

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	002.633.331
NOME	ANTONIO HELLO SALLES
FILIAÇÃO	FRANCISCO SALLES - PESQUERO MARIA DA CONCEICAO RODRIGUES SALLES
NATURALIDADE	OLHO D'ÁGUA DO BORGES RN
DATA DE NASCIMENTO	10/07/1984
DOC. OFERT.	DE NASCIMENTO L-14 E-14 RI-2356
OLHO D'ÁGUA DO BORGES RN-CARTÓRIO ÚNICO CARTÓRIO	
CPF	065.130.784-50
2a. VÍA	
CORREIA, ADALBERTO	
Data: LEI Nº 7.716 DE 29/08/89	



Natal

01/01/19 / 01.01.19.

pre-emptive

meat ~~meat~~

S. C. G.

Artistic
Heads
Society

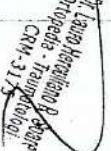


**PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel**
Prontoclinica da criança Ltda.

PLANTÃO 24 HORAS



Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordestão Ponta Negra) - Natal/RN



Assinado eletronicamente por: JOSE CANDIDO NETO - 11/05/2019 17:28:36
<https://pjef1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051117195218900000041446905>
Número do documento: 19051117195218900000041446905

Num. 42862065 - Pág. 1

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANTONIO HELIO SALES

RG nº 002.633.321, data de expedição 20 / 11 / 2015, Órgão SSP/RN,

CPF nº 065 190 784-50, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua JOÃO LOPES BEZERRA</u>
Número	<u>43</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>LINDA NA SOL</u>
Cidade	<u>UVALEMMA</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59670 - 000</u>
Telefone de Contato	<u>99809 - 9628</u>
E-mail	<u>não posso</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: OLHO D'ÁGUA DO BORGES/RN 02/04/2019

Assinatura do Declarante: Antônio Helio Sales



INSTRUMENTO PARTICULAR DE MANDATO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: Antônio Hélio Sales,
brasileiro, solteiro, advogado,
portador(a) da carteira de identidade RG nº 002.633.321 - SSP/RN,
inscrito(a) no CPF sob o nº 065.190.784-50, residente e domiciliado(a)
no(a) Rua João Lopes Rego, 93,
Bairro Ladeira do Sol, Caicó/RN, CEP
59670-000.

OUTORGADO: JOSÉ CÂNDIDO NETO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.393, com escritório profissional localizado na Rua Marina Neves Dantas, Nº 19, Bairro Castelo Branco, Caicó/RN – CEP: 59.300-000.

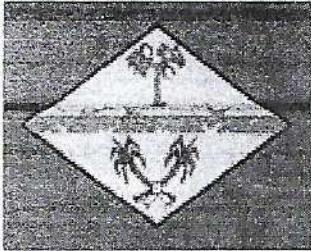
PODERES: O(A) outorgante concede procuração geral para o foro, conforme o artigo 105 do CPC, bem como os poderes da cláusula "ad judicia et extra" e os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, representar junto às instituições e repartições públicas federais, estaduais e municipais, autárquicas, sociedades de economia mista, pessoas jurídicas de direito ^{privado} ou pessoas físicas em geral, podendo substabelecer, e, finalmente, praticar todos os demais atos necessários ao fiel cumprimento deste mandato.

Caicó - RN, 25 / 03 / 2019

Antônio Hélio Sales

(outorgante)





Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal de Olho D'Água do Borges – RN
Palácio Mário Solano de Moura
CNPJ Nº 08.349.029/0001-95
Rua Etevino Sales, SN – Centro – CEP: 59730-000
Tel: 3364-0305 – Fax (84) 3364 -0282
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E SANEAMENTO
www.olhoguadoborges.rn.gov.br



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o paciente Antônio hélio Sales, solteiro, portador do R.G. de nº002.633.321 / ITEP /RN e CPF 065.190.784-50, deu entrada no Hospital Maternidade Rita Elvira da Silva, por volta das 21:50 mim, do dia 26 de setembro de 2018, vítima de acidente automobilístico, apresentando graves escoriações, com fratura exposta ao nível de tibia onde foi realizado a limpeza e curativo, paciente consciente, orientado. Recebeu o primeiro atendimento e em seguida foi encaminhado para outros serviços.

Do que para constar passo e assino o seguinte documento.

Olho D'Água do Borges – RN, em 12 de março de 2019.


Ana Laize Dias Sales
ENFERMEIRA
COREN: 467064





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walferdo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES					
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES					
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE						
5 - NOME DO PACIENTE <i>Ajorá Helio Sales</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO					
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	1	FEMININO	2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - FONE DE CONTATO					
12 - ENDERECO (RUA, N°)						
13 - BAIRRO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Forante de moto por + 30 dias
com fixo e extenso bloquendo fôrnozico
peito. Dolor. Peso*

crembarço

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Gastrite

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Ex. f5 flex

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>FATIGA 3 quedas</i>	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUTOS ASSOCIADOS
PROCEDIMENTO SOLICITADO:			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO <i>feride f5 flex extro + fatigas + abcesso</i>	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Leandro Melo</i>
28 - CODIGO DO PROCEDIMENTO			29 - DT SOLICITAÇÃO <i>25/10/18</i>
			30 - CNES / CPF

31 - ASSINATURA E CARIMBO (P/ REG. CONSELHO)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BRINETE	35 - BONUS
36 - () ACED. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACED. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL		DESCRICAÇÃO / CLASSIFICAÇÃO SEGURO / LEGAL	
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ()	44 - () GRAVE
		45 - () FERIMENTADA	

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	47 - DT AUTORIZ.	48 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE / AVALIAÇÃO	49 - IP DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO / HOSPITALAR (APP)
48 - CNES / CPF	50 - DT AUTORIZ.		
52 - ASSINATURA E CARIMBO (P/ REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (P/ REG. CONSELHO)		

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





SESAF/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MNR
BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 26551 /2018
Admissão: 26/09/2018 23:20:29

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: 23032 - ANTONIO HELIO SALES (34 a 2 m 16 d)
Nascimento: 10/07/1984 Natural: OLHO-D'AGUA DO BORGES.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 700805407395182 CPF: 06519078450 Prof:
Mãe: MARIADAS GRACAS RODRIGUES SALES Pai: FRANCISCO SALES CARNEIRO
Logradouro: MOISES CHAVES, 40 Cidade: OLHO-D'AGUA DO BORGES
CEP: 59730000 Bairro: CENTRO
Telefone: 84 996530152 84 996530152 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO
Origem: AMBULÂNCIA OUTRO

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO
Queixas: FRATURA EXPOSTA DE FIBULA ESQUERDA, APÓS QUEDA DE MOTO.

Queridas:

paciente vítima de queda
de moto eletro 114 3 de out.
ao exame
fraturas expostas da tíbia
e peroné.

Diaqñ. Inicial:

*Saída: - () Decisão médica; () Enc. outroServiço; () Evasão; () Interna; CID Proc.

Data: 1 / 18 Hr: Ass. Médico:

Avia SX por JOSE MARIA DA SILVA. Impresso em 26 de Setembro de 2018.



CD: 5820

Código: 04080 5º 4º

KELLENTE GURGEL
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 6756 TECIT 14293

ortopedia - 21/09/18 h.

Fratura bicondilar do joelho N° 6
do lado direito com deslocamento
severo anterior.
fissura - Face medial, crura 8cm, C/

muito sugem. (rotaciona-
mento contínuo).

KELLENTE GURGEL
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 6756 TECIT 14293

Cefalo - 20g a 26ºAI.

Dentro - 240g a 16ºAI.

COPIA AUTENTICA DO DOCUMENTO
ESTA COPIA FOI FEITA SOBRE
SAMM MOLDE DA DOCUMENTO
SAMEJARQUNO

KELLENTE GURGEL
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 6756 TECIT 14293



09/10/2018

SISREG III - Servidor de Produção

Código 260119201

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:

HOSPITAL REGIONAL DR TARCISO DE VASCONCELOS MAIA

Município Regulador

MOSSORÓ

Data Desejada**CNES:**

2503689

Unidade Desejada:

Não Informado

CNES:

DADOS DO PACIENTE

CNS

700805407395182

Nome do Paciente

ANTONIO HELIO SALES

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

10/07/1984 (34 anos)

Nome da Mãe:

MARIA DAS GRACAS RODRIGUES SALES

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

186

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

Nome do Responsável:

TATICO / ANA PAULA

Nome Social/Apellido:

Raça:

AMARELA

Tipo Sanguíneo:

Naturalidade:

OLHO-D AGUA DO BORGES - RN

Logradouro:

EUGENIO FERNANDES

Complemento:**Bairro:**

LEANDRO BEZERRA

CEP:**Município de Residência:**

CARAUBAS

UF:

RN

Telefone do Responsável:

99988-1251 / 99831-5505

**Status da
Solicitação:**

PENDENTE

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:**Nome do Médico Solicitante:**

NAYARA G R SOUZA - ORTOPEDISTA
CRM 0726

Diagnóstico Inicial - CID:

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA - S823

Classificação de Risco

AMARELO - urgência, atendimento o mais rápido possível.

Caráter

11 - Urgenda

Clínica:

ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Clínica Complementar:

Nenhuma

Procedimento Solicitado:**Código:**

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BINALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNozELO

0408050497

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO EVOLUI COM FRATURA DE TORNozELO.

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:**IMAGEM****Condições que Justificam a Internação:**

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Natureza da lesão

Grave

PARECER

Situação:**Operador Solicitante:**

PENDENTE

01240255446RAQUEL

Motivo de Impedimento do Regulador

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante (examinador)**CRM****Data**

09.10.2018 -
10:39:55

Data da Extração dos Dados: 09/10/2018 10:39:55

[Nova Solicitação](#) | [Imprimir](#)



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

M.Rom

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Antônio Hélio Sales

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RACA/COR

Male

1

Fem

3

11 - NOME DA MÃE

12 - FONE DE CONTATO

DDD

Nº DO FONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - FONE DE CONTATO

DDD

Nº DO FONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente automobilístico envolvendo
fratura de tímpano bimalar L.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de correção cirúrgica

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

Rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de tímpano

24 - CID 10 PRINCIPAL

SB2.0

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Cirurgia de tímpano

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cirurgia de tímpano

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0110181051091917

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Antônio

() CNS

() CPF

02110 113

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Dr. Antônio

02110 113

36 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTONÔMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

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

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

/ /



204 B

Dr. Joauro - C.R. 405034.

PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel

REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH:	Nº ATENDIMENTO	DATA 04/02/19 HS:
TIPO DE INTERNAMENTO:	<input checked="" type="checkbox"/> CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO	
ACOMODAÇÃO: GUF - L.	LEITO: 204 B	CONVÉNIO SUC
MATRÍCULA 300805407395182	VALIDADE	
ASS. DO RESPONSÁVEL PELO INTERNAMENTO:		

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: APOMO HAUO SALLES		SEXO: ()M ()F
DATA DE NASCIMENTO: 10/07/84 RG: 002633321 CPF:		
FILIAÇÃO MÃE: MARYA JAS GRAGAS NOBOMBUZ SALLES		
PAI: FRANCISCO SALLES CORREIA		
ENDEREÇO: AV JOÃO VIEIRAS BELEMMA	Nº 173	
BAIRRO: CENTRO	CIDADE: UPAONABA	
ESTADO: RN	CEP: 59640-000	
RESPONSÁVEL:	PARENTESCO:	
FONE: (84) 99704-5645	FONE: (84) 99506-7086	

SUMÁRIO DE ALTA

TIPO DE ALTA: ()MÉDICA <input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> OBITO
DATA: / / 2019 HORA: ASS:RESPONSÁVEL DO SETOR:

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

Evolução de + 4 mes.
Sem complicações
em níveis medíos.
Retardo em fases
leves.

PRONTOCLÍNICA DA CRIANÇA LTDA
CNPJ: 09.417.742/0001-91
Confere com o Original
Data: 28/02/2019
Pronto Clínica da Criança Ltda
Patrícia Medeiros
Faturante

Dr. Joauro H. Gurgel
Medicina da Criança
C.R. 405034
04/02/2019

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO



DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

PACIENTE EM DBH + RAQUIANESTESIA E SEDAÇÃO

GARROTE + ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

INCISÃO EM FACE MEDIAL DE TORNozELO ESQUERDO + DIVULSAO POR PLANOS

REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA MÉDIAL COM 82 PARAFUSOS ESPOONJOSOS

SUSTITUA SUS PLANOS + CUBATIVO + IONES

RETIRADA DE GARROTE

ASSINATURA OIL CABIMBO DO MÉRICO

BOLETIM DE ANESTESIA

BOLETIM DE ANESTESIA

					MONITORAÇÃO
20	O ₂ CONTÍNUO				EKG + PNI + SPO ₂
18	S _p O ₂				VENÔCLISE - JELCO 20G
16	ETCO ₂				MEDICAÇÕES
14					MIDAZOLAM 0,05mg - 1AMP -> 2mg
12					FENTANIL 100mcg - 1 AMP -> 80mcg
10					BUDRACANA H8 - 1AMP -> 17mg
8					MORFINA 0,7mg - 1AMP -> 60mcg
6					CEFAZOLINA - 1FR -> 26
4					DEXAMETAZONA 10mg - 1 AMP -> 10mg
2					DIPIRONA - 1AMP -> 2G
					TENOXICAN 40mg - 1FR -> 40mg
					BROMOCRIDA 10mg - 1AMP -> 30mg
					RANITIDINA 50mg - 1AMP -> 50mg
N					CATETER TIPO ÓCULOS - 1UN
O					HOLÍPO - 1UN
T					SF 0,9% 100ML - 1FR
C					RS 500ML - 2SR
O					SPINOCAN 27G
E					
S					
	MIN. C/ ACRÉSCIMO	MIN S/ ACRÉSCIMO	TOTAIS		INÍCIO DA ANESTESIA: INÍCIO DA CIRURGIA: TÉRMINO DA CIRURGIA: TÉRMINO DA ANESTESIA: OBSERVAÇÕES:





PRONTO CLÍNICA E MATERNIDADE
Dr. Paulo Gurgel

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Antônio Hilário Soárez Nº REGISTRO 405036

Data Nascimento 10/07/81 IDADE 38 Sexo M LEITO: 1016 Data de Admissão 01/02/19
MÉDICO: Dr. Loulo

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO ÁGUA? () Não Sim inicio: _____ PESO: _____ Kg Altura: _____ cm

RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: SIM () NÃO

ALERGIAS: NÃO () SIM: Nepo

DOENÇAS PREGRESSAS: () DM () HAS () TABAGISMO () HIV () Hep B () Hep C () Arritmias () DPOC () AVC ()
Marcapasso () Outros: Nepo, tubo Medicamentos de uso frequente: Não

Consentimento Cirúrgico Preenchido () Não Sim

Exames: Labor Raio x () USG () TC () RNM () Risco cirúrgico Outros: _____

Encaminhado: () Deambulando () Cadeira de Rodas Maca consciente () Inconsciente Orientado ()
Desorientado

Anotações de Enfermagem: _____

Bruna Thayna da C. Manahlo

Conferido informação acima por: *Bruna Thayna da C. Manahlo* - 02 Hora _____

ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Fuoturio TNZ 15

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO: Limpa () Contaminada () Potencialmente Contaminada () Infectada

1. Equipe completa presente Sim () Não
2. Paciente com identificação e cirurgia confirmada
3. Termo de consentimento Cirúrgico () hemoterápico () não, caso não esteja assinado contatar o médico.
4. Local da intervenção marcado corretamente sim () não () não aplicável
5. Bisturi elétrico disponível e testado
6. Aparelho de Anestesia
7. Equipamento de Vídeo ()
8. Monitor Multi-Parâmetro
9. Saída de: Oxigênio Ar Comprimido () Vácuo ()
10. Aspirador cirúrgico disponível e testado
11. Mesa cirúrgica testada



12. Hemoderivados solicitados e reservados () sim NÃO () Não aplicável
 13. Paciente tem alergia conhecida () sim não
 14. Aparelho de anestesia testado sim () não
 15. Esterilizações dos instrumentais com indicadores sim () não

ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

16. Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta
 17. Confirma preparo da pele com clorexidine degermante e tópica Sim () não
 18. Confirmar antibiótico profilático administrado sim () não aplicável
 19. Paciente em posição adequada sim () não

EQUIPE DE ENFERMAGEM

20. Confirmar se a disponibilidade dos materiais e equipamentos solicitados para cirurgia
 20. Confirmar com a equipe médica se os exames necessários estão disponível
 21. Confirma bisturi elétrico e placas instalados corretamente

INTRA-OPERATORIO

Posicionamento: Dorsal Lateral direita () Lateral esquerda () Posição Ginecológica ()
 () Decúbito Proclive () Decúbito Ventral

Monitorização cardíaca: sim () não PNI/Manguito em: MSE Placa neutra: Local: _____

Passado faixa de smarch: Não () sim, em: _____ Inicio _____ Termino _____

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: Clorex degermante () Clorex aquoso
 Clorex Alcoólica () PVPI degermante
 () PVPI tintura Alcool 70%

Infusões: SF0,9% _____ ml R.Lactato: _____ ml R.Simples: _____ ml SG5%: _____ ml

Drenos: () Penrose nº _____ () Porto-vac nº _____ () Tórax nº _____

Sinais vitais: PA 100/63 mmhg FC 79 bpm Sat: 96 % T: 36 °C Horas: _____

Anestesia: Início 16:00 Termino 17:15 () Geral Inhalatório () Geral Venosa () Sedação () Local
 () Peridural Raqui () Bloqueio: _____

IOT: Não () sim - Cânula nº _____ IOT aramado: não () sim nº _____

AVP: () não sim _____, Jelco nº 20 por 5 ADY

Cateter O2: não () sim SNG: () NÃO () SIM Nº _____ SVD () NÃO () SIM Nº _____

Ferida operatória: Curativo Lumbo e Reco

Cultura: _____ Anát.Patológico: () Não () Sim _____ Unid: _____

Material Explantado: _____

Conferido por Aryne Cidro Gólio do Souza Intercorrência: SI
COREN RN 303.794-16

ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada sim () não

Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta,

Medicações administradas (anotar horários) 2 FA Ceto zolima



OPN: () NÃO () SIM, qual

02 PF Bonfoco N° 50

Anotações de Enfermagem e Intercorrências

31

Início da cirurgia: 16:10 Termino da cirurgia: 17:05

CIRURGIÃO	Dn. Mauro	ASSISTENTE:		ANESTESIOLOGISTA	Dn. JESY
INSTRUMENTADORA	Liliane	CIRCULANTE:	Maria	ENFERMEIRA:	Edna

URPA (Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

- () Acordado () Sonolento () agitado Ar ambiente () MV 50%
() Cateter de O2 () TQT / AVP () AVC
() Hipotensão () Hipertensão () Bradicardia () Taquicardia () Tremor () Dor () Baixa Saturação
() Hemorragias () Desorientação () Agitação () Dispneia () Broncoespasmo () Outros.

Medicações Administradas na URPA (anotar horários)

Encaminhado para o andar

AVP () AVC () SNG () SVD FECHADA () DRENOS () CURATIVOS LIMPO ()

GESO EM: MSD () MSE () MID () MIE ()

EXAMES: () Labort () Raio x () USG () TC () RNM () RISCO CIRURGICO () OUTROS

ENCAMINHADO: () Enfermaria () UTI () Alta Hospitalar () Outros

Anotações de Enfermagem: Sifte ss / férias, aos cuidados da enfermeira;

ENCAMINHADO POR:

Bonita Imperatriz Maninho

HORA:-

COREN RN - 126598-TE



PELE

- HIDRATADA RESSECA ICTÉRICA
 NORMOCORADA HIPOCORADA CIANOSE
 EXTREMIDADE FRIAS NORMOTÉRMICA
 HIPOTERMIA: _____
 HIPERTERMIA: _____
 DRENO Local: _____
Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

- EUPNEICO DISPNEICO TAQUIPNEICO
 BRADIPNEICO TIRAGEM: _____
 RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
 TAQUICÁRDICO NORMOCÁRDICO BRADICARDICO

OBSERVAÇÕES: _____

*Paciente em evolução
Anexos de pre e pos*

ASPECTO GERAL

- CONSCIENTE ORIENTADO ALGO ORIENTADO _____
 ATIVO REATIVO HIPOATIVO
 HIPERTÔNICO HIPOTÔNICO
 COMATOSO SEDADO ANASARCA EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

- AVP: _____
 AVC: _____
 Jelco: *MSD*
 Scalp.: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

- HV _____
 BI _____
 ATB *Cefazolin*

PELE

- HIDRATADA RESSECA ICTÉRICA
 NORMOCORADA HIPOCORADA CIANOSE
 EXTREMIDADE FRIAS NORMOTÉRMICA
 HIPOTERMIA: _____
 HIPERTERMIA: _____
 DRENO Local: _____
Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

- EUPNEICO DISPNEICO TAQUIPNEICO
 BRADIPNEICO TIRAGEM: _____
 RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
 TAQUICÁRDICO NORMOCÁRDICO BRADICARDICO

OBSERVAÇÕES: *SQ*

Ex pos ok

ESTÍMULO: _____
 AUSENTE _____ DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOME

- FLACIDO GLOBOSO SEMI GLOBOSO
 DISTENDIDO DOR A PALPAÇÃO
 TIMPÂNICO MACIÇO RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOCÃO

- DEAMBULANDO CADEIRA DE RODAS
 SOBRE MACA MULETA

DIETA

- AO SEIO ORAL/COPINHO GTM
 SOG/SNG _____
 RESÍDUO GÁSTRICO: _____
 ZERO VOMITO _____ vezes

*Marcene Azevedo N. F. M.
Enfermeira*

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

HORÁRIO: 21h

VENTILAÇÃO

- O2 AMB MV _____ % HOOD:
 ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE

- ESPONTÂNEA SVA A CADA: _____
 HEMATÚRIA OLIGÚRIA ANÚRIA
 POLIÚRIA SVD _____
ASPERCETO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

- ESPONTÂNEA
 ESTÍMULO: _____
 AUSENTE _____ DIAS

ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOME

- FLACIDO GLOBOSO SEMI GLOBOSO
 DISTENDIDO DOR A PALPAÇÃO
 TIMPÂNICO MACIÇO RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOCÃO

- DEAMBULANDO CADEIRA DE RODAS
 SOBRE MACA MULETA

DIETA

- AO SEIO ORAL/COPINHO GTM
 SOG/SNG _____
 RESÍDUO GÁSTRICO: _____
 ZERO VOMITO _____ vezes

*Wellide
554066*

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro



HOTELCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

- RELATORIO DE ENFERMAGEM



PACIENTE Antonio Henrique
APTO.: 101C Nº REGIST.
CONVEN. Ses

USO DE:	DATA / H	USO DE:	DATA
BOMBA DE INF.	DIL	ECG	
NEBULIZADOR	Nº	OXIG./UMIDIF.	
ASPIRADOR	DIL	BERÇO AQUECIDO	
CURATIVO		FOTOTERAPIA	
		INCUBADORA	
DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
05.02.19	13:30	paciente encaminhado ao corredor meio + Moquinho, congeante, orientado o ambiente, em vaneo O1 impresso de Rx + exame	Simone Pontes da Silva COREN - RN 993.740 - TE
/	17:20	pct. heterotrou do re	
05.02.19	20hs	Adm med. Cetapolina 1FR + 50ml SF 0,9% IV + Dipirona 1amp + 18ml EV + Furoxicon 40mg 1FR + 18ml Abd EV conforme prescrito	
05.02.19	02hs	Adm med. Cetapolina 1FR + 50ml SF 0,9% IV + Dipirona 1amp + 18ml Abd EV conforme prescrito	
06	08:00	Adm. med. cefazolina 3fras associado em 50ml SF + EV -	
07	08:00	Adm. onda. Dipirona 0,1amp em 18ml Abd EV	
10	08:00	adm. med. tilatil 40mg OI In em 18ml Abd EV	
06.02.19	15:30	Pct. baile de alta hospitalaria de cadeira - de - molas. Concomente, em 1/2 ambiente, evanescido. Todas os molas devem ser removidas. Em caso de OI Rx + exames dirit. + O1 imp. Rx.	Veronica Alves Ferreira Res. 1101785 COREN - RN 1101785



DR. PAULO GURGI

Nome profissional: **Antônio Hevio Souza**
RG: 002.633.221
Cirurgia proposta: **TVE E**

CONSISTÊNCIA DE CIRURGIA SEGURO

Data Nascimento: **10/01/84**
Data: **05/02/19**
Modalidade: Electiva Urgência

Enquadramento de clientes no Centro Cirúrgico		Antes da Iniciação à Anestesia	Antes de iniciar a cirurgia	Antes de cliente sair da SO
		Check list	Time out	Check out
* Identificação do cliente		<ul style="list-style-type: none"> • Confirmação sobre o cliente • Identificação do cliente • Local da cirurgia a ser feita • Procedimento a ser realizado • Consentimento anestésico e cirúrgico • Ponto cirúrgico certo • Monitoragem da SO de acordo com o procedimento programado • Não • Revisão dos equipamentos de anestesia • Não • Materiais de vias aéreas disponíveis • Funcionantes • Endoscópio • Máscara de O2 • Ambu • Aspirador • Cricína endotraqueal • Fio guia • Bougie • Guedel • Há risco de perda sanguínea >500mL (MLR em crianças)? • Não • Reserva sanguínea? • Não • Acesso venoso adequado e pérlio? • Sim • AWC / APP • Não • O cliente tem alergia? • Não 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais • Staff <ul style="list-style-type: none"> 1º cirurgião 2º cirurgião Anestesiista Circulante • Cirurgiões, anestesiistas e equipe de enfermagem confirmam identificação do cliente • Áudio cirúrgico • Procedimento a ser realizado • Placa de eletrocirúrgico posicionada • Uso de antibiótico profilático • Exames de imagem estão disponíveis • Revisão do cirurgião, passos críticos Duração estimada / Possíveis perdas sanguíneas • Não • Revisão do anestesiista • Não • Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário • Não 	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimento realizado Alceste • A contagem de compressas, agulhas e instrumentais está correta? • Não • Não aplica • Peças anatomicas/culturais identificadas adequadamente e requisição preenchida? • Não aplica • Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? • Não • Não aplica • Recomendações importantes na recepção desse cliente: • Cirurgião DJ. Rose
Exames				Enfermagem Elisa Almeida Elisa Almeida
Laboratoriais				Obs.: _____
Biópsia				Obs.: _____
Rofrado protese e adorno?				Ass.: _____
Sim				
Type de precaução				
Padrão				
Goticulas				
Aerosóis				
Ent/Pec.enf.				
Francisco de Sá				
TC. (Assinatura)				
Conselho (Assinatura)				

PREScrição MÉDICA

PACIENTE: Antônio Hélio Sales
REGISTRO: _____
PRESCRIÇÃO: _____

letaria livre a partir das 17hs

Fisiológico 1500ml 2V / Dia

Cefazolina - 1FR + 50ml SF 0,9%, IV, 6/6h

Ipronia - 1 amp + 18ml ABO, IV, 6/6h

Mexican 40mg - 1FR + 18ml ABD EV / Dia

Ramam 100mg - 1 amp + 100ml SF 0,9%, IV, 8/8h, SE N
Basil - 1amp + 100ml SF 0,9%, IV, 8/8h, SE N
anterior MIE elevado

VV e CCGG

Atto Notarile

Dr. Lucio Henrique R. Senna
Ortopedia - Traumatologia
Caxias-3175

Francisco Alves de M. V.
Entomologista
CRM - 13371-SG

Enfermeira

Dr. Lucio Henrique R. Senna
Ortopedia - Traumatologia
Caxias-3175

RC FARMÁCIA

RECIBO

DÉBITOS
SERRINGA 01
SERRINGA 03 CC
SERRINGA 05 CC
SERRINGA 10 CC
SERRINGA 20 CC
EQUIPO MICROGOTAS
EQUIPO P/B
EQUIPO P/SANGUE
JELCO N°
SCALP N°
POLIFIX
LUNA PROCEDIMENTO
LUNA ESTER. N°
GASES PCT
ESPARADRAPO
MICROPORE
PVPI
ETER
ALCOOL 70% ml
ALGUDIAO BOLA
AGULHA DESC.
CREPOM N°
ALGODÃO ORTOP.
CEPACOL ml
POMADA
SONDA DE FOLEY
SONDA URETRAL
SONDA NASO
COLETOR FECHADO
COLETOR ABERTO
LAMINA BISTURI
ELETROLÓDIO
MASC. DESCAT
SORO FISIO. 0,9%
FITA HG-T





**PRONTOCLÍNICA E MATERNIDADE
Dr. Paulo Gurgel**
Prontoclinica da Criança Ltda.
EVOLUÇÃO MEDICA

PACIENTE: Antônio Hélio Sales

APTO.: _____ **CONVENIO** _____ **SUS**
MÉDICO: Dr Lauro Herculano

MÉDICO: Dr.Lauro Herculano





PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

EVOLUÇÃO MEDICA

PACIENTE: Antonio Herzo RE GISTRO Nº _____
APTO.: 101C CO NVENIO _____
MÉDICO: Luisito

DATA / HORA	DESCRIÇÃO MEDICA
05.02.19, 11h	nutrição



PRO[®] RICHLINCO
Dr. Paulo Gurgel
NOME: Akito

CONTROLE HÍDRICO E T.P.R. APT 9 101C

AP'19

NAME: Antonio Hélio Sales

NOME:

DIA	HORAS	PRESSAO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PULSO	DIETA	VÓMITO	DIURESE	EVACUAÇÃO	ASSINATURA
04.02.97	23h	120X80	-	35.3°C	0	-	-	-	-	Francisco Silvino
05.02.97	18h	120X70	-	35.4°C	-	-	-	-	-	Aren Guedes
05.02.97	22h	120X80	-	35.4°C	-	-	-	-	-	Aren Guedes
06.02.97	06h	110X80	-	36.2°C	-	-	-	-	-	Aren Guedes
06.02.97	12h	110X80	39.1%	36.8°C	73	HC	0	(+)	-	Aren Guedes

CONVÊNIO:

MÉDICO: _____

new bulls

三

DIA	HORAS	PRESSAO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PULSO	DIETA	VÔMITO	DIURESE	EVACUAÇÃO	ASSINATURA
04.02.19	23:11	120X80	-	35.3°C	0	-	-	-	-	J. França
05.02.19	18:14	120x70	-	35.4°C	-	-	-	-	-	S. Gondim
05.02.19	22:25	120 X 80	-	35.4°C	-	-	-	-	-	A. da Cunha
06.02.19	06:12	140 X 80	-	36.2°C	-	-	-	-	-	A. da Cunha
06.02.19	10:04:20	99 X 71	++	36.8°C	73	AC	+	-	-	S. Gondim





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

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado

Antônio Helvécio Lira

foi examinado nesta Unidade às _____ horas, necessitando
de 10 (dez) _____ dias de afastamento do trabalho, a partir
desta data. 2019-02-06

DR: 26/01/18

2019-02-06

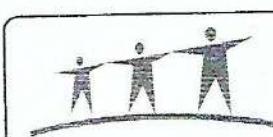
LOCALIDADE E DATA

Dr. Manoel Francisco da Silveira
Oncopediatra e Neurologista
Médico de Plantão
CRM/RN 1600

ASS. DO MÉDICO E CARIMBO COM CRM

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86
do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e será
expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do
trabalho.





PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclinica da Criança Ltda.

PLANTÃO 24 HORAS

CIRURGIAS - CLÍNICO GERAL
PEDIATRIA - ORTOPEDIA
LABORATÓRIO DE ANÁLISES
PRONTO-SOCORRO - RAIO-X
ULTRASSONOGRAFIA

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordestão Ponta Negra) - Natal/RN

Antônio Heitor S. (ES)

A fisioterapia:

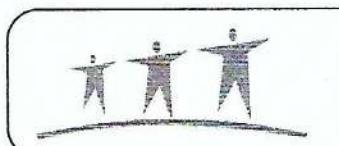
Reabilitação de rotura

Fissura tibial com
fixação medial

10 dias

Natal,





PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclinica da criança Ltda.

PLANTÃO 24 HORAS

CIRURGIAS - CLÍNICO GERAL
PEDIATRIA - ORTOPEDIA
LABORATÓRIO DE ANAISSES
PRONTO-SOCORRO - RAIOS-X
ULTRASSONOGRAFIA

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordestão Ponta Negra) - Natal/RN

44,00

Afonso Hélio Sales -

Solicito:

Hemograma
glicemia
urina
uratnit

prescrição

Natal,

01/09/01.10.19)

Dr. Lauro Henrique P. Gurgel
Ortopedia - Traumatologia
CRM-3175





PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclinica da criança Ltda.

PLANTÃO 24 HORAS

CIRURGIAS - CLÍNICO GERAL
PEDIATRIA - ORTOPÉDIA
LABORATÓRIO DE ANÁLISES
PRONTO-SOCORRO - RAIO-X
ULTRASSONOGRAFIA

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordestão Ponta Negra) - Natal/RN

Antônio Henrique Sales

Sintomas:

Histórico de ATMA

Glicemia

Urticaria

cefalopatia

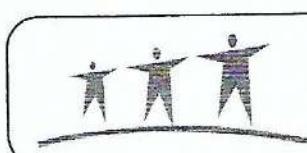
regulograma

Histórico

Natal, 25/10/18

Dr. Celso Henrique R. Sales
Ortopedia - Traumatologia
CRM-3175





PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclinica da criança Ltda.

PLANTÃO 24 HORAS

CIRURGIAS - CLINICO-GERAL
PEDIATRIA - ORTOPEDIA
LABORATORIO DE ANALISES
PRONTO-SOCORRO - RAIOS-X
ULTRASSONOGRAFIA

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordestão Ponta Negra) - Natal/RN

Artoptlo Hélio Sales -

Paciente com fixador
externo, hiperextensão e dor no ombro e
no seu alongamento para frente
diminuição de tonus (exposta
ao frio). Incapacitado para
o trabalho.

Natal, 25/10/18

Dr. Leonardo Gurgel P. Sales
Ortopedia - Traumatologia
CRM-2075



**PLANTÃO 24 HORAS**

CIRURGIAS - CLÍNICO GERAL
PEDIATRIA - ORTOPEDIA
LABORATÓRIO DE ANAISSES
PRONTO SOCORRO - RAIOS-X
ULTRASSOMOGRAFIA

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordestão Ponta Negra) - Natal/RN

Antônio Henrique Sáres

Olo externo:

oleo de ginseng - 10 ml

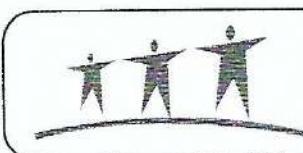
aplicar em ferimento

2x dia

Natal, 25/10/18

Dr. Lauro Henrique R. Sáres
Ortopedia - Traumatologia
CRM-3175





PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel
Pronto clínica da criança Ltda.

5.A
PLANTÃO 24 HORAS

CIRURGIAS - CLÍNICO GERAL
PEDIATRIA - ORTOPEDIA
LABORATÓRIO DE ANAISSES
PRONTO-SOCORRO - RÁDIO X
ULTRASSONOGRAFIA

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordestão Ponta Negra) - Natal/RN

App. pio Hélio Sales

uso oral:

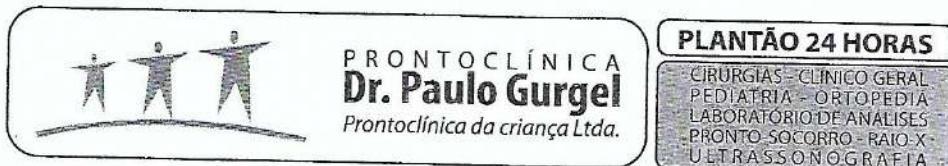
④ Diamid flex —— exx

topar os. 12/12/18 se des.

Natal,
30/11/18

Dr. Lauro Henrique B. Soares
Ortopedia - Traumatologia
CRM-3175





Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordestão Ponta Negra) - Natal/RN

Antônio Henrique Sales

A fisioterapia:

pedreiro de tijolo

Fratura bimalar

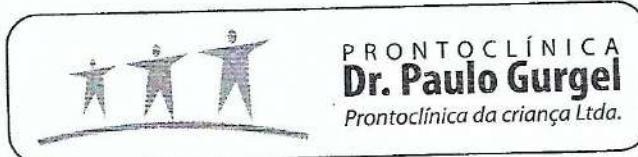
Lo sette

Natal,

20/11/18

Dr. Lauro Heronímo R. Sales
Ortopedia - Traumatologia
CRM-3175





PLANTÃO 24 HORAS

CIRURGIAS - CLÍNICO GERAL
PEDIATRIA - ORTOPEDIA
LABORATÓRIO DE ANÁLISES
PRONTO-SOCORRO - RAIO-X
ULTRASSOMOGRAFIA

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordestão Ponta Negra) - Natal/RN

Autólio Hélio Soares -

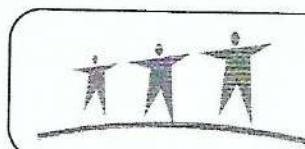
Paciente vítima de
acidente de motocicleta com fratura
em tímpano esquerdo, submetido
a procedimento de urgência e foi feito
abordagem extensa. Haja submetido
os mesmos procedimentos de retirada de
fixador externo, já sendo realizados
fixadores internos (plexo e puerperal) derrido
fixadores internos (plexo e puerperal) derrido
e foram aplicados loc. seca
e proceder procedimento cirúrgico.
Proceder outros procedimentos cirúrgicos
à fistulização. Disponível para
o trabalho.
Sgo. 5.582.6.

Natal,

30.11.18

Dr. Lauro Henrique Soares
Ortopedia - Traumatologia
CRM-3185





PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclínica da criança Ltda.

PLANTÃO 24 HORAS

CIRURGIAS - CLÍNICO-GERAL
PEDIATRIA - ORTOPEDIA
LABORATÓRIO DE ANÁLISES
PRONTO-SOCORRO - RAIO-X
ULTRASSOMOGRAFIA

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordestão Ponta Negra) - Natal/RN

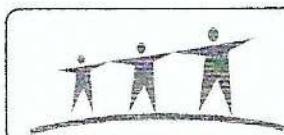
Artroscopia HELV SAC ES.

Paciente vítima de
acidente de motocicleta submetido a
procedimento de urgência com fixador
externo, removido fixador externo Ha
+ 30 dias com processo inflamatório. Age
sócio agendamento para procedimento
capinga de fixação interna, devido
a possibilidade de deslizamento.

Natal, 10.01.19

Léo Henrique B. Gomes
Ortopedia - Traumatologia
CRM-3175





PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclinica da Criança Ltda.

PLANTÃO 24 HORAS

CIRURGIAS - CLÍNICO GERAL
PEDIATRIA - ORTOPEDIA
LABORATÓRIO DE ANÁLISES
PRONTO-SOCORRO - RAIO-X
ULTRASSONOGRAFIA

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordestão Ponta Negra) - Natal/RN

Antônio Hélio SABR

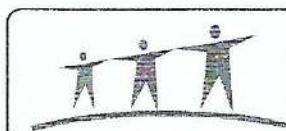
Paciente com fôr
episódico intermitente de fraturas
de tempo zero (4 meses) e
descolamento do polegar medial,
descolamento com fixação interna (os
esqueletos). Tratamento para
o descolamento foi um período
aproximado de 90 dias.
A fisioterapia

Natal,

06/02/19

Dr. Lúcio Henrique Gurgel
Ortopedista - Especialista em Ortopedia
CRM-21278





PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclinica da Criança Ltda.

PLANTÃO 24 HORAS

CIRURGIAS - CLÍNICO GERAL
PEDIATRIA - ORTOPEDIA
LABORATÓRIO DE ANÁLISES
PRONTO-SOCORRO - RAIO-X
ULTRASSONOGRAFIA

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordestão Ponta Negra) - Natal/RN

Antônio Hélio Sales -

Paciente com evolução de lesão aberta do tornozelo esquerdo (Há + 20 dias) que fixou-se ao patela medial com o previsor devido a não evolução. Fixou-se exposto de hemicrânio em 26/09/18. Fase edema residual e limitações de mobilidade. Ser encaminhado à fisioterapia.

Natal,

28/01/19

Dr. Lauro Merculiano & Soares
Ortopedia - Traumatologia
CRM-3175





PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclinica da Criança Ltda.

PLANTÃO 24 HORAS

CIRURGIAS - CLÍNICO GERAL
PEDIATRIA - ORTOPEDIA
LABORATÓRIO DE ANÁLISES
PRONTO-SOCORRO - RAIO-X
ULTRASSONOGRAFIA

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordestão Ponta Negra) - Natal/RN

Antônio Heitor Sales -

Paciente vítima de
acidente de motocicleta com
diagnóstico de fratura exposta com
extremidades esquerda, subluxadas
e procedimento cirúrgico de urgência
com fixador externo e mérula recente
retirada de fixador e fixado
interior com parafuso em seção
de rebolo metálico. Segue de
limite da mobilidade total da
extremidade.

Natal, 28-02-19





Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordestão Ponta Negra) - Natal/RN

Antônio Heino Sales

A fisioterapia:

flexibilizações e tonificação

grave flexo extensão

FFATURAR tonificações ou fixas
interpretar previsão

1a sessão

Natal,

28/02/19





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: 7ª DELEGACIA REGIONAL - PATU
Endereço: RUA LUCAS MATIAS, 51, COSTA E SILVA, PATU

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019077000039 1.2 Data de Expedição: 14/03/2019 6.52.35
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO 1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 26/09/2018 21:50:00 2.2 Autoria: Conhecida
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Outros 2.6 Tipo do local: Outro
2.7 Logradouro: RN 078 2.8 Número:
2.9 CEP:
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: NÃO INFORMADO 2.13 Cidade: OLHO-D'ÁGUA DO BORGES
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ANTONIO HELIO SALES 3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Nome Social:
3.5 Etnia: Parda 3.4 Pai: FRANCISCO SALES CARNEIRO
3.6 Mãe: MARIA DAS GRACAS RODRIGUES SALES
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF: 06519078450 3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: AGRICULTOR(A) 3.12 Data de Nascimento: 10/07/1984
3.15 Telefone(s): 84 998094628 3.14 RG: 002633321 - ITEP/RN
3.17 Número:
3.19 Bairro: COABE 3.16 Passaporte:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.18 Naturalidade: OLHO D'ÁGUA DO BORGES RN
3.23 Cidade: UPANEMA 3.20 E-Mail:
3.22 Logradouro: CIDADE DO SOL
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não 7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: *****01044 7.1.4 Renavam:
7.1.5 Placa: MZC5666 7.1.6 Estado:
7.1.7 Marca: HONDA 7.1.8 Modelo: POP100
7.1.9 Ano de Modelo: 2008 7.1.10 Ano de Fabricação: 2007
7.1.11 Cor do veículo: PRETA 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: GERALDA MARIA ALVES DE MEDEIROS 7.1.14 Número do Motor:
7.1.17 Nome do condutor: ANTONIO HELIO SALES 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE INFORMOU QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA, CITADA NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA, E POR SER NO PERÍODO NOTURNO, NÃO NOTOU UM BURACO NA PISTA. EM DECORRÊNCIA DO DESNÍVEL DO BURACO, O COMUNICANTE PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU, SOFRENDO LESÕES. EM DECORRÊNCIA DAS LESÕES, O COMUNICANTE FOI SOCORRIDO NO HOSPITAL MUNICIPAL DE OLHO D'ÁGUA DOS BORGES RN.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO Foi COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 14/03/2019 16:52:35

Policial

Interessado

Polegar direito

Atendimento: 2198037 - FELIPE MEDEIROS DE FARIA
Impresso por: 2198037 - FELIPE MEDEIROS DE FARIA em 14/03/2019 16:52:39

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

plot: J2019077000039 - Código de autenticação: b3c44c6ad95141ba7449c34e2a459b1



Assinado eletronicamente por: JOSE CANDIDO NETO - 11/05/2019 17:28:42
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1905111722462670000041446921>
Número do documento: 1905111722462670000041446921

HC
MUNICIPIO DE OLHO D'ÁGUA
DE UMARIZ
Nº 1

Num. 42862081 - Pág. 1


CARTÓRIO ÚNICO DE OLHO D'ÁGUA DO BORGES
COMARCA DE UMARIZAL - RN
Albaniza de Freitas Castro Costa - Titular
Reconheço a(s) firma(s) de Antônio
Hélio Gomes Costa
Sob o testemunho Jeff da verdade
OLHO D'ÁGUA DO BORGES - RN. 01/04/2019
Jordânia Marques da Silva
CARTÓRIO ÚNICO DE OLHO D'ÁGUA DO BORGES - RN
Camila Jordânia Marques da Silva
Substituta


CARTÓRIO ÚNICO DE OLHO D'ÁGUA DO BORGES
COMARCA DE UMARIZAL - RN
Albaniza de Freitas Castro Costa - Titular
AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia confere
com a original; dou fé.
OLHO D'ÁGUA DO BORGES - RN. 01/04/2019
Jordânia Marques da Silva
CARTÓRIO ÚNICO DE OLHO D'ÁGUA DO BORGES - RN
Camila Jordânia Marques da Silva
Substituta



DY 52640144 1 BR

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Av: 60301236 - AC OLHO D'AGUA DO BORGES
OLHO D'AGUA DO BORGES - RN
CNPJ....: 34028318034431 Ins Est.: 200530941

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248608000104
Doc. Post.....: 320098690
Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao.: 62267655

Movimento...: 02/04/2019 Hora.....: 15:35:40
Caixa.....: 91038635 Matricula..: 88962830
Lancamento.: 006 Atendimento: 00002
Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1622549918

DESCRICAÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT - ACIM	1	23,26+
Valor do Porte(R\$)...	23,26	
Peso real (G).....:	310	
CNPJ/CPF Remet.:	06519078450	
Nome Remetente.:	ANTONIO HELIO SALES	
Endereco Remet.:	RUA JOAO LOPEZ BEZERRA,43	
Cont Endereco.:	CASA - LADEIRA DO SOL	
Cep Remetente.:	59670-000	
Cidade Remet....:	UPANEMA	
UF Remet.....:	RN	
SEDEX DPVAT ESPELHO	1	88,55+
Valor do Porte(R\$)...	88,55	
Cep Destino:	20031-205 (RJ)	
Peso real (KG).....:	0,310	
Peso Tarifado:.....:	0,310	
OBJETO.....:	DY526401441BR	

Postagem ocorrida apos o horario limite de postagem (DH), sera acrescido 1 (um) dia util ao prazo padrao de entrega

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 111,81

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATARAR

Reconheco a prestação do(s) serviço(s) acima
Prestado(s), o(s) qual(is) pasarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais

Nome: RG:
Ass. Responsável.....

Postagem ocorrida apos o horario limite de postagem (DH), sera acrescido 1 (um) dia util ao prazo padrao de entrega

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo!
Baixe o APP de Pré-Atendimento dos Correios
Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete
deste comprovante, para eventual contato com os Correios.

I-A-CLIENTE SARA 7.8.01

DY526401441BR

O horário apresentado no histórico do objeto não indica quando a situação ocorreu, mas sim quando os dados foram recebidos pelo sistema, exceto no caso do SEDEX 10 e do SEDEX Hoje, em que ele representa o horário real da entrega.

**Objeto entregue ao destinatário**

08/04/2019 15:34 RIO DE JANEIRO / RJ

08/04/2019 15:34 RIO DE JANEIRO / RJ	Objeto entregue ao destinatário
08/04/2019 09:43 RIO DE JANEIRO / RJ	Objeto saiu para entrega ao destinatário
06/04/2019 06:07 RIO DE JANEIRO / RJ	Objeto encaminhado de Unidade de Tratamento em RIO DE JANEIRO / RJ para Unidade de Distribuição em RIO DE JANEIRO / RJ
05/04/2019 12:28 NATAL / RN	Objeto encaminhado de Unidade de Distribuição em NATAL / RN para Unidade de Tratamento em RIO DE JANEIRO / RJ
03/04/2019 07:59 OLHO-D'AGUA DO BORGES / RN	Objeto encaminhado de Agência dos Correios em OLHO-D'AGUA DO BORGES / RN para Unidade de Distribuição em NATAL / RN
02/04/2019 15:35 OLHO-D'AGUA DO BORGES / RN	Objeto postado após o horário limite da unidade Objeto sujeito a encaminhamento no próximo dia útil



09/04/2019



Assinado eletronicamente por: JOSE CANDIDO NETO - 11/05/2019 17:28:43
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051117243144800000041446927>
Número do documento: 19051117243144800000041446927

Num. 42862087 - Pág. 2

<https://www2.correios.com.br/sistemas/rastreamento/newprint.cfm>

<https://www2.correios.com.br/sistemas/rastreamento/newprint.cfm>

2/2

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	065.190.784-50	ANTÔNIO HÉLIO Sales	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
ANTÔNIO HÉLIO Sales		065.190.784-50	
Profissão:	Eereço:	Número:	Complemento:
DESEMPENHADO	Rua JOSÉ LOPES BEZERRA	43	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Varzea do Sol	UPANGANA	RN	59.670-000
E-mail:	Tel.(DDD): (84) 99809-4628		
NENHUM PASSO.			

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<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"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: Banco do Brasil S/A
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: 1365 CONTA: 27 806
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário alfabetizado:
Local e Data, OLHO D'ÁGUA DO BAIACU, 29/03/2019
Nome: ANTONIO HELIO Sales
CPF: 065.190.784-50

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

001/2018

CARTÃO ÚNICO DE OI HC
COMARCA DE I...
Civil, de ...



CARTÓRIO ÚNICO DE OLHO D'ÁGUA DO BORGES
COMARCA DE UMARIZAL - RN

Albaniza de Freitas Castro Costa - Titular

Reconheço a(s) firma(s) de Antônio M.

Aluis Sales; Daiane -

Amorim

Torres

Sob o testemunho

da verdade

OLHO D'ÁGUA DO BORGES - RN, 02/04/2019

Camila Jordânia Marques da Silva

Substituta

AATN - 063489

FIRMA

CARTÓRIO ÚNICO DE OLHO D'ÁGUA DO BORGES - RN

Camila Jordânia Marques da Silva

Substituta



Assinado eletronicamente por: JOSE CANDIDO NETO - 11/05/2019 17:28:45

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051117254957500000041446932>

Número do documento: 19051117254957500000041446932

Num. 42862092 - Pág. 2



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

ANTONIO MELLO SALLES

CPF da Vítima

065.190.784-50

Data do Acidente

26/09/2018

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.

OLHO D'ÁGUA DO BOCARDO, 29 de MARÇO de 2019

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

101/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CARTÓRIO FÚNICO DE OLHO D'ÁGUA
COMARCA DE UMARIZ
C.M. de Imóveis,
Helion?



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETAN - RN		Nº 6416321395
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		
VIA:	COD. RENAVAM:	PLACA:
1	942416147	MZC5666
EXERCÍCIO: 2007		
NOME / ENDEREÇO: GERALDA MARIA ALVES DE MEDEIROS R MANOEL FIRMINO, 15 BELO HORIZONTE 59.600-000 MOSSORÓ/RN		
CPF/CNPJ: 673.047.374-68		PLACA: MZC5666
PLACA ANT./UE: MZC5666/RN		CHASSI: 9C2HB02108R001044
ESPECIE TIPO / PLACA / MARCA / MODELO: PASSEIO/MOTOCICLETA/NAO APPLICAVEL GASOLINA		
ANO FAB / ANO MFG / CATEGORIA / PREMIO TOTAL(R\$)		
HONDA/PDF100 / 2007 / PARTICULAR / PRETA		
VALORES PAGOS / VENCIMENTO / COTAS / PREMIO TOTAL(R\$)		
I	R\$ 0	14/12/2007 1º PAGO
P		VENTO/COTAS 2º PAGO
V	FAIXA IPVA	PARCEL 3º PAGO
A	2824 3X R\$ ****	PREMIO TOTAL(R\$) 1.000,00
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) / OF (S) / PRÉMIO TOTAL(R\$)		
TAXAS DETRAN: R\$ 0,00		
ALIENAÇÃO FIDUCIARIA EM FAVOR DE: 03.634.220/0001-65		
BANCO HONDA S/A		
MOTOR: HB0218001044		
MOSSORÓ/RN		

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE TERRESTRES OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

RN Nº 6418321395 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NOME/ENDEREÇO

GERALDA MARIA ALVES DE MEDEIROS

R MANOEL FIRMINO, 15

ESLO HORIZONTE

59.600-000 MOSSORÓ/RN

CPF/CGC

673.047.374-68

PLACA

MZC5666

BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVÉNIO

RN Nº 6418321395

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2007

22/11/2007

NOME/ENDEREÇO

GERALDA MARIA ALVES DE MEDEIROS

R MANOEL FIRMINO, 15

BELO HORIZONTE

59.600-000 MOSSORÓ/RN

CPF/CGC

673.047.374-68

PLACA

MZC5666

COD. RENAVAM

942416147

MARCA/Modelo

HONDA/PDF100

ANO FAB / CHASSI

2007 9

CHASSI

2007 9

CHASSI

PREMIO TARIFARIO (R\$) / OF (S) / PRÉMIO TOTAL(R\$)

1.000,00 / 0 / 1.000,00

1.000,00



PRONTOCLÍNICA
DR PAULO GURGEL

RECIBO

Prontoclinica Drº Paulo Gurgel Ltda
Rua Monte Sinai, 1948 - Mirassol - CEP 59078-360
CNPJ 09.417.742/0001-91
Fone: (84) 4008-5000 / 4008-5001 - Natal/RN

Data, 25 / 10 / 2018

NOME: ANTONIO HELIO SALES

QUANT	DISCRIMINAÇÃO	VALOR
1	CONSULTA ORTOPEDICA	R\$ 150,00
	RAIO X	R\$ 30,00
	TOTAL	R\$ 180,00

Prontoclinica Dr. Paulo Gurgel

PAGO



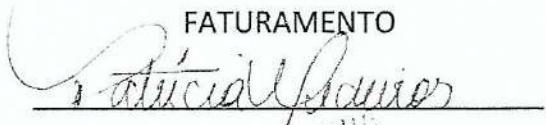
RECIBO

R\$ 25,00

Recebi da paciente **ANTÔNIO HÉLIO SALES** a quantia R\$ 25,00 (Vinte E Cinco Reais) referente a pagamento de cópia do prontuário.

Natal, 28 de Fevereiro de 2019.

FATURAMENTO

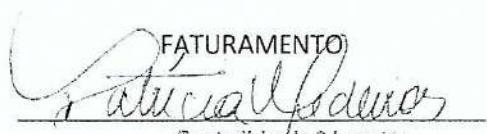

Patrícia Sales
Patrícia Sales
Patrícia Sales
Patrícia Sales



INFORMATIVO

Venho através de esta informar que nossa instituição não poderá disponibilizar os raios-X da paciente **ANTÔNIO HÉLIO SALES**, pois o **SUS** (SISTEMA ÚNICO DE SAUDE) só pagara diante de uma auditoria feita e nela tem que constar ambos, o pré - operatório e o pós – operatório. Deixando claro o motivo pelo qual não será liberado, conforme solicitação de vossa senhoria.

Natal, 28 de Fevereiro de 2019.


FATURAMENTO
Pratodinica Chayalito.
Patricia Medeiros
Faturista



ESTADO DE RIO GRANDE DO SUL
ESTADO DE RIO GRANDE DO SUL

Código	Det.	Un.	M. Unit.	M. Total
25521	AMERICANO	UN	49,99	49,99
		1 UN	49,99	49,99
	Total de itens:			1
	Total R\$:			49,99
	Total Pagado R\$:			49,99
	DIFERENÇA PAGAMENTO:			
	Total Pago R\$:			49,99
	troco:			49,94

Consulte para Chave de Acesso em: http://www2.setim.gov.br/consulta	
CNPJ: 112000720001027 - Fone: 0000-0000 0000-0000	
CONTRIBUIDOR NÃO IDENTIFICADO PFC/CNPJ: 61600 Serie: 1 ISV/1100-18 18 3101 via Consumidor Protocolo de autorização: 50 C41000720060003 Data de autorização: 15/11/2018 18 3107	

CLIENTE:
VENDEDOR: 00 - ALTAMIRA
Nº6 por mês aproveitamento de crédito de ICMS
Total: R\$0,00



CONSUMIDOR NÃO
IDENTIFICADO
NFC-e nº 51606 Série 1
15/11/2018 18:31:01 via
Consumidor
Protocolo de autorização: 53-
C4180273908603
Data de autorização:
15/11/2018 18:31:07

CLIENTE

VENDEDOR: D. ALTMER

Não permite aproveitamento de crédito de ICMS
Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012) Federais
R\$ 72.544,46 e estaduais R\$ 10.000,00 - Mês de 01/2013

Page 72 Estimated Page 100



Assinado eletronicamente por: JOSE CANDIDO NETO - 11/05/2019 17:28:48
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051117263703500000041446936>
Número do documento: 19051117263703500000041446936

Num. 42862096 - Pág. 4

CNPJ: 06.626.253/0084-89
EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
Av Santos Dumont, 278 - Centro
MOSSORÓ-RN, CEP: 59600-170

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar da Nota
Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

Código	Descrição	Qtd	Un	Vl. Unit.	Item	Vl. Total
525537	LEVOFLOXACINO HEM 750MG CP/7	1	CX	80,31		80,31
	GN-EU+					-22,81
	Desconto sobre item					
525537	LEVOFLOXACINO HEM 750MG CP/7	1	CX	80,31		80,31
	GN-EU+					-22,81
	Desconto sobre item					
	Qtd - total de itens					2

Valor a Pagar R\$	115,00
FORMA PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$
Dinheiro	115,00

Consulte pela Chave de Acesso em:
set.rn.gov.br/nfce/consulta

6.62 5300 8489 6502 4000 0873 4010 0024 5934

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e nº: 87340 Série: 2a
03/12/2018 13:13:01

Protocolo de autorização:
324180289719455

Data de autorização:

03/12/2018 13:13:04

Desc Subtotal rateado nr(s) item(s) R\$:0,00

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

OLÁ UNDOR, SEJA BEM-VINDO AO NOVO PROGRAMA DE FIDELIDADE SEMPRE PAGUE MENOS. AGORA VOCÊ TE BENEFICIOS PERSONALIZADOS PRA VOCÊ.
PARABÉNS! VOCÊ É UM CLIENTE SEMPRE.
NESSA COMPRAS VOCÊ ECONOMIZOU R\$ 44,92.
SEU SALDO DE JULHO A DEZEMBRO/2018 É DE R\$ 109,14.
ATINGIR R\$ 500,00 ATÉ 31/12/2018 E SEJA UM CLIENTE OURO.
ESSE VALOR É UMA ESTIMATIVA DO SEU SALDO DE COMPRAS,
EXCLUINDO MEDICAMENTOS E SERVIÇOS. SUAS COMPRAS SÃO
CONTABILIZADAS EM ATÉ 15 DIAS. CONFIRA O REGULAMENTO E
SAIBA MAIS EM PAGUENMOS.COM.BR/SEMPRE

CPF CLIENTE SEMPRE: 878.***.***-91
Operador: 45837 Vendedor: 12300
Trib aprox R\$:7,78 Fed e R\$:0,00 Est e R\$:0,00 Muni
Fonte: IBPT ca7gj3
Obrigado e Volte Sempre.



FEIRA DO TRAB DO NORDESTE UPANEMA
FARMACIA DO TRAB DO N. E FARM.
CNPJ 00.907.284/000-27 IE 204817040
AV DEZESSETE DE SETEMBRO, 155, CENTRO,
UPANEMA/RN 06400-006
Documento é o final da Nota Fiscal do Consumidor
Eletrônico

Código	Descrição	Qtd de Un.	M.	Unit.	Vl. Total
4796	USADOR C/4 COMP	1	UN	7,47	7,47
140233	AMO-AZULINA 500ML 10CP TEUTO	1	UN	7,50	7,50
Qtd. total de itens:		2			
Valor total R\$		14,97			
Desconto R\$		0,00			
Valor a pagar R\$		14,97			
Forma PAGAMENTO		VALOR:			
Total Pago R\$		14,97			
Dinheiro		14,97			

Consulte pela Chave de Acesso e
http://www.zetech.gov.br/fiscal/consulta/
24381220190/2-3003010227-F2010110000524-3101/


CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO
Nº Cade nº 534-18 Série: 1
Data: 2019-05-15 16:49:49 Ma
Consumidor
Protocolo de autorização: 24102657-1-903
Data de autorização: 02/10/2019 09:06:02

CLIENTE:

VENDEDOR: 30 - EDIANNY MIRILLA

Não permite aproveitamento de crédito de ICMS
Tributo: Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012) Federal
R\$1,96 Estadual R\$0,00 Municipal R\$0,00
NUM. CONTROLE 63062



Assinado eletronicamente por: JOSE CANDIDO NETO - 11/05/2019 17:28:48
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051117263703500000041446936>
Número do documento: 19051117263703500000041446936

Num. 42862096 - Pág. 6

ELTA DUTRAF (RUA DURANTE UPAREMA)
FARMÁCIA ELTA DUTRAF - DO N. E FARM
CNPJ 03.940.200/0002-27 IE 204310052
AV DÉSSEIS DE SETEMBRO, 105, CENTRO,
UPANEMARAN (34)3250094

Documento Autônomo da Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica

Qtd. total de Itens:	1
Valor total R\$:	37,66
Dia conto R\$:	3,76
Valor a pagar R\$:	33,80
FORMA PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$
Total pago R\$:	33,80
Dinheiro	33,80

Consultar pela Chave de Acesso em:
<http://www.sefaz.mt.gov.br/nfe/consulta>
2419022090230000227600100000475210000000007

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO
Nº da NF-e: 64752 Série 1
Data da NF-e: 03/02/2019 17:11:05 Ma
Consumidor
Protocolo de autorização:
324190230284134
Data de autorização:
03/02/2019 17:11:08

CLIENTE
VENDEDOR 7 - ESTAGIARIO
nis: permite aproveitamento de crédito de ICMS
NUM. CONTRACHEQUE: 74698



Assinado eletronicamente por: JOSE CANDIDO NETO - 11/05/2019 17:28:48
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051117263703500000041446936>
Número do documento: 19051117263703500000041446936

Num. 42862096 - Pág. 7

	Electrode	Open Circ.	At 0.05 V	At 0.10 V
1	Diamond	1.20	1.10	1.00
2	Al ₂ O ₃ -SiO ₂ -Al ₂ O ₃ CAMP	8.00	7.47	6.70

Quando o total de gênes
estiver bialélico, é
possível estimar o
fator de fragmento
total de gênes.

Consulte pela Chave de Acesso:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922003000100003

CDN - LIDER NÃO
BOURGUER APOL
REF. N° 51627-0001-3
14/11/2018 17:48:45 ms
Lembrete
Prova de saída em 2018
2018-02-02 17:48:45 ms
2018-02-02 17:48:45 ms
2018-02-02 17:48:45 ms

CLIENTE
VENDEDOR: 20 - ALTAMIRAS
 R\$0,00 per milha aprovada para crédito de ICM
 Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012) Federal
 R\$0,04 Estadual R\$0,00 Municipal R\$0,00
NUM CONTROLE: 61009



Assinado eletronicamente por: JOSE CANDIDO NETO - 11/05/2019 17:28:48
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051117263703500000041446936>
Número do documento: 19051117263703500000041446936

Num. 42862096 - Pág. 8



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190289627 **Vítima: ANTONIO HELIO SALES**

Data do Acidente: 26/09/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a). ANTONIO HELIO SALES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14257220



01811/01812 - carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: JOSE CANDIDO NETO - 11/05/2019 17:28:50
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051117270910100000041446939>
Número do documento: 19051117270910100000041446939

Núm. 42862099 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190289627

Vítima: ANTONIO HELIO SALES

Data do Acidente: 26/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO HELIO SALES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01839/01840 - carta_03 - INVALIDEZ



00040920

Carta nº 14256547



Assinado eletronicamente por: JOSE CANDIDO NETO - 11/05/2019 17:28:50
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051117270910100000041446939>
Número do documento: 19051117270910100000041446939

Num. 42862099 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190289640 Vítima: ANTONIO HELIO SALES

Data do Acidente: 26/09/2018 Cobertura: DAMS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO HELIO SALES

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14257388



Pag. 01913/01914 - carta 01 - DAMS



Assinado eletronicamente por: JOSE CANDIDO NETO - 11/05/2019 17:28:50
<https://pjef.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051117270910100000041446939>
Número do documento: 19051117270910100000041446939

Nº 42862099 - Pág. 3



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190289640

Vítima: ANTONIO HELIO SALES

Data do Acidente: 26/09/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO HELIO SALES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01641/01842 - carta_03 - DAMS



Carta nº 14257072



Assinado eletronicamente por: JOSE CANDIDO NETO - 11/05/2019 17:28:50
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051117270910100000041446939>
Número do documento: 19051117270910100000041446939

Num. 42862099 - Pág. 4



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Vara Única da Comarca de Upanema

Rua João Francisco, 144, Centro, UPANEMA - RN - CEP: 59670-000

Processo: 0800188-07.2019.8.20.5160

Ação: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Autor: ANTONIO HELIO SALES

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

D E S P A C H O

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 a que alude o artigo 334 do CPC, observando-se a regra contida no § 4º do mesmo dispositivo, uma vez que é consabido que as demandadas (seguradoras) somente realizam acordo após a realização da perícia médica para constatação do grau de invalidez.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação.

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 Antônio - 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.

Providencie a Secretaria Judiciária:

- a) a citação da parte promovida, no prazo legal de 15 (quinze) dias, para, querendo, contestar a presente demanda, sob pena de revelia (arts. 335 e 344, CPC);



Assinado eletronicamente por: UEDSON BEZERRA COSTA UCHOA - 14/05/2019 13:09:24
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1905141309032960000041456173>
Número do documento: 1905141309032960000041456173

Num. 42872018 - Pág. 1

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, 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 15 (quinze) dias, na forma dos arts. 350 e 351 do CPC.

Após, nova conclusão para fins de julgamento.

Publique-se. Intimem-se.

Cumpra-se.

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)

UEDSON BEZERRA COSTA UCHOA

Juiz de Direito





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Vara Única da Comarca de Upanema
Rua João Francisco, 144, Centro, UPANEMA - RN - CEP: 59670-000

CARTA DE CITAÇÃO

Processo nº 0800188-07.2019.8.20.5160

Ação: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Autor: ANTONIO HELIO SALES

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

Destinatário:

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Edifício Citibank, 100, RUA DA ASSEMBLEIA, ANDAR 26, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20011-904

P r e z a d o (a)

S e n h o r (a) ,

De ordem do Exmo. Dr. UEDSON BEZERRA COSTA UCHOA, Juiz de Direito desta Comarca, faço saber a Vossa Senhoria que a presente carta, extraída dos autos em epígrafe, na conformidade do despacho abaixo transscrito e da petição inicial, cujas cópias seguem anexas, como parte integrante desta, tem por finalidade a **CITAÇÃO** de Vossa Senhoria, para responder a ação e acompanhá-la até julgamento final, bem como para oferecer, querendo, CONTESTAÇÃO, através de advogado legalmente constituído, no prazo de 15 (quinze) dias.

ADVERTÊNCIA: Não sendo contestada a presente ação, presumir-se-ão aceitos pelo requerido, como verdadeiros, os fatos alegados pelo requerente (art. 344, do CPC).

UPANEMA-RN, 3 de agosto de 2019.

Documento Assinado Eletronicamente, na forma da Lei nº 11.419/06

JANDER DISRAEL FREIRE LOPES

Chefe de Secretaria



Assinado eletronicamente por: JANDER DISRAEL FREIRE LOPES - 03/08/2019 12:04:19
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080312041864000000045995618>
Número do documento: 19080312041864000000045995618

Num. 47544300 - Pág. 1