

## ***PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA***

**OUTORGANTE: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 003.776.589, inscrito no Cadastro de Pessoa Física sob nº 139.828.684-24, residente e domiciliado na Rua Boa Vista nº 28, Centro, Felipe Guerra/RN, CEP: 59795-000.

**OUTORGADO: WANDER ALISON COSTA DOS SANTOS**, brasileiro, casado, **Advogado**, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional do Rio Grande do Norte sob o nº 15.032, com endereço na Rua São João Batista, nº 202 – Sala 01 - 1º Andar, Centro, Apodi/RN.

**PODERES:** De acordo com os termos do artigo 105, do Código de Processo Civil, os contidos na cláusula ***ad judicia et extra***, para em nome do (a) ora outorgante, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, ou fora deles, defender seus interesses, promovendo medidas judiciais e administrativas, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e nas contrárias, seguindo umas e outras, até o final da decisão, usando dos recursos legais e, acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, **PODERES ESPECIAIS** para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, reconhecer a procedência do pedido, receber valores, levantar ou receber RPV e Alvarás, assinar declaração de hipossuficiência econômica, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda, estabelecer está a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Apodi/RN, 4 de setembro de 2020.

Josivaldo Nascimento da Costa  
**Outorgante**

Rua São João Batista, 202 – Sala 01 – 1º Andar, Centro – Apodi/RN (84) 99163-1768  
(84) 99621-7173 - e-mail: [wanderalison@hotmail.com](mailto:wanderalison@hotmail.com)



Assinado eletronicamente por: WANDER ALISON COSTA DOS SANTOS - 28/10/2020 17:18:32  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102817183190700000059653088>  
Número do documento: 20102817183190700000059653088

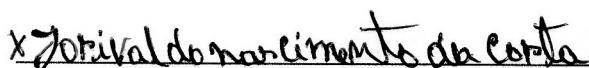
Num. 62196087 - Pág. 1

## **DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

Eu, **JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 003.776.589, inscrito no Cadastro de Pessoa Física sob nº 139.828.684-24, residente e domiciliado na Rua Boa Vista nº 28, Centro, Felipe Guerra/RN, CEP: 59795-000, **DECLARO**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e da minha família, necessitando, portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015. Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo. Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Apodi/RN, 24 de setembro de 2020.

  
**JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA**



## **TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Eu, **JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 003.776.589, inscrito no Cadastro de Pessoa Física sob nº 139.828.684-24, residente e domiciliado na Rua Boa Vista nº 28, Centro, Felipe Guerra/RN, CEP: 59795-000, **DECLARO**, sob as penas da lei, que todos os documentos fornecidos ao advogado por mim constituído para me representar na Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, tais como, documentos pessoais, declarações, boletim de ocorrência, documentos médicos, etc., são verdadeiros, e me comprometo a responder por todos e quaisquer fatos atinentes aos mesmos na forma da Lei.

Apodi/RN, 24 de setembro de 2020.

Josivaldo Nascimento da Costa  
**JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA**



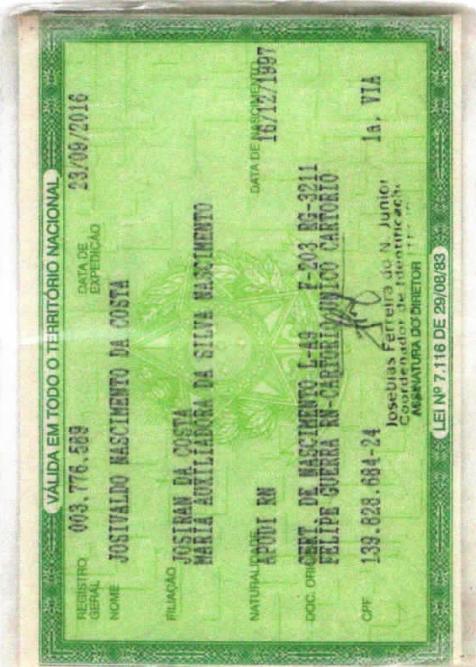
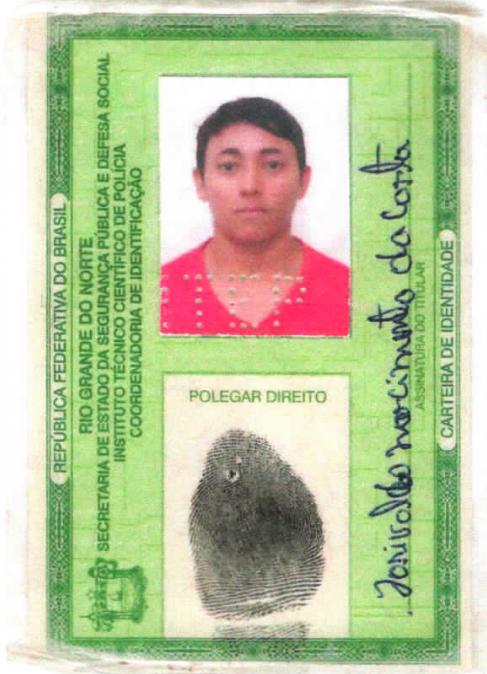
NOTA FISCAL   FATURA   CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA													
<b>COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE</b> RUA MERMOSZ, 150, BALDO, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE CEP 59025-250 CNPJ 08.324.196/0001-81 INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0			Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 <b>Ligações Gratuitas:</b> -TELEATENDIMENTO COSERN: 116 -Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 -Ouvidoria 0800 084 0404 Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167 Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis										
 <a href="http://www.cosern.com.br">www.cosern.com.br</a>													
<b>DADOS DO CLIENTE</b> MARIA AUXILIADORA DA SILVA NASCIMENTO CPF: 028.737.554-40		<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>21/08/2020</b> <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>96,85</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 14/08/2020 <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 14/08/2020 <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 046769297 Série: U	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>007006346914</b> <b>Nº DO CLIENTE</b> 3010596864 <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> 0000262261									
<b>ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> RUA BOA VISTA 28  CENTRO/ÁREA URBANA 59795-000 FELIPE GUERRA RN		<b>CLASSIFICAÇÃO</b> <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> Monofásico											
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 <a href="http://www.cosern.com.br">www.cosern.com.br</a>		<b>RESERVADO AO FISCO</b> 22F4.86B6.1B47.9B82.DE3D.4C07.3605.2B6C											
DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL													
<b>Descrição</b> Consumo Ativo(kWh)-TUSD Consumo Ativo(kWh)-TE Contrib. Ilum. Pública Municipal Multa por atraso-NF 045202423 - 15/07/20 Juros por atraso-NF 045202423 - 15/07/20 Atualização IGPM-NF 045202423 - 15/07/20		<b>Quantidade</b> 130,00 130,00 4,04 1,78 0,40 0,85	<b>Preço</b> 0,36942853 0,32126015 0,24117000	<b>Valor (R\$)</b> 48,02 41,76 0,00 1,78 0,40 0,85									
<b>TOTAL DA FATURA</b> 96,85													
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS													
<b>ICMS</b> BASE DE CÁLCULO 89,78 % 18,00		<b>PIS</b> VALOR DO IMPPOSTO 16,16	<b>COFINS</b> BASE DE CÁLCULO 89,78 % 1,24	<b>VALOR DO IMPPOSTO</b> 1,11									
89,78 18,00 16,16 89,78 1,24 1,11		89,78 5,69	5,69	5,10									
<b>Tarifas Aplicadas</b> Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,27733000 Consumo Ativo(kWh)-TE 0,24117000													
<b>HISTÓRICO DO CONSUMO</b> kWh AGO 20 130 JUL 20 135 JUN 20 152 MAI 20 137 ABR 20 145 MAR 20 140 FEV 20 125 JAN 20 134 DEZ 19 135 NOV 19 134 OUT 19 141 SET 19 124 AGO 19 128													
<b>COMPOSIÇÃO DO CONSUMO</b> R\$ % Geração de Energia 30,33 33,77 Transmissão 4,15 4,62 Distribuição (Cosern) 22,47 25,03 Encargos Setoriais 4,79 5,34 Tributos 22,37 24,92 Perdas de Energia 5,67 6,32 TOTAL 89,78 100													
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES													
<b>DESCRIÇÃO</b> DIC-No de horas sem Energia FIC-No de vezes sem Energia DMIC-Duração máxima de interrupção contínua DICR-Duração de interrupção em dia crítico		<b>CONJUNTO</b> jun/2020	<b>VALOR APURADO</b> 0,00 0,00 0,00 0,00	<b>META MENSAL</b> 5,19 3,23 2,94 0,00	<b>META TRIM.</b> 10,38 6,47 0,00 0,00								
DICR-Valor do Encargo de Uso = R\$ 36,05 Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.													
INFORMAÇÕES IMPORTANTES													
Pagou no ponto mais perto de você! ag correios fernando de noronha: rua josé barra neto, cidade alta / drograria pepe de abábas: avenida selva, 700, controlista completa em <a href="http://www.cosern.com.br">www.cosern.com.br</a> . O pagamento desta Nota Fiscal é feito de forma segura e rápida. 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. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.													
<b>NIVEIS DE TENSÃO</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>220</td> <td>202</td> </tr> <tr> <td></td> <td>231</td> </tr> </tbody> </table> <b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>						TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	MÍNIMO	MÁXIMO	220	202		231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)												
MÍNIMO	MÁXIMO												
220	202												
	231												
<b>DESTAQUE AQUI</b>													
<b>CONTA CONTRATO</b> <b>007006346914</b>	<b>MÊS/ANO</b> <b>08/2020</b>	<b>TOTAL A PAGAR(R\$)</b> <b>96,85</b>	<b>VENCIMENTO</b> <b>21/08/2020</b>	<b>TALÃO DE PAGAMENTO</b> Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.									
838000000009 968500384076 006346914204 014243166036													
													
<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>													



Assinado eletronicamente por: WANDER ALISON COSTA DOS SANTOS - 28/10/2020 17:18:35  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102817183444500000059653091>  
 Número do documento: 20102817183444500000059653091

19/08/2020 11:00

Num. 62196090 - Pág. 1

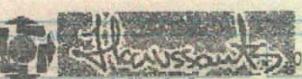


Urina



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

DETAN - RN N.º 011387321972  
 48004643/2014 15518044350  
**CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO**

VIA	COD. RENAVAM	BRNTRC
1	00905751566	*****
NOME/ENDEREÇO		
LUIZ GONZAGA DA SILVA NASCIMENTO R FRANCISCA MARIA DE MORAIS, 79		
CENTRO		
59.795-000 FELIPE GUERRA/RN		
CPF/CNPJ	PLACA	
075.269.124-44	MZM9699	
NOME ANTERIOR		
FRANCISCO JANUNCIO DE OLIVEIRA		
PLACA ANT/UF	CHASSI	
MZM9699/RN	9C2JC30707R067046	
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL	
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE	GASOLINA	
MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN	2006	2007
CAP/POT/GIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
0CV/124 CILINDRADAS	PARTICULAR	PRETA
OBSERVAÇÕES		
MOTOR: JC30E77067046 SÓMENDE PARA TRANSFERÊNCIA SEM LOCAL DE USO		
FELIPE GUERRA/	DATA	
 Ira Valério Silva dos Santos Coordenador Interino do Registro de Veículos DETAN-RN		



Assinado eletronicamente por: WANDER ALISON COSTA DOS SANTOS - 28/10/2020 17:18:36  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102817183633800000059653093>  
 Número do documento: 20102817183633800000059653093

Num. 62196092 - Pág. 1



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
**POLÍCIA CIVIL**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA DE APODI**  
Telefone: (84) 3333-2737



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 867/2019**

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo do Acidente: COLISÃO

Data e Hora do Acidente: 16/09/2019 às 09h30min.

Local da Ocorrência: Avenida Miraselva- Felipe Guerra/RN

Comunicante: A vitima

Identidade RG.:

CPF:

Profissão: Agricultor

Telefone: 99690-0121

Endereço:

**Identificação da Vítima:**

Nome: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

CPF: 139.828.684-24

Identidade RG.: 3.776.589

Data Nascimento: 16/12/1997

Naturalidade: Apodi/RN

Cor: PRETA

Pai: Josivan da Costa

RENAVAM: 00905751566

Mãe: Maria Auxiliadora da Silva Nascimento

ANO: 2006/2007

Endereço: Rua Boa Vista, 28-Alta, Cidade Alta- Felipe Guerra/RN

Condutor ou Passageiro? Condutor não habilitado

**Identificação do Veículo:**

Tipo: MOTOCICLETA

Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN

Placa: MZM9699

Cor: PRETA

Chassi: 9C2JC30707R067046

RENAVAM: 00905751566

Proprietário: LUIZ GONZAGA DA SILVA NASCIMENTO

ANO: 2006/2007

Condutor: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

**HISTÓRICO:**

O comunicante comparece a esta delegacia para formalizar a ocorrência de ACIDENTE DE TRANSITO (COLISÃO); Que a vitima seguia na Avenida Miraselva na cidade de Felipe Guerra, quando colidiu com uma motocicleta que entrou repentinamente na pista; Que a vitima foi socorrida pela ambulância de Felipe Guerra e levada para o Hospital de Felipe Guerra e depois transferida para o Hospital Tarçísio Maia na cidade de Mossoró; Que a vitima sofreu fratura exposta na tibia direita em decorrência do acidente; Que a vitima foi submetida a procedimento cirúrgico. E nada mais disse.

**OBS.:** É de inteira responsabilidade do/a comunicante, a informação prestada neste BO. Se comprovadamente falsa a comunicação, sujeitar-se-á o responsável as sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável – Artigo 340 do Código Penal.

Providências: Registro do fato; e Expedição do B.O.

Local e data deste Registro: Apodi/RN, 27 de novembro de 2019.

*Josivaldo nascimento da costa*  
Comunicante / Vítima

*Izabel Aprigida de Carvalho Neta*  
APC – Izabel Aprigida de Carvalho Neta  
Matrícula: 129.235-8



**Seguradora Líder-DPVAT**

Buscar no site

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

**ACESSIBILIDADE**

(/Pages/Acessibilidade.aspx)

(/Pages/Atalhos-de-Comodidade.aspx)

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

**PAGUE SEGURO**

Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)

**ACOMPANHE O PROCESSO**

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora administradora da Seguro DPVAT.**

**SINISTRO 3190704469 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA:** OSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA  
**COBERTURA:** Imóveis  
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO:** TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME  
**BENEFICIÁRIO:** OSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA  
**CPF/CNPJ:** 13962868424

**Posição em 28-10-2020 16:56:02**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/12/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

**Histórico das correspondências enviadas**

Data da Carta	Referência	Ver Carta
06/01/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/a8onS2g5yWbx5YlJrxwmOrg==/GVNWhWjZlh5nkH1JCNny3lnRxysPiQRGCar6ok3o8b6arOGJLm2yMV8NE0/arx5u75u..._Mh5na71KVjjIA==/SKNQC3sighPUMCAv+a=oahZikCanF__j9OmUckI2aMk16Kpj4b2g9mYcdR/SowK7api?key=xv3QU6G4cejbHm+oZO">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/a8onS2g5yWbx5YlJrxwmOrg==/GVNWhWjZlh5nkH1JCNny3lnRxysPiQRGCar6ok3o8b6arOGJLm2yMV8NE0/arx5u75u..._Mh5na71KVjjIA==/SKNQC3sighPUMCAv+a=oahZikCanF__j9OmUckI2aMk16Kpj4b2g9mYcdR/SowK7api?key=xv3QU6G4cejbHm+oZO</a> )
21/12/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/hjhCsaw4WAR1S3GvA0uc0g==/e1ds4zv..._oMcnG4tUbFbF1+AHCeqXQ0im+3f45rohplmbrSlkYqwv1Zow3d4x..._opRqCgOr4RvGr1xtghBgb==/779USVah1FKB85zh3jigVz54XICkl6WLu50b+Zwepb5UMdtc4wpsD86eY__Qua02LViqyezhn+OxjkK87frQM4w==?api_l">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/hjhCsaw4WAR1S3GvA0uc0g==/e1ds4zv..._oMcnG4tUbFbF1+AHCeqXQ0im+3f45rohplmbrSlkYqwv1Zow3d4x..._opRqCgOr4RvGr1xtghBgb==/779USVah1FKB85zh3jigVz54XICkl6WLu50b+Zwepb5UMdtc4wpsD86eY__Qua02LViqyezhn+OxjkK87frQM4w==?api_l</a> )

**Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT**

**Disponível na App Store** (<https://itunes.apple.com/us/app/seguero-dpvat/id1375178092?mt=8>)

**Disponível no Google Play** (<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

**Serviços**

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento.aspx)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

**Dúvidas e Respostas**

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20frequentes)

**Atendimento**

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Dividias-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)

**Participo do consumidor.gov.br**

(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

Termos de uso e política de privacidade (/Pages/Terms-de-Uso.aspx)

28/10/2020 16:57

Assinado eletronicamente por: WANDER ALISON COSTA DOS SANTOS - 28/10/2020 17:18:38  
<https://pje19.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102817183768400000059653095>  
 Número do documento: 20102817183768400000059653095

Num. 62196094 - Pág. 1



**PRONTOCLINICA**  
**Dr. Paulo Gurgel**

CONTROLE HÍDRICO E T.P.R.

Aptó

CONVÉNIO:  
MÉDICO:: \_\_\_\_\_  
REG.: \_\_\_\_\_





**PRONTOCLINICA**  
**Dr. Paulo Gurgel**

EVOLUÇÃO MEDICA

PACIENTE: José Valdés REGISTRO Nº \_\_\_\_\_  
APTO.: \_\_\_\_\_ CONVENIO \_\_\_\_\_  
MÉDICO: \_\_\_\_\_

DATA / HORA	DESCRIÇÃO MEDICA
08/11/16 10:00 AM	Adm. p/ cirurgia ortopédica para tratamento de luxo da mão direita
08/11/16 15:15 h	realizar operação de luxo + osteosíntese com fios de克氏 + fixador externo + implante de titânio + bone graft e titânio anel
08/11/16 10:30 AM	S- 1.01 - R. Alter do Cabo. Cirurgia de luxo da mão direita e osteosíntese com fios de克氏. implante de titânio e titânio anel.



PRESCRIÇÃO MÉDICA

<b>PACIENTE:</b> <b>REGISTRO</b>	<b>JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA</b> <b>CONVÉNIO: SUS</b>
<b>PRESCRIÇÃO</b> <hr/> <p>Dietra branha quando bem acordado</p> <hr/> <p>RIL 500ml, IV, 12/12h</p> <p>Cefalotina - 1FR + 50ml SF 0,9%, IV, 6/6h</p> <p>Dipirona - 1 amp + 18ml ABD, IV, 6/6h</p> <p>Tenoxican 40mg - 1FR + 20ml ABD, IV, 1X/DIA</p> <p>Tramal 100mg - 1 amp + 100ml SF 0,9%, IV, 8/8h.</p> <p>PIPlasit - 1amp + 100ml SF 0,9%, IV, 8/8h. SE NÁUSEAS Manten- MID elevado</p> <p>SSVV e CCGG</p>	

~~1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.~~

Während der Flugzeuge auf dem Platz standen, schaute ich mich die anderen Flugzeuge an.

DÉBITOS

DÉBITOS	
SERINGA 01	1
SERINGA 03 CC	1
SERINGA 05 CC	1
SERINGA 10 CC	1
SERINGA 20 CC	1
EQUIPO MICROGOTAS	
EQUIPO P/B	1
EQUIPO P/SANGUE	
JELCO N°	
SCALP N°	
POLIFIX	
LILUVA PROCEDIMENTO	1
LILUVA ESTER. N°	
GASES PCT	1
ESPARADRAPO	1
MICROPORE	
PVP	
ETER	
ALCOOL 70%ml	
ALGUDÃO BOLA	
AGULHA DESC.	2x2
CREPOM N°	15
ALGODÃO ORTOP.	1
CEPACOL/ml	
POMADA	
SONDA DE FOLEY	
SONDA URETAL	
SONDA NASO	
COLETOR FECHADO	
COLETOR ABERTO	
LAMINA BISTURI	
ELETROLITO	
MASC. DESCAT	1
SORO FISIO. 0,9%	
FITA HGT	

RECIBO

RC FARMÁCIA





**PRONTOCLINICA  
Dr. Paulo Gurgel**

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE Sorvelo N. da cota  
APTO.: \_\_\_\_\_ Nº REGIST. \_\_\_\_\_  
CONVEN.

USO DE:	DATA / H		USO DE:	DATA
BOMBA DE INF.	DIL		ECG	
NEBULIZADOR	Nº		OXIG./UMIDIF.	
ASPIRADOR	DIL		BERÇO AQUECIDO	
CURATIVO			FOTOTERAPIA	
			INCUBADORA	

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
05.11.19	10:00	Pct adm trs o sotv para reabilitação procedimento curativo em "Téka D"	Dra. Andreia S. A. Melo Tec. de Enfermagem CONEN/UFSC 131.737
05.11.19	13:30	Pct em C.C.	Dra. Andreia S. A. Melo Tec. de Enfermagem CONEN/UFSC 131.737
05.11.19	16:40	Pct nt do C.C em maca, manobr. nvt. N.	Dra. Andreia S. A. Melo Tec. de Enfermagem CONEN/UFSC 131.737
05.11.19	18h	Pct apresentou náuseas + d' episódio de vómito, adm. plaval! O'amp + 100ml SF.GV	Dra. Andreia S. A. Melo Tec. de Enfermagem CONEN/UFSC 131.737
05.11.19	20h	Administrado enemas IPR + 100ml SF.GV	Afonso
05.11.19	22h	ADM. med. t.v. tiaziclor 100mg + ABCL	Afonso
05.11.19	22h	ADM. med. t.v. Ciproflox 1g + IPR + 100ml SF.GV + Bactrim 1amp + ABCL	Afonso
06.11.19	8h	ADM. med. efeletrina 5g + 50ml SF.GV + C.I. conforme prescrição.	(Afonso)
06.11.19	11:10	Reunião c/ enfermeira	
06.11.19	11:35	Pct saiu de utv respeitando a higiene higiene pessoal, deixando os pertences pessoais organizados, em seu ambiente. Fazendo uso de protetor de goteadeira de Rx pré + os imóveis de Rx p/nt + exames lab.	Elenir do Nascimento Silva COPREN/PM 673.356-TE



**PELE**  
 HIDRATADA       RESSECADA       ICTÉRICA  
 NORMOCORADA       HIPOCORADA       CIANOSE  
 EXTREMIDADE FRIAS       NORMOTÉRMICA  
 HIPOTERMIA: \_\_\_\_\_  
 HIPERTERMIA: \_\_\_\_\_  
 DRENO Local: \_\_\_\_\_  
Característica do líquido: \_\_\_\_\_

**APARELHO CARDIOPULMONAR**

EUPNEICO       DISPNEIDO       TAQUIPNÉICO  
 BRADIPNEICO       TIRAGEM: \_\_\_\_\_  
 RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: \_\_\_\_\_  
 TAQUICÁRDICO       NORMOCÁRDICO       BRADICARDICO

OBSERVAÇÕES: Rx pés 02 . 5/6 .

( ) ESTÍMULO: \_\_\_\_\_ DIAS  
 AUSENTE \_\_\_\_\_ DIAS  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

**APARELHO DIGESTÓRIO**

**ABDOMÉ**  
 FLACIDO       GLOBOSSO       SEMI GLOBOSSO  
 DISTENDIDO       DOR A PALPAÇÃO  
 TIMPÂNICO       MACIÇO       RUIDOS HIDROAÉREOS

**LOCOMOÇÃO**

( ) DEAMBULANDO       CADEIRA DE RODAS  
 SOBRE MACA       MULETA

**DIETA**

( ) AO SEIO       ORAL/COPINHO( )GTM  
 SOG/SNG \_\_\_\_\_  
 RESÍDUO GÁSTRICO: \_\_\_\_\_  
 ZERO       VOMITO \_\_\_\_\_ vezes

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

**ASPECTO GERAL**  
 CONSCIENTE       ORIENTADO       ALGO ORIENTADO \_\_\_\_\_  
 ATIVO       REATIVO       HIPOATIVO  
 HIPERTÔNICO       HIPOTÔNICO  
 COMATOSO       SEDADO       ANASARCA       EDEMA

**EVOLUÇÃO** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**HORÁRIO:** \_\_\_\_\_

**VENTILAÇÃO**

( ) O2 AMB       MV \_\_\_\_\_ %       HOOD:  
 ENTUBADO TOT Nº \_\_\_\_\_  
OBS: \_\_\_\_\_

**ELIMINAÇÕES**

**DIURESE**

( ) ESPONTÂNEA       SVA A CADA: \_\_\_\_\_  
 HEMATÚRIA       OLIGÚRIA       ANÚRIA  
 POLIÚRIA       SVD \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ASPERCETO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

**EVACUAÇÃO**

( ) ESPONTÂNEA  
 ESTÍMULO: \_\_\_\_\_  
 AUSENTE \_\_\_\_\_ DIAS  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

**INFUSÃO INTRAVENOSA**      **MEDICAMENTOS/ATB**  
 HV \_\_\_\_\_  
 BI \_\_\_\_\_  
 ATB \_\_\_\_\_

**PELE**  
 HIDRATADA       RESSECADA       ICTÉRICA  
 NORMOCORADA       HIPOCORADA       CIANOSE  
 EXTREMIDADE FRIAS       NORMOTÉRMICA  
 HIPOTERMIA: \_\_\_\_\_  
 HIPERTERMIA: \_\_\_\_\_  
 DRENO Local: \_\_\_\_\_  
Característica do líquido: \_\_\_\_\_

**APARELHO DIGESTÓRIO**

**ABDOMÉ**  
 FLACIDO       GLOBOSSO       SEMI GLOBOSSO  
 DISTENDIDO       DOR A PALPAÇÃO  
 TIMPÂNICO       MACIÇO       RUIDOS HIDROAÉREOS

**LOCOMOÇÃO**

( ) DEAMBULANDO       CADEIRA DE RODAS  
 SOBRE MACA       MULETA

**DIETA**

( ) AO SEIO       ORAL/COPINHO( )GTM  
 SOG/SNG \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 RESÍDUO GÁSTRICO: \_\_\_\_\_  
 ZERO       VOMITO \_\_\_\_\_ vezes

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro





**Pronto-clínica Dr. Paulo Gurgel**  
**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

PACIENTE: Joséaldo Nicácio da Costa SETOR: T1mo LEITO: 104 E  
DIAGNÓSTICO MÉDICO: TBC IDADE: 21 anos

PROCEDÊNCIA:  DOMICILIAR  HOSPITALAR: QUAL: \_\_\_\_\_  
ALERGIAS: Nise DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: Lige

**EVOLUÇÃO** 05/11/19 **HORÁRIO:** 10h

**ASPECTO GERAL**

- () CONSCIENTE ( ) ORIENTADO ( ) ALGO ORIENTADO \_\_\_\_\_  
() ATIVO ( ) REATIVO ( ) HIPOATIVO  
( ) HIPERTÔNICO ( ) HIPOTÔNICO  
( ) COMATOSO ( ) SEDADO ( ) ANASARCA ( ) EDEMA

**ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)**

- ( ) AVP: \_\_\_\_\_  
( ) AVC: \_\_\_\_\_  
( ) Jelco: \_\_\_\_\_  
( ) Scalp.: \_\_\_\_\_

**INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB**

- ( ) HV \_\_\_\_\_  
( ) BI \_\_\_\_\_  
ATB \_\_\_\_\_

**PELE**

- () HIDRATADA ( ) RESSECADA ( ) ICTÉRICA  
() NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA ( ) CIANOSE  
( ) EXTREMIDADES FRIAS ( ) NORMOTÉRMICA  
( ) HIPOTERMIA: \_\_\_\_\_  
( ) HIPERTERMIA: \_\_\_\_\_  
( ) DRENO Local: \_\_\_\_\_  
Característica do líquido: \_\_\_\_\_

**APARELHO CARDIOPULMONAR**

- ( ) EUPNEICO ( ) DISPNEICO ( ) TAQUIPNEICO  
( ) BRADIPNEICO ( ) TIRAGEM: \_\_\_\_\_  
( ) RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO: \_\_\_\_\_  
( ) TAQUICÁRDICO ( ) NORMOCÁRDICO ( ) BRADICARDICO

OBSERVAÇÕES: Recidida ex. nob. fez car + Rr mi + paciente  
Alvejante de nob. hz 2 res.

**VENTILAÇÃO**

- ( ) O2 AMB ( ) MV \_\_\_\_\_ % ( ) HOOD: \_\_\_\_\_  
( ) ENTUBADO TOT Nº \_\_\_\_\_  
OBS: \_\_\_\_\_

**ELIMINAÇÕES**

- DIURESE**  
( ) ESPONTÂNEA ( ) SVA A CADA: \_\_\_\_\_  
( ) HEMATÚRIA ( ) OLIGÚRIA ( ) ANÚRIA  
( ) POLIÚRIA ( ) SVD \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ASPERCETO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

**EVACUAÇÃO**

- ( ) ESPONTÂNEA  
( ) ESTÍMULO: \_\_\_\_\_  
( ) AUSENTE \_\_\_\_\_ DIAS  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

**APARELHO DIGESTÓRIO**

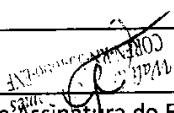
- ABDOMÉ**  
( ) FLACIDO ( ) GLOBOSSO ( ) SEMI GLOBOSSO  
( ) DISTENDIDO ( ) DOR A PALPAÇÃO  
( ) TIMPÂNICO ( ) MACIÇO ( ) RUIDOS HIDROAÉREOS

**LOCOMOÇÃO**

- ( ) DEAMBULANDO ( ) CADEIRA DE RODAS  
( ) SOBRE MACA ( ) MULETA

**DIETA**

- ( ) AO SEIO ( ) ORAL/COPINHO ( ) GTM  
( ) SOG/SNG \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
( ) RESÍDUO GÁSTRICO: \_\_\_\_\_  
( ) ZERO ( ) VOMITO \_\_\_\_\_ vezes

  
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

**EVOLUÇÃO** 05/11/19

**HORÁRIO:** \_\_\_\_\_

**ASPECTO GERAL**

- ( ) CONSCIENTE ( ) ORIENTADO ( ) ALGO ORIENTADO \_\_\_\_\_  
( ) ATIVO ( ) REATIVO ( ) HIPOATIVO  
( ) HIPERTÔNICO ( ) HIPOTÔNICO  
( ) COMATOSO ( ) SEDADO ( ) ANASARCA ( ) EDEMA

**ACCESSO VENOSO (Local e data de inserção)**

- ( ) AVP: \_\_\_\_\_  
( ) AVC: \_\_\_\_\_  
( ) Jelco: \_\_\_\_\_  
( ) Scalp.: \_\_\_\_\_

**INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB**

- ( ) HV \_\_\_\_\_  
( ) BI \_\_\_\_\_  
( ) ATB \_\_\_\_\_

**VENTILAÇÃO**

- ( ) O2 AMB ( ) MV \_\_\_\_\_ % ( ) HOOD: \_\_\_\_\_  
( ) ENTUBADO TOT Nº \_\_\_\_\_  
OBS: \_\_\_\_\_

**ELIMINAÇÕES**

- DIURESE**  
( ) ESPONTÂNEA ( ) SVA A CADA: \_\_\_\_\_  
( ) HEMATÚRIA ( ) OLIGÚRIA ( ) ANÚRIA  
( ) POLIÚRIA ( ) SVD \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ASPERCETO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

**EVACUAÇÃO**

- ( ) ESPONTÂNEA



OPME: ( ) NÃO (X) SIM, qual

01 Aberta 10 F estreita

02 FF N° 20

03 FF N° 22

04 FF N° 24

X/15

Anotações de Enfermagem e Intercorrências

9/

Início da cirurgia: 13:30 Termino da cirurgia: 14:30

CIRURGIÃO	Dr. Thiago	ASSISTENTE:		ANESTESIOLOGISTA	Dr. Arthur
INSTRUMENTADORA	Renilde	CIRCULANTE:	Anna	ENFERMEIRA:	Edna

RPA ( Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

(X) Acordado ( ) Sonolento ( ) agitado Ar ambiente ( ) MV 50%

( ) Cateter de O2 ( ) TQT (X) AVP ( ) AVC

( ) Hipotensão ( ) Hipertensão ( ) Bradicardia ( ) Taquicardia ( ) Tremor ( ) Dor ( ) Baixa Saturação

( ) Hemorragias ( ) Desorientação ( ) Agitação ( ) Dispneia ( ) Broncoespasmo ( ) Outros. \_\_\_\_\_

Medicações Administradas na URPA ( anotar horários)

Encaminhado para o andar

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

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

EXAMES: ( ) Labort ( ) Raio x ( ) USG ( ) TC ( ) RNM ( ) RISCO CIRURGICO ( ) OUTROS \_\_\_\_\_

ENCAMINHADO: (X) Enfermaria ( ) UTI ( ) Alta Hospitalar ( ) Outros \_\_\_\_\_

Anotações de Enfermagem :


ENCAMINHADO POR: Ana Paula M. C. Vilela de Souza

HORA: \_\_\_\_\_

Ana Paula M. C. Vilela de Souza  
COREN-RN 0014315678



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

## **ETAPA II: PRÉ-INCISÃO**

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

#### **EQUIPE DE ENFERMAGFM**

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

## **INTRA-OPERATORIO**

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

**Monitorização cardíaca:**  sim /  não PNI/Manguito em:

**Passado faixa de smarch:** Não  sim em:  Início  Fim  Termino

**Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório:**  Clorex degermante  Clorex aquoso  
 Clorex Alcóolica  PVPI degermante  
 PVPI tintura

Infusões: SF0,9% 250 ml R.Lactato: 500 ml Simples 500 ml SG5% 500 ml

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

Sinais vitais: PA 97/68 mmHg, FC: 111 bpm, Sat: 99% T: 36,5°C

Anestesia: Inicio 10:40 Termino 11:37 ( ) Geral Inhalatório ( ) Geral Venosa ( ) Sedação ( ) Local  
( ) Regional ( ) Rádiofrequência ( )

( ) Peridural (X) Raqui ( ) B

OT:  não  sim - Canula nº \_\_\_\_\_ OT aramado:  não  sim nº \_\_\_\_\_

Cateter OZ: ( ) não  sim SNG:  NAO  SIM Nº \_\_\_\_\_ SVD  NÃO  SIM Nº \_\_\_\_\_

**Perda operatória:** Curativo \_\_\_\_\_

Cultura: \_\_\_\_\_ Anát. Patológico: (X) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_ Unid

Material Explantado:

Conferido por                    Intercorrência

### **ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA**

Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada corretamente.

Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta

Medicações administradas (anotar horários) Ticatoloxim 150 + diflunisal 500 mg  
Sulfametoxazina 250 mg + Clorotetraciclina 100 mg + ácido acetilsalicílico 500 mg  
Lima - Ticatoloxim 150 mg





PRONTO CLÍNICA E MATERNIDADE  
Dr. Paulo Gurgel

## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Rosineide Alencastro do Nascimento Nº REGISTRO 1133641

Data Nascimento 16/12/1977 IDADE 42 Sexo M LEITO: 104 E Data de Admissão 05/11/19  
MÉDICO: Dra. Thais

### ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO ÁGUA? ( ) Não ( ) Sim x inicio 23:00 PESO: 62 Kg Altura: cm

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

ALERGIAS: ( ) NÃO ( ) SIM: Milagre

DOENÇAS PREGRESSAS: ( ) DM, ( ) HAS, ( ) TABAGISMO, ( ) HIV, ( ) Hep B, ( ) Hep C, ( ) Arritmias, ( ) DPOC, ( ) AVC, ( )

Marcapasso ( ) Outros: Eletrônico Medicações de uso frequente: Metformina

Consentimento Cirúrgico Preenchido ( ) Não ( ) Sim

Exames: ( ) Labor, ( ) Raio x, ( ) USG, ( ) TC, ( ) RNM, ( ) Risco cirúrgico Outros:

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

Desorientado

Anotações de Enfermagem: \_\_\_\_\_

Conferido informação acima por: Dr. Paula M. Costa de Souza Admitido na sala: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

### ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

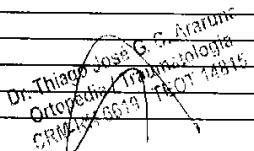
Cirurgia Proposta: Histerectomia

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

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



**DESCRIÇÃO DO ATO CIRURGICO**

PACIENTE EM DDH + RAQUIANESTESIA	
GARROTE + ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS	
INCISÃO EM FACE ANTEROLATERAL DE Perna DIREITA + DIVULSAO POR PLANOS	
OSTEOTOMIA PARA EXPOR REDUZIR E FIXAR FRATURA DE TIBIA COM PLACA E PARAFUSOS	
INCISÃO EM CRISTA ILÍACA DIREITA + OSTEOTOMIA DA PELVE PARA RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO + INSERÇÃO DE ENXERTO ÓSSEO EM FOCO DE FRATURA	
TENOPLASTIA DE TIBIAL ANTERIOR + SUTURA POR PLANOS + CURATIVO + RETIRADA DE GARROTE	
	

ASSINATURA OU CARIMBO DO MEDICO

BOLETIM DE ANESTESIA  
ANESTESIA TIPO RAQUI SIMPLES + SEDAÇÃO IV.

			ANESTESIA			
20			O <sub>2</sub> CONTÍNUO			
18			SPO <sub>2</sub> 98% / 94%			
16			ETCO <sub>2</sub>			
14						
12						
10						
8						
6						
4						
2						
MATERIAL						
N O T A C O E S						
MIN. C/ ACRÉSCIMO			MIN S/ ACRÉSCIMO			
TOTALS			INICIO DA ANESTESIA: 13:20			
			INICIO DA CIRURGIA: 13:30			
			TERMINO DA CIRURGIA: 14:30			
			TERMINO DA ANESTESIA: 14:35			
OBSERVAÇÕES:						

Dr. Arthur Henrique C. da Silveira

Anestesiologista

CRM-RN 6607 CDP 053 382 554-50

05/11/19



**PACIENTE: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA**  
**CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TIBIA + OSTEOTOMIA + ENXERTO ÓSSEO**

REG. PACIENTE N°  
**COD. PROCEDIMENTO(S):**

EQUIPE MÉDICA	EQUIPAMENTOS / TEMPO DE USO	GASOMETRIA / TEMPO DE USO	DATA:
CIRURGIAO : THIAGO ARARUNA CRM 6619 1º AUXILIAR : Dr. Thiago Araruna CRM 6619 2º AUXILIAR : Anestesiologista CRM 6619 3º AUXILIAR : Ortopedista CRM 6619 ANESTESISTA: ARTUR SILVEIRA CRM 6607 INSTUMENTADORA:	BISTURI ELÉTRICO: CAPINOGRAFO: INTENS. DE IMAGENS: MONITOR CARDIACO: OXIM. DE PULSO: SERRA ELÉTRICA:	GÁS CARBÓNICO: NITROGENIO: O2 SOB CATETER: O2 SOB PRESSAO: ÓXIDO NITROSO:	HORA: TERMINO: SANGUE:
CATGUT CROMADO 1.0 CATGUT SIMPLES 5.0 CERA OSSEA ETHYBOND 2.0 FIO ALGODÃO C/AGULHA MONOCRYL 3.0 NYLON 2.0 (2CM) NYLON 2.0 (4CM) PDS II 1.0 PROLENE 2.0 VICRYLO	ATRACURIO C. PAPAVERINA 50MG/2ML CLONIDIN CLORETO DE SUXAMETÔNIO DEXAMETASONA 4MG DIPRORONA DIPROSPAM DRAMIN B6DL EFEDRINA EPINEFRINA FENERGAN 50MG 2ML EUROSEMIDA ISOFLUAN	SERVOFLORANE TRAMAL PROFOFOL SORO ABD 1000ML ABD 10ML FISIOLOGICO 0.9% 1000ML FISIOLOGICO 0.9% 250ML FISIOLOGICO 0.9% 500ML GLICOSADO 5% 250ML GLICOSADO 5% 500ML GLICOSE 50% AMPOLA GLUCONATO DE CÁLCIO 10% HIDROCORTIZONA 500MG LINDOCAINA 10% SPRAY LINDOCAINA 2% C/VASO LINDOCAINA 2% GEL LINDOCAINA S/ VASO NEOCAINA C/VASO	ÁGUA OXIGENADA ALCOOL 70% ALCOOL IODADO DETERGENTE ENZIMATICO DETERGENTE ENZIMATICO FORMOL PVPI DEGERMANTTE PVPI TÓPICO VASELINA
			CAPA DE VÍDEO TUBO SJ/BALÃO 3.0 TUBO CJ/BALÃO 3.0
			ARRUELAS ASPIRADOR CIDEX POR ML CIMENTO ORTOPÉDICO DRILL ELETRICO FIO DE KIRSCHNER FIO DE LUQUE FIXADOR EXTERNO GANCHO GELOFOAM GRAMPO HASTER LAMINA DE SHAVER LIGAMENTO SINTÉTICO PARAF. INTERE TITANEO PARAFUSO ANCORA PARAFUSO CANULADO PARAFUSO CORTICAL PARAFUSO ESPONJOSO PINO PINO DESLIZANTE PLACA
			ESCOVA SECA ESPARADRAPO AGULHA DE STIMPLEX AGULHA AGULHA P/ RAQUIN AGULHAS JELCO LAMINA DE BISTURI MÁSCARA MÁSCARAS DESCARTAVEL MICROPORE MICROPORE LARGO POLIFIXO 2 VIAS PRO-PÉ MALHA TUBULAR SOLUÇÃO ATADURA CREPOM ATADURA DE ALGODÃO ATADURA GESSO SERINGA DE INSULINA SERINGA DESC. 10ML SERINGA DESC. 20ML SERINGA DESC. 3ML SERINGA DESC. 5ML SERINGA DEGERMANTTE SERINGA DESC. 10ML SERINGA DESC. 20ML SERINGA DESC. 3ML SERINGA DESC. 5ML NASO LONGA 04 SONDA DE FOLEY URETRAL 4 SONDA CURTA

REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH: \_\_\_\_\_ Nº ATENDIMENTO: 483641 DATA: 05/11/2019  
TIPO DE INTERNAMENTO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
ACOMODAÇÃO: ENFERMARIA LEITO: TERREO104 C CONVENIO: SUS  
MATRÍCULA: 708602036278382 VALIDADE: \_\_\_\_\_  
Criado por João Pedro Gomes Lucas em 05/11/2019 07:39

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA SEXO: Masculino  
DATA DE NASCIMENTO: 16/12/1997 RG: 003776589 CPF: \_\_\_\_\_  
FILIAÇÃO MÃE: MARIA AUXILIADORA DA SILVA NASCIMENTO  
FILIAÇÃO PAI:  
ENDERECO: BOA VISTA Nº 28  
BAIRRO: CENTRO CIDADE: FELIPE GUERRA  
ESTADO: RN CEP: 59795-000  
FONE: (84) 99690-0121 FONE: (84) 99662-1803

SUMÁRIO DE ALTA

TIPO DE ALTA:  MÉDICA  ADMINISTRATIVA  A PEDIDO  EVASÃO  OBITO  
DATA: 06/11/2019 HORA: ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR:

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

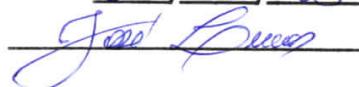
Pacient submetido a tratamento  
cerúrgico de fratura de fíbula  
drácto  
paciente bom sem nenhuma

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA

CNPJ: 09.417.742/0001-91

Confere com o Original

Data: 06 / 11 / 2019



CRM-RN 6619 / TECRIT 14815

Ortopedia / Traumatologia

Dr. Wander Alison C. Aranha

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



DATA: 20/09/2019

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**Nome: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA** **21 ANOS**  
**CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC** **Leito: 306-4**  
**DATA DA ADMISSÃO: 16/09/19** **FELIPE GUERRA -RN** **CÓDIGO: 49352**

<b>DATA DA ADMISSÃO:</b> 10/09/19	<b>TELE F GUEIRRA RN</b>	<b>CÓDIGO: 19352</b>
<b>EVOLUÇÃO</b>		
<b>Nºfraturas:</b> 01	4º DIH: FX EXPOSTA DIAFISE DA TIBIA DIREITA (EM USO DE FIXADOR EXTERNO)	
<b>QP: SEM QUEIXAS NO MOMENTO</b>		
<b>EF:</b> BEG,COTE, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO E AFEBRIL .		
ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO. BNF		
AR: MV+ EM AMBOS HEMITORAX. SRA.		
ABDOME: ATIPICO, FLACIDO E INDOLOR A PALPACAO. RHA+		
<b>SITUAÇÃO:</b>		
LABORATORIO (18/09/19): HB: 13.5 LEUCO: 8600 PLAQ: 263000 UREIA: 26 CR:1,00 TGO: 29 TGP: 15		
GUIA PARA SOLICITACAO DE SISREG PREENCHIDA – AGUARDA MARCAÇÃO CIRURGIA		
RISCO CIRURGICO BAIXO		
<b>CD:</b> VPM	<i>Alta Cr oneração</i>	

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA VO PARA HAS E DM	
2	SF0,9% 2000 ML EV PARA 24 HORAS	
3 D3	OXACILINA 1G + 100ML SF0,9% EV 6/6 HORAS	
4 D2	CLINDAMICINA 600MG + 100ML SF0,9% EV 6/6 HORAS	
5	DIPIRONA 1G+ 8ML ABD EV 6/6 HORAS	
6	TRAMADOL 50MG + 100ML SF0,9% EV 8/8 HORAS SN	
7	OMEPRAZOL, 40MG VO 1XDIA EM JEJUM	
8	CLEXANE 40MG SC 1XDIA AS 16 HORAS	
9	PLASIL – 01 AMPOLA NO SORO 8/8 HORAS SE NAUSEA/VOMITO	
10	SSVV + CCGG 6/6H	

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAMM MOSSORÓ

SAME / AROUND





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

DÉBITO CIRÚRGICO

Nome do paciente: José Vitor Nogueira dos Santos Nº do Pront.: 16-09-19  
Cirurgia: III anágico das ossas da perna D. Data: 16-09-19  
Cirurgião: DR. Fabrício Auxiliar: pinturista Instrumentadora: Antonelle  
Anestesista: DR. Jairson Pinto Anestesia: Rogério  
Início da Cirurgia: 14:20 Término: 14:50

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	<u>5 und.</u>
* GASES	<u>02 pacotes</u>
* ESPARADRAPO	
* COMPRESSAS	
* LÂMINA DE BISTURI N°	
* LUVAS	<u>02 unid.</u>
* EQUIPO PARA SORO	
* S CALPS N°	
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA <u>Agulha g/ Regue</u>	<u>01 unid.</u>
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	
* SERINGAS DE 05 ML	
* SERINGAS DE 10 ML	<u>01 unid.</u>
* SERINGAS DE 20 ML	
* AGULHAS DESCARTÁVEIS <u>40x12</u>	<u>01 unid.</u>
* SONDA ENDOTRAQUEAL N°	
* TRAQUEOSTOMO	
* SONDA URETRAL N°	
* SONDA FOLEY N°	
* SONDA NASOGÁSTRICA N°	
* CATETER PARA 02	
* SONDA PARA ASPIRAÇÃO N°	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENO DE PENROSE N°	
* DRENO DE TORAX N°	
* ATADURA GESSADA	
* FAIXA DE CREPOM	<u>02 unid.</u>
* ALGODÃO ORTOPÉDICO	
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	
* MONONYLON	
* OUTROS FIOS	
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	
* USO DE OXIGÉNIO	
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCÓOLICA	
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	<u>30ml</u>
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ETER	
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%	
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	
* MANITOL	<u>Prepi</u> <u>06 unid.</u>
* XILOCAINA A 2%	<u>Gelos</u> <u>03 unid.</u>
- ABD	<u>Pancreas</u> <u>03 unid.</u>
	<u>1... con de mord.</u> <u>04 unid.</u>

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 13/11/2019

SAME/ARQUIVO B1M





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Josivaldo Noronha da Costa Reg Nº \_\_\_\_\_

Diagnóstico pré-operatório: Fratura exposta da tibia (diófisi) direita

Indicação terapêutica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

INTERVENÇÃO

Início: 13:40 Fim: 14:40 Duração: \_\_\_\_\_

Operador Dr Fabiano

1ª Auxiliar: Dr Pinheiro

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

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

Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia; aspersão e antisepsia; colocação de campos estériles; ampliado enunciado de exposição e realizado desbridamento e lavagem exaustiva com SFO, 9%; observado fratura calviforme com calcânea cominuída; fixado com fixador externo linear 350,0mm; sutura de pele; curativo estéril; PSRA.

Fabiano Dantas de Carvalho  
Ortopedia e Traumatologia

CRMRN: 6672

16/09/19

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
JANE MOSSORÓ 13/11/2019

B1M  
SAME / ARQUIVO



Sistema Ministério SUS único de da Saúde Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR						
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>								
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA			2 - CNES 2503689					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA			4 - CNES 2503689					
<b>Identificação do Paciente</b>								
5 - NOME DO PACIENTE JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA (8 - 4864/2019)			6 - Nº DO PRONTUÁRIO 209646					
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 162384265600003		8 - DATA DE NASCIMENTO 16/12/1997		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	10 - RACA/COR PARDA	10.1 - ETNIA		
11 - NOME DA MÃE MARIA AUXILIADORADA SILVA NASCIMENTO			12 - TELEFONE DE CONTATO DDD 84 96547984					
13 - NOME DO RESPONSÁVEL JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA			14 - TELEFONE DE CONTATO DDD 84 96547984					
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) BOA VISTA, 28 / - CIDADE ALTA			16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA FELIPE GUERRA			17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 240370	18 - UF - RN	19 - CEP - 59795000
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>								
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS								
<p style="text-align: center;">SINTOMAS</p> <p style="text-align: center;">SINTOMAS</p> <p style="text-align: center;">SINTOMAS</p> <p style="text-align: center;">SINTOMAS</p>								
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO								
<p style="text-align: center;">GASOSIMENOS</p> <p style="text-align: center;">INFLAM</p>								
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)								
<p style="text-align: center;">EXAMENES</p> <p style="text-align: center;">TESTES</p>								
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPLAS DE UM MEMBRO INFERIOR			24 - CID 10 PRINCIPAL T02.3	25 - CID 10 SECUNDÁRIO S82.8	26 - CID 10 CAUSAS ASSOC. V29.9			
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>								
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPI				28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 040805050				
29 - CLÍNICA CIR		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 2		31 - DOCUMENTO ( ) CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) / ROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE 13186183472			
33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE ANTONIO PINHEIRO DE ALMEIDA NETO		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 16/09/2019		35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) 13186183472 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA ANTONIO PINHEIRO DE ALMEIDA NETO				
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>								
36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA			40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE		
37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		42 - CNPJ EMPRESA			43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR		
38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO								
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO      ( ) EMPREGADOR      ( ) AUTÔNOMO      ( ) DESEMPREGADO      ( ) APOSENTADO      ( ) NÃO SEGURADO								
<b>AUTORIZAÇÃO</b>								
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR LIGINEY LINO DE OLIVEIRA			47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR			52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
48 - DOCUMENTO (X) CNS		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR 980016001835565			HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAMM MOSSORÓ 13/11/2019			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)						





ABR 02 - 202000 ADOUINAS VITÓRIA ESM CONVOCAT  
BRUNO 3100174 201120 BENTONW AVANZI CEF SANTOS  
WANDER 000106922785 ESTORNALM 1721012 2262526  
ALFREDO 05505 6570 240121 0516100  
ADMINTRAÇÃO DE CONSELHO CONSULTADO

Dr. Antonio Oliveira de Almeida  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
CRM 1.191-RJ

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 13.11.2019  
BIMO  
SAME / ARQUIVO

ESTAMOS DESENHAT JAHODA 2019  
ESTAMOS DESENHAT JAHODA 2019  
ESTAMOS DESENHAT JAHODA 2019

ESTAMOS DESENHAT JAHODA 2019



Prontuário: 209646



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

**PERMISSÃO**

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA** (Fia: 4864/2019), CPF:13982868424.

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

Mossoró/RN, 16 de Setembro de 2019.

Paciente ou responsável

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA  
EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.  
DATA 01/10/19

Assinatura

**CCIH - HRTM**  
DATA 02/10/19  
Rafaela  
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ C. CRIME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 13/11/2019

SAME / ARQUIVO





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**2ª Vara da Comarca de Apodi**  
BR 405, KM 76, Portal da Chapada, APODI - RN - CEP: 59700-000

Processo nº 0804216-31.2020.8.20.5112

**CHECKLIST INICIAL DE PROCESSO**

Em análise inicial do presente feito foram verificados os requisitos necessários abaixo descritos, com a informação "OK", não sendo identificada qualquer irregularidade:

- [ OK ] Documentos pessoais da parte autora;
- [ OK ] Comprovante de residência da parte autora;
- [ OK ] Instrumento procuratório em favor do(a) subscritor(a) da inicial;
- [ OK ] Assinatura do autor no instrumento procuratório;
- [ OK ] Endereço completo da parte requerida;
- [ OK ] Pagamento de custas processuais (FDJ e/ou FRMP) ou Pedido de Gratuidade Judiciária;
- [ OK ] Declaração de hipossuficiência ou outro documento hábil (em caso de Pedido de Gratuidade Judiciária);
- [ OK ] Valor da causa.

Apodi/RN, 6 de novembro de 2020.

**MADSON VINICIUS FIGUEIREDO LOPES**  
Servidor



Assinado eletronicamente por: MADSON VINICIUS FIGUEIREDO LOPES - 06/11/2020 11:28:20  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011061128207300000059926764>  
Número do documento: 2011061128207300000059926764

Num. 62486097 - Pág. 1



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
2ª Vara da Comarca de Apodi  
BR 405, KM 76, Portal da Chapada, APODI - RN - CEP: 59700-000

Processo: 0804216-31.2020.8.20.5112

Ação: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

### **DESPACHO**

#### **Vistos.**

Defiro a gratuitade judiciária em favor da parte autora.

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

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

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

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

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



Assinado eletronicamente por: JOAO MAKSON BASTOS DE OLIVEIRA - 10/11/2020 19:43:20  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111019432021300000059969796>  
Número do documento: 20111019432021300000059969796

Num. 62533188 - Pág. 1

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

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

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

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

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

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

P. I. Cumpra-se.

APODI/RN, 9 de novembro de 2020.

**JOAO MAKSON BASTOS DE OLIVEIRA**

Juiz de Direito Substituto

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



Assinado eletronicamente por: JOAO MAKSON BASTOS DE OLIVEIRA - 10/11/2020 19:43:20  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111019432021300000059969796>  
Número do documento: 20111019432021300000059969796

Num. 62533188 - Pág. 2



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
**2ª Vara da Comarca de Apodi**  
BR 405, KM 76, Portal da Chapada, APODI - RN - CEP: 59700-000

---

**Processo nº 0804216-31.2020.8.20.5112 - PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

**Parte Requerente:** JOSIVALDO NASCIMENTO DA COSTA

**Parte Requerida:** Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

### **CITAÇÃO**

De ordem do(a) MM(a) Juiz(íza) de Direito, Dr(a). **JOAO MAKSON BASTOS DE OLIVEIRA**, serve o presente para **CITAÇÃO** do(a)(s) parte(s) requerida(a)(s), para, no prazo de **15 (quinze) dias**, responder aos termos da inicial, sob pena de decretação da revelia e de se presumir como verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora, nos termos do art. 344, do CPC/2015.

**OBSERVAÇÃO:** O prazo para apresentação de defesa é contado da ciência eletrônica do presente ato.

Dado e passado nesta Cidade e Comarca de Apodi/RN, aos 23 de novembro de 2020.  
Eu, MADSON VINICIUS FIGUEIREDO LOPES, Servidor(a) desta Vara, o digitei.

(Assinado Digitalmente - Lei nº 11.419/2006)

**MADSON VINICIUS FIGUEIREDO LOPES**  
Servidor(a)



Assinado eletronicamente por: MADSON VINICIUS FIGUEIREDO LOPES - 23/11/2020 15:33:18  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112315331794000000060455975>  
Número do documento: 20112315331794000000060455975

Num. 63058178 - Pág. 1