



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)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43653 926	30/05/2019 15:51	<a href="#">01 PROCURAÇÃO</a>	Procuração
43653 937	30/05/2019 15:51	<a href="#">02 BOLETIM POLICIAL</a>	Documento de Comprovação
43653 962	30/05/2019 15:51	<a href="#">03 DOCUMENTOS MÉDICOS</a>	Documento de Comprovação
43653 973	30/05/2019 15:51	<a href="#">04 PRÉVIO REQUERIMENTO</a>	Documento de Comprovação
43653 979	30/05/2019 15:51	<a href="#">05 QUESITOS</a>	Outros documentos
43653 985	30/05/2019 15:51	<a href="#">06 DOCUMENTOS PESSOAIS</a>	Documento de Identificação
43653 989	30/05/2019 15:51	<a href="#">07 DECLARAÇÃO DE POBREZA</a>	Documento de Comprovação
43653 995	30/05/2019 15:51	<a href="#">08 CONTRATO DE HONORÁRIOS</a>	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 Manoel Lito, 10  
Bairro: Nova Sra. do Conceito 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 Maio de 2019

x 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: \*\*\*\*\*

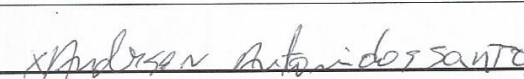
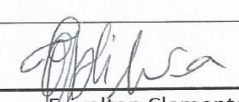
ACUSADO: \*\*\*\*\*

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.

 Comunicante/Vítima	 Policial Civil – Matrícula 167439-0
---	---





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

HILDA MARIA DA SILVA (nome) 996656245 (SAMU)

706 8072 8283 1127  
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA 56 Nº 22

NOME: AUREASO ANTONIO DOS SANTOS  
IDADE: 12/04/68 COR: PARD. SEXO: MASC. ESTADO CIVIL: GRADU  
NATURALIDADE: PARS (PA) PROFISSÃO: SOLDADOR PROCEDÊNCIA:  
ENDEREÇO: RUA EDUARDO MORAES, 17 BAIRRO: COM. BOM  
CIDADE: PARNAMIRIM DATA: 07/03/18 HORA: 15:15

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)  
POT sofreu acidente de queda de moto (30 km/h) em estrada de asfalto.  
Essa é uma pessoa que não tem histórico de doenças. Refere ter  
segurado a queda com as mãos, porém o moto caiu sobre o tornozelo  
do mesmo.

EXAME FÍSICO  
A: Vias aéreas livres sem ruídos.  
B: MVS normais SIRA  
C: NDU

CONFERE COM ORIGINAL

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

EXAME FÍSICO INICIAL Trauma em Tornozelo

## 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"/>

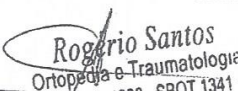

## CONDUTA

Desatopado.

Falta gemas tipo bato.

Ass. do Responsável

## DESTINO DO PACIENTE

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



## LAUDO

PACIENTE Anderson Antonio dos Santos, FOI SUBMETIDO(A) A TRATAMENTO CIRURGICO DE fratura 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 - TEOT 13187

PARNAMIRIM, 13.03.18



M<sup>o</sup> - 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  
DATA: 27/03/2018

Num AIH: 241810020380-5

Situação: SEM ERRO

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 04/2018

Data Autorização: 07 / 03 / 2018

Especialidade: 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor: M240325101

CRC:

Doc autorizador: 98001628386881

Doc med resp: 980016283361019

Doc diretor clínico: 980016279706988

Doc médico solíc: 127159215370002

CNES: 3515168 - HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

CNS: 70680728783112-7

Paciente: 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 Óbito:

Carater 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	203834349700008 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	980016295968396 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	ELETCARDIOGRAMA
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 Jalec Rodrigues de Araújo  
Auditor CRO/RN 3308  
CPF: 008.894.774-84  
AUTORIZADO 19/04/18



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

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

ANDERSON ANTONIO DOS SANTOS

6- NUMERO DO PRONTUÁRIO

150898

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

706 8072 8783 1127

8- DATA DE NASCIMENTO

12/04/1968

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

HILDA MARIA DA SILVA

12- TELEFONE DE CONTATO

59150000

13- NOME DO RESPONSÁVEL

ELAINE CRISTINA SILVA SANTOS

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA - EDUARDO MEDEIROS Nº 17

16- MUNICÍPIO

PARNAMIRIM

17- BAIRRO

COHABINAL

18- UF

RN

19- CEP

996656245

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ruiva de ferimentos D hoje  
Interio M procedimento

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Anamnese e exame físico e Rx

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

Anamnese

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

Ruiva de ferimentos D

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Do anamnese

Procedimento Solicitado

Ural da Oliveira  
Dr. [assinatura]

28- NOME DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº 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)

36- ( ) AC. TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

CONFERE COM ORIGINAL

Servidor





## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA  
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	CATEGORIA	PRONTUÁRIO
			150898
DATA	HORA		GIH
07/03/2018	16:43		
PACIENTE			DATA DE NASCIMENTO
ANDERSON ANTONIO DOS SANTOS			12/04/1968
ESTADO CIVIL		PROFISSAO	
CASADO		SOLDADOR	
ENDEREÇO (RUA, Nº)			
RUA - EDUARDO MEDEIROS Nº 17			
MUNICIPIO	BAIRRO	UF	CEP
PARANAMIRIM	COHABINAL	RN	996656245
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE
FILIAÇÃO		ANTONIO MATIAS DOS SANTOS	
HILDA MARIA DA SILVA			TELEFONE
RESPONSÁVEL			59150000
ELAINE CRISTINA SILVA SANTOS			
ENDEREÇO			
O MESMO			

DIAGNOSTICO PROVISORIO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSAO

ALTA

13-03-2018

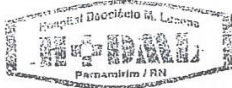
OBITO

HISTORIA CLINICA

CONFERE COM ORIGINAL

Scriador

198678



Hospital

Nº prontuário

Nome do paciente

Anderson Antônio dos Santos

Data operação

Enf.

Leito

Operador

Carlos Magno

1º auxiliar

Carlos Magno

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesiista

IGOR

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

Fratura de tornozelo direito

Tipo de operação

TTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO INTERNA

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

PACIENTE SOB ANESTESIA GERAL, COM  
POS. INCISÃO LATERAL, INSERÇÃO RESOLUÇÃO  
PLACA SEMITUBO COM 06 FIOS, 03 PARA  
FIBRAS CORTICIS, 01 PARA FIO SPONTANEO  
SUTURADO POR PLANO, CURATIVO, TALA  
TUDO BOTA

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

1 - LESÕES MÚLTIPLAS  
(04/5310012)  
1 - FOLHA AUTORIZADO  
(04/5310013)  
1 - PROC. CLÍNICO  
1 - PROC. CIRÚRGICO  
040805037  
1 - CBO. 22525  
1 - CBO. 225270  
4 - DIAS  
1 - CID 582.6  
582.6

CONFERE COM ORIGINAL

Servidor

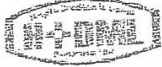
0408037V



# Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria		Letto		Nº prontuário	
Nome		Idade		Sexo		Cor	
Data		Pressão arterial		Pulso		Respiração	
Tipo sanguíneo		Hematúrias		Hemoglobina		Hematócrito	
Temperatura		Glicemia		Ureia		Outros	
Asma		Bronquite		Eletrocardiograma		Ap. urinário	
Estado mental		Anestésicos		Cardíacos		Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório		Estado físico		Risco			
Anestésias anteriores		Aplicada às		Efeito			
Medicação pré-anestésica							
Agentes Anestésicos							
Líquidos							
Oper. Anest. O Resp. P Pulso							
SIMBOLOS							
E							
ANOTAÇÕES							
POSIÇÃO							
Agentes							
Técnica							
Operação							
Cirurgiões							





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.: 150818 Município: PARANATIM Procedência: ☒ Interno ( ) Externo  
Data da cirurgia: 12/03/18 Hora Admissão: Bloco: 14:50 Sala: 01 Hora Saída: 15:30 Peso: 70  
Alergias: ☒ Não ( ) Sim Comorbidades: ( ) HAS ( ) DM ( ) Outras  
Uso de medicações: ☒ Não ( ) Sim Jejum: ( ) Não ☒ Sim  
SSVV Admissão: PA: 110/70 mmHg Pulso: 70 bpm FI: 12 rpm FC: 12 bpm SpO<sub>2</sub>: 98 % T: 36,5 °C

Enfermeiro(a): LEIANE Instrumentado(a): Djalma Circulante: Cleusaandra

Cirurgia: Cet. Cirúrgico de fratura de fêmur Especialidade: ORTOPEDIA Sala: 01  
Hora Início: 16:45 Hora Término: 17:10 Tipo de cirurgia: ☒ Eletiva ( ) Urgência ☒ Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada  
1º Cirurgião: Dr. Carlos Magalhães Axi.: Dr. Carlos Magalhães Residente: Dr. Carlos Magalhães

Anestesia: ( ) Local ( ) Sedação ( ) Geral TOT: 16:30 ( ) Bloqueio ( ) Raquidiana Ag. nº 27 ( ) Peridural ( ) c/cateter ( ) s/cateter  
Ag. nº 27 Cateter nº: 27 Início: 16:30 Garrote: 16:30 ( ) Smarch ( ) Pneumático Início: 16:30 Término: 17:15  
Anestesiologista: Dr. Igor Furlado

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

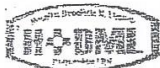
SINAIS VITAIS				POSICÃO		COXIM		MMSS	
	Início	Meio	Fim						
FC	67	68	70	<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos			
Pulso	67	68	70	<input checked="" type="checkbox"/> Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> Pescoço	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos			
Oximetria	100%	100%	100%	<input checked="" type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos			
Capnografia	-	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> Litotômica	<input checked="" type="checkbox"/> Lombar	<input checked="" type="checkbox"/> MMII			
PA	140x80	152x93	156x93	<input checked="" type="checkbox"/> Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos			
				<input checked="" type="checkbox"/> Canivete		<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos			
				<input checked="" type="checkbox"/> Proclive		<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos			

ACESSO VENOSO		PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Arterial	<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica	( ) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Metal ( ) Descartável	
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Central	<input checked="" type="checkbox"/> Dissecção venosa	Local: <u>TRICOTOMIA</u>	
Local: <u>TRICOTOMIA</u>		DEGERMAÇÃO <u>TRICOTOMIA</u>	
Cateter: <u>TRICOTOMIA</u>		<input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não	
		Local: <u>TRICOTOMIA</u>	
		Solução: <u>DEGERMAN</u>	

SONDAGEM GÁSTRICA		IMPLANTE CIRÚRGICO	
<input checked="" type="checkbox"/> SNG nº		Drenos: <u>CONFERE COM ORIGINAL</u>	
Retorno: <u>CONFERE COM ORIGINAL</u>		Tela: <u>CONFERE COM ORIGINAL</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> SVF nº	<input checked="" type="checkbox"/> SVA nº	Cateter: <u>CONFERE COM ORIGINAL</u>	
Diurese: <u>CONFERE COM ORIGINAL</u>		Ostomia: <u>CONFERE COM ORIGINAL</u>	
Profissional responsável: <u>CONFERE COM ORIGINAL</u>		Fio de KC: <u>CONFERE COM ORIGINAL</u>	

EXAMES SOLICITADOS:		ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO	
<input checked="" type="checkbox"/> Hemograma	<input checked="" type="checkbox"/> Gasometria	Caixa cirúrgica: <u>BÁS + PERF + 3.5</u>	Quant. Material: <u>CONFERE COM ORIGINAL</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Coagulograma	<input checked="" type="checkbox"/> Outros	Caixa de gaze e compressa: ( ) Não ( ) Sim	
<input checked="" type="checkbox"/> Tmagem Sanguínea	<input checked="" type="checkbox"/> Glicosimetria		





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

<b>HEMOTRANSFUSÃO:</b>						
( ) Hemoconcentrado _____ Unid.	( ) Plasma _____ Unid.					
( ) Albumina _____ Unid.	( ) Expansor plasmático _____ Unid.					
<b>MEDICAÇÕES UTILIZADAS</b> <i>vide a folha da anestesia</i>						
h: _____	h: _____					
h: _____	h: _____					
h: _____	h: _____					
<b>HIDRATAÇÃO VENOSA</b>						
( ) Soro Fisiológico: _____ ml	( ) Soro Ringer Simples: _____ ml					
( ) Soro Glicosado: _____ ml	( ) Soro Ringer Lactato: _____ ml					
Quantidade total de volume administrado: _____						
<b>ANATOMO PATOLÓGICO</b>						
( ) Não ( ) Sim Peça: _____	Peça para sepultamento: ( ) Não ( ) Sim					
Swab para cultura: _____	Líquido: _____					
<b>CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES</b>						
FO de aspecto: ( ) limpo ( ) c/exsudato ( ) Contaminada ( ) Aparelho gessado ( ) Bandagens ( ) Talas ( ) Outros: _____						
INTERCORRÊNCIAS: <i>17:10 - Término do procedimento com intercorrências em O<sub>2</sub> ambiente em pós de fratura de tornozelo "D".</i>						
Ass: <i>Cleusandra</i> Coren: <i>252407</i>						
<b>CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO</b>						
Nível de consciência: ( ) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Narcose ( ) Coma ( ) Vigil ( ) Agitado						
Respiratório: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) O <sub>2</sub> ambiente Curativo: ( ) Oclusivo ( ) Compressivo ( ) Bolsa de colostomia ( ) Outro: _____						
Diurese: ( ) Espontânea ( ) Normal ( ) Hematúria ( ) Irrigação Vesical ( ) Oligúrico Destino após a cirurgia: <i>CRO</i>						
<b>UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO</b>						
Hora: <i>17:15</i> Data: <i>22/03/18</i> Nível de consciência: ( ) Acordado ( ) Sonolento ( ) Narcose ( ) Orientado						
( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choro Vias aéreas: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) Cateter O <sub>2</sub> ( ) O <sub>2</sub> Ambiente						
Mobilização MMII: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade Mobilização MMSS: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade						
Venoclise: ( ) Não ( ) Sim Tipo: <i>AVP</i> Local: _____ Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral ( ) Vesical						
Drenos: ( ) Sucção ( ) Torácico ( ) Penrose ( ) Kherr Ostomias: ( ) Sim ( ) Não Especifique: _____						
Irrigação vesical contínua: ( ) Retorno satisfatório ( ) Retorno Insuficiente ( ) Coágulos						
Curativo: ( ) Oclusivo ( ) Descoberto ( ) limpo ( ) Sujo Monitorização: ( ) ECG ( ) Oxímetro ( ) IPA						
<b>INTERCORRÊNCIAS NA URPA</b> ( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Sangramento ( ) Dor ( ) Bexigoma ( ) Alteração PA ( ) Alteração FC						
Relate: _____						
<b>SINAIS VITAIS</b>						
Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	—	<i>63</i>	—	—	<i>97</i>	<i>NÃO</i>
30'	—	<i>57</i>	—	—	<i>98</i>	<i>NÃO</i>
60'						
Alta						
<b>Líquidos administrados na URPA:</b>						
Soro glicosado: _____ ml						
Soro Fisiológico: _____ ml						
Ringer: _____ ml						
Irrigação vesical contínua: _____ ml						
<b>Medicações administradas URPA:</b>						
Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura		
<b>Eliminações:</b>					Diurese	Retorno da Irrigação
					Gást.	
Recebido da SO						
Desprezado URPA						
<b>EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:</b> <i>Paciente encaminhado para PAIO X.</i>						
Ass: <i>Seyonara</i> Coren: <i>504067</i>						



## PEDIDO DE PARECER

conector I

Unidade Solicitante: _____	Município: _____
Paciente: <u>Anderson Antonio dos Santos</u>	Prontuário: _____
Motivo da Consulta: _____	<u>Rx Torx</u>
<b>E.C.G. RISCO CIRÚRGICO</b>	
<u>Rogério Santos</u> Ortopedia e Traumatologia CRM/RN 4226-SBOT 1341 CRM/RN 1226-SBOT 1341 Médico	<u>21/3/18</u> Data
Encaminhado à especialidade: <u>Cardiologia</u>	Município: _____
Consulta marcada para a Unidade: _____	Para o (a) Dr. (a): _____
às _____ horas do dia _____/_____/____	

## RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: _____	Município: _____
Paciente: <u>Anderson Antonio dos Santos</u>	Prontuário: _____
(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)	
<u>ATUAL: Fratura Torácica</u>	<u>PA 100/60 mmHg</u>
<u>ANT:</u>	<u>RCP SEM</u>
<u>TRAUMATISTA</u>	<u>SOPRO</u>
<u>NEGA HIPERTENSÃO OU</u>	<u>MVD, S.R.</u>
<u>DIABETES</u>	
<u>NEGA ASMA</u>	
<u>NEGA COMORBIDADES</u>	
Diagnóstico: <u>NEGA QUEIXAS OU</u>	<u>Rx Torax: OK</u>
<u>SUSCITO CARDIOVASCULAR</u>	<u>LABORATÓRIO COM ORIGINAL</u>
<u>NEGA NEURALGIA</u>	<u>CRM/RN 5778</u>
<u>NEGA USO DE MEDICAMENTOS</u>	<u>Data</u>
Retornar à clínica solicitante: _____	Unidade: _____
Para o (a) Dr. (a): <u>BAIXO RISCO CARDIOVASCULAR</u>	<u>Dr. George Roberto Miranda</u>
	<u>CARDIOLOGIA / CLÍNICA MÉDICA</u>
	<u>CRM - RN 5778</u>



## 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

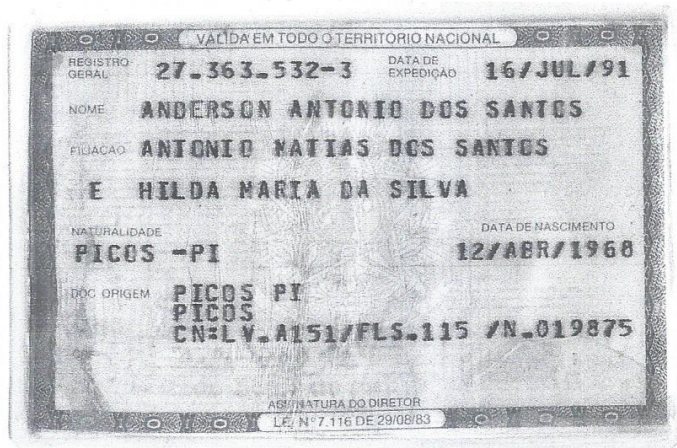
**Posição em 23-05-2019 08:43:47**

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)?







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

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



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
Ligações Gratuitas:  
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116  
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
-Ouvidoria 0800 084 0404  
Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte  
ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167  
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

<b>DADOS DO CLIENTE</b> JOSE LEONARDO DE MOURA FILHO CPF: 376.360.814-15 NIS: 17044895954	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>20/06/2018</b> <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>28,80</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 13/06/2018 <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 13/06/2018 <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 007853629 Série: U	<b>CONTA CONTRATO</b> 000852535300 <b>Nº DO CLIENTE</b> 3000777669 <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> 0001336464
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> RUA MANOEL LEITE 10 CASA DE DEDA NOSSA SENHORA DA CONCEICAO APARECIDA/AREA URBANA 59470-000 RIACHUELO RN	<b>CLASSIFICAÇÃO</b> <b>B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS</b> <b>Monofásico</b>		
<b>RESERVADO AO FISCO</b> <b>FAF6.8EDD.6E08.540F.B3FF.14C3.4765.2B09</b>			

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

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	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
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>28,80</b>

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

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Descrição	R\$	%
Geração de Energia	8,74	38,72
Transmissão	1,12	4,96
Distribuição (Cosern)	5,32	23,57
Encargos Setoriais	0,81	3,59
Tributos	5,15	22,82
<b>TOTAL</b>	<b>22,57</b>	<b>100</b>

HISTÓRICO DO CONSUMO		
Mês	Ano	kWh
JUN	18	72
MAI	18	72
ABR	18	86
MAR	18	103
FEV	18	100
JAN	18	96
DEZ	17	96
NOV	17	81
OUT	17	89
SET	17	82
AGO	17	87
JUL	17	75
JUN	17	85

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000000020286415	CAT	14/05/2018	11.671,00	13/06/2018	11.743,00	30	1,00000	0,00	72,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
abr/2018					
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 de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 7,76					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo					

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 12/07/2018

INFORMAÇÕES IMPORTANTES	
Essa conta poderá ser paga no credenciado mais perto de você. Confira a lista completa em <a href="http://www.cosern.com.br">www.cosern.com.br</a> . O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a> . O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. 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

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000852535300	06/2018	28,80	20/06/2018	

838000000009 288000384000 852535300208 012863136838



Evite dobrar ou furar este canhoto. 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 Leite, nº 10,  
Nossa Sra. da Conceição Riachuelo /RN, CEP  
59430-000, 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, hominímia 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 Lito, nº 10, 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, Pamamirim/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 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 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 cobrança 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 Pamamirim/RN.

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

Pamamirim/RN, 10 de Maio de 2019

Anderson Antonio dos Santos  
CONTRATANTE

JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Testemunha

Fra. O. do N. Filho

CPF: 923.980.303-34

Testemunha

Ana Carla da Silva

CPF: 100.777.954-31