

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>UNDEIRA DO SOL</u>
Cidade	<u>UPAUEMA</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59670-000</u>
Telefone de Contato	<u>99809-4628</u>
E-mail	<u>NÃO POSSUO</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Antonio Helio Sales





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/03
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Marmoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59075-259
CNPJ 03.324.196/0001-61 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA SOFIA DO NASCIMENTO SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOÃO LOPES BEZERRA 43

CPF: 052.836.694-75 NIS: 16378481726

LADEIRA DO SOL/AREA URBANA
UPANEMA RN
59670-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COMNIS

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0515378014	01/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISÃO PRÓXIMA LEITURA
11/01/2019	05/02/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
90,40	

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
017610810	ÚNICA	04/01/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
04/01/2019	8000285507	1547087

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 35 kWh	30,00000000	0,20352129	6,10
Consumo Ativo superior a 35 até 100 kWh	70,00000000	0,34883354	24,42
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	79,00000000	0,52334047	41,34
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,55
ICMS-Parcela Subvencionada			5,54
Multa por atraso-NF 014720827 - 06/11/18			1,87
Juros por atraso-NF 014720827 - 06/11/18			1,06
Atualização IOPM-NF 014720827 - 06/11/18			0,52

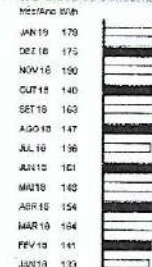
TOTAL DA FATURA

90,40

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2150587082	CAT	05/12/2018	5 433,33	04/01/2019	5 512,00	30	1,00000		178,60

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE PREÇOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	71,88	12,52
PIS	71,88	0,33
COFINS	71,88	1,65

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	20,74	22,94%
Transmissão	0,52	0,58%
Distribuição (Cosern)	10,50	11,61%
Perdas de Energia	4,99	5,53%
Energia Setorial	0,04	0,05%
Tributos	14,81	16,38%
Total	71,60	79,03%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 35 kWh	0,10151400
Consumo Ativo superior a 35 até 100 kWh	0,27685200
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,41332000

RESERVA DE ACÍDUO

C866 1265 1287 2L 64 DIL64 A219 FFCB 56CB

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você, garantindo o melhor atendimento. O sistema de cobrança é automático e a fatura é enviada por e-mail. O cliente é responsável por manter o contato com a Cosern para atualizar seus dados cadastrais. O cliente é responsável por manter o contato com a Cosern para atualizar seus dados cadastrais. O cliente é responsável por manter o contato com a Cosern para atualizar seus dados cadastrais.

ATENÇÃO! COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTA EM ABERTO

VENHA	DEBITO	VALOR	VENHA	DEBITO	VALOR
13/01/19	940,15	25,71	VENHA	DEBITO	VALOR

Este documento NÃO substitui a fatura de energia elétrica. O cliente deve manter o contato com a Cosern para atualizar seus dados cadastrais. O cliente é responsável por manter o contato com a Cosern para atualizar seus dados cadastrais. O cliente é responsável por manter o contato com a Cosern para atualizar seus dados cadastrais.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERUPÇÕES

CONDIÇÃO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE
CONDIÇÃO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
TENSÃO	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)



Assinado eletronicamente por: JOSE CANDIDO NETO - 11/05/2019 17:28:37

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051117201924500000041446908

Número do documento: 19051117201924500000041446908

INSTRUMENTO PARTICULAR DE MANDATO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: Antônio Hélio Sales
brasileiro, univ. estatal, desempregado
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
59.670-000.

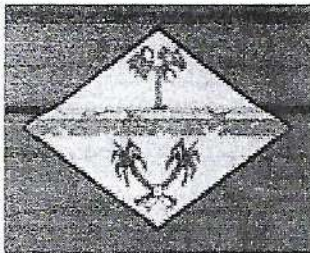
OUTORGADO: JOSÉ CÂNDIDO NETO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na
OAB/RN sob o nº 11.393, com escritório profissional localizado na Rua Marina Neves
Dantas, Nº 19, Bairro Castelo Branco, Caicó/RN - CEP: 59.300-000.

PODERES: O(A) outorgante concede procuração geral para o foro, conforme o artigo
105 do CPC, bem como os poderes da cláusula "ad judicium 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 Etelvino Sales, SN – Centro – CEP: 59730-000
Tel: 3364-0305 – Fax (84) 3364 -0282
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E SANEAMENTO
www.olhodaguadoborges.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 min, do dia 26 de setembro de 2018, vítima de acidente automobilístico, apresentando graves escoriações, com fratura exposta ao nível de tíbia 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
COBEN: 467064



	GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE	
	Secretaria de Estado da Saúde Pública	
	Hospital Monsenhor Walfrido 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>Antonio Heitor Sales</i>			6 - Nº DO PROTOCOLO		
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO	1	FEMININO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO		
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)					
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP		
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Acidente de moto Hx ± 30 dias com fixador externo bloqueado tornozelo direito</i>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>craniotomia</i>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>EX. FS + RX</i>					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura bilateral</i>	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS		
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>fixador externo + fratura</i>	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Dr. José Candido Neto</i>		
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			29 - DT SOLICITAÇÃO <i>25.10.18</i>		
				30 - CNES / CPF	
				31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
32 - F. ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS		
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	39 -		
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO					
40 - CID-PRINCIPAL	DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO SECON. LEGAL				
42 - CID SECUNDÁRIO	43 - ()		44 - () GRAVE		45 - () SEMISSIMA
AUTORIZAÇÃO					
46 - NOME DO PROE. AUTORIZADO		47 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO		48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AM)	
49 - DT AUTORIZ.		50 - DT AUTORIZ.			
51 - CNES / CPF		52 -			
53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		54 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)			

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



CID - S820.

Código 04080 5942

KELEETE GURGEL
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 6756 TEOT 14293

Ortopedia - 24/09/18 H.

Fratura luxação do art. de M. (E)
a art. unguif. fr. do f. c. b.
semelhante a
f. c. - f. c. med. d., em 8 cm. C/

mit. segun. (Potencial.
ment. continuado).

KELEETE GURGEL
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 6756 TEOT 14293

Cep. b. - off. a 160 mm.
a. - art. unguif. - 2400 g a 160 mm.

HOSPITAL REGIONAL DE PERNAMBUCO
ESTÁ CONSTATADO QUE ESTA
SOME MÓDULO DE ORTOPEDIA
SOMEIRQUINO

KELEETE GURGEL
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 6756 TEOT 14293



Código 260119201

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL REGIONAL DR TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Município Regulador
MOSSORO
Data Desejada

CNES:
2503689
Unidade Desejada: **CNES:**
Não Informado

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 Social/Apelido:

Raça:
AMARELA
Tipo Sanguíneo:

Naturalidade:
OLHO-D'AGUA DO BORGES - RN
Logradouro: **Complemento:**
EUGENIO FERNANDES
Bairro: **CEP:**
LEANDRO BEZERRA 59780000
Município de Residência: **UF:**
CARAUBAS RN

Nome do Responsável:
TATICO / ANA PAULA

Telefone do Responsável:
99988-1251 / 99831-5505

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

Nome do Médico Solicitante: **Status da Solicitação:**
NAYARA G R SOUZA - ORTOPEDISTA
CRM 0726 PENDENTE

Diagnóstico Inicial - CID:
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA - S823
Classificação de Risco
AMARELO - urgência, atendimento o mais rápido possível.
Caráter

11 - Urgência
Clinica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO

Clinica Complementar:
Nenhuma
Código:
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

PARERER

Situação:
PENDENTE
Motivo de Impedimento do Regulador


Operador Solicitante:
01240255446RAQUEL

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](#)

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
	Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO	10 - RAÇA/COR
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - CDD. BGE MUNICÍPIO
	18 - UF
	19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Paciente vítima de acidente automobilístico involving / fratura de tornozelo bimalar E.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Necessidade de Cuidados Crônicos

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Rx			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Fratura de tornozelo	S82.0		

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Cirurgia definitiva		01 10 18 015 01 1 97	
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
Ortopedia		() CNS () CPF	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
	02/10/18	Dr. José Candido Neto	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO	() EMPREGADOR	() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO
() APOSENTADO	() NÃO SEGURADO		

AUTORIZAÇÃO		
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - CDD. EMISSÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO	49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
1/10/18		



204 B

Dr: Joana. At. 405034.



REGISTRO DE INTERNAMENTO		
Nº AIH:	Nº ATENDIMENTO	DATA: 04/02/19 HS:
TIPO DE INTERNAMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> CIRÚRGICO () CLÍNICO () PEDIÁTRICO		
ACOMODACÃO: 61. 1.	LEITO: 204 B	CONVÊNIO: SUS
MATRICULA: 300805407395182	VALIDADE	
ASS. DO RESPONSÁVEL PELO INTERNAMENTO:		

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME: ADRIANO HELO SALES	SEXO: () M () F
DATA DE NASCIMENTO: 10/07/84 RG: 002633321 CPF:	
FILIAÇÃO MÃE: MARIA DAS GRAÇAS RODRIGUES SALES	
PAI: FRANCISCO SALES CORREIA	
ENDEREÇO: RUA JOSE LOPES BELEMA Nº 173	
BAIRRO: CENTRO	CIDADE: UPAIMÁ
ESTADO: RN	CEP: 59640-000
RESPONSÁVEL:	PARENTESCO:
FONE: (84) 99904-5645	FONE: (84) 99906-7081
SUMÁRIO DE ALTA	
TIPO DE ALTA: () MÉDICA () ADMINISTRATIVA () A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO	
DATA: / / 2019 HORA:	ASS: RESPONSÁVEL DO SETOR:

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO
<p>Evolução de ± 4 meses sem consolidação em náusea medil refrato em náusea cefalé</p>
<p>PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA CNPJ: 09.417.742/0001-91 Confere com o Original Data: 28/02/2019 Patricia Medeiros Faturista</p> <p>Dr. Joana Candido Netto Proneuro (Neurologia) CRM: 3175</p> <p>CARIMBO E ASS. DO MÉDICO</p>



DESCRIÇÃO DO ATO CIRURGICO

PACIENTE EM DDH + 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 MEDIAL COM 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS

SUTURA POR PLANOS + CURATIVO + JONES

RETIRADA DE GARROTE

ASSINATURA OU CARIMBO DO MEDICO

BOLETIM DE ANESTESIA

ANESTESIA TIPO RAQUI SIMPLES + SEDAÇÃO IV.

						MONITORIAÇÃO	
20	O ₂ CONTÍNUO					ECG - PNT - SPO ₂	
18	SpO ₂					VENÓCLISE - JELCO 200	
	ETCO ₂					MEDICAÇÕES	
16						MIDAZOLAM 15mg - 1AMP → 8mg	
						FENTANIL 100mcg - 1 AMP → 80mcg	
14						BUPIVACAÍNA HB - 1AMP → 17mg	
						MORFINA 0,7mg - 1AMP → 60mcg	
12						CEFAZOLINA - 1FR - 2G	
						DEXAMETAZONA 10mg - 1 AMP → 10mg	
10						DIPIRONA - 1AMP - 52G	
						TENOXICAN 40mg - 1FR → 40mg	
8						BROMOPRIDA 10mg - 1AMP → 30mg	
						RANITIDINA 50mg - 1AMP → 50mg	
6							
4							
2							
N O T A Ç O E S						MATERIAL UTILIZADO:	
						CATETER TIPO ÓCULOS - 1UN	
						EQUIPO - 1UN	
						SF 0,9% 100ML - 1FR	
						RS 500ML - 2FR	
						SPINOCAN 27G	
	MIN. C/ ACRÉSCIMO	MIN S/ ACRÉSCIMO	TOTAIS	INICIO DA ANESTESIA:			
				INICIO DA CIRURGIA:			
				TÉRMINO DA CIRURGIA:			
				TÉRMINO DA ANESTESIA:			
				OBSERVAÇÕES:			





RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Antonio Hlio Sales Nº REGISTRO 405034
Data Nascimento 10/07/84 IDADE 34 Sexo M LEITO: 1016 Data de Admissão 11/02/19
MÉDICO: Dr. Loure

ADMISSÃO DO CENTRO CIRURGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? () Não ☒ Sim início : _____ PESO: _____ Kg Altura: _____ cm
RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: ☒ SIM () NÃO
ALERGIAS: ☒ NÃO () SIM: Não
DOENÇAS PREGRESSAS: () DM () HAS () TABAGISMO () HIV () Hep B () Hep C () Arritmias () DPOC () AVC ()
Marcapasso () Outros: Não, tudo 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 : _____

Conferido informação acima por: Bruna Thavna da C. Mariano Hora 02

ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Fratura T12^{u11}

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 () hemoterapico () 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 disponíveis ☒
 21. Confirma bisturi elétrico e placas instalados corretamente ☒

INTRA-OPERATORIO

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

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

Passado faixa de smarch: Não () sim, em: _____ Início _____ Termina _____

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

Infusões: SFO, 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: _____ °C Hora: _____

Anestesia: Início 16:00 Termina 17:15 () Geral Inalatório () Geral Venosa () Sedação () Local
 () Peridural ☒ Raqui () Bloqueio: _____

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

AVP: () não ☒ sim _____, Jelco nº 30 por 5 ADV

Cateter O2: ☒ não () sim SN6 () NÃO () SIM Nº _____ SVD () NÃO () SIM Nº _____

Ferida operatória: Curativo limpo e seco

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

Material Explantado: _____

Conferido por Alone Cristina Ribeiro do Soc intercorrência SI
COE-PRN 303.794-11

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 Benfoso Nº 50

Anotações de Enfermagem e Intercorrências

31

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

CIRURGIÃO: Dr. Paulo ASSISTENTE: ANESTESIOLOGISTA: Dr. J. B. V.
INSTRUMENTADORA: L. Rome CIRCULANTE: Rome ENFERMEIRA: Edna

URPA (Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

☒ Acordado () Sonolento () agitado Ar ambiente () MV 50%

9

() Cateter de O₂ () TQT ☒ AVP () AVC

6

() 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 LIMPOS ☒

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

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

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

Anotações de Enfermagem:

Sigue ss / fucilas; aos cuidados da equipe;

ENCAMINHADO POR:

Bruna Thais de C. Marinho
COREVIRN - 1.286.598 - TE

HORA:-



Prontoclinica Dr. Paulo Gurgel
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

MÉDICO: E. A. R.

MÉDICO MÉDICO: ANTONIO HELIO TORRES (2) SETOR: TERÇO LEITO: 101C
 IDADE:

RESUMO: (X) DOMICILIAR () HOSPITALAR: QUAL: _____
 PRINCIPAIS: NEC DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: NEC

EVOLUÇÃO 05/02/19 HORÁRIO: 00:20

OBJETO GERAL

☒ CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO _____
☒ () CREATIVO () HIPOATIVO
☒ HIPERTÓNICO () HIPOTÓNICO
☐ COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

1 LAMP-
2 J-14
3 J-15
4 J-16
5 J-17

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

1 HV _____
2 BI _____
3 ATB _____

PELE

☒ HIDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
 () EXTREMIDADE FRIAS ☒ NORMOTÉRMICA
 () HIPOTERMIA: _____
 () HIPERTERMIA: _____
 () DRENO Local: _____
 Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

(X) EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNÉICO
() BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
() RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
() TAQUICÁRDICO (X) NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES:

OBSERVAÇÕES:

1. A grande do motor 1500 cc e motor 1500 cc
2. O motor 1500 cc e motor 1500 cc
3. O motor 1500 cc e motor 1500 cc
4. O motor 1500 cc e motor 1500 cc
5. O motor 1500 cc e motor 1500 cc

Kasya W. A. D. Source
Etiomesta
CORIENR 2

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO: 05100119 HORÁRIO: 182

ASPECTO GERAL

2) CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO _____
 2) LATIVO () CREATIVO () HIPOATIVO _____
 () HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO _____
 () COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA _____

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

☒ AVP: _____
☐ AVC: _____
☐ Jelco: _____
☐ Scaip: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

() HV _____
() BI _____
DATE _____

VENTILAÇÃO

☒ O2 AMB () MV _____ % () HOOD: _____
 () ENTUBADO TOT N° _____
 OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURSE

☒ ESPONTÂNEA () SVA A CADA: _____

() HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA

() POLIÚRIA () SVD _____/_____

ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

RESPONTÂNEA



PELE

☒ HIDRATADA () RESSECADA () 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 () BRADICÁRDICO

() ESTÍMULO: _____
() AUSENTE _____ DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN
☒ FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
() DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
() TIMPÂNICO () MACIÇO () RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

☒ DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
() SOBRE MACA () MULETA

DIETA

() AO SEIO () ORAL/COPINHO () GTM
() SOG/SNG _____
() RESÍDUO GÁSTRICO: _____
☒ ZERO () VÔMITO _____ vezes

OBSERVAÇÕES: _____

*Doente em R.S. S.O.
Arroz branco e feijão*

*Francize Aguiar N. M. V.
Enfermeira*

CRP 10.337-006

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 05/02/19

HORÁRIO: 21h

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: *M20*
() Scalp.: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

() HV _____
() BI _____
() ATB *Cefazolin*

PELE

☒ HIDRATADA () RESSECADA () 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 () BRADICÁRDICO

VENTILAÇÃO

☒ O2 AMB () MV _____ % () HOOD: _____
() ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURÉSE
() ESPONTÂNEA () SVA A CADA: _____
() HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
() POLIÚRIA () SVD _____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

☒ ESPONTÂNEA
() ESTÍMULO: _____
() AUSENTE _____ DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN
☒ FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
() DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
() TIMPÂNICO () MACIÇO () RUÍDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

() DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
☒ SOBRE MACA () MULETA

DIETA

() AO SEIO () ORAL/COPINHO () GTM
() SOG/SNG _____
() RESÍDUO GÁSTRICO: _____
() ZERO () VÔMITO _____ vezes

OBSERVAÇÕES: _____

*SP
Ex ps OK*

*Valdire
554066*

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro



POCITOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

- RELATORIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE	Aronio Helio		
APTO.:	101C	Nº REGIST.	
CONVEN.	SUS		

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 CC sob vigila + Maquiagem, consciente, Ori- entado Q ambiente, em sono O1 impresso de RX + exame	Simone Pontes da Silva COREN-RN 983.740-15
05.02.19	14:20	pac. retornou do CC	
05.02.19	20h15	Adm med. Cefazolina 1FR + 50ml SF 0,9% IV + Dipirona 1amp + 18ml EV + Paracetamol 40mg 1FR + 18ml Abd EV conforme prescrição	Ana Paula R. S. Cerqueira Silva COREN-RN 983.740-15 Ana Paula R. S. Cerqueira Silva COREN-RN 983.740-15
05.02.19	02h15	Adm med. Cefazolina 1FR + 50ml SF 0,9% IV + Dipirona 1amp + 18ml Abd EV conforme prescrição	Ana Paula R. S. Cerqueira Silva COREN-RN 983.740-15
06/02	08:00	Adm. med. cefazolina 1FR + 50ml SF EV - 8	
06/02	08:00	Adm. med. Dipirona 01amp em 18 Abd EV	
06/02	08:00	Adm. med. tilatid 40mg 01 FR em 18 Abd EV	
06.02.19	15:30	Pt. mais de alta hospitalar de cadeia - de - melhor, consciente, em Q ambiente, examinado todos os seus dados pessoais Em ane- xo: 01 Rx + exames lab. + 01 imp. Rx.	Waldemir Oliveira Soares Téc. de Enfermagem COREN-RN 1201785



Dr. Paulo Gurgel

Nome completo: Antônio Hélio Soares

Unidade: Origem Domélio

Modalidade: ☒ Eletiva ☐ Urgência ☐

Data Nascimento: 10.04.84

Data: 05.02.19

Agência

RG: 02.633.281

Cirurgia proposta: IVZ E

PLANO DE CIRURGIA E SEGURANÇA

Encaminhamento de clientes ao Centro Cirúrgico	Antes da indução anestésica Check in	Antes de iniciar a cirurgia Time out	Antes do cliente sair da SO Check out
<ul style="list-style-type: none">Identificação do cliente<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoProntuário completo<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoSítio cirúrgico demarcado<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplicaConsentimento e avaliação anestésica<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoConsentimento cirúrgico<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoConsentimento transfuncional<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplicaBaúlio <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Horário <input checked="" type="checkbox"/> NãoTricotomia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplicaHorário <input type="checkbox"/> Local <input checked="" type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> NãoJejum <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Início <input checked="" type="checkbox"/> NãoExames<ul style="list-style-type: none">Laboratoriais <input checked="" type="checkbox"/> ImagemReinardo prótese e adornos?<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoTipo de precaução<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> ReversoGotículas <input type="checkbox"/> Aerosóis	<ul style="list-style-type: none">Confirmação sobre o cliente<ul style="list-style-type: none">Identificação do clienteLocal da cirurgia a ser feitaProcedimento a ser realizadoConsentimento anestésico e cirúrgicoSítio cirúrgico certoMontagem da SO de acordo com o procedimento programado<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoRevisão dos equipamentos de anestesia<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoMateriais de vias aéreas disponíveis e funcionantes<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoLaringoscópio <input checked="" type="checkbox"/> Mascara de O2Fio guia <input checked="" type="checkbox"/> AmbuBougie <input checked="" type="checkbox"/> AspiradorGuetel <input checked="" type="checkbox"/> Câmula endotraquealHá risco de perda sanguínea > 500mL (mL/Kg em crianças)?<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> NãoReserva sanguínea?<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> NãoAcesso venoso adequado e pérvio?<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> NãoO cliente tem alergia?<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<ul style="list-style-type: none">Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais<ul style="list-style-type: none">Staff<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não1º cirurgião<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não2º cirurgião<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoAnestesta<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoCirculante<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoCirurgiões, anestestistas e equipe de enfermagem confirmam:<ul style="list-style-type: none">Identificação do clienteSítio cirúrgicoProcedimento a ser realizadoPlaca de eletrocautérioPosicionada <input checked="" type="checkbox"/> Não aplicaUso de antibiótico profilático<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoExames de imagem estão disponíveis<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicaRevisão do cirurgião. Passos críticosDuração estimada / Possíveis perdas sanguíneas<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> NãoRevisão do anestesta<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NãoFixação das etiquetas de esterilização no prontuário<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<ul style="list-style-type: none">Procedimento realizado <u>Fluoroscopia</u>A contagem de compressas, agulhas e instrumentais está correta?<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicaPeças anatômicas/culturas e identificadas adequadamente e requisição preenchida?<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicaHouve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido?<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não aplicaRecomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente: Cirurgião <u>Dr. Paulo</u>Anestesta <u>Dr. SBY</u>Enfermagem <u>Lee Alene</u> <u>Carla Edna</u>Obs.:Ass.: <u>Alone</u>



PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]



MÉDICO: Dr.Lauro Herculano

DATA / HORA	DESCRIÇÃO MEDICA
05/02/2019	transferido e regulado pela SESAP, apresenta fratura em tornozelo esq , com pseudartrose Evolução de 04 meses exames pré op satisfatórios
05/02/2019	operado redução e síntese à foco com acesso medial para maléolo controle com radiscopia
06/02/19	Revisão da fratura Alto Hc p/ follow





EVOLUÇÃO MEDICA

PACIENTE:	<u>ANTONIO HERRERO</u>	RE	GISTRO Nº
APTO.:	<u>101 C</u>	CO	NVENIO
MÉDICO:	<u>LUZARDO</u>		

DATA / HORA	DESCRIÇÃO MÉDICA
05.02.19/11h	nutrição paciente admitido a realizar procedimento cirúrgico em TORNOZELO (E). Nega diabetes, hipertensão e doenças pré-existentes, afétil, diurese presente e eliminação intestinal presente em eflúvia zero.
	Patricia Lima de França Nutricionista CRN-EN 10161





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 Helio Neto

foi examinado nesta Unidade às _____ horas, necessitando
de 40 (quarenta) dias de afastamento do trabalho, a partir
desta data. 07/02/2019

26/01/19

09/02/19

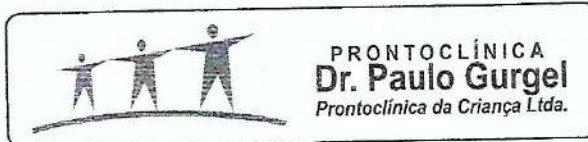
LOCALIDADE E DATA

Dr. Manoel Francisco de S. S. S. S.
Otorrinolaringologista
Médico de Família
CRM 10.000

ASS. DO MÉDICO E CARIMBO COM CRM

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





PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclínica da Criança Ltda.

PLANTAO 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 Nordeste Ponta Negra) - Natal/RN

ANTÔNIO HELO SUES -

A fisioterapia:

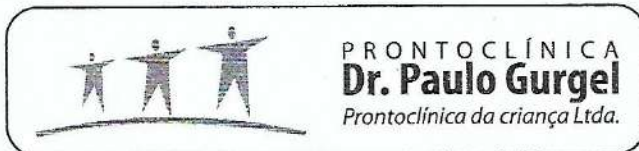
Reabilitação do tornozelo.

Fratura do tornozelo com
fixação metálica

10 dias

Natal,





PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclínica 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 Nordeste Ponta Negra) - Natal/RN

44,00
Antonio Hécio Sales -

Solicitado:

Hemograma

Glicemia

Ureia

Creatinina

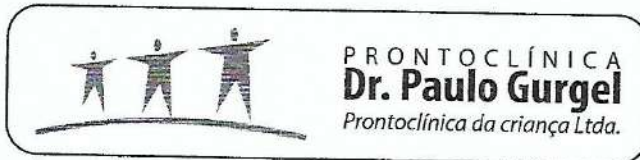
pré-operatório

Natal,

01/01/2019 / 01.10.191

Dr. Lauro Heráclio R. Soares
Ortopedia - Traumatologia
CRM-3175





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 Heró Sales

Exato:

Hemograma

Glicemia

Ureia

Creatinina

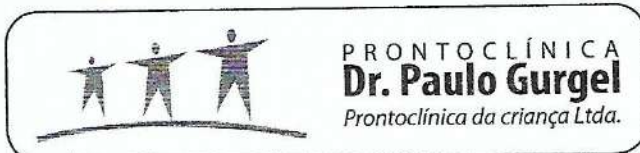
Coagulograma

Heópe

Natal,

25/01/8

Dr. Paulo Heró Sales
Ortopedia - Traumatologia
CRM-3275



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 Nordeste Ponta Negra) - Natal/RN

Atestado HÉLIO SALES-

Paciente com fixador
externo, bloqueando o tornozelo e
seu deslocamento para frente
direcional do tornozelo (exposta
no tumor). Incapacitado para
o trabalho.

Natal,

25/06

Dr. Lorentino R. Soares
Ortopedia - Traumatologia
CRM-3075





PLANTÃO 24 HORAS

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

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

ANTÔNIO AZEVEDO SALES

do externo:

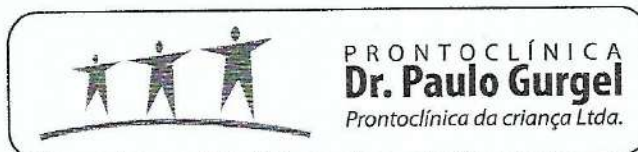
óleo de GINSENG — af

Aplicar em ferimentos

2x dias.

Natal, 25/01/15

Dr. Lauro Herculano R. Soares
Ortopedia - Traumatologia
CRM-3175



5.4

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 Nordeste Ponta Negra) - Natal/RN

Antônio Hélio Sales

Uso oral:

(104) Dolamido flex — flex

tomar 01.00 12/12hs, se dor.

Natal,

30/11/18

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



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 Nordeste Ponta Negra) - Natal/RN

ANTÔNIO AÉLIO SALES

A fisioterapia:

pediculação, de 10 a 20

ENTRADA BINAUCULAR

10 SETES

Natal,

2011/8

Dr. Lauro Henriques & Associados
Ortopedia - Traumatologia
CRM-3175



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

ATÓLIO HEUS SALES -

Paciente vítima de acidente de motocicleta com trauma em tornozelo esquerdo, submetido a procedimento de urgência o qual foi colocada fixador externo. Hoje submetido a novo procedimento de retirada de fixador externo, não sendo realizado fixação interna (placa e parafusos) devido a pobre irrigação local. Será necessário outro procedimento cirúrgico. A fisioterapia. Incapacidade para o trabalho.
S82.5 - S82.6.

Natal,

30.11.18

Dr. Lauro Heróclides Soares
Ortopedia - Traumatologia
CRM-3175





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 Nordeste Ponta Negra) - Natal/RN

ANTÔNIO HELIO SALES.

Paciente vítima de acidente de motocicleta submetido a procedimento de urgência com fixador externo. Retirado fixador externo há \pm 30 dias com processo infeccioso. Agg solicita agendamento para procedimento cirúrgico de fixação interna, devido a não consolidação do Malleol Medial.

Natal, 10.01.19

Dr. Helio Sales
Ortopedia - Traumatologia
CRM-3175





PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclínica 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 Nordeste Ponta Negra) - Natal/RN

Artigo Hélio SAET

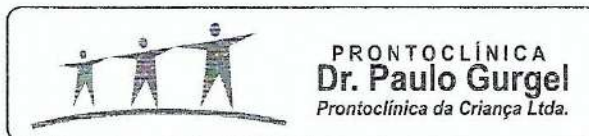
paciente em pós
operatório imediato de fratura
do terço zero (4 meses) e
pós osteotomia de realinhamento medial,
agora com fixação interna (2
parafusos). incapacitado para
o trabalho por um período
aproximado de 90 dias.
A fisioterapia.

Natal,

06/02/19

Dr. Leandro Medeiros de Sousa
Ortopedia - traumatologia
CRM-21.275





PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclínica 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 Nordeste Ponta Negra) - Natal/RN

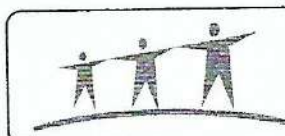
ANTÔNIO HÉLIO SALES -

Paciente em avaliação
de última cirurgia do tornozelo
Esquerdo (Hx + 20 anos) por fratura
intensa do malleolo medial com
os preposos, devido a PTO expulso.
Fratura exposta do tornozelo em
26/09/18. Hoje edema residual
e limitação da mobilidade,
sem necessidade de fisioterapia

Natal,

28/09/19

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



PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclínica 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 Nordeste Ponta Negra) - Natal/RN

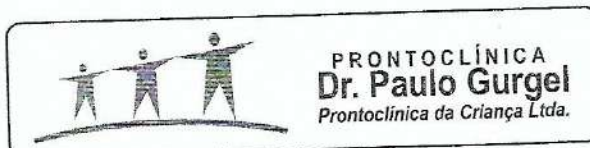
Antônio Heitor Sales -

Paciente vítima de
acidente de motocicleta com
diagnóstico de fratura exposta com
tórporo esquerdo, subatrito
e possívelmente atípico de urgência
com fixação externa e mais recente
petrude de fixação e fixação
intermitente com perfurador em região
do pulso medial. Segue de
limitação da mobilidade total do
tórporo -

Natal,

28.02.19





PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclínica 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 Nordeste Ponta Negra) - Natal/RN

ANTÔNIO HELO SALES

A fisioterapia:

reabilitação toothbrush

force flexo extensor

FRATURA toothbrush em fixação
interna predial

La Selles

Natal,

28/02/19

(Handwritten signature/initials)





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: 3.4 Pai: FRANCISCO SALES CARNEIRO
3.5 Etnia: Parda 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: 3.12 Data de Nascimento: 10/07/1984
3.13 Profissão: AGRICULTOR(A) 3.14 RG: 002633321 - ITEP/RN
3.15 Telefone(s): 84 998094628 3.16 Passaporte:
3.17 Número: 3.18 Naturalidade: OLHO D'AGUA DO BORGES RN
3.19 Bairro: COABÉ 3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.22 Logradouro: CIDADE DO SOL
3.23 Cidade: UPANEMA 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 do 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: 7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: GERALDA MARIA ALVES DE MEDEIROS 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor: ANTONIO HELIO SALES
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 CAIO, SOFRENDO LESÕES. EM DECORRÊNCIA DAS LESÕES, O COMUNICANTE FOI SOCORRIDO NO HOSPITAL MUNICIPAL DE OLHO D'ÁGUA DO BORGES RN.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data 14/03/2019 16:52:35

Policial

Interessado

Polegar direito

Atendimento: 2198037 - FELIPE MEDEIROS DE FARIAS

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

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Id: J2019077000039 - Código de autenticação: b3c44c6ad95141ba7449c34e2a459b1



Assinado eletronicamente por: JOSE CANDIDO NETO - 11/05/2019 17:28:42

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051117224626700000041446921

Número do documento: 19051117224626700000041446921

 **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
Helio Sales; Carlos

testemunho [assinatura] da verdade

OLHO D'ÁGUA DO BORGES - RN. 01.04.2019

Camila Jordania Marques da Silva
CARTÓRIO ÚNICO DE OLHO D'ÁGUA DO BORGES - RN
Camila Jordania Marques da Silva
Substituta

SELO DE AUTENTICAÇÃO
FIRMA 1
AJN-063484

 **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 o original: dou fé.

OLHO D'ÁGUA DO BORGES - RN. 02.04.2019

[assinatura]

CARTÓRIO ÚNICO DE OLHO D'ÁGUA DO BORGES - RN
Camila Jordania Marques da Silva
Substituta

SELO DE AUTENTICAÇÃO
AUTENTICAÇÃO
AJN-004470



DY 52640144 1 BR

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 60301236 - AC OLHO D'AGUA DO BORGES
OLHO D'AGUA DO BORGES - RN
CNPJ.....: 34028316034431 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

DESCRIÇÃO	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 LOPES 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 FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderao 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

Ganha 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.

A-CLIENTE

SARA 7.8.01



uradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE CANDIDO NETO CPF DA VÍTIMA 04.04.2018
DATA DO ACIDENTE 26/04/2018
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO JOSE CANDIDO NETO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É PAI
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOSE CANDIDO NETO, 12063, 06224-010
Nº 120 COMPLEMENTO 6120 BAIRRO PARQUE ALTO DO SOL
CIDADE PARANAGUÁ UF PR CEP 54610-000
E-MAIL joecandido@paranaguaprevidencia.com.br TELEFONE (51) 44342-2623

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
(X) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 05/04/2019

IDENTIDADE JOSE CANDIDO NETO

ASSINATURA JOSE CANDIDO NETO

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 02/04/2019 MATR. CORREIOS 3084263

NOME JOSE CANDIDO NETO

ASSINATURA JOSE CANDIDO NETO

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

Objeto entregue ao destinatário08/04/2019
15:34
RIO DE JANEIRO / RJ**Objeto saiu para entrega ao destinatário**08/04/2019
09:43
RIO DE JANEIRO / RJ**Objeto encaminhado**de Unidade de Tratamento em RIO DE JANEIRO / RJ para Unidade de
Distribuição em RIO DE JANEIRO / RJ06/04/2019
06:07
RIO DE JANEIRO / RJ**Objeto encaminhado**de Unidade de Distribuição em NATAL / RN para Unidade de Tratamento em
RIO DE JANEIRO / RJ05/04/2019
12:28
NATAL / RN**Objeto encaminhado**de Agência dos Correios em OLHO-D AGUA DO BORGES / RN para Unidade
de Distribuição em NATAL / RN03/04/2019
07:59
OLHO-D AGUA DO
BORGES / RN**Objeto postado após o horário limite da unidade**

Objeto sujeito a encaminhamento no próximo dia útil

02/04/2019
15:35
OLHO-D AGUA DO
BORGES / RN



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

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: 065.190.784-50 Nome completo da vítima: ANTONIO HELIO SALCS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: ANTONIO HELIO SALCS CPF: 065.190.784-50
Profissão: DESEMPREGADO Endereço: Rua João Lopes Bezerra Número: 43 Complemento: CASA
Bairro: MADRUA DO SOL Cidade: UBERLÂNDIA Estado: MG CEP: 59.670-000
E-mail: NAO POSSUI Tel.(DDD): (84) 99809-4628

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL S/A
AGÊNCIA: 1365 X CONTA: 27 806 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

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 Líder 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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 alfabeticado
Local e Data, OLHO D'ÁGUA DO PARQUE ION, 29/03/2019
Nome: ANTONIO HELIO SALCS
CPF: 065.190.784-50

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) 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

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

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

Número do documento: 19051117254957500000041446932

Num. 42862092 - Pág. 1

CARTÃO ÚNICO DE OLHO
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 He
lio Sales; Dany x

em testemunho fitp da verdade x

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

Camila Jordania Marques da Silva
CARTÓRIO ÚNICO DE OLHO D'ÁGUA DO BORGES - RN

Camila Jordania Marques da Silva
Substituta



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 <u>ANTONIO NELIO SALAS</u>	CPF da Vítima <u>065.190.784-90</u>	Data do Acidente <u>26/09/2018</u>
---	--	---------------------------------------

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 OS BORGES, 29 de MARÇO de 2019
Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

01/2017



Assinado eletronicamente por: JOSE CANDIDO NETO - 11/05/2019 17:28:46

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051117260090900000041446933>

Número do documento: 19051117260090900000041446933

Num. 42862093 - Pág. 1

CARTÓRIO ÚNICO DE OLHO D'ÁGUA
COMARCA DE UMARIZ
Cível de Imóveis
Helione

ARTÓRIO ÚNICO DE OLHO D'ÁGUA DO BORGES
COMARCA DE UMARIZAL - RN
Albaniza de Freitas Castro Costa - Titular
Reconheço a(s) firma(s) de Antonio He-
lio Sales: 10/04/2019
testemunho HP da verdade
OLHO D'ÁGUA DO BORGES - RN, 02.04.2019
Camila Jordania Marques da Silva
ARTÓRIO ÚNICO DE OLHO D'ÁGUA DO BORGES - RN
Camila Jordania Marques da Silva
Substituta



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - RN Nº 6418321395
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM R.T.D. EXERCÍCIO
1 942416147 ***** 2007

NOME/ENDEREÇO
GERALDA MARIA ALVES DE MEDEIROS
R MANOEL FIRMINO, 15
BELO HORIZONTE
59.600-000 MOSSORO/RN

CPI/CGC PLACA
673.047.374-68 MZC5666

PLACA ANT./UF CHASSI
MZC5666/RN 9C2HB02108R001044

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/M40 APLICAVEL GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO M.O.
HONDA/POP100 2007 2008

CAP./POT./GL. CATEGORIA C/PRELIMINAR
OCVA 7 CILINDRADAS PARTICULAR PRETA

COTA ÚNICA		NO. COTA ÚNICA	VEN. COTAS
I	R\$ 0	14/12/2007	1º PAGO
P	FAIXA 1 PVA	VEN. COTAS	2º PAGO
V	PARCEL	*****	3º PAGO
A	2824 3X R\$		

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

*** TAXAS DETRAN: 14.2 ***

ALIENACÃO FIDUCIÁRIA EM FAVOR DE: 03.634.220/0001-65
BANCO HONDA S/A
MOTOR: HB02E18001044

MOSSORO/RN 22/11/2007

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

RNNº 6418321395 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NOME/ENDEREÇO

GERALDA MARIA ALVES DE MEDEIROS
R MANOEL FIRMINO, 15
BELO HORIZONTE
59.600-000 MOSSORO/RN

CPI/CGC

673.047.374-68

PLACA

MZC5666

BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVÊNIO

RNNº 6418321395

EXERCÍCIO

2007

DATA EMISSÃO

22/11/2007

NOME/ENDEREÇO

GERALDA MARIA ALVES DE MEDEIROS
R MANOEL FIRMINO, 15
BELO HORIZONTE
59.600-000 MOSSORO/RN

VIA COD. RENAVAM

1 942416147

CPI/CGC

673.047.374-68

PLACA

MZC5666

MARCA/MODELO

HONDA/POP100

ANO FAB.

2007

CAT. TARIF.

9

CHASSI

9C2HB02108R001044

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)





PRONTOCLÍNICA
DR PAULO GURGEL

RECIBO

Prontoclínica Dr° 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


Prontoclínica 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

Prontuário da Criança L.L.S.
Patrícia Sales
Faturado



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 SAÚDE) 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

Prontolínica da Orla Ltda.
Patrícia Medeiros
Faturista





EMPRESA: JORGE CANDIDO NETO
FABRIL DE CALÇADO DE ALTAMIRA
CNPJ: 08.907.810/0001-14
AV. DESENVOLVIMENTO INDUSTRIAL, S/N, CENTRO,
URANEMAR - 61151-000
Documento emitido pela Fiscal de Consumidor
Eletrônica

Código	Descrição	Unid.	Qtde.	Un.	VL. Total
0001	Calçado de couro	UN	1	49,99	49,99
Subtotal de itens:					49,99
Total a pagar R\$:					49,99
TOTAL PAGAMENTO					VALOR PAGO R\$:
Total Pago R\$:					49,99
Código					49,99

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.receita.fazenda.gov.br/consumidor>

CPF: 08.907.810/0001-14 CNPJ: 08.907.810/0001-14



CONSUMIDOR NÃO
IDENTIFICADO
NFCenº 51606 Série 1
15/11/2018 18:31:01 via
Consumidor
Protocolo de autenticação:
2418027295603
Data de autenticação:
15/11/2018 18:31:07

CLIENTE:

VENDEDOR: JORGE CANDIDO NETO

Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012): Federal
R\$6,72 Estadual R\$0,00 Municipal R\$0,00

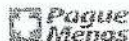
NUM. CONTROLE: 61151



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



CNPJ: 06.626.253/0004-89
EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
Av Santos Dumont, 278 - Centro
MOSSORO-RN, CEP: 59600-170

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

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

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

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

1 6.62 5300 8489 6502 4000 0873 4010 0024 5934



CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC-e nº: 37340 Série: 2ª
03/12/2018 13:13:01

Protocolo de autenticação
324180289719455

Data de autorização
03/12/2018 13:13:04

Desc Subtotal rateado n° s) item(s) R\$:0,70

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

CLIQUE AQUI PARA VER SEJA BEM-VINDO AO NOVO PROGRAMA DE
FIDELIDADE SEMPRE PAGUE MENOS. AGORA VOCE TEM
BENEFÍCIOS PERSONALIZADOS PARA VOCE.

PARABENS! VOCE E UM CLIENTE SEMPRE.

NESSA COMPRA VOCE ECONOMIZOU R\$ 44,92

SEU SALDO DE JULHO A DEZEMBRO/2018 E DER\$ 109,14.

ATINGIR\$ 500,00 ATE31/12/2018 E SEJA UM CLIENTE ORO.

ESSE VALOR E UMA ESTIMATIVA DO SEU SALDO DE COMPRAS.

EXCLUINDO MEDICAMENTOS E SERVICOS. SUAS COMPRAS SAO

CONTABILIZADAS EM ATE 15 DIAS. CONFIRA O REGULAMENTO E

SAIBA MAIS EM PAGUEMENOS.COM.BR/SEMPRE

CPF CLIENTE SEMPRE: 878.111.111-91

Operador: 45837 Vendedor: 12800

Trib aprox R\$:7,78 Fed e R\$:0,00 Est e R\$:0,00 Muni

Fonte: IBPT ca7g13

Obrigado e Volte Sempre.



Assinado eletronicamente por: JOSE CANDIDO NETO - 11/05/2019 17:28:48

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051117263703500000041446936>

Número do documento: 19051117263703500000041446936



FARMACIA DO TRAB DO NORDESTE UPA NEMA
FARMACIA DO TRAB DO N E FARM
CNPJ 00.907.280/0002-27 IE 20-4317043
AV NEZES DOS DE SETEMBRO, 155, CENTRO,
UPANEMA RN 64430250000
Documento gerado da Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica

Código	Descrição	Qtd	Un	VL Unit	VL Total
4798	USADOR C/4 COMP	1	UN	7,47	7,47
14033	AMD A6IUNA 500MHz 100P 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\$					0,00
FORMA PAGAMENTO				VALOR	14,97 R\$
Total Pago R\$					14,97
Dinheiro					14,97

Consulte pela Chave de Acesso e

<http://www.zetax.gov.br/nfeconsulta>

2418-1220-90/2-00009227 nfe001000524-1000



CONSUMIDOR NÃO
IDENTIFICADO
Nº C-e nº 534 18 Série 1
10/11/2018 09:58:48 Via
Consumidor
Protocolo de autenticação
204181220901000524
Data de autenticação
02/12/2018 09:05:52

CLIENTE:

VENDEDOR: 30 - EDJANNY MIRLLA

Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012) Federal

R\$1,96 Estadual R\$0,00 Municipal R\$0,00

NUM. CONTROLE 63052



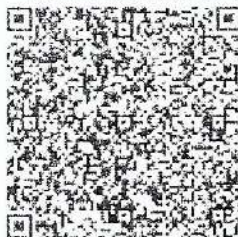
FILIA DO TRAD DO N. RUSTE UPAREMA
FARMACIA DO TRAD DO N. E FARM
CNPJ: 01447200000027 IE: 204017053
AV. DESESSAIS DE SETEMBRO, 195, CENTRO,
UPAREMA-RN (548225-000)
Documento Auxiliar da Nota Fiscal do Consumidor
Eletrônica

Qtda total de itens	1
Valor total R\$	37,55
Desconto R\$	3,75
Valor a pagar R\$	33,80
FORMA PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$
Total Pago R\$	33,80
Dinheiro	33,80

Consulte pela Chave de Acesso em:

<http://www.refn.gov.br/nfca/consulta>

241900204072 3000 0227 0000 1000 0047 5210 0000 0007



CONSUMIDOR NÃO
IDENTIFICADO
NFC-e nº 64752 Série 1
08/02/2019 17:11:05 Via
Consumidor
Protocolo de autorização:
304190024284134
Data de autorização:
08/02/2019 17:11:08

CLIENTE

VENDEDOR: 7 - ESTAGIARIO

Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

NUM. CONTROLE: 74668



Assinado eletronicamente por: JOSE CANDIDO NETO - 11/05/2019 17:28:48

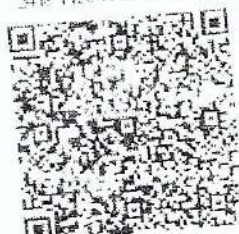
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051117263703500000041446936>

Número do documento: 19051117263703500000041446936

PLA DO TRABAJO NORDESTE UPAREMA
FARMACIA DE FARMACIA DO TRABAJO
CNPJ 08.942.344/0001-27 E 04.417.065
AV. DE FERNANDES DE SOTENHO, 155, CENTRO,
UPAREMA RN 58225-0,04
Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica

Qtd	Un	Un	Un	Un
8	UN	7,47	59,76	1
Qtd Total de Bens				1
Valor Total				59,76
Valor de Imposto				10,71
Valor de Frete				0,00
Valor de Seguro				0,00
Valor de Entrega				0,00
Valor de Entrega				0,00
Valor de Entrega				0,00

Consulte pela Chave de Acesso em:
<http://www.receita.fazenda.gov.br/nfe>
341211200072-33000227 e CNPJ 08.942.344/0001-27



CONTRIBUICAO
IDENTIFICACAO
NFE e 51027-0001
14/11/2018 17:48:45
Consumidor
Protocolo de Autorizacão
341211200072-33000227
Data de Autorizacão
14/11/2018 17:48:50

CLIENTE
VENDEDOR 20 - ALTRAFIP
NÃO permissa aproveitamento de crédito de ICMS
Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012) Federal
R\$0,04 Estadual R\$0,00 Municipal R\$0,00
NUM. CONTROLE 61029





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, contatos 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





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



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, contatos 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

Pag. 01913/01914 - carta_01 - DAMS

00010957



Carta nº 14257388





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. 01841/01842 - carta_03 - DAMS

00040921



Carta nº 14257072





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.

DESPACHO

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 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.

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);



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 transcrito 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

