

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S): **PAULO GOMES DE CARVALHO**, brasileiro, casado, agricultor, CPF. 143.836.834-87, residente e domiciliado na Rua Governador Jose Varela, 61, São Sebastião, Apodi/RN.

pelo presente instrumento de procuração ao final assinado, nomeia(m) e constitui(em) seu(s) bastante(s) procurador(es) o(s) Sr.(s) Dr.(s) **MÁRIO WILLS MOREIRA MARINHO**, brasileiro, casado, advogado, OAB/RN nº 2889, com escritório profissional na Rua: Luis Antonio Tôrres, 32, Boa Viagem, Apodi-RN, a quem confere(m) amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, com cláusula **AD-JUDICIA E EXTRA** a fim de que agindo em conjunto ou separadamente, possa(m) defender os interesses e direitos do(s) outorgante(s) perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor(es) ou reclamante(s), e defendendo-o(s) quando for(em) réu(s), interessado(s) ou requerido(s), podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, levantar valores, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromisso(s), prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe(s) convier, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato.

Apodi – RN 01 de agosto de 2019

Ass: _____



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOME 271.407

DATA DE EXPEDIÇÃO 12/06/2007

FILIA PAULO GOMES DE CARVALHO

VICENTE GOMES DE CARVALHO

NAT ANTONIA FERNANDES DE SOUZA

DATA DE NASCIMENTO 09/09/1955

DOC APODI RN

CERT. DE CASAMENTO L-02 F-131 RG-283

CPF APODI RN-2 CARTORIO

143.836.834-87

2a. VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





COSERN

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Almeida, 150, Bairro, Natal - RN, CEP 58075-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20055199-8 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

PAULO GOMES DE CARVALHO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA GOVERNADOR JOSE VARELA 61

CPF 143.836.834-87

SAO SEBASTIAO/VAREA URBANA

CLASSIFICAÇÃO

APÓDI RN
59700-000

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MES/ANO
0523305018	07/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA FATURA
05/08/2019	02/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	145,64

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
028478575	UNICA	03/07/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
03/07/2019	3000333598	51345

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	200,0000000	0,86092612	133,39
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,27
Contrib. Ilum. Pública Municipal			12,50
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			-0,51

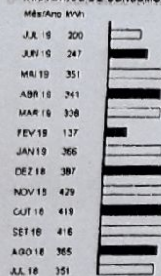
TOTAL DA FATURA

145,64

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)
A711196	CAT	03/06/2019	61.674,00	03/07/2019	61.874,00	30	1,00000		200,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	13,65	18,00
PIS	1,11	1,48
COFINS	5,04	6,90

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	48,50	36,37%
Transmissão	5,06	3,78%
Distribuição (Cosern)	31,77	23,77%
Perdas de Energia	8,57	6,37%
Energias Setoriais	7,38	5,52%
Tributos	32,33	24,16%
Total	133,51	100%

Consumo Ativo (kWh)

TARIFAS APLICADAS

0,50153000

6CDF 1F56 7DDE 8023 A23F 2AB8 54B2 6A06

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no prazo mais próximo de vencimento para evitar multas e juros. O cliente deve pagar o valor devido em até 30 dias após a emissão da fatura. O cliente deve pagar o valor devido em até 30 dias após a emissão da fatura. O cliente deve pagar o valor devido em até 30 dias após a emissão da fatura.

As informações sobre o desempenho da rede elétrica e a qualidade do serviço são disponibilizadas no site da Cosern. O cliente pode acessar o site da Cosern para obter mais informações.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

	VALOR ANUAL (h)	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIG	0,00	5,18	10,36	20,72
FIC	0,00	3,30	6,60	13,20
FMIO	0,00	2,84	0,00	0,00

Límite DACRI 12,22

EURO - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 50,93

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	202 - 231

CONTA CONTRATO 0523305018 MES/ANO 07/2019 DATA DE VENCIMENTO 05/08/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 145,64

83840000001-4 45640038400-1 52330501820-6 01233527693-1



Assinado eletronicamente por: MARIO WILLS MOREIRA MARINHO - 17/09/2019 15:34:56

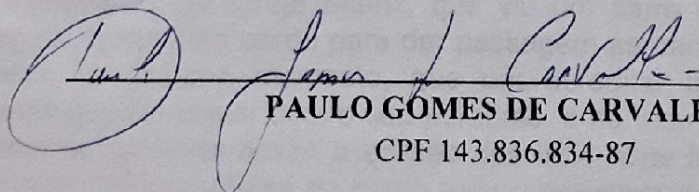
https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091715345661900000047304248

Número do documento: 19091715345661900000047304248

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **PAULO GOMES DE CARVALHO**, brasileiro, casado, agricultor, CPF. 143.836.834-87, residente e domiciliado na Rua Governador Jose Varela, 61, São Sebastião, Apodi/RN, declaro para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessito, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil).

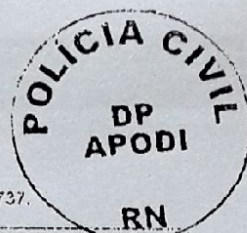
Apodi-RN, 17 de setembro de 2019


PAULO GOMES DE CARVALHO
CPF 143.836.834-87





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DEGEPO - DPCIN - 2ª DRPC
DELEGACIA DE POLÍCIA DE APODI
Rua Sebastião Sizenando, s/n, BR 405, Apodi/RN - Telefone: (84) 3333-2737.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº. 444/2019

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo do Acidente: COLISÃO

Data e Hora do Acidente: 05/05/2019 às 10h20min.

Local da Ocorrência: Rua Nossa Senhora da Conceição, próximo a igreja

Comunicante: AUCÉLIO DIOGENES GOMES

Identidade RG.: 001.298.572/RN

CPF: 020.036.504-58

Profissão: Garçon

Telefone: 9.9434-2929

Endereço: Rua Governador José Varela, 61, São Sebastião, Apodi/RN

Identificação da Vítima:

Nome: PAULO GOMES DE CARVALHO

Identidade RG.: 271.407

Naturalidade: Apodi/RN

Data Nascimento: 09/09/1955

Pai: Vicente Gomes de Carvalho

Mãe: Antonio Fernandes de Souza

Endereço: Rua Governador José Varela, 61, São Sebastião, Apodi/RN

Condutor ou Passageiro? Condutor NÃO HABILITADO

Identificação do Veículo:

Tipo: MOTOCICLETA

Marca/Modelo: I/SHINERAY XY 50 Q

Placa: QGC6386/RN

Cor: VERMELHA

Chassi: LXYXCBL05F0300606

RENAVAM: 01084633288

Proprietário: PAULO GOMES DE CARVALHO Ano: 2014/2015

HISTÓRICO:

O comunicante comparece a esta delegacia para formalizar a concorrência de ACIDENTE DE TRANSITO (COLISÃO); Que informa ser filho da vítima, e por o seu pai não estar em condições de comparecer para formalizar a ocorrência ele veio em seu nome; Que no dia 05 de maio de 2019, por volta das 10h20min o seu pai trafegava pela Rua Nossa Senhora da Conceição, nas proximidades da Igreja Matriz, que viu um carro vindo ao cruzamento da via que seguia, que então parou para dar passagem ao carro, e o motorista do carro também parou no mesmo momento, que por acreditar que o motorista o estava dando passagem foi seguir com o seu percurso, e no momento o motorista do carro também acelerou gerando assim a colisão dos dois; Que informa que o pai sofreu um forte impacto do lado direito do corpo, que o motorista do carro parou para prestar socorro e fez a ligação para o SAMU que chegou cerca de 20 minutos após o acidente e levou a vítima até o Hospital Tarcísio Maia em Mossoró/RN, onde a vítima ficou internado por 57 dias, constando fratura na clavícula e fratura exposta no tornozelo direito, tendo que passar por cirurgias; Que a vítima já se encontra em casa, mas ainda com o pé imobilizado sem possibilidade de locomoção; Que a motocicleta teve danos graves. E nada mais disse.

Providências: Registro do fato; Expedição do BO.

Local e data deste Registro: Apodi, 1 de julho de 2019

Comunicante

APC José Luiz de Araújo

Assinatura de José Luiz de Araújo
Ch. 509-111
Mot. 2358-7



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 11922 // 00033 Nº **014528148320**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 01084633288 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
PAULO GOMES DE CARVALHO

CPF / CNPJ
143.836.834-87

PLACA
QGC6386

PLACA ANT / UF
QGC6386/RN

CHASSI
LXIXCBL05F0300606

ESPECIE TIPO
PASSAGEIRO/CICLOMOTOR/NAO APLICAVEL

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
I/SHINERAY XY 50 Q

ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2015

CAP / POT / CIL
OCV/49 CILINDRADAS

CATEGORIA
PARTICULAR

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA
R\$ 0.00

VENC. COTA ÚNICA
16/05/2019

VENC / COTAS
1ª ISENTO

FAIXA I.P.V.A.
030717 3X

PARCELAMENTO / COTAS
R\$ *****

2ª ISENTO
3ª ISENTO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)
*** TAXAS DETRAN: PAGO ***

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)
DPVAT

DATA DE PAGAMENTO
PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: 1P39FMAFA123911

APODI/RN

Carlos Sáves de Silva

Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - RN
EXPEDIDOR

DATA
16/05/2019

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

RN Nº **014528148320** BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 16/05/2019

VIA 1

CPF / CNPJ
143.836.834-87

PLACA
QGC6386

RENAVAM
01084633288

MARCA / MODELO
I/SHINERAY XY 50 Q

ANO FAB.
2014

CAT. TARIF.
8

Nº CHASSI
LXIXCBL05F0300606

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRA (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.508/0001-04

JAN / 2019



Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190437074

Vítima: PAULO GOMES DE CARVALHO

Data do Acidente: 05/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO GOMES DE CARVALHO

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 14614771

Pag. 017430744 - carta_01 - INVALIDEZ



SINISTRO 3190507577 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA PAULO GOMES DE CARVALHO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADOR
LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO PAULO GOMES DE CARVALHO

CPF/CNPJ: 14383683487

Posição em 16-09-2019 15:07:07

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
11/09/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



BANCO DO BRASIL S.A.
13/09/2019 - AUTO-ATENDIMENTO - 08.10.58
0089273066

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 0892-3 CONTA: 19.252-X
CLIENTE: PAULO GOMES DE CARVALHO

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
-----12/08/2019-----		
Saldo Anterior		379,78D
-----14/08/2019-----		
BB Microcredito Empr Giro 059142		7,70C
BL: 12		
Saldo		372,08D
-----02/09/2019-----		
Cobranca de I.O.F.	100701	2,02D
Saldo		374,10D
-----05/09/2019-----		
Tarifa Pacote de Servicos 014595		43,75D
Cobranca referente 05/09/2019		
Saldo		417,85D
-----09/09/2019-----		
Deposito em Dinheiro	628889	500,00C
Saldo		82,15C
-----10/09/2019-----		
BB Microcredito Empr Giro 216040		536,01D
Cobranca de Juros	058916	44,16D
Saldo		498,02D
-----11/09/2019-----		
Recebimentos Diversos	115577	1.687,50C
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SE		
Saldo		1.189,48C
-----12/09/2019-----		
BB Microcredito Empr Giro 060953		11,06C
BL: 10		
S A L D O		1.200,54C

Saldo		1.200,54C
CHEQUE ESPECIAL - LIMITES		
- Limite Contratado		500,00C
- Limite Utilizado		0,00C
- Limite Disponivel		500,00C
Dias de Uso Ch. Especial		01
Juros *		2,02
Data de Debito de Juros		10/10/2019
IOF *		2,32
Data de Debito de IOF		01/10/2019
(*)Apurados de acordo com o somatorio dos saldos devedores diarios no mes anterior ao debito.		

Taxa Ch.Especial Classic	12,49% am 310,55% aa	
Tributos (IOF)	0,38% + 0,0002% ad	
Custo Efetivo Total	13,12% am 347,93% aa	
Vencimento	31/12/2019	

Informacoes Complementares - CET (*)

	R\$	%
Valor total devido	503,13	-
Valor liberado	500,00	99,38
Despesas vinculadas		
-IOF	3,13	0,62
(*) Simulacao para utilizacao unica e integral do limite por 30 dias.		



306-4



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: HRM

2 - CNES:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HRM

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: PAULO GOMES DE CARVALHO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO:

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO:

9 - SEXO: Masc. ☐ 1 Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR:

11 - NOME DA MÃE:

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:

13 - NOME DO RESPONSÁVEL:

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:

19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente vítima de acidente automobilístico, evoluindo com fratura de ossos da perna (exposta).

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Necessidade de correção cirúrgica.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): RX + Quadro clínico.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura da extremidade distal tíbia SP2-3

24 - CID 10 PRINCIPAL:

25 - CID 10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento cirúrgico da fratura bimaxilar

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 410.810.150.4.9.7

29 - CLÍNICA:

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 05/05/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE TRÂNSITO, DE TRABALHO TÍPICO, DE TRABALHO TRAJETO)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:

40 - CNPJ EMPRESA:

41 - SÉRIE:

42 - CNPJ EMPRESA:

43 - CNAE DA EMPRESA:

44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - COD. EMISSÃO EMISSOR:

48 - DOCUMENTO: () CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

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

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 02/07/2019
BIM

SAME ARQUIVO





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

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
DDD Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO
DDD Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM LESÕES TRAUMÁTICAS AO
TORNOZELO DIREITO. APRESENTA NÚCULO E
DE TENDÕES E SECÇÃO PURCENITA.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

NÚCULO E PERDA DE TENDÃO NO TORNOZELO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESBENEFICIAMENTO CIRÚRGICO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. EMISSÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 02/07/2019

SAME / ARQUIVO



Assinado eletronicamente por: MARIO WILLS MOREIRA MARINHO - 17/09/2019 15:34:59

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091715345900700000047303592>

Número do documento: 19091715345900700000047303592



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome PAULO GOMES DE CARVALHO Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório: FX EXTENSA GRANDE DO T22 (D)

Indicação terapêutica: _____

INTERVENÇÃO

Início: 17:00 Fim: 18:00 Duração: 60 min

Operador DR. KÉLLEN GONÇALVES

1ª Auxiliar: DR. DANILO PAIVA

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: DR. SOSTENES

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 02/04/2019

SAME / ARQUIVO

INTERVENÇÃO

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

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

(1) PCTE EM DDH SOB RAGUANESTESIA; (2) IDENTIFICADA FCC EXTENSA CIRCUNFERENCIAL NO T22 (D) COM GRANDE LESÃO DE PARTES MOLES, COM GRANDE COMMOÇÃO ÓSSEA DISTAL DA TÍRUA E LUXAÇÃO TÍRUA-TARSILA; (3) REALIZADA PAINMENTAÇÃO HABITUAL; (4) LAVAGEM ABUNDANTE COM SF09%; (5) REALIZADO ALINHAMENTO FUNCIONAL + FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR; (6) SUTURAS DE APROXIMAÇÃO; (7) CURATIVO SIMPLES + ENFAIXAMENTO; (8) OBSERVADA PERFURAÇÃO LENTIFICADA DISTAL DO MIO; (9) REALIZADA SUTURA DE FCC NO COTOVELO DIREITO; (10) CASO DISCUTIDO COM A VIRE





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome PAULO GOMES DE CARVALHO Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: NECROSE E PERDA DE TECIDOS

Indicação terapêutica: NO TORNADOZEL E PE
= TRATAMENTO C/ DESBRIDAMENTO
DE TECIDOS

qui 23-05-2019 INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador JOÃO

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 02/05/2019

1º Auxiliar: WILCENTE

2º Auxiliar: _____

SAME / ARQUIVO

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: GRACA — ENF ADRIANA

Anestesista: LANA

SALA 3 INTERVENÇÃO

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

() Limpa () Pot. Contaminada () Contaminada (X) Infectada

- PACIENTE EM DOB ANESTESIA

- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

- DESBRIDAMENTO PARCIAL DOS TECIDOS

COM A MANUTENÇÃO PARCIAL PARA

COBERTURA DOS MACELOS

- LAVAGEM c/ SF 0,9%

- RETIRADA PARCIAL DOS FIOS DE

SUTURA

- COBERTURA DAS FERIDAS COM GAZES

UMIDAS COM AGE E SF 0,9%.

João Firmino da S. Neto
C.R.M. Nº 2.517



Prontuário: **207379**



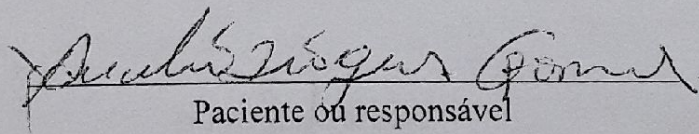
SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **PAULO GOMES DE CARVALHO** (Fia: **2295/2019**), CPF: **14383683487**.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 05 de Maio de 2019.


Paciente ou responsável

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 05/05/2019
Bino
SAME / ARQUIVO





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA – SESAP
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192RN



AFIRMAÇÃO

Afirmamos, para os devidos fins que o paciente,

Paulo Gomes da Carvalho, 63 anos, foi atendido
pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192RN, no dia
06/05/2019, no horário 10:40, na via Nossa Senhora da Conceição

Paciente vítima de Colisão moto - carro.

Apodi, 14 de maio de 20 19.

Erionildes Lopes de Moura
Enfermeiro
COREN/RN: 259053
CPF: 030.175.914-06

Coordenação de Enfermagem





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

1ª Vara da Comarca de Apodi

BR 405, KM 76, Portal da Chapada, APODI - RN - CEP: 59700-000

Processo nº: 0803039-66.2019.8.20.5112

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: PAULO GOMES DE CARVALHO

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

DESPACHO

Vistos.

Defiro a gratuidade judiciária em favor da parte autora.

Da análise da inicial, verifica-se de logo a necessidade de prova pericial, motivo pelo qual as circunstâncias fático-jurídicas da lide inviabilizam a conciliação neste momento.

Demais disso, consigno que a Seguradora Líder adotou a política de não conciliar nas ações que discutem a cobrança e/ou diferenças do pagamento de indenizações do Seguro DPVAT, alegando a existência de fraudes, razão pela qual **deixo de marcar audiência prévia de conciliação** prevista no art. 334 do CPC, nada impedindo a designação posterior.

Dito isto, **Cite-se a parte requerida para contestar** no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial.

Havendo questões preliminares, reconvenção e/ou alegação de fatos impeditivos, modificativos ou extintivos do direito autoral, **ouça-se** a parte autora, no prazo de 15 (quinze) dias.

Em seguida, **designa-se perícia técnica** a ser realizada por profissional com especialidade de ortopedia/traumatologia, **nos termos do Convênio nº 39/2018, fixando-se honorários no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais)**, a serem pagos pela Seguradora Líder, no prazo de 15 (quinze) dias após realizada a perícia, contados da data da intimação, independente do resultado.



Oficie-se ao NUPEJ para indicar o profissional, remetendo-se os quesitos do Juízo e aqueles elaborados pelas partes, **ou, alternativamente, inclua-se no Mutirão para realização de perícias do DPVAT**, adotando-se a providência mais célere.

Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pela parte autora? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5- Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 9- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média(50%), leve (25%) ou residual(10% ou menos)?

Intimem-se as partes para indicarem assistente técnico e, querendo, **apresentarem outros quesitos** diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de quinze dias.

Designada a data, intimem-se pessoalmente as partes para se fazerem presentes, devendo os advogados serem intimados pelo DJe/PJe.

Apresentado o laudo, intimem-se os advogados das partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de quinze dias, expedindo-se imediatamente o Alvará para levantamento dos honorários periciais.

Após, **retornem** os autos conclusos, nos termos do art. 352 e 353 do CPC.

P. I. Cumpra-se.

Apodi/RN, 18 de setembro de 2019.

Assinado eletronicamente

ANTONIO BORJA DE ALMEIDA JUNIOR

Juiz de Direito

