



Número: **0850301-25.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **18/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FABIO LAURINDO DE MORAIS (AUTOR)		JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12958 522	30/10/2017 08:39	01 PROCURAÇÃO	Procuração
12958 519	30/10/2017 08:39	02 BOLETIM POLICIAL	Documento de Comprovação
12958 513	30/10/2017 08:39	03 DOCUMENTOS MÉDICOS I	Documento de Comprovação
12958 510	30/10/2017 08:39	03 DOCUMENTOS MÉDICOS II	Documento de Comprovação
12958 506	30/10/2017 08:39	03 DOCUMENTOS MÉDICOS III	Documento de Comprovação
12958 504	30/10/2017 08:39	04 PRÉVIO REQUERIMENTO ADM	Documento de Comprovação
12958 500	30/10/2017 08:39	05 QUESITOS	Outros documentos
12958 497	30/10/2017 08:39	07 DECLARAÇÃO DE POBREZA	Documento de Comprovação
12958 494	30/10/2017 08:39	06 DOCUMENTOS PESSOAL	Documento de Identificação
12958 490	30/10/2017 08:39	08 CONTRATO DE HONORÁRIOS	Documento de Comprovação

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (S):

Nome: FABIO LOURINHO DE MIRAGIS
Nacionalidade: BRASIL. Estado Civil: SOLTEIRO
RG nº: 003 041 174 CPF nº: 700 966 954-63
Endereço: RUA JOSENO DA SILVA, 1
Bairro: CENTRO Cidade: MOCIMBA /RN,
CEP: 59.280-000.

OUTORGADO(S):

JOÃO ROBERTO FERREIRA NEVES, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.239, com escritório profissional à Rua Edgar Dantas, 453-A, Santos Reis, Parnamirim/ RN, CEP 59.141-150, E-mail: jrfneves@outlook.com.

PODERES: amplos e ilimitados para o foro em geral, junto ou separadamente, em qualquer juízo ou grau de jurisdição, podendo propor e variar de ações civis e criminais, em quaisquer medidas preliminares ou assecuratórias dos nossos direitos e interesses, defende-lhe nas que lhe forem propostas, usar de todos os recursos em Direito admitidos, receber citações e notificações, louvar-se em peritos ou impugná-los, cobrar honorários, inclusive do(s) outorgante(s), referente à presente ação, fazer impugnação, adjudicações, arrematações, transigir, desistir, receber e dar quitações, reconhecer ou não o procedimento do pedido, renunciar ao direito sobre ação, firmar compromissos e substabelecer, podendo ainda usar dos poderes da cláusula “**AD JUDICIA ET EXTRA**” para requerer e receber junto aos **Hospitais o Boletim do Primeiro Atendimento e Prontuário Cirúrgicos**, o que tudo dará por firme e valioso e, em especial para presente ação de cobrança do Seguro DPVAT.

Parnamirim/RN, 30 de SETEMBRO de 2017

Fabio Lourinho de Miragis

OUTORGANTE



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE MACAÍBA
Endereço: PRAÇA JOSÉ DA PENHA, 46, CENTRO, MACAÍBA

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2016022000329 1.2 Data de Expedição: 22/08/2016 14.42.09
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM 1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 21/07/2016 07.29.00 2.2 Autoria: Conhecida
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não
2.4 Meio(s) empregado(s): Outros
2.6 Tipo do local: Via Pública 2.7 Logradouro: R. JOÃO PESSOA MACAÍBA, RIO GRANDE DO NORTE
2.8 Número: XX 2.9 CEP:
2.10 Complemento: 2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: CENTRO 2.13 Cidade: MACAÍBA
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FABIO LAURINDO DE MORAIS 3.2 Estado civil: União Estável
3.3 Etnia: Sem Informação 3.4 Pai: FRANCISCO JEOVA SILVA DE MORAIS
3.5 Mãe: MARIA APARECIDA LAURINDA DA SILVA 3.6 Data de Nascimento: 30/05/1994
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 RG: 003041174 - ITEP/RN
3.9 CPF: 70096695463 3.10 Passaporte:
3.11 Nacionalidade: 3.12 Naturalidade: CAMPINAS SP
3.13 Profissão: VENDEDOR(A) 3.14 E-Mail:
3.15 Telefone(s): 3.16 Logradouro: RUA JOSE NOR DA SILVA
3.17 Número: 01 3.18 CEP:
3.19 Bairro: CENTRO 3.20 Cidade: MACAÍBA
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS VÍTIMAS)

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não 7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: *****03186 7.1.4 Renavam: 153754958
7.1.5 Placa:>NNL0955 7.1.6 Estado:
7.1.7 Marca: HONDA 7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN KS
7.1.9 Ano do Modelo: 2009 7.1.10 Ano de Fabricação: 2009
7.1.11 Cor do veículo: PRETA 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal: 7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: FAGNER LAURINDO DE MORAIS 7.1.16 Vínculo com a
7.1.17 Nome do condutor: DECLARANTE/VÍTIMA Ocorrência:
7.1.18 Observações: O DECLARANTE NÃO POSSUI CNH.

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O COMUNICANTE/VÍTIMA RELATANDO QUE: NA DATA E HORÁRIO ACIMA CITADOS, VINHA NA VIA PÚBLICA QUANDO FOI FECHADO POR UMA OUTRA MOTO DESCONHECIDA E CONDUTOR/ACUSADO DESCONHECIDO QUE VINHA EM MESMO SENTIDO E ENTROU SEM DAR SETA E FEZ O DECLARANTE/VÍTIMA BATER COM SUA MOTO ACIMA E CAIR; QUE, CONTINUA SEM SABER QUEM SÃO CONDUTOR/ACUSADO E SUA MOTO ATÉ HOJE; QUE, DEPOIS DO ACIDENTE FOI SOCORRIDO POR FAMILIARES AO HOSP. UPA DE MACAÍBA/RN E DEPOIS HOSPITAL WALFREDO GURGEL E O ANTIGO HOSPITAL ITORN, ONDE FEZ OS DEMAIS PROCEDIMENTOS MÉDICOS DEVIDOS; QUE, NÃO POSSUI CNH. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

FEITO O BO.

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data: 22/08/2016 14.42.09

Policial

Interessado

Polegar direito

Atendimento: 1759434 - JOSEILDO MEDEIROS DE AZEVEDO
Impresso por: 1759434 - JOSEILDO MEDEIROS DE AZEVEDO em 22/08/2016 14:42:18

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

023



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA



AMARELO

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO Nº 044835.16-7

NOME: FABIO LAURINDO DE MORAIS MATRICULA: 2016.10095-2
 IDADE: 22 (a) e 1 (m) DATA DE NASC.: 30/05/1994 NOME DA MÃE: MARIA APARECIDA LAURINDA DA SILVA
 SEXO: M(x) F() TELEFONE: (84) 99115-3031 COR: PARDO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
 RG: 003.041.174 EMISSÃO: 13/05/2015 CPF: 700.966.954-63 CARTÃO SUS: 705008484489251
 PROFISSÃO: Vendedor em comércio atacadista ESCOLARIDADE: ENSINO FUNDAMENTAL
 END.: RUA JOSE NOR DA SILVA, nº 55
 BAIRRO: CAMPO DA MANGUEIRA ZONA: URBANA CIDADE: MACAIBA
 PONTO DE REFERÊNCIA: PROX. A PRAÇA DATA: 21/07/2016
 HORA: 07:56:45 ACOMPANHANTE: O MESMO

QUEIXA PRINCIPAL: PACIENTE COM CORTE EM PÉ DIREITO APÓS TRAUMA. HÁ QUANTO TEMPO: 21/07/2016
 DIABETES: SIM() NÃO(X) NÃO SABE() HAS: SIM() NÃO(X) NÃO SABE() ETILISTA: SIM() NÃO() SOCIALMENTE(X)
 ALERGIA: SIM() NÃO(X)
 GESTANTE: SIM() NÃO(X)
 TABAGISTA: SIM(X) NÃO() QUAL: _____
 MEDICAÇÕES EM USO: _____
 ACIDENTE DE TRABALHO: SIM() NÃO(X)
 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA: SIM() NÃO(X)
 ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO:
 PACIENTE COM CORTE EM PÉ DIREITO APÓS TRAUMA.

É CADASTRADO(A) EM ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE? SIM() NÃO(x) QUAL: _____
 SINAIS VITAIS DA CHEGADA: HORA: 07:56 TA: 140,0x90,0 PULSO: ALTURA: PESO:
 RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: HGT:
 ESCALA DE DOR: () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 (x) 10
 ENFERMEIRA: FLAVIO AMERICO DOS SANTOS MARANHÃO

Assinatura e Carimbo profissional

EVOLUÇÃO MÉDICA

*Transtorno do pé direito com ampla
 lesão ligamentar e exposição do tendão
 do crú.*

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS	RESULTADOS DE EXAMES
() ECG () SUTURA () RETIRADA DE PONTO	
() SVD () SVA () DRENAGEM	
() SNG () CURATIVOS () OUTROS: _____	
EXAMES COMPLEMENTARES	
() USG: _____	
() RX: _____	
() LABORATÓRIO (EAS): _____	
() LABORATÓRIO (SANGUE): _____	

Autenticação: 5eb236bf8d2162fc2ea26d3b3c6a5cea

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ALUÍZIO ALVES

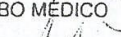


PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA



AMARELO

[illegible][illegible]

ALTA DO PACIENTE			ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM ALTA
DESTINO:	☐ () DOMICÍLIO ☒ (X) TRANSFERÊNCIA PARA <u>Hosp. Municipal</u> ☐ () ALTA A PEDIDO ☐ () ALTA A REVELIA ☐ () ALTA POR ÓBITO: () SVO ☐ () DECLARAR. ÓBITO Nº: _____ ☐ () ALTA APÓS ADMINISTRAR MEDICAÇÃO		
DATA	HORA	ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO	
4/10/2014	08:15	 DR. JOSÉ ARRUDA FIALHO Clínica - Cirurgias CRM 302	
			DATA DA SAÍDA:

Autenticação: 5eb236bf8d2162fc2ea26d3b3c6a5cea

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ALUIZIO ALVES
Av. Estrada de Jundiaí, 100



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO - 1122935



PACIENTE	FABIO LAURINDO DE MORAIS			Nº	1122935
CARTÃO SUS	705008484489251			ESTADO CIVIL	Solteiro(a)
IDADE	22	SEXO	M	ETNIA	
NOME DA MÃE	Maria Aparecida Laurinda Da Silva				
NOME DO PAI	Francisco Jéova Silva De Moraes				
RUA/AV.	Rua Jose Nor Da Silva		Nº	55	
COMPLEMENTO					
CEP					
ESPECIALIDADE	Ortopedia	UNIDADE	Observação 2	BAIRRO	CAMPO DA MANGUEIRA
USUÁRIO	Lima			CIDADE	Macaíba-RN
				LEITO	951

ADMISSÃO 21/07/2016 10:47 ALTA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____ DIAS DE PERMANÊNCIA ____

DIAGNÓSTICO INICIAL

DIAGNÓSTICO FINAL

Exame com histórico
de queda de muito
apresentando fratura
desposta de 2.05.07 (D)

Natal, ____/____/____

Assinatura do médico responsável - CRM

Dr. Kleilson Bastos
ORTOPEDISTA
CRM 10000



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL	CNES 2653923
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL	CNES Ord.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE FABIO LAURINDO DE MORAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 1122935	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 705008484489251	DATA DE NASCIMENTO 30/05/1994	SEXO MASCULINO	RAÇA/COR - ETNIA -
NOME DA MÃE MARIA APARECIDA LAURINDA DA SILVA		DDD -	TELEFONE DE CONTATO (84) 9100-1277
RESPONSÁVEL -		DDD -	TELEFONE DE CONTATO -
ENDEREÇO (LOGRADOURO, Nº, COMPLEMENTO) RUA JOSE NOR DA SILVA, 55.			
BAIRRO CAMPO DA MANGUEIRA	MUNICÍPIO DE PROCEDÊNCIA MACAIBA	UF RN	CEP -

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS -	REVI EM 23/07/16 POR <i>[Assinatura]</i>
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO -	
PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVA DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) -	
DIAGNÓSTICO INICIAL -	CID 10 PRINCIPAL -
CID 10 SECUNDÁRIO -	
CID 10 CAUSAS ASSOC. -	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO -	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO -
CLÍNICA OBSERVAÇÃO 2	CARÁTER DA INTERNAÇÃO DOCUMENTO () CNS () CPF
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE CLAUDIO JOSÉ POLEY GUZZO	Nº DOCUMENTO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE DATA DA SOLICITAÇÃO 21/07/2016 10:47
ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) -	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

ACIDENTE () TRÂNSITO () TRABALHO TÍPICO () TRABALHO TRAJETO	CNPJ DA SEGURADORA -	Nº DO BILHETE -	SÉRIE -
CNPJ EMPRESA -	CNAE DA EMPRESA -	CBOR -	
VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR -	CÓD. ÓRGÃO EMISSOR -	AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR 03080100195 7023
DOCUMENTO () CNS () CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR -	
DATA DA AUTORIZAÇÃO -	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) -	

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

Prófuma experte
- RX CONTROLE PE ① - AP 19

Dr. Marcelliano de Oliveira
Cirurgião de Otorrinolaringologia
CRM/RN 4788

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Mo C-G 11 hto
10/30/4
19:35
Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

UNIDUÍDA
DEUZO UNPDA +
TEMPERATURA 37.2 E 3. PD
+ SINDROME
TAM BOM MID
Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Cláudio José Paley Guzzo
Ortopedia / Traumatologia
CRM - 3047
Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua libe:

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SAÍDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

DESTACAR

PMWC/ PSCS
21/07/2016 09:38

A032

Politrauma
Sistema Amazing

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE FABIO LAURINDO DE MORAIS
DATA DE ENTRADA 21/07/2016 **HORA** 09:47 **Nº BAA** 193274
IDADE 22 **SEXO** M **ETNIA** -
CARTÃO SUS 705008484489251 **ESTADO** Solteiro(a)
CIVIL -
CPF 700.966.954-63 **RG** 003041174 -
NOME DA MÃE Maria Aparecida Laurinda Da Silva
NOME DO PAI Francisco Jeova Silva De Moraes
NASCIMENTO 30/05/1994 **NATURALIDADE** -
TELEFONE (84) 9100-1277 **PROFISSÃO** -
RUA/AV. Rua Jose Nor Da Silva **Nº** 55
COMPLEMENTO - **BAIRRO** CAMPO DA MANGUEIRA
CEP - **CIDADE** Macaíba-RN
ORIGEM Família **MOTIVO** Consulta de urgência / Outros
ACID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Lima

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Colisão moto-moto com traumatismo do pé D
ferida lacerante com exposição ossa e de tendões

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A vias aéreas pervias

B supnóico

C sangramento

D Glasgow 15

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Atendeu ± às 7:30h.

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATORIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL
10:05		Sim					

DIAGNÓSTICO INICIAL

Politraumatismo

CID

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

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE Fabio Lourenço de Moraes	6 - Nº DO PROTOCOLO			
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS 709.900.484.489.251	8 - DATA DE NASCIMENTO 30.05.1994	9 - SEXO MASCULINO	10 - FEMININO	11 - TELEFONE DE CONTATO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Nádia Alameda Lourenço de Silve				
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) R. José Nób da Silva Nº 55				
13 - MUNICÍPIO Mocimbu	14 - BAIRRO Campo de Azeite	15 - UF	16 - CEP	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Trauma e presença de ferimento			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Ferimento de 2º e 3º			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) RX			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura	21 - CID INICIAL S97	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento cirúrgico	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. Wilson Bastos
				29 - DT SOLICITAÇÃO 26.07.16
				30 - ESPECIALIDADE ORTOPEDIA
				31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO		DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
41 - CID PRINCIPAL		43 - ()	44 - () GRAVE
42 - CID SECUNDÁRIO		45 - () GRAVÍSSIMA	

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
48 - CNS / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a luz dos valores éticos e humanitários.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SUS - único de Saúde

LAUDATÓRIO SOLICITADO POR
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 103

Unidade do Estabelecimento de Saúde
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
TAL RUY PEREIRA DOS SANTOS

1 - CNES
2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
0001 174166630

4 - NOME DO PACIENTE
302 LAURINHO DE MORAN

5 - SEXO
Masc. ☒ Fem. ☐

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
1.314

7 - DATA DE NASCIMENTO
300594

8 - RAÇA/COR
10 - ETNIA

9 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
0081 8448.5257

11 - NOME DA MÃE
APARECIDA LAURINHO DA SILVA

12 - TELEFONE DE CONTATO
9100 7077

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
APARECIDA L. DA SILVA

14 - TELEFONE DE CONTATO
9474 8716

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, PAÇO)
JOFF NO DA SILVA, 09 - CENÁRIO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
MANGA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO
RN 59.85000

18 - UF
19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
Fratura de 2ª e 3ª PDD

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO
Acima citado

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)
Ranhu + Kaul

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Fratura de 2ª e 3ª PDD

24 - CID 10 PRINCIPAL
T03

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOC

27 - PROCEDIMENTO SOLICITADO
Internação

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0308010019

29 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
Ana Paula F.N. Farias

30 - DATA DA SOLICITAÇÃO
02.08.16

31 - ASSIN. E CAR. DO REGISTRO DO CONSEN. FARIAS
Ginecologia Obstetria
CRM RN 6272

32 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS DE ERROS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - CNP DA LEGISLAÇÃO

34 - CNP DO BEM

35 - CNP DA EMPRESA

36 - CNP DO PROFISSIONAL

37 - CNP DO EMPREGADOR

38 - CNP DO EMPREGADO

39 - CNP DO APOSENTADO

40 - CNP DO NÃO SEGURO

41 - AUTORIZAÇÃO

42 - AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

FICHA DE ACOMPANHAMENTO SOCIAL

ort.

Enfermaria: _____ Leito: _____
UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 21 / 07 / 2016
Alto: _____

Identificação

Nome: Roberto Baurindo de Moraes Naturalidade: Campinas - SP
Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 30.05.94
CPF: 003.041.174 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: 2º G
Pai: Francisco Leora Silva de Moraes
Mãe: Maria Aparecida Baurindo da Silva
Endereço: Rua Gasparino da Silva Cidade: _____
Telefone: (991001277) ☐ Residencial ☐ Trabalho ☐ Celular 991153031
Outros telefones: _____
Responsável pelo paciente: Mre Aparecida Baurindo da Silva - Mre
Endereço do Responsável: _____

Situação Ocupacional do Paciente e Vinculação Previdenciária

Atividade que desenvolve: Comércio
Trabalha com vínculo empregatício ☐ Sim ☐ Não
Desempregado ☐ Sim ☐ Não Benefício da LOAS ☐ Sim ☐ Não Renda: _____
Composição familiar: 03

Forma de Acesso ao Serviço:

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares () Trazido pelo SAMU
() Socorrido em via pública
() ENCAMINHADO: Hospital de origem: _____
Médico: _____

4. Paciente encontra-se nos requisitos para ter acompanhamento? ☐ Sim ☐ Não.
Em caso positivo, qual o motivo? _____

Evolução (Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Atendimento de Urgência (fratura do dedo)
Solicitação de exames de imagem

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

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE**

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE <i>HWG</i>	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Fabio Laurindo de Morais</i>		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO MASCULINO ☒ FEMININO ☐	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº)		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Ferimento lacerado contuso no pé D - 2º 3º 5º</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Urgente cirúrgico</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>De + de Bruns</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Prox. deorte p.</i>	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Do cirúrgico</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
				29 - DT SOLICITAÇÃO <i>21.07.11</i>
				30 - CNS / CPF
				31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) <i>Cláudio P. Guzzo Ortopedia - 302</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BONUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL		DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ()	44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.	
48 - CNS / CPF	52	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial...



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO - 1122935



PACIENTE	FABIO LAURINDO DE MORAIS			Nº	1122935
CARTÃO SUS	705008484489251			ESTADO CIVIL	Solteiro(a)
IDADE	22	SEXO	M	ETNIA	
NOME DA MÃE	Maria Aparecida Laurinda Da Silva				
NOME DO PAI	Francisco Jéova Silva De Moraes				
RUA/AV.	Rua Jose Nor Da Silva		Nº	55	
COMPLEMENTO					
CEP					
ESPECIALIDADE	Ortopedia	UNIDADE	Observação 2	BAIRRO	CAMPO DA MANGUEIRA
USUÁRIO	Lima			CIDADE	Macaíba-RN
				LEITO	951

ADMISSÃO 21/07/2016 10:47 ALTA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____ DIAS DE PERMANÊNCIA ____

DIAGNÓSTICO INICIAL

DIAGNÓSTICO FINAL

Acidente com lesões
de queda de muito
apresentando fratura
desposta de 2.05.07.000.

Natal, ____/____/____

Assinatura do médico responsável - CRM

Dr. Kleilson Bastos
ORTOPEDISTA
CRM 122935



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL	CNES 2653923
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL	CNES Ord.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE FABIO LAURINDO DE MORAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 1122935	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 705008484489251	DATA DE NASCIMENTO 30/05/1994	SEXO MASCULINO	RAÇA/COR -
NOME DA MÃE MARIA APARECIDA LAURINDA DA SILVA		DDD -	TELEFONE DE CONTATO (84) 9100-1277
RESPONSÁVEL		DDD -	TELEFONE DE CONTATO -
ENDEREÇO (LOGRADOURO, Nº, COMPLEMENTO) RUA JOSE NOR DA SILVA, 55.			
BAIRRO CAMPO DA MANGUEIRA	MUNICÍPIO DE PROCEDÊNCIA MACAIBA	UF RN	CEP -

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	REVI EM 23/07/16 POR <i>[Assinatura]</i>
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO	
PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVA DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL
CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
CLÍNICA OBSERVAÇÃO 2	CARÁTER DA INTERNAÇÃO () TRANSITO () TRABALHO TÍPICO () TRABALHO TRAJETO
DOCUMENTO () CNS () CPF	Nº DOCUMENTO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE CLAUDIO JOSÉ POLEY GUZZO	DATA DA SOLICITAÇÃO 21/07/2016 10:47
ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

ACIDENTE () TRÁNSITO () TRABALHO TÍPICO () TRABALHO TRAJETO	CNPJ DA SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE
CNPJ EMPRESA	CNAE DA EMPRESA	CBOR	
VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR
DOCUMENTO () CNS () CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR	03080100195 7023
DATA DA AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

- RX CONTROLE PE ① - AP 19

Dr. Marcelliano de Oliveira
Cirurgião de Otorrinolaringologia
CRM/RN 4788

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Mo C-G 11 hto
10/3/04
Curativo
19:35
Assinatura e Carimbo do Responsável

UNIDERMIA
DEUZO UNPDA +
TENDINITE ELT 2. E 3. PO
+ SINDROME
TAM BOM MID
Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Cláudio José Paley Guzzo
Ortopedia, Traumatologia
CRM - 3047
Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua libe:

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

DESTACAR



(1)

Buscar no site

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 uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170086191 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FABIO LAURINDO DE MORAIS

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO FABIO LAURINDO DE MORAIS

CPF/CNPJ: 70096695463

Posição em 12-09-2017 08:58:11

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 1.350,00

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
12/09/2017	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



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

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

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

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

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

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

PAGUE SEGURO

Quesitos

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

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu, FABIO LOURINHO DE MORAIS,
brasileiro(a), portador(a) do RG nº 003 091 174, inscrito(a) no
CPF sob o nº 700 966 954-63, residente e domiciliado à Rua
JOSENO DA SILVA, nº 1,
CENTRO, MOCIMBA/RN, CEP
59.280-000, Declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência
financeira, não tendo condições de arcar com custas processuais e honorários
advocatícios sem prejudicar o meu próprio sustento e o da minha família,
consoante o que dispõe a Lei 1.050/1960, e por ser expressão da verdade,
firmo a presente.

Parnamirim/RN, 30 de Setembro de 2017.

Fabio Lourinho de Moraes

Declarante

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

JOÃO FIGUEIREDO



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pelo Lei 10.438, de 26/04/02

cosern
Grupo Neoenergia

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Hermes, 150, Balaio, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.186/0001-51 | Insc. Est. 20056199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA APARECIDA LAURINDA DA SILVA

CPF 751 725 424-34

CLASSIFICAÇÃO

BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSE NO DA SILVA 1

CENTRO/URBANA
MACAIBA RN
59280-000

CONTA CONTRATO

HÉSIANO

0688276012

10/2016

DATA DE VENCIMENTO

DATA PREVISÃO PRÓXIMA DE LEITURA

18/10/2016

09/11/2016

TOTAL A PAGAR (R\$)

78,78

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
000448114	UNICA	10/10/2016
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
10/10/2018	3000645268	409319

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	127,0000000	0,53993074	68,57
Contribuição Iluminação Pública			7,72
Multa por atraso-NF 000450505 - 09/08/16			1,37
Juros por atraso-NF 000450505 - 09/08/16			1,12

TOTAL DA FATURA

78,78

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	CAT	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
			DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
2130189194			09/09/2016	4 618,00	10/10/2016	4 945,00	31	1,0000		127,00

PERÍODO DE CONSUMO

10/09/2016 a 10/10/2016

PERÍODO DE CONSUMO POR TENDIMENTO

1. BARRAGEM

2. UBAIDIM

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

9153-3938 / 9100-1272
Franciele (irmã)

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

I - CONTRATANTE: FABIO LAURINDO DE MORAIS
brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 003.041.174, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 700.966.954-63,
residente e domiciliado(a) a RUA SOLENO DA SILVA, nº 1,
CENTRO, - MARCOLA, CEP 59280-000.

II - CONTRATADO: JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES, brasileiro, advogado, inscrito na OAB (RN) sob o nº. 11239 com cadastro no CPF sob o nº 413.039.704-49, com endereço profissional situado à Rua Edgar Dantas 453-A, Santos Reis, Parnamirim/RN, aqui denominado CONTRATADO.

III - OBJETO DO CONTRATO:

Cláusula 1ª. O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços advocatícios, para propositura da Ação de Cobrança do Seguro Obrigatório (DPVAT), na seara JUDICIAL, junto as Seguradoras reponsáveis pelo pagamento de seguro.

IV - DAS ATIVIDADES:

Cláusula 2ª. As atividades inclusas na prestação de serviços objeto deste instrumento são todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam:

a) praticar quaisquer atos e medidas necessárias e inerentes à causa, em todas as repartições públicas da União, dos Estados e Municípios, bem como Órgãos a estes ligados direta ou indiretamente, seja por delegação, concessão ou outros meios, bem como de estabelecimentos particulares;

b) praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os específicos no Instrumento Procuratório, parte deste.

V - DA DESISTÊNCIA:

Cláusula 3ª. Fica acordado que, em caso de desistência, a parte CONTRATANTE pagará um salário mínimo a título de despesas, no ato da desistência.

VI - DOS HONORÁRIOS:

Cláusula 4ª. Ficam acordadas as partes que os honorários a título de prestação de serviços, serão pagos da seguinte forma: 30% (trinta por cento) na judicial ou acordo realizado entre as partes, se for o caso, tudo, nos exatos termos do art. 22, § 4º, da Lei 8.906/94 e, do provimento 128/15 do TJRN.

Cláusula 5ª. Fica estipulado o valor de até R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais), decorrente das despesas administrativas, a cargo do CONTRATANTE, que será paga ao final do processo, com êxito.

§ 1º. Caso haja morte ou incapacidade civil do CONTRATADO, seus sucessores ou representantes legais receberem os honorários na proporção do trabalho realizado.

Cláusula 6ª Os honorários de sucumbência pertencem ao CONTRATADO nos termos do art. 23 do EOAB, Lei 8.906/94, que poderão de imediato recebê-los em juízo, ou fora dele, ao final da ação, ou promover a competente execução em seu próprio nome, ou em nome do CONTRATANTE, nada tendo este a reclamar ou receber.

Cláusula 7ª. As partes estabelecerão que, havendo atraso no pagamento dos honorários, será cobrada multa de 10% (dez por cento), mais juros na proporção de 1% (um por cento) ao mês.

VII - DA COBRANÇA:

Cláusula 8ª. As partes acordam que facultará ao CONTRATADO, o direito de realizar a cobranças dos honorários por todos os meios admitidos em direito.

VIII - DO FORO:

Cláusula 9ª. Para a solução de questões decorrentes deste Contrato, fica eleito o foro da Cidade de Parnamirim/RN.

E por estarem justas e acertadas, assinam o presente em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Parnamirim/RN, 30 de setembro de 2017

Fabio Laurindo de Moraes
CONTRATANTE

JOÃO ROBERTO F. DAS NEVES

Testemunha

Testemunha

CPF: 557.658.909-20

CPF: 923.980.303-34

OBS: NÃO COBRAR TAXA DE R\$ 150,00 SOB DESPESAS.