



Número: **0822038-12.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

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
ANDERSON ANTONIO DOS SANTOS (AUTOR)	JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)
PORTE SEGURU S/A (RÉU)	
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43653 926	30/05/2019 15:51	01 PROCURAÇÃO	Procuração
43653 937	30/05/2019 15:51	02 BOLETIM POLICIAL	Documento de Comprovação
43653 962	30/05/2019 15:51	03 DOCUMENTOS MÉDICOS	Documento de Comprovação
43653 973	30/05/2019 15:51	04 PRÉVIO REQUERIMENTO	Documento de Comprovação
43653 979	30/05/2019 15:51	05 QUESITOS	Outros documentos
43653 985	30/05/2019 15:51	06 DOCUMENTOS PESSOAIS	Documento de Identificação
43653 989	30/05/2019 15:51	07 DECLARAÇÃO DE POBREZA	Documento de Comprovação
43653 995	30/05/2019 15:51	08 CONTRATO DE HONORÁRIOS	Documento de Comprovação

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Anderson Antonio dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro
RG nº: 27 363.532 - 3 CPF nº: 462.367.673-00
Endereço: Rua Manuel sito, 10
Bairro: Nossa Sra. da Conceição Cidade: Riachuelo /RN,
CEP: 59.470-000.

OUTORGADO:

JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.239, com escritório profissional à Rua Dr. Sadi Mendes Lucena, nº 1022-A, Monte Castelo - Parnamirim/ RN, CEP 59.146.110, 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 cirúrgico**, o que tudo dará por firme e valioso e, em especial para presente ação de cobrança do **Seguro DPVAT**.

Parnamirim/RN, 10 de Maior de 2019

Anderson Antonio dos Santos
OUTORGANTE



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

POLÍCIA CIVIL

DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
1ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL – 1ª DRPC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA 022/2018

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO.**

Data e Hora do Fato: **07 de março de 2018, por volta das 11h00min.**

Local do Fato: **estrada carroçável que dá acesso ao caminho do Açude Grande, Zona Rural, Riachuelo/RN.**

COMUNICANTE: ANDERSON ANTONIO DOS SANTOS - Telefone: *****

Filiação: Antonio Matias dos Santos e Hilda Maria da Silva.

Naturalidade: Picos/PI Nascimento: **12/04/1968**

RG: **27.363.532-3 SSP/SP** CPF: ***** Profissão: *****

Endereço: **Rua Manoel Leite, 10, Nossa Senhora da Conceição, Riachuelo/RN.**

VÍTIMA: o comunicante - Telefone: *****

Filiação: *****

Naturalidade: ***** Nascimento: *****

RG: ***** CPF: ***** Profissão: *****

Endereço: *****

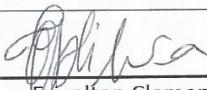
ACUSADO: *****

Endereço: *****

Histórico da Ocorrência: Compareceu a esta Delegacia o **COMUNICANTE** acima qualificado, o qual relatou que, na data acima indicada, vinha guiado a sua motocicleta HONDA NXR 150 BROS ESD, PLACA OJS2578, ANO/MOD 2012/2012, RENAVAM 00491476450, REGISTRADA EM NOME DE LIEVERSON GALDINO DO NASCIMENTO, quando perdeu o controle da motocicleta após esta derrapar, vindo com isso a cair no chão da pista referida. Após cair da sua motocicleta e se lesionar, tendo uma fratura na perna direita, a vítima foi socorrida por uma pessoa chamada JORGE e levada para o Posto de Saúde da cidade de Riachuelo/RN, de onde foi socorrida para o Hospital Deoclécio Marques, Parnamirim/RN, onde foi submetida a uma cirurgia. Nada mais disse.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: Registro de BO.

São Paulo do Potengi/RN, 28 de março de 2018.

 Anderson Antônio dos Santos	 Erivelton Clemente Policial Civil – Matrícula 167439-0
Comunicante/Vítima	



HILDA MARIA DA SILVA (amr) 996656245 (SAMU)
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA MILITAR

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

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

Parnamirim / RN
70680728283 (1127) BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA 56 N° 22

NOME: Anderson Antônio dos Santos
IDADE: 21/04/68 COR: PAFM SEXO: MASC ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
BOLETIM DE ATENDIMENTO

NATURALIDADE: Picos (PI) PROFISSÃO: SOLMANOZ PROCEDÊNCIA: CJ HAB BIM
ENDERECO: Rua 2000 muro 17 BAIRRO:
CIDADE: Picos DATA: 07/03/18 HORA: 15:15
CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO INCAPACITADO COMATOSO

DATA: / / CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO							
APARENTEMENTE BEM	<input type="checkbox"/>	REGULAR	<input type="checkbox"/>	COM DISPNEIA	<input type="checkbox"/>	CHOCADO	<input type="checkbox"/>
C/ HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/>	EM CONVULSÃO	<input type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO	<input type="checkbox"/>	AGITADO	<input type="checkbox"/>
				NÃO	<input type="checkbox"/>	OUTROS	<input type="checkbox"/>

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO	SIM <input type="checkbox"/>	
PUPILAS,	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA
		C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C		PULSO	T.A.
TEMP.	RESPIRAÇÃO		
		de 100km/h em queda de arvo e 100% de pulmão	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Per. Sípere A. C. disse dizer que quando de moto (30km/h) em estrada de terra
estava se deslocando e que não sentiu bateu o cabelo. Rápido
segundo a qual com este bateu para o lado caiu sobre o terreno.
de modo

EXAME FÍSICO

íSICO - *Diversos renos han evitado*

Alves series SIRP

b. May 19

e: NDW

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

CONFERE CONFERENCE

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"/> BUZO-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*Deu sinal de vida.**Fale com tipo bala.*

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>DR. ROBERTO FERREIRA DAS NEVES</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ / _____ / _____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA _____ / _____ / _____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/> HORA _____
ÓBITO _____ / _____ / _____	HORA _____	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
ENTREGUE À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	

*Rogerio Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 1226 - SBOT 1341
Núcleo Internamento - 00
MÉDICO (Carimbo)*

Donego

NICOLAS

AUTOMATICO

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



LAUDO

PACIENTE Anderson Antônio dos Santos, FOI SUBMETIDO(A) A TRATAMENTO CIRURGICO DE faturo do tornozelo., NO HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES NO DIA 12-03-18. DEVE MANTER ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL E FISIOTERAPICO.

AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS A CRITERIO MEDICO PERITO.

CID.: 582.6

Dr. Fabio Ferreira Freire
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5804 - TEOF 13187

PARNAMIRIM , 13-03-18

MES-DATASUS
VERSÃO: 14.70

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

O.E : M240325101 ESFERA : PÚBLICO ESPELHO DA AIH APRESENTAÇÃO: 04 / 2018 PAG.: 1
Num AIH : 241810020380-5 Situação : SEM ERRO Tipo : 01-INICIAL Apresentação : 04/2018 DATA : 27/03/2018
Data Autorização: 07 / 03 / 2018

Especialidade : 01 - CIRURGICO Orgão Emissor : M240325101 CRC:
Doc autorizador : 980016283868881 Doc med resp : 980016283361019 Doc diretor clínico : 980016279706988 Doc médico solicitado : 127159215370002
CNES : 3515168 - HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA CNS : 70680728783112-7
Patiente : ANDERSON ANTONIO DOS SANTOS Prontuário : 150898
Data Nasc. : 12 / 04 / 1968 Sexo : MASCULINO Nacionalidade : 010 - BRASIL Tipo Doc. : IGNORADO Doc :
Responsável pac. : ELAINE CRISTINA SILVA SANTOS Nome da Mãe : HILDA MARIA DA SILVA
Endereço : RUA MANOEL LEITE 10 Bairro: NOSSA SENHORA DA CONCEICAO Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APLICA
Município : 241090 - RIACHUELO UF : RN CEP : 59470-000 Telefone : (84)0326-90113 Muda Proc.? : NÃO
Procedimento solicitado : 04.08.05.057-8 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR
Procedimento principal : 04.08.05.057-8 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR
Diag. principal : S826-FRATURA DO MALEOLO LATERAL Diag. secundário :
Complementar : Causa Obito :
Caráter atendimento : 02 - URGENCIA Modalidade : HOSPITALAR
Data internação : 07 / 03 / 2018 Data saída : 13 / 03 / 2018 Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIH01 : AIH Anterior : - AIH Posterior : -
[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador : - / - CNAER: -
Vínculo Previdência : CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar	Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1	0408050578	203634349760008	225270(1)	3801217	3515168	1	03/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO	
2	0408050578	980016283876574	225270(2)	3801217	3515168	1	03/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO	
3	0408050578	980016295968398	225151(6)	3572196	3515168	1	03/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO	
4	0702030830			04099366000110	3515168	1	03/2018	PLACA 1/3 TUBULAR 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	
5	0211020036			3515168	3515168	1	03/2018	ELETROCARDIOGRAMA	
6	0202020380			3515168	3515168	1	03/2018	HEMOGRAMA COMPLETO	
7	0802010016			3515168	3515168	5	03/2018	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM	
8	0301010170	980016283784556	225120	3515168	3515168	1	03/2018	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO	
9	0401010015	201549144810004	225225	3515168	3515168	5	03/2018	CURATIVO GRAU II C/OU S/ DEBRIDAMENTO	

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
4	2494	04.099.366/0001-10				

CID SECUNDÁRIO

Cid Característica Descrição
W010 PREEXISTENTE QUEDA MESMO NIVEL POR ESCORR., TROP. OU PASSO FALSO - RESIDENCIA

Número de Nascidos Número de Saídas Nº Pré-Natal:
Vivos : Mortos : Altas : Transf.: Óbitos :

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL



Gustavo Jales Rodrigues de Araújo
Auditó CRO/RRN 3328
CPF: 008.494.748-14
AUTORIZADO 19/03/2018



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 DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

ANDERSON ANTONIO DOS SANTOS

150898

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RACA/COR

706 8072 8783 1127

12/04/1968

MASCULINO

PARDA

11- NOME DA MÃE

12- FONE DE CONTATO

HILDA MARIA DA SILVA

59150000

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- FONE DE CONTATO

ELAINE CRISTINA SILVA SANTOS

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA - EDUARDO MEDEIROS Nº 17

16- MUNICÍPIO

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

PARNAMIRIM

COHABINAL

RN

998656245

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura de fêmulo D hoj
Internar pt procedimento

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

Anamnese evas fisico e Rx

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

As acus
Fratura de fêmulo D

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

DR. Ural da Oliveira
PROFESSOR DO PROCEDIMENTO

29- 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)

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

() NAO 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

CONFERE COM ORIGINAL

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

Servidor



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO	
		150898	
DATA	HORA	CATEGORIA	
07/03/2018	16:43	GIH	
PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO		
ANDERSON ANTONIO DOS SANTOS	12/04/1968		
ESTADO CIVIL	PROFISSAO	UF	CEP
CASADO	SOLDADOR	RN	996656245
ENDERECO (RUA, Nº)	BAIRRO	TELEFONE	
RUAS - EDUARDO MEDEIROS Nº 17	COHABINAL		
MUNICÍPIO			
PARNAMIRIM			
LOCAL DE TRABALHO			
FILIAÇÃO	ANTONIO MATIAS DOS SANTOS		
HILDA MARIA DA SILVA	TELEFONE		
RESPONSÁVEL	59150000		
ELAINE CRISTINA SILVA SANTOS			
ENDERECO			
O MESMO			
DIAGNOSTICO PROVISORIO			
DIAGNOSTICO DEFINITIVO			
DATA DE ADMISSAO	ALTA	OBITO	
13-03-2018			
HISTÓRIA CLINICA			
CONFERE COM ORIGINAL			
Sexta feira			
19/8/2018			



Hospital

Nome do paciente		Assessor Autônomo dos Saltos		Nº prioritário
Data operação	Enr.	Leito		
Operador	Carlos Magno	1º auxiliar	Carlos Magno	
2º auxiliar		3º auxiliar	Instrumentador	
Anestesiista	16012	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura de tornozelo direito			
Diagnóstico pós-operatório	TMO cirúrgico com fixação interna			
Relatório imediato do patologista				
Exame radiológico no ato				
Acidente durante a operação				

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Paciente: ZOB. ASSISTIA, AM. POS. INCLINAÇÃO LATERAL, DISSECACAO RESSECAÇÃO PLÁSTICA SEM FUSO com 06 FIOS, 03 PINS DURÍS CORRICAS 01 PARAFUSO E SPÔUTERIS SURVASSO POR PLÚTICES, CORTADO, TURA TÍMICO BÔTA

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

<input checked="" type="checkbox"/> Lesões múltiplas
<input checked="" type="checkbox"/> Desvascularizado
<input checked="" type="checkbox"/> Paralisia
<input checked="" type="checkbox"/> Proc. Clínico
<input checked="" type="checkbox"/> Proc. Cirúrgico
<input checked="" type="checkbox"/> 60805057
<input checked="" type="checkbox"/> CBO 225225
<input checked="" type="checkbox"/> CBO 225270
<input checked="" type="checkbox"/> 4 DIAS
<input checked="" type="checkbox"/> CID 5826

CONFERE COM ORIGINAL
Senhor

11/10/12

5826

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital	WDM	Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome	Anderson Antônio dos Santos		Idade	60
Data	Pressão arterial 130x80 mmHg	P脉搏	Raspitação	Sexo
Tipo sanguíneo	Hematílias	Hemoglobina 11,5 g/dl	Hematocrito	Glicemia
	Urina			Uréia
A.p. respiratório	Sofre de bronquite.			Ama
A.p. circulatório	Sofre de bronquite.			Eletrocardiograma
A.p. digestivo	Centes	Pancôco	A.p. urinária	
Estado mental	LovG	Anaracinas	Confusões	Alucin.
Diagnóstico pré-operatório	Fix de tonsilas (5)			Estudo físico
Anestesias anteriores				Risco
Medicação pré-anestésica			Aplicada às	Efeito
Agentes Anestésicos	O ₂	Nitroglicerina 0,4 mg Fenotrial 50 mg + 10 ml mescalina		
Líquidos		Sedativo 100 mg + 10 ml mescalina		
Oper.	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	Aventur (1) Dipirona 0,2 g (2) Acmetabum 100 mg (3) Descongestionante 10 mg (4) Benzodiazepina 0,2 g (5) Tiamol 400 mg (6) Cefalosporina 0,2 g		
Anest.				
O Resp:				
P Pulso				
SÍMBOLOS				
E				
ANOTAÇÕES				
POSIÇÃO				
Agentes				
Técnica	A+A: BSA com 1,1 L/kg cras 27°Cee, hiper (D, lempido)			
Operação	FFF Ceteklips de fix se tornarelo (6)			
Cirurgiões	Cirurgião + Cirurgião Anestesiologista			



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

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome: ANDERSON ANTÔNIO DOS SANTOS Idade: 48 D/N: 12/04/1968
 Pront.: 150018 Município: Palma Ville Procedência: () Interno () Externo
 Data da cirurgia: 12/03/18 Hora Admissão: Bloco: 14:50 Sala: _____ Hora Saída: _____ Peso: _____
 Alergias: () Não () Sim Comorbidades: () H.A.S () DM () Outras _____
 Uso de medicações: () Não () Sim Jejum: () Não () Sim
 SSVV Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm PI: rpm FC: bpm SpO₂: % T: °C
 Enfermeiro(a): LECIANE Instrumentado (a): D/palmá Circulante: Clivosaodra
 Cirurgia: () Cirúrgico de natureza de tipo: _____ Especialidade: ORTOPEDIA Sala: 01
 Hora Início: 16:45 Hora Término: 17:10 Tipo de cirurgia: () Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
 1º Cirurgião: DR. Lourdes magalhães Aux: DR. Lourdes magalhães Residente: _____
 Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: () Bloqueio () Raquidiana Ag.nº 27 () Peridural () c/cateter () s/cateter
 Ag.nº _____ Cateter nº: _____ Início: 16:20 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: 16:35 Término: 17:15
 Anestesiologista: DR. Igor Furtado

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
Consciente	Normocorada	Normotensão	Jelco	ECG
Letárgico	Hipocorada	Hipotensão	Acesso V. Central	Oximetria
Coma	Clanótica	Normocárdico	Cat. Diálise	Capnógrafo
Orientado	Ictérica	Bradicardia	Fístula	PA
Desorientado	Desidratada	Taquicardia	Arterovenosa	Estimul. Nervo
Sedado	Integra	Choque	SNG	Diprifusor
Ansioso	C/lesões	Normoesfigmico	SVD	BIC
Deambula	Sudorese	Eupnéia	Colostomia	Desfibrilador
t/dificuldade	Cicatriz cirúrgica	Dispnéia	Cistostomia	
Açamado	Higiene Satisfatória	Dispositivo O ₂	Dreno:	
Paraplégico	Higiene deficiente		Aparelho gessado	
Tetraplégico	Manchas		Tração	
Amputações	S/Tricotomia		Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	67	68	70	Bpm
Pulso	67	68	70	Bpm
Oximetria	100%	100%	100%	%
Capnografia	-	-	-	%
PA	148x87	152x93	156x93	mmHg

ACESSO VENOSO			
Punção Arterial			
Punção Venosa Periférica			
Punção Venosa Central			
Dissecção venosa			

Local:

Cateter:

SONDAGEM GÁSTRICA			
SNG nº			
Retorno:			
CATETERISMO VESICAL			
SVF nº		SVA nº	
Diurese:			
Profissional responsável:			
EXAMES SOLICITADOS:			
() Hemograma	() Gasometria		
() Coagulograma	() Outros		
() Tintagem Sanguínea	() Glicosimetria:		

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
Dorsal	Cabeça	Anatômicos
Ventral	PESCOÇO	Abduzidos
Lateral	Tórax	Fletidos
Litotômica	Lombár	MMII
Trendlemburg		Anatômicos
Canivete		Abduzidos
Proclive		Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
() Sim	() Não	() Metal
() Descartável		
Local:		
DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA	
() Sim	() Não	
Local: MID		
	Solução: DEGERMAN	
	Local: MID	

IMPLANTE CIRÚRGICO		
Drenos:		
Tela:	CONFERE COM ORIGINAL	
Cateter:		
Ostomia:	GUTTER	
Fio de KC:		Parafuso - tipo: 5
Placa - tipo:	Sem furos	para perfurar 06 Furos
Outros:		
ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO		
Caixa cirúrgica:	BÁSICO PERÍF	Quant. Material:
18/03/18	18/03/18	Contagem de gaze e compressa: () Não () Sim



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

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

() Hemoconcentrado _____ Unid.		() Plasma _____ Unid.		() Plaquetas _____ Unid.	
() Álbumina _____ Unid.		() Expansor plasmático _____ Unid.		MEDICAÇÕES UTILIZADAS <i>vide a folha da anestesia</i>	
h: _____ h: _____ h: _____	h: _____ h: _____ h: _____	h: _____ h: _____ h: _____	h: _____ h: _____ h: _____		
() Soro Fisiológico: _____ ml		() Soro Ringer Simples: _____ ml		Quantidade total de volume administrado: _____	
() Soro Glicosado: _____ ml		() Soro Ringer Lactato: _____ ml			
ANATOMO PATOLÓGICO					
<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Peça: Swab para cultura:	Peça para sepultamento: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Líquido:				
CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES					
FO de aspecto: <input checked="" type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> c/exsudato <input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/> Aparelho gessado <input checked="" type="checkbox"/> Bandagens <input type="checkbox"/> Talas <input type="checkbox"/> Outros: <i>INTERCORRÊNCIAS: J7 - JO- Término do procedimento com intercorrências em OZ ambiente em Pós de operação de tornozelo "D".</i>					
Ass: <i>Cleusa Sandra</i> Coren: <i>252407</i>					
CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO					
Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Narcose <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Vigil <input type="checkbox"/> Agitado					
Respiratório: <input type="checkbox"/> Intubado <input type="checkbox"/> Extubado <input type="checkbox"/> Cânula de Guedel <input checked="" type="checkbox"/> O ₂ ambiente Curativo: <input type="checkbox"/> Oclusivo <input type="checkbox"/> Compressivo <input type="checkbox"/> Bolsa de colostomia <input type="checkbox"/> Outro: _____					
Diur.: <input type="checkbox"/> Espontânea <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Irrigação Vesical <input type="checkbox"/> Oligúrico Destino após a cirurgia: <input type="checkbox"/> CR0					
UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO					
Hora: <i>17:15</i> Data: <i>32/03/18</i> Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Narcose <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Choro Vias aéreas: <input checked="" type="checkbox"/> Intubado <input type="checkbox"/> Extubado <input type="checkbox"/> cânula de Guedel <input type="checkbox"/> Cateter O ₂ <input checked="" type="checkbox"/> O ₂ Ambiente Mobilização MMII: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Sem mobilidade Mobilização MMSS: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Sem mobilidade Venóclise: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Tipo: <i>AVP</i> Local: _____ Sondas: <input type="checkbox"/> Gástrica <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Vesical Drenos: <input type="checkbox"/> Sucção <input type="checkbox"/> Torácico <input type="checkbox"/> Penrose <input type="checkbox"/> Kherr Ostomias: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Especifique: _____ Irrigação vesical contínua: <input type="checkbox"/> Retorno satisfatório <input type="checkbox"/> Retorno Insuficiente <input type="checkbox"/> Coágulos Curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Oclusivo <input type="checkbox"/> Descoberto <input checked="" type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> Sujo Monitorização: <input type="checkbox"/> ECG <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro <input type="checkbox"/> PA					
INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexiga () Alteração PA () Alteração FC					
Relate: _____					
SINAIS VITAIS					
Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%
Admissão	—	63	—	—	97
30'	—	57	—	—	98
60'					N/AV
Alta					
Medicações administradas URPA:					
Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura	
Eliminações:					
	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação	
Recebido da SO					
Desprezado URPA					
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: <i>Paciente encaminhado para radio X.</i>					
Ass: <i>Saymara</i> Coren: <i>504067</i>					



PEDIDO DE PARECER

corredor I

Unidade Solicitante: _____ Município: _____
Paciente: Anderson Autônomo de Sante Prontuário: _____

Motivo da Consulta:

E.C.G
RISCO CIRÚRGICO

Rogério Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 4228 - SBOT 1341
CRM/RN 1220 - SBOT 1341
CRM/RN 1220 - SBOT 1341
Médico

CRM

Rx Tómax

21.3.18

Data

Encaminhado à especialidade: _____
Consulta marcada para a Unidade: _____ Município: _____
Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia 1.1.1.

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: _____ Município: _____
Paciente: Anderson Autônomo de Sante / 18 anos Prontuário: _____

(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)

ATUAL: Fáscia Tómax 0L

ANT:

TRABALHO:
Nega hipertensão ou
diabetes

Nega ASMs
Nega consumo farto

Diagnóstico:
Nega antecedentes ou
evento cardiovasculares

Médico:
Nega NERGIAS
Nega uso de medicamentos

E.C.G:

RITMO SINUSAL
ALT. INVEST.
DA RESPIRAÇÃO

Rx Tómax: 0L

LABORATÓRIOS COM ORIGINAL
CRM/SAÚDE X

PA 100/60 mmHg
RCR SEM
SOPRO
MVG, SIC

CID

1.1.18

Data

Retornar à clínica solicitante:

Para o (a) Dr. (a): BAIXO RISCO CARDIOVASCULAR

Dr. George Roberto Miranda
CARDIOLOGIA CLÍICA MÉDICA
COM - RN 5778

SINISTRO 3180362989 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANDERSON ANTONIO DOS SANTOS
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO ANDERSON ANTONIO DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 46236767300

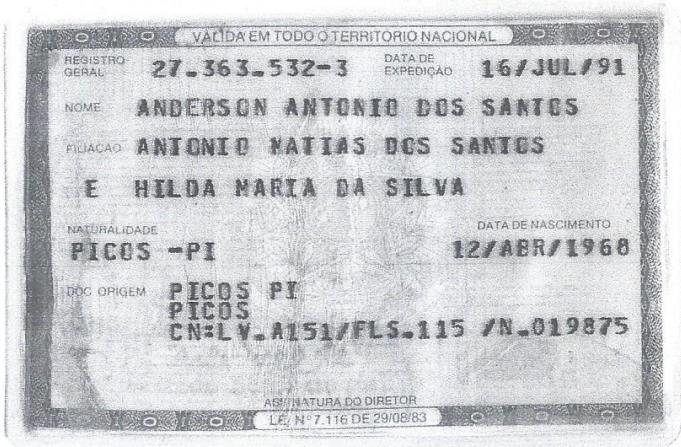
Posição em 23-05-2019 08:43:47

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/03/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

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)?





21/06/2018

2a Via de Fatura

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

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



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuítas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuítas de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuítas de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
JOSE LEONARDO DE MOURA FILHO
CPF: 376.360.814-15 NIS: 17044895954

DATA DE VENCIMENTO	20/06/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	13/06/2018	CONTA CONTRATO	000852535300
TOTAL A PAGAR (R\$)	28,80	DATA DA APRESENTAÇÃO	13/06/2018	Nº DO CLIENTE	3000777669
		NÚMERO DA NOTA FISCAL	007853629	Nº DA INSTALAÇÃO	0001336464
		Série: U			

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MANOEL LEITE 10 CASA DE DEDA
NOSSA SENHORA DA CONCEICAO APARECIDA/AREA URBANA 59470-000 RIACHUELO RN

CLASSIFICAÇÃO	B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
	Monofásico
RESERVADO AO FISCO	FAF6.8EDD.6E08.540F.B3FF.14C3.4765.2B09

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

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,20940554	6,28
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	42,00	0,35898094	15,07
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,24
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,98
Contribuição Iluminação Pública			0,87
ICMS-Parcela Subvencionada			4,41
Multa por atraso-NF 004989371 - 13/04/18			0,54
Juros por atraso-NF 004989371 - 13/04/18			0,27
Atualização IGPM-NF 004989371 - 13/04/18			0,14
TOTAL DA FATURA			28,80

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencido	Dt Reav	Valor
21/05/18	13/06/18	27,36

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer a inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO	
	kWh	
Consumo Ativo até 30 kWh 0,16151450	JUN	18
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,27688200	MAI	18
	ABR	18
	MAR	18
	FEV	18
	JAN	18
	DEZ	17
	NOV	17
	OUT	17
	SET	17
	AGO	17
	JUL	17
	JUN	17

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	8,74 38,72
Transmissão	1,12 4,86
Distribuição (Cosern)	5,32 23,57
Encargos Setoriais	0,81 3,59
Tributos	5,15 22,82
TOTAL	22,57 100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
22,57	18,00	4,06	22,57	0,87	0,19
					22,57 4,00 0,90

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No de horas sem Energia	SAO P POTENGI	0,00	5,79	11,58	23,16
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,37	0,00	0,00
DICRI-Duração da interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		
EUDS-Valor do Encargo de Uso = R\$ 7,76					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Essa conta poderá ser paga no credenciado mais perto de você. Confira a lista completa em www.cosern.com.br . O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br .
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.
Pago, em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo, mês
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 24,84 .
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL(V)		LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
		MÍNIMO	MÁXIMO
220		202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

DESTAQUE AQUI	TALÃO DE PAGAMENTO
CONTA CONTRATO 000852535300	MÊS/ANO 06/2018

838000000009 288000384000 852535300208 012863136838



Evite dobrar o talão de pagamento.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Anderson Antonio dos Santos, brasileiro(a), portador(a) do RG nº 24 363 532 - 3, inscrito(a) no CPF sob o nº 462.367.673-00, residente e domiciliado à Rua Manoel 216, nº 10, Nossa Senra da Conceição Riachuelo /RN, CEP 58470-000, 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, 10 de dezembro de 2018.

Anderson Antonio dos Santos

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, homônima 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

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

I - CONTRATANTE: Anderson Antonio dos Santos, brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 24363532-3 inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 462 367 673-00, residente e domiciliado(a) a Rua Manoel Ribeiro, Nossa Senhora da Conceição-Riachuelo/RN, CEP 59470-000.

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 Dr. Sadi Mendes de Lucena, 1022-A, Monte Castelo, 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 ADMINISTRATIVA e, JUDICIAL se for o caso, 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: 20% (vinte por cento), do total deferido na seara administrativa e, 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

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

Cláusula 5ª Os honorários de sucumbência per tecem 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 6ª. 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 7ª. 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 8ª. 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, 10 de Mai de 2019

* Anderson Antonio dos Santos
CONTRATANTE


JOÃO ROBERTO F. DAS NEVES

Testemunha

Fca. G. do N. Filho

CPF: 923.980.303-34

Testemunha

Ana Carla da Silva

CPF: 500 477 954 - 31