

### INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** RIVALDO JEONNE DOS SANTOS, brasileiro, convivendo em união estável, pescador, portador da identidade nº. 002.004.511 SSP/RN e inscrito no CPF sob o nº. 785.266.634-53, residente e domiciliado na Rua Pedro Celestino da Costa, nº. 23, Bairro Samanaú, Caicó/RN, CEP 59.300-000.

**OUTORGADOS:** BEL. ANTÔNIO MARCOS COSTA DE OLIVEIRA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº. 8858; e BEL. FÁBIO LEITE DANTAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº. 9829, ambos sócios do escritório COSTA LEITE DANTAS SOCIEDADE DE ADVOGADOS, registrada na OAB/RN sob o número de ordem 729, com estabelecimento na Av. Celso Dantas, 187, Centro, Caicó/RN, CEP 59.300-000, com estabelecimento no endereço constante no rodapé desta página.

**OBJETO:** representar o(a) Outorgante, promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal ou Repartição Pública, promovendo tudo o bastante para o fiel cumprimento deste Mandato, até final decisão, ou desaparecimento, prematuro ou não, dos poderes aos quais se presta.

**PODERES:** Por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador o Outorgado, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad iudicia et extra*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga ao Advogado acima descrito, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, levantar ou receber RPV, precatórios e alvarás, pedir a concessão dos benefícios da justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei nº. 13.105/2015.

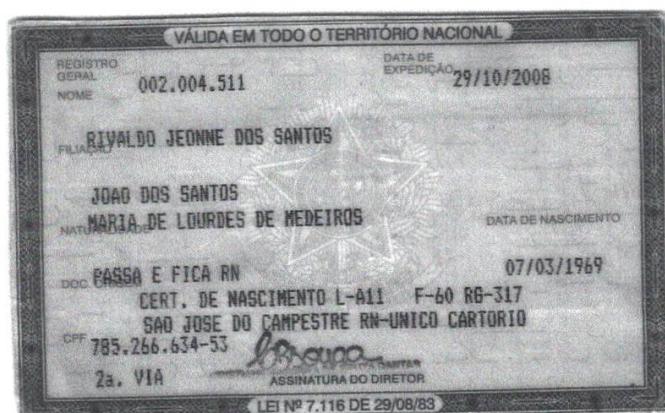
Caicó/RN, 23 de Junho de 2020.

Rivaldo Jeonno dos Santos

**OUTORGANTE**

Página 1





Assinado eletronicamente por: Fábio Leite Dantas - 03/12/2020 14:42:57  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012031442570480000060823965>  
Número do documento: 2012031442570480000060823965

Num. 63458031 - Pág. 1





PROTOCOLO DE REQUERIMENTO  
**1859517216**

Data de Entrada: 11/03/2020 09:17 - Intranet

**COMPROVANTE DO PROTOCOLO DE REQUERIMENTO**

Requerente

**ELZA PEREIRA DA SILVA**

Serviço

**EXTRATO PREVIDENCIÁRIO (CNIS)**

O atendimento presencial será em  
 **23 MAR**  
2020  
SEGUNDA-FEIRA

Horário marcado  
 **08:35**

Unidade Responsável

**AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL**  
CAICÓ

RUA ANÍBAL DA CUNHA MACÊDO, SN, CENTRO  
CAICO/RN  
CEP: 59.300-000

Dados do Requerente

**CPF** 081.040.554-70      **NIT** 267.36802.28-6  
**Nascimento** 16/03/1974  
**Mãe** MARIA DE LOURDES DOS SANTOS  
**E-Mail** coloniadepescadoresz62m@gmail.com  
**Telefone** Não informado  
**Celular** (84) 99609-0997

**Informações Adicionais**

Serviço para o cidadão obter o Extrato Previdenciário (CNIS), que contém informações sobre vínculos e remunerações que constam do Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS).

**Documentação necessária:**

- Documentos de identificação com foto e CPF do cidadão.  
O atendimento só será realizado para o titular do extrato ou seu procurador devidamente identificado.  
Favor comparecer com 15 (quinze) minutos de antecedência do horário agendado.

**Atenção:** você já pode obter seu Extrato Previdenciário (CNIS) pela internet, acessando a central de serviços Meu INSS, pelo endereço <http://meu.inss.gov.br>, ou pelo aplicativo Meu INSS no seu celular.

Como obter seu extrato pelo Meu INSS:

1. Acesse a opção Extrato Previdenciário (CNIS);
2. Clique no botão "FAZER LOGIN" no centro da tela;
3. Digite seu CPF e senha de acesso;
4. Marque no quadradinho Não sou um robô;
5. Clique em "ENTRAR".

Caso seja seu primeiro acesso, faça seu cadastro, clicando no botão "CADASTRE-SE", e crie a senha de sua preferência com no mínimo 9 caracteres e que deve conter pelo menos:

uma letra minúscula: a, b, c, d, e, f...

uma letra maiúscula: A, B, C, D, E, F...

um número: 1, 2, 3, 4, 5, 6...

Exemplos de senhas: Banta2018 / Maria1985 / Familia01

Para mais esclarecimentos, acesse a página Meu INSS Perguntas Frequentes.



Assinado eletronicamente por: Fábio Leite Dantas - 03/12/2020 14:42:57  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012031442574810000060823969>

Num. 63458035 - Pág. 1

Número do documento: 2012031442574810000060823969

## INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL Histórico de Créditos

03/12/2020 11:09:24

### Identificação do Filiado

NIT: 127.21159.64-1	CPF: 785.266.634-53	Data de Nascimento: 07/03/1969
<b>Nome:</b> RIVALDO JEONNE DOS SANTOS		
<b>Nome da mãe:</b> MARIA DE LOURDES DE MEDEIROS		
Compet. Inicial: 11/2020	Compet. Final: 12/2020	

### Créditos do Benefício

NB: 6317898697	
<b>Espécie:</b> 31 - AUXILIO-DOENCA PREVIDENCIARIO	
<b>APS:</b> 18021040 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CAICÓ	
<b>Data de Início do Benefício (DIB):</b> 18/03/2020	<b>Data de Cessação do Benefício (DCB):</b> 28/12/2020
<b>Data de Início do Pagamento (DIP):</b> 18/03/2020	<b>MR:</b> R\$ 1.045,00

Competência	Período	Valor Líquido	Meio de Pagamento	Status	Previsão do Pagamento	Data do Pagamento	Crédito Invalidado	Isento IR
11/2020	01/11/2020 a 28/11/2020	R\$ 1.062,42		Pago	04/12/2020		Não	Sim

Banco: 237 - BRADESCO OP: 186752 - CAICO Ocorrência: Crédito não retornado

Data Cálculo: 07/11/2020 Origem: Maciça Validade Início: 04/12/2020 Fim: 29/01/2021

Código	Descrição Rubrica	Valor
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERÍODO	R\$ 975,33
104	VALOR DO DECIMO-TERCEIRO SALARIO	R\$ 696,67
218	13. SALARIO PAGO COMPETENCIAS ANTERIORES	R\$ 609,58
323	ADIANTEAMENTO DE 13 COMPETENCIA ANTERIOR	R\$ 174,16

Competência	Período	Valor Líquido	Meio de Pagamento	Status	Previsão do Pagamento	Data do Pagamento	Crédito Invalidado	Isento IR
12/2020	29/11/2020 a 30/11/2020	R\$ 69,66		Pago	03/12/2020		Não	Sim

Banco: 237 - BRADESCO OP: 186752 - CAICO Ocorrência: Crédito não retornado

Data Cálculo: 30/11/2020 Origem: PAB Validade Início: 03/12/2020 Fim: 29/01/2021

Código	Descrição Rubrica	Valor
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERÍODO	R\$ 69,66

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme art. 19, § 3º do Decreto 3.048/99.



Assinado eletronicamente por: Fábio Leite Dantas - 03/12/2020 14:42:58  
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120314425788400000060823971>  
Número do documento: 20120314425788400000060823971

Num. 63458037 - Pág. 1

**INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL**  
**Histórico de Créditos**

Página 2 de 2

03/12/2020 11:09:24

**Identificação do Filiado**

**NIT:** 127.21159.64-1

**CPF:** 785.266.634-53

**Data de Nascimento:** 07/03/1969

**Nome:** RIVALDO JEONNE DOS SANTOS

**Nome da mãe:** MARIA DE LOURDES DE MEDEIROS

**Compet. Inicial:** 11/2020

**Compet. Final:** 12/2020

337

CP-Reativação

R\$ 69,66



Você pode conferir a autenticidade do documento em  
<https://meu.inss.gov.br/central/#/aberto/autenticidade>  
com o código 201203MHZDQH33

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme art. 19, § 3º do Decreto 3.048/99.



Assinado eletronicamente por: Fábio Leite Dantas - 03/12/2020 14:42:58  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120314425788400000060823971>  
Número do documento: 20120314425788400000060823971

Num. 63458037 - Pág. 2

## INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Página 1 de 1

### Comunicação de Decisão

03/12/2020 11:07:59

**NIT:** 127.21159.64-1

**Número do Benefício:** 631.789.869-7

**Espécie:** 31

**Número do Requerimento:** 201820775

**Ao Sr. (a):** RIVALDO JEONNE DOS SANTOS

**Endereço:** PEDRO CELESTINO DA COSTA 23

**CEP:** 59.300-000

**Município:** CAICO

**UF:** RN

**Assunto:** Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade.

**Decisão:** Deferimento do Pedido

**Motivo:** Manutenção do benefício.

**Fundamentação Legal:** Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991; Artigos 71 e 77 e § 2º do Art. 78 do Decreto nº 3.048, de 06/05/1999; § 6º do Art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016.

Em atenção à sua Solicitação de Prorrogação, apresentada no dia 27/11/2020, informamos que foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício por incapacidade, a partir da data 29/11/2020, inclusive. Informamos que o pagamento do seu benefício será mantido até o dia 28/12/2020. Caso considere o prazo suficiente, o(a) senhor(a) poderá retornar voluntariamente ao trabalho, não sendo necessário novo exame médico pericial, conforme parágrafo 6º do art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016. Caso considere o prazo para recuperação da capacidade laborativa insuficiente, o(a) senhor(a) poderá solicitar prorrogação do benefício, dentro do prazo de 15 dias antes de sua cessação (28/12/2020), por meio do número 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br . Desta decisão poderá interpor Recurso, no prazo de 30 dias do recebimento desta comunicação, à Junta de Recurso do Conselho de Recursos do Seguro Social - JR/CRSS, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br .



---

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

**Agência da Previdência Social:** CAICO

**Endereço:** RUA ANIBAL DA CUNHA MACEDO SN, CENTRO

**CEP:** 59.300-000

**Município:** CAICO

**UF:** RN

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente, 27 de Novembro de 2020

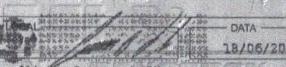
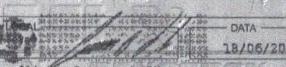
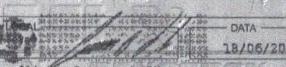
---

Assinatura do Requerente / Representante Legal



Você pode conferir a autenticidade do documento em  
<https://meu.inss.gov.br/central/#/aberto/autenticidade>  
com o código 2012030OM8JG98



<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b>		Nº 013711118533																																																																																																																																																																																																							
<p><b>DETAN - RN</b></p> <p><b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>VIA:</td> <td>1</td> <td>CPF / CNPJ:</td> <td>00757897657</td> <td>PLAÇA:</td> <td>MYB3385</td> </tr> <tr> <td>EXERCÍCIO:</td> <td>2018</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">NOME:</td> <td colspan="4">RIVALDO JEONNE DOS SANTOS</td> </tr> <tr> <td colspan="2">CPF / CNPJ:</td> <td colspan="4">785.266.634-53</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PLACA ANT / UF:</td> <td colspan="4">MYB3385 / RN</td> </tr> <tr> <td colspan="2">CHASSI:</td> <td colspan="4">SCGK5010010035060</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ESPECIE / TIPO:</td> <td colspan="4">PASSEILO / MOTOCICLETA / NAO APLICAVE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">MARCAS / MODELO:</td> <td colspan="4">YAMAHA / YBR 125E</td> </tr> <tr> <td colspan="2">CAP / POT / CIL:</td> <td colspan="4">0CV/124 CILINDRADAS</td> </tr> <tr> <td colspan="2">CATEGORIA:</td> <td colspan="4">PARTICULAR</td> </tr> <tr> <td colspan="2">COR PREDOMINANTE:</td> <td colspan="4">AZUL</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ANO FAB.:</td> <td colspan="4">2001</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ANO MOD.:</td> <td colspan="4">2001</td> </tr> <tr> <td colspan="2">COTA ÚNICA:</td> <td colspan="4">VEN. COTA ÚNICA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">IP</td> <td colspan="4">R\$ 0,00</td> </tr> <tr> <td colspan="2">V</td> <td colspan="4">07/05/2018</td> </tr> <tr> <td colspan="2">A</td> <td colspan="4">1<sup>a</sup> ISENTO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FAIXA IPVA:</td> <td colspan="4">PARCELAMENTO / COTAS</td> </tr> <tr> <td colspan="2">009606 3X</td> <td colspan="4">2<sup>a</sup> ISENTO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">I</td> <td colspan="4">3<sup>a</sup> ISENTO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">P</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">V</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">A</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)</td> <td colspan="2">IOF (R\$)</td> <td colspan="2">PRÉMIO TOTAL (R\$)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">0,00</td> <td colspan="2">0,00</td> <td colspan="2">0,00</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DATA DE PAGAMENTO:</td> <td colspan="4">07/05/2018</td> </tr> <tr> <td colspan="2">*** LICENCIAMENTO DETAN PAGO ***</td> <td colspan="4">DEVAIS PAGO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">OBSERVAÇÕES:</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">RECOLHIMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO</td> <td colspan="4">NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">MOTOR: E308E-038454</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">CAICO/RN</td> <td colspan="4">DATA:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">18/06/2018</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="6">    <b>Sidnei Bezerra da Silva</b>  <b>Corporador de Aspetos de Veículos</b>  <b>DETAN - RN</b> </td> </tr> </table>				VIA:	1	CPF / CNPJ:	00757897657	PLAÇA:	MYB3385	EXERCÍCIO:	2018					NOME:		RIVALDO JEONNE DOS SANTOS				CPF / CNPJ:		785.266.634-53				PLACA ANT / UF:		MYB3385 / RN				CHASSI:		SCGK5010010035060				ESPECIE / TIPO:		PASSEILO / MOTOCICLETA / NAO APLICAVE				MARCAS / MODELO:		YAMAHA / YBR 125E				CAP / POT / CIL:		0CV/124 CILINDRADAS				CATEGORIA:		PARTICULAR				COR PREDOMINANTE:		AZUL				ANO FAB.:		2001				ANO MOD.:		2001				COTA ÚNICA:		VEN. COTA ÚNICA				IP		R\$ 0,00				V		07/05/2018				A		1 <sup>a</sup> ISENTO				FAIXA IPVA:		PARCELAMENTO / COTAS				009606 3X		2 <sup>a</sup> ISENTO				I		3 <sup>a</sup> ISENTO				P						V						A						PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)		PRÉMIO TOTAL (R\$)		0,00		0,00		0,00		DATA DE PAGAMENTO:		07/05/2018				*** LICENCIAMENTO DETAN PAGO ***		DEVAIS PAGO				OBSERVAÇÕES:						RECOLHIMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO		NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA				MOTOR: E308E-038454						CAICO/RN		DATA:				18/06/2018						 <b>Sidnei Bezerra da Silva</b> <b>Corporador de Aspetos de Veículos</b> <b>DETAN - RN</b>					
VIA:	1	CPF / CNPJ:	00757897657	PLAÇA:	MYB3385																																																																																																																																																																																																				
EXERCÍCIO:	2018																																																																																																																																																																																																								
NOME:		RIVALDO JEONNE DOS SANTOS																																																																																																																																																																																																							
CPF / CNPJ:		785.266.634-53																																																																																																																																																																																																							
PLACA ANT / UF:		MYB3385 / RN																																																																																																																																																																																																							
CHASSI:		SCGK5010010035060																																																																																																																																																																																																							
ESPECIE / TIPO:		PASSEILO / MOTOCICLETA / NAO APLICAVE																																																																																																																																																																																																							
MARCAS / MODELO:		YAMAHA / YBR 125E																																																																																																																																																																																																							
CAP / POT / CIL:		0CV/124 CILINDRADAS																																																																																																																																																																																																							
CATEGORIA:		PARTICULAR																																																																																																																																																																																																							
COR PREDOMINANTE:		AZUL																																																																																																																																																																																																							
ANO FAB.:		2001																																																																																																																																																																																																							
ANO MOD.:		2001																																																																																																																																																																																																							
COTA ÚNICA:		VEN. COTA ÚNICA																																																																																																																																																																																																							
IP		R\$ 0,00																																																																																																																																																																																																							
V		07/05/2018																																																																																																																																																																																																							
A		1 <sup>a</sup> ISENTO																																																																																																																																																																																																							
FAIXA IPVA:		PARCELAMENTO / COTAS																																																																																																																																																																																																							
009606 3X		2 <sup>a</sup> ISENTO																																																																																																																																																																																																							
I		3 <sup>a</sup> ISENTO																																																																																																																																																																																																							
P																																																																																																																																																																																																									
V																																																																																																																																																																																																									
A																																																																																																																																																																																																									
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)		PRÉMIO TOTAL (R\$)																																																																																																																																																																																																					
0,00		0,00		0,00																																																																																																																																																																																																					
DATA DE PAGAMENTO:		07/05/2018																																																																																																																																																																																																							
*** LICENCIAMENTO DETAN PAGO ***		DEVAIS PAGO																																																																																																																																																																																																							
OBSERVAÇÕES:																																																																																																																																																																																																									
RECOLHIMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO		NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA																																																																																																																																																																																																							
MOTOR: E308E-038454																																																																																																																																																																																																									
CAICO/RN		DATA:																																																																																																																																																																																																							
18/06/2018																																																																																																																																																																																																									
 <b>Sidnei Bezerra da Silva</b> <b>Corporador de Aspetos de Veículos</b> <b>DETAN - RN</b>																																																																																																																																																																																																									
<b>SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VÍA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT</b>																																																																																																																																																																																																									
<b>RN Nº 013711118533 BILHETE DE SEGURO DPVAT</b>																																																																																																																																																																																																									
<b>2018</b>																																																																																																																																																																																																									
<b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT</b> <b>PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO</b> <b>AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b> <b><a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a></b> <b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b>																																																																																																																																																																																																									
<b>EXERCÍCIO:</b> 2018 <b>DATA EMISSÃO:</b> 18/06/2018																																																																																																																																																																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>VIA:</td> <td>1</td> <td>CPF / CNPJ:</td> <td>785.266.634-53</td> <td>PLACA:</td> <td>MYB3385</td> </tr> <tr> <td>RENAVAM:</td> <td>00757897657</td> <td>MARCA / MODELO:</td> <td colspan="3">YAMAHA / YBR 125E</td> </tr> <tr> <td>ANO FAB.:</td> <td>2001</td> <td>CAT. TAN.:</td> <td>9</td> <td>Nº CHASSI:</td> <td>SCGK5010010035060</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PRÉMIO TARIFÁRIO</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>FMS (R\$)</td> <td>DENATRAN (R\$)</td> <td colspan="4">CUSTO DO SEGURO (R\$)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">CUSTO DO BILHETE (R\$)</td> <td colspan="2">IOF (R\$)</td> <td colspan="2">TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">PAGAMENTO</td> <td colspan="4">DATA DE QUITAÇÃO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> COTA ÚNICA</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> PARCELADO</td> </tr> </table>				VIA:	1	CPF / CNPJ:	785.266.634-53	PLACA:	MYB3385	RENAVAM:	00757897657	MARCA / MODELO:	YAMAHA / YBR 125E			ANO FAB.:	2001	CAT. TAN.:	9	Nº CHASSI:	SCGK5010010035060	PRÉMIO TARIFÁRIO						FMS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)										CUSTO DO BILHETE (R\$)		IOF (R\$)		TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)								PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO				<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO																																																																																																																																													
VIA:	1	CPF / CNPJ:	785.266.634-53	PLACA:	MYB3385																																																																																																																																																																																																				
RENAVAM:	00757897657	MARCA / MODELO:	YAMAHA / YBR 125E																																																																																																																																																																																																						
ANO FAB.:	2001	CAT. TAN.:	9	Nº CHASSI:	SCGK5010010035060																																																																																																																																																																																																				
PRÉMIO TARIFÁRIO																																																																																																																																																																																																									
FMS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)																																																																																																																																																																																																							
CUSTO DO BILHETE (R\$)		IOF (R\$)		TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)																																																																																																																																																																																																					
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO																																																																																																																																																																																																							
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO																																																																																																																																																																																																							
<b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b> <b>CNPJ 09.348.698/0001-04</b>																																																																																																																																																																																																									
<small>JUN/2017</small>																																																																																																																																																																																																									

Assinado eletronicamente por: Fábio Leite Dantas - 03/12/2020 14:42:58

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120314425835800000060823976>

Número do documento: 20120314425835800000060823976

Num. 63458042 - Pág. 1



()



Buscar no site



A COMPANHIA SEGURO DPVAT PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO (/fraudometro)

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a contar da data de entrega da documentação completa.**

### SINISTRO 3180453639 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** RIVALDO JEONNE DOS SANTOS

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial Natal-RN

**BENEFICIÁRIO** RIVALDO JEONNE DOS SANTOS

**CPF/CNPJ:** 78526663453

**Posição em 02-12-2020 14:36:47**

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#) (I)

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/10/2018	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50



- › Saiba Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)
- › Pontos de Atendimento (</Pontos-de-Atendimento>)
- › 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/Duvidas-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>)



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

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





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA MILITAR  
COMANDO DE PÓLICIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPR

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

**B O A T**

03057

### 1 - LOCAL E DATA

Local RN-288 Bairro ZONA RURAL  
Cidade/UF CAICÓ/RN P. Ref. GALPÃO JEFFERSON CARNAUBA  
Data 18/10/2018 Hora do acidente 08:00 Hora do registro 08:30 Dia da semana SEGUNDA-FEIRA

### 2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- Colisão Frontal  - Colisão Lateral  - Capotamento  - Atropelamento  
 - Colisão Posterior  - Colisão Transversal  - Choque  - Outro(s) \_\_\_\_\_

### 3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi OKC 6908 Cidade SÃO JOSÉ DO SERIDÓ UF RN  
Marca/Mod. HONDA CG 150 FAN ESI Cor VERMELHA Ano 2013 / 2013  
Proprietário FRANCISCO NETO DA SILVA N° de Ocupantes 01  
Condutor FERNANDO CESAR DOS SANTOS Data de Nasc. 29/10/1997  
Endereço R. DALVA CIRNE N° 069 Fone \_\_\_\_\_  
Bairro CENTRO Cidade SÃO JOSÉ DO SERIDÓ UF RN  
CPF N° 100.303.664.66 CNH N° 06592494330 Validade 12/10/2020 Categoria AB  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

### 4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi MYB 3385 Cidade CAICÓ UF RN  
Marca/Mod. YAMAHA YBR 125E Cor AZUL Ano 2001 / 2001  
Proprietário RIVALDO JEONNE DOS SANTOS N° de Ocupantes 01  
Condutor RIVALDO JEONNE DOS SANTOS Data de Nasc. 07/03/1969  
Endereço R. JORNALISTA PEDRO CELESTINO FILHO N° 023 Fone (54) 99609 0997  
Bairro JALVIANO SANTOS Cidade CAICÓ UF RN  
CPF N° 785.366.634.53 CNH N° 51/CNH Validade / / Categoria   
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

### 5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ N° de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF N° \_\_\_\_\_ CNH N° \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

### 6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ N° de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF N° \_\_\_\_\_ CNH N° \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_



## 7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? RN - 288  
Em que sentido? São José do Seridó / Caiçó

Em que faixa? única

Versão do condutor \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Assinatura do Condutor do V1

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? RN - 288  
Em que sentido? Caiçó / São José do Seridó

Em que faixa? única

Versão do condutor \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? \_\_\_\_\_  
Em que sentido? \_\_\_\_\_

Em que faixa? \_\_\_\_\_

Versão do condutor \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? \_\_\_\_\_  
Em que sentido? \_\_\_\_\_

Em que faixa? \_\_\_\_\_

Versão do condutor \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

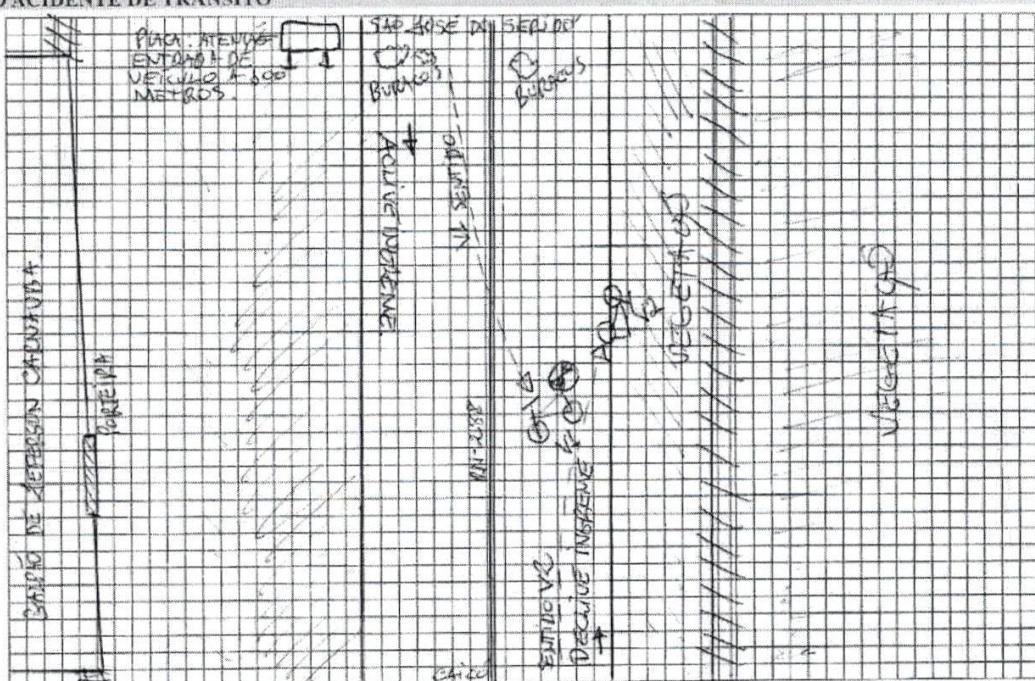
## Assinatura do Condutor do V4



## 8 - CONDIÇÕES DA VIA

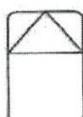
<b>Luminosidade</b>	<b>Cond./ Tempo</b>	<b>Tipo da Pista</b>	<b>Caract./ Pista</b>	<b>Cond./ Pista</b>	<b>Sinalização</b>
<input type="checkbox"/> Amanhecedo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input checked="" type="checkbox"/> Aclive Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite e/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Neblina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclive Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input checked="" type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input checked="" type="checkbox"/> Linha <u>DUPA CONTINUA</u>
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente	_____	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s).
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input checked="" type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. ____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



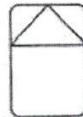
10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1 PARTE DA FRENTE

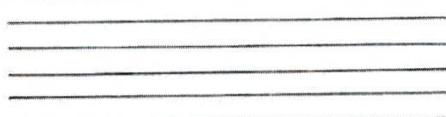
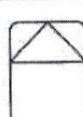


### **AVARIAS DO VEÍCULO 3**

AVARIAS DO VEÍCULO 2 PARTE DA FRENTE  
COMPLETA.



#### AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 -  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4 Conduzido para: HOSP. REGIONAL

Presenciou:  Testemunha  Fato  Registro

Nome: FERNANDO CESAR DOS SANTOS  
 RG Nº: 3046908 Órgão Expedidor: SSP/RN Data de Nascimento: 29/105/1997  
 Endereço: R. DALVA CIRNE Nº: 069 Fone:  
 Bairro: CENTRO Cidade: SÃO JOSÉ DO SERIDÓ UF: RN  
 Versão:

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora: 10:00

12 -  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4 Conduzido para: HOSP. REGIONAL

Presenciou:  Testemunha  Fato  Registro

Nome: RIVALDO LEONNE DOS SANTOS  
 RG Nº: 002.004.513 Órgão Expedidor: SSP/RN Data de Nascimento: 07/103/1969  
 Endereço: R. DORNANISTA PEDRO CELESTINO FILHO Nº: 023 Fone: (84) 99609-0997  
 Bairro: SALVIANO SANTOS Cidade: CAICÓ UF: RN  
 Versão:

Assinatura \_\_\_\_\_ Hora: 10:10

13 -  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4 Conduzido para: \_\_\_\_\_

Presenciou:  Testemunha  Fato  Registro

Nome: \_\_\_\_\_  
 RG Nº: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: / /  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Versão: \_\_\_\_\_

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

14 -  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4 Conduzido para: \_\_\_\_\_

Presenciou:  Testemunha  Fato  Registro

Nome: \_\_\_\_\_  
 RG Nº: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: / /  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Versão: \_\_\_\_\_

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

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Marca/Modelo: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_ RG Nº: \_\_\_\_\_ Órgão Exp.: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

16 - IMAGENS / FOTOS  SIM  NÃO AUTUAÇÃO  SIM  NÃO AIT Nº: A-18130224 CÓD/DES/SD: 5550/10

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

AMOS OS CONDUTORES FORAM SOCORRIDOS PELO SAMU E CORPO DE BOMBEIROS SAÍDA O HOSPITAL REGIONAL. O CONDUTOR DO V1 FOI ENCAMINHADO PARA A UTI EM ESTADO GRAVE E POR ISSO NÃO FOI POSSÍVEL COLOCAR A SUA VERSÃO. O CONDUTOR DO V2 FOI ENCAMINHADO PARA A SALA DE CIRURGIA E TAMBÉM NÃO FOI POSSÍVEL COLOCAR A SUA VERSÃO. O CONDUTOR DO V1 ESTÁ COM A DOCUMENTAÇÃO EM DIA, CNH E CRDV. O CONDUTOR DO V2 NÃO POSSUI CNH E, FOI AUTUADO NO ART 361 I DO CTB. O V1 FOI ENTREGUE A UM FAMILIAR DO CONDUTOR. O V2 FICOU NO GALPÃO DE ACERSON CARNAUBA. A VIA NÃO POSSUI ACOSTAMENTO, A VIA ESTÁ COM DURAGS. O FATO FOI REGISTRADO NA 3ª DP/EP NO "BO" Nº 2038329000588

Nome Completo do Agente: Cláudio ROBERTO DANTAS  
 POSTO/GRAD.: 2º SGT PM Nº: 0557 Viatura: DRE-302 Subunid.: 1º BPF/3º DPRF  
 Local e Data: Caicó, 18 de JUNHO de 2018 Assinatura do Agente de Trânsito

## PROJEF WEB - Programa para Cálculo de Liquidação de Sentença

Desenvolvido pelos Núcleos de Cálculos Judiciais e de Tecnologia da Informação da Justiça Federal do Rio Grande do Sul

### RESUMO DO CÁLCULO

#### Processo:

Autor: Rivaldo Jeonne dos Santos

Réu: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e outro

#### I - PARTES

Nome	Principal corrigido	Juros de mora	Total (R\$)
Rivaldo Jeonne dos Santos	14.852,99	3.564,72	18.417,71
<b>Total Partes -&gt;</b>	<b>14.852,99</b>	<b>3.564,72</b>	<b>18.417,71</b>

#### II - TOTALIZAÇÃO

Descrição	Total (R\$)
<b>SUBTOTAL DA CONTA (I)</b>	<b>18.417,71</b>
<b>TOTAL DA CONTA EM 11/2020</b>	<b>18.417,71</b>

ATUALIZADO ATÉ NOVEMBRO/2020

Caiocó, 3 de dezembro de 2020

Cálculo elaborado por: Fábio Leite Dantas  
Advogado, OAB/RN 9829

#### Critérios e parâmetros do cálculo

Data de início dos juros moratórios: 11/2018 (independente da data da parcela)

Juros de mora: 12% a.a.

Critério de correção monetária das parcelas:Diversos I => [ORTN - OTN - BTN - INPC (03/91)]

Composição do critério: ORTN (10/64-02/86) OTN (03/86-12/88) BTN (01/89-02/91) INPC (03/91 em diante) (SEM EXPURGOS)

Sucumbências: Não foram apuradas

Honorários advocatícios: Não foram apurados.

O programa PROJEF WEB foi desenvolvido a título de sugestão no intuito de possibilitar que o Autor apresente uma conta no momento do ajuizamento e/ou da execução do processo. Contudo, salientamos que sempre prevalecerá o entendimento de cada Juízo nas questões pertinentes aos cálculos judiciais. Pelo fato desse programa conter inúmeras opções de critérios de correção monetária e de juros moratórios, o usuário ficará inteiramente responsável pelas suas escolhas. A simples utilização do programa não implica em certeza absoluta no seu resultado final e nem em aceitação compulsória por parte do Magistrado.

Gere novamente este cálculo usando o identificador 4c2f6aac - Página 1 de 2



Assinado eletronicamente por: Fábio Leite Dantas - 03/12/2020 14:42:59  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120314425940300000060823984>  
Número do documento: 20120314425940300000060823984

Num. 63458050 - Pág. 1

**DEMONSTRATIVO DE PARCELAS****PARTE: Rivaldo Jeonne dos Santos**

#	Data	Principal (A)	Coef. Corr. Monetária (B)	Princ. Corrigido (C = A x B)	Juros % (D)	Juros \$ (E = C x D)	Total (R\$) (F = C + E)
1	06/18	13.500,00	1,1002214264	14.852,99	24,0000%	3.564,72	18.417,71
<b>Totais</b>		<b>13.500,00</b>		<b>14.852,99</b>		<b>3.564,72</b>	<b>18.417,71</b>

**Total da Parte: Rivaldo Jeonne dos Santos =>****18.417,71**

DEMONSTRATIVO PARA FINS DE RENDIMENTOS RECEBIDOS ACUMULADAMENTE-RRA (LEI 12.350/2010)

Anos-calendário anteriores		Ano-calendário atual (2020)	
Qtd. Parcelas	Valor	Qtd. Parcelas	Valor
1	R\$ 18.417,71	0	R\$ 0,00

Gere novamente este cálculo usando o identificador 4c2f6aac - Página 2 de 2



Assinado eletronicamente por: Fábio Leite Dantas - 03/12/2020 14:42:59  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120314425940300000060823984>  
 Número do documento: 20120314425940300000060823984

Num. 63458050 - Pág. 2



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  
3515168

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO  
161733

RIVALDO JEONNE DOS SANTOS

7- CARTAO NACIONAL/SUS  
000 0708 7021 0797

8- DATA DE NASCIMENTO  
07/03/1969

9- SEXO  
MASCULINO

10- RAÇA/COR  
PARDA

11- NOME DA MAE  
MARIA DE LURDES MWEDEIRO

12- TELEFONE DE CONTATO  
996090997

13- NOME DO RESPONSÁVEL  
FILHA ( MURIELE

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)  
RUA PEDRO CELESTINO DA COSTA /23

16- MUNICÍPIO  
CAICO

17- BAIRRO  
SEMANA I

18- UF  
RN

19- CEP  
5930000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de cegueira motociclista + hipoglic. Submeteu-se a teste no braço de nefrite aguda. Tensão alta. Bloco fechado de pulmão direito. Vizinhos relataram que paciente é de origem libanesa.

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO  
Necessário tratamento cirúrgico

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

EC + EF + X

23- DIAGNOSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Respiratória de ferimento

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNACAO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

DR Edimar M. Dantas  
Ortopedia - H.O. - Matologia

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- N° DO BILHETE

41- SÉRIE

36- ( ) AC. TRÂNSITO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO

38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

52- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Hospital Deoclécio M. Lucena

CONFERE COM O ORIGINAL

Pamamirim/RN

1985/1



## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA  
ORTOPEDIAREGULAÇÃO  
WALFREDO GURGEL

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO	
		161733	
DATA	HORA	CATEGORIA	
27.07	10:53	GIH	
PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO		
RIVALDO JEONNE DOS SANTOS	07/03/1969		
ESTADO CIVIL	PROFISSAO		
SOLTEIRA	PESCADOR		
ENDEREÇO (RUA, Nº)			
RUA PEDRO CELESTINO DA COSTA /23			
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF	CEP
CAICO	SEMANA I	RN	5930000
LOCAL DE TRABALHO	TELEFONE		
FILIAÇÃO			
MARIA DE LURDES MWEDEIRO	JOÃO DOS SANTOS		
RESPONSÁVEL	TELEFONE		
FILHA ( MURIELE	996090997		
ENDEREÇO			
O MESMO			

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO  
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO

ALTA 13.08

OBITO

## HISTÓRIA CLÍNICA

Hospital Décio M. Lucena  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Parauapebas/RN  
*[Handwritten signature]*

*198521*

415.70870277-300797 *NIR* RET-ORT



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA  
PARNAMIRIM /RN

*U9*

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA *nº 275* n. 1061

NOME: *RIVALDO JEONNE DOS SANTOS*

IDADE: *07/03/1969* COR: *M* SEXO: *M* ESTADO CIVIL: *SOLT.*

NATURALIDADE: *BASSA E FICA* PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: *R. PEDRO C. DA COSTA 23* BAIRRO: *SAMANAU*

CIDADE: *ENIÓ* DATA: *27/07/18* HORA: *08:46*

**CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO**

APARENTEMENTE BEM <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	COM DISPNÉIA <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  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)

*Apresente um ferimento de  
fratura do fêmur esq.*

EXAME FÍSICO

*Hospital Deoclécio M. Lucena  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Parnamirim/RN*

**SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS** *198/21*

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL *Fratura do fêmur t.*



**EXAMES COMPLEMENTARES**

X do ferim É  
Dr. Edimar M. Dantas  
CRM - 942  
Ortopedia-Traumatologia  
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**

Intervir para o ferir

Dr. Edimar M. Dantas  
CRM - 942  
Ortopedia-Traumatologia  
Ass. do Responsável

**DESTINO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL  HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE  Ortopedia	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____ / ____ / ____  HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR  DATA ____ / ____ / ____	DECISÃO MÉDICA  Dr. Edimar M. Dantas CRM - 942 Ortopedia-Traumatologia	A REVELIA <input type="checkbox"/>  HORA _____ HORA _____
ÓBITO ____ / ____ / ____		
ENTREGUE  MÉDICO	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>  S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



Nome do paciente		Russo Leonel dos Santos		Nº prontuário
Data operação	09/08/80	Enf.	Leito	
Operador	Marcos Nobrega	1º auxiliar	Marcos Magno Augusto	
2º auxiliar	AOLC	3º auxiliar	Instrumentador	
Anestesista	Anesthesia			
Diagnóstico pré-operatório	Fratura de Femur Esquerdo			
Tipo de operação	Tratamento cirúrgico com fixa - ção interna com enxerto ósseo			
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

Paciente sob anestesia, assépsia  
 campos, incisão em crista ilíaca direita.  
 dissecação, retasso enxerto ósseo, su-  
 fundido por placas, curativo.  
 Incisão face lateral da coxa  
 exposição, disssecção, limpeza da fibra ós-  
 sesão, fio guia, fissão e seccional-  
 do prego deslizante, placa acolissa  
 os parafusos corticais, os parafusos  
 espessas, contrapino, colocar en-  
 xerto de ilíaco, sutureado por placas  
 curativo.

Hospital Desocélio M. Lucena

CONFERE COM O ORIGINAL  
 Parnamirim/RN

DR. Valdir Magno P. do Carmo  
 Ortopedista e Traumatologista  
 Pós-graduado em Traumatologia  
 CRM 2166 - TEC 5961  
 CRF: 188.304.304-14



## Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital	FDML		Enfermaria	Leito	Nº prontuário																																										
Nome	LIMPO G. DOT SANTOS		Idade	Sexo	Cor																																										
Data	09/08/18	Pressão arterial	P脉搏	Respiração	Temperatura	Peso	Outros																																								
Tipo sanguíneo	Hematíias	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia																																										
	Urina																																														
Ap. respiratório	NPN			Asma	NEFA	Bronquite																																									
Ap. circulatório	NPN			Eletrocardiograma																																											
Ap. digestivo	NPN			Dentes	Pescoço	Ap. urinário																																									
Estado mental	ORIENTADO			Ataracicos	Corticoides	Alergia	NEFA	Hipotensores																																							
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico	Risco																																									
Anestesias anteriores																																															
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 100px;"> <tr><td>Agents Anestésicos</td><td>O<sub>2</sub></td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td>Líquidos</td><td></td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Anest.</td><td><input type="radio"/> Oper</td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> P Pulso</td><td><input type="radio"/> Resp:</td><td colspan="6"></td></tr> <tr><td colspan="8" style="text-align: center;">RPA</td></tr> </table>								Agents Anestésicos	O <sub>2</sub>							Líquidos								<input checked="" type="checkbox"/> Anest.	<input type="radio"/> Oper							<input checked="" type="checkbox"/> P Pulso	<input type="radio"/> Resp:							RPA							
Agents Anestésicos	O <sub>2</sub>																																														
Líquidos																																															
<input checked="" type="checkbox"/> Anest.	<input type="radio"/> Oper																																														
<input checked="" type="checkbox"/> P Pulso	<input type="radio"/> Resp:																																														
RPA																																															
SÍMBOLOS	PENFOL - 200mg																																														
E																																															
ANOTAÇÕES	TOXICAN-10mg; MILAGRA-10mg; FEVERAL-100mg																																														
POSIÇÃO	DOH DEKAMETONA-10mg; RALIDONA-10mg; JONDAJETCAV-100mg																																														
Agentes	BUPIVACAWA PEJADA-20mg; MOLINAT-0,3mg; LEFTIN-100mg; DIPICOVA-100mg																																														
Técnica	CATETER ANESTÉSICO + REBAÇA																																														
Operação	FRATURA DE FEMUR																																														
Cirurgiões	DR. MARCELO / DR CARLOS																																														
Anestesistas	DR. ADLER																																														
Observações	Dr Adler F. Maia Anestesiologista CRM-FRN 5432																																														
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias					Perda sanguínea																																										





P/ RIVALDO JEONNE DOS SANTOS

À SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
LAUDO MÉDICO

PACIENTE SUPRACITADO VITIMA DE TRAUMA GRAVE APRESENTANDO FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO COM PERDA ÓSSEA DE APROXIMADAMENTE 10 CENTÍMETROS NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO PARA TRANSPORTE ÓSSEO, NÃO DISPONÍVEL NESTE SERVIÇO. ENCAMINHO O PACIENTE A SECRETARIA DE SAÚDE PARA REDIRECIONAMENTO DO PACIENTE AO SERVIÇO QUE POSSA DISPONIBILIZAR TAL TRATAMENTO AO PÁCIENTE.

CID S72

NATAL, 05/07/2018

Dr. Fábio Roberto  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-RN 7036  
CRM-PE 21404





**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - CAICÓ/RN  
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
AUTORIZAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS  
DE MÉDIA COMPLEXIDADE - APMC**

**APMC N°: 992020113619-7  
COMP.: 05/2020  
CV: 78351618**

---

## I - IDENTIFICAÇÃO

Paciente: RIVALDO JEONNE DOS SANTOS [ 79355 ] Sexo: M Data Nasc.: 07/03/1969 (51)  
Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DE MEDEIROS  
End. de Residência: RUA PEDRO CELESTINO FILHO, 23, SALVIANO SANTOS - CAICÓ ( 240200 ), CEP.: 59300000  
Referência: PRONT UHRS Nº 030432  
Telefone: 9-9609-0997 - CELULAR - CONTATO: MESMO; 9-9633-0500 - CELULAR - CONTATO: FILHA  
WhatsApp: 84996090997  
CPF: 78526663453 - CNS: 708702177000797 - RG: 002004511

卷之三

Hipót. Diagnóstica PACIENTE VAI REALIZAR CONSULTA NO DEOCLEIO

### **III - SOLICITACAO**

Procedimento: [L0803010028] AJUDA DE CUSTO P/ ALIMENTACAO DE PACIENTE S/PERNOITE  
Data Req.: Prof. Henr. TFD - CENTRAL DE REGULAÇÃO CAICÓ [111404] CNS: 980016276856601  
06/05/2020 Unidade: CENTRAL DE REGULAÇÃO CAICÓ CNS: 5683912  
Data Req.: Prof. Henr. TFD - CENTRAL DE REGULAÇÃO CAICÓ [111404] CNS:  
06/05/2020 Mestr. Dolores [12340200]

---

**IV - AUTORIZAÇÃO**

Data Aut: 06/06/2020 Proc Aut: TPO - CENTRAL DE REGULAÇÃO CAICÓ

#### **V - ENCAMINHAMENTO/AGENDAMENTO**

Encaminhado para Unidade: [ 699997 ] Pousada Conforto do Lar  
Endereço: RUA RAIMUNDO JUVINO DE OLIVEIRA, 2425, LAGOA NOVA - NATAL/RN  
Telefone: 8499640-0833  
Data/Hora Encarte: 10/05/2024 Hora Agendada: 17:00

**NAO PAGUE NENHUM VALOR POR ESTA GUIA.**



**ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA - SESAP**  
**UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ - UHRS**  
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, S/N – Paúl VI – Caicó/RN  
CEP.: 59.300-000 – Telefax: (84) 3421-9628  
CNPJ. (ME): 08.241.754/0135-57

## **BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA**

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		<i>B105</i>	DATA		18.06.18		HORA DA ENTRADA		09:08		Nº ATENDIMENTO		<i>216</i>	
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE														
Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível														
NOME		<i>RIVALDO JEONNE dos SANTOS</i>				DATA DE NASCIMENTO		<i>07/03/69</i>		IDADE		<i>29</i>	SEXO	<i>M</i>
CPF		<i>485 966 634-53</i>		RG		<i>20041511</i>		DATA DE EXPEDIÇÃO		<i>29/10/2008</i>				
NATURALIDADE		<i>Carió</i>		ESTADO CIVIL		<i>S</i>		PROFISSÃO		<i>pescador</i>		CARTÃO SUS		<i>408402144000791</i>
NOME DA MÃE		<i>Maria de Lourdes Santos</i>				NOME DO PAI		<i>Jocélio dos Santos</i>						
ENDERECO		<i>TORNALISTA Peixoto C 2 Fazenda 23</i>				BAIRRO		<i>SOLVIANO SANTOS</i>						
CIDADE/ESTADO		<i>Carió</i>				TELEFONE DE CONTATO		<i>96090997</i>				RAÇA/COR		<i>B</i>
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS														
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde														
PA	mmhg	FC	bpm	FR	irpm	TEMP. AXILAR		°C	SpO2	%	Glicemia	mg/dl		
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO														
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista														
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO		<i>RN, 19/04/2018 Confere com o Origi al 19/04/2018</i>				ESCORE DE GLASGOW								

<p align="center"><b>CAMPO 4 – EXAMES COMPLEMENTARES</b> Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista</p> <p>Al de pena injetar exame de urina</p>	
<p align="center"><b>CAMPO 5 – PRESCRIÇÃO MÉDICA</b> Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista</p> <p>Dar 1 copo + 100 ml EV 9:17 AM Rx estomacal 4x800 Rx torax Rx pulmão E 4x800 Rx quedas E 4x800</p>	
<p align="center"><b>CAMPO 6 – CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE</b> Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem</p> <p>MOTIVO DA SAÍDA</p> <p>( <input type="checkbox"/> ) ALTA MÉDICA      ( <input type="checkbox"/> ) EVASÃO      ( <input type="checkbox"/> ) RECUSA DO TRATAMENTO      ( <input type="checkbox"/> ) ÓBITO</p> <p>REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA</p> <p>UNIDADE DE DESTINO: _____</p> <p>DATA: _____ HORA DA SAÍDA: _____</p>	





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAICÓ  
SAMU METROPOLITANO

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o usuário dos serviços de saúde Rivaldo Jeonne dos Santos, 49 anos, foi atendido pela equipe do serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU-192-RN da cidade de Caicó –RN no dia 18.06.18 às 08:14 horas, no endereço RN 388 caicó 1500 José, paciente vítima de colisão frontal motociclista.

A presente declaração expressa a verdade

Caicó-RN 19 de julho de 2018

  
Victor Medeiros de Araújo Xavier  
Coren-RN 432299  
Enfermeiro

Jardênia Azevedo da Silva Noronha  
Coordenadora da base descentralizada do SAMU metropolitano em Caicó/RN  
COREN-RN 264.657





**ESTRADA DO PERÍMETRO IRAGUAÍ SALGUEIRO - RN**  
Estrada do Perímetro Iraguáí Salgueiro - RN - Paulo VI - Caiçó/RN  
CEP.: 59.300-000 - Telefax: (84) 3421-9628  
CNPJ: (MF): 08.241.754/0135-57

## **BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA**

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		<i>Yolanda</i>	DATA		18.06.18	HORA DA ENTRADA		09:08	Nº ATENDIMENTO		46
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE											
Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível											
NOME	<i>RIVALDO JEONNE dos SANTOS</i>				DATA DE NASCIMENTO		07/03/69		IDADE	29	
CPF	<i>485.966.634-53</i>		RG	<i>20041511</i>		DATA DE EXPEDIÇÃO		<i>29/10/2008</i>		SEXO	M
NATURALIDADE	<i>Carioca</i>		ESTADO CIVIL	<i>S</i>		PROFISSÃO	<i>pescador</i>		CARTÃO SUS	<i>408402144000797</i>	
NOME DA MÃE	<i>Maria de Lourdes Santos</i>		NOME DO PAI		<i>José dos Santos</i>						
ENDEREÇO	<i>JORNALISTA Pedro Calmon 23</i>				BAIRRO		<i>Santana</i>				
CIDADE/ESTADO	<i>Cario</i>				TELEFONE DE CONTATO		<i>96090997</i>		RAÇA/COR	<i>B</i>	
CAMPO 2 - SINAIS VITais											
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde											
PA	mmhg	FC	bpm	FR	irpm	TEMP. AXILAR	°C	SpO2	%	Glicemia	mg/dl
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO											
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista											
<i>Confere com o Original RN-19 / 04/10/2018 Business Office</i>						ESCORE DE GLASGOW					
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO											

<b>CAMPO 4 – EXAMES COMPLEMENTARES</b> Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
AL DE POUX ENFERMEIRA GESTANTE DO BRASILIA	
<b>CAMPO 5 – PRESCRIÇÃO MÉDICA</b> Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
D 2011-07-17 EV 9:17 AP R est cervical AP R torax R pulmões AP R quadri AP	
 Patrícia Targino Dutra Médica CRM 8496	
<b>MÉDICO PLANTONISTA/CRM</b>	
<b>CAMPO 6 – CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE</b> Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem	
<b>MOTIVO DA SAÍDA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ALTA MÉDICA</li> <li><input type="checkbox"/> EVASÃO</li> <li><input type="checkbox"/> RECUSA DO TRATAMENTO</li> <li><input type="checkbox"/> ÓBITO</li> </ul>	<b>REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA</b> <b>UNIDADE DE DESTINO:</b> _____ DATA: _____ HORA DA SAÍDA: _____





Assinado eletronicamente por: Fábio Leite Dantas - 03/12/2020 14:43:03

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120314425993500000060824367>

Número do documento: 20120314425993500000060824367

Num. 63458434 - Pág. 13



**Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte**

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n – Bairro Paulo VI – Caicó (RN) – CEP: 59.300-000

CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0\*\*84) 3421-9630, e 9628

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

1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	2. CNES:	6.778.580
3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:	HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	4. CNES:	6.778.580
5. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOME:	6. Nº DO PRONTUÁRIO Renaldo Jeomme dos Santos 025-646		
7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8. DATA DE NASC.	9. SEXO	
10.8187021170000797	07/10/31/1960	MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>	
10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11. DDD	11. TELEFONE DE CONTATO	
Maria de Lourdes de medeiros	84	99609-0997	
12. ENDEREÇO ( RUA, Nº, BAIRRO ) Pedro Celentino Filho 23	13. MUNICIPIO DE RESIDENCIA	14. COD. IBGE MUNICIPIO	15. UF
Caicó	Caicó	RN	16. CEP 59.300-000

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

7. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:  Ac nojo. Febre expedita. Compendo e mico febre e leste fenda pleural e
--

**8. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:**

Re

**9. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS ( RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):**

10. DIAGNÓSTICO INICIAL	21. CID 10 PRINCIPAL:	22. CID 10 SECUNDÁRIO:	23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
Febre expedita	S 723		

**PROCEDIMENTOS SOLICITADOS**

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
Febre expedita	0408050519

6. CLÍNICA	27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28. DOCUMENTOS	29. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLIC./ASSIST.
		( ) CNS ( ) CPF	

30. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST.	31. DATA DA SOLICITAÇÃO	32. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)
	18/6/18	Dr. Fábio Leite Dantas Filho Traumatologista CRM 021.1707 9815

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

33. ( ) ACID. DE TRANSITO	36. CNPJ DA SEGURADORA	38. SÉRIE
4. ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO		
5. ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO	39. CNPJ DA EMPRESA	40. CNAE DA EMPRESA
		41. CBOR

**2. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA**

( ) EMPREGADO ( O EMPREGADOR ( ) AUTONOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

33. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	44. COD. ORGÃO EMISSOR	49. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
5. DOCUMENTOS ( ) CNS ( ) CPF	46. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	
7. DATA DA AUTORIZAÇÃO	48. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)	





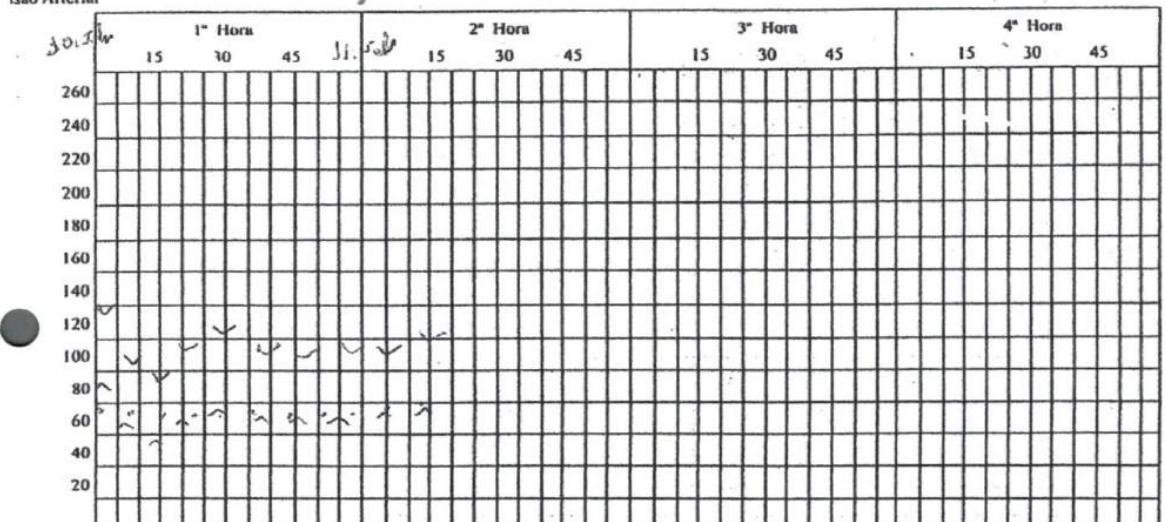
Livaldo George dos Santos

## LAUDO DE ANESTESIA

Data	Inicio	Término	Duração
18/10/18	305 km	332 km	01h20m

---

#### **isão Arterial**



de Anestesia	Agente	Volume
gaseosa	A.A. Perseu rebanhando L. L. / agulha	
gaseosa	Isoxam. 150, Nitro. Desaparec. Nitro. 0+0	5% gás - 3500 ml

	Medicamentos Utilizados na Sala e Outras Observações	Anestesia
10: Rehn		
(1) Morfina 0,5%	10 mg	
(2) Diazepam	9 mg	
(3) Ipratropina	2 j	
(4) Metoclopramida	350 mg	
(5) Phenol	10 mg	
(6) Dipirona	1 g	
<i>Dr. Ricardo Maccô de Oliveira Médico CRM-RN 4780</i>		

RAF (B4) 3417-2296

Cinquillo





Assinado eletronicamente por: Fábio Leite Dantas - 03/12/2020 14:43:03

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120314425993500000060824367>

Número do documento: 20120314425993500000060824367

Num. 63458434 - Pág. 17



Unidade Hospitalar Regional do Seridó  
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n – Bairro Paulo VI – Caicó (RN) - CEP: 59.300-000  
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0\*\*84) 3421-9630, e 9628

## EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:		Nº de Registro	Data Admissão
<u>Rivaldo Jeomone das Santas</u>		<u>02564618</u>	<u>06/18</u>
DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CLINITE
18/06/18	10:45	Paciente encontra-se S.O. consciente e quieto, nítido e consciente de existência de automobilístico, com perda extrema de fôlego quando, apesar de realizados 03 Lts, colocados fixos em extensão logo depois felicta e permanece a clínica exangue. Em T.M.P.: O reflexo Felicta é presente e consciente pelo corpo. Aumento 193.835-Rn	
19.06.18	6:00	PA 140 x 100mm Hg	Fabio Sandes conex 450528
19.06.18	10:00	Paciente evolui em FGR, consciente, orientado, eupnéico em ambiente, hipertônico, com pressão arterial MIE com curvatura, hematomas e escoriações pelo corpo. Sono pesado. Recepta dieta. Eliminação vesical presente e intestinal ausente (src). Segue hospitalizada pela ortopedia e os cuidados da equipe de enfermagem.	Ana Carolina Messias Enfermeira COREN/RN 103.752
19.06.18	11:30	Realizado banho de cintura em MIE, peito limpo com SF 0,9% e elaborado bloco de gesso. Exames sem nenhuma alteração. Dr. Silvio pediu para realizar novo cinturão punho-peito (21.06) e retirada de duas quebras no resto.	Ana Carolina Messias Enfermeira COREN/RN 103.752
20.06.18	12:30	Paciente em FGR, consciente orientado, sono com dificuldade, pele e mucosas ressecadas, higiene preservada, dílata oral aceita. Termometria, eletrônico pulso chuv com ritmo regular, rítmo cardíaco. Do exame físico: expansão torácica bilateral, a ausculta pulmonar HV+, a ausculta cardíaca BVF 2T. A inspeção abdominal globo 2D, RH+, sem tímpanos, a palpação aficiente.	
20.06.18	15:00	PA: 120 x 90 -	



DATA	HORA	EVOLUÇÃO	CIENTE
		Eliminações vesical e intestinal ausentes as diárias. Coluna MNSS distal (++) e MSD (+). Curvatura no MSE. AVP em MSD. Aparições SSV com os seguintes achados: FR = 16 bpm; FC = 75 bpm; T = 36,4°C.	Ac. Enf. Gobruile
21-06-18	5:00	PA: 116x111.	
22-06-18	06:00	PP 3340 x 90 mm Hg	Téc. Gettucci
24-06-18	5:00	PA: 140 x 90 mm Hg.	J. V. M. Lima
25-06-18	8:30	Paciente no momento FGR, em Os ambientes, pálida e mucosas normo- coloridas, higiene pratica, sono pro- fundo, dieta oral aceita. Normo- termico, eupneico, pulso cheio, com ritmo regular, normocarden. Ao exame fisico: expansao toracica, a auscultar pulmonar UV+, a auscultar cardíaca BIPAT. A inspeção abdominal plana, RHT, sono macio, a palpação leve e eliminações vesical e intestinal presentes. AVP no MSE, aparições de SSV: FR = 14 bpm; FC = 71 bpm; T = 36,0°C.	Ac. Enf. Gobruile
27/06/18	10kg	Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, restrito ao leito. Pediada transfusão para Natal para realizar cirurgia em feto-mam. Higiene rotineira eupneico. Aceita dieta. Melma branca, fluida e isolada. Eliminações urinárias e vesicais presentes (SIC).	Thayná M. L. Lima ET-Termômetro COREN/RN 250008
30.06.18	17 hrs	Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, restrito ao leito, higiene prevenida, dieta bem aceita, normotensão, intubado, eupneico, mas repre queixas, eliminações normais, segue aos cuidados da equipe.	THAYNÁ M. LIMA DE LUCENA
01.07.18		transferido PI Natal.	





## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA ORTOPEDIA		REGULAÇÃO WALFREDO GURGEL	
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO 161733	
DATA	HORA	CATEGORIA	GIH
07-07	10:53		
PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO		
RIVALDO JEONNE DOS SANTOS	07/03/1969		
ESTADO CIVIL	PROFISSAO		
SOLTEIRA	PESCADOR		
ENDERECO (RUA, N°)			
RUA PEDRO CELESTINO DA COSTA /23	BAIRRO	UF	CEP
CAICÓ	SEMANA I	RN	5930000
LOCAL DE TRABALHO	TELEFONE		
FILIAÇÃO			
MARIA DE LURDES MWEDEIRO	JOÃO DOS SANTOS		
RESPONSÁVEL	TELEFONE		
FILHA ( MURIELE	996090997		
ENDERECO			
O MESMO			
DIAGNOSTICO PROVISÓRIO	<i>Frente feins e y perde d. celestino</i>		
DIAGNOSTICO DEFINITIVO			

DATA DE ADMISSAO

ALTA 13.08

OBITO

## HISTÓRIA CLÍNICA

Hospital Décio M. Lusco  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Pantamiru RN  
*[Handwritten signature]*  
*108531*







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 DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

**Identificação do Paciente**

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

RIVALDO JEONNE DOS SANTOS

161733

7- CARTÃO NACIONAL SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RAÇA/COR

000 0708 7021 0797

07/03/1969

MASCULINO

PARDA

11- NOME DA MAE

12- TELEFONE DE CONTATO

MARIA DE LURDES MWEDEIRO

996090997

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

FILHA ( MURIELE

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA PEDRO CELESTINO DA COSTA /23

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

16- MUNICIPIO

SEMANA I

RN

5930000

**Justificativa de Internação**

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Paciente vítima de acidente motociclista + lesão aberta na face com evasão de conteúdo ósseo. Envolvendo ossos da face e maxilar. Lesões ósseas com suspeita de fratura de rótula.*

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*recente fratura rótula.*

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

*ECG EF +X*

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

*Fratura do fêmur E.*

**Procedimento Solicitado**

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

( ) CNS ( ) CPF

85- ASSINATURA E CARIMBO NO REGISTRO DO CONSELHO

*Dr. Edimar M. Dantas  
CRM-947  
Oftalmologia*

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

40- N° DO BILHETE

41- SÉRIE

36- ( ) AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

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

Hospital Deoclécio M. Lucena

( ) CNS ( ) CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

CONFERE COM O ORIGINAL

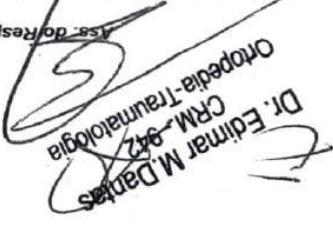
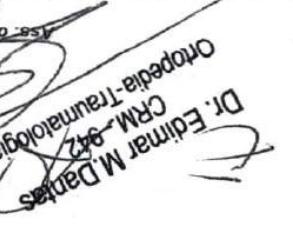
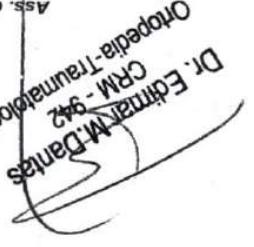
51- ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Pamamirim/RN

*108571*





EXAMES COMPLEMENTARES		ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		CONDUTA	
 <i>Ass. do Responsável</i>		 <i>Ass. do Responsável</i>		 <i>Ass. do Responsável</i>	
<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA	
<input type="checkbox"/> CLINICA MEDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> URROLOGIA	
<input type="checkbox"/> NEUROCIURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLASTICA	<input type="checkbox"/>	
DESTINO DO PACIENTE					
<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVICO DE <i>Dr. Edimilson M. Dantas</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM / /	HORA <i>02/06/2020</i>	DATA <i>CRM - 942</i>	HORA <i>08:00</i>
<input type="checkbox"/> A REVELIA	<input type="checkbox"/> RETIROU-SE POR	<input type="checkbox"/> DECISAO MEDICA	<input type="checkbox"/> HORAS	<input type="checkbox"/> HORAS	<input type="checkbox"/> OBITO / /
<input type="checkbox"/> PARA	<input type="checkbox"/> PARA	<input type="checkbox"/> ENTREGUE	<input type="checkbox"/> SV.O.	<input type="checkbox"/> S.V.O.	<input type="checkbox"/> LTER.
MEDICO (Carimbo)					
CHFE DO PLANTAO (Carimbo)					





Hospital

Nome do paciente		Raimundo Leonel das Santas		Nº prontuário
Data operação	09/08/11	Enf.	Leito	
Operador	Marciano Bobrega	1º auxiliar	Casos Magno Augusto	
2º auxiliar	Adele	3º auxiliar	Instrumentador	
Anestesista	Fratura de fêmur esquerda			
Diagnóstico pré-operatório				
Tipo de operação	TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO INTIMA COM COLAR EXTERNO OSSO			
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

PACIENTE SOB ANESTESIA, ASSESSA  
CALVOS, HUESO DA CRISTA ILIACA DIREITA.  
DISSECACAO, RETASO CORRETAMENTE OSSO, SU-  
TURADO POR PLAVOS, CURATIVO.  
LOCÃO FACE LATERAL DA CORA  
CONVEXA, DISSECACAO, LIMPADA DA FIBROSE  
RESOLAO, FIO GUIA, FAZENDO CRACHEA-  
DO PRECOO DESLIZANTE, PLACA AGRILHA  
04 PARAFUSOS CORTICOS, 02 PARAFUSOS  
ESPAUJOSAS, CONTRAPINTO, COLOCADO QU-  
ADRATO DE ILIACO, SUTURADO POR PLAVOS  
CURATIVO.

Hospital Diocesano M. Lucena

CONFERE COM O ORIGINAL  
Parauapebas/RN

Dr. Carlos Magno P. do Carmo  
Ortopedista - Traumatologista  
Pediatria - Traumatologia  
CRM 2196 - TEC 5981  
CPF: 188.304.804-44



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia





10/14

PL Rui Costa Júnior dos Santos  
Endereço:

Paciente vitimado de trauma c/1  
fratura de fêmur esquerdo distal  
c/ perda óssea de aproximadamente  
10 cm sendo induzida patente  
o uso de fixador externo tipo  
Ilizarov c/ isolamento de juntura  
de fêmur. O material não é  
disponível na rede municipal hospitalar

03/04/2011

Dr. Fábio Roberto A. Lima  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-RN/038  
CRM-PB/21404

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Fone: (84) 3133-4200 - CEP 59022-020 - Tirol - Natal/RN



Assinado eletronicamente por: Fábio Leite Dantas - 03/12/2020 14:43:03  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120314425993500000060824367>  
Número do documento: 20120314425993500000060824367

Num. 63458434 - Pág. 28

Assinado eletronicamente por: Fábio Leite Dantas - 03/12/2020 14:43:03  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120314425993500000060824367>  
Número do documento: 20120314425993500000060824367

Num. 63458434 - Pág. 29



P/ RIVALDO JEONNE DOS SANTOS

**LAUDO MÉDICO**

PACIENTE SUPRACITADO VITIMA DE TRAUMA GRAVE APRESENTANDO FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO COM PERDA ÓSSEA DE APROXIMADAMENTE 10 CENTÍMETROS NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO PARA TRANSPORTE ÓSSEO. SOLICITO AFASTAMENTO DO TRABALHO PELO PERÍODO DE 120 (CENTO E VINTE) DIAS.

CID S72

Dr. Fábio Roberto A. Lima  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM/RN 7046  
CRM/PE 21404

NATAL, 05/07/2018



PROTESTO DE FATO

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

COMARCA DE

DEZENAS DE MILHES DE PESSOAS, DENTRE ELAS  
MILHAIS DE CRIANÇAS E IDOSOS, ESTÃO SEM  
ALIMENTAÇÃO, ÁGUA, LUMINÁRIA, MEDICAMENTOS,  
CLOUDES, VESTIMENTAS, COBERTURAS, TECIDOS, E  
OUTROS BEM-VINDOS, NO MUNICÍPIO DE VILA  
EIRUNÉ, NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL.

MAIS

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Assinado eletronicamente por: Fábio Leite Dantas - 03/12/2020 14:43:03



<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120314425993500000060824367>  
Número do documento: 20120314425993500000060824367

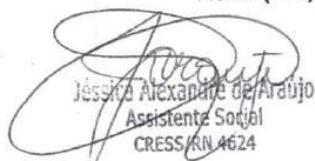
Num. 63458434 - Pág. 31



## DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro que a Sr. (a) Rivaldo Jeinne dos Santos, Rg 002.009.511 esteve nesta unidade hospitalar no dia 01-07-18 até 07-07-18 para o fim de: internar para realizar procedimento cirúrgico de fratura de fêmur. Procedimento não foi realizado e o paciente saiu de alta com indicação de Ilizarov.

Natal (RN), 30/08/18



Jéssica Alexandre de Araújo  
Assistente Social  
CRESS/RN 4624

Assistente Social

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol - Natal/RN - CEP: 59022-020  
Fone: (84) 3133.4200 - Serviço Social: (84) 3133.4210



Assinado eletronicamente por: Fábio Leite Dantas - 03/12/2020 14:43:03  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120314425993500000060824367>  
Número do documento: 20120314425993500000060824367

Num. 63458434 - Pág. 32





**SABI**  
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE  
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: CAICO

**REMARCAÇÃO DE EXAME PERICIAL**  
**REQUERIMENTO N° 201663640**

Prezado (a) Sr(a)

**RIVALDO JEONNE DOS SANTOS**

(Nome do segurado)

Informamos que foi remarcado seu exame pericial para a data, hora e local a seguir discriminados:

**Data:** 19/03/2020

**Hora:** 09:00

**Endereço:**

RUA ANIBAL DA CUNHA MACEDO SN

CENTRO

CAICO - RN

Compareça ao exame pericial agendado, levando RG (Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional. Considerando que já houve solicitação de remarcação, informamos que o não comparecimento na data acima agendada ensejará no indeferimento do requerimento ou cessação do benefício.

Caico, 16 de março de 2020

Nome/Cargo/Assinatura  
(Atendente)

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do Requerente/Rep. Legal



Assinado eletronicamente por: Fábio Leite Dantas - 03/12/2020 14:43:03  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120314425993500000060824367>  
Número do documento: 20120314425993500000060824367

Num. 63458434 - Pág. 34



Assinado eletronicamente por: Fábio Leite Dantas - 03/12/2020 14:43:03  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120314425993500000060824367>  
Número do documento: 20120314425993500000060824367

Num. 63458434 - Pág. 35



PROTOCOLO DE REQUERIMENTO  
2054128973

Data de Entrada: 11/03/2020 09:12 - Intranet

COMPROVANTE DO PROTOCOLO DE REQUERIMENTO

Requerente  
**RIVALDO JEONNE DOS SANTOS**

Serviço  
**EXTRATO PREVIDENCIÁRIO (CNIS)**

O atendimento presencial será em  
 **23 MAR**  
2020  
SEGUNDA-FEIRA

Horário marcado  
 **08:30**

Unidade Responsável  
 **AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL  
CAICÓ**

**RUA ANÍBAL DA CUNHA MACÊDO, SN, CENTRO  
CAICÓ/RN  
CEP: 59.300-000**

Dados do Requerente  
**CPF** 785.266.634-53      **NIT** 127.21159.64-1  
**Nascimento** 07/03/1969  
**Mãe** MARIA DE LOURDES DE MEDEIROS  
**E-Mail** Não informado  
**Telefone** (84) 3421-1778  
**Celular** Não informado

Informações Adicionais

Serviço para o cidadão obter o Extrato Previdenciário (CNIS), que contém informações sobre vínculos e remunerações que constam do Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS).

Documentação necessária:

- Documentos de identificação com foto e CPF do cidadão.
- O atendimento só será realizado para o titular do extrato ou seu procurador devidamente identificado.  
Favor comparecer com 15 (quinze) minutos de antecedência do horário agendado.

**Atenção:** você já pode obter seu Extrato Previdenciário (CNIS) pela internet, acessando a central de serviços [Meu INSS](http://meu.inss.gov.br), pelo endereço <http://meu.inss.gov.br>, ou pelo aplicativo Meu INSS no seu celular.

Como obter seu extrato pelo [Meu INSS](http://meu.inss.gov.br):

1. Acesse a opção Extrato Previdenciário (CNIS);
2. Clique no botão "FAZER LOGIN" no centro da tela;
3. Digite seu CPF e senha de acesso;
4. Marque no quadrado Não sou um robô;
5. Clique em "ENTRAR".

Caso seja seu primeiro acesso, faça seu cadastro, clicando no botão "CADASTRE-SE", e crie a senha de sua preferência com no mínimo 9 caracteres e que deve conter pelo menos:

uma letra minúscula: a, b, c, d, e, f...

uma letra maiúscula: A, B, C, D, E, F...

um número: 1, 2, 3, 4, 5, 6...

Exemplos de senhas: Bafila2018 / Maria1965 / Familia01

Para mais esclarecimentos, acesse a página [Meu INSS: Perguntas Frequentes](#).



Assinado eletronicamente por: Fábio Leite Dantas - 03/12/2020 14:43:03  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120314425993500000060824367>  
Número do documento: 20120314425993500000060824367

Num. 63458434 - Pág. 36

015.785.266-634-53 KG.2.004.511

Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugí, s/n – Bairro Paulo VI – Caicó (RN) – CEP: 59.300-000

CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0\*\*84) 3421-9630, e 9628

#### LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE : HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	2. CNES: 6.778.580
3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	4. CNES: 6.778.580
5. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOME: Rivaldo Jeomme dos Santos	6. Nº DO PRONTUÁRIO 025-646

7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 7087021770007970710311960	8. DATA DE NASC. 07/03/1960	9. SEXO MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>	
10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL maria de laurodes de medeiros	DDD 84	11. TELEFONE DE CONTATO 99609-0997	
12. ENDEREÇO ( RUA, Nº, BAIRRO ) Pedro Celestino Filho 23. Galvão mo Santos			
13. MUNICIPIO DE RESIDENCIA Caicó	14. COD. IBGE MUNICÍPIO	15. UF RN	16. CEP 59.300-000

#### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Ac no f. febre exp. compreendo o reumatismo  
verganda plebitis e

18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RJ

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

20. DIAGNÓSTICO INICIAL: Tosse dolo f. plebitis s x23	21. CID 10 PRINCIPAL: Tosse dolo f. plebitis s x23	22. CID 10 SECUNDÁRIO:	23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
--	---	------------------------	-------------------------------

#### PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tosse dolo f. plebitis s x23	25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408050519		
26. CLÍNICA	27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28. DOCUMENTOS ( ) CNS ( ) CPF	29. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF.SOLIC./ASSIST.
30. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST.	31. DATA DA SOLICITAÇÃO 18/6/08	32. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)	

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

33. ( ) ACID. DE TRANSITO	36.CNPJ DA SEGURADORA	38. SÉRIE
34. ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO		
35. ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO	39.CNPJ DA EMPRESA	40.CNAE DA EMPRESA
		41.CBOR

42. VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTONOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

#### AUTORIZAÇÃO

43. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	44. COD. ORGÃO EMISSOR	49. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45. DOCUMENTOS ( ) CNS ( ) CPF	46. Nº DOC.( CNS/CPF) DOPROF. AUTORIZADOR	
47. DATA DA AUTORIZAÇÃO	48. ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO REG. DO CONSELHO)	



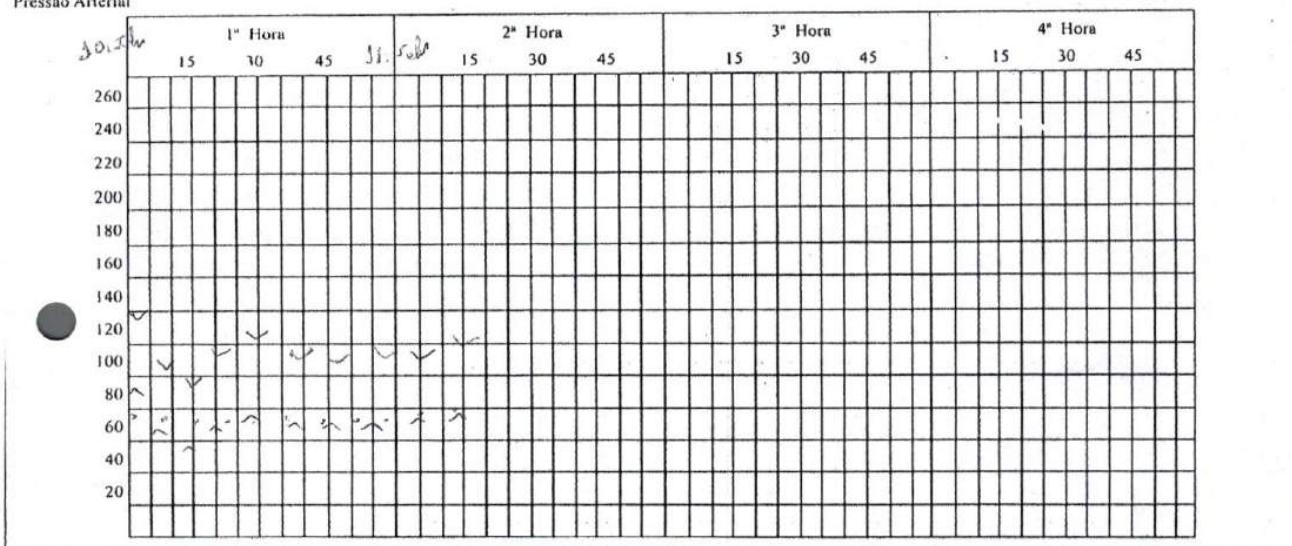
Rivière George des Santos

## LAUDO DE ANESTESIA

Data	Inicio	Término	Duração
18/06/18	30:50h	31:20h	01h30m

---

Pressão Arterial



Tipo de Anestesia	Agente	Volume
Roxgase sistem	AN. Pura ou com etanol L <sub>2</sub> L <sub>3</sub> /agulha	
	Inhalar 15%, maior tempo; sangue O+O	500ml - 1500ml

ALIGRAF (84) 3417-2206

Ginverjao





Estado do Rio Grande do Norte

**Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte**

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugá, s/n – Bairro Paulo VI – Caicó (RN) - CEP: 59.300-000

CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0\*\*84) 3421-9630, e 9628

## EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:	Nº de Registro	Data Admissão
Rivaldo Jeomme das Santos	02564618	06/18

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CLINICO
18/06/18	10:45	Paciente entrou no S.O. consciente e quieto, nítido de escalação automobilística, com ferir exposto da perna esquerda, ferida maljada d'água, colocado fixador extensor logo após. Feltro e lençóis de linha expondo. <u>EM TEMPO</u> : O referido paciente apresentava edema gálico corpo. Aferição 193.835-RN	
19-06-18	6:00	PA 140 x 100mm Hg	Pepe Sandes Coren 450528
19-06-18	10:00	Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, encontro em O <sub>2</sub> ambiente, hipertensão, com ferida em MIE com curativo, hematoma e escoriações pelo corpo. Sono preservado. Boa dieta. Eliminação vesical presente e intestino ausente (SRC). Segue hospitalizado pela ortopedia e os cuidados da equipe de enfermagem.	Ana Carolina Chassalita Enfermeira COREN/RN 103.712
19-06-18	11:30	Realizado troca de curativo em MIE, feito limpeza com SF 0,9% e elaborado óleo de glicerol. Examinado sem novas plântulas. Dr. Silvio pediu para realizar novo curativo quanto - feito (21-06) e retirada de drama quanto ou recta.	Ana Carolina Chassalita Enfermeira COREN/RN 103.712
20-06-18	12:20	Paciente em EGR, consciente orientado, sono com dificuldade, pele e mucosas ressecadas, higiene preservada, diúlo oral aceito. Termometria, télérápica pulso chuv com ritmo regular, normorádigo. Ao exame físico: expansões torácica bilateral, a ausculta pulmonar HV+, a ausculta cardíaca BVF-ST. A inspeção abdominal globozo, RH+, sem tímpanos, a palpação algídeos.	
20-06-18	15:00	PA: 120 x 90 -	fmz



DATA	HORA	EVOLUÇÃO	CIENTE
		Eliminações vesicais presentes e intestinal ausentes a 2 dias. Coluna MNSS distal (++) e MSD (+). Curvatura no MSE. AVP em MSD. Aparições SSVV com os seguintes achados: FR = 16 bpm; FC = 75 bpm; T = 36,9 °C.	
21-06-18	5:00	PA: 116x71.	Dr. Enf Gabrielle
22-06-18	06:00	PP 93x90 mm Hg	Téc. Gettula
24-06-18	5:00	PA: 140x90 mm Hg.	Jáminha
25-06-18	8:30	Paciente no momento EGR, em Os ambientes, pulpeira mucosas normo- roadas, higiene previsível, sono pre- dicável, dieta bem aceita. Normo- termico, eupneico, pulso chio, com ritmo regular, normocardico. Ao exame fisico: Exponso toracico, a auscultação pulmonar UV+, a auscultação cardíaca BVPST. A inspeção abdominal plena, RHA+, sem maciez, a palpação áfele abd. Eliminações vesicais e intestinal presentes. AVP no MSE, aparições de SSVV: FR = 14 bpm; FC = 71 bpm; T = 36,0°. Dr. Enf. Gabrielle	
27/6/18	10hs	Paciente evolui em EGR, consciente, orientado e restrito ao leito. Temperatura para Natal para realizar cirurgia em fl- men. Higiene rotineira Eupneico. Aceita dieta /Molho/ pão, feijão e molho. Ob- servações intestinais e vesicais presentes (SIC) folha 66785	
30.06.18	17 hrs	Paciente evolui em EGR, consciente, orientado e restrito ao leito, higiene previdencia- da, dieta bem aceita, normotensão, nor- mocorredos, eupneicos, não reage queixas, eliminações normais, segue aos cuidados da equipe.	THAYNE MARINA DE LUCENA Enfermeira COREN/RN 259858
01.07.18		Liberado PI Natal.	





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

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

Setembro

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL DE OCÉLIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES  
3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO  
161733

RIVALDO JEONNE DOS SANTOS

7- CARTÃO NACIONAL/SUS  
000 0708 7021 0797

8- DATA DE NASCIMENTO  
07/03/1969

9- SEXO  
MASCULINO

10- RACA/COR  
PARDA

11- NOME DA MAE

12- TELEFONE DE CONTATO  
996090997

MARIA DE LURDES MWEDEIRO

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

FILHA ( MURIELE

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA PEDRO CELESTINO DA COSTA /23

16- MUNICÍPIO  
CAICO

17- BAIRRO  
SALVIANO SANTOS

18- UF  
RN

19- CEP  
5930000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Zacutis coce pseudoartrose  
fécu s  
Diferente a fécu de za rancos

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

exurgue

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

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Pseudoartrose fecur s

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Traat exurgue

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

27818

31- DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Rogério Santos

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

CRM/RN 1226 - SBOT 1341

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

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

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

HRDML / SESAP  
CONFERI C/ O ORIGINAL  
Paraná/RN Mat.  
Ellyw



Assinado eletronicamente por: Fábio Leite Dantas - 03/12/2020 14:43:03

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120314425993500000060824367>

Número do documento: 20120314425993500000060824367

Num. 63458434 - Pág. 41



Assinado eletronicamente por: Fábio Leite Dantas - 03/12/2020 14:43:03  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120314425993500000060824367>  
Número do documento: 20120314425993500000060824367

Num. 63458434 - Pág. 42



## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA ORTOPEDIA	REGULAÇÃO RETORNO	OBS	
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO 161733	
DATA	HORA	CATEGORIA	
27/09/2018	8:54	GIH	
PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO		
RIVALDO JEONNE DOS SANTOS	07/03/1969		
ESTADO CIVIL	PROFISSAO		
SOLTEIRA	PESCADOR		
ENDEREÇO (RUA, Nº)			
RUA PEDRO CELESTINO DA COSTA /23	BAIRRO	UF	CEP
CAICO	SALVIANO SANTOS	RN	5930000
LOCAL DE TRABALHO	TELEFONE		
FILIAÇÃO			
MARIA DE LURDES MWEDEIRO	JOAO DOS SANTOS		
RESPONSÁVEL	TELEFONE		
FILHA ( MURIELE	996090997		
ENDEREÇO			
O MESMO			
DIAGNOSTICO PROVISÓRIO			
DIAGNOSTICO DEFINITIVO			
DATA DE ADMISSAO	ALTA	13/09/19	OBITO
HISTÓRIA CLÍNICA			
<i>HRDML - SESAP CONFERIDA - ORIGINAL Parnamirim - RN dat. 13/09/2018 Assinatura</i>			



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

50

## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

05

Nº ORT. 001

NOME: Raimundo Leônidas dos SantosIDADE: 03/03/64 COR: BRANCA SEXO: MASC ESTADO CIVIL: SOLTEIRONATURALIDADE: PESSOA E FILHA (IN) PROFISSÃO: ESTUDANTE PROCEDÊNCIA:ENDERECO: Rua: Pedro Alcântara BAIRRO: SPURMUNICIDADE: 14100 (RN) DATA: 27/08/19 HORA: 06:15

*Notícias e Atos de Regulação*  
*HDR / HDM / SESAP*  
*AUTORIZADO*

## CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM  REGULAR  COM DISPNEIA  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)

*Faccuta com pseudarthrose*  
*fever 38.*

*HRDML / SESAP*  
*CONFERI C/ O ORIGINAL*  
*Parnamirim-RN*  
*Met.*

## SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

*Fractura artrose femur. S*



**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>Dr. T. R. P. S.</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 <i>Rogério Santos</i> CRM/MRN 12261/SBOT 1341	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	
MÉDICO (Carimbo)	CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)	





Hospital

Nº prontuário

Nome do paciente

Renaldo Jeonue

Data operação

11/IX/2019

Operador

Dr. Marcelo Nobre / Edimarc Dantas

2º auxiliar

Anestesista

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de operação

Diagnóstico pós operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

Leito

1º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Tipo de anestesia

Interventio do fêmur (reflexo do fêmur distal)  
Ret. Cirurgia da luxação do fêmur distal c/ luxo

O membro

## DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Abri representante crucis, anteró-lateral  
incisão de pele os ilíacos. Retirada de  
luxo. Ceu ósseo. Sutura por fios e levantado  
migração de fela os fios de proteção.  
Retirada de fios e procedido. Retirada  
de tecido necrótico. Retirada e  
fixação de fios de suture.  
Sutura ferimento. Ambos

<input type="checkbox"/> CIRURGIAS MÚLTIPLAS
(0415010012)
<input type="checkbox"/> POLTRAUMATIZADO
(0415030013)
<input type="checkbox"/> PROC. CLÍNICO
<input checked="" type="checkbox"/> PROC. CIRÚRGICO
0408050624
<input type="checkbox"/> CBO: 225225
<input type="checkbox"/> CBO: 225270
<input type="checkbox"/> DIAS
ICD 5 ~ 724

Dr. Edimarc N. Dantas  
CRM-942  
Ortopedia Traumatologia

HRDML / SESAP  
CONFERI G / O ORIGINAL  
Parnamirim-RN.  
Mat.



Assinado eletronicamente por: Fábio Leite Dantas - 03/12/2020 14:43:03

<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120314425993500000060824367>

Número do documento: 20120314425993500000060824367

Num. 63458434 - Pág. 46

## Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital					Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome					Idade	Sexo	Cor
Data 21/09/19	Pressão arterial	P脉	Respiração	Temperatura	Peso 7805	Outros	
Tipo sanguíneo	Hematílias	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia		
	Urina						
Ap. respiratório Eupneico					Aasma	Bronquite	
Ap. circulatório RCP em 2T.					Eletrocardiograma		
Ap. digestivo N. D N		Dentes	Pescoço	Ap. urinário			
Estado mental Consciente		Ataracicos	Corticoides	Alergia Mope	Hipotensores		
Diagnóstico pré-operatório					Estado fisiológico ASA II	Risco	
Anestesias anteriores							
Medicação pré-anestésica					Aplicada às	Efeito	
<p>Agents Anesthetics: (checkmark)</p> <p>Liquids: (checkmark) 260, 250, 240, 230, 220, 210, 200, 190, 180, 170, 160, 150, 140, 130, 120, 110, 100, 90, 80, 70, 60, 50, 40, 30, 20, 10</p> <p>O2 Resp.: (checkmark)</p> <p>P Pulse: (checkmark)</p> <p>Oper.: (radio button)</p> <p>Anest.: (radio button)</p> <p>Time axis: 99%, 99%, 99%, 98%, 98%</p> <p>Annotations: Appelle 20h</p>							
SÍMBOLOS E	Cefalo fino 2g	Nescafe puro 20ml	trans amio 1g				
ANOTAÇÕES	Meloxicam 7,5mg	Morphine 100ug	ondanestetan 2ml				
POSIÇÃO	Fentanil 50ug	Spine 2g					
Agentes	Ramipril 5mg						
Técnica	Raspadinha lombar (L1-L5) + Sedativo						
Operação	Tecido expurgo de bolha de form						
Cirurgiões	Dr. Edmerson Dr. Marcelo Móveis						
Anestesistas	Dr. Fábio Leite Dantas						
Observações	procedimento 87 interconexões						
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias					Dr. Jackson Douglas N. de Oliveira Anestesiologista CRM-RJ 453 Peda sanguínea 		





Secretaria de Saúde Pública  
Hospital Deoclécio M. Lucena

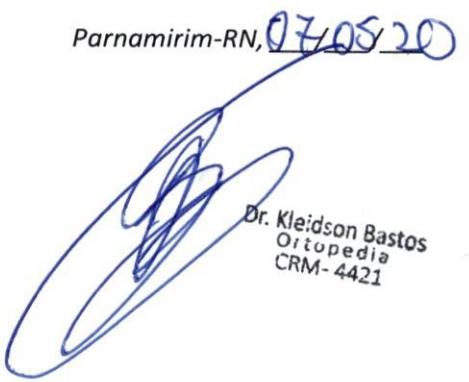
## RECEITUÁRIO MÉDICO

### Laudo Médico

Declaro aos fins necessários que Rivaldo  
Jeanne dos Santos  
encontra-se em tratamento médico, sem  
condições no momento de realizar suas atividades  
laborativas.

CID: T93

Parnamirim-RN, 07/05/20

  
Dr. Kleidson Bastos  
Ortopedia  
CRM- 4421



Assinado eletronicamente por: Fábio Leite Dantas - 03/12/2020 14:43:03  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120314430356300000060824370>  
Número do documento: 20120314430356300000060824370

Num. 63458437 - Pág. 1



Secretaria de Saúde Pública  
Hospital Deoclécio M. Lucena

RECEITUÁRIO MÉDICO

Rivaldo Teomedes  
Santos.

Ao I.N.S.S.

Paciente apresentou  
do sequelas grave  
de trauma em  
MIE, com evolução  
impautante da  
faixa (2) e encave-  
tamento de +  
15 cm MIE. Aquar-  
da curva de  
desenvolvimento  
esses. Não ten-  
candidáceas de  
reabilitação nenhuma



Assinado eletronicamente por: Fábio Leite Dantas - 03/12/2020 14:43:04  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120314430377100000060824371>  
Número do documento: 20120314430377100000060824371

Num. 63458438 - Pág. 1

cont.

Sou atendido  
laboratório.

CID:T93/S72.

23/07/20,

Dr. Kleidson Bastos  
Ortopédista  
CRM - 4421 / TEOT - 10660





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3180453639

Vítima: RIVALDO JEONNE DOS SANTOS

Data do Acidente: 18/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RIVALDO JEONNE DOS SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/05/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Carta nº 15816579





Seguradora  
**LÍDER**  
Administradora do Seguro DPVAT

RIVALDO JEONNE DOS SANTOS  
RUA PEDRO CELESTINO DA COSTA, 23 CASA  
SAMANAL  
CEP 59300-000 - CAICÓ - RN



BO0056012509BR



Saiba + [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

enviaremos à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A. os documentos necessários e entreegá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os solicitará a indenização do Seguro DPVAT e simples: basta juntar os documentos necessários e encaminhar à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

**DPVAT - Como Reduzir**

Administradora do Seguro DPVAT  
**LÍDER**  
Seguradora



Assinado eletronicamente por: Fábio Leite Dantas - 03/12/2020 14:43:04  
<https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012031443042090000060824373>  
Número do documento: 2012031443042090000060824373

Num. 63458440 - Pág. 2



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
3ª Vara da Comarca de Caicó  
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0803838-11.2020.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: RIVALDO JEONNE DOS SANTOS

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, YASUDA MARÍTIMA SEGUROS S/A

**DESPACHO**

Inicialmente, defiro o pedido de assistência judiciária gratuita, por entender que a parte autora preenche os requisitos do art. 98 e seguintes do CPC/2015.

Ademais, prevê o art. 334 do Código de Processo Civil que caso a petição inicial preencha os requisitos essenciais e não seja o caso de improcedência liminar do pedido, a requerida será citada e intimada para audiência de conciliação ou mediação (CPC, art. 334).

Não obstante, na presente demanda a parte autora alega ter sido vítima de acidente de trânsito e que em razão disso sofreu intervenções em membro do corpo permanentemente comprometedoras de parte ou da totalidade de suas funções, fazendo jus, portanto, ao recebimento de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT.

A prática forense demonstra que, em demandas desse tipo, somente são ajuizados os casos em que os seguros não foram pagos ou, se pagos, não atenderam à expectativa dos envolvidos quanto ao grau de invalidez pertinente, tendo em vista que não há nenhuma informação ao beneficiário dos critérios médicos usados.

É, portanto, necessário ao esclarecimento do caso a realização de perícia médica que determine, com precisão, a graduação da debilidade do postulante, para que se possa quantificá-la de acordo com a tabela anexa à Lei nº 6.194/74 e Súmula 474 do STJ.

No presente caso, portanto, afigurar-se-ia infrutífera uma prévia tentativa de conciliação e mediação antes de saber a extensão exata do dano, a fim de para adaptá-lo à tabela oficial, o que resultaria em medida ineficaz, tanto que a usual prática de mutirões de conciliação referentes à ações judiciais envolvendo seguro DPVAT acontecem com a realização simultânea de perícia médica para determinação do tipo e grau de lesão.

Neste contexto, a perícia não é apenas essencial para a solução do mérito, mas sim para a própria conciliação prévia, sendo então medida elementar para a celeridade processual dispensar, momentaneamente, a audiência a que se refere o art. 334 do CPC, postergando a sua realização para momento oportuno.

Ante o exposto, proceda-se à citação da parte ré, para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, alertando-a da regra do art. 344 do NCPC.



Assinado eletronicamente por: LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA - 18/12/2020 16:34:23  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012181634205960000061167285>  
Número do documento: 2012181634205960000061167285

Num. 63825627 - Pág. 1

Caso haja contestação e havendo nesta arguição de preliminar ou fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (NCPC, artigos 350 e 351), dê-se vistas ao autor, através de seu advogado, a fim de que se pronuncie a respeito, no prazo de 15 (quinze) dias, procedendo sempre a Secretaria conforme o disposto no art. 203, § 4º, do NCPC.

Na hipótese de a citação não ser levada a efeito, intime-se igualmente o autor, por seu advogado, no prazo supra, para se pronunciar sobre a diligência negativa.

Com ou sem contestação ou, após a manifestação sobre a contestação, se for o caso, faça-se conclusão.

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

Diligências e expedientes necessários.

Caicó/RN, *data da assinatura eletrônica*.

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº. 11.419/06)

Luiz Cândido de Andrade Villaça

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA - 18/12/2020 16:34:23  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012181634205960000061167285>  
Número do documento: 2012181634205960000061167285

Num. 63825627 - Pág. 2



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
3ª Vara da Comarca de Caicó  
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0803838-11.2020.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: RIVALDO JEONNE DOS SANTOS

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, YASUDA MARÍTIMA SEGUROS S/A

**DESPACHO**

Inicialmente, defiro o pedido de assistência judiciária gratuita, por entender que a parte autora preenche os requisitos do art. 98 e seguintes do CPC/2015.

Ademais, prevê o art. 334 do Código de Processo Civil que caso a petição inicial preencha os requisitos essenciais e não seja o caso de improcedência liminar do pedido, a requerida será citada e intimada para audiência de conciliação ou mediação (CPC, art. 334).

Não obstante, na presente demanda a parte autora alega ter sido vítima de acidente de trânsito e que em razão disso sofreu intervenções em membro do corpo permanentemente comprometedoras de parte ou da totalidade de suas funções, fazendo jus, portanto, ao recebimento de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT.

A prática forense demonstra que, em demandas desse tipo, somente são ajuizados os casos em que os seguros não foram pagos ou, se pagos, não atenderam à expectativa dos envolvidos quanto ao grau de invalidez pertinente, tendo em vista que não há nenhuma informação ao beneficiário dos critérios médicos usados.

É, portanto, necessário ao esclarecimento do caso a realização de perícia médica que determine, com precisão, a graduação da debilidade do postulante, para que se possa quantificá-la de acordo com a tabela anexa à Lei nº 6.194/74 e Súmula 474 do STJ.

No presente caso, portanto, afigurar-se-ia infrutífera uma prévia tentativa de conciliação e mediação antes de saber a extensão exata do dano, a fim de para adaptá-lo à tabela oficial, o que resultaria em medida ineficaz, tanto que a usual prática de mutirões de conciliação referentes à ações judiciais envolvendo seguro DPVAT acontecem com a realização simultânea de perícia médica para determinação do tipo e grau de lesão.

Neste contexto, a perícia não é apenas essencial para a solução do mérito, mas sim para a própria conciliação prévia, sendo então medida elementar para a celeridade processual dispensar, momentaneamente, a audiência a que se refere o art. 334 do CPC, postergando a sua realização para momento oportuno.

Ante o exposto, proceda-se à citação da parte ré, para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, alertando-a da regra do art. 344 do NCPC.



Assinado eletronicamente por: LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA - 18/12/2020 16:34:23  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012181634205960000061167285>  
Número do documento: 2012181634205960000061167285

Num. 64671809 - Pág. 1

Caso haja contestação e havendo nesta arguição de preliminar ou fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (NCPC, artigos 350 e 351), dê-se vistas ao autor, através de seu advogado, a fim de que se pronuncie a respeito, no prazo de 15 (quinze) dias, procedendo sempre a Secretaria conforme o disposto no art. 203, § 4º, do NCPC.

Na hipótese de a citação não ser levada a efeito, intime-se igualmente o autor, por seu advogado, no prazo supra, para se pronunciar sobre a diligência negativa.

Com ou sem contestação ou, após a manifestação sobre a contestação, se for o caso, faça-se conclusão.

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

Diligências e expedientes necessários.

Caicó/RN, *data da assinatura eletrônica*.

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº. 11.419/06)

Luiz Cândido de Andrade Villaça

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA - 18/12/2020 16:34:23  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012181634205960000061167285>  
Número do documento: 2012181634205960000061167285

Num. 64671809 - Pág. 2