



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



145542



ALAN DAVID MONTEIRO ALVES
ADERALDO ISMAEL DE ARAUJO 20
ABOLICAO
MOSSORO RN
59611.520



5013196987416690000014554230310818



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

INTERPRINT LTDA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1169032563

NOME
ALAN DAVID MONTEIRO ALVES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2333504 ITEP RN

CPF 058.897.184-79 DATA NASCIMENTO 22/03/1986

FILIAÇÃO
FRANCISCO JOSE ALVES
JOANA DARC MONTEIRO ALVES

PERMISSÃO ACC CAT. HAB. AB

Nº REGISTRO 06201311404 VALIDADE 09/07/2019 1ª HABILITAÇÃO 10/10/2014

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV REMUNERADA;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL NATAL, RN DATA EMISSÃO 22/10/2015

86384621385
RN702296832

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN RN (RIO GRANDE DO NORTE)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1169032563



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S)

ALAN DAVID MONTEIRO ALVES, brasileiro, solteiro, autônomo, inscrito no CPF sob o número 058.897.184-79 e documento de identidade nº 002.333.504 SSP/RN, residente e domiciliado a rua Aderaldo Ismael de Araújo, 20, Abolição I, CEP.: 59611-520, Mossoró/RN.

OUTORGADO

FRANCINILSON DE OLIVEIRA MOURA brasileiro, casado, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil - Rio Grande do Norte, sob o número 9.885 com endereço profissional na Avenida Abel Coelho, 102, Abolição II, Mossoró – Estado do Rio Grande do Norte.

PODERES

Os da cláusula "*ad judícia*" e para o foro em geral, podendo requerer judicial e extrajudicialmente o que for necessário para a defesa do(a) outorgante(a) perante o foro em geral, Instâncias e ou Tribunal, podendo dito procurador, peticionar, requerer, embargar, interpor recursos, firmar termos ou compromissos, substabelecer, com ou sem reservas de poderes, articular, conciliar, passar recibos, receber importâncias, desistir, transigir, recorrer, confessar, da quitação, renunciar o excedente do teto do Juizado Especial Cível da Justiça Federal, enfim, praticar todos os demais atos que se fizerem necessários ao fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Mossoró/RN, 17 de dezembro de 2019.



OUTORGANTE

ALAN DAVID MONTEIRO ALVES





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

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado Alon Davis
Monteiro Alves

foi examinado nesta Unidade às _____ horas, necessitando de
30 (trinta) dias de afastamento do trabalho, a partir
desta data.

S. 72.3

09/12/17

LOCALIDADE E DATA

Dr. Vicente Andrade
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - 5592
ASS. DO MÉDICO TEOT (0481) COM CRM

NOTA: Este atestado é válido para finalidade previstas no Art.
86 do RGPS, aprovado pelo Decreto n° 60.501, de
14.03.67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias
de afastamento do trabalho.

Nome: _____

processo de
necropsia
no

Mossoró/RN

Rua: D
Agen





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

Alon David Mendonça Alves

Declaro que o referido
foi feito o presente exame
Após acidente de moto dia
09.12.17 onde sofreu pro-
prio do péssimo Espinal,
onde no momento encontro-
se internado aguardando
tratamento cirúrgico eletivo
no Hospital Tarcísio Maia,
paciente de 16 anos de
idade do trabalho.

CID S72.2

Dr Luis F. C. Nascimento
Ortopedia/Traumatologia
CRM 4863

8/12/17



GOV
S

Atesto que o

Alves

foi examinado nesta

15/12/17
desta data.

NOTA: Este at
86 do
14.03.6
de afas



Alon David Montem Alves

Declaro para o devido fins
que o paciente acima sobre acidente
de moto dos 04.12.17 onde sobre
fratura do fêmur (E), foi submetido a
tratamento cirurgico dos 12/12/17 onde
foi colocado placa com parafusos,
evoluindo com desmoltura do membro
inferior Espinal.

cin. 572.3

Dr Luis F.C. Nascimento
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2853
15/05/18

CLÍNICA ORTOTRAUMA

Rua: Duodécimo Rosado, 1518, Nova Betânia, Mossoró /RN
Agendamento de Consulta: (84) **3061-5000 / 3316-0430**
www.orto-trauma.com



Endereço V. ADAMILDO ESMAIL DE ARAÚJO
Bairro ABOLIÇÃO
CPF Nº 058 897 184-79 CNH Nº 0680
Local de Trabalho _____
End. _____ N

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____
Marca/Mod. _____
Proprietário _____
Condutor _____
Endereço _____
Bairro _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____
Local de Trabalho _____
End. _____ N

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____
Marca/Mod. _____
Proprietário _____
Condutor _____
Endereço _____
Bairro _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____
Local de Trabalho _____
End. _____ N



KAVIANT 24 COSTA 2019

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3 _____

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Versão do condutor _____

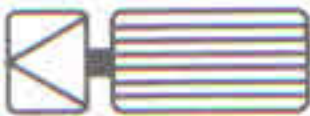
Assinatura do Condutor do V4 _____



CARRO DE
PEQUENO PORTE



CAMINHÃO
OU ONIBUS



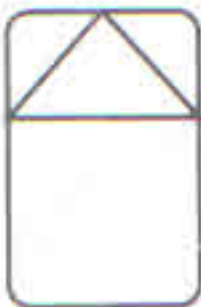
CARRETA

Grid area for drawing or notes. Handwritten notes include: "PARE" in a circle, and "R. DE V. D. N. Y. 17/01/2020" written vertically.

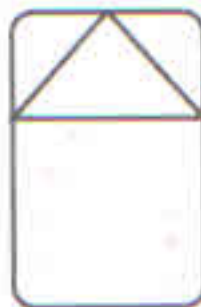
10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE T

AVARIAS DO VEÍCULO 1

PARA LUBRIFICAR O SANTANHO, C
FALTOU O SANTANHO, PARA LUBR



AVARIAS DO VEÍCULO 3



Endereço _____

Bairro _____

Versão _____

Assintura _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa NOG 8736 Cidade _____

Nome _____

Endereço _____

Bairro _____ Cidade _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUA

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

AO CHEGAR AO LOCAL FOI
ESTAVA SENDO SOCORRIDO
PERCARECIMENTOS SOBRE O FA
LOCAL, A MOTOCICLETA DE
SOA DE NOME KALJANE
FOI POSSÍVEL VERIFICAR O
DE PAPE, COM ISSO O CAS

Nome Completo do Agente MISSEL DAVEN

POSTO/GRAD.: 430 PM Nº 06/936

Local e Data MOSSORÓ 4 de DEZ



Rio de Janeiro, 11 de Agosto de 2018

Carta nº: 13222840

A/C: ALAN DAVID MONTEIRO ALVES

Nº Sinistro: 3180265137
Vitima: ALAN DAVID MONTEIRO ALVES
Data do Acidente: 04/12/2017
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: ALAN DAVID MONTEIRO ALVES

Valor: R\$ 2.700,00

Banco: 104

Agência: 000002010

Conta: 000000107298-8

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00795/00796 - carta_12 - DAMS

00010398





**SAMU
MOSSORÓ
192**

**Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192**

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 037

Mossoró 15 de Janeiro de 2018

Em resposta a solicitação do (a) Sr. (a): **KALIANE DA COSTA LEITE, 36 anos**

RG: 1.697.436 passo a informar o que consta em nosso registro.

Identificação da ocorrência: 36

Nome do Paciente: ALAN DAVID MONTEIRO ALVES, 31 anos.

Data: 04/12/2017

Local da ocorrência: Rua: Prudente de Moraes.

Viatura: USB – Unidade de Suporte Básico 03.

Hora do Chamado: 17h 12min.

Natureza da Ocorrência: Colisão de moto x carro.

Procedimento no Local: Paciente socorrido de acordo com os protocolos SAMU, encaminhado para o Hospital Regional Tarcísio Maia, conforme regulação médica.

Silvania do Monte Santiago
Matrícula 5868-2
Agente administrativo SAMU/Mossoró

Dr. Dixon Fradik M. Lima
Clínico Geral / Cardiologia
CRM - 5997

Dixon Fradik Medeiros de Lima
Matrícula 405418-2
Diretor do SAMU/ Mossoró

SAMU – Mossoró
Rua: Seis de Janeiro, 509 – Santo Antonio – CEP: 59611-070 – Mossoró – RN
Tel / FAX: (0xx-84) 3315-4915
e-mail: samumossoro@hotmail.com





Nome: Adam David Monteiro da Silva Idade: Nº Reg.
Serviço: Enº: Leito: 301-5

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)

Pariente 30A con diagnóstico de pat. fémur dr. - Indicada
internamente hij. Maza conculada

Dr. Guilherme Garcia Angoli
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 8182 / TEO 1354

Mossoró, 06 de 12 de 2017.

Médico que solicita o parecer

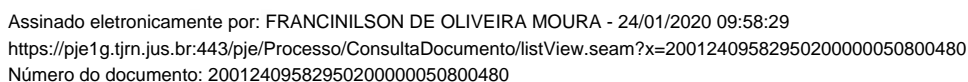
PARECER:

ARECER: *Lauchys* - 30c -
Thrus *Ames* -
La *Ames* *Ames*
Ames, *Ames*, *Ames*, *Ames*
Ames, *Ames*, *Ames*, *Ames*
Ames: *Ames*
Ames: *Ames*, *Ames* 12280-1
Ames *Ames* *Ames*
Ames *Ames*: *Ames* *Ames* *Ames*
Ames *Ames*: *Ames* *Ames*

Paralel de Măgura unui lăci-
chonel, spulă și g. realis
procedente cupru lăcelă.

06/12/17.

Dr. Arturo Compost
Neurología e Neurocirugía
C.A. - 0292/1997



GUIA DE INTERNAMENTO - Nº 22969

| Identificação do Paciente | | | | | |
|---------------------------|--|--------------|----------------|-----------------|--------|
| Paciente | ALAN DAVID MONTEIRO ALVES | | Prontuário | 0000025313 | |
| Nome do Pai | FRANCISCO JOSE ALVES | | CPF | 05889718479 | |
| Nome da Mãe | JOANA DARC MONTEIRO ALVES | | CNS | 700009747239307 | |
| Dt.Nascimento | 22/03/1986 31a 8m | RG | 2333504 | Orgão/UF | SSP RN |
| Escolaridade | | | | Sexo | M |
| Endereço | RUA ADERLDA ISMAEL DE ARAUJO, 20 - Bairro: ABOLICAO - CEP 59611620 | | | | |
| Cidade/UF | MOSSORO/RN | Telefones | 84 9 98431597/ | | |
| Naturalidade | NATAL | Procedência | RESIDÊNCIA | | |
| Profissão | VENDEDOR(A) | Estado Civil | Solteiro | | |
| Convênio | PARTICULAR | Médico(a) | | | |
| Internamento em | 12/12/2017 | Hora | 12:09 | | |

Assinatura do(a) Paciente/Responsável:

Assinatura do(a) Recepcionista: WANDRA CINTIA GOMES

Núcleo Hospitalar de Vigilância Epidemiológica - NHVE



CHECK LIST DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA EM SALA OPERATÓRIA

Data: 12/12/17 Hora: 13:30 Paciente: Alan Paul M. Alves Idade: 31

CHECAGEM PRÉ-INDUÇÃO ANESTÉSICA

Checar:

☐ Pulseira de identificação confrontando com o nome do paciente

☒ Procedimento a ser realizado;
☒ Consentimento Cirúrgico e anestésico devidamente Preenchido;

Lateralidade?

☐ Sítio demarcado ☐ Não se aplica

Alergia Conhecida?

☐ Sim ☒ Não

Exames relacionados (Laboratoriais, imagens, outros)

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Há risco de perda sanguínea? (superior a 500 ml)

☐ Sim e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos / com reserva disponível.

☒ Não

Materiais de vias aéreas disponíveis?

☒ Laringoscópio ☒ Baraka ☒ Aspirador
☒ Monitor/oxímetro de pulso no paciente funcionando?

Via aérea difícil?

☐ Sim ☐ Equipamento de VAD disponível
☒ Não

Equipamento anestésico funcionante?

☒ Sim ☐ Não

Disponível na sala operatória os instrumentais necessários para o procedimento?

☒ Sim ☐ Não

Disponível na sala operatória os OPME'S necessários e os implantes com o resultado do indicador biológico?

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Equipamentos disponíveis para o procedimento checado?

☒ Sim ☐ Não

Cirurgião: Dr Luiz Fernando

CRM:

Anestesista: Dr Elmar

CRM:

Téc. de Enf.: Rita

COREN:

CHECAGEM PRÉ-INCISÃO CIRÚRGICA

Placa de bisturi posicionada adequadamente?

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Posicionamento correto e com proteções?

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Antibiótico profilático nos últimos 60 min.?

☐ Sim ☒ Não ☐ Não se aplica

Todos os profissionais da equipe confirmar seus nomes e profissões?

☒ Sim ☐ Não

Checados esterilização (instrumentais e implantes) com todos os integradores disponíveis?

☒ Sim ☐ Não

CHECAGEM DO RECÉM NASCIDO

Recém nascido foi identificado com pulseira

☐ Sim ☒ Não ☐ Não se aplica

Nasceu: Vivo Morto Apgar: 1

Sexo: _____ Peso: _____

RN transferido com genitora?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Téc. de Enf.: Ressila

COREN: 602274

CHECAGEM PÓS-CIRÚRGICA

Realizado controle contagem de compressas, gazes e agulhas?

☒ Sim ☐ Não

Realizado contagem de instrumentais?

☒ Sim ☐ Não

Peça cirúrgica para anatomopatológico?

☒ Não

☐ Identificação da peça cirúrgica para anatomia (Nome, Data, data de nascimento, médico e procedimento).

Especificado peça e quantidade no prontuário?

☐ Sim ☐ Não

Conservado peça?

☐ Formol ☐ Gelo

Soros de infusão, medicamentos e fluidos administrados ao paciente estão adequadamente identificados?

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Paciente está com pulseira de identificação?

☐ Sim ☐ Não



ALMEIDA
PARA CASTRO

Luis Fernando

Declarado para os devidos fins que, estou ciente acerca da não existência de garantias absolutas em relação aos resultados obtidos pelo tratamento; bem como estou me submetendo ao procedimento em questão em conformidade com minha livre vontade de exercer os atos da vida civil, agindo com base em prescrição de profissional médico.

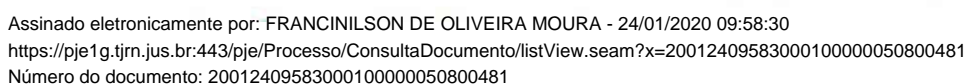
Nome do paciente: Alan David Monteiro Alves

CPF: 05889418449

Data de atendimento: 32, 32, 2014

VC SA

RD - Mossoró/RN - FONE (84) 3315-1030



PACIENTE: ALAN DAVID MONTENHO ALVES DATA: 12.12.15
 CIRURGIA REALIZADA: FRAT. FEMUR E
 CIRURGIÃO: 96412700 CRM: _____ 2º AUXILIAR: _____ CRM: _____
 1º AUXILIAR: 96412700 CRM: _____ ANESTESIOLOGISTA: 96412700 CRM: _____
 INSTRUMENTADORA: _____ COREN: _____ CIRCULANTE: _____ COREN: _____
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____

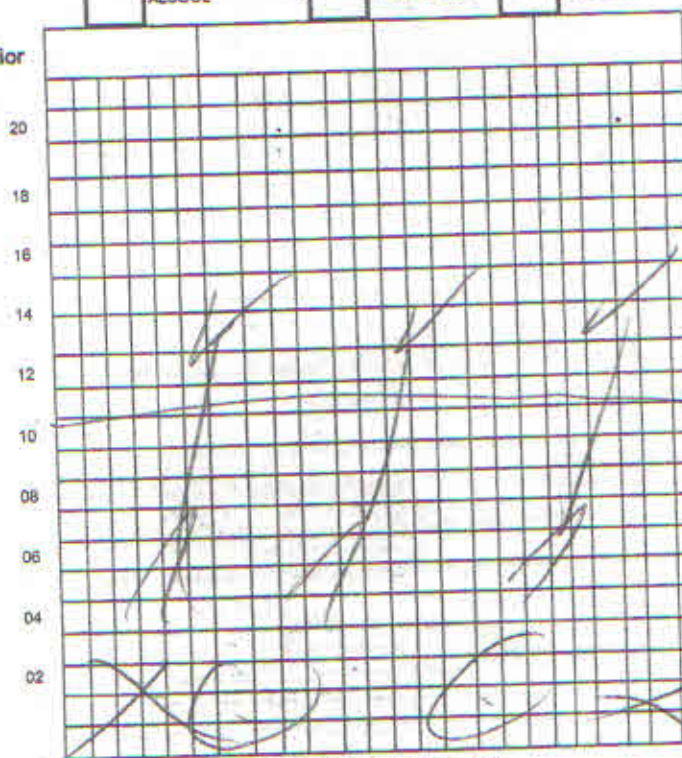
DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

| INÍCIO: | FINAL: | | | |
|--|---------|------------------------------------|----------|--------|
| VIA ACESSO | TÉCNICA | ASPECTOS DAS ESTRUTURAS ANATOMICAS | DRENAGEM | SUTURA |
| <p>Paciente deitado dorsal sob respiração regular + oxigênio Elevação da cabeça operatória Incisão de 15 cm sob a pele da coxa e Dissecção profunda Identificação da fôra profunda Redução do fêmur e fixação com parafusos de tração no proximal distal Redução da fêmur e colocação de placas de 12 furos Fixação com 6 parafusos colares Hemostase pelo eletrocoágulo de monopolar e bipolar e 2x, 7 evoluções Sutura profunda + pele</p> | | | | |

ACOMPANHAMENTO ANESTÉSICO

PRESSÃO ARTERIAL: 130 X 60 PULSO: 60 RESP: 12
 TEMPERATURA: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ OUTROS: _____
 TIPO SANGÜÍNEO: _____ ALERGIA: _____ TÉCNICA: RA
 ANESTESIA: TIPO: Rogon
 HÁBITO ☐ ALCOOL ☐ TABAGISMO ☐ DROGAS

Vior



HISTÓRICO FAMILIAR DE ANTECEDENTES ANESTÉSICOS?

INTERCORRÊNCIA:

DADOS DA RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA:

INÍCIO DA ANESTESIA: 19:30

FINAL:

ASSINATURA:

CRM:

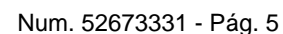
BOLETIM DE SALAS

| DROGAS USADAS | UND | QUANT |
|---------------------------|-----|-------|
| 01- <u>Neuraxia 40 ml</u> | | |
| 02- <u>Diluição</u> | | |
| 03- <u>Propofol 100</u> | | |
| 04- <u>Propofol 100</u> | | |
| 05- <u>Propofol 100</u> | | |
| 06- <u>Propofol 100</u> | | |
| 07- <u>Propofol 100</u> | | |
| 08- <u>Propofol 100</u> | | |
| 09- <u>Propofol 100</u> | | |
| 10- <u>Propofol 100</u> | | |
| 11- <u>Propofol 100</u> | | |
| 12- <u>Propofol 100</u> | | |

Dr. Elomar Pereira da Silva
 ANESTESIOLOGISTA
 CRM 1457 - CPF 085.179.614-42



ASSINATURA DO ENFERMEIRO DA UNIDADE



| | | | | |
|-----------|---------------------------|---------|--------------------|-------------------|
| PACIENTE: | Alan David Monteiro Alves | IDADE: | 31 | REGISTRO: |
| SETOR: | | MÉDICO: | Dr. Luis Fernandes | ENFERMARIA/LEITO: |

| DATA | HORA | ADMISSÃO/ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM | ASSINATURA/COR |
|------|-------|---|----------------|
| 12 | 22:00 | Admitido paciente nesta Unidade Hospi | |
| 12 | | talun proveniente do Hospital Torcizio Maia | |
| 17 | | para submeter-se a um procedimento cirurgico | |
| | | ortopedico de Dr. Luis Fernandes e equipe | |
| | | Veio em maca acompanhado com o maquinario | |
| | | + familiares (o mesmo esta consciente, orien | |
| | | tado, euforico em q ambiente, em venocl | |
| | | re colocada, normotensa, normocardiaca e febril | |
| | | nega DM HAS Abusos a medicamentos, nu | |
| | | ci alcoolica e nem faz uso de tabagismo. | |
| | | (SIC) ficou no CRO aguardando e aos cui | |
| | | dados da equipe | |
| 12 | 13:25 | Recebido paciente no S.O. vindo do | Silvaneide |
| 12 | 13:30 | R.P.A. em causa, em estado de p/ | 199688 |
| 12 | 13:35 | início do bloqueio anestésico p/ | Juanie |
| 12 | 13:45 | início do ato cirurgico e/ou | |
| 17 | 16:00 | Terminio de procedimento p/ | |
| | | ti. Coniente, Orientado com dreno | |
| | | venoso + curativo limpo e seco | |
| | | aos cuidados da equipe | |
| | 16:00 | Recebido de vindo do S.O. em maca ab | |
| | | fecto anestésico, consciente, orientado | |
| | | F.O. limpa p/ com dreno de p/ | 199688 |
| | | de p/ em f/ | Silvaneide |
| 12 | 16:30 | Recebido de vindo do S.O. em maca ab | Silvaneide |
| 17 | 17:20 | Recebido paciente no Anexo II | 199688 |
| | | procedente do e.e. em maca | |
| | | acompanhado do maquinario | |
| | | + familiares, com f/ orien | |
| | | tado em q ambiente, AVP | |
| | | funcionando satisfatoriamente | |
| | | e satisfatório curativo com | |
| | | presença de dreno de p/ | |
| | | com vaso em F.O. sem quei | |
| | | xas no momento, segue aos cui | |
| | | dados da equipe | |

Maria Severina Gonzales
Téc. de Enfermagem
CRFEN/RN 144771

Maria Nazaré de Medeiros
Téc. de Enfermagem
CRFEN/RN 144771



2.12.12 20:00 1. Imprimizem a sua mensagem
pela AUP, em um de tempo
medida inventada, momento, de-
sistiu, eu mesmo o objetivo em
MME tempo, com dados de
sucesso eliminando segredo
sustentabilidade em uma quan-
tidade, não em uma.

Spine

| | | |
|---------|-------|--|
| 1311214 | 04:00 | particulat' o polivalenta locu, din AVA medicamentelor, conformale, prusacii medica, continuta locu de de la suprafata, clustura prusacii de, gresit cu din. |
|---------|-------|--|

Printed
D 3893

| | | |
|-------|------|---|
| 10/12 | 1000 | Fic. do Sítio e criação em Av. com dreno de pequena caixa presa dentro da casa medindo Arrox 200 ml de sangue do dreno para teste. Locais expetivos de cancro em observação e nos outros. |
|-------|------|---|

middle
C.C.

[illegible]

میں نے اپنے

| | | | | | |
|----|-------|-------|----|-------|---|
| 12 | 12.22 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.25 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.33 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.35 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.38 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.40 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.42 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.44 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.46 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.48 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.50 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.52 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.54 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.56 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.58 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.60 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.62 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.64 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.66 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.68 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.70 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.72 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.74 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.76 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.78 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.80 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.82 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.84 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.86 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.88 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.90 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.92 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.94 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.96 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 12.98 | Arise | 10 | balas | ~ |
| 12 | 13.00 | Arise | 10 | balas | ~ |

2. Wiederholung



| | | | | | | |
|----------|---------------------|-------|--|----------|------------|------|
| Paciente | Luan David M. Alves | | | | Prontuário | |
| Unidade | | Leito | | Convênio | | Data |

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO

Rejeita a osteomielite seu antecessor

Avaliação Cervical: ☐ Sim ☐ Não

Se Sim: Dilatação: _____ cm (0 a 100cm)

Esvaziamento: _____ % (0 a 100%)

Consistência: ☐ Firme ☐ Intermediária ☐ Mole

Posição do colo uterino: ☐ Anterior ☐ Posterior ☐ Medianizado

Altura da apresentação: ☐ -3 ☐ -2 ☐ -1 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2

Apresentação Fetal (feto único ou 1º gemelar): ☐ cefálica ☐ pélvica ☐ cônica/transversa

Rotura de membranas: ☐ Espontânea ☐ Artificial

Se Espontânea: Tipo: ☐ Oportuna ☐ Prematura

Tempo: ☐ <18h ☐ >18

| Código | Prescrição | Aprazamento |
|--------|-------------------------------------|-------------|
| | Dietas zero sal e zero am 18h | |
| | SP0,9 1500 ml | 500 500 500 |
| | Dipirona 2ml 6x diluido 6/6h | 24:00 22 06 |
| | Paracetamol 400mg 6x diluido 1x dia | 24:00 |
| | Paracetamol 500mg 6x diluido 8/8h | 20 04 |
| | Quercetol 400mg 6x diluido 1x dia | 24:00 06 |
| | Plavix 1comp 6x diluido 505 | 505 |
| | Keflex 1g 6x diluido 6/6h | 24:00 22 06 |
| | Soro de Ringer 505 | 505 |
| | Insulina 100 6/6h | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

FRANCINILSON DE OLIVEIRA MOURA
2020/01/20 09:58:30



| | | | | |
|-----------|----------------------|---------|----------------|------------------|
| PACIENTE: | Maria David M. Alves | IDADE: | 1 | REGISTRO: |
| SETOR: | | MÉDICO: | Dr. Luis Paulo | ENFERMARIA/LEITO |

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

1º dia de internação paciente desfez fezes e
urina com coloração amarela, hiperbilirrubinemia
aparente. Presença de Hiper na urina
col. Refusou dieta + Entoma +
para o acompanhamento clínico.

| Prescrição | Aprazamento |
|------------------------------------|--------------|
| Dieta Livre | |
| 500g 1500ml | |
| Keflex 1g 6x diluído 6/6h | 0 10 20 30 |
| Dipirona 500mg 6x diluído 6/6h | 10 20 30 |
| + 10ml 4x 6x diluído 12/12h | 10 20 30 |
| + 10ml 4x 6x diluído 12/12h | 12 |
| Genérico 500mg 6/6h | |
| Concentrado Hemático 100ml 6x 6/6h | OK. 10/10/20 |





PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: Alan David Monteiro Alves D. N. 22.10.86 Idade: 30
Profissão: _____ Cartão SUS n° _____
Endereço: Rua: _____ Bairro: _____
Cidade: Mossoro U.F. RN Fone: _____
Filiação: Mãe: _____ Pai: _____

Data: 04/12/2017

Hora: 17:45

A.C.C.R.: _____



1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)

Truques pelo seu
Cabeça + membros
Vergil e. Cor
Pulso lig
Relato d)

2 - EXAME FÍSICO

PA = 160x90

Pele seca
ECG 75 PT
Pulso 160 x min
JT ?

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
PRONTO SOCORRO VINGT-ROSA NETO
15/02/18
WAB

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

der v. reuss



CRH hep

Vírus de queto de auto sendo crescente dor

+ edema e deformidade em coxa (E)

neuropatia de

Cdx Ra do femur @ + bacia M 2

fórmula dos pontos femur @

O. Miller

HOSPITAL REGIONAL TERCIÓIS MAR
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SANTO ALEXANDRE
15/01/18HOSPITAL REGIONAL TERCIÓIS MAR
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SANTO ALEXANDRE
15/01/18

5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

| DATA E HORA | PRESCRIÇÃO | VIA | ENFERMAGEM | |
|-------------|---------------------|-----|------------|------------|
| | | | HORÁRIO | ASSINATURA |
| | ① Dado para 70 kg M | | 18:30 | |
| | ② SF 95% 10cc | | | |
| | ③ Oprim. 4/6 | | 18:30 | |

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITI(S)

VCS

7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

() ALTA DO PRONTO SOCORRO () INTERVENÇÃO HOSPITALAR () TRANSFERÊNCIA () OUTROS (Descrever)

Observações:

61.

Data: / /

Hora: :

Identificação Médica





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

PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

Nome: Alan David Monteiro Alves Nº Reg. _____
Idade: 31A Sexo: _____ Estado Civil: _____ Profissão: _____
Pai: Fra José Alves
Mãe: Joana Darc Monteiro Alves
Endereço: _____
End. Responsável: _____
Serviço: _____

Data Admissão: 04/12/17

☐

Alta: ____/____/____

Dias de Permanência

☐

Óbito: ____/____/____

Diagnóstico Inicial: _____

Diagnóstico Final _____

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SALA DE REGISTRO EM ENFERMAGEM
12/12/17





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

PERMISSÃO

194406

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital, a realização na pessoa de Alm David Monteiro PVA Reg. No _____ necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários.

Declaro, outrossim, que nenhuma pressão pelos Médicos, Assistentes Sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.

DATA 18/12/17

Data: 06 de dezembro de 2017

Assinatura

CCIH - HRTM

DATA 22/12/17

Assinatura

Kahane da Costa Leite

Paciente ou Responsável

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SALVO EM SEU ARQUIVO
15/01/18



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE H. S. T. O.

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE Alan David Monteiro Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 71010001714721319131017

8 - DATA DE NASCIMENTO 22/10/1986

9 - SEXO ☒ Masc. ☐ Fem.

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE Josma Dora Monteiro Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) R. Sebastião Tomal de Azevedo, 20

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Macapá

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Dor + Edema + deformidade cava P

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO P + Edema cava

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) P + Edema cava

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL perfuração do peritônio cava

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO P + Edema

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 4/12/11

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR





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

09/01/2020 JOE

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Altan Severo de M. Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: Fratura do pé direito

Indicação terapêutica: _____

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador Orly

1ª Auxiliar: _____

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: _____

INTERVENÇÃO

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

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

370 les. foleto

Incisão / drenagem. H. a. da 2

A R. R

Kléber de Fátima OLIVEIRA
Cirurgião de Traumatologia
Cirurgia de Mão e Podologia
CRM-RN nº 04.170.293





Nome: Mom David M. Mrs Leito: _____

PRESCRIÇÃO



8cm

FÊMUR AP
W: 4096 C: 2048

Téc. Rad admin: João L. Bandeira
Escala: 0.52 W: 4096 C: 2048

FÊMUR LATERAL
Téc. Rad admin: João L. Bandeira
Escala: 0.52 W: 4096 C: 2048



ID: PAT002860 ALAN DAVID MONTEIRO ALVES
Sex: Masculino
Data de nascimento: 22/03/1986

Data de aquis: 01/01/2019 ID: PAT002860 ALAN DAVID MONTEIRO ALVES
Hora de aquis: 16:41:30 Sex: Masculino
WM Radiologia Médica Data de nascimento: 22/03/1986

WM Radiologia Médica

FEMUR AP
Data de aquis: 01/01/2019

FEMUR LATERAL
Data de aquis: 01/01/2019

ID: PAT002860 ALAN DAVID MONTEIRO ALVES
Sex: Masculino
Data de nascimento: 22/03/1986

Data de aquis: 01/01/2019 ID: PAT002860 ALAN DAVID MONTEIRO ALVES
Hora de aquis: 16:41:30 Sex: Masculino
WM Radiologia Médica Data de nascimento: 22/03/1986

Data de aquis: 01/01/2019
Sex: Masculino
Data de nascimento: 22/03/1986



ALAN, DAVID MONTEIRO ALVES, Data de aquis.: 16/07/2018
Sex: Masc. Hora de aquis.: 13:40:07
Data de nascimento: 22/03/1985 Índice de exp.: 2320
ID: PAT000293

ALAN, DAVID MONTEIRO ALVES, Data de aquis.: 16/07/2018
Sex: Masc. Hora de aquis.: 13:42:35
Data de nascimento: 22/03/1985 Índice de exp.: 2434
ID: PAT000293

Esq.



8cm

FÊMUR
AP
W: 4096, L: 2048
ID de técnico: admin

WMP Escala: 0.59
Radiologia Médica



8cm

FÊMUR
LATERAL
W: 4096, L: 2048
ID de técnico: admin

WMP Escala: 0.59
Radiologia Médica



Nome do Paciente: **ALAN DAVID MONTEIRO ALVES**
Data do Exame: **15/05/2018**
RG: -

Número do Atendimento: **PACS-3495544260**
Convênio: -

RAIO-X ESCANOMETRIA

LAUDO:

O membro inferior direito é aproximadamente 1 cm menor que o contralateral.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como exames complementares eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

Laudo gerado no dia: 15/05/2018 16:27. Uma cópia digital encontra-se disponível acessando o link <https://validar.wbsrad.com.br/> e utilize a data/hora e chave: **IVFzGUWz** para acesso.



Laudado Por:
Dr ALEXANDRE BORGES
CRM-SP 112811

Rua Dr. João Marcelino, 1901 - Nova Betânia - Mossoró/RN - (84) 3315-8800





RECIBO

Recebi do Sr. Alan David Monteiro Alves CPF: 058.897.184-79, a importância de R\$ 5.800,00 (cinco mil e oitocentos reais), referente a honorários médicos: cirurgião e anestesista, para tratamento cirúrgico de fratura de fêmur realizado em 12/12/17.

Mossoró – RN, 11/01/2018

CLÍNICA ORTOTRAUMA LTDA

CLÍNICA ORTOTRAUMA

Rua: Duodécimo Rosado, 1518, Nova Betânia, Mossoró /RN

Agendamento de Consulta: (84) **3061-5000 / 3316-0430**

www.orto-trauma.com





PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA DA FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

| | |
|--|--------------------------------------|
| Nº da Nota 000002191 | Nº da Substituída |
| Data/Hora de Emissão 12/12/2017 às 16:07:48 | Competência DEZ/2017 |
| Código de Verificação ALHA65165 | Data Prest. de Serviço 12/12/2017 |

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ: 08.256.240/0001-63 **Inscrição Municipal:** 001.098-7
Razão Social: ASSOC.DE ASSIST E PROT A MAT. E A INF. DE MOSSORO
Endereço: RUA JUVENAL LAMARTINE, 334, 59619-218, CENTRO
Município: Mossoró **UF:** RN
Telefone: (84)33161552 **E-mail:** contabilidade.apamim@gmail.com

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: ALAN DAVID MONTEIRO ALVES
CPF/CNPJ: 058.897.184-79 **Inscrição Municipal:**
Endereço: RUA ADERLDA ESMAEL DE ARAUJO, 20, 59611-620, ABOLIÇÃO
Município: MOSSORÓ **UF:** RIO GRANDE DO NORTE
Telefone: 8498431597 **E-mail:**

SERVIÇOS

4.03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÓMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.

| ITEM | DESCRIÇÃO | QUANT. | VLR. UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
|------|---|--------|---------------|-------------|
| 1 | PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE HOTELARIA HOSPITALAR REFERENTE A UM DIA DE INTERNAÇÃO EM ENFERMARIA DE DOIS LEITOS PARA PROCEDIMENTO DE FRATURA DE FEMUR REALIZADA NO DIA 12/12/2017. | 1,00 | 1.200,00 | 1.200,00 |

VALOR TOTAL DA NFS-e R\$: 1.200,00

| | | | | |
|----------------|--------------------|--------------|--------------------|------------------------|
| Deduções (R\$) | Base Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor do ISS (R\$) | Outras Retenções (R\$) |
| 0,00 | 0,00 | 5,00 | IMUNE | 0,00 |
| INSS (R\$) | IRPJ (R\$) | CSLL (R\$) | COFINS (R\$) | PIS/PASEP (R\$) |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

OUTRAS INFORMAÇÕES

Natureza da Operação: Imune.
Natureza da Operação: Imune.





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
3ª Vara Cível da Comarca de Mossoró
Alameda das Carinaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

Processo ° 0801241-54.2020.8.20.5106

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

[Seguro obrigatório - DPVAT]

Autor: ALAN DAVID MONTEIRO ALVES

Advogado(s) do reclamante: FRANCINILSON DE OLIVEIRA MOURA

Ré: SEGURADORA DPVAT

DECISÃO

Trata-se de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, entre as partes em epígrafe.

É o que importa relatar. Decido.

A Lei Complementar nº 643, de 21 de dezembro de 2018 (Nova Lei de Organização Judiciária), positiva, em seu anexo VIII, ser da competência privativa das 5ª e 6ª Varas Cíveis desta Comarca, o processamento e julgamento dos feitos relacionados a DPVAT.

Isto posto, declino a competência para uma das citadas varas cíveis (5ª ou 6ª Cível) desta Comarca, para, por conseguinte, remeter os presentes autos à distribuição entre essas duas unidades.

Cumpra-se imediatamente.

Mossoró/RN, 24 de janeiro de 2020.

EDINO JALES DE ALMEIDA JÚNIOR

Juiz de direito em substituição legal







PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

Alameda das Carinaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

Processo nº: 0801241-54.2020.8.20.5106

AUTOR: ALAN DAVID MONTEIRO ALVES

RÉU: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Para fins de análise do pedido de gratuidade judiciária, determino a intimação da parte embargante, para, em 10 (dez) dias, apresentar comprovante de rendimentos, ou na sua ausência, cópia da última declaração fiscal, bem como declaração de próprio punho atestando que não tem condições de arcar com as custas processuais sem prejuízo do sustento próprio e da sua família, sob pena de indeferimento do pedido de justiça gratuita.

Caso não apresente os documentos acima citados, deverá efetuar o pagamento das custas judiciais, sob pena de cancelamento na distribuição.

P.I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 29 de janeiro de 2020.

UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES

JUÍZA DE DIREITO

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



Ref. ao Proc. nº 0801241-54.2020.8.20.5106

ALAN DAVID MONTEIRO ALVES, qualificado nos autos da AÇÃO DE COBRANÇA, por si movida contra **SEGURADORA LIDER - DPVAT**, não menos identificado vem, mui respeitosamente por intermédio de seu causídico, em cumprimento ao despacho *id.* [52819543](#), informar que o Autor encontra-se desempregado, bem como nunca fez sua declaração fiscal, tendo em vista ser isento.

Assim, requer a juntada de cópia da carteira de trabalho e declaração de hipossuficiência, para fins de apreciação do pedido de justiça gratuita.

Pede Deferimento.

Mossoró/RN, 17 de fevereiro de 2020.

FRANCINILSON DE OLIVEIRA MOURA

OAB/RN 9885





TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

ESTA CARTEIRA CONTÉM 50 PÁGINAS NUMERADAS



MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

133.73798.19-0

NÚMERO

5075554

SÉRIE

001-0

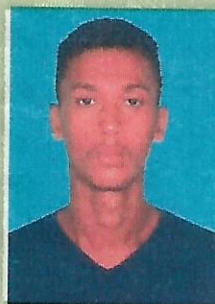
UF

RN

ALAN DAVID MONTEIRO ALVES

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



GRANDE MODELO DO BRASIL



02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

BRASILEIRO

NOME: ALAN DAVID MONTEIRO ALVES

23/03/1986
NASCIMENTO

LOC. DE NASC.: NATAL - RN

FILIAÇÃO: FRANCISCO JOSE ALVES

JOANA DARC MONTEIRO ALVES

DOC. APRESENTADO: RG 2333504 SSP RN

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995.

RG: 2333504

LOCAL DA EMISSÃO: STJC-C DO C GENTRO

EMIÇÃO: 19/03/2003

Alberto Louís de Lima Freire

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE PARA
DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

L E G E N D A

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....**Kaliane da Costa Leite**
 CNPJ: 11.876.301/0001-08
 RUA ADERALDO ISMAEL DE ARAUJO, 20
 ABOUCÃO I
 ENDEREÇO.....
 MUNICÍPIO **MOZACOS** UF **RV**
 ESP. DO ESTABELECIMENTO.....
 CARGO **Gerente Administrativo**
 CBO Nº.....

DATA DE ADMISSÃO **01** DE **Agosto** DE 19 **2017**
 REGISTRO Nº..... FLS. / FICHA.....
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA **R\$ 1.200,00 (um mil**
e oitocentos reais)
Kaliane da Costa Leite
Empresaria
CPF 011.462.634-00
 1ª..... 2ª CPF 0..... 5

DATA DE SAÍDA **23** DE **Agosto** DE 19 **2019**
Kaliane da Costa Leite
CNPJ 11.876.301/0001-08
RUA ADERALDO ISMAEL DE ARAUJO, 20
ABOUCÃO I
 1ª..... 2ª.....

COM. DISPENSA CD Nº.....

FGTS Nº DA CONTA:.....

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....
 CNPJ.....
 RUA.....
 ENDEREÇO.....
 MUNICÍPIO..... UF.....
 ESP. DO ESTABELECIMENTO.....
 CARGO.....
 CBO Nº.....

DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE 19.....
 REGISTRO Nº..... FLS. / FICHA.....
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....
 1ª..... 2ª.....

DATA DE SAÍDA..... DE..... DE 19.....
 1ª..... 2ª.....

COM. DISPENSA CD Nº.....

FGTS Nº DA CONTA:.....



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU, ALAN DAVID MENTRINO ALVES, BRASILEIRO, CASADO, DESSEMPREGADO, INSCRITO NO CPF SOB O NÚMERO 058.897.184-79 E DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº 2333504 SSP/RN, RESIDENTE E DOMICILIADO A RUA ADEILDO ISMAEL DE ARAÚJO, 20, ABOLIÇÃO I, CEP: 59611-50 MOSSORÓ/RN, DECLARO COM FINS DE PRESTAR OS BENEFÍCIOS DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA, PREVISTOS NO INCISO LXXIV DO ARTIGO 5 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL, E NOS ARTIGOS 98 E SEQUENTES DO CPC, QUE SOU JURIDICAMENTE POBRE, EIS QUE NÃO POSSUO CONDIÇÕES FINANCEIRAS PARA ARCAR COM AS CUSTAS PROCESSUAIS, SEM PREJUÍZO DE SEU PRÓPRIO SUSTENTO E DE MINHA FAMÍLIA. CIENTE DE QUE, PELA FALSA DECLARAÇÃO DE POBREZA, POSSO RESPONDER CIVIL E CRIMINALMENTE, BEM COMO RECORRER A SANÇÕES LEGAIS APLICÁVEIS.

MOSSORÓ/RN, 12 DE FEVEREIRO DE 2020.

Alan David M. Alves





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria Unificada Cível da Comarca de Mossoró

Alameda das Carinaubeiras, 355, 4º andar, Presidente Costa e Silva, Mossoró-RN - CEP 59625-410

Processo nº: 0801241-54.2020.8.20.5106

Ação: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Parte Autora: ALAN DAVID MONTEIRO ALVES

Parte Ré: SEGURADORA DPVAT

CERTIDÃO

Certifico que a parte autora se manifestou tempestivamente acerca do despacho retro sob ID. 53451701.

O referido é verdade; dou fé.

Mossoró/RN, 25 de março de 2020

ANGELA MARIA SOARES DA COSTA

Mat. 200.819-0

CONCLUSÃO

NESTA DATA, faço conclusão destes autos.



ANGELA MARIA SOARES DA COSTA

Mat. 200.819-0





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró
Alameda das Carinaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

[Seguro obrigatório - DPVAT]

Processo nº: 0801241-54.2020.8.20.5106

AUTOR: ALAN DAVID MONTEIRO ALVES

RÉU: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Em observância aos artigos 319, 320 e 321 do CPC, intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, emendar a inicial, comprovando a recusa ou deferimento do **pedido de indenização por invalidez permanente pela via administrativa**, considerando entendimento consolidado por parte do Supremo Tribunal Federal, nos recursos extraordinários de números 839.314/MA e 839.347/MA. Ou ainda, requerer o que entender de direito, no mesmo prazo, sob pena de indeferimento da inicial.

Decorrido o prazo com ou sem manifestação da parte, retornem os autos conclusos para apreciação.

Int. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 6 de abril de 2020.

UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES

Juíza de Direito

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



Ref. ao Proc. nº 0801241-54.2020.8.20.5106

ALAN DAVID MONTEIRO ALVES, qualificado nos autos da AÇÃO DE COBRANÇA, por si movida contra **SEGURADORA LIDER - DPVAT**, não menos identificado vem, mui respeitosamente, por seu advogado, em cumprimento ao despacho *id.* [54863419](#), EMENDAR A INICIAL para juntar os documentos probatórios referente ao pedido administrativo.

Assim, requer a juntada dos documentos: pedido administrativo, exigência documental e recusa administrativa.

Pede Deferimento.

Mossoró/RN, 22 de abril de 2020.

FRANCINILSON DE OLIVEIRA MOURA

OAB/RN 9885





Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ALAN DAVID MONTEIRO ALVES**

Nº Sinistro: **3180478452**

Vitima: **ALAN DAVID MONTEIRO ALVES**

Data do Acidente: **04/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180478452**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização 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

Carta nº 13522264

Pag. 00905/00906 - carta_01 - INVALIDEZ



00020453



Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180478452**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Pag. 00689/00690 - carta_03 - INVALIDEZ

00050345



Carta nº 13532096



Senhor(a), ALAN DAVID MONTEIRO ALVES

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00471/00472 - carta_07 - INVALIDEZ



00050236

Carta nº 13732166





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria Unificada Cível da Comarca de Mossoró

Alameda das Carinaubeiras, 355, 4º andar, Presidente Costa e Silva, Mossoró-RN - CEP 59625-410

Processo nº: 0801241-54.2020.8.20.5106

Ação: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Parte Autora: ALAN DAVID MONTEIRO ALVES

Parte Ré: SEGURADORA DPVAT

CERTIDÃO

Certifico que a parte autora se manifestou tempestivamente no id 55199459, acerca do DESPACHO de id 54863419. **Pelo exposto faço os autos conclusos.**

O referido é verdade; dou fé.

Mossoró/RN, 27 de abril de 2020

ALINE ALVES DE MENESES

Auxiliar de Secretaria

CONCLUSÃO

NESTA DATA, faço conclusão destes autos.



Mossoró/RN, 27 de abril de 2020

ALINE ALVES DE MENESES

Auxiliar de Secretaria





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

Alameda das Carinaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

Processo nº: 0801241-54.2020.8.20.5106

AUTOR: ALAN DAVID MONTEIRO ALVES

RÉU: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI do CPC, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 10 (dez) dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida (CPC, art. 381, II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para realização da perícia, devendo a parte autora ser intimada pessoalmente para comparecer ao ato. **Saliente-se que, caso a parte autora não compareça à perícia, NÃO será concedida oportunidade de reaprazamento de perícia por ausência injustificada, culminando assim na preclusão da prova pericial e no consequente julgamento do mérito.**



Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo sucessivo de 15 (quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz (CPC, art. 178, II), dê-se vista ao Representante do Ministério Público.

Adotadas as supra expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 28 de abril de 2020.

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

JUÍZA DE DIREITO EM SUBSTITUIÇÃO LEGAL
(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró
Alameda das Carinaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

Processo nº: 0801241-54.2020.8.20.5106

AUTOR: ALAN DAVID MONTEIRO ALVES

RÉU: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI do CPC, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 10 (dez) dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida (CPC, art. 381, II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para realização da perícia, devendo a parte autora ser intimada pessoalmente para comparecer ao ato. **Saliente-se que, caso a parte autora não compareça à perícia, NÃO será concedida oportunidade de reaprazamento de perícia por ausência injustificada, culminando assim na preclusão da prova pericial e no consequente julgamento do mérito.**



Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo sucessivo de 15 (quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz (CPC, art. 178, II), dê-se vista ao Representante do Ministério Público.

Adotadas as supra expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 28 de abril de 2020.

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

JUÍZA DE DIREITO EM SUBSTITUIÇÃO LEGAL
(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)

