

P R O C U R A Ç Ã O "AD JUDICIA"

EU, Francisco Caninde Melo, brasileiro, solteiro, agricultor, com CPF nº 012.182.294-03 , RG nº 002.168.346, e residente no Porto Piató, nº 09, zona rural, Assú/RN, **telefone pra contato:** (84) 9.9921-0834, nomeia e outorga poderes a Outorgada: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada; (OAB7469/RN) podendo ser intimada na Rua Antonio Vieira de Sá nº 986, Mossoró-RN, ao qual confere amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula "ad Judicia", para ajuizar ação de cobrança na Comarca ASSÚ-RN, podendo a outorgada, confessar, assinar, desistir, propor acordo, receber intimações, dar quitação, transigir, apresentar réplica, oposições, firmar acordo, receber e levantar ALVARA JUDICIAL, decorrente da presente ação, apresentar recurso e contra razões, e ainda requererem seguro de vida, junto bem como, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo levantar alvará judicial, acompanhar todo processo até o final do julgamento, representado ainda os interesses do outorgante, podendo ajuizar apelação, ou, qualquer outro remédio jurídico competente, junto ao Egrégio Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte, para garantir o direito do outorgante, e finalmente, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato.

Assú-RN, em 19 de junho de 2019.

Outorgante:

Isento de reconhecimento de Firma, em face da Lei nº 8.952, de 13/12/1994, que dá nova redação ao art. 38 do CPC.



E por verdade firmo esse termo e instrumento procuratório, a rogo, em nome do Sr.(a) **Francisco Caninde Melo**, confirmado a outorga para fins de AJUIZAR AÇÃO DPVAT, neste ato e nesta data, na presença de duas testemunhas, para que gere todos os efeitos legais.

Irisneta Batista da Mota

(Irisneta Batista da Mota-CPF:011.008.094-73-END: Porto Piató, nº 09, zona rural, Assú/RN).

Nome e assinatura do representante que assinará a rogo pelo analfabeto, deficiente visual ou portador de deficiência física que o impede de assinar.

Testemunhas:

1-Janigleya da Silva Lopes, CPF:067.985.384-79, rua Doutor Luís Carlos, nº 275, Dom Elizeu, Assú/RN, CEP:59.650.000.

Janigleya

2-Antonio Emerson do Nascimento, CPF:008.706.444-83, rua Doutor Luís Carlos, nº 275, Dom Elizeu, Assú/RN, CEP:59.650.000

Antonio Emerson do Nascimento



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, **Francisco Caninde Melo**, brasileiro, solteiro, agricultor, com CPF nº 012.182.294-03 , RG nº 002.168.346, e residente no Porto Paitó, nº 09, zona rural, Assú/RN, que é pobre na forma da Lei, não dispondo de meios que possibilitem a custear as despesas processuais na Ação de Cobrança c/c reparação de danos, na Comarca de Assú - Rio Grande do Norte. Afirma ainda ser conhecedor das sanções penais, caso a presente não retrate a verdade dos fatos. Nada mais digno de registro, assina o presente.

Assú-RN, em 19 de junho de 2019.



Declarante: Isimeti Batista da Mota

CP - Decreto Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:
Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Falso reconhecimento de firma ou letra.



DECLARAÇÃO DE ISENTO DO IMPOSTO DE RENDA

EU, **Francisco Caninde Melo**, brasileiro, solteiro, agricultor, com CPF nº 012.182.294-03 , RG nº 002.168.346, e residente no Porto Piatto, nº 09, zona rural, Assú/RN, DECLARA, sob as penas da lei que é isento de declarar imposto de renda, por não ter meios suficientes, fazendo presente declaração nos termos - conforme previsto na Lei 7.115/83. Estou ciente das sanções administrativas, penais e cíveis, nos termos do art. 299 do CPB. Nada mais a constar lavro o presente para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Assú-RN, em 19 de junho de 2019.



Declarante: Irisneth Batista da Mota

CP - Decreto Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Falso reconhecimento de firma ou letra.



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS
COM CLAUSULA "AD EXITUM"

Pelo presente instrumento de contrato, firmado entre as partes de um lado EU, **Francisco Caninde Melo**, brasileiro, solteiro, agricultor, com CPF nº 012.182.294-03 , RG nº 002.168.346, e residente no Porto Paitó, nº 09, zona rural, Assú/RN, **COMARCA DE ASSÚ/RN**, com os advogados: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada; WAMBERTO BALBINO SALES, brasileiro, casado, advogado, ambos podendo serem citados na Rua Antônio Vieira de Sá nº 986, Aeroporto, em Mossoró - RN, doravante identificados como contratados, a prestação dos seguintes serviços profissionais:

1- A parte contratante celebra com os contratados, a prestação de serviços advocatícios, com objetivo de ajuizar ação própria junto a Comarca de ASSÚ-RN, tendo como parte demandada, a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A;

2- A parte contratante, não pagará qualquer valor aos contratados de imediato, sendo que, ao final na lide, ocorrendo procedência caberá a parte contratante, pagar aos contratados o valor correspondente à 30% (trinta por cento), sob o valor da condenação, independente da verba sucumbencial a ser arbitrada pelo Juízo da causa;

3- Em caso de insucesso da demanda, a parte contratante não desembolsará quaisquer valores aos contratados, o risco será arcado pelos advogados contratados, independente do ônus de deslocamentos, alimentação, contratação de outros advogados, dentre outras despesas até a entrega final da pretensão requerida, sendo que, o presente firma-se na clausula "ad exitum";

4- Em caso de desistência da demanda, ou, revogação dos poderes em favor de outros outorgados, deverá a parte contratante, pagar aos contratados, o valor correspondente à 30% (TRINTA POR CENTO) sob o valor da causa;

5- Nos termos do art. 22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994, caberá a parte contratada, requerer a expedição do competente alvará judicial, em separado ao da parte contratante, ao fim da lide..

Elegem as partes, para dirimir quaisquer dúvidas, e execução inclusive o presente, a comarca de Mossoró - Rio Grande do Norte.

Nada mais a constar vai o presente devidamente assinado para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.



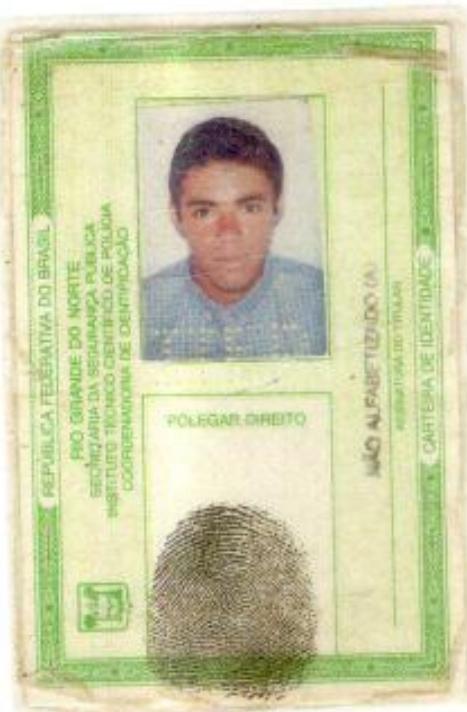
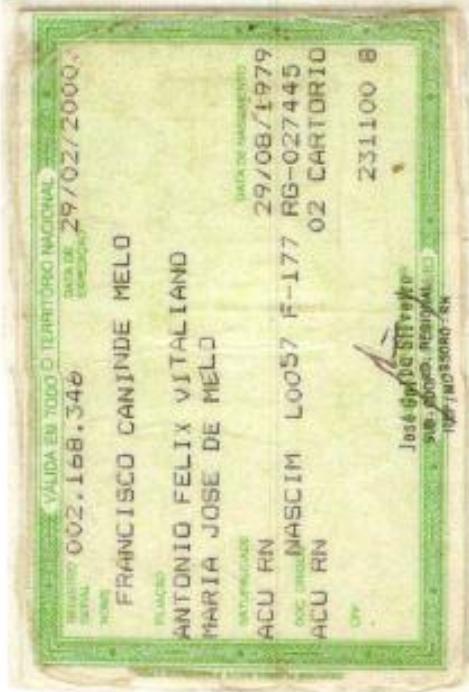
Assú-RN, em 19 de junho de 2019.

Contratante: Irismeti Batista da Mota

Telefone: **84 9.9921-0834**

Contratado: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO- OAB/7469





Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 13/11/2019 09:44:42
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19111309444235600000049072650>
 Número do documento: 19111309444235600000049072650

Num. 50828558 - Pág. 1

Tarifa Social de Energia Elétrica. Criada pela Lei 10.498, de 26/04/2002.

NOTA FISCAL - I - TATIANA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Ipiranga, 700, Bento, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59020-150
CNPJ 00.324.106/0001-41 | Ins. Est. 30028/99-2 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE:		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA:					
IRISMETE BATISTA DA MOTA		PO PORTO PIATO 9					
CFF 011 006 094-73 NIS 10006480095		PORTO PIATO/RN/CARNAUBAIS					
CLASSIFICAÇÃO:		ASSURN 59950-000					
BT RESIDENCIAL BAIXA RENDA COM NIS		CONTA CONTRATO					
Nº DA NOTA FISCAL	Nº REDE	EMISSÃO	MÊS ANO				
03297583	UNICA	10/04/2019	0854633183 04/2019				
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO	DATA DE VENCIMENTO				
11042019	3000645389	20410	18/04/2019 10/05/2019				
		TOTAL A PAGAR (R\$) 25,20					
DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL:							
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)				
Consumo Revisado 3019W	30.0000000	0,215,00000	6,45				
Consumo Ativo superior a 30.000,000 WMS	34.000,000	0,315,00000	10,71				
Contri. Itam. Pública Municipal			1,92				
ICMS-Prefeitura Subvençionalista			2,04				
TOTAL DA FATURA 25,20							
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DÉBIA NOTA FISCAL							
Nº DO REVISOR	Nº DA FUNÇÃO	ANTERIOR LEITURA	ATUAL LEITURA	TYPE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
71000364	CX1	4.200,00	11.040,00	0,00	1,00000	0,00	68,00

INFORMES DE CONSUMO **INFORMAÇÕES DE TECNICO** **COMPRAÇÃO NO COTASIM**

Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 13/11/2019 09:44:42
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19111309444235600000049072650>
 Número do documento: 19111309444235600000049072650

Num. 50828558 - Pág. 2

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

Registrado em / / como
Nº Liv. Fls. Data sob
DRT Ass. do Funcionário

Registrado em / / como
sob
Nº Liv. Fls. Data
DRT Ass. do Funcionário

Registrado em / / como
sob
Nº Liv. Fls. Data
DRT Assinatura do Encarregado

Registrado em / / como
sob
Nº Liv. Fls. Data
DRT Assinatura do Encarregado

DEPENDENTES

CARTEIRAS ANTERIORES

Número	Série	Data da Entrega
.....
.....
.....

40-985-235/0001-85

DIRECTIVOS AGRÍCOLA SÍ.

EMPREGADOR: DIRECTIVOS AGRICOLA S/A
RUA: RN-118, S/N
Faz. Veneza
CEP 59.508-000
Município: Ipanguacu - Rio
Esp. do estabelecerimento: Nogueira
Cargo: Trat. Rural

CBO nº
Data admissão 09 de Maio de 2000
Registro nº Fis./Ficha
Remuneração especificada R\$ 076,00 hora
(Setenta e seis reais e vinte e cinco
mil reais por hora) R\$ 076,00

Assessorador ou a rogo chest.
EUDÉS D'ANOS
CPF - 782-20-0000

Data saída 05 de Agosto de 2000
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
EUDIS DOL

Gen. Dir. — CD-NR

CONTRATO DE ALQUILER

ЧИСЛОМОНДА

J.M. DE MORA
CGC/MF Rua XV de Novembro, 590 - A
Rua Dom Elizeu N°
Município CEP 59.650-000.
Esp. em estabelecimento nosu RN
Cargo ASISTENTE

CBO nº
Data admissão 01 de Fevereiro de 2001
Registro nº Fls./Ficha
Remuneração especificada 20100,00 reais de
setenta reais e setenta centavos

J. M. DE MOURA
Ass. do empreendedor de São Paulo
Joseneide Maria de Moura
CPF 331.107.204-4

Data saída 26 de setembro de 2001
J. M. DE MOURA
Ass. do empreendedor em a regra c/ test.
Joseheide Maria de Moura

See Fig. 7 for details.



CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: VICTOR HUGO SILVA DA COSTA
EPP
CNPJ / CPF: 18.189.065/0001-92

ENDEREÇO: RUA 24 DE JUNHO, 570 - CENTRO
CIDADE: Açu

CARGO: SERVENTE DE OBRAS
CBO: 7170-20

DATA DA ADMISSÃO: 01/12/2014
REGISTRO N°: 001 FOLHA/FICHA: 000007
REMUNERAÇÃO ESP: R\$ 795,42 (Setecentos e
Noventa e Cinco Reais e Quarenta e Dois
Centavos) Por mês.

Victor Hugo S. da Costa

ASSINATURA DO EMPREGADOR

1º 2º
Data saída 20 de Dezembro de 2014
Victor Hugo S. da Costa
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Com. Dispensa CD N°

CONTRATO DE TRABALHO



Empregador: COLORADO EMPREEND. IMOB. LTDA
CNPJ : 11.396.944/0001-46
Rua : Rua do Chacon, 82 - Pç. da Panela
Município : Recife UF: PE
Atividade : Compra e Venda de Imóveis Próprios.
Cargo : SERVENTE DE OBRAS
CBO : 7170-20
Admissão : 02/01/2015
Registro : 000023
Remuneração Mensal: 770,00.
(Setecentos e Setenta Reais).

flautel.
COLORADO EMPREEND. IMOB. LTDA

Data Saída: 20 de 03 de 2015.
Último dia Trabalhado 20 de 03 de 2015.
15/01/2015
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Com. Dispensa CD N°

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
COC/MF
Rua N°
Município Est.
Esp. do estabelecimento
Cargo CBO n°
Data admissão de de
Registro n° Fls./Ficha
Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída de de
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Com. Dispensa CD N°

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
CGC/MF
Rua N°
Município Est.
Esp. do estabelecimento
Cargo CBO n°
Data admissão de de
Registro n° Fls./Ficha
Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída de de
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Com. Dispensa CD N°



01/11/2019

::Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1342202432

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE

RUA MERMOS, 150, BALDO
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



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

Ligações Grátis:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvíndia 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte-

ARSEP 0800 727 0167 - Ligação Grátis de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE!

IRISNETE BATISTA DA MOTA

DATA DE VENCIMENTO

21/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 60,49

DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL

11/10/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

11/10/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

031462437

CONTA CONTRATO

0854633163

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL

Monofásico

B1

ENDERECO

PO PORTO PIATO 9 -PORTO PIATO/RN
CARNAUBAIS -59650-000 ASSU RN -

PERÍODO CONSUMO

11/09/2019 a 11/10/2019

CONSUMO

18

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 18,00 valor do imposto R\$ 8,55

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
0854633163	10/2019	R\$ 60,49	21/10/2019	Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838400000006 604900384000 854633163201 013904064737



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

dimento.cosern.com.br/NDP_DCSRUCES_D~home~neologw~sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCConversaoServlet?dest=1&cd... 1/1



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 13/11/2019 09:44:43
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1911130944427810000049072651>
Número do documento: 1911130944427810000049072651

Num. 50828559 - Pág. 1

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembléia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Rio de Janeiro, 21/08/2019
DPVAT/SIN - 04361/2019

Para: FRANCISCO CANONDE MELO
PORTO PIATO, 09
RURAL
ASSU - RN
59650-000

REF: DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTOS - PROJETO CORREIOS
SEDEX N° JT848702804BR

Prezado(a) Senhor(a), FRANCISCO CANONDE MELO

Foram protocolados nos Correios documentos relativos ao acidente ocorrido com o(a) Sro(a).
FRANCISCO CANONDE MELO , porém para que possamos efetuar o cadastramento do sinistro é necessário apresentar:

- Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia autenticada e legível)

Estamos devolvendo todos os documentos e após a regularização da pendencia, toda a documentação deverá nos ser encaminhada para o devido cadastramento e análise.

Finalizamos informando que a Seguradora Líder DPVAT encontra-se à disposição pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT

DSB

Anexo: conf. texto

Preocupada com o meio ambiente, a Seguradora Líder-DPVAT utiliza papel reciclado e ajuda a preservar o futuro.



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 13/11/2019 09:44:43
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19111309444311600000049072653>
Número do documento: 19111309444311600000049072653

Num. 50828561 - Pág. 1

Este documento contém informações confidenciais e sigilosas. Sua divulgação é vedada por lei. Apenas os destinatários autorizados têm o direito de conhecê-las. Caso seja descoberto que alguém não autorizado teve acesso a essas informações, poderá ser aplicada uma multa de R\$ 100.000,00 (cem mil reais).
Data: 10/11/2019 - Assinante: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - Número do documento: 19111309444311600000049072653

RECEBIDA EM 11/11/2019 - ESGOTADA - FOLHA 1 DE 1

JT848702804BR

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 60300116 - AC ACU
ACU
CNPJ.: 34026316026634 Ins Est.: 20050041

RN

COMPROVANTE DO CLIENTE

Movimento.: 01/08/2019 Hora... 12:43:15
Caixa.....: 92775163 Matricula.: 86273655
Lancamento.: 001 Atendimento.: 00003
Modalidade.: A Vista ID Tiquete.: 1682313599

DESCRÍCIAO QTD. PRECO(R\$)
CARTA NAO COM. REGI 1 13,60+

Valor do Porte(R\$) : 2,10
Cep Destino: 20011-904 (RJ)
Peso real (G): 40
Peso Tarifado:: 0,040

OBJETO.....: JT848702804BR

REGISTRO A VISTA...: 5,75

AVISO DE RECEBIMENTO: 5,75

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 13,60

Valor Declarado não solicitado(R\$)

No caso de objeto com valor,

utilize o serviço adicional de valor declarado.

TOTAL (R\$) 13,60

VALOR RECEBIDO(R\$) 13,60

SERV. POSTAL: DIREITOS E DEVERES LEI 8538/78

BENEFÍCIOS AVANÇADOS

INFORMAÇÕES SOBRE OS SERVIÇOS

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

FORMAS DE PAGAMENTO

OPÇÕES DE PAGAMENTO

OPÇÕES DE PAGAMENTO

Ganhe tempo!

Baixe o APP de Pre Atenção dos Correios
Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete
deste comprovante, para eventual contato com
os Correios.

VIA-CLIENTE

SARA 7.9.00

DIA

PERÍODO

2019/11/10 08:00:00

PERÍODO

JT848702804BR

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**
09/08/2019 11:20 RIO DE JANEIRO / RJ

09/08/2019
11:20 **Objeto entregue ao destinatário**
RIO DE JANEIRO / RJ

09/08/2019
10:10 **Objeto saiu para entrega ao destinatário**
RIO DE JANEIRO / RJ

01/08/2019
12:43 **Objeto postado**
Acu / RN



	Estado do Rio Grande do Norte Prefeitura Municipal de Assú Secretaria Municipal de Saúde		SUS Sistêmico Único de Saúde
FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA		PRONTO SOCORRO MUNICIPAL	
DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº REGISTRO:			Atendimento Nº: <i>80</i>
Nome: <i>Francisco Canônico Melo</i>		Idade: <i>29/10/81 29-39</i>	Sexo:
Cartão SUS: <i>70600484378849</i>		Nome da Mãe: <i>Maria José da Melo</i>	
Endereço (Rua/Av.): <i>57 Centro</i>		Nº: <i>57</i>	Complemento:
Bairro: <i>Zona Rural</i>	Cidade: <i>Assú</i>	Estado: <i>RN</i>	Telefone:
Clínica:		Data: <i>21/03/19</i>	Hora: <i>09:45</i>
Motivo da Procura:		Rubrica Servidor: <i>Emergência</i>	
Assinatura do Paciente:			
ACOLHIMENTO:	<input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Não Urgência <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito		
Acolhimento com classificação de risco:			
Queixa: <i>Queda de moto no 1 dia. Door no estomago e peito.</i>			
Antecedentes Alérgicos: <i>não</i>			
HAS (W)	DM: (W)	Assinatura: <i>José Francisco Melo</i>	Classificação: <i>URGÊNCIA</i>
ANAMNESE:			
<i>dores de estômago e dor no peito</i> <i>desde ontem à noite</i> <i>sem vômitos</i>			
EXAME FÍSICO:	Peso: <i>70</i>	Temperatura: <i>37,5</i>	F.C.: <i>PA: 140x90</i>
	SpO2: <i>98</i>	HTG: <i>100/60</i>	F.R.: <i>12</i>
<i>Assinatura: Maria de Fátima Carvalho</i> <i>Carimbo: UBS - Assú - RN</i>			
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:			
<input type="checkbox"/> Laboratório: <input checked="" type="checkbox"/> Radiológico: <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Outros			
Hipótese do Diagnóstico:		CID:	
Conduta: <input type="checkbox"/> Medicação <input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/> Laudo para AIH		Médico: (Carimbo e Assinatura)	
Saída: Data/Hora / / às : h. <input type="checkbox"/> Alta referido para UBS <input type="checkbox"/> Óbito			
<input type="checkbox"/> Outra unid. Urgência <input type="checkbox"/> Especialidade <input type="checkbox"/> Internação no Hospital:			





Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal do Assú
CGC (MF) 08.294.662/0001-23
Secretaria Municipal de Saúde
PRONTO SOCORRO MUNICIPAL

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Fábio da Costa SEXO: M IDADE: 38.
ENDEREÇO:
PROFISSÃO: _____ ENTRADA AS _____ DATA: ____ / ____ / ____
ACOMPANHANTE: _____ SAÍDA: _____ HORA: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

HISTÓRIA CLÍNICA: Doença de origem desvelada por exame.
Problema de saúde

ESTADO GERAL: Rebelo

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: *Enterococcus cloacae* D.

PROCEDIMENTO: *Revised* *shortened*

Assinatura do médico, carimbo

Dr. Wilson Faria de Moraes
Medico
CRM-1425





Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNACÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
15-6 23/11/05 11/11			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
		/	/
9 - SEXO		10 - RACA/COR	
Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3			
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO	
		DDD <input type="text"/> N° DO TELEFONE <input type="text"/>	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO	
		DDD <input type="text"/> N° DO TELEFONE <input type="text"/>	
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		16 - MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA	
17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF	
19 - CEP			

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO		
		CONTATO	VITÓRIAS
		OCULTO	PROVOCADA
		EVITADA	FORÇADA
		N.	EVITADA
			FORÇADA
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		Grau de risco	
		Grau de risco	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		Exames realizados	
		Exames realizados	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO
Faz turba		S15.0	S40.0
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			

- 27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO DE USTAD

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0 4 1 0 3 1 1 1 1 1 5 6

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

- PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS / ACIDENTES / ONUVOL / ETC... -

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - Nº DO BILHETE		41 - SÉRIE	
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO							
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		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 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
/	/		





REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH: _____ Nº ATENDIMENTO: 420524 DATA: 31/03/2019
TIPO DE INTERNAMENTO: CIRÚRGICA HORA: _____
ACOMODAÇÃO: ENFERMARIA LEITO: 104 F CONVENIO: SUS
MATRÍCULA: 706004843178849 VALIDADE: _____
ASS. RESPONSÁVEL PELO INTERNAMENTO: 0

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: FRANCISCO CANINDE MELO SEXO: MASCULINO
ATA DE NASCIMENTO: 29/08/1979 RG: 2168346 CPF: 01218229403
FILIAÇÃO MÃE: MARIA JOSE DE MELO
FILIAÇÃO PAI: ANTONIO FELIX VITALIANO
ENDERECO: POVOADO PORTO PIATÓ N° 9
BAIRRO: PORTO PIATÓ CIDADE: ASSU
ESTADO: RN CEP: 59650-000
FONE: 84 99921-0834 -IRISNETE-ESPOSA FONE: 0

SUMÁRIO DE ALTA

TIPO DE ALTA: () MÉDICA (X) ADMINISTRATIVA () A PEDIDO () EVASÃO () OBITO
DATA: 07/04/2019 HORA: 10:19 ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR:

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

Paciente submetido à tratamento cirúrgico
de fractura de clavícula des
reduzida bem, sem alterações

Dr. Thiago José G. C. Araújo
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RN 6619
CRF-RN 14415

PRONTOCLÍNICA DA CRIANÇA LTDA
CNPJ: 09.417.742/0001-91

Confere com o Original CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Data: 21/10/2019

Jeferson G. C. Araújo



CLIENTE: FRANCISCO CANNINDE DE MELO

BOLETIM DE SALA DE CIRURGIA - PRONTOCLÍNICA DA CRIANÇA PAULO GURGEL

REG. / JENTE Nº
CONVENIO: SUS

CIRURGIA: FRACTURA DE CLAVÍCULA + OSTEOTOMIA + TRANSPOSIÇÃO MUSCULAR AO NÍVEL DO OMBRO COD. PROCEDIMENTO(S):

EQUIPE MÉDICA	EQUIPAMENTOS / TEMPO DE USO	GASOMETRIA / TEMPO DE USO	DATA:
CIRURGIAO : THIAGO JOSÉ GURGEL CÂMARA ARARUÚA - CRM 6619	BISTURI ELÉTRICO: ✓	GÁS CARBÓNICO:	HORA:
1º AUXILIAR: Dr. André Henrique C. da Silveira	CAPINOGRAFO:	NITROGENIO:	
2º AUXILIAR: Anaestesiologista	INTENS. DE IMAGENS:	O² SOB CATETER: ✓	TERMINO:
3º AUXILIAR: CEMERGOLCE: 03282.554.51	MONITOR CARDIACO: ✓	O² SOB PRESSAO:	
ANESTESIA: MARCUS SILVEIRA - CRM 6607	OXIM. DE PULSO: ✓	ÓXIDO NITROSO:	SANGUE:
INSTRUMENTADORA:	SERRA ELÉTRICA:	50% 300	TIPO DE CIRURGIA: ORTOPÉDICO
CATGUT CROMADO 1.0	ATRACÚRIO	SERVOFLORANE	CAPA DE VÍDEO
CATGUT SIMPLES 5.0	C. PAPAVERINA 50MG/2ML	ALCOOL 70% 50 ml	TUBO S/ BALÃO 3.0
CERA OSSEA	CLONIDIN	ALCOOL IODADO	TUBO C/ BALÃO 3.0
ETHYBOND 2.0	CLORETO DE SUXAMETÔNIO	SORO	DETERGENTE ENZIMÁTICO
FIO ALGODÃO C/ AGUILHA	DEXAMETASONA 4MG	ABD 1000ML	DETERGENTE ENZIMÁTICO
MONOCRYL 3.0	DIPIRONA	ABD 10ML	FORMOL
NYLON 2.0 (2CM)	DIPROSOFAM	FISIOLOGICO 0.9% 1000ML	PVP DEGERMANTE 100%
NYLON 2.0 (4CM)	DRAMIN R6DL	FISIOLOGICO 0.9% 250ML	PVP/TÓPICO 100%
PDS II 1.0	EEGDBINA 3.0	FISIOLOGICO 0.9%500ML	VASELINA
PROLENE 2.0	EPINEFRINA	GLICOSADO 5% 250ML	MATERIAL
VICRYL 0	FENERGAN 50MG 2ML	GLICOSADO 5%500ML	ALGODÃO GRIBOLA
ANESTÉSICOS	FUROSEMIDA	GLUCOSE 50% AMPOLA	COLETOR TIPO ÓCULOS
ISOFLURANO	GLICONATO DE CÁLCIO 10%	RINGER LACTATO 500ML	COLETOR DE URINA FECHADO
LINDOCAINA 10% SPRAY	HIDROCORTIZONA 500MG	RINGER SIMPLES 500ML	COMPRESSA CIRÚRGICA YCT
LINDOCAINA 2% C/ VASO	IPSILON 1G	POVADAS	ELETRODOS
LINDOCAINA 2% GEL	IPSILON 4MG	EPITESAN	EQUIPO MACRO/ INJETOR
LINDOCAINA S/ VASO	METOCOPRAMIDA	NEOMICINA	EQUIPO P/ ARTROSCOPIA 4 VIAS
NEOCAINA S/ VASO	NIBIUM	SULFADIAZINA DE PRATA	EQUIPO P/ SANGUE
NEOCAINA S/ VASO	ONDASETRONA	TROFORDEMÍN	ESCOVA DESCARTÁVEL
NOVABUPIC/ VASO	PROSTIGMINE	PÉRFURO CORTANTE	ESCOVA SECA
NOVABUPIC/ VASO	RANITIDINA	AGULHA DE STIMPLEX	ESPARADAPIPO 25 cm
SERVO FLORANO	SELOKEN 5 MG / 5ML	AGULHA	GASES 10x10 PCT 20
XILOCAINA C/ VASO	TILATIL 40MG	AGULHA P/ RAQUIN	GORRO DESCARTÁVEL
XILOCAINA S/ VASO	TRIDIL	AGULHAS	IUVAS DE PROCEDIMENTO
REFENSA DE RECAITA	JELCO	LUVAS ESTÉREIS	LUVAS ESTÉREIS
MEDICAMENTOS	DIMORF	LAMINA DE BISTURI	PARAFUSO CANULADO
ADRENALINA	DOLANTINA	SCALPS	PARAFUSO CORTICAL
AMINOFLUINA	FENTANIL	PLAST ANEL 1.4	PARAFUSO ESPONHO
AMIODARONA	FLUMAZENIL	MICROPORE	PARAFUSO TRANSVERSO
ATROPINA	ISOFLORANE	ATADURA CREPOM	PROTESE
BUSCOPAM SIMPLES	KETAMINA	ATADURA DE ALGODÃO	SURGECH
CAFAZOLINA 1G	MIDAZOOLAM	ATADURA GESSO	SONDAS
CAPTOPRIL 2.5MG	NARCAN	MALHA TUBULAR	ASPIRAÇÃO TRAQUEAL
CEFALOTINA 1G	NUBIAM	SOLUÇÃO	IASO LONGA 04
CEFETRIAXONA 1G	NIPERIDOL	CLOREXIDINA ALCOÓLICA	SONDA DE FOLEY
CLORETO DE POTASSIO 1.9%	NUBAIM	CLOREXIDINA AQUOSA 2%	URETRAL 4
CLORETO DE SÓDIO 2.0%		SCRIMIZA NEGR E FRI	SCRIMIZA NEGR E FRI

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

PACIENTE EM POSIÇÃO DE CADEIRA DE PRAIA + SOB BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL E SEDAÇÃO + ANTESSEPSIA E ASSEPSIA
 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS + INCISÃO SOBRE CLAVÍCULA DIREITA + DIVULSAÇÃO POR PLANOS
 OSTEOTOMIA PARA EXPOR, REDUZIR E FIXAR FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA COM PLACA E PARAFUSOS
 TRANSPOSIÇÃO MUSCULAR AO NÍVEL DO OMBRO
 SUTURA POR PLANOS + CURATIVO + TIPÓIA

Dr. Thiago Henrique C. da Silveira
 CRM-RN 6607 CPF 053.882.554-50

ASSINATURA OU CARIMBO DO MÉDICO

BOLETIM DE ANESTESIA	
ANESTESIA TIPO BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO IV .	

	O ₂ CONTÍNUO				MONITORIAÇÃO
20					ECG + PNI + SPO ₂
18	SpO ₂ 98 99 99				VENOCLISE - JELCO 20G
16	ETCO ₂ 70				
14					
12					
10					
8					
6					
4					
2					
N O T A C O E S	TECNICA ANESTESICA ANTESSEPSIA/C/ CLOREXIDINA ALC BLOQUEIO INTERSCALENICO COM NEUROESTIMULADOR BUPIVACAINA - 100MG LIDOCAINA C/VASO - 400MG				MEDICAÇÕES
					MIDAZOLAN 15mg - 1 AMP -> 8mg FENTANIL 100mcg - 1 AMP -> 80mcg LIDOCAINA COM VASO -> 400mg BUPIVACAÍNA -> 100mg CEFALOTINA - 2FR -> 2G DEXAMETAZONA 10mg - 1 AMP -> 10mg DIPIRONA - 1AMP -> 2G TENOXICAN 40mg - 1FR -> 40mg RANITIDINA 50mg - 1AMP -> 50 mg BROMOPRIDA 10mg - 1 AMP -> 10mg
					CATETER TIPO ÓCULOS - 1UN EQUIPO - 1UN SF 0,9% 250ML - 1FR RL 500ML - 2FR JELCO 20G - 1UN
	MIN. C / ACRÉSCIMO	MIN S / ACRÉSCIMO	TOTAIS		INICIO DA ANESTESIA: 16:30 INICIO DA CIRURGIA: 16:20 TÉRMINO DA CIRURGIA: 17:20 TÉRMINO DA ANESTESIA: 17:30 OBSERVAÇÕES:

02/08/19


 Dr. Artur Henrique C. da Silveira
 Anestesiologista
 CRM-RN 6607 CPF 053.882.554-50





RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME François Canide Melo

Nº REGISTRO 420524

Data Nascimento 29/08/79 IDADE 39a Sexo M LEITO: 104-F Data de Admissão: 02/04/19
MÉDICO: Doutor Thiago

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? ()Não Sim inicio 21:00 PESO: 75 Kg Altura: cm

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

ALERGIAS: NÃO () SIM: _____

DOENÇAS PREGRESSAS: () DM () HAS () TABAGISMO () HIV () Hep B () Hep C () Arritmias () DPOC () AVC ()
Marcapasso () Outros: _____ Medicações de uso frequente: _____

Consentimento Cirúrgico Preenchido () Não Sim

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

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

Anotações de Enfermagem: Folha de check-lists cirúrgica Segunda mão
assinado pelo anest.

Conferido informação acima por: Aline Lima Admitido na sala: SRA Hora 15:30

TAPA I: PRÉ -INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Fratura clavícuia Direita

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

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



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

ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

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

EQUIPE DE ENFERMAGEM

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

INTRA-OPERATORIO

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

Monitorização cardíaca: (x) sim () não PNI/Manguito em: MID Placa neutra: Local: MIE

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

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

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

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

Sinais vitais: PA: 130X60 mmhg FC: 80 bpm Sat: 100 % T: — °C Hora: 16:40

Anestesia: Início 16:50 Termino 17:30 () Geral Inalatório () Geral Venosa () Sedação () Local
 () Peridural () Raqui (x) Bloqueio: pericoron

IOT: (x) Não () sim — Cânula nº ____ IOT aramado: (x) não () sim nº ____

AVP: () não () sim NSD, Jelco nº 22 por 30mL

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

Ferida operatória: Curativo limpo e seco

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

Material Explantado: _____

Conferido por Kestássio Intercorrência S/ intercorrência

ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

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

Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta, _____

Medicações administradas (anotar horários) 2. epofetina, 1. lemnoxican, 2. dypironone,
 1. Dexmedetomidina, 1. Bromoprida, 1. Ranitidina



OPME: () NÃO (x) SIM, qual

1- placas 7 furos DCP, 1- parafuso nº 16, 3- parafusos nº 18,
1- parafuso nº 20 ex 3,5

Anotações de Enfermagem e Intercorrências

Início da cirurgia: 16:20 Termo da cirurgia: 17:20

CIRURGÃO Drº Thiago ASSISTENTE: _____
INSTRUMENTADORA Jéssica + CIRCULANTE: Kátia ANESTESIOLOGISTA Drº Arthur
URPA (Unidade de Recuperação pós-anestésica) Brunna ENFERMEIRA: Edna
Rabiscado Thiago S. Costa
COREM/RN 1181793

Condições de admissão do paciente:

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

Medicações Administradas na URPA (anotar horários)

Encaminhado para o andar

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

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

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

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

Anotações de Enfermagem :

ENCAMINHADO POR: Maria Teixeira da Silva HORA: _____
Alcina
COREN - RN - 662.084-YE



ALERGIAS: negasDOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: negasEVOLUÇÃO 31/03/19 HORÁRIO: 23:30ASPECTO GERAL

- CONSCIENTE (ORIENTADO) (ALGO ORIENTADO
 ATIVO (CREATIVO) (HIPOATIVO
 HIPERTÔNICO (HIPOTÔNICO
 FLUMATOSO (SEDADO) (ANASARCA) (EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

- (AVP: _____
 AVC: _____
 Jelco: _____
 Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

- HV _____
 BI _____
 ATB _____

PELE

- (HIDRATADA) (RESSECADA (ICTÉRICA
 NORMOCORADA) (HIPOCORADA) (CIANOSE
 EXTREMIDADES FRIAS (NORMOTÉRMICA
 HIPOTÉRMIA: _____
 HIPERTERMIA: _____
 DRENO Local: _____

Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

- EUPNEICO (DISPNEICO (TAQUIPNEICO
 BRADIPNEICO (TIRAGEM: _____
 RUÍDOS ADVÉNTICIOS TIPO: _____
 TAQUICARDICO (NORMOCÁRDICO) (BRADICARDICO

OBSERVAÇÕES:

* Agravamento de dor no tórax 22 dias

* Fuga de urina 3 quando andando com ortopedista.

* Sem alteração no corpo

* Dor lombar com o Perineus na esq.

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 02/04/2019HORÁRIO: 9:19ASPECTO GERAL

- CONSCIENTE (ORIENTADO) (ALGO ORIENTADO
 ATIVO (CREATIVO) (HIPOATIVO
 HIPERTÔNICO (HIPOTÔNICO
 COMATOSO (SEDADO) (ANASARCA) (EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

- AVP: _____
 AVC: _____
 Jelco: _____
 Scalp: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

- HV _____
 BI _____
 ATB _____

VENTILAÇÃO

- O2 AMB (MV _____ % (HOOD:
 ENTUBADO TOT N° _____

OBS: _____

ELIMINAÇÕES

- DIURESE
 ESPONTÂNEA (SVA A CADA: _____
 HEMATÚRIA (OLIGURIA) (ANURIA
 POLIÚRIA (SVD _____ / _____
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

- ESTÍMULO: _____
 AUSENTES _____ DIAS
 ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____



PELE

(<input checked="" type="checkbox"/>) HIDRATADA	(<input type="checkbox"/>) RESSECADA	(<input type="checkbox"/>) ICTÉRICA
(<input checked="" type="checkbox"/>) NORMOCORADA	(<input type="checkbox"/>) HIPOCORADA	(<input type="checkbox"/>) CIANOSE
(<input type="checkbox"/>) EXTREMIDADES FRIAS	(<input checked="" type="checkbox"/>) NORMOTÉRMICA	
(<input type="checkbox"/>) HIPOTERMIA:		
(<input type="checkbox"/>) HIPERTERMIA:		
(<input type="checkbox"/>) DRENO Local:		
Característica do líquido:		

APARELHO CARDIOPULMONAR

(<input checked="" type="checkbox"/>) EUPNEICO	(<input type="checkbox"/>) DISPNEICO	(<input type="checkbox"/>) TAQUIPNEICO
(<input type="checkbox"/>) BRADIPNEICO	(<input type="checkbox"/>) TIRAGEM:	
(<input type="checkbox"/>) RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO:		
(<input type="checkbox"/>) TAQUICÁRDICO	(<input type="checkbox"/>) NORMOCÁRDICO	(<input type="checkbox"/>) BRADICARDICO

OBSERVAÇÕES: *Paciente estável, sem queixas no momento. Rx pós op.*

ASPECTO GERAL

(<input type="checkbox"/>) CONSCIENTE	(<input type="checkbox"/>) ORIENTADO	(<input type="checkbox"/>) ALGO ORIENTADO
(<input type="checkbox"/>) ATIVO	(<input type="checkbox"/>) REATIVO	(<input type="checkbox"/>) HIPOATIVO
(<input type="checkbox"/>) HIPERTÔNICO	(<input type="checkbox"/>) HIPOTÔNICO	
(<input type="checkbox"/>) COMATOSO	(<input type="checkbox"/>) SEDADO	(<input type="checkbox"/>) ANASARCA
		(<input type="checkbox"/>) EDEMA

ACesso VENOSO (*Local e data de inserção*)

(<input type="checkbox"/>) AVP:	
(<input type="checkbox"/>) AVC:	
(<input type="checkbox"/>) Jelco:	
(<input type="checkbox"/>) Scalp.:	

INFUSÃO INTRAVENOSA **MEDICAMENTOS/ATB**

(<input type="checkbox"/>) HV	
(<input type="checkbox"/>) BI	
(<input type="checkbox"/>) ATB	

PELE

(<input type="checkbox"/>) HIDRATADA	(<input type="checkbox"/>) RESSECADA	(<input type="checkbox"/>) ICTÉRICA
(<input type="checkbox"/>) NORMOCORADA	(<input type="checkbox"/>) HIPOCORADA	(<input type="checkbox"/>) CIANOSE
(<input type="checkbox"/>) EXTREMIDADES FRIAS	(<input type="checkbox"/>) NORMOTÉRMICA	
(<input type="checkbox"/>) HIPOTERMIA:		
(<input type="checkbox"/>) HIPERTERMIA:		
(<input type="checkbox"/>) DRENO Local:		
Característica do líquido:		

APARELHO CARDIOPULMONAR

(<input type="checkbox"/>) EUPNEICO	(<input type="checkbox"/>) DISPNEICO	(<input type="checkbox"/>) TAQUIPNEICO
(<input type="checkbox"/>) BRADIPNEICO	(<input type="checkbox"/>) TIRAGEM:	
(<input type="checkbox"/>) RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO:		
(<input type="checkbox"/>) TAQUICÁRDICO	(<input type="checkbox"/>) NORMOCÁRDICO	(<input type="checkbox"/>) BRADICARDICO

OBSERVAÇÕES:

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

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOME

(<input checked="" type="checkbox"/>) FLACIDO	(<input type="checkbox"/>) GLOBO	(<input type="checkbox"/>) SEMI GLOBO
(<input type="checkbox"/>) DISTENDIDO	(<input type="checkbox"/>) DOR A PALPAÇÃO	
(<input type="checkbox"/>) TIMPÂNICO	(<input type="checkbox"/>) MACIÇO	(<input type="checkbox"/>) RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

(<input type="checkbox"/>) DEAMBULANDO	(<input type="checkbox"/>) CADEIRA DE RODAS
(<input checked="" type="checkbox"/>) SOBRE MACA	(<input type="checkbox"/>) MULETA

DIETA

(<input type="checkbox"/>) AO SEIO	(<input checked="" type="checkbox"/>) ORAL/COPINHO	(<input type="checkbox"/>) GTM
(<input type="checkbox"/>) SOG/SNG	/	/
(<input type="checkbox"/>) RESÍDUO GÁSTRICO:		
(<input type="checkbox"/>) ZERO	(<input type="checkbox"/>) VOMITO	vezes

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

HORARIO: _____

VENTILAÇÃO

(<input type="checkbox"/>) O2 AMB	(<input type="checkbox"/>) MV	%	(<input type="checkbox"/>) HOOD:
(<input type="checkbox"/>) ENTUBADO TOT Nº			

OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE

(<input type="checkbox"/>) ESPONTÂNEA	(<input type="checkbox"/>) SVA A CADA:
(<input type="checkbox"/>) HEMATÚRIA	(<input type="checkbox"/>) OLIGURIA
(<input type="checkbox"/>) POLIÚRIA	(<input type="checkbox"/>) ANÚRIA
(<input type="checkbox"/>) SUD	/

ASPERCETO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

(<input type="checkbox"/>) ESPONTÂNEA	
(<input type="checkbox"/>) ESTÍMULO:	
(<input type="checkbox"/>) AUSENTES	DIAS

ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOME

(<input type="checkbox"/>) FLACIDO	(<input type="checkbox"/>) GLOBO	(<input type="checkbox"/>) SEMI GLOBO
(<input type="checkbox"/>) DISTENDIDO	(<input type="checkbox"/>) DOR A PALPAÇÃO	
(<input type="checkbox"/>) TIMPÂNICO	(<input type="checkbox"/>) MACIÇO	(<input type="checkbox"/>) RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

(<input type="checkbox"/>) DEAMBULANDO	(<input type="checkbox"/>) CADEIRA DE RODAS
(<input type="checkbox"/>) SOBRE MACA	(<input type="checkbox"/>) MULETA

DIETA

(<input type="checkbox"/>) AO SEIO	(<input type="checkbox"/>) ORAL/COPINHO	(<input type="checkbox"/>) GTM
(<input type="checkbox"/>) SOG/SNG	/	/
(<input type="checkbox"/>) RESÍDUO GÁSTRICO:		
(<input type="checkbox"/>) ZERO	(<input type="checkbox"/>) VOMITO	vezes

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro





PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgei

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE Francisco Caniato
APTO.: 104 F N° 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.
02.04.19	15:15	Pct- encaminhado ao c. c. lecion do meu prontuário.	Maria Oliveira Ferreira COREN-RN 1.003.785
02.04.19	18:15	Pct. ret. doce + phosfatozinc	Jessika Andrade Freire da Costa COREN-RN 001.338.757-16
	24h	Adm. " med. Resalotina 6+50 el SF + dif manj 2CC + ABP 20 -	Macia Costa COREN-RN 000.692-TE
	06h	Adm. med. Resalotina 6+ el SF + dif manj 2CC + ABP 20 + Temoxicam 1000 + HED	Ma Cleozitza B. Costa COREN-RN 000.800-TE
03.04.19	11:40	Retirada do, realizado curativo corporal. (com) doigo previsão médica.	Adriana Nunes da Silva COREN-RN 1.283.063-15
03.04.19	11:47	Pct. saiu de alta hospitalar Consciente, orientado, em os amb, levando seus perten- cés pessoais	Desconhecido COREN-RN 1.311.293





PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

EVOLUÇÃO MEDICA

PACIENTE: Francisco Caetano REGISTRO Nº _____
APTO.: 104 F. CONVENIO _____
MÉDICO: _____

DATA / HORA	DESCRIÇÃO MEDICA
02/10/1919 12:30h	<p>Admuntig paciente admitido para tratamento de artrite de joelho e dor nas pernas</p> <p><i>Dr. Thiago José C. Araújo Ortopedia / Traumatologia CRM-RN 6624 TEOR 14515</i></p>
02/10/1919 17:35h	<p>Não apresenta grande dificuldade de tratamento nem com o uso de muletas e a cam inhos, parâmetros e tratamentos mantêm os níveis de melhoria</p> <p><i>Dr. Thiago José C. C. Araújo Ortopedia / Traumatologia CRM-RN 6629 TEOR 14515</i></p>
03/10/1919 09:00h	<p>SCT - PTO PL - F1 dor nas pernas muito forte, dor no joelho sensibilidade moderada e forte CN: articulação do joelho sem resultado</p> <p><i>Dr. Thiago José C. Araújo Ortopedia / Traumatologia CRM-RN 6629 TEOR 14515</i></p>





PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

NAME: _____

CONTROLE HÍDRICO E T.P.R.

AP'T₀





Paciente: Francisco Caninde Melo
Sexo: masculino **Data Nasc:** 29/08/1979
Data do exame: 22/04/2019

RAIO-X DE OMBRO DIREITO

- Controle de cirurgia na clavícula direita, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Demais estruturas ósseas de aspecto radiológico habitual.
- Comparar com exames anteriores.


Dra. Kamila Motta Stradiotti
CRM - 87.468

Médico(a) responsável: Dra. Kamila Motta Stradiotti
Número de registro: CRM - 87.468

1/1



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 13/11/2019 09:44:45
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1911130944462700000049073929>
Número do documento: 1911130944462700000049073929

Num. 50831044 - Pág. 7

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: FRANCISCO CANINDE DE MELO
REGISTRO: CONVÉNIO: SUS

APTO/ENE: DATA: 02/04/2019

PRESCRIÇÃO	HORARIOS			
	12	13	14	15
Dietá branca quando bem acordado				
Ri 500ml, IV, 12/12h				
Cefalotina - 1FR + 50ml SF 0,9%, IV, 6/6h				
Dipirona - 1 amp + 18ml ABD, IV, 6/6h				
Tenoxicam 40mg - 1FR + 20ml ABD, IV, 12/12h				
Tramal 100mg - 1 amp + 100ml SF 0,9%, IV, 8/8h, SE DOR				
Plâstil - 1amp + 100ml SF 0,9%, IV, 8/8h, SE NAUSEAS				
Mantir cabecinha elevada				
SSV e CCGG				

DÉBITOS	
SERINGA 01	
SERINGA 03 cc	
SERINGA 10 cc	
SERINA 20 cc	
EQUIPO MICROGOTAS	
EQUIPO P/B	
EQUIPO P/SANGUE	
JEICO N°	
SCALP N°	
POLIFIX	
LUVA PROCEDIMENTO	
LUVA ESTER, N°	
GASES PCT	
ESPARADRAPO	
MICROPORE	
PVPI	
ETER	
ALCOOL 70% ml	20 ml
ALGUDÃO BOLA	
AGULHA DESC.	
CREPOMIN	
ALGODÃO ORTOP.	
CEPACOL ml	
POMADA	
SONDA DE FOLEY	
SONDA URETRAL	
SONDA NASO	
COLETOR FECHADO	
COLETOR ABERTO	
LÂMINA BISTURI	
ELETRODO	
MASC. DESCAT	
SORO FÍSIO 0,9%	
FITA HGT	

RC FARMÁCIA	RECIBO
-------------	--------





Dr. Patrón García

Nome completo —

François Léandre CHEQUELISTE COKUM

CATÁLOGO DE GEORGIA SEGURO

Data Nascimento

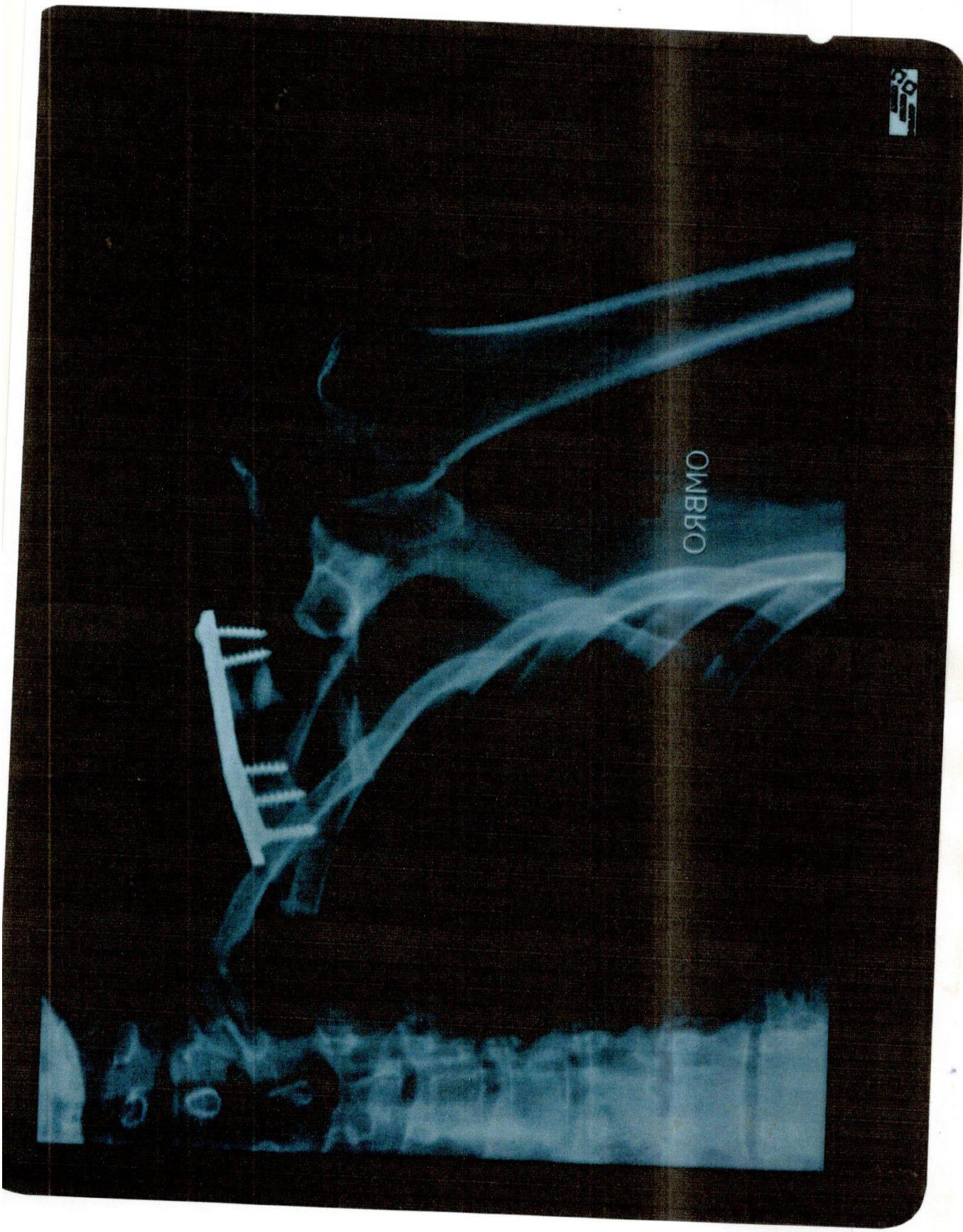
RG _____ Unidade de engem _____ Data _____
 Cuneta oradista Modalidade () Eleitora () Urgência () Emergência

Modalidade () Eleitoral () Urgência () Emergência Data _____

Encaminhamento de clientes ao Centro Cirúrgico	Antes da indução anestésica <i>Check in</i>	Antes de iniciar a cirurgia <i>Time out</i>	Antes do cliente sair da SC <i>Check out</i>
<ul style="list-style-type: none"> Identificação do cliente <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Pronunciado completo <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Sítio cirúrgico demarcado <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não aplica Consentimento e avaliação anestésica <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Consentimento cirúrgico <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Consenntimento transfusional <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não aplica Banho <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não aplica <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Tricotomia <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não aplica <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Horário _____ Local _____ Jejum <input type="checkbox"/> Sim/<input checked="" type="checkbox"/> Não <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Exames <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Laboratoriais <input checked="" type="checkbox"/> Imagem Biópsia <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Retirado prótese e aditivos? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Acesso venoso adequado e pérvio? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> AVC <input checked="" type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> Não O cliente tem alergia? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> Confirmação sobre o cliente <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Focal da cirurgia a ser feita Procedimento a ser realizado <input checked="" type="checkbox"/> Consentimento anestésico e cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Cirúrgico certo Montagem da SO de acordo com o procedimento programado <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Revisão dos equipamentos de anestesia <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionários <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Laringoscópio <input checked="" type="checkbox"/> Máscara de O2 <input checked="" type="checkbox"/> Ambu <input checked="" type="checkbox"/> Aspirador <input checked="" type="checkbox"/> Bougie <input checked="" type="checkbox"/> Guedel <input checked="" type="checkbox"/> Fámlia endotraqueal <input checked="" type="checkbox"/> Há risco de perda sanguínea >500mL (mL/kg em crianças)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Reserva sanguínea? <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"> <input checked="" type="checkbox"/> Staff <input checked="" type="checkbox"/> 1º cirurgião <input checked="" type="checkbox"/> 2º cirurgião <input checked="" type="checkbox"/> Anestesista <input checked="" type="checkbox"/> Circulante <input checked="" type="checkbox"/> Enfermeiros, anestesistas e equipe de enfermagem confirmam: <input checked="" type="checkbox"/> Identificação do cliente <input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico Procedimento a ser realizado <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Placa de electrocautério <input checked="" type="checkbox"/> Posicionada <input checked="" type="checkbox"/> Não aplica <input checked="" type="checkbox"/> Uso de antibiótico profilático <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Exames de imagem estão disponíveis <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não aplica Revisão do cirurgião Passos críticos sanguíneos <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Revisão do anestesista <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Fixação das etiquetas de esterilização no prontuário <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 	<ul style="list-style-type: none"> A contagem de compresses, agulhas e instrumentais está correta? Pecas anatomicas/culturas identificadas adequadamente e requisição preenchida? Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? <input checked="" type="checkbox"/> Não aplica Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente: <p>Anestesista <u>Dra. Anthina</u> Enfermeira <u>Karla</u></p> <p>Obs.: _____</p> <p>Ass.: <u>Karla</u></p>
Obs.: _____			

Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 13/11/2019 09:44:45
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=191113094446270000049073929>
Número do documento: 191113094446270000049073929

Num. 50831044 - Pág. 9



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 13/11/2019 09:44:45
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1911130944462700000049073929>
Número do documento: 1911130944462700000049073929

Num. 50831044 - Pág. 10

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETTRAN - RN CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO	
Nº 012161061218		Nº 012161061218	
PLACA: 129.613.634-80 OD/RENAVAM: 0027023937 EXERCÍCIO: 2018		PLACA: MNX3310 OD/RENAVAM: 00270323937 EXERCÍCIO: 2018	
ESPECIE/TIPO: PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APlicaVE CHASSI: SC2EB0210BR406464 MARCA/Modelo: HONDA/POP100		COMBUSTIVEL: GASOLINA ANO/FAB: 2010 AN/Mod: 2011	
CAP/POV/OL: 0CV/97 CILINDRADAS COTA UNICA: R\$ 0,00 FADAL/PA: 012824-3X		CATEGORIA: PARTICULAR ODR PREDOMINANTE: RODO	
VEIC/CÓTAS: 1 ^a PAGO 2 ^a PAGO 3 ^a PAGO		DATA DE PAGAMENTO: 22/08/2018 PRÉMIO TARIFÁRIO: PREMIO TARIFARIO (R\$) : IOF (R\$) : DATA DE PAGAMENTO: *** TAXAS DETRAN: PAGO : DPVAT: PAGO	
OBSERVAÇÕES: MOTOR: HB02ET1B06464		DATA DE QUITAÇÃO: 08/10/2018 SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.208.008/0001-04 www.seguradoralider.com.br	
DETTRAN/RN 		CONTRIBUINTE Nô Valdo Ribeiro dos Santos Encarregado do Registrador de Veículos Detran-RN	



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

2ª Vara da Comarca de Assu

DR. LUIZ CARLOS, 230, Fórum da Justiça Estadual, NOVO HORIZONTE, AÇU - RN - CEP: 59650-000

Processo: 0803719-87.2019.8.20.5100 - PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: FRANCISCO CANINDE MELO

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

DESPACHO

Nas ações de cobrança de DPVAT, o juiz deve adotar providências para que o processo tramite com celeridade. Em casos em que dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia e apresentação de defesa, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade e à celeridade processuais. Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação.

Quanto a assistência judiciária gratuita. A parte autora pediu a assistência judiciária gratuita por não ter condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo próprio. O artigo 5º da Lei 1.060/1950, com suas alterações, dispõe que, se não houver fundadas razões para indeferir o pleito, este deverá ser julgado de plano. Observa-se que, mesmo na vigência do artigo 4º da aludida lei, a presunção de pobreza era relativa (REsp 1.286.262-ES). Portanto, caso não haja, nos autos, elementos suficientes a concessão da benesse, o pedido deve ser indeferido. Se houver, concede-se. Ademais, a assistência da parte por advogado particular não impede o deferimento do benefício, conforme prevê o art. 99, § 4º, do CPC: “A assistência do requerente por advogado particular não impede a concessão de gratuidade da justiça”. Nesta lide estão presentes os aludidos elementos, assim, defiro a assistência judiciária gratuita.

Ante o exposto, DEFIRO a gratuidade da justiça e PROCEDO a adequação do procedimento com a finalidade de dar celeridade ao processo.

PROVIDÊNCIAS:

1) Cite-se a seguradora-ré para, querendo, apresentar resposta no prazo de 15 (quinze) dias, devendo carrear aos autos cópia integral do procedimento administrativo respectivo ao sinistro narrado na exordial, manifestando-se, ainda, quanto à eventual ocorrência de prescrição, litispendência e coisa julgada no caso sob análise, sob pena de revelia. Deverá, nessa mesma oportunidade, se assim desejar, apresentar quesitos técnicos respectivos à perícia judicial, bem como nomear seu assistente técnico.



2) Com a defesa, intime-se a parte autora, por seu advogado, para apresentar réplica à contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, devendo, ainda, apresentar sua quesitação pericial e nomear o respectivo assistente técnico, se assim desejar.

3) Ultrapassadas tais etapas, determino o aprazamento de perícia médica a ser realizada por perito de confiança deste juízo, pelo que, desde já, apresento os quesitos a serem respondidos:

3.1- Quais as lesões sofridas pelo autor?

3.2- As lesões decorreram de acidente de veículo?

3.3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente?

3.4- Totalmente ou em parte?

3.5 – Em que percentual?

3.6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica?

3.7- A incapacidade é temporária ou permanente?

3.8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica?

3.9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta?3.10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média(50%), leve (25%) ou residual(10% ou menos)?

4) A Secretaria Judiciária deverá providenciar a intimação das partes acerca do perito nomeado, local, dia e hora da perícia com, ***no mínimo 20 (vinte) dias de antecedência***, podendo, no prazo de 15 (quinze) dias, arguir o impedimento ou a suspeição do perito, se for o caso. A parte autora deverá ser advertida que eventual ausência deve ser comprovadamente justificada, sob pena do prosseguimento do feito ***sem a produção da prova***.

5) Nesse aspecto, determino que a intimação da parte autora dar-se-á pessoalmente, por carta ou mandado, dirigido ao ***dereço constante em seu comprovante de residência***, e por intermédio de seu advogado constituído.

6) Após a realização da perícia judicial, o laudo médico deverá ser apresentado pelo perito no prazo de **20 (vinte) dias**.

7) Em virtude da existência de Convênio celebrado entre o Tribunal de Justiça deste estado e a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, em que houve a fixação dos honorários periciais no valor de **R\$200,00**(duzentos reais), intime-se a seguradora-ré para que, no prazo de 10 (dez) dias, providencie o pagamento dos honorários.



8) Nessa mesma oportunidade, intimem-se as partes para, no prazo comum de 10 (dez) dias, manifestarem-se e informarem se têm interesse em audiência de conciliação, requerendo o que entenderem de direito.

9) Havendo impugnação à prova, intime-se o perito judicial para que, também no prazo de 10 (dez) dias, apresente os esclarecimentos que julgar pertinentes.

10) Com a manifestação do profissional, intimem-se as partes para que, no prazo comum de 10 (dez) dias, tomem ciência da resposta, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais, **caso o processo não seja incluído em mutirão**.

11) Cumpridas as diligências ora determinadas em sua ***integralidade***, voltem-me conclusos para sentença.

12) Publique-se.

Açu/RN, 04 dezembro 2019.

ERIKA SOUZA CORREA OLIVEIRA

Juiz(a) de Direito

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





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

2ª Vara da Comarca de Assu

DR. LUIZ CARLOS, 230, Fórum da Justiça Estadual, NOVO HORIZONTE, AÇU - RN - CEP: 59650-000

Processo: 0803719-87.2019.8.20.5100 - PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: FRANCISCO CANINDE MELO

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

DESPACHO

Nas ações de cobrança de DPVAT, o juiz deve adotar providências para que o processo tramite com celeridade. Em casos em que dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia e apresentação de defesa, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade e à celeridade processuais. Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação.

Quanto a assistência judiciária gratuita. A parte autora pediu a assistência judiciária gratuita por não ter condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo próprio. O artigo 5º da Lei 1.060/1950, com suas alterações, dispõe que, se não houver fundadas razões para indeferir o pleito, este deverá ser julgado de plano. Observa-se que, mesmo na vigência do artigo 4º da aludida lei, a presunção de pobreza era relativa (REsp 1.286.262-ES). Portanto, caso não haja, nos autos, elementos suficientes a concessão da benesse, o pedido deve ser indeferido. Se houver, concede-se. Ademais, a assistência da parte por advogado particular não impede o deferimento do benefício, conforme prevê o art. 99, § 4º, do CPC: “A assistência do requerente por advogado particular não impede a concessão de gratuidade da justiça”. Nesta lide estão presentes os aludidos elementos, assim, defiro a assistência judiciária gratuita.

Ante o exposto, DEFIRO a gratuidade da justiça e PROCEDO a adequação do procedimento com a finalidade de dar celeridade ao processo.

PROVIDÊNCIAS:

1) Cite-se a seguradora-ré para, querendo, apresentar resposta no prazo de 15 (quinze) dias, devendo carrear aos autos cópia integral do procedimento administrativo respectivo ao sinistro narrado na exordial, manifestando-se, ainda, quanto à eventual ocorrência de prescrição, litispendência e coisa julgada no caso sob análise, sob pena de revelia. Deverá, nessa mesma oportunidade, se assim desejar, apresentar quesitos técnicos respectivos à perícia judicial, bem como nomear seu assistente técnico.



2) Com a defesa, intime-se a parte autora, por seu advogado, para apresentar réplica à contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, devendo, ainda, apresentar sua quesitação pericial e nomear o respectivo assistente técnico, se assim desejar.

3) Ultrapassadas tais etapas, determino o aprazamento de perícia médica a ser realizada por perito de confiança deste juízo, pelo que, desde já, apresento os quesitos a serem respondidos:

3.1- Quais as lesões sofridas pelo autor?

3.2- As lesões decorreram de acidente de veículo?

3.3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente?

3.4- Totalmente ou em parte?

3.5 – Em que percentual?

3.6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica?

3.7- A incapacidade é temporária ou permanente?

3.8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica?

3.9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta?3.10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média(50%), leve (25%) ou residual(10% ou menos)?

4) A Secretaria Judiciária deverá providenciar a intimação das partes acerca do perito nomeado, local, dia e hora da perícia com, ***no mínimo 20 (vinte) dias de antecedência***, podendo, no prazo de 15 (quinze) dias, arguir o impedimento ou a suspeição do perito, se for o caso. A parte autora deverá ser advertida que eventual ausência deve ser comprovadamente justificada, sob pena do prosseguimento do feito ***sem a produção da prova***.

5) Nesse aspecto, determino que a intimação da parte autora dar-se-á pessoalmente, por carta ou mandado, dirigido ao ***dereço constante em seu comprovante de residência***, e por intermédio de seu advogado constituído.

6) Após a realização da perícia judicial, o laudo médico deverá ser apresentado pelo perito no prazo de **20 (vinte) dias**.

7) Em virtude da existência de Convênio celebrado entre o Tribunal de Justiça deste estado e a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, em que houve a fixação dos honorários periciais no valor de **R\$200,00**(duzentos reais), intime-se a seguradora-ré para que, no prazo de 10 (dez) dias, providencie o pagamento dos honorários.



8) Nessa mesma oportunidade, intimem-se as partes para, no prazo comum de 10 (dez) dias, manifestarem-se e informarem se têm interesse em audiência de conciliação, requerendo o que entenderem de direito.

9) Havendo impugnação à prova, intime-se o perito judicial para que, também no prazo de 10 (dez) dias, apresente os esclarecimentos que julgar pertinentes.

10) Com a manifestação do profissional, intimem-se as partes para que, no prazo comum de 10 (dez) dias, tomem ciência da resposta, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais, **caso o processo não seja incluído em mutirão**.

11) Cumpridas as diligências ora determinadas em sua ***integralidade***, voltem-me conclusos para sentença.

12) Publique-se.

Açu/RN, 04 dezembro 2019.

ERIKA SOUZA CORREA OLIVEIRA

Juiz(a) de Direito

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

