

## QUESITOS PARA SEREM RESPONDIDO PELO PERITO

- a) Se a etiologia ou origem causal das lesões existentes na pessoa do autor é compatível com acidente com veículo automotor de via terrestre?
  - b) Quais as lesões ou disfunções ocorridas?
- c) Nos termos do art. 3º, *caput<sup>1</sup>*, da Lei nº 6.194/1974, se há **invalidez permanente**, isto é, **dano(s) anatômico e/ou funcional definitivo(s) (sequelas), não passível(is) de reversão terapêutica**, descrevendo-o(s) então detalhadamente;
- d) Qual(is) o(s) segmento(s) corporal(s) atingidos? Percentual em desfavor do órgão vinculado?
- e) Nos termos do art. 3º, § 1º<sup>2</sup>, da Lei nº 6.194/1974, incluído pela Lei nº 11.945/2009, bem como da respectiva tabela anexa que acompanha esta lei, se a **invalidez permanente foi total** (repercussão na íntegra do patrimônio físico e/ou mental) ou **parcial** (repercussões em partes de membros superiores e inferiores);
- f) Em caso de invalidez total, **quais os segmentos corporais atingidos, nos termos da referida tabela anexa?**
- g) De acordo com o art. 3º, § 1º, incisos I e II<sup>3</sup>, da Lei nº 6.194/1974, **em caso de invalidez parcial**, se ocorreu **invalidez parcial completa, atingindo de forma completa todo um segmento corporal (ou mais de um)**, ou **invalidez parcial incompleta, atingindo de forma incompleta**, descrevendo-o(s) então detalhadamente;
- h) De acordo com esse citado inciso II, da Lei nº 6.194/1974, bem como da respectiva tabela anexa, **em caso de invalidez parcial incompleta**, se a **repercussão da lesão na anatomia e/ou funcionalidade do segmento corporal foi intensa (75%), média (50%), leve (25%) ou residual (10%)**;
- i) Finalmente, **se, eventualmente, a lesão segmentar foi de tal monta que atingiu a funcionalidade de todo o respectivo membro** (Ex: Invalidez permanente em *ombro* comprometedora da funcionalidade de todo o *membro superior*; Invalidez permanente em *joelho* ou *tornozelo* comprometedora da funcionalidade de todo o *membro inferior*, etc.).



## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

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



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica

-TELEATENI

-Atendimento ao deficiente auditivo ou

-C

Agência Reguladora de Serviços Públicos

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gr

Agência Nacional de Ener

Ligação Gratuita de t

## DADOS DO CLIENTE

DEJACI FLORENCIO DA COSTA SILVA  
CPF: 047.116.674-07 NIS: 16161189349

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FLAMARION LUCENA DA SILVA 2160  
VILA BRASILIA/AREA URBANA  
59663-000 SERRA DO MEL RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br)

DATA DE VENCIMENTO  
21/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

45,17

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL  
14/01/2019DATA DA APRESENTAÇÃO  
14/01/2019NÚMERO DA NOTA FISCAL  
018155742

Série: U

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

EBD1.2D12.F343.83FF.8876.73A8.EF3C.1

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,20352129	6,10
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,34889364	24,42
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	9,00	0,52334047	4,71
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,19
ICMS-Parcela Subvencionada			5,51
Multa por atraso-NF 016688894 - 13/12/18			0,65
Juros por atraso-NF 016688894 - 13/12/18			0,06
Atualização IGPM-NF 016688894 - 13/12/18			0,02
Compensação DMIC 12/18			0,49-
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>45,17</b>

Tarifas Aplicadas		HISTÓ
Consumo Ativo até 30 kWh	0,16151450	
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,27688200	
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,41532300	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	R\$	%
Geração de Energia	13,12	37,23
Transmissão	1,92	5,45
Distribuição (Cosern)	9,10	25,83
Encargos Setoriais	1,39	3,95
Tributos	7,26	20,61
Perdas de Energia	2,44	6,93
<b>TOTAL</b>	<b>35,23</b>	<b>100</b>

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS		PIS		COFINS				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
35,23	18,00	6,34	35,23	0,47	0,16	35,23	2,17	0,76

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000002011098309	CAT	13/12/2018 6.521,00	14/01/2019 6.630,00	32	1,00000	0,00	109,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 13/02/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS IN		
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VA APU
DIC-No.de horas sem Energia	SERRA VERMELHA	0,00
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 13,18		
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC.		

INFORMAÇÕES IMPORTANTES							
Pague no ponto mais perto de você! ag correios serra do ramalho: rua pm ivan, zona rural / canaã magazine: rua colono severiano lazaro da costa, 2018, vila brasíliaLista completa em <a href="http://www.cosern.com.br">www.cosern.com.br</a> .“							
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.							
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a> .							
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.							
Ponto em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês							
Então é compensado quando há descontinuidade do fornecimento para a rede.							

NÍVEIS DE TENSÃO	
TENSÃO NOMINAL(V)	1
220	1
	1/2





MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 92332 Série 00018-RN



Br. Amorim de B. Nogueira  
ASSINATURA DO PORTADOR



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 06/11/2020 10:43:02  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110610430226900000059922316>  
Número do documento: 20110610430226900000059922316

Num. 62481108 - Pág. 1

**QUALIFICAÇÃO CIVIL**

Nome *José Maria de Braga*

Loc. Nasc. *Emilia Gomes* Est. *RN* Data *10/03/1924*  
 Filiacão *Acumila Jamesina de Braga*

Doc. Nº *CIMA 39316243010075*

**ESTRANGEIROS** *Emilia Gomes RN*

Chegada ao Brasil em ..... / ..... / ..... Doc. Ident. Nº .....  
 Exp. em ..... / ..... / ..... Estado .....  
 Obs. .....  
 Data Emissão *08/02/2002* DRT *Brasília RN*

Assinatura do Funcionário  
*Monica Maria Braga*

9

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)	
Nome	.....
Doc.	.....
Nome	.....
Nome	.....
Doc.	.....
Doc.	.....
Nome	.....
Doc.	.....
Est. Civil	.....
Doc.	.....
Nascimento	.....
Doc.	.....



## CONTRATO DE TRABALHO

AGRÍCOLA FAMOSA LTDA

Empregador .....	00.474.300/0006-17
CNPJ/MF .....	FAZENDA CRISTAL ZONA RURAL S/N
Rua .....	Nº
Município .....	BARAÚNA Est. RN
Esp. de estabelecimento .....	AGRICOLA
Cargo .....	RABALHADORES RURAL
	CBO nº 622510
Data admissão .....	19 de JULHO de 2012
Registro nº .....	Fls / Ficha 1823
Remuneração especificada .....	R\$ 632,00 (R\$ 632,00)
Centros eletivos e de 5.º Gabinete .....	AGRICOLA FAMOSA LTDA
Ass. do empregador ou a rogo c/test.	Auxiliar de Escritório
1º .....	2º .....
Data saída .....	19 de JANEIRO de 2013
AGRÍCOLA FAMOSA LTDA	
Ass. do empregador ou a rogo c/test.	Andréia Lima do Nascimento
1º .....	Auxiliar de Escritório
Com. Dispensa CD Nº .....	



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: João Maria de Braga, brasileiro(a)-  
Brasileiro, agricultor, portador do RG nº 2.383.830, e do  
CPF nº 052.022.704-29, residente na  
RUA: Florimônio Lacerda da Silva, 2160, BAIRRO:  
Guarapuava, cidade Guarapuava - Rio Grande  
do Norte, nomeia e outorga poderes a Outorgada: KELLY MARIA MEDEIROS  
DO NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada, portadora da OAB/RN  
7.469, 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 Judicis", para ajuizar ação de cobrança na  
Comarca Mossoró -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, 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.

Mossoró - Rio Grande do Norte, em 06/11/2020.

Outorgante: João Maria de Braga  
\* Isento de reconhecimento de Firma, em face de Lei nº 8.952, de  
13/12/1994, que dá nova redação ao art. 38 do CPC.



**CONTRATO DE PRESTACAO DE SERVICOS ADVOCATÍCIOS  
COM CLAUSULA "AD EXITUM"**

Pelo presente instrumento de contrato, firmado entre as partes de um lado, doravante identificado como contratante José Maria de Braga, brasileiro(a) sócio(a), agricultor, portador do CPF: 052.022.704-29, residente na Rua: Floriano de Braga, 2160, Bairro: Centro, cidade: Mossoró, 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 Mossoró - 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 cabrera, 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 Juiz 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.

Mossoró - Rio Grande do Norte, em 06/11/2020.

Contratante: José Maria de Braga

Contratado: KM NASCIMENTO

OAB/7469

Testemunhas: \_\_\_\_\_

CPF nº

Testemunhas: \_\_\_\_\_

CPF nº



## TERMO DE DECLARAÇÃO DE POBREZA

José Maria de Braga brasileiro.(a), Wellme (a),  
agricultor, portador do CPF n. 052.022.704-29, podendo ser  
intimado (a) no (a) Rua Florimorium lauana da Silva n. 2160 Bairro -  
Geira do Mel, Mossoró -RN. Declara nos termos da Lei n.  
1.060/50, 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  
Mossoró -RN. Afirma ainda ser conhecedor das sanções penais, caso a presente não  
retrate a verdade dos fatos. Nada mais digno de registro, assina o presente.

Mossoró -RN em 06/11/2020.

Declarante: José maria de braga

1<sup>a</sup> Testemunha: José Brumal nobre

CPF nº 094.038.894-90

Residente- RUA: José Baliza de Souza - Serra do mel

2<sup>a</sup> Testemunha: Paloma cláudia da Silva

CPF nº 016.889.264-29

Residente- RUA: José Baliza de Souza - Serra do mel

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

FIRMADA NA LEI N° 7.115/83.

José Maria de Braga brasileiro.(a). Morânia (a),  
aspi cultor, portador do CPF n. 052.022.704 - 29, podendo ser  
intimado (a) no (a) Rua Floriano Henrique da Silva n. 2160, Bairro -  
Centro Morânia -RN. DECLARA, sob as penas da  
lei que é isento de declarar imposto de renda, não dispõe de qualquer meio financeiro  
que lhe possibilite pagar custas e demais emolumentos judiciais. Firma a 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  
lávro o presente para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Morânia -RN, em 06/11/2020.

Declarante: José Maria de Braga

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.



# DAI - Declaração Anual de Isento

*Por Assessoria de Comunicação  
Social — publicado 26/02/2016 10h54, última  
modificação 28/06/2019 10h29*

*Informamos que a Declaração Anual de Isento (DAI) da Secretaria da Receita Federal do Brasil foi instituída com o objetivo de manter atualizado o Cadastro de Pessoas Físicas (CPF).*

*Com a edição da Instrução Normativa RFB nº 856/2008, de 25 de julho de 2008, deixou de existir a Declaração Anual de Isento, a partir do ano de 2008.*

*A isenção poderá ser comprovada mediante declaração escrita e assinada pelo próprio interessado, conforme previsto na Lei 7.115/83.*

Ciente: José maria de Braga



Presidência da República  
Casa Civil  
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI N° 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e da outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA , faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:**

**Art. . 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.**

**Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.**

**Art. . 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.**

**Art. . 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.**

**Art. . 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.**

**Art. . 5º - Revogam-se as disposições em contrário.**

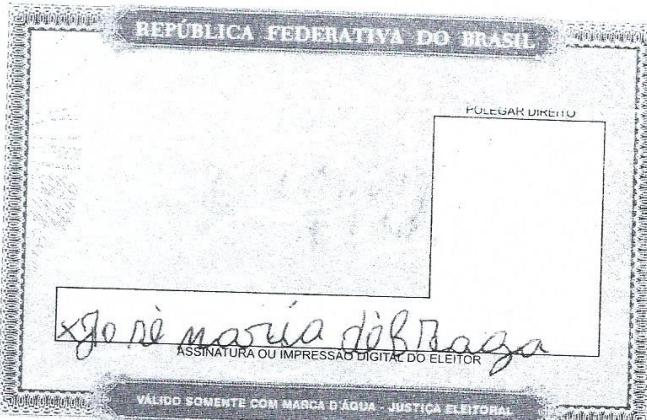
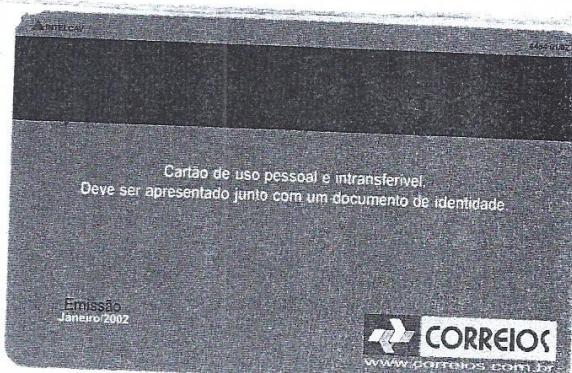
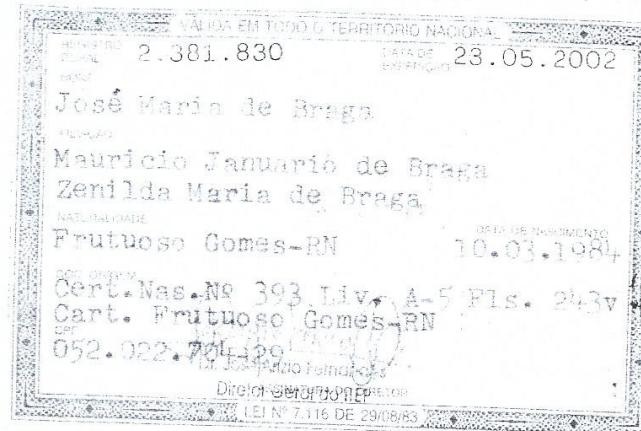
**Brasília, em 29 de agosto de 1983; 162º da Independência e 95º da República.**

**JOÃO FIGUEIREDO  
Ibrahim Arbi-Ackel  
Hélio Beltrão**

*Este texto não substitui o publicado no DOU do dia 10/8/1983.*

Ciente: José Maria de Braga







Governo do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social  
Polícia Civil  
Delegacia Eletrônica



Unidade Policial: DELEGACIA ESPECIALIZADA EM FALSIFICACOES E DEFRAUDACOES DE MOSSORÓ  
Endereço: AV. PRESIDENTE DUTRA, S/N, ALTO DE SÃO MANOEL, MOSSORÓ

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2018067001306

1.3 Tipo: COMUNICAÇÃO

1.2 Data de Expedição: 07/12/2018 11.02.20

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 14/10/2018 12.00.00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Outro

2.8 Número: --

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: NA LOMBADA DO COLEGIO, SAÍDA DE SERRA DO MEL PRA  
MOSSORÓ

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: SERRA DO MEL

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

3.1 Nome Completo: JOOSÉ MARIA DE BRAGA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Sem Informação

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF:

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: AGRICULTOR

3.15 Telefone(s): 84 986207263

3.17 Número: 2160

3.19 Bairro: VILA BRASÍLIA

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: SERRA DO MEL

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)**

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: MAURICIO JANOÁRIO DE BRAGA

3.6 Mãe: ZENILDA MARIA DE BRAGA

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 10/03/1984

3.14 RG: 2381830 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: FRUTUOSO GOMES/RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: FLAMARION LUCENA DA SILVA

3.24 CEP:

**5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)**

5.1.1 Nome Completo: RONALDO

5.1.3 Nome Social:

5.1.5 Estado civil:

5.1.7 Etnia:

5.1.9 Data de Nascimento:

5.1.11 RG: Não informado

5.1.13 Profissão:

5.1.15 Passaporte:

5.1.17 Características:

5.1.18 Logradouro: TRABALHA NA CRECHE DE MOSSORÓ

5.1.19 Número:

5.1.21 Bairro:

5.1.23 Estado:

5.1.2 Alcunha:

5.1.4 Pai:

5.1.6 Mãe:

5.1.8 Identidade de Gênero:

5.1.10 Orientação Sexual:

5.1.12 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO

5.1.14 CPF:

5.1.16 Nacionalidade:

5.1.20 CEP:

5.1.22 Cidade:

**6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)**

6.1.1 Nome Completo: DEJACI FLORENCIO DA COSTA SILVA

6.1.2 Nome Social:

6.1.4 Etnia: Sem Informação

6.1.6 Mãe: MARIA DAS DORES FLORENCIO DA COSTA

6.1.8 Sexo: FEMININO

6.1.10 CPF: 04711667407

6.1.12 Nacionalidade:

6.1.14 Passaporte:

6.1.16 Logradouro: MORA COM A VÍTIMA

6.1.17 Número: --

6.1.19 Bairro:

6.2.1 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

6.2.1 Nome Completo: JOSE COSME DA COSTA MARANHAO

6.2.2 Nome Social:

5.2.4 Etnia: Sem Informação

6.2.6 Mãe: MARIA DO SOCORRO DE LIMA MARANHAO

6.2.8 Sexo: MASCULINO

6.2.10 CPF: 70190550449

6.2.12 Nacionalidade:

6.2.14 Passaporte:

6.2.16 Logradouro: RUA PM IVAN

6.2.17 Número: 34

6.2.19 Bairro: VILA BRASÍLIA

6.2.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

5.1.3 Estado civil: Sem Informação

6.2.5 Identidade Gênero:

6.1.7 Orientacao Sexual:

6.1.9 Pai: Sem Informação

6.1.11 Data de Nascimento: 13/03/1972

6.1.13 RG: 1802784

6.1.15 Profissão: DO LAR

6.1.18 CEP:

6.1.20 Cidade: SERRA DO MEL

5.2.3 Estado civil: Sem Informação

6.2.5 Identidade Gênero:

6.2.7 Orientacao Sexual:

6.2.9 Pai: Sem Informação

6.2.11 Data de Nascimento: 14/10/1966

6.2.13 RG: 1004174

6.2.15 Profissão: AGRICULTOR(A)

6.2.18 CEP:

6.2.20 Cidade: SERRA DO MEL

Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 06/11/2020 10:43:04

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110610430374800000059922319>

Página 12

Num. 62481111 - Pág. 1

- 7.1.1 Segurado: Não
- 7.1.3 Chassi: \*\*\*\*\*96332
- 7.1.5 Placa: MZK5304
- 7.1.7 Marca: HONDA
- 7.1.9 Ano do Modelo: 2010
- 7.1.11 Cor do veículo: PRETA
- 7.1.13 Nota Fiscal:
- 7.1.15 Nome do proprietário: Lu
- 7.1.17 Nome do condutor:
- 7.1.18 Observações:

- 7.1.2 Seguradora:
- 7.1.4 Renavam:
- 7.1.6 Estado:
- 7.1.8 Modelo: CG 125 FAN ES
- 7.1.10 Ano de Fabricação: 2010
- 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
- 7.1.14 Número do Motor:
- 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

### 8. DADOS DA OCORRÊNCIA

## 9. DOS FATOS

9.1 Histórico

3.1 Histórico  
COMPARCEU NESTA DELEGACIA PARA RELATAR QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO VINHA NA VILA BRASÍLIA DA SERRA DO MEL EM SUA MOTOCICLETA E COLIDIU COM A MOTOCICLETA DE RONALDO; QUE EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE TEVE UMA FRATURA EM SEU BRAÇO DIREITO CONFORME CONSTA O LAUDO MÉDICO NO PRIMEIRO ANEXO DESSE BO, TENDO REALIZADO CIRURGIA NO HOSPITAL DEOLÉM EM PARNAMirim.

9.2 Informações do Ciops

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOLHAMENTO)

### 11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.  
Data: 07/12/2018 11:22:00

José Maria Oliveira  
Interessado

Polegar direito

Atendimento: 2072289 - NISKI LIER BARBOSA DE ALMEIDA

Acordamento: 207.2289 - NISKUER BARBOSA DE ALMEIDA  
Impresso por: 207.288-2 - JOSÉ VIEIRA DE CASTRO em 07/12/2018 11:50:55

2018.11.03.20



<b>CONTRAN</b>		<b>DENATRAN</b>	
<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b>			
<b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b>			
<b>DETRAN - RN</b>			
<b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO</b>			
Nº 010103809509	VIA	COD. RENAVAM	RNTRC
1	216773547	EXERCÍCIO	2015
LUIZ MAZENO DA COSTA			
NOME			
273.765.834-91		OP/OP/RJ	
PLACA ANT/UF		PLACA	
M2K5304/RN		M2K5304	
ESPECIE/TIPO		CHASSI	
PASSAGEIRO / MOTOCICLETA / KIT / MOTO CICLETA		952J0422VAR096332	
MARCAS/ODEO		COMBUSTIVEL	
HONDA CG 125 FAN ES		GÁSOLINA	
CARRO/OP/CL		ANO/FAB	
POV/1/24 CIL/INDR/ADAS		ANO/MOD	
I - R\$		10/04/2013	
P - FABRICAÇÃO		1º PAGU	
V - PARCELA		2º PAGO	
A - 2843 3K		3º PAGO	
R\$ 1.000,00		VENC. COTA/INICIA	
PROMO TARIFFEIRO (R\$) - OF. BRAS		VENC./COTAS	
*** TAXAS DETRAN/PAGE		PROMO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO	
MOTOR: JC41E24096332		LPVAT/PAGO	
OBSERVAÇÕES			
DATA			
10/04/2013			
REGISTRO DE VENDA DE VEÍCULO			
LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			



## SINISTRO 3190202920 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JOSE MARIA DE BRAGA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE**

**INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial Natal-RN

**BENEFICIÁRIO** JOSE MARIA DE BRAGA

**CPF/CNPJ:** 05202270429

**Posição em 06-11-2020 09:33:33**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada em nossa última correspondência.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
02/06/2020	PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO	
06/12/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	
11/07/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	
19/03/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	
19/03/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
Assinatura e Carimbo do Responsável	
Assinatura e Carimbo do Responsável	

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 2)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente a apropriação às perguntas sobre seu nome, idade, onde está, o porquê, a data, etc.)	6
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala idiota, não tem víncos conversacionais)	3
Bons intelectuais. (Gemeida sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MMR)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulos dolorosos.	5
Retirada inapropriada à dor.	4
Pedir dor à dor (Desorientação).	3
Pedir extensor à dor (Desorientação).	2
tolera.	1

“ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS”	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
13 - 16:	4
0 - 12:	3
0 - 8:	2
4 - 5:	1
0:	0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	
> 20:	4
> 12:	3
0 - 8:	2
1 - 5:	1
0:	0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	
> 90:	4
78-89:	3
50-77:	2
1-49:	1
0:	0

CLASSIFICAÇÃO DO TCE...  
(ATLS 2005)\*

03 - 08=grave [necessidade de intubação imediata]

09-35 moderado;

16-19=leve

\*A escala propõe-se a aplicar-se a todos os pacientes que possam ter sido expostos a 3 áreas. No Exame Clínico é feita a avaliação de 3 órgãos: cérebro, coração/pulmões, abdômen/pelvis. A classificação é a soma das 3 áreas.

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

“Índice de Trauma Revisado (RTS): Baseado no número de pacientes que possuem lesões consideradas que podem ser tratadas operativamente em 3 áreas. No Exame Clínico é feita a avaliação de 3 órgãos: cérebro, coração/pulmões, abdômen/pelvis. A classificação é a soma das 3 áreas de acordo com os seguintes níveis:

US-708703203620393

ORTOP



TEL: 986207363  
**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
 SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
 983156303 HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA  
 PARNAMIRIM / RN

Nome: JOSE MARIA DE BRAGA  
 BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

OME: JOSE MARIA DE BRAGA  
 NOME: JOSE MARIA DE BRAGA

DADE: 20/03/1984 COR: M SEXO: M ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

ATURALIDADE: FAVOSO DE PÉRIE PROFISSÃO: PÉRIE PROCEDÊNCIA: 2760

ENDEREÇO: R. FLAMINIANO LUCENA SILVA BAIRRO: CENTRO

IDADE: 34 ANOS DATA: 26/10/2018 HORA: 22:26

**CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO**

APARENTEMENTE BEM <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	COM DISPNEIA <input type="checkbox"/>	CHOCADO <input type="checkbox"/>	COMATOSO <input type="checkbox"/>
C/ HEMORRAGIA <input type="checkbox"/>	EM CONVULSÃO <input type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO <input type="checkbox"/>	AGITADO <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
----------------------------	------------------------------	------------------------------

PUPILAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL
---------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------

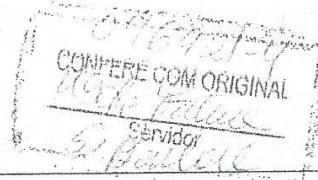
ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

*Pecou com fratura ossos deitados D*

EXAME FÍSICO



**SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS**

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

*Fratura ossos deitados D*



**EXAMES COMPLEMENTARES***Ass. do Responsável***ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

**CONDUTA***Ass. do Responsável***DESTINO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>DR. TO 70707</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ / _____ / _____ HORA _____ PARA _____
HORA _____ HS	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
RETIROU-SE POR DATA _____ / _____ / _____	HORA _____	
ÓBITO _____ / _____ / _____	HORA _____	
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
<i>Rogério Santos</i> Ortopedia e Traumatologia CRM/RN 1226-SBOT 1341		
MÉDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



**SUS**

Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar  
Nº 4055 / 2018

*COD. 262308 999***IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

citante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

cutante: O solicitante ou:

CNES:

ne: 98437 JOSE MARIA DE BRAGA 311  
n: 708703123610393 Nascimento: 10/03/1984 Sexo: Masculino

Prontuário:

z: ZENILDA MARIA DE BRAGA

Pai:

Cor: SEM INFORMACAO  
*98915 0303*

lereço: 10a RUA FLAMNARION LUCENA DA SILVA, 2160 - SERRA DO MEL - SERRA DO MEL Fone: 86207263 /  
nício: SERRA DO MEL Código Municipal IBGE: 241335 UF: RN CEP: 59663-000

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO****NCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:**

EDA DE motocicleta COM TRAUMA EM ANTEBRAÇO DIREITO HA CERCA DE 10 DIAS  
EGB, DOR, DEFORMIDADE, LIMITAÇÃO FUNCIONAL, BOA PERFUSÃO SEM DEFICIT NEUROLÓGICO

**NDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:**

ATAMENTO CIRURGICO

**SULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:**

: FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO

**agnóstico Principal e Procedimento Solicitado:**

2.3 FRATURA DA DÍAFISE DO RÁDIO\*408020423. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS O

otissional Solicitante / Assitente:

RAMON MARCELLO DE MACEDO TEIXEIRA

Ramon Marcello M. Teixeira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 5148 / RN

Data da Solicitação 24/10/2018

**PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

- Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_ Nº do bilhete: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_  
 Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_ CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_ CBOR: \_\_\_\_\_  
 Acidente de Trabalho Trajeto \_\_\_\_\_  
nculo com previdência:  Empregado  Empregador  Autônomo  Desempregado  Aposentado  Não Segurado

**AUTORIZAÇÃO**

ofissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_  
Documento:  CNS  CPF nº \_\_\_\_\_  
ata da Autorização: \_\_\_\_\_ Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_

**Nº Autorização da AIH:**

*CONFERIR COM ORIGINAL*  
Servidor: *Delegado*





**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

Nome: JOSÉ MARIA DE BRAGA Idade: 35 D/N: 10/03/1984  
 Pront.: 163745 Município: Serra do Navio Procedência:  Interno  Externo  
 Data da cirurgia: 27/10/18 Hora Admissão: Bloco: \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_ Hora Saída: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Alergias:  Não  Sim Comorbidades:  HAS  DM  Outras \_\_\_\_\_  
 Uso de medicações:  Não  Sim Jejum:  Não  Sim \_\_\_\_\_  
 SSW Admissão: PA: \_\_\_\_\_ mmHg Pulso: \_\_\_\_\_ bpm FL: \_\_\_\_\_ rpm FC: \_\_\_\_\_ bpm SpO2: \_\_\_\_\_ % T: \_\_\_\_\_ °C

Enfermeiro(a): TATIANA Instrumentador (a): Aline Vidal Circulante: LUCIANA  
 Cirurgia: TI TECOCÉRICO ANTESSACRO DIREITO Especialidade: ORTOPÉDIA Sala: 01  
 Hora Início: 14:20 Hora Término: 15:40 Tipo de cirurgia:  Eletiva  Urgência  Limpa  Contaminada  Infectada  
 1º Cirurgião: DR PEDRO MELO Aux.: DR. MAGNO Residente: \_\_\_\_\_  
 Anestesia:  Local  Sedação  Geral TOT: \_\_\_\_\_  Bloqueio  Raquidiana Ag.nº \_\_\_\_\_  Peridural  c/cateter  s/cateter Ag.nº \_\_\_\_\_ Cateter nº: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Garrote:  Smarch  Pneumático Início: 14:30 Término: 15:40 = 1:10  
 Anestesiologista: DR PAULO DUARTE

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> Estimul. Nervo
Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input checked="" type="checkbox"/> Dripifusor
Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input checked="" type="checkbox"/> BIC
Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígico	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador
t/ dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnêia	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	
Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:	
Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas		<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Inicio	Meio	Fim	Unid.
FC	80	62	62	Bpm
Pulso	80	64	62	Bpm
Oximetria	93	99	98	%
Capnografia	-	-	-	%
PA	116/60	116/46	100/47	mmHg

ACESSO VENOSO	
Punção Arterial	
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica	V. EIO
Punção Venosa Central	
Dissecção venosa	
Local:	
Cateter:	

SONDAGEM GÁSTRICA	
SNG nº	
Retorno:	
CATETERISMO VESICAL	
SVF nº	SVA nº
Diurese:	
Profissional responsável:	
EXAMES SOLICITADOS	
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gásemetria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input type="checkbox"/> Glicosimetria
<input type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	Cabeça	Anatômicos
Ventral	Pescoço	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
Lateral	Tórax	Fletidos
Litotômica	Lombar	MMII
Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
Canivete		Abduzidos
Próclive		Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Descartável
Local:		
DEGERMAÇÃO		
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Local:	Solução:	Local: <u>N. S. J.</u>

IMPLANTE CIRÚRGICO		
Drenos:		
Tela:		CONFERE COM ORIGINAL
Cateter:		RECUPERADO
Ostomia:		Serviço
Fio de KC:		Parafuso - tipo: <u>ESTÁTICAIS</u>
Placa - Tipo:	<u>DEP 8 F.</u>	<u>3,5</u>
Outros:		

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO		
Caixa cirúrgica:	<u>33</u>	<u>+ BÁSICA + FÉLVAS</u>
Quant. Material:		
Val.: <u>03 111 118</u>		Contagem de gaze e compressa: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim





HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA  
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

( ) Hemoconcentrado \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Albumina \_\_\_\_\_ Unid.

( ) Plasma \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Expansor plasmático \_\_\_\_\_ Unid.

( ) Plaquetas \_\_\_\_\_ Unid.

*QFAPATINA 250 ml* h: 14:40  
h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_

h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_

h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_

( ) Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml  
( ) Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml

( ) Soro Ringer Simples: \_\_\_\_\_ ml  
( ) Soro Ringer Lactato: 1500 ml

Quantidade total de volume administrado: \_\_\_\_\_

Não  Sim Peça:  
Swab para cultura: \_\_\_\_\_

ANÁTOMO PATOLÓGICO

Peça para sepultamento:  Não  Sim  
Líquido: \_\_\_\_\_

FO de aspecto:  Limpo  c/ exsudato  Contaminada  Aparelho gessado  Bandagens  Talas  Outros:  
*pte deje AJD termino do procedimento sem intercorrências*

Ass: *Saymara* Coren: 322-643

**CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO**

Nível de consciência:  Consciente  Inconsciente  Narcose  Coma  Vigil  Agitado  
Respiratório:  Intubado  Extubado  Cânula de Guedel  O2 ambiente Curativo  Oclusivo  Compressivo  Bolsa de colostomia  Outro:  
Diurese:  Espontânea  Normal  Hematuria  Irrigação Vesical  Oligúrico Destino após a cirurgia: *ero*

**UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO**

Hora: 15:45 Data: 29/10/18 Nível de consciência:  Acordado  Sonolento  Narcose  Orientado  
( ) Desorientado  Agitado  Choroso Vias aéreas:  Intubado  Extubado  Cânula de Guedel  Cateter O2  O2 Ambiente  
Mobilização MMII:  Normal  Diminuída  Sem mobilidade Mobilização MMSS:  Normal  Diminuída  Sem mobilidade  
Venóclise:  Não  Sim Tipo: *AVP* Local: \_\_\_\_\_ Sônidas:  Gástrica  Enteral  Vesical  
Drenos:  Sucção  Torácico  Penrose  Kerr Ostomias:  Sim  Não Especifique:  
Irrigação vesical contínua:  Retorno satisfatório  Retorno Insuficiente  Coágulos  
Curativo:  Oclusivo  Descoberto  Limpo  Sujo Monitorização:  ECG  Oxímetro  PA

**INTERCORRÊNCIAS NA URPA** ( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Sangramento ( ) Dor ( ) Bexigoma ( ) Alteração PA ( ) Alteração FC  
Relate: \_\_\_\_\_

**SINAIS VITAIS**

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	—	90	—	—	99	<i>Não</i>
30'	—	87	—	—	98	<i>Não</i>
60'	—	91	—	—	99	<i>Não</i>
Alta	—	—	—	—	—	—

**Líquidos administrados na URPA:**

Soro glicosado: \_\_\_\_\_ ml

Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml

Ringer: \_\_\_\_\_ ml

Irrigação vesical contínua: \_\_\_\_\_ ml

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—

**Eliminações:**

	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO	—	—	—	—
Desprezado URPA	—	—	—	—

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:** *PACIENTE ENCAMINHADO PARA RATO X.*

Ass: *Saymara* Coren: 504067





## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA  
ORTOPEDIA

## REGULAÇÃO WALFREDO GURGEL

ENFERMARIA N° LEITO PRONTUÁRIO  
163945

DATA HORA CATEGORIA GHI

26/10/2018 12:30 ORIGINALE GHI

PACIENTE **JOSE MARIA DE BRAGA** DATA DE NASCIMENTO **10/03/1984**

ESTADO CIVIL PROFISSAO  
CASADO AGRICULTOR

ENDEREÇO (RUA, N°)  
RUA ELAMARION LUCENA DA SILVA, 2160

ANSWERING YOUR QUESTIONS AT 800-221-1000

MUNICÍPIO BAIRRO UF CEP  
SERRA DO MEL VILA BRASILIA RN 59663-000

LOCAL DE TRABALHO  TELEFONE

## FILIAÇÃO

ZENILDA MARIA DE BRAGA MAURICIO JANUARIO DE BRAGA

RESPONSÁVEL **DEJACI FLORENCIO (ESPOSA)** TELEFONE **98620-7265**

ENDEREÇO  
O MESMO

### DIAGNOSTICO PROVISORIO

#### DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

**DATA DE ADMISSÃO**

ALTA

ORBITO

## HISTORIA CLÍNICA

31/10/18  
D.O. prob. auto. b.  
Alta Hosp.

Dr. E. J. van Gulmar J. S.  
GPO:RN 4318

13.1 8117.2918



me do paciente

Nº prontuário

Data operação	29/10/18	Enf.	Leito	
Operador	PEDRO MUNO		1º auxiliar	CARLOS MAGNO
auxiliar	PAULO RUIZETE	3º auxiliar		ALDOS
estetista			Tipo de anestesia	BL. PLEXO BRAQUIAL
agnóstico pré-operatório				
FRACTURA DOS OSSOS DO ANTOBRACIO DIREITO ATO CIRURGICO COM FIXACAO INTERNA				
agnóstico pós operatório				

elatório imediato do patologista

xârnio radiológico no ato

cidente durante a operação

#### DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

Praticado sob ANESTESIA ASSEPSIA  
 CAMPOS, INCISÕES POSTERORES, DISSECACAO  
 RESSECÇÕES, PLACA DCP COM OS Furos DO  
 RÁDIO, 07 PARAFUSOS CORTICAS, PLACA COM  
 OS Furos NA UNHA E 04 PARAFUSOS CORTI-  
 CAIS. SUTURADO POR PLASTUROS, CURATIVO

Dr. Carlos Magno P. do Carmo  
 Ortopedista - Traumatologista  
 Perito em Traumatologia  
 CRM 2106 - TEOT 5981  
 CPF: 188.304.804-44

CONFIRME COM ORIGINA  
 Dr. C. Magno  
 Servidor  
 P. do Carmo

## Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria	Leito	Nº prontuário
H20ML				
Nome		Idade 35 Sexo M Cor P		
José Maria de Souza				
Data	Pressão arterial	P脉	Respiração	Temperatura
29.10.18	140x80	90	14	
Tipo sanguíneo	Hematílias	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia
	Urina			
Ap. respiratório		Asma Neg A		Bronquite
Ap. circulatório		Eletrocardiograma		
Ap. digestivo		Dentes	Pescoço	Ap. urinário
Estado mental		Ataracicos	Corticoides	Alergia Neg A Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório		Estado físico ASA 3		Risco
Anestesias anteriores				
Medicação pré-anestésica		Aplicada às	Efeito	
N/A				
Agentes Anestésicos	O <sub>2</sub>			
	125	1000 ml		
Líquidos	Oper			
	260			
Anest.	250			
	240			
Anest. • O. Respi.	230			
	220			
P Pulso	210			
	200			
P. Respir.	190			
	180			
IMBOLOS	170			
	160			
E	150			
	140			
IOTAÇÕES	130			
	120			
OSSIÇÃO	110			
	100			
gentes	Lidocaina 2% clorase + cetrozina 2g + midazolam			
écnica	BL. PLEVO Braquial intubação laringea			
oeração	TTT cirurgica de frat. dos ossos do antebraço			
rurgiões	Carlos + Pedro			
anestesistas	PAULO DUARTE			
bservações	Paulo César Monte Duarte Médico CRM 2419 - CPF 378.495.144-91 Perda sanguínea			
Notar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias				



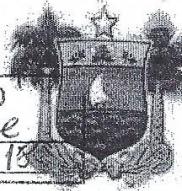




SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 55261 /2018 FATURADO  
Admissão: 24/10/2018 10:14:19

EM 24/10/18



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: **98437 - JOSE MARIA DE BRAGA** (34 a 7 m 14 d)

Nascimento: 10/03/1984 Natural: FRUTUOSO GOMES.BRASIL

Sexo: M Cor: SEM  
INFORMACAO

CNS: 708703123610393

CPF: 05202270429

Prof:

Mãe: ZENILDA MARIA DE BRAGA

Pai:

Logradouro: FLAMNARION LUCENA DA SILVA, 2160

CEP: 59663000 Bairro: SERRA DO MEL

Cidade: SERRA DO MEL

Telefone: 84 .86207263

Compl: CENTRO

**Motivo:** CONSULTA DE URG/EMERGENCIA

**Tipo:** REFERENCIADO

**Origem:** AMBUL. INTERIOR

\*Empresa:

Fluxograma:	Discriminador:								
OBS:	Classificação: 24/10/2018 10:10:03								
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA**

Queixas: QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA - TRAUMA EM MSD

TROUXE RX

Hora: \_\_\_\_\_

*Reboto de cima de muro  
de tanto tempo de 10 dias  
desde que caiu em cima de muro  
sem ferir a cabeça*

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)	
A	CONFIRME CON ORIGINAL
B	CONFIRME CON ORIGINAL
C	CONFIRME CON ORIGINAL
D	CONFIRME CON ORIGINAL
E	CONFIRME CON ORIGINAL

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

\*Saída: -



EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)			
A			
;			
B			
C			
D			
E			
A(ALERGIAS)			
M(MEDICAÇÃO EM USO)			
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)			
L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)			
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)			
V (PASSADO VACINAL)			
EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)		LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	
		OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL		ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE			
ESPECIALISTA 1		HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2		HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3		HORA:	DATA:
DESTINO DO PACIENTE:			
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:		DATA / / HORA	
SAÍDA: ( ) DECISÃO MEDICA ( ) REVELIA ( ) TRANSFERIDO PARA:			
OBITO: DATA / / HORA			
ENTREGUE Á FAMÍLIA ( ) COM ATESTADO ( ) S.V.O ( ) ITEP			



## ORIENTAÇÃO TEÓRICA

**EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIODIAGNÓSTICO E IMAGEM)\*\*\***

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

Digitized by srujanika@gmail.com

Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 06/11/2020 10:43:08  
<https://pje19.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110610430759300000059922329>  
Número do documento: 20110610430759300000059922329

Num. 62481121 - Pág. 5

505-708703203620393

PORTOP



TEL. 986307263 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
987156303 SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
987156303 HOSPITAL DEOCLÉIO M. LUCENA  
PARNAMIRIM /RN

PARNAÍBA - ZENITONIA MARIA DE BRAGA

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA** \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

NOME: JOSE MARIA DE BRAGA IDADE: 20/03/1984 COR: C SEXO: M ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
NATURALIDADE: PORTUGAL PROFISSÃO: ESTUDANTE PROCEDÊNCIA: 3760  
ENDERECO: 83 - FLAMINORON LUCENA SILVA BAIRRO: CENTRO  
CIDADE: SERRA DO MELO DATA: 06/10/2018 HORA: 22:06

## CONDICÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM  REGULAR  COM DISPNÉIA  CHOCADO  COMATOSO   
C/ HEMORRAGIA  EM CONVULSÃO  POLITRAUMATIZADO  AGITADO  OUTROS

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO  SIM  NÃO

PUPILAS. A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) *Receio* com *proposito*  
*estava achar*

## EXAME FÍSICO

096921-9  
CONFERE COM ORIGINAL  
Arte fátila  
S. Paulo  
S. Paulo

## SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

## DIAGNÓSTICO INICIAL

Fracture oppo articular D



**EXAMES COMPLEMENTARES***Ass. do Responsável***ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

**CONDUTA***Ass. do Responsável***DESTINO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>RH TO FORTY</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ / _____ / _____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA _____ / _____ / _____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/>
ÓBITO _____ / _____ / _____	HORA _____	
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
<i>Rogério Santos</i> Ortopedia e Traumatologia CRM/RN 1226 - SBOT 1341		
MÉDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



**SUS****Laudo para Solicitar de Autorização de Internação Hospitalar**  
**Nº 4055 / 2018***COD 262308 999***IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou:

CNES:

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**Nome: **98437 JOSE MARIA DE BRAGA**

Prontuário:

CNS: 708703123610393

Nascimento: 10/03/1984 Sexo: Masculino

Cor: SEM INFORMACAO

Mãe: ZENILDA MARIA DE BRAGA

Pai:

Endereço: 10a RUA FLAMNARION LUCENA DA SILVA, 2160 - SERRA DO MEL - SERRA DO MEL Fone: 86207263 /

Município: SERRA DO MEL

Código Municipal IBGE: 241335

UF: RN CEP: 59663-000

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO****PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:**

QUEDA DE motocicleta COM TRAUMA EM ANTEBRAÇO DIREITO HA CERCA DE 10 DIAS

AE: EGB, DOR, DEFORMIDADE, LIMITAÇÃO FUNCIONAL, BOA PERFUSÃO SEM DEFICIT NEUROLÓGICO

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:**

TRATAMENTO CIRURGICO

**RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:**

RX: FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO

**Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:**

S52.3 FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO\*408020423.TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS O

Profissional Solicitante / Assitente:

RAMON MARCELLO DE MACEDO TEIXEIRA

*Ramon Marcello M. Teixeira*  
CRM/RN - 5148  
CRM/RN - 5148  
CRM/RN - 5148  
CRM/RN - 5148

CRM: 5148 / RN

Data da Solicitação 24/10/2018

**PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)** Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_

Nº do bilhete: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_

 Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_ CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_ CBOR: \_\_\_\_\_

 Acidente de Trabalho TrajetoVínculo com previdência:  Empregado  Empregador  Autônomo  Desempregado  Aposentado  Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

Documento:  CNS  CPF nº \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_

**Nº Autorização da AIH:***096921 0  
CONFERE COM ORIGINAL  
Med. de Estab. São Paulo  
Servidor S. Paulo*

Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 06/11/2020 10:43:08

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011061043075930000059922329>

Número do documento: 2011061043075930000059922329

Num. 62481121 - Pág. 8

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome: JOSÉ MARIA DE BRAGA Idade: 35 D/N: 10/03/1984  
 Pront.: 163945 Município: Serra do nay Procedência:  Interno ( ) Externo  
 Data da cirurgia: 27/10/18 Hora Admissão: Bloco: \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_ Hora Saída: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Alergias:  Não ( ) Sim \_\_\_\_\_ Comorbidades: ( ) HAS ( ) DM ( ) Outras \_\_\_\_\_  
 Uso de medicações:  Não ( ) Sim \_\_\_\_\_ Jejum: ( ) Não  Sim \_\_\_\_\_  
 SSW Admissão: PA: \_\_\_\_\_ mmHg Pulso: \_\_\_\_\_ bpm FL: \_\_\_\_\_ rpm FC: \_\_\_\_\_ bpm SpO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ % T: \_\_\_\_\_ °C

Enfermeiro(a): TATIANA Instrumentador (a): ALINE VIZAL Circulante: LUCIANA

Cirurgia: TTT cirúrgico ANTESACAO DIREITO Especialidade: ORTOPÉDIA Sala: 01  
 Hora Início: 14:20 Hora Término: 15:40 Tipo de cirurgia: (x) Eletiva ( ) Urgência ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada  
 1º Cirurgião: DR PEDRO MELO Aux.: DR. MAGNO Residente: \_\_\_\_\_

Anestesia: ( ) Local ( ) Sedação ( ) Geral TOT: \_\_\_\_\_ (x) Bloqueio ( ) Raquidiana Ag.nº \_\_\_\_\_ ( ) Peridural ( ) c/cateter ( ) s/cateter  
 Ag.nº \_\_\_\_\_ Cateter nº: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Garrote: ( ) Smarch ( ) Pneumático Início: 14:30 Término: 15:40 = 1:10  
 Anestesiologista: DR PAULO DUARTE

NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
	Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
	Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/>	Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
	Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> Estimul. Nervo
	Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Íntegra	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input checked="" type="checkbox"/> Dífrusor
	Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input checked="" type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/>	Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfigmico	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador
t/ dificuldade		<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	
		<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Dispneia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:	
		<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub>	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado	
		<input checked="" type="checkbox"/> Manchas		<input checked="" type="checkbox"/> Tração	
		<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	80	67	65	Bpm
Pulso	80	67	62	Bpm
Oximetria	98	98	98	%
Capnografia	-	-	-	%
PA	116x60	116x48	100/47	mmHg

ACESSO VENOSO	
	Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/>	Punção Venosa Periférica <u>VEIO</u>
	Punção Venosa Central
	Dissecção venosa
Local:	
Cateter:	

SONDAGEM GÁSTRICA	
SNG nº	
Retorno:	
CATETERISMO VESICAL	
SVF nº	SVA nº
Diurese:	
Profissional responsável:	

EXAMES SOLICITADOS	
( ) Hemograma	( ) Gásometria
( ) Coagulograma	( ) Outros
( ) Tipagem Sanguínea	( ) Glicosimetria:
( ) Radioscopia (Raio X)	

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	Cabeça	Anatômicos
Ventral	Pescoço	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
Lateral	Tórax	Fletidos
Litotômica	Lombar	<b>MMII</b>
Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
Canivete		Abduzidos
Proclive		Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
( ) Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Metal ( ) Descartável
Local:	
DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA
<input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não
Local:	Solução:
	Local: <u>n.s.s</u>

IMPLANTE CIRÚRGICO	
Drenos:	
Tela:	<i>CONFERE COM ORIGINAL</i>
Cateter:	<i>dele faltou</i>
Ostomia:	<i>Service</i>
Fio de KC:	Parafuso - tipo: <u>ESTÉTICAS</u>
Placa - Tipo:	<u>DEP 3 f. 35</u>
Outros:	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
Caixa cirúrgica:	<u>35 + BÁSICA + PEZ FUND</u>
Val.:	<u>03/12/18</u> Contagem de gaze e compressa: <input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim



**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

( ) Hemoconcentrado \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Albumina \_\_\_\_\_ Unid.

*Ecografia Eur Eu* h: 14:40  
h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_

( ) Plasma \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Expansor plasmático \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Plaquetas \_\_\_\_\_ Unid.

**MEDICAÇÕES UTILIZADAS**

( ) Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml  
( ) Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml

( ) Soro Ringer Simples: \_\_\_\_\_ ml  
( ) Soro Ringer Lactato: 1500 ml

Quantidade total de volume administrado: \_\_\_\_\_

**HIDRATAÇÃO VENOSA**

Não  Sim Peça:  
Swab para cultura:

Peça para sepultamento:  Não  Sim

Líquido:

**ANÁTOMO PATOLÓGICO**

FO de aspecto:  Limpo  c/ exsudato  Contaminada  Aparelho gessado  Bandagens  Talas  Outros:  
*pt de 60 cm 15:40 termino do procedimento sem intercorrências*

Ass: *Sayonara* Coren: 322-643

**CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO**

Nível de consciência:  Consciente  Inconsciente  Narcose  Coma  Vigil  Agitado  
Respiratório:  Intubado  Extubado  Cânula de Guedel  O2 ambiente Curativo.  Oclusivo  Compressivo  Bolsa de colostomia  Outro:  
Diurese:  Espontânea  Normal  Hematúria  Irrigação Vesical  Oligúrico Destino após a cirurgia: 20

**UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO**

Hora: 15:45 Data: 29/10/18 Nível de consciência:  Acordado  Sonolento  Narcosé  Orientado  
( ) Desorientado  Agitado  Choroso Vias aéreas:  Intubado  Extubado  Cânula de Guedel  Cateter O2  O2 Ambiente Mobilização MMII:  Normal  Diminuída  Sem mobilidade Mobilização MMSS:  Normal  Diminuída  Sem mobilidade Venóclise:  Não  Sim Tipo: IVP Local: \_\_\_\_\_ Sondas:  Gástrica  Enteral  Vesical Drenos:  Sucção  Torácico  Penrose  Kherr Ostomias:  Sim  Não Especifique: Irrigação vesical contínua:  Retorno satisfatório  Retorno Insuficiente  Coágulos Curativo:  Oclusivo  Descoberto  Limpo  Sujo Monitorização:  ECG  Oxímetro  PA

**INTERCORRÊNCIAS NA URPA** ( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Sangramento ( ) Dor ( ) Bexiga ( ) Alteração PA ( ) Alteração FC  
Relate: \_\_\_\_\_

**SINAIS VITais**

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	—	90	—	—	99	<i>N/</i>
30'	—	87	—	—	98	<i>N/</i>
60'	—	91	—	—	99	<i>N/</i>
Alta	—	—	—	—	—	—

**Líquidos administrados na URPA:**

Soro glicosado: \_\_\_\_\_ ml

Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml

Ringer: \_\_\_\_\_ ml

Irrigação vesical contínua: \_\_\_\_\_ ml

**Medicações administradas URPA:**

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—

**Eliminações:**

	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO	—	—	—	—
Desprezado URPA	—	—	—	—

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:** *PACIENTE ENCAMINHADO PARA RAYO X.*

Ass: *Sayonara* Coren: 504067



Hospital		Nº prontuário
Nome do paciente	José Maria de Braga	
Data operação	29/10/18	Enf. Leito
Operador	PEDRO LUCAS	1º auxiliar
2º auxiliar		3º auxiliar
Anestesista	PEDRO BRASSET	Tipo de anestesia
Diagnóstico pré-operatório	FRACTURA DOS OSSOS DO ANTOBRACIO DIREITO	
Tipo de operação	TTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO INTERNA	
Diagnóstico pós operatório		
Relatório imediato do patologista		
Exame radiológico no ato		
Acidente durante a operação		

#### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

Procedimento sob ANESTESIA, ASSEPSIA  
 CAMPOS, INCISÕES POSTERORES, DISSECACAO  
 RESSECÇÕES, PLACA DCP COM OS Furos DO  
 RÁDIO, 07 PARAFUSOS CORTICAIS, PLACA COM  
 OS Furos NA UMLA E 04 PARAFUSOS CORTI-  
 CAIS. SUTURADO POR FASCIAS, CURATIVO

Dr. Carlos Magno P. do Carmo  
 Ortopedista - Traumatologia  
 Perito em Traumatologia  
 CRM: 2106 - TEOT 5981  
 CPF: 188.304.804-44

096921  
 CONFERE COM ORIGINAL  
 de J. L. Souza  
 Servidor  
 S. Souza







PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA DO MEL/RN  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE MISTA Dr. SILVIO ROMERO DE LUCENA

RECEITUÁRIO

Ap HRTM.

Paciente José Maria  
de Braga, 35 anos,  
Apresenta fratura de  
antebraço D, decorrente  
de batida (moto choco)

CD-SRL-5000ml-IV.

- Tramadol-500mg +  
500ml - SF 0,9% - IV

24/10/18

Antonia Oliveira  
Méd. A  
(CRM/RN 174)

Rua Sereyano Lázaro da Costa, S/n - Vila Brasília - Serra do Mel - RN  
CEP: 59.360-000 - CNPJ: 41.378.864/0001-13 - Fone: 84 3334-6268





Kontor 07/11/19

- Rx MB D: Fr. abdo + UVA (lado.)
- CT: - TMI abdo盆腔
- Armo PI C182
- Ortofr. micos, ade de cíngui

DR. Gilson Queiroz  
CRM/PR/6231  
Ortopedia e Traumatologia  
THOT - 1.450.0

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MEDEIROS  
ESTÁ CONFORME À ORIGINAL  
RME MOSSORÓ 10/12/18  
Neuma Galvão  
SAMUARQUILHA  
mjt. 09.528-6





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIOS MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

JOSE MARIA DE BRAGA

163945

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RACA/COR

708 7031 2361 0393

10/03/1984

MASCULINO

11- NOME DA MÃE

12- TELEFONE DE CONTATO

ZENILDA MARIA DE BRAGA

98620-7263

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

DEJACI FLORENCIO (ESPOSA)

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

RUA FLAMARION LUCENA DA SILVA, 2160

16- MUNICÍPIO

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

SERRA DO MEL

VILA BRASILIA

RN

59663-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Sintomas do antebraço direito*

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Artrite*

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

*Exame Físico + RX*

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

*552.4*

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

*Exame de antebraço direito*

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

*Dr. Augusto N. Braga  
Oncopediatra  
CRM/RN 7033 / TEOR*

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- ( ) AC. TRANSITO

40- N° DO BILHETE

41- SÉRIE

37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NAO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

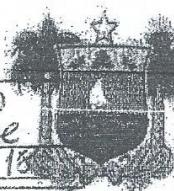




SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 55261 / 2018 FATURADO  
Admissão: 24/10/2018 10:14:19

EM 24/10/18



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: **98437 - JOSE MARIA DE BRAGA** (34 a 7 m 14 d)  
Nascimento: 10/03/1984 Natural: FRUTUOSO GOMES.BRASIL

Sexo: M Cor: SEM  
INFORMACAO

CNS: 708703123610393

CPF: 05202270429

Prof:

Mãe: ZENILDA MARIA DE BRAGA

Pai:

Logradouro: FLAMNARION LUCENA DA SILVA, 2160

CEP: 59663000 Bairro: SERRA DO MEL

Cidade: SERRA DO MEL

Telefone: 84 86207263

Compl: CENTRO

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA  
Origem: AMBUL. INTERIOR

Tipo: REFERENCIADO

\*Empresa:

Fluxograma:	Discriminador:								
OBS:	Classificação: 24/10/2018 10:10:03								
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA**

Queixas: QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA - TRAUMA EM MSD

TROUXE RX

Hora: \_\_\_\_

Reboto no estomôgo de 10 dias  
de tanto lesões de 10 dias  
desde o momento em que caiu  
numa mesa de madeira

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)	
A	
B	
C	
D	
E	

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

\*Saída: \_\_\_\_



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 06/11/2020 10:43:09  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110610430901000000059922330>  
Número de documento: 202106142000100000050022320

Num. 62481122 - Pág. 6



EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)			
A			
;			
B			
C			
D			
E			
A(ALERGIAS)			
M(MEDICAÇÃO EM USO)			
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)			
L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)			
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)			
V (PASSADO VACINAL)			
EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)		LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	
		OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA@MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL		ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE			
ESPECIALISTA 1	HORA:	DATA:	
ESPECIALISTA 2	HORA:	DATA:	
ESPECIALISTA 3	HORA:	DATA:	
DESTINO DO PACIENTE:			
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:	DATA	/	/
SAÍDA: ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) REVELIA ( ) TRANSFERIDO PARA:	HORA		
OBITO: DATA / / HORA			
ENTREGUE Á FAMÍLIA ( ) COM ATESTADO ( ) S.V.O ( ) ITEP			





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

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

[Seguro obrigatório - DPVAT]

PROCESSO N° 0817844-08.2020.8.20.5106

#### DESPACHO

Vistos em correição.

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), 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/2015, 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 15 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 os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo comum 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.



Assinado eletronicamente por: DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE - 09/11/2020 09:56:58  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110909565800900000059927166>  
Número do documento: 20110909565800900000059927166

Num. 62486367 - Pág. 1

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, pelo prazo de 05(cinco) dias.

Adotadas as supraexpostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 6 de novembro de 2020

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

Juíza de Direito



Assinado eletronicamente por: DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE - 09/11/2020 09:56:58  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110909565800900000059927166>  
Número do documento: 20110909565800900000059927166

Num. 62486367 - Pág. 2



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

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

[Seguro obrigatório - DPVAT]

PROCESSO N° 0817844-08.2020.8.20.5106

#### DESPACHO

Vistos em correição.

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), 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/2015, 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 15 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 os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo comum 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.



Assinado eletronicamente por: DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE - 09/11/2020 09:56:58  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110909565800900000059927166>  
Número do documento: 20110909565800900000059927166

Num. 62688382 - Pág. 1

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, pelo prazo de 05(cinco) dias.

Adotadas as supraexpostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 6 de novembro de 2020

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

Juíza de Direito



Assinado eletronicamente por: DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE - 09/11/2020 09:56:58  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110909565800900000059927166>  
Número do documento: 20110909565800900000059927166

Num. 62688382 - Pág. 2