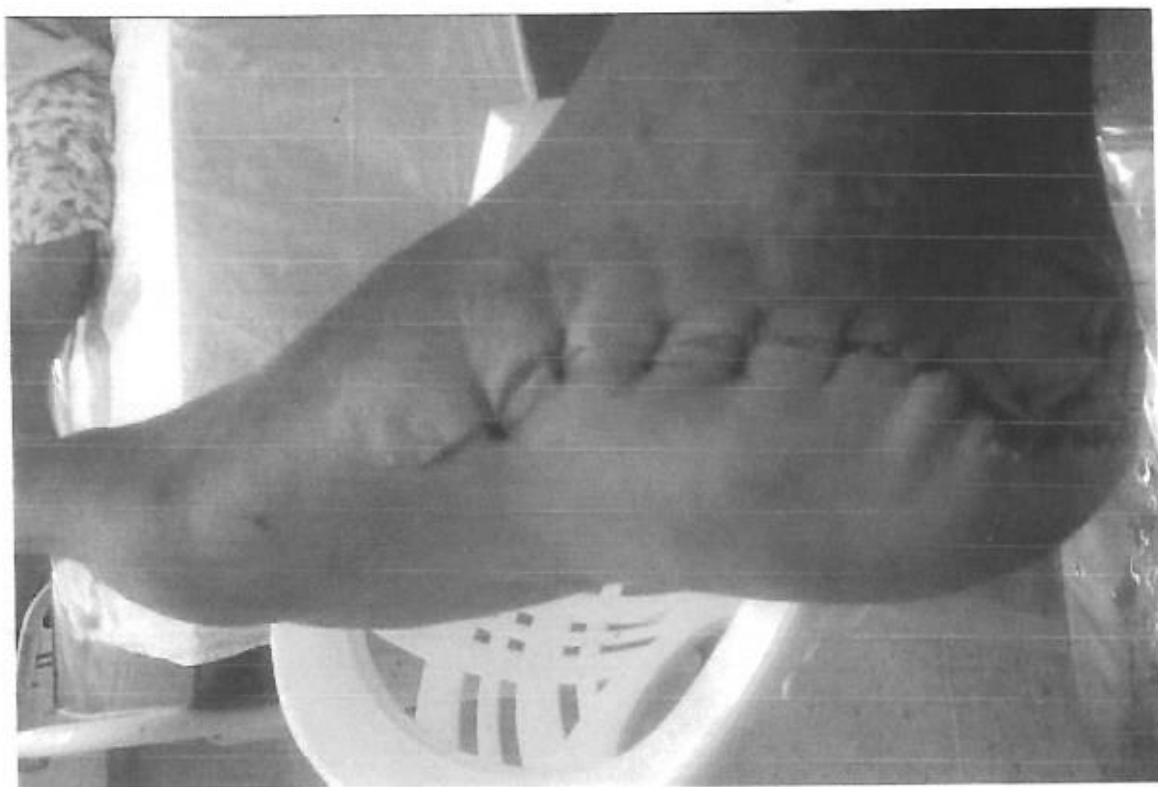
Data



































SAMU
MOSSORÓ
192

Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192



DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 269

Mossoró 02 Maio de 2017

Em resposta a solicitação do (a) Sr. (a) **SOLINEIDE DE SÁ BARBOSA, 49ANOS**

RG: 1.220.141 passo a informar o que consta em nosso registro.

Identificação da ocorrência: 11

Nome do Paciente: SOLON HENRIQUE FILHO, 54anos

Data: 20/04/2017.

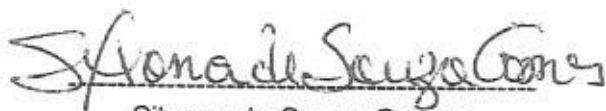
Local da ocorrência: JOÃO MARCELINO/ ABOLIÇÃO II

Viatura: BRAVO 2.

Hora do Chamado: 08:43min.

Natureza da Ocorrência: COLISÃO CARRO X MOTO

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


Silvana de Souza Gomes

Agente administrativo SAMU/Mossoró





PREFEITURA MUNICIPAL DE AREIA BRANCA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO MÉDICO

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que o paciente Solon
Henrique Filho, 54 anos, sofreu acidente moto-cano
em abril/2017 e desde então não conseguiu recuperar
total do trauma ocorrido em pé direito.

No momento, apresenta edema em MM's direitos, com
diminuição da força, dor, dificuldade para deambular
e impossibilidade de usar sapato fechado. Apresenta
histórico de hepatite E em acompanhamento. Paciente em
acompanhamento com a especialidade de Traumatologia.

Areia Branca/RN, 21 / 02 / 2018

Endereço do Paciente:

Rua: _____

Nº _____

Bairro: _____

Cidade: _____

John

Médico - CRM

Rua João Felix, 120 - Centro - CEP 59.655-000 - Fone: (84) 3332-4936 / 3332-4937
Areia Branca - Rio Grande do Norte



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

206-3

200569

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital, a realização na pessoa de Solon Henrique Filho Reg. No _____ necropsia, amputações intervenções e outros exames que se fizerem necessários.

Declaro, outrossim, que nenhuma pressão pelos Médicos, Assistentes Sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Data: 29 de Março de 2018

CCIH - HRTM

DATA 16/04/18

Soleneide de Sá Barbosa
Paciente ou Responsável

Assinatura

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 577 /2018

Prontuário: 200569

Paciente: 7008 - SOLON HENRIQUE FILHO

Cartão SUS: 700309989342840

Idade: 56 anos 2 meses 8 dias Sexo: M

Nome da mãe: FRANCISCA VIEIRA DE SA

Nome do pai: SOLON HENRIQUE DE SA

Rua/Av: SANTA JOANA D'ARC

Complemento:

CEP: 59614660

Telefone: 84 94240734 84 94240734

Especialidade: CLINICA CIRURGICA

Responsável: SOLON HENRIQUE FILHO -

Usuário: FRANCISCA VALERIA DE MEDEIROS

CPF:

Etnia: PARDA

Dt Nasc: 21/01/1962

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nº: 2893

Bairro: SANTA DELMIRA

Cidade: MOSSORO

Unidade: CLINICA CIRURGICA Leito: 215. 02

Admissão: 29/03/2018 15:00:08

Alta:

DIAGNÓSTICO INICIAL: A49.0 - INFECÇÃO ESTAFILOCÓCICA DE LOCALIZAÇÃO NÃO ESPECIFICADA
303080060 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

20.05.69

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

SOLON HENRIQUE FILHO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7101030919181913141218140

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/01/62

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

FRANCISCA VIEIRA DE SA

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. SANTA JOANA NARC, 2893 - SANTA DELVIRA.

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

MESSORO

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

RN

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DE APRESENTANDO QUEIMAS EDEMA + HIPEREMIA + AUMENTO
CAL + DOR EM M.D. + BOLHAS; INÍCIO HA 14 dias;
APP! PORTADOR DE HEPATITE C (SÓB CONTROLE/
- TRATAMENTO POR 10 dias HA 1 + ANO.



21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS CONDIÇÕES DESCRITAS ACIMA

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

ANAMNESI + EXAM FÍSIO

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

EDSIDIAL ESTAFILOCOCCO

24 - CID 10 PRINCIPAL

A 49.0

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CLÍNICO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

013030800060

29 - CLÍNICA

MUNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGENTE

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

VALTER PINHEIRO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29/03/69

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

1 / 1

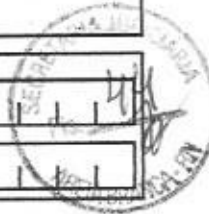
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

20.05.69



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.R.T.M.

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.R.T.M.

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

SOLOM HENRIQUE FILHO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71011310191818131412181410

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/02/1962

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

FRANCISSA VIEIRA DE SA.

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. SANTA JOANA DIARC, 2893 - SANTA NELMIRA.

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

MOSSORÓ

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

RN

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente com linfangite necrotizante no pé, com feridos necrotizados

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

DIABETO SÍNDROME

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

LINFANGITE

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

DEBILIDADE CIRCULATÓRIA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

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

RAIMUNDO ROSENDO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

10/4/18

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

[Assinatura e Carimbo]

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

1/1



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



BOLETIM OPERATÓRIO

Nome SOIX HENRIQUE FILHO Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: FEMORAL INFECTADA

Indicação terapêutica: DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador Dr. FORTATO

1ª Auxiliar: _____

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: Dr. GILSON

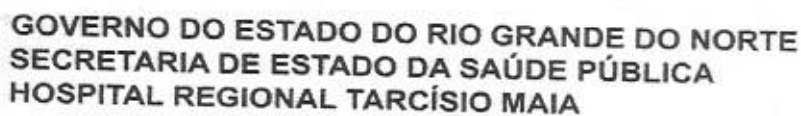
Anestesista: _____

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 ANTISÉPTICA C/ PÓVIOLO/CAUJOS
- ② DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO
- ③ CURATIVO



Original

Leito: 206-3.

DATA	EVOLUÇÃO
28-03-18	- 1 ^o dia 700 transição/estabilização
TD 56A	700m de H ₂ O C (cabo de 100m)
FC 86	- 700m 700m 100m H ₂ O 1 100m
SMO2: 97h	- Evolução 100m

PRESCRIÇÃO

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
29.03.18	① DIETA BRANCA			
	② Soro Fisiológico 2000ml / 12H	TV	15 ^h 23	4
Recib	③ OXACILINA 2g + S.F. 100ml 4/4	TV	15 ^h 19	09 06 10
	④ DÍPIONA 1g + MD 10ml 6/6 fixo	TV	15 ^h 22	04 30
	⑤ RANITIDINA 50mg + MD 10ml 12/12H	TV	15 ^h	09
	⑥ Metoclopramida 10mg + 10ml 8/8 5x	TV	508	
	⑦ Hidrocortisona 100mg + MD 10ml 6/6	TV	15 ^h 20	06 30
	⑧ HGT 12/12H	-	15 ^h	09
	⑨ DORSINE (ACE) 400mg	-		
	⑩ Mnter FID - ELIAS	-		
	⑪ Ceftriaxona 200mg 12/12H	VO	FALTA	
	⑫ SSUV + CCCC			

Dr. Valter Vinheiro
 Médico
 CRM/RN - 8836

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

206-3

Nome: SOLON HENRIQUE FILHO
Leito: 206-3 ADM:29/03/2018

IDADE :

EVOLUÇÃO: 30/03/18



HD:ERISPELA ESTAFILOCOCCIA EM MID
AP:NEGA COMORBIDADES

PACIENTE EVOLUI EM EGR,C.O.T.E,HIPOHIDRATADO,EUPNEICO,FUNÇÕES EXCRETORAS PRESERVADAS,ANICITÉRICO,ACIANÓTICO,TEVE FICO FEBRIL ONTEM,DIFICULDADE DE DEAMBULAÇÃO

AO EXAME:

AP:MV+ EAH;SRA

ACV:RCR;BNF;2T;SS

ABD:GLOBOSO;FLASCIDO;INDOLOR;RH+;S/VISCEROMEGALIAS

EXTREMIDADE MID: MANCHAS ERITEMATOSAS EM COXA DIREITA,PLACA ERITEMATODESCAMATIVA EM REGIÃO TIBIAL,EM PERNA DOR INTENSA;ERITEMA ;CALOR;RUBOR;PANTURRILHAS EMPASTADAS;EDEMA +4/+4,, FLICTEMA EM REGIÃO DORSAL DO PÉ,ULCERA EM CALCANEIO

EXTREMIDADE MIE:SINAIS DE INSUFICIENCIA VENOSA CRÔNICA

SINAIS VITAIS: SAT: 93 %A.A FC:80 BPM FR: 18IPM IPM PA:130X80 mmHg

CD: SOLICITO EXAMES BIOQUÍMICOS

PRESCRIÇÃO

1	DIETA ORAL BRANDA	
2	SF 0,9% 4000 ML EV,P/24H	1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º
3	OXACILINA 2G+ 100 ML SF 0,9%,EV,4/4H D1/D14	10 14 18 22 02 06
4	DIPIRONA 500 MG/ML—1AMP+ABD,EV,6/6H, FIXO	10 16 22 04
5	RANITIDINA 50MG/2ML---1AMP+18ML ABD,EV,12/12H	10 22
6	PLASIL 10MG/2ML---1AMP+ABD,EV,8/8H,SN	SN
7	HIDROCORTISONA 100MG+ABD,EV,6/6H D1/D3	10 16 22 04
8	HGT DE 12/12H	10 22
9	DIRSANE (AGE)	
10	MANTER MID ELEVADO	
11	CLEXANE 40MG/0,4ML---1AMP,SC,12/12H	10 22
12	SSVV+CCGG	
14		
15		
16		
17		
18		
19		

Dr. João Jaime Mesquita
Médico
CRM/RN 1.0028

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

206.3

Nome: SOLON HENRIQUE FILHO

IDADE : 56 ANOS

Leito: 206-3

ADM:29/03/2018

EVOLUÇÃO: 31/03/18

HD:ERISPELA EM MID + LINFANGITE

PACIENTE EVOLUI EM EGR,C.O.T.E,HIPOHIDRATADO,EUPNEICO,FUNÇÕES EXCRETORAS PRESERVADAS,ANICITÉRICO,ACIANÓTICO,TEVE FICO FEBRIL ONTEM,DIFICULDADE DE DEAMBULAÇÃO

AO EXAME:

AP:MV+ EAH;SRA

ACV:RCR;BNF;2T;SS

ABD:GLOBOSO;FLASCIDO;INDOLOR;RH+;S/VISCEROMEGALIAS

EXTREMIDADE MID: MANCHAS ERITEMATOSAS EM COXA DIREITA,PLACA ERITEMATODESCAMATIVA EM REGIÃO TIBIAL,EM PERNA DOR INTENSA;ERITEMA ;CALOR;RUBOR;PANTURRILHAS EMPASTADAS;EDEMA +4/+4,, FLICTEMA EM REGIÃO DORSAL DO PÉ,ULCERA EM CALCANEIO

EXTREMIDADE MIE:SINAIS DE INSUFICIENCIA VENOSA CRÔNICA

PA:120X80 mmHg

EXAMES BIOQUÍMICOS:

PRESCRIÇÃO

1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 1000 ML EV EM 24 HS	
3	OXACILINA 2G+ 100 ML SF 0,9%,EV,4/4H D1/D14	10-14-18-22-02-06
4	CEFALOTINA 1 GR + ABD 10CC - EV DE 6/6 HS	10-16-22-04
5	BENZETACIL 1.200.000 - 01 FA IM HOJE	14-22
6	DIPIRONA 500 MG/ML—1AMP+ABD,EV,6/6H, FIXO	10-16-22-04
7	RANITIDINA 50MG/2ML---1AMP+18ML ABD,EV,12/12H	10-22
8	PLASIL 10MG/2ML---1AMP+ABD,EV,8/8H,SN	505
9	HIDROCORTISONA 100MG+ABD,EV,6/6H D1/D3	10-16-22-04
10	CLEXANE 40MG/0,4ML----1AMP,SC,12/12H	10-22
11	HGT DE 12/12H / INSULINA R / SC / CONFORME PROTOCOLO HGT	10-22
12	FUROSEMIDA 40 - 01 COMP VO PELA MANHÃ	10
14	CURATIVOS MID / ROMPER BOLHA ANTEPE / PRESERVAR PELA DA BOLHA	
15	MANTER MID ELEVADO	criste
16	SSVV+CCGG	criste
17		
18		
19		

Dr. José Bruno Filho
Medico
CRM/RN 16761

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA



Nome: SOLON HENRIQUE FILHO
Leito: 206-3 ADM:29/03/2018

IDADE : 56 ANOS

EVOLUÇÃO: 01/03/18

HD:ERISPELA EM MID + LINFANGITE

PACIENTE ADMITIDO COM EDEMA INTENSO PERNA E PÉ D, FORMAÇÃO DE BOLHAS E LINFAGITE:
EVOLUI EM EGR, C. O. T. E, HIDRATADO, EUPNEICO, FUNÇÕES EXCRETORAS PRESERVADAS, ANICITÉRICO, ACIANÓTICO, TEVE FICO FEBRIL ONTEM, DIFICULDADE DE DEAMBULAÇÃO
AP: MV+ EAH: SRA
ACV: RCR: BNF: 2T: SS
ABD: GLOBOSO; FLASCIDO; INDOLOR: RH+: S/VISCEROMEGALIAS
EXTREMIDADE MID: MANCHAS ERITEMATOSAS EM COXA DIREITA, PLACA ERITEMATODESCAMATIVA EM REGIÃO TIBIAL, EM PERNA DOR INTENSA: ERITEMA; CALOR: RUBOR: PANTURRILHAS EMPASTADAS: EDEMA +4/+4,, FLICTEMA EM REGIÃO DORSAL DO PÉ, ULCERA EM CALCANEIO
EXTREMIDADE MIE: SINAIS DE INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA

PA: 120X80 mmHg

EXAMES BIOQUÍMICOS:

hemograma 31/03 20.100

PRESCRIÇÃO

1	DIETA LIVRE	
2	SCALP HEPARINIZADO	
3	OXACILINA 2G+ 100 ML SF 0,9%, EV, 4/4H D1/D14	<i>10-14-18-22-26</i>
4	CEFALOTINA 1 GR + ABD 10CC - EV DE 6/6 HS	<i>(Suspensão)</i>
5	BENZETACIL 1.200.000 - 01 FA IM HOJE	<i>14e</i>
6	DIPIRONA 500 MG/ML - 1 AMP+ABD, EV, 6/6H, FIXO	<i>10-16-22-4e</i>
7	RANITIDINA 50MG/2ML - 1 AMP+18ML ABD, EV, 12/12H	<i>10-22</i>
8	PLASIL 10MG/2ML - 1 AMP+ABD, EV, 8/8H, SN	
9	HIDROCORTISONA 100MG+ABD, EV, 6/6H D1/D3	<i>10-16-22-04e</i>
10	CLEXANE 40MG/0,4ML - 1 AMP, SC, 12/12H	<i>10-22e</i>
11	HGT DE 12/12H / INSULINA R / SC / CONFORME PROTOCOLO HGT	<i>10-22e</i>
12	FUROSEMIDA 40 - 01 COMP VO PELA MANHÃ	<i>10</i>
14	CURATIVOS MID	
15	MANTER MID ELEVADO	
16	SSVV+CCGG	
17		
18	<i>CEFTRIAXONA 1g + ABD 10cc - EV 12/12h</i>	<i>10-22e</i>
19	<i>CINDAM 500 600 + SF 100ml - EV 6/6h</i>	<i>10-16-22-4</i>

Dr. José Bruno Filho
Médico
CRM/RN 1676

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

206-3

Nome: SOLON HENRIQUE FILHO
Leito: 206-3 ADM:29/03/2018

IDADE : 56 ANOS

EVOLUÇÃO: 02/04/18



HD:ERISPELA EM MID

PACIENTE EVOLUI EM EGR,C.O.T.E,HIPOHIDRATADO,EUPNEICO,FUNÇÕES EXCRETORAS PRESERVADAS,ANICITÉRICO,ACIANÓTICO,TEVE FICO FEBRIL ONTEM,DIFICULDADE DE DEAMBULAÇÃO

AO EXAME:

AP:MV+ EAH;SRA

ACV:RCR;BNF;2T;SS

ABD:GLOBOSO;FLASCIDO;INDOLOR;RH+;S/VISCEROMEGALIAS

EXTREMIDADE MID: MANCHAS ERITEMATOSAS EM COXA DIREITA,PLACA ERITEMATODESCAMATIVA EM REGIÃO TIBIAL,EM PERNA DOR INTENSA;ERITEMA ;CALOR;RUBOR;PANTURRILHAS EMPASTADAS;EDEMA +4/+4,, ULERA PÓS ROMPIMENTO DE FLICTEMA DORSAL DO PÉ,ULCERA EM CALCANEIO

EXTREMIDADE MIE:SINAIS DE INSUFICIENCIA VENOSA CRÔNICA

PA:140X80 mmHG, **SAT:**98 % A.A **FR:**18ipm **FC:**80

EXAMES BIOQUÍMICOS:

PRESCRIÇÃO

1	DIETA ORAL LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 3000 ML EV EM 24 HS	10 20 30 40 50 60
3	OXACILINA 2G+ 100 ML SF 0,9%,EV,4/4H D1/D14	10 18 22 02 06
4	CEFTRIAXONA 1G---1AMP+ABD,EV,12/12 H	18 22
5	DIPIRONA 500 MG/ML---1AMP+ABD,EV,6/6H, FIXO	10 16 22 04
6	RANITIDINA 50MG/2ML---1AMP+18ML ABD,EV,12/12H	N/10M (10) (22)
7	PLASIL 10MG/2ML---1AMP+ABD,EV,8/8H,SN	SN (10) (22)
8	HIDROCORTISONA 100MG+ABD,EV,6/6H D1/D3	10 16 22 04
9	HEPARINA 5000UI---1AMP,SC,8/8H	(não tem) (14) (22) (06)
10	HGT DE 12/12H / INSULINA R / SC / CONFORME PROTOCOLO HGT	10 18
11	FUROSEMIDA 40 - 01 COMP VO PELA MANHÃ	10e
12	CURATIVOS MID / ROMPER BOLHA ANTEPE / PRESERVAR PELA DA BOLHA	
14	MANTER MID ELEVADO	
15	LACTULOSE ----- TOMAR 20 ML ,VO,8/8H	(não tem) (14) (22) (06)
16	SSVV+CCGG	
17		
18		
19		

Dr. Francisco Filho de Melo
CPF 000.501.534-72
CRM 1772

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA



Nome: **SOLON HENRIQUE FILHO**
Leito: **206-3** ADM: **29/03/2018**

IDADE : **56 ANOS**

EVOLUÇÃO: **03/04/18**

HD:ERISPELA EM MID

PACIENTE EVOLUI EM EGR,C.O.T.E,HIPOHIDRATADO,EUPNEICO,FUNÇÕES EXCRETORAS PRESERVADAS,ANICITÉRICO,ACIANÓTICO,TEVE FICO FEBRIL ONTEM,DIFICULDADE DE DEAMBULAÇÃO

AO EXAME:

AP:MV+ EAH;SRA

ACV:RCR;BNF;2T;SS

ABD:GLOBOSO;FLASCIDO;INDOLOR;RH+;S/VISCEROMEGALIAS

EXTREMIDADE MID: MANCHAS ERITEMATOSAS EM COXA DIREITA,PLACA ERITEMATODESCAMATIVA EM REGIÃO TIBIAL,EM PERNA DOR INTENSA;ERITEMA ;CALOR;RUBOR;PANTURRILHAS EMPASTADAS;EDEMA +4/+4,, ULERA PÓS ROMPIMENTO DE FLICTEMA DORSAL DO PÉ,ULCERA EM CALCANEIO

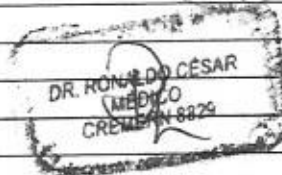
EXTREMIDADE MIE:SINAIS DE INSUFICIENCIA VENOSA CRÔNICA

PA:140X80 mmHG, **SAT:**94 % A.A **FR:**18ipm **FC:**80

EXAMES BIOQUÍMICOS:

PRESCRIÇÃO

1	DIETA ORAL LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 3000 ML EV EM 24 HS	3 ^o 2 ^o 3 ^o 4 ^o 5 ^o 6 ^o <i>Conte</i>
3	OXACILINA 2G+ 100 ML SF 0,9%,EV,4/4H	30 34 32 22 02 06
4	CEFTRIAXONA 1G---1AMP+ABD,EV,12/12 H	30 22
5	DIPIRONA 500 MG/ML---1AMP+ABD,EV,6/6H, FIXO	30 36 22 04
6	RANITIDINA 50MG/2ML---1AMP+18ML ABD,EV,12/12H	30 22
7	PLASIL 10MG/2ML---1AMP+ABD,EV,8/8H,SN	34 22 06 <i>SN</i>
8	HEPARINA 5000UI---1AMP,SC,8/8H	34 22 06
9	HGT DE 12/12H / INSULINA R / SC / CONFORME PROTOCOLO HGT	30 22
10	FUROSEMIDA 40 - 01 COMP VO PELA MANHÃ	30
11	CURATIVOS MID / ROMPER BOLHA ANTEPE / PRESERVAR PELA DA BOLHA	<i>Conte</i>
12	MANTER MID ELEVADO	
14	LACTULOSE ----- TOMAR 20 ML ,VO,8/8H	34 22 06 <i>Conte</i>
15	SSVV+CCGG	<i>Conte</i>
16		
17		
18		
19		



SECRETARIA JUDICIÁRIA
Fis. 52
ÁREA GRÁFICA

EVOLUÇÃO: 04/04/18

1	DIETA ORAL LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 3000 ML EV EM 24 HS	1º 2º 3º 4º 5º 6º
3	OXACILINA 2G+ 100 ML SF 0,9%,EV,4/4H	10 16 18 22 02 06
4	CEFTRIAXONA 1G---1AMP+ABD,EV,12/12 H	10 22
5	DIPIRONA 500 MG/ML---1AMP+ABD,EV,6/6H, FIXO	10 16 22 04
6	RANITIDINA 50MG/2ML---1AMP+18ML ABD,EV,12/12H	10 22
7	PLASIL 10MG/2ML---1AMP+ABD,EV,8/8H,SN	14 5N
8	HEPARINA 5000UI---1AMP,SC,8/8H	14 22 06
9	HGT DE 12/12H / INSULINA R / SC / CONFORME PROTOCOLO HGT	
10	FUROSEMIDA 40 - 01 COMP VO PELA MANHÃ	10
11	CURATIVOS MID / ROMPER BOLHA ANTEPE / PRESERVAR PELA DA BOLHA	Ciente
12	MANTER MID ELEVADO	Ciente
14	SSVV+CCGG	Ciente
15		
16		
17		
18		
19		

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA



Nome: SOLON HENRIQUE FILHO

IDADE : 56 ANOS

Leito: 206-3

ADM:29/03/2018

EVOLUÇÃO: 05/04/18

HD:ERISPELA EM MID

PACIENTE EVOLUI EM EGR,C.O.T.E,HIPOHIDRATADO,EUPNEICO,FUNÇÕES EXCRETORAS PRESERVADAS,ANICITÉRICO,ACIANÓTICO,DOR DIMINUIDO ,DIFICULDADE DE DEAMBULAÇÃO

AO EXAME:

AP:MV+ EAH;SRA

ACV:RCR;BNF;2T;SS

ABD:GLOBOSO;FLASCIDO;INDOLOR;RH+;S/VISCEROMEGALIAS

EXTREMIDADE MID: MANCHAS ERITEMATOSAS EM COXA DIREITA,PLACA ERITEMATODESCAMATIVA EM REGIÃO TIBIAL,EM PERNA DOR INTENSA;ERITEMA ;CALOR;RUBOR;PANTURRILHAS EMPASTADAS;EDEMA +4/+4,ULERA PÓS ROMPIMENTO DE FLICTEMA DORSAL DO PÉ,ULCERA EM CALCANEIO

EXTREMIDADE MIE:SINAIS DE INSUFICIENCIA VENOSA CRÔNICA

PA: mmHG, **SAT:**92 % A.A **FR:**18ipm **FC:**80 ipm

EXAMES BIOQUÍMICOS:

PRESCRIÇÃO

1	DIETA ORAL LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 3000 ML EV EM 24 HS	
3	OXACILINA 2G+ 100 ML SF 0,9%,EV,4/4H	27/04
4	CEFTRIAXONA 1G---1AMP+ABD,EV,12/12 H	24/04
5	DIPIRONA 500 MG/ML---1AMP+ABD,EV,6/6H, FIXO	10-16-22-04
6	RANITIDINA 50MG/2ML---1AMP+18ML ABD,EV,12/12H	10-16-22-04
7	PLASIL 10MG/2ML---1AMP+ABD,EV,8/8H,SN	10-16-22-04
8	HEPARINA 5000UI---1AMP,SC,8/8H	10-16-22-04
9	HGT DE 12/12H / INSULINA R / SC / CONFORME PROTOCOLO HGT:TÉ 150 mg/dl / 0 UI	10-16-22-04
	151 À 200 mg/dl / 2 UI	
	201 À 250mg/dl / 4UI	
	251 À 300 mg/dl / 6UI	
	301 À 350 mg/dl / 8UI	
	350 À 400mg/dl / 10 UI	
	>400 mg/dl + CHAMAR PLANTONISTA.	
10	FUROSEMIDA 40 - 01 COMP VO PELA MANHÃ	* SUSPENSO *
11	CURATIVOS MID / ROMPER BOLHA ANTEPE / PRESERVAR PELA DA BOLHA	Susp
12	MANTER MID ELEVADO	
14	SSVV+CCGG	Cient
15		
16		
17		
18		
19		

Leilson Mariano de S. Filho
MÉDICO
CRM/RN 4476

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA



Nome: **OLON HENRIQUE FILHO**

IDADE : **56 ANOS**

Leito: **206-3**

ADM: **29/03/2018**

EVOLUÇÃO: **06/04/18**

HD:ERISPELA EM MID +LRA

PACIENTE EVOLUI EM EGR, COM MELHORA CLÍNICA E LABORATORIAL, C.O.T.E, HIPOHIDRATADO, EUPNEICO, FUNÇÕES EXCRETORAS PRESERVADAS, ANICITÉRICO, ACIANÓTICO, DOR DIMINUIDO, DIFICULDADE DE DEAMBULAÇÃO

AO EXAME:

AP: MV+ EAH; SRA

ACV: RCR; BNF; 2T; SS

ABD: GLOBOSO; FLASCIDO; INDOLOR; RH+; S/VISCEROMEGALIAS

EXTREMIDADE MID: MANCHAS ERITEMATOSAS EM COXA DIREITA, PLACA ERITEMATODESCAMATIVA EM REGIÃO TIBIAL, EM PERNA DOR INTENSA; ERITEMA; CALOR; RUBOR; PANTURRILHAS EMPASTADAS; EDEMA +4/+4, ULCERA PÓS ROMPIMENTO DE FLICTEMA DORSAL DO PÉ, ULCERA EM CALCANEIO

EXTREMIDADE MIE: SINAIS DE INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA

PA: 150X80 mmHG, **SAT:** 95 % A.A **FR:** 20ipm **FC:** 83 ipm

EXAMES BIOQUÍMICOS:

PRESCRIÇÃO

1	DIETA ORAL LIVRE		
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 2000 ML EV EM 24 HS	16/22	32
3	OXACILINA 2G+ 100 ML SF 0,9%, EV, 4/4H D8/D14	16/18	22
4	CEFTRIAXONA 1G---1AMP+ABD, EV, 12/12 H D5/D14	16/18	22
5	DIPIRONA 500 MG/ML---1AMP+ABD, EV, 6/6H, FIXO	16/18	22
6	RANITIDINA 50MG/2ML---1AMP+18ML ABD, EV, 12/12H	16/18	22
7	PLASIL 10MG/2ML---1AMP+ABD, EV, 8/8H, SN		
8	HEPARINA 5000UI---1AMP, SC, 8/8H		
9	HGT DE 12/12H / INSULINA R / SC / CONFORME PROTOCOLO HGT: TÉ 150 mg/dl / 0 UI		
	151 À 200 mg/dl / 2 UI		
	201 À 250mg/dl / 4UI		
	251 À 300 mg/dl / 6UI		
	301 À 350 mg/dl / 8UI		
	350 À 400mg/dl / 10 UI		
	>400 mg/dl + CHAMAR PLANTONISTA.		
10	MANTER MID ELEVADO		
11	SSVV+CCGG		
12	Olexa me 40mg 10,4 ml - 1AMP, SC, 1 X ao dia		
14			
15			
16			
17			
18			
19			

Dr. João Jaime Mesquita
Médico
CRM/RN - 6638

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA



Nome: SOLON HENRIQUE FILHO

IDADE : 56 ANOS

Leito: 206-3

ADM:29/03/2018

EVOLUÇÃO: 07/04/18

HD:ERISPELA EM MID +LRA

PACIENTE EVOLUI EM EGR,COM MELHORA CLÍNICA E LABORATORIAL
C.O.T.E,HIPOHIDRATADO,EUPNEICO,FUNÇÕES EXCRETORAS PRESERVADAS,ANICITÉRICO,ACIANÓTICO,DOR
DIMINUIDO ,DIFICULDADE DE DEAMBULAÇÃO

AO EXAME:

AP:MV+ EAH;SRA

ACV:RCR;BNF;2T;SS

ABD:GLOBOSO;FLASCIDO;INDOLOR;RH+;S/VISCEROMEGALIAS

EXTREMIDADE MID: MANCHAS ERITEMATOSAS EM COXA DIREITA,PLACA ERITEMATODESCAMATIVA EM
REGIÃO TIBIAL,EM PERNA DOR INTENSA;ERITEMA ;CALOR;RUBOR;PANTURRILHAS EMPASTADAS;EDEMA
+4/+4,ULERA PÓS ROMPIMENTO DE FLICTEMA DORSAL DO PÉ,ULCERA EM CALCANEIO

EXTREMIDADE MIE:SINAIS DE INSUFICIENCIA VENOSA CRÔNICA

PA: 150X80 mmHG, **SAT:**95 % A.A **FR:**20ipm **FC:**83 ipm

EXAMES BIOQUÍMICOS:

PRESCRIÇÃO

1	DIETA ORAL LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 2000 ML EV EM 24 HS	12-22-06
3	OXACILINA 2G+ 100 ML SF 0,9%,EV,4/4H D8/D14	10-14-19-22-02-06
4	CEFTRIAXONA 1G---1AMP+ABD,EV,12/12 H D5/D14	10-22
5	DIPIRONA 500 MG/ML---1AMP+ABD,EV,6/6H, FIXO	10-16-22-06
6	RANITIDINA 50MG/2ML---1AMP+18ML ABD,EV,12/12H	10-22
7	PLASIL 10MG/2ML---1AMP+ABD,EV,8/8H,SN	
8	HEPARINA 5000UI---1AMP,SC,8/8H	14-22-06
9	HGT DE 12/12H / INSULINA R / SC / CONFORME PROTOCOLO HGT:TÉ 150 mg/dl / 0 UI 151 À 200 mg/dl / 2 UI 201 À 250mg/dl / 4UI 251 À 300 mg/dl / 6UI 301 À 350 mg/dl / 8UI 350 À 400mg/dl / 10 UI >400 mg/dl + CHAMAR PLANTONISTA.	
10	MANTER MID ELEVADO	10-16-22-06
11	SSVV+CCGG	
12		
14		
15		
16		
17		
18		
19		

Dr. Celso R. S. Siqueira
MÉDICO
CRM 10.077/18

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA



Nome: SOLON HENRIQUE FILHO

IDADE : 56 ANOS

Leito: 206-3

ADM:29/03/2018

EVOLUÇÃO: 08/04/18

HD:ERISPELA EM MID +LRA

PACIENTE APRESENTA-SE ESTÁVEL, NEGA QUEIXAS DE DOR, FEBRE, NÁUSEAS, VÔMITOS E CEFALÉIA. AFIRMA DIURESE E EVACUAÇÃO PRESENTES SEM ANORMALIDADES.

EF: BEG, CONSCIENTE E ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, NORMOHIDRATADO, NORMOCORADO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO.

ACV: RCR EM 2T BULHAS NORMOFONÉTICAS S/SOPROS, CLIQUES OU ESTALIDOS

AR: MV+ EM AMBOS HEMITÓRAX, DE ÁPICES A BASE, S/ RA

ABDOMEN: GLOBOSO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO, RUÍDOS HIDROAÉREOS PRESENTES

MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA EDEMA 4+/4+, QUENTE, INELÁSTICO, CACIFE +, ASCENDENTE ATÉ TERÇO DISTAL DE COXA E REDUZ GRADUALMENTE ENQUANTO ASCENTE ATÉ 1+/4+ EM TERÇO DISTAL DE COXA. APRESENTA ALTERAÇÃO DE COR DA PELE EM PÉ E PERNA (MARROM AVERMELHADO) E ASPECTO EM AUTO- RELEVO EM CASCA DE LARANJA. APRESENTA AINDA MANCHAS EM REGIÃO MEDIAL DE COXA DE COLORAÇÃO MARROM-AVERMELHADA COM ASPECTO EM AUTO-RELEVO DE CASCA DE LARANJA.

PRESCRIÇÃO

1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 2000 ML EV EM 24 HS				
3	OXACILINA 2G+ 100 ML SF 0,9%,EV,4/4H D10/D14	1°	2°	3°	4°
4	CEFTRIAXONA 1G---1AMP+ABD,EV,12/12 H D7/D14	10	14	18	22
5	DIPIRONA 500 MG/ML---1AMP+ABD,EV,6/6H, FIXO	10	16	22	04
6	RANITIDINA 50MG/2ML---1AMP+18ML ABD,EV,12/12H	10	16	22	04
7	PLASIL 10MG/2ML---1AMP+ABD,EV,8/8H,SN	10	16	22	04
8	HEPARINA 5000UI---1AMP,SC,12/12H	10	16	22	04
9	HGT DE 12/12H / INSULINA R / SC / CONFORME PROTOCOLO HGT:TÉ 150 mg/dl	10	16	22	04
	/ 0 UI				
	151 À 200 mg/dl / 2 UI				
	201 À 250mg/dl / 4UI				
	251 À 300 mg/dl / 6UI				
	301 À 350 mg/dl / 8UI				
	350 À 400mg/dl / 10 UI				
	>400 mg/dl + CHAMAR PLANTONISTA.				
10	MANTER MID ELEVADO				
11	SSVV+CCGG				
12					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA



Nome: SOLON HENRIQUE FILHO
Leito: 206-3 ADM:29/03/2018

IDADE : 56 ANOS

EVOLUÇÃO: 09/04/18

HD:ERISPELA EM MID +LRA

PACIENTE APRESENTA-SE ESTÁVEL, NEGA QUEIXAS DE DOR, FEBRE, NÁUSEAS, VÔMITOS E CEFALÉIA. AFIRMA DIURESE E EVACUAÇÃO PRESENTES SEM ANORMALIDADES.

EF: BEG, CONSCIENTE E ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, NORMOHIDRATADO, NORMOCORADO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO.

ACV: RCR EM 2T BULHAS NORMOFONÉTICAS S/SOPROS, CLIQUES OU ESTALIDOS

AR: MV+ EM AMBOS HEMITÓRAX, DE ÁPICES A BASE, S/ RA

ABDOMEN: GLOBOSO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO, RUÍDOS HIDROAÉREOS PRESENTES
MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA EDEMA 4+/4+, QUENTE, INELÁSTICO, CACIFE +, ASCENDENTE ATÉ TERÇO DISTAL DE COXA E REDUZ GRADUALMENTE ENQUANTO ASCENTE ATÉ 1+/4+ EM TERÇO DISTAL DE COXA. APRESENTA ALTERAÇÃO DE COR DA PELE EM PÉ E PERNA (MARROM AVERMELHADO) E ASPECTO EM AUTO-RELEVO EM CASCA DE LARANJA. APRESENTA AINDA MANCHAS EM REGIÃO MEDIAL DE COXA DE COLORAÇÃO MARROM-AVERMELHADA COM ASPECTO EM AUTO-RELEVO DE CASCA DE LARANJA.

CD: Paciente da Cardiologia P/ Risco cardiovascular, glicemia

PRESCRIÇÃO

1	DIETA ORAL LIVRE		
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 2000 ML EV EM 24 HS	10 ¹	2 ² 3 ² 4 ²
3	OXACILINA 2G+ 100 ML SF 0,9%,EV,4/4H D11/D14	10 ¹ 14 ¹ 18 ¹ 22 ¹ 02 ¹ 06 ¹	
4	CEFTRIAXONA 1G---1AMP+ABD,EV,12/12 H D8/D14	10 ¹ 14 ¹ 18 ¹ 22 ¹ 02 ¹ 06 ¹	
5	DIPIRONA 500 MG/ML---1AMP+ABD,EV,6/6H, FIXO	10 ¹ 16 ¹ 22 ¹ 04 ¹	
6	RANITIDINA 50MG/2ML---1AMP+18ML ABD,EV,12/12H	10 ¹ 22 ¹	
7	PLASIL 10MG/2ML---1AMP+ABD,EV,8/8H,SN		
8	HEPARINA 5000UI---1AMP,SC,12/12H	10 ¹ 22 ¹	
9	HGT DE 12/12H / INSULINA R / SC / CONFORME PROTOCOLO HGT:TÉ 150 mg/dl / 0 UI	10 ¹ 22 ¹	
	151 À 200 mg/dl / 2 UI		
	201 À 250mg/dl / 4UI		
	251 À 300 mg/dl / 6UI		
	301 À 350 mg/dl / 8UI		
	350 À 400mg/dl / 10 UI		
	>400 mg/dl + CHAMAR PLANTONISTA.		
10	MANTER MID ELEVADO		
11	SSVV+CCGG		
12	Vigilância da pressão arterial 22h		
14			
15			
16			
17			
18			
19			

Dr. André Alencar Hipólito
CRM 4015
Hematologia e Hemoterapia

Dr. Fernando de Oliveira
CRM 4014
Hematologia e Hemoterapia

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA



Nome: **SOLON HENRIQUE FILHO**
Leito: **206-3** ADM: **29/03/2018**

IDADE : **56 ANOS**

EVOLUÇÃO: **10/04/18**

HD:ERISPELA EM MID +LRA

PACIENTE APRESENTA-SE ESTÁVEL, NEGA QUEIXAS DE DOR, FEBRE, NÁUSEAS, VÔMITOS E CEFALÉIA. AFIRMA DIURESE E EVACUAÇÃO PRESENTES SEM ANORMALIDADES.

EF: BEG, CONSCIENTE E ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, NORMOHIDRATADO, NORMOCORADO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO.

ACV: RCR EM 2T BULHAS NORMOFONÉTICAS S/SOPROS, CLIQUES OU ESTALIDOS

AR: MV+ EM AMBOS HEMITÓRAX, DE ÁPICES A BASE, S/ RA

ABDOMEN: GLOBOSO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO, RUÍDOS HIDROAÉREOS PRESENTES

MEMBRO INFERIOR DIREITO: MANCHAS ERITEMATOSAS EM COXA DIREITA, PLACA ERITEMATODESCAMATIVA EM REGIÃO TIBIAL, BOLHA SANGUINOLENTA EM TERÇO MÉDIO DA PERNA; CALOR; RUBOR; PANTURRILHAS EMPASTADAS; EDEMA +4/+4; ÚLCERA PÓS ROMPIMENTO DE FLICTEMA EM DORSO DO PÉ;

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO: SINAIS DE INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA

SINAIS VITAIS: SAT:97%A.A FC:82bpm PA:130X80mmHg

CD:

PRESCRIÇÃO

1	DIETA ORAL LIVRE		
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 2000 ML EV EM 24 HS	<i>curante</i>	
3	OXACILINA 2G+ 100 ML SF 0,9%, EV, 4/4H D12/D14	<i>1º 2º 3º 4º</i>	
4	CEFTRIAXONA 1G---1AMP+ABD, EV, 12/12 H D9/D14	<i>10-14-18-22-02-06</i>	
5	DIPIRONA 500 MG/ML---1AMP+ABD, EV, 6/6H, FIXO	<i>10-22</i>	
6	MEPRAZOL 40 MG+DILUENTE---1AMP, EV, EM JEJUM	<i>10-16-22-04</i>	
7	PLASIL 10MG/2ML---1AMP+ABD, EV, 8/8H, SN	<i>06</i>	
8	HEPARINA 5000UI---1AMP, SC, 12/12H	<i>3N (14-22-06)</i>	
9	HGT DE 12/12H / INSULINA R / SC / CONFORME PROTOCOLO HGT: TÊ 150 mg/dl / 0 UI	<i>10-22</i>	<i>10 22</i>
	151 À 200 mg/dl / 2 UI		
	201 À 250mg/dl / 4UI		
	251 À 300 mg/dl / 6UI		
	301 À 350 mg/dl / 8UI		
	350 À 400mg/dl / 10 UI		
	>400 mg/dl + CHAMAR PLANTONISTA.		
10	MANTER MID ELEVADO		
11	SSVV+CCGG	<i>curante</i>	
12		<i>10-16-22-04</i>	
14			
15			
16			
17			
18			
19			

*Dr. Manoel Manoel de Almeida
C.R.F. 061.116.224-25
-MÉDICO-*

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA



Nome: SOLON HENRIQUE FILHO
Leito: 206-3 ADM:29/03/2018

IDADE : 56 ANOS

EVOLUÇÃO: 11/04/18

HD:ERISPELA EM MID +LRA

1ºDPO DE DEBRIDAMENTO DE ULCERA EM DORSO DO PÉ

EF: BEG, CONSCIENTE E ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, NORMOHIDRATADO, NORMOCORADO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO.

ACV: RCR EM 2T BULHAS NORMOFONÉTICAS S/SOPROS, CLIQUES OU ESTALIDOS

AR: MV+ EM AMBOS HEMITÓRAX, DE ÁPICES A BASE, S/ RA

ABDOMEN: GLOBOSO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO, RUÍDOS HIDROAÉREOS PRESENTES

MEMBRO INFERIOR DIREITO: MANCHAS ERITEMATOSAS EM COXA DIREITA, PLACA ERITEMATODESCAMATIVA EM REGIÃO TIBIAL, BOLHA SANGUINOLENTA EM TERÇO MÉDIO DA PERNA; CALOR; RUBOR; PANTURRILHAS EMPASTADAS; EDEMA +4/+4; ÚLCERA PÓS ROMPIMENTO DE FLICTEMA EM DORSO DO PÉ;

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO: SINAIS DE INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA

SINAIS VITAIS: SAT:97%A.A FC:82bpm PA:110X60mmHg

CD: SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS

PRESCRIÇÃO

1	DIETA ORAL LIVRE	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 2000 ML EV EM 24 HS	17/04/18 3=45
3	OXACILINA 2G+ 100 ML SF 0,9%, EV, 4/4H D13/D14	10/14/18 22/02/08
4	CEFTRIAXONA 1G---1AMP+ABD, EV, 12/12 H D10/D14	10/14/18 22/02/08
5	DIPIRONA 500 MG/ML---1AMP+ABD, EV, 6/6H, FIXO	10/14/18 22/02/08
6	MEPRAZOL 40 MG+DILUENTE---1AMP, EV, EM JEJUM	08/04/18
7	PLASIL 10MG/2ML---1AMP+ABD, EV, 8/8H, SN	SV
8	HEPARINA 5000UI---1AMP, SC, 12/12H	10/14/18 22/02/08
9	HGT DE 12/12H / INSULINA R / SC / CONFORME PROTOCOLO HGT: TÉ 150 mg/dl / 0 UI	10/14/18 22/02/08
	151 À 200 mg/dl / 2 UI	
	201 À 250mg/dl / 4UI	
	251 À 300 mg/dl / 6UI	
	301 À 350 mg/dl / 8UI	
	350 À 400mg/dl / 10 UI	
	>400 mg/dl + CHAMAR PLANTONISTA.	
10	MANTER MID ELEVADO	
11	SSVV+CCGG	
12		
14		
15		
16		
17		
18		
19		

Dr. Fco Diego Costa Dantas
Médico
CRM 5803 / RN

Leilson Araújo de S. Filho
12/04/18

Alvo 750 mg
Lasix 40 mg

**SINISTRO 3170604114 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** SOLON HENRIQUE FILHO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** TERRA DO SOL
ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME - Filial/RN**BENEFICIÁRIO** SOLON HENRIQUE FILHO**CPF/CNPJ:** 37827278434**Posição em 31-03-2018 10:33:38**

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT.
Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo
neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
05/12/2017	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75
29/03/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Buscar no site



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

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170604114 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA SOLON HENRIQUE FILHO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME - Filial/RN

BENEFICIÁRIO SOLON HENRIQUE FILHO

CPF/CNPJ: 37827278434

Posição em 16-02-2018 23:38:29

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
05/12/2017	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
28/12/2017	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	
28/12/2017	Interrupção de Prazo	
27/12/2017	Aviso de Sinistro	



Poder Judiciário
Estado do Rio Grande do Norte
Juízo de Direito da Comarca de Areia Branca/RN
Secretaria da 2ª Vara

Número do processo: 0100725-87.2018.8.20.0113 - Procedimento Ordinário
AUTOR: SOLON HENRIQUE FILHO
RÉU: Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

CERTIDÃO

Recebi os presentes autos, nesta data, do Cartório Distribuidor desta Comarca.

Areia Branca, 25 de Abril de 2018.

Anne Cristianne Alves da Cunha
Auxiliar de Secretaria

TERMO DE CONCLUSÃO

CONCLUSOS, estes autos, nesta data, ao Exmo. Sr. Dr. Flávio Roberto Pessoa de Moraes, Juiz de Direito da 2ª Vara da Comarca de Areia Branca/RN.

Areia Branca, 25 de Abril de 2018.

Anne Cristianne Alves da Cunha
Auxiliar de Secretaria



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
2ª VARA DA COMARCA DE AREIA BRANCA

PROCESSO CÍVEL Nº 0100725-87.2018.8.20.0113

Ação de Procedimento Ordinário

Requerente: SOLON HENRIQUE FILHO

Requerido: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

DESPACHO

Vistos.

Em juízo de cognição sumária, entendo presentes os requisitos da petição inicial.

Defiro a gratuidade judiciária (art. 98 do CPC).

Tendo em vista a necessidade de prova pericial e as peculiaridades das ações indenizatórias sobre seguro obrigatório, deixo de designar, inicialmente, a audiência que alude o artigo 334, do CPC, observando-se a regra contida no § 4º do mesmo dispositivo, uma vez que é costume das demandadas (seguradoras) somente realizarem acordo após a realização da perícia médica no caso de indenização por invalidez.

Havendo necessidade de perícia médica, motivo pelo qual nomeio o Dr. MANOEL FERNANDES DA SILVEIRA, Médico Ortopedista, com endereço na Rua Pedro Velho, 320, Orthos – Santo Antonio - Mossoró/RN, 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 firmado pelo TJ/RN e a Seguradora Líder dos Consórcios de DPVAT S/A, mediante termo de compromisso, cumprindo ao profissional cumprir escrupulosamente o encargo que fora cometido, nos termos do disposto no art. 422, do Código de Processo Civil.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação. **Cite-se a parte requerida para, no prazo de 15 (quinze) dias, contestar a presente ação**, sob pena de presumirem-se verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor.

Providencie a Secretaria Judiciária:

a) citação da parte promovida, no prazo legal de 15 (quinze) dias;

b) intimação do(a) perito(a) para ciência, no prazo de 05 (cinco) dias;
c) intimação dos advogados dos litigantes, para, em 05 (cinco) dias, a contar da intimação da presente deliberação, querendo, ratificarem ou apresentarem seus quesitos, bem como indicar perito assistente.

Em seguida, após a intimação das partes para a quesitação e indicação de assistente, assim requeiram, proceda-se com a realização de perícia.

O recolhimento dos honorários periciais, conforme convênio supracitado, ocorrerá logo após a realização da perícia, devendo a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ser intimada para tal ato, no prazo de 10 (dez) dias, caso não junte o devido comprovante de pagamento.

Havendo preliminares e/ou alegação de fatos impeditivos, modificativos ou extintivos do direito autoral, ouça-se a parte autora, no prazo de 10 (dez) dias. Em seguida, após a intimação das partes para a quesitação e indicação de assistente, assim requeiram, proceda-se com a realização de perícia.

Publique-se. Intimem-se. Cumpra-se.

Areia Branca, 30 de setembro de 2018.

Areia Branca/RN, 18 de setembro de 2018.

(Documento assinado digitalmente na forma da Lei nº 11.419/06)

Thiago Lins Coelho Fonteles
Juiz de Direito



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
JUÍZO DE DIREITO DA 2ª Vara DA COMARCA DE Areia Branca

65
[assinatura]

CARTA DE INTIMAÇÃO

Ref.: 0100725-87.2018.8.20.0113-001

Ao(à)

Dr. Manoel Fernandes da Silveira - Médico Ortopedista

Rua Pedro Velho, 320, Clínica Orthos, Centro

Mossoró-RN

CEP 59611-010

Processo nº 0100725-87.2018.8.20.0113

Ação: Procedimento Ordinário

Autor: Solon Henrique Filho

Requerido: Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

Pela presente, extraída dos autos do processo infra identificado, venho comunicar que V. S^a. foi nomeada perito(a) no referido feito, ficando desde já INTIMADO(A) para cumprir o ofício, respondendo os quesitos elaborados pelas partes (cuja cópia segue em anexo), se houver, anexados aos autos do referido processo, marcar e informar ao Juízo a DATA, LOCAL e HORÁRIO para realização da perícia, com antecedência de 60 (sessenta) dias. Após a realização da perícia, deverá V. Sa. entregar o laudo no prazo de 20 (vinte) dias, contados da data da juntada do aviso de recebimento nos autos do referido processo.

OBSERVAÇÕES:

1ª) Os honorários periciais encontram-se depositados em conta judicial vinculada aos mencionados autos, no valor de R\$ 200,00 (duzentos), os quais serão liberados após a entrega do respectivo laudo.

2ª) O(a) perito(a) deverá marcar e informar ao Juízo a DATA, LOCAL e HORÁRIO para realização da perícia, com antecedência de 60 (sessenta) dias, contados da data da juntada do AR (aviso de recebimento) desta carta aos autos do processo.

3ª) Se houver quesitos, as cópias dos mesmos segue anexados à presente carta.

4ª) Caso o perito não possa realizar a perícia, deverá oferecer sua escusa no prazo máximo de 05 (cinco) dias, também contado da data da juntada do AR nos referidos autos.

5ª) O prazo para entrega do laudo pericial é de 20 (vinte) dias após a realização da perícia.

Areia Branca/RN, 20 de junho de 2019.

Gledson Florêncio da Silva
Chefe de Secretaria

BR 110, KM 02, Centro - CEP 59655-000, Fone: 3332-3026, Areia Branca-RN - E-mail:
arv2vara@tjrn.jus.br

As informações processuais podem ser acompanhadas através do sítio "www.tjrn.jus.br"

de 995752807 T8



66
Paula

PODER JUDICIÁRIO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
JUÍZO DE DIREITO DA 2ª Vara DA COMARCA DE Areia Branca

CARTA DE CITACÃO

Ilmo(a). Sr(a).

Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A
Rua Senador Dantas, 74, Andares 5,6,9,14, e 15, Centro
Rio de Janeiro-RJ
CEP 20031-205

Processo n.º 0100725-87.2018.8.20.0113

Ação: Procedimento Ordinário

Requerente: SOLON HENRIQUE FILHO

Requerido: Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

Documento n.º: 0100725-87.2018.8.20.0113-002

Prezado(a) Senhor(a),

De ordem do(a) Dr. Thiago Lins Coelho Fonteles, Juiz de Direito da 2ª Vara, fica Vossa Senhoria CITADA, para querendo, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar contestação, sob pena de revelia e serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial.

Seguem cópias da petição e do despacho iniciais.

Areia Branca/RN, 20 de junho de 2019.


Gledson Florêncio da Silva
Chefe de Secretaria

AR 9957528 J5TJ