

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** **JANDUI MEDEIROS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, desempregado, portador da cédula de identidade nº. 718.836 - SSP/RN, inscrita no CPF/MF sob o nº. 455.472.114-00, residente e domiciliado na Venâncio de Freitas, nº. 121, Bairro Santa Cecília (próximo a Geraldo dos Portões), Jardim de Piranhas/RN, CEP 59.324-000.

**OUTORGADOS:** **VANESSA MANOELA VIEIRA DA SILVA**, brasileira, solteira, Procuradora do Município, inscrita na OAB/RN sob o nº. 10.395, e **GUSTAVO HENRIQUE DE SÁ HONORATO**, brasileiro, solteiro, Procurador do Município, inscrito na OAB/RN sob o nº. 12.176, com endereço para devidas intimações situado na Procuradoria Jurídica do Município, Avenida Governador Dix-Sept Rosado, nº. 114, Centro, Jardim de Piranhas/RN, CEP: 59.324-000.

**PODERES:** Os poderes da cláusula *ad judicia et extra* para o fórum em geral, para representar em qualquer instância ou tribunal, podendo promover, requerer, ajuizar qualquer tipo de ação, igualmente contestar, reconvir, impugnar, excepcionar, recorrer, apelar, concordar, confessar, firmar acordo, desistir, pedir desentranhamento de documentos, declarar, praticar, enfim, todos os atos necessários ao fiel cumprimento deste mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte, com ou sem reservas, em quaisquer instâncias ou tribunais em território nacional, para adoção das medidas cabíveis.

Jardim de Piranhas/RN, 09 de julho de 2018.

*Jandui Medeiros dos Santos*  
**JANDUI MEDEIROS DOS SANTOS**  
Outorgante





REGISTRO  
GERAL

NOME: 718.836

FILIAÇÃO: JANDUI MEDEIROS DOS SANTOS

APOLINARIO MARTINS DOS SANTOS  
EVANI EDES DE MEDEIROS

NATURALIDADE: TABOIM DE PIRANHAS RN

DOC. OFICIAL: CERT. DE NASCIMENTO L-A12 / F-20 RG-4473

CPF: 455.472.114-00

RESIDÊNCIA: JARDIM DE PIRANHAS RN-1 BARRIORIO

ASSINATURA DA PESSOAL: Josebino Ferreira do N. Junior

ASSINATURA DA P.R.R. (RETRATO):

LEI Nº 7.116/80 DE 29/08/83

DATA DE EXPEDIÇÃO: 21/01/2020

DATA DE NATAL: 20/01/1960

2a.

Vara Única de J. Piranhas  
Fl. 12 +



Assinado eletronicamente por: VANESSA MANOELA VIEIRA DA SILVA - 30/01/2020 08:05:01  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013008050125600000050978024>  
Número do documento: 20013008050125600000050978024

Scanned with CamScanner

Num. 52861455 - Pág. 2

TITULAR DO CLIENTE  
JANDUI MEDEIROS DOS SANTOSENDERÉCOS DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA VENANCIOS DE FREITAS 121

CPF 455 472 114-00 NIS 20394259470

CENTRO/ÁREA URBANA  
JARDIM DE PIRANHAS RN  
59324-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

CONTA CONTRATO MÉS ANO

7002338690 01/2018

Nº DA NOTA FISCAL SÉRIE EMISSÃO  
000090553 UNICA 04/01/2018  
APRESENTAÇÃO Nº DO CLIENTE Nº DA INSTALAÇÃO  
04/01/2018 3010240540 328982DATA DE VENCIMENTO DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA  
11/01/2018 03/02/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 19,49

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL		QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh		30,000000	0,18308627	5,49
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh		31,000000	0,31387933	9,73
Acréscimo Bandeira VERMELHA				0,98
ICMS-Parcela Subvencionada				3,31

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE AJUSTE CONSUMO (kWh)
20210028	CAT	05/12/2017	17.374,00	04/01/2018	17.435,00	30	1,00000 61,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		IMPOSTOS APLICADOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/Ano	kWh	BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPORTE	
JAN18	81				
DEZ17	40	IMMS	16,18	18,00	2,91
NOV17	30	PIS	16,18	0,73	0,11
OUT17	30	COFINS	16,18	3,37	0,54
SET17	30				
AGO17	30				
JUL17	30				
JUN17	30				
MAI17	180				
ABR17	126				
MAR17	136				
FEV17	134				
JAN17	149				

E008.7481.BBEE 38B1 9512.89B6.9185.D8C8

O pagamento dessa Nota Fiscal/fatura deve ser feito somente em espécie. Na data de leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br). O cliente é responsável pelo pagamento das contas de energia individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pág. em atraso pera multa 2% (Reais 114,48R\$), Juros 1% a.m (Lei 10.436/02) e atualização monetária no prazo mais desconto pela aplicação de Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.429 de 26/04/02 - R\$ 18,58. O Cliente é mais compensado quando há descumprimento do prazo definido para os pedidos de atendimento comercial. Unidade fiscalizada. Nôta: B1 - Residencial Baixa Renda

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços e procedimentos se encontram disponíveis, para consulta, em nossas Unidades de atendimento e no site [www.cosem.com.br](http://www.cosem.com.br)

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEIS DE TENSÃO		
CONJUNTO	JARD. PIRANHAS	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
RIC		0,00	8,87	11,34	22,88	220	202
FIC		0,00	3,42	6,85	13,70		231
UMIC		0,00	3,29	0,00	0,00		

Limite DCRU: 12,22 EUROS - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 5,36

CONTA CONTRATO MÉS ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)  
7002338690 01/2018 11/01/2018 19,49  
83840000000-6 19490038407-1 00233869020-0 01027112783-7



Assinado eletronicamente por: VANESSA MANOELA VIEIRA DA SILVA - 30/01/2020 08:05:01

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001300805012560000050978024>

Número do documento: 2001300805012560000050978024

Num. 52861455 - Pág. 3

Scanned with CamScanner

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE CAICÓ  
Endereço: Av. Cel Martiniano, 20, Jardim Satelite, CAICÓ

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2018129000532 1.2 Data de Expedição: 05/06/2018 12.03.15

1.3 Tipo: COMUNICAÇÃO

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 08/03/2018 18.24.00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: SN

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: SÍTIO DE CHICO EMA, PRÓXIMO DO POSTO NOSSA SENHORA DOS AFLITOS

2.9 CEP: 59.324-000

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: JARDIM DE PIRANHAS

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: JANDUI MEDEIROS DOS SANTOS

3.2 Estado civil: Solteiro(s)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: APOLINARIO MARTINS DOS SANTOS

3.5 Etnia: Branca

3.6 Mãe: EVANI EDES DE MEDEIROS

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 45547211400

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 20/02/1965

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.14 RG: 718836 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s): 84 996237141

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 121

3.18 Naturalidade: JARDIM DE PIRANHAS RN

3.19 Bairro: SANTA CECÍLIA

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA VENANCIO DE FREITAS

3.23 Cidade: JARDIM DE PIRANHAS

3.24 CEP: 59300000

**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)**

6.1.1 Nome Completo: RITA CILENE DOS SANTOS

5.1.3 Estado civil: Divorciado(a)

6.1.2 Nome Social:

6.1.5 Identidade Gênero:

5.1.4 Etnia: Parda

6.1.7 Orientação Sexual:

6.1.6 Mãe: EVANE EDES DE MEDEIROS

6.1.9 Pai: Parda

6.1.8 Sexo: FEMININO

6.1.11 Data de Nascimento: 21/01/1977

6.1.10 CPF: 00805869450

6.1.13 RG: 1603180

6.1.12 Nacionalidade:

6.1.15 Profissão: AUTONOMO

6.1.14 Passaporte:

6.1.18 CEP: 59324000

6.1.16 Logradouro: RUA VENANCIO DE FREITAS

6.1.20 Cidade: JARDIM DE PIRANHAS

6.1.17 Número: 107

6.1.19 Bairro: SANTA CECÍLIA

6.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

**7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: \*\*\*\*\*12717

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: OJZ6236

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: CG150 FAN ESDI

7.1.9 Ano do Modelo: 2013

7.1.10 Ano de Fabricação: 2013

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: JANDUI MEDEIROS DOS SANTOS

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

**8. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**9. DOS FATOS**

**9.1 Histórico**

O DECLARANTE AFIRMA QUE TRANSITAVA NA SUA REFERIDA MOTOCICLETA, QUANDO COLIDIU COM UM BURACO NA ESTRADA VINDO A CAIR E SOFRER FRATURA NO SEU TORNOCOLO DIREITO, CONSEQUÊNCIA DE ACIDENTE DE MOTO E LOGO EM SEGUIDA FOI SOCORRIDO POR RITA CILENE DOS SANTOS E FRANCISCO MATEUS DOS SANTOS PARA O HOSPITAL GERAL FRANCISCA PEREIRA MARIZ DE URGÊNCIA DA CIDADE DE JARDIM DE PIRANHAS/RN, ONDE DEU ENTRADA NO DIA 08/03/2018, POR VOLTA DAS 18:33, QUE FOI ATENDIDO PELO MÉDICO DR. SILVIO SANTOS E SÓ DIA DIA SEGUINTE QUE FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CAICÓ-RN (SESP), NO DIA 09/03/2018, POR VOLTA DAS 07:31 E QUANDO CHEGOU NO LOCAL FOI RECEBIDO PELA EQUIPE DE PLANTÃO, CUJO MÉDICO FOI O DR. JOÃO BATISTA DE BRITO, CRM 1887/RN, O QUAL O ENCAMINHOU PARA O MÉDICO ORTOPEDISTA, O DR. SILVIO SANTOS FILHO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E SÓ APÓS MELHORA DO QUADRO CLÍNICO DO PACIENTE FOI QUE ELE VEIO REGISTRAR O BOLETIM DE OCORRÊNCIA NA DELEGACIA MUNICIPAL DA CIDADE DE JARDIM DE PIRANHAS/RN PARA QUE POSSA DÁ ENTRADA NO SEGURO DPVAT. NADA MAIS DISSE.

**9.2 Informações do CIOSP**

**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 05/06/2018 12.03.15

Protocolo: J2018129000532 - Código de autenticação: 273d06c5c7076d30ae123c4f327dad3d

*Jandui Medeiros dos Santos*

*M*

Página 1 2



Assinado eletronicamente por: VANESSA MANOELA VIEIRA DA SILVA - 30/01/2020 08:05:00

<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013008045973800000050978025>

Número do documento: 20013008045973800000050978025

Num. 52861456 - Pág. 1

Scanned with CamScanner

W  
Policial

*Josévaldo Medeiros dos Santos*  
Interessado



Atendimento: 1711180 - DULZIMAR SILVA JÚNIOR

Impresso por: 1711180 - DULZIMAR SILVA JÚNIOR em 05/06/2018 12:08:40

FINAL DO BOLETIM DE OCORRNCIA

J2018129000532



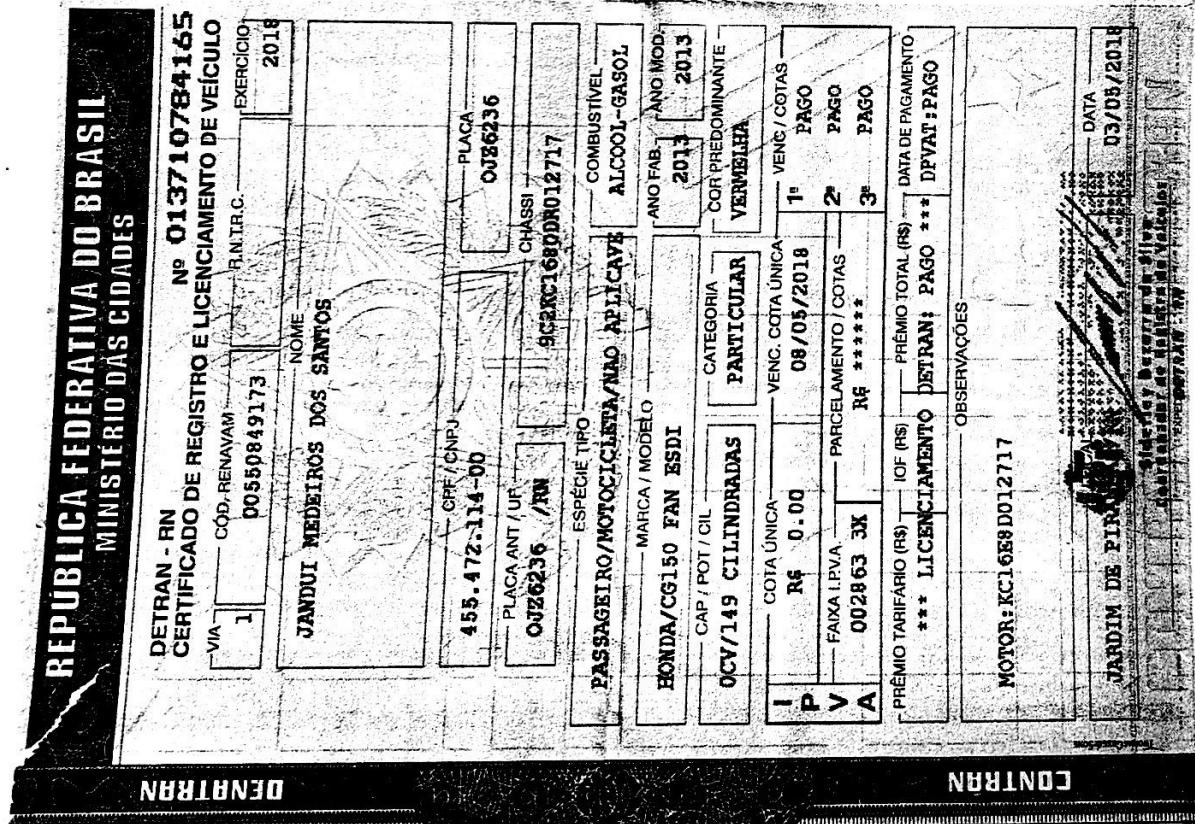
Assinado eletronicamente por: VANESSA MANOELA VIEIRA DA SILVA - 30/01/2020 08:05:00

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013008045973800000050978025>

Número do documento: 20013008045973800000050978025

Scanned with CamScanner

Num. 52861456 - Pág. 2



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETAN - RN		Nº 013710784165	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	PLACA	EXERCÍCIO
1	00550849173	OJZ6236	2018
JANDUI MEDEIROS DOS SANTOS		NOME	
455-472-114-00		CPF / CNPJ	
OJZ6236 / RN		PLACA / UF	
PASSAGEIRO / MOTOCICLETA / NÃO APlicaVÁ		CHASSI	
HONDA / CG150 FAN ESDI		5C2ARC16B00012717	
CGV/149 CILINDRADAS		COMBUSTÍVEL	
CAP / POF / CIL		ALCOOL / GASOL	
CATEGORIA		ANO FAB.	
PARTICULAR		2013	
VERMELHA		ANO MOD.	
COTA ÚNICA		COR PREDOMINANTE	
R\$ 0,00		08/05/2018	
FAIXA I.P.V.A.		VENC. COTA ÚNICA	
002863 3X		1º PAGO	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		PARCELAMENTO / COTAS	
*** LICENCIAMENTO		R\$ *** * * *	
IOF (R\$)		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
DETAN		PAGO ***	
PAGO		DATA DE PAGAMENTO	
PAGO		DATA DE PAGAMENTO	
OBSERVAÇÕES			
MOTOR: KCL16E8D012717			

## DEPARTMENT

## CONTAIN

Assinado eletronicamente por: VANESSA MANOELA VIEIRA DA SILVA - 30/01/2020 08:05:00  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013008045973800000050978025>  
Número do documento: 20013008045973800000050978025

Num. 52861456 - Pág. 3

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **JANDUI MEDEIROS DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180283560**  
Vítima: **JANDUI MEDEIROS DOS SANTOS**  
Data do Acidente: **08/03/2018**  
Cobertura: **DAMS**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180283560**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2018

Carta nº: 13242117

A/C: JANDUI MEDEIROS DOS SANTOS

**Nº Sinistro:** 3180283560  
**Vitima:** JANDUI MEDEIROS DOS SANTOS  
**Data do Acidente:** 08/03/2018  
**Cobertura:** DAMS

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

**Creditado: JANDUI MEDEIROS DOS SANTOS**

**Valor: R\$ 233,48**

**Banco: 104**

**Agência: 000000758**

**Conta: 0000062541-1**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)



Atenciosamente,

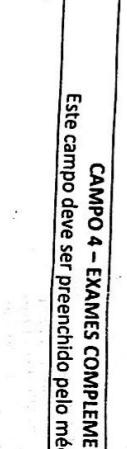
**Seguradora Líder-DPVAT**



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
 SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA - SESAP  
 UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ - UHRS  
 Estrada do Perimetral Irajádo Salino, S/N - Pauhá VI - Cachão/RN  
 CEP: 59.300-000 - Telef: (84) 3421-9628  
 CNPJ: (M) 04.241.754/0013-55-57

### BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		Nome	Data	09/03/18	Hora da Entrada	7:31	Nº ATENDIMENTO
							14
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível							
NOME	JANJUÍ MECIÚROS DOS SANTOS			DATA DE NASCIMENTO	20/02/65	IDADE	53
CPF	-	RG	718 996	DATA DE EXPEDIÇÃO	08/04/83	SEXO	M
NATURALIDADE	JARDIM DE PIRANHAS	ESTADO CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	ACRESCULTOR	CARTÃO SUS	
NOME DA MÃE	EVANI FIDES DE MENEIROS	SOBRENOME		NOSSO PAI	JOÃO WÂRIO MARTINS DOS SANTOS		
ENDEREÇO	R. VENÂNCIO DE FREITAS	77		BAIRRO	SRA. CECÍLIA	RACA/COR	
CIDADE/ESTADO	J. DE PIRANHAS	RN		TELEFONE DE CONTATO	9623 7141	BRANCA	
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS							
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde							
PA	mmHg	FC	bpm	FR	lpm	TEMP. AXILAR	°C
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO							
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista							
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO				ESCORE DE GLASGOW			

		<b>CAMPO 4 – EXAMES COMPLEMENTARES</b> Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista
		<b>CAMPO 5 – PRESCRIÇÃO MÉDICA</b> Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista
<b>MÉDICO PLANTONISTA/CRM</b> 		
<b>CAMPO 6 – CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE</b> Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem		
<b>REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA</b>		
<b>MOTIVO DA SAÍDA</b>	<b>UNIDADE DE DESTINO:</b>	<b>RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN</b>
<input type="checkbox"/> ALTA MÉDICA <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> RECUSA DO TRATAMENTO <input type="checkbox"/> ÓBITO	_____	
DATA: _____		HORA DA SAÍDA: _____



OR

SERVIDORES RESPONSÁVEIS

DATA

HORA DE ENTR

*Wesley*

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME

RG

NATURALIDADE

NOME D'AVÓ

DATA DE NASCIMENTO

IDADE

SEX

Jéssica Medeiros dos Santos

CARTÃO SUS

218836

CPF

PROFISSÃO

ESTADO CIVIL

BAIRRO

21

TELEFONE DE CONTATO

( )

21

SINAIS VITAIS

PA:

MMHG

FC:

BPM

FR:

IRPM

TAXILAR:

°C

SPO2:

%

GLICEMIA

HISTÓRIA CLINICA E EXAMES FÍSICO

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

EXAMES SOLICITADOS

CONDUTA MÉDICA

DR. SÉLIO SANTOS  
 HOSPITAL GERAL — CRM 737  
 PT 006.174.584-16

MÉDICO PLANTONISTA

RESPO ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO / C

DESTINO DO PACINETE

ÓBITO EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MOTIVO DA SAÍDA [ ] ALTA [ ] EVASÃO

HORA \_\_\_\_\_

[ ] RECUSOU TRATAMENTO PRESCRITO

ENTREGUES A FAMÍLIA \_\_\_\_\_



Scanned with CamScanner



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR**

1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	2. CNES: 6.778.580
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: NOME: JAMONI MEOBIMOS, JOSE FERNAO CPF: 4 5 5 4 7 2 1 1 4 0 0	4. N.º DO PRONTUÁRIO 04.658

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 705902423304090	6. DATA DE NASC. 00/00/65	7. SEXO MASC. ( ) FEM. ( )
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL EVANI EDILY MEDEIROS	DDD	9. TELEFONE DE CONTATO 4633.3141
10. ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) RUA - VENENO 06 FONTE 101	11. MUNICIPIO DE RESIDENCIA JANIM DO PIAUÍ	
12. COD. IBGE MUNICÍPIO	13. UF PI	14. CEP: 59.304.000

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Feb. faringite di  
Dor defensora

O paciente  
está com  
Febre  
e dor  
no peito

16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Re

17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

UFR

18. DIAGNÓSTICO INICIAL: Feb. faringite di	19. CID 10 PRINCIPAL: S823	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
---	-------------------------------	------------------------	-------------------------------

**PROCEDIMENTOS SOLICITADOS**

22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Febre	23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 040805049
---	---

24. CLÍNICA	25. CARATER DA INTERNAÇÃO	26. DOCUMENTOS ( ) CNS ( ) CPF	27. N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF.SOLIC./ASSIST.
-------------	---------------------------	-----------------------------------	---

28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST. Dr. Silvio Sampaio	29. DATA DA SOLICITAÇÃO 22/3/18	30. ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REG. DO CONSELHO) Dr. Silvio Sampaio
--	------------------------------------	--

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)**

31. ( ) ACID. DE TRANSITO	34. CNPJ DA SEGURADORA CHM-SIN 433 1001 0079	36. SÉRIE
---------------------------	---	-----------

32. ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO		
-------------------------------	--	--

33. ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO	37. CNPJ DA EMPRESA CNPJ 00000000000000000000	38. CNAE DA EMPRESA
--------------------------------	--	---------------------

40. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTONOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO	AUTORIZAÇÃO	39. CBO
---	-------------	---------

41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	42. COD. ORGÃO EMISSOR	43. N.º DA AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR
44. DOCUMENTOS ( ) CNS ( ) CPF	45. N.º DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	
46. DATA DA AUTORIZAÇÃO	47. ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REG. DO CONSELHO)	

Scanned with CamScanner



# SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE:  
JANUARIO MEDINA DOS SANTOS

REGISTRO/PRONTHÁRIO:  
020.688

DATA NASCIMENTO:  
20.02.1965

SEXO:  
M

ENDERECO (Rua, Número):  
R. VENDETEIO N° FONTE 101

BAIRRO:  
SANTO CELÍCIO

MUNICÍPIO:  
JANUARIO DO PIAUÍ

UF:  
PI

CEP:  
64324-000

TELEFONE:  
9623-7141

NOME DO PAI:  
AQUILINO MARTINS DO SANTO

NOME DA MÃE:  
EVANI SOES DO FREITAS

RESPONSÁVEL:  
PRAZ CLÍNICO DOS SANTOS

## PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)

CLÍNICA:	ENFERMARIA/LEITO:	INTERAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE
( ) MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> ORTOPÉDIA		( ) DE TRABALHO ( ) DE TRANSITO
( ) CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> PEDIATRIA		( ) DE OUTROS FINS ( ) NÃO

## DIAGNÓSTICO INICIAL

INTERNAÇÃO		ORIGEM RESIDÊNCIA?	MÉDICO SOLICITANTE
DATA 23.03.18	HORA	( ) SIM ( ) NÃO	

## PROCEDÊNCIA:

CARATÉR DE INTERNAÇÃO:  
( ) ELETIVA  NORMAL ( ) EMERGÊNCIA

## RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/Descrição)	TIPO DE PROCEDIMENTO:		
	( ) LIMPO	( ) INFECTADO	( ) CONTAMINADO
	( ) POTENCIAL M. CONTAMINADO		
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/Descrição)	DATA:	FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO:	HORA:
	23.03.18		
APRESENTOU INFECÇÃO?			
( ) HOSPITALAR ( ) COMUNITÁRIA <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	( ) PROFILATICAMENTE	( ) NÃO	
	( ) TERAPEUTICAMENTE		
MOTIVO DA SAÍDA (AIH):	SE MOTIVADO SAÍD -1(remoção) ASSINAL DETALHAMENTO DA ALTA		
<input checked="" type="checkbox"/> ALTA ( ) REMOÇÃO ( ) ÓBITO ATÉ 24 HORAS ( ) ÓBITO APÓS 24 HORAS	( ) CURADO	( ) MELHORADO	( ) INALTERADO ( ) A PEDIDO
	( ) ADMINISTRATIVO ( ) POR INDICIPLINA ( ) EVASÃO		
	( ) INTERP/DIAGNOSTICO ( ) P/COMPLEMETAÇÃO F. DE ACIDENTE		

PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA:	DESTINO:
PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO	OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECÇÃO:
CAUSA MORTE:	( ) SIM ( ) NÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL  
(carimbo assinatura)





**Nome do Paciente**

Jandu M. dos Santos

Nº Registro

**Data Admissão**

**Nome do Procedimento Cirúrgico**

to Cirúrgico

#### Descrição do Ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Data	Início	Término	Duração	Gazes	Compr.	Drenos
22/03/18	15:10	15:45h	34m			

~~DD+A  
D+A+C~~

Inciso fonyeho Di

Reiduccio

14000

Penalties

~~5~~ ~~5~~ 5

Ernesto

## II. Auxiliaries

### 2" Auxiliary

10



## **ANAMNESE E EXAME FISICO**

Nº DE REGISTRO: 024.658

DATA: 22.03.2018

NO MEU PONTO DE VISTA, O DOUTOR FANTIN, DENTISTA, ESTÁ CERTO.

## QUEIXA PRINCIPAL, HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, ANTECEDENTES, EXAMES FÍSICO.

fact for nozzle Di

Detlef Sundt

## HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

## **ASSINATURA DO MÉDICO:**



## EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:	Nº de Registro	Data Admissão
JANDUI MORAES dos fundos	024658020318	

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CLINTE
21/03/18	12:00	<p>Paciente chega acompanhado no bloco para realizar-se a sua cirurgia de catarata. Exame: 177 cm/pes 110kg. Cirurgia Dr. Silviano / Dr. Schell, anest. Dr. Dra. Karine, anestesia Dr. Sergio. 10h. 15m. 10s. ie: 10m. e 57s. duração, mod. modo, tipo de anest. ul, friz, tampon de bainha C1, contágio angulo 20 = 01 na goni 200 - 01 bainha, 1º pos., comprimento, gogo, b10, a. goni. 01, e toca- ção com: p1 = 00.00 leito operatório ref. 0-2206332.</p>	
23/03/18 12:00		<p>Paciente: Relevo de alta hospitalar Abris Visita médica, o mesmo Dr. Dr. Dr. Dr. Dr. Dr. Dr. Dr. Dr. Dr. Dr. Existe orientação de acompanhante não sua filha e esposa</p> <p>End: Belém Caren 046-233-19</p>	

## ATENDIMENTO AMBULATÓRIAL EM TRAUMA E ORTOPÉDIA

DATA DO ATENDIMENTO: 03/03/18

INSTIRUIÇÃO RESPONSÁVEL:

PACIENTE: Jandu Medeiros dos Santos

DN: 20 102 1 6

RG: 718 896

CPF:

SUS:

705 40.94 2330 409

ESTADO CIVIL: Solteiro

SEXO:

IDADE:

53 a

TELEFONE:

9.9623-7111

PAI: Apolinário Martins dos Santos

MÃE:

Evani Góes de Melo

ENDERÇO: R. Francisco de Freitas

Nº 77

BAIRRO: STª CecíliaCIDADE: Jardim de Pianhas

UF:

MÉDICO: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: Edilson

## LAUDO MÉDICO

PRINCIPAIS SINAIS CLÍNICOS:

Cast / engelo Di

PRINCIPAIS RESULTADOS DA PROVA DIAGNÓSTICA:

DIAGNÓSTICO INICIAL:

PROCEDIMENTO INDICADO:

## RELATÓRIO DE ATENDIMENTO

TRATAMENTO REALIZADO:

Diagnóstico

03.03.09.090-0

CID:

CÓDIGO SIA/SUS:

CIRÚRGICO:

CRM:

EQUIPE MÉDICA:

AUXILIAR:

CRM:

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE:

CRM:

AUDITOR:



 <p>Dr. Joab Batista de Britto CRM - 1887 CRP: b96.502.534-9</p>		<p><b>CAMPÔ 4 – EXAMES COMPLEMENTARES</b> Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista</p> <p><b>CAMPÔ 5 – PRESCRIÇÃO MÉDICA</b> Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista</p>		<p><b>RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN</b></p>	
<p><b>MÉDICO PLANTONISTA/CRM</b></p>		<p><b>CAMPÔ 6 – CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE</b> Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem</p>		<p><b>MOTIVO DA SAÍDA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ) ALTA MÉDICA</li> <li><input type="checkbox"/> ) EVASÃO</li> <li><input type="checkbox"/> ) RECUA DO TRATAMENTO</li> <li><input type="checkbox"/> ) ÓBITO</li> </ul>	
				<p><b>UNIDADE DE DESTINO:</b></p>	<p><b>DATA:</b> _____ / _____ / _____</p> <p><b>HORA DA SAÍDA:</b> _____</p>



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA - SESAP  
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ - UHRS  
Endereço do Permutero Iribápolis, S/N - Pauílo VI - Ceará/RN  
CNPJ: 52.310.001-10628  
CPF: 08.241.754.0135-57

## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		DATA 03 03 18		HORA DA ENTRADA 14:31		Nº ATENDIMENTO 14	
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível							
NO <sup>ME</sup>	JANDUI MEDROSOS DOS SANTOS	ESTADO CIVIL	SOLTEIRO	DATA DE NASCIMENTO	20/02/65	IDADE	53 a
CPF	-	RG	718 996	DATA DE EXPEDIÇÃO	06/04/83	SEXO	M
NATURALIDADE	JARDIM DE PIRANHAS	PROFISSÃO	ACRESCULTOR	CARTÃO SUS	405 4024 2330 4090		
NO <sup>ME</sup> DA MÃE	EVANILÉDES DE MEDEIROS	NOME DO PAI	ADRIANÁRIO MARTINS DOS SANTOS	BARRIO	Sta Cecília		
ENDERECO	R. VENÂNCIO DE FREITAS	TELEFONE DE CONTATO	9623 1141	RACA/COR	BRanca		
CIDADE/ESTADO	J. DE PIRANHAS RN	CAMPO 2 - SINAIS VITAIS					
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde							
PA	mmhg	FC	bpm	FR	lpm	TEMP. AXILAR	°C
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO		Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista					
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO		ESCORE DE GLASGOW					





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Vara Única da Comarca de Jardim de Piranhas

Praça Getúlio Vargas, 100, Vila do Rio, JARDIM DE PIRANHAS - RN - CEP: 59324-000

**PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7): 0800034-09.2020.8.20.5142**

**AUTOR: JANDUI MEDEIROS DOS SANTOS**

**RÉU: SEGURADORA DPVAT**

**DESPACHO**

**Recebo** a inicial por estarem devidamente preenchidos os requisitos dos arts. 319 e 320, ambos do Novo Código de Processo Civil.

**Defiro** o pedido de justiça gratuita.

O art. 139 do Novo Código de Processo Civil, inciso VI, dispõe:

Art. 139. O juiz dirigirá o processo conforme as disposições deste Código, incumbindo-lhe:

(...)

VI - dilatar os prazos processuais e alterar a ordem de produção dos meios de prova, adequando-os às necessidades do conflito de modo a conferir maior efetividade à tutela do direito;

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo de aprazar, neste momento, a audiência de conciliação.

Ressalte-se a dificuldade de acordo nos processos de DPVAT, uma vez que a produção de prova pericial faz-se imprescindível, comprometendo a utilidade da designação de audiência em momento anterior à prolação do laudo.

Assim, verifica-se a necessidade de perícia técnica para deslinde da causa.

**Determino** a realização de perícia.

**Oficie-se** ao Núcleo de Perícias do TJRN para indicar perito cadastrado, conforme resolução nº 233 do CNJ, ficando desde já nomeado o perito indicado. Fixo os honorários no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais) como honorários perícias.

**Intime-se** o perito para informar se aceita o encargo e, em caso, positivo, informar o dia, horário e local para realização do ato.

O laudo pericial deverá conter, nos termos do art. 473 do NCPC:



Assinado eletronicamente por: TANIA DE LIMA VILLACA - 07/05/2020 11:07:37  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050711073755800000052580953>  
Número do documento: 20050711073755800000052580953

Num. 54580182 - Pág. 1

- I - a exposição do objeto da perícia;
- II - a análise técnica ou científica realizada pelo perito;
- III - a indicação do método utilizado, esclarecendo-o e demonstrando ser predominantemente aceito pelos especialistas da área do conhecimento da qual se originou;
- IV - resposta conclusiva a todos os quesitos apresentados pelo juiz, pelas partes e pelo órgão do Ministério Público.

O valor da perícia será pago pela Seguradora ré, que deve ser INTIMADA para depositar o valor em conta judicial, seguindo o que determina o Termo de Convênio Institucional de nº 39/2019.

Incumbe às partes, dentro de 15 (quinze) dias contados da intimação deste despacho de nomeação do perito arguir o impedimento ou a suspeição do perito, se for o caso, indicar assistente técnico e apresentar quesitos, conforme artigo 465, §1º, NCPC.

Intimem-se as partes da data da perícia, horário e local.

Após apresentado o laudo, **expeça-se** Alvará de Autorização Judicial para levantamento dos honorários periciais.

Com o laudo acostado aos autos, **remetam-se** os autos ao CEJUSC para realizar audiência de conciliação.

**Cite-se** a parte ré para ciência dos termos da exordial.

Caso não haja acordo, o prazo para contestação (de quinze dias úteis) será contado a partir da realização da audiência.

A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial.

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

JARDIM DE PIRANHAS/RN, data da assinatura eletrônica.

**Tânia de Lima Villaça**  
**Juíza de Direito em Substituição Legal**  
(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)



Citação e intimação acerca do despacho.



Assinado eletronicamente por: ARDENES RODRIGUES GOMES DA SILVA - 08/05/2020 10:55:51  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050810555099900000053536960>  
Número do documento: 20050810555099900000053536960

Num. 55644025 - Pág. 1