

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS - 30%

CONTRATANTE: Josenilda Jerônimo da Silva
brasileiro, estado civil solteira, profissão agricultora, inscrito(a) no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda (CPF/MF) sob o n.º 088.389.644-32, portador(a) da RG n.º 002.975.756 SSP/RN, residente e domiciliado(a) R. José Leônicio Leonidas Maia, 27, Vila Brasília, Serra do Mel/RN Telefones: _____

CONTRATADO: Nome: Leonardo Mike Silva Pereira, brasileiro(a) estado civil: solteiro, Profissão: advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 10.615, com endereço profissional à rua Desembargador Dionísio Filgueira n.º 419 bairro Centro município: Mossoro, RN

AS PARTES ACIMA IDENTIFICADAS TÊM, ENTRE SI, COMO JUSTO E CONTRATADO O PRESENTE CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS, QUE SE REGERÁ PELAS CLÁUSULAS SEGUINTE E PELAS CONDIÇÕES DESCRITAS NO PRESENTE.

I - DO OBJETO DO CONTRATO E DA RESPONSABILIDADE

Cláusula 1ª. O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços advocatícios, para a propositura de **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**.

a) A RESPONSABILIDADE SOBRE A VERACIDADE DOS DOCUMENTOS FORNECIDOS AO CONTRATADO PARA QUE ESTE REALIZE TODOS OS ATOS ATINENTES A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS, É INTEIRA E EXCLUSIVAMENTE DO(A) CONTRATANTE.

II - DAS ATIVIDADES

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

- b) Praticar quaisquer atos e medidas necessárias e inerentes à causa, em todas as repartições públicas da União, dos Estados ou dos Municípios, bem como órgãos a estes ligados direta ou indiretamente, seja por delegação, concessão ou outros meios, bem como de estabelecimentos particulares.
- c) Praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os especificados no Instrumento Procuratório.

III - DAS DESPESAS

Cláusula 3ª. As custas processuais e extrajudiciais que se fizerem necessárias ao ajuizamento da ação e ao recebimento do crédito, tais como custas do processo junto à Justiça Federal (1% - um por cento - do valor requerido) e/ou junto à Justiça Estadual (valor apurado conforme Tabela de Custas Judiciais); custas de reconhecimento de firma nos documentos necessários e autenticações quando estas se fizerem necessárias; custas de perícia contábil necessária ao cálculo do crédito; custas de oficial de justiça, etc., serão suportadas exclusivamente pelo(a) **CONTRATANTE**.

IV - DOS HONORÁRIOS

Cláusula 5ª. O(A) **CONTRATANTE**, em caso de êxito na ação, obriga-se a pagar, a título de prestação de serviço, o valor correspondente ao percentual de **30% (trinta por cento)** sobre efetivo proveito econômico proveniente da Ação.

Cláusula 6ª. Havendo acordo entre o(a) **CONTRATANTE** e a parte **CONTRÁRIA**, não prejudicará o recebimento dos honorários contratados e da sucumbência, devendo ser contabilizado em face do efetivo proveito econômico ou êxito financeiro do **CONTRATANTE**, conforme exemplo supra.



Cláusula 7ª. Os honorários de sucumbência pertencem ao **CONTRATADO**.

Cláusula 8ª. As partes estabelecem que havendo atraso no pagamento dos honorários, serão cobrados juros de mora na proporção de 1% (um por cento) ao mês.

V - DA COBRANÇA

Cláusula 9ª. As partes acordam que facultará ao **CONTRATADO**, o direito de realizar a cobrança dos honorários por todos os meios admitidos em direito.

VI - DA RESCISÃO

Cláusula 10ª. Agindo o(a) **CONTRATANTE** de forma dolosa ou culposa em face do **CONTRATADO**, restará facultado a este, rescindir o contrato, substabelecendo sem reserva de iguais e se exonerando de todas as obrigações.

Cláusula 11ª. Fica estabelecido que em caso de **REVOGAÇÃO** infundada do instrumento procuratório, por parte do(a) **CONTRATANTE**, será devido ao **CONTRATADO** a título de honorários, por assessoria e consultoria jurídica, o mesmo percentual estipulado na cláusula 5ª do presente contrato.

Cláusula 12ª. Em caso de **DESISTÊNCIA** da ação, por parte do(a) **CONTRATANTE**, será devido ao **CONTRATADO** a título de honorários, por assessoria e consultoria jurídica, o percentual de 20% (dez por cento) do valor da ação.

Parágrafo Primeiro. O(A) **CONTRATANTE** deverá ainda, em caso de **DESISTÊNCIA**, ressarcir todas as despesas que o **CONTRATADO** obteve tais como: custas processuais e despesas com análise financeira.

VII - DO FORO

Cláusula 13ª. Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do **CONTRATO**, as partes elegem o foro da comarca de Mossoró/RN;

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor, juntamente com 2 (duas) testemunhas.

Mossoró/RN, ____ de ____ de 20__.

Leonardo Mike Silva Pereira
CONTRATANTE

CONTRATADO

TESTEMUNHAS:

1) _____
RG: _____
CPF: _____
2) _____
RG: _____
CPF: _____



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu Josemilda Jerônimo da Silva brasileiro(a),
estado civil: solteira Profissão: agricultora portador(a) do RG
002.975.756, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 088.389.644-32, residente
no(a) R. José Leônicio Leonidas Maia nº 27
bairro: Vila Brasília, município: Serra do Mel, RN
declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o
pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família,
por isso requeiro os benefícios da assistência judiciária gratuita, nos termos do art. 5º, LXXIV, da
Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

Mossoró/RN, 14/11/2019
Local e Data

Josemilda Jerônimo da Silva
Assinatura do Outorgante



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Josenilda Jerônimo da Silva, brasileiro(a),
estado civil: solteira Profissão: agricultora portador(a) do RG
002.975.756, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 088.389.644-32, residente
no(a) R. José Leônicio Leonidas Maia nº 27
bairro: Vila Brasília, município: Serra do Mel, RN.

OUTORGADO:

Nome: Leonardo Mike Silva Pereira, brasileiro(a)
estado civil: solteiro Profissão: advogado inscrito na OAB/RN sob o
número 10.615 com endereço profissional à rua
Desembargador Dionísio Filgueira nº 419
bairro Centro, município: Mossoró, RN.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado, para o fim especial de agir judicialmente e administrativamente, promovendo quaisquer medidas judiciais e administrativas necessárias a garantia dos direitos e interesses do(a) outorgante, propondo as ações que julgar convenientes, defende-lo(a) nas que porventura por ele lhe sejam propostas, para o que lhe confere os mais amplos e ilimitados poderes da cláusula "ad judicio et extra" para o fórum em geral, podendo ainda seu dito advogado transigir, confessar, desistir, fazer acordos, endossar cheques, retirar alvarás e oferecer todos os recursos em direito admitidos, em qualquer instância ou foro, receber e dar quitação, firmar compromisso, bem como substabelecer com ou sem reserva e ainda, requerer os benefícios da assistência judiciária gratuita nos termos da Lei 1.060/50 e 7.115/93. Deixando estipulado neste documento, contrato de risco com o Outorgante que, em caso de êxito, serão pagos a título de honorários advocatícios 30 % (trinta por cento) do valor recuperado. Em caso de pagamento de custas pelo Outorgado os valores serão descontados do êxito e reembolsados pelo Outorgante.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Mossoró/RN, 14/11/2019
Local e Data

Josenilda Jerônimo da Silva
Assinatura do Outorgante



TERMO DE RESPONSABILIDADE SOBRE O FORNECIMENTO DE DOCUMENTOS

Eu Josenilda Jerônimo da Silva brasileiro(a),
estado civil: solteira profissão: agricultora portador(a) do RG
002.975.756 órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 088.389.644-32 residente
no(a) R. José Leônicio Leonidas Maia nº 27
bairro: Vila Brasília município: Serra do Mel, RN
CPF: _____, telefone _____

declaro, sob as penas da Lei, que todos os documentos fornecidos ao advogado por mim
constituído para me representar na Ação de Cobrança do Seguro DPVAT, tais como, documentos
pessoais, declarações, Boletim de Ocorrência, documentos médicos, etc., são verdadeiros, e
me comprometo a responder por todos e quaisquer fatos atinentes aos mesmos na forma da
Lei.

Mossoró, RN, 14 de Novembro de 20 19

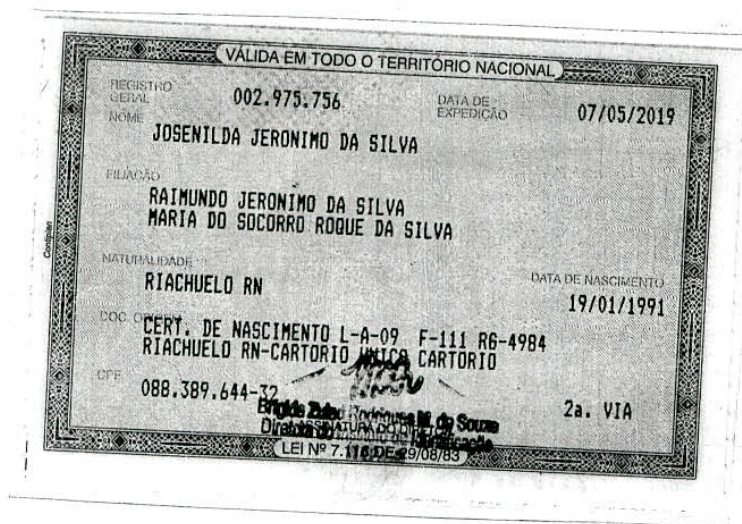
Josenilda Jerônimo da Silva

Assinatura





Vítima





COSERN

DADOS DO CLIENTE
JOSENILDA JERONIMO DA SILVA

CPF: 088.389.844-32 NIS: 16180925330

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

INFORMAÇÕES DA FATURA
Nº DA FATURA: 009263041
SÉRIE: 105/2019
DATA DE EMISSÃO: 16/05/2019
DATA DE VENCIMENTO: 07/06/2019
Nº DO CLIENTE: 10057868
Nº DA INSTALAÇÃO: 527853

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOSE LEONCIO LEONIDAS MAIA 27

VILA BRASILIA/AREA URBANA
SERRA DO MEL RN
59663-000

Stamp with contract details: 009263041, 105/2019, 16/05/2019, 07/06/2019, 37,50

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|---|-------------|-------------|--------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh | 30,00000000 | 0,22204451 | 6,66 |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh | 67,00000000 | 0,36064774 | 21,69 |
| Acrescimo Bandeira AMARELA | | | 0,14 |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal | | | 3,18 |
| ICMS-Parcela Subvencionada | | | 5,23 |
| Multa por atraso-NF 020838171 - 12/03/18 | | | 0,25 |
| Juros por atraso-NF 020838171 - 12/03/18 | | | 0,15 |
| Atualização IGP-M NF 020838171 - 12/03/18 | | | 0,20 |
| TOTAL DA FATURA | | | 37,50 |

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL | | | | | | | | | |
|--|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|------------|-----------|--------|---------------|
| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | DATA ANTERIOR | LEITURA ANTERIOR | DATA ATUAL | LEITURA ATUAL | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (KWH) |
| 714350976 | CAT | 04-04-2019 | 2.754,02 | 04-05-2019 | 2.851,00 | 29 | 1,00000 | | 97,00 |

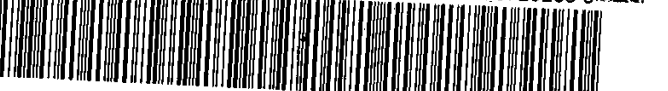
| NATURALIZAÇÃO DE CONSUMO | | INFORMAÇÕES DE RESULTADOS | | COMPOSIÇÃO DO CONSUMO | |
|--------------------------|--|---------------------------|-------|-----------------------|------------------------|
| MAI 18 87 | | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO | Transmissão |
| AGO 18 76 | | 28,49 | 18,00 | 5,12 | Distribuição (Consumo) |
| MAR 18 30 | | 28,49 | 33 | 0,37 | Perdas de Energia |
| FEV 18 0 | | 26,45 | 1,11 | 1,74 | Encargos Setoriais |
| JAN 18 30 | | | | | Tributos |
| DEZ 18 0 | | | | | Total |
| NOV 18 173 | | | | | R\$ 28,49 188% |
| OUT 18 216 | | | | | |
| SET 18 217 | | | | | |
| AGO 18 206 | | | | | |
| JUL 18 133 | | | | | |
| JUN 18 84 | | | | | |
| MAI 18 105 | | | | | |

Atenção! O cliente deve pagar a fatura até o dia 07/06/2019. Caso contrário, a fatura será considerada em atraso e o cliente poderá sofrer o corte de energia elétrica. O cliente deve pagar a fatura até o dia 07/06/2019. Caso contrário, a fatura será considerada em atraso e o cliente poderá sofrer o corte de energia elétrica.

ATENÇÃO! COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO
Não quitadas de 2018 e 2019. O cliente deve pagar a fatura até o dia 07/06/2019. Caso contrário, a fatura será considerada em atraso e o cliente poderá sofrer o corte de energia elétrica.

| SÉRIE | CONSUMO MENSUAL | LIMITE MENSAL | LIMITE TRIMESTRAL | LIMITE ANUAL |
|-------|-----------------|---------------|-------------------|--------------|
| DIC | 0,00 | 5,53 | 11,10 | 22,21 |
| FIC | 0,00 | 3,26 | 6,72 | 13,45 |
| DMIC | 0,00 | 3,20 | 0,00 | 0,00 |

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO
TENSÃO NOMINAL (V): 220
LIMITE DE VARIAÇÃO (V): 205 - 231
TOTAL A PAGAR (R\$): 37,50



PROTOCOLO RECEBIDO
TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SERRA DO MEL - SERRA DO MEL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020093/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 26/06/2019 09:35 Data/Hora Fim: 12/07/2019 11:43
Delegado de Polícia: José Vieira de Castro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Serra do Mel

Data/Hora do Fato: 24/05/2019 18:15

Local do Fato

Município: Serra do Mel (RN)

Bairro: VILA RIO GRANDE

Logradouro: ENTRE A VILA RIO GRANDE DO NORTE E A VILA CEARÁ

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza | Meio(s) Empregado(s) |
|--|----------------------|
| 1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros | Outro(s) |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSENILDA JERONIMO DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Riachuelo

Sexo: Feminino

Nasc: 19/01/1991

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria do Socorro Roque da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 002975756

Endereço

Município: Serra do Mel - RN

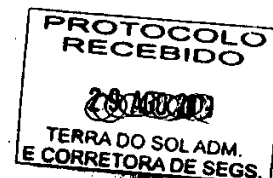
Logradouro: RUA JOSE LEÔNIO LEONIDAS MAIA

Nº: 27

Complemento: CASA REBOCADA, NA RUA DAS CASAS DA CAIXA

Bairro: VILA BRASÍLIA

Telefone: (84) 98632-5955 (Celular)



Nome Civil: JOSEILDO GERONIMO DA SILVA (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Riachuelo

Sexo: Masculino

Nasc: 05/12/1985

Estado Civil: Casado(a)

Endereço

Município: Serra do Mel - RN

Logradouro: RUA JOSÉ AIRES DANTAS

Nº: 31

Complemento: CONJUNTO NOVO

Bairro: VILA BRASÍLIA

Telefone: (84) 98610-2339 (Celular)

Nome Civil: JOSIVAN ROQUE DA SILVA (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RN - Riachuelo

Sexo: Masculino

Nasc: 19/11/1984

Estado Civil: Casado(a)



Delegado de Polícia Civil: José Vieira de Castro
Impresso por: José Vieira de Castro
Data de Impressão: 12/07/2019 11:43
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 13/01/2020 11:05:12

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011311051212500000050454104>

Número do documento: 20011311051212500000050454104

Num. 52300891 - Pág. 8



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SERRA DO MEL - SERRA DO MEL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020093/2019-A01

Endereço

Município: Serra do Mel - RN
Logradouro: RUA JOSÉ AIRES DANTAS
Complemento: CONJUNTO NOVO
Bairro: VILA BRASÍLIA
Telefone: (84) 98795-7935 (Celular)

Nº: 05

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

| | |
|--|---|
| Grupo Veículo | Subgrupo Motocicleta/Motoneta |
| CPF/CNPJ do Proprietário 323.140.944-68 | Placa QGC3022 |
| Renavam 01064051003 | Número do Chassi 951BXKBAXFB002071 |
| Ano/Modelo Fabricação 2015/2015 | Cor VERMELHA |
| UF Veículo Rio Grande do Norte | Marca/Modelo MOTO TRAXX JL50Q-8 |
| Veículo Adulterado? Não | Quantidade 1 Unidade |
| Situação Envolvido | |

| Nome Envolvido | Envolvimentos |
|-----------------------------|---------------|
| Josenilda Jeronimo da Silva | Possuidor |

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE NA DATA DE 25/05/19 POR VOLTA DAS 10H30MIN, ESTAVA indo da VILA RIO GRANDE DO NORTE PARA A VILA CEARÁ, QUE PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU, QUE QUEBROU O TORNOZELO, QUE FOI SOCORRIDA ATÉ O HOSPITAL DA CIDADE DE SERRA DO MEL, QUE POSTERIORMENTE FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL TARCÍSIO MAIA, EM MOSSORÓ, QUE A COMUNICANTE NÃO POSSUI CNH.
RETIFICA QUE O ACIDENTE FOI NO DIA 24/05/2019 POR VOLTA DAS 17H00MIN, QUE O REGISTRO NO HOSPITAL DA CIDADE DE SERRA DO MEL/RN, FOI NO DIA 24/05/2019 POR VOLTA 18H15MIN.

ASSINATURAS

José Vieira de Castro
Delegado de Polícia
Matrícula 207282
Responsável pelo Atendimento

Josenilda Jeronimo da Silva
(Comunicante / Vítima)

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Culposa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



Delegado de Polícia Civil: José Vieira de Castro
Impresso por: José Vieira de Castro
Data de Impressão: 12/07/2019 11:43
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 13/01/2020 11:05:12

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011311051212500000050454104>

Número do documento: 20011311051212500000050454104

Num. 52300891 - Pág. 9



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, LUIZ CARLOS DA SILVA

RG nº 751.878, data de expedição 12/04/18

Órgão ITDP, portador do CPF nº 323.140.944-68

com domicílio na cidade de AREIA BRANCA, no Estado de

RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

JOÃO PEDRO FILHO, nº 28

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

JOSENILDA JERONIMO DA SILVA, cujo o condutor era

JOSENILDA JERONIMO DA SILVA

Veículo: MOTO Modelo: TRAXX/150 Q-8 Ano: 2015

Placa: QVC-3022 Chassi: 9S1B X KB AX FB 00 2071

Data do Acidente: 28/05/19

Local e Data: SERRA DO MEL/RN 25/06/2019



Luiz Carlos da Silva

Assinatura do Declarante

Josênilda Jerônimo da Silva

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CSM

CNPJ 04.247.258/0001-48
Tel.: (84) 3334-0049

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JOSENILDA JERONIMO DA SILVA. EM TEST. DA VERDADE, DOU FÉ. SERRA DO MEL-RN, 25/06/2019.

Randerson de Lima Fernandes

RANDERSON DE LIMA FERNANDES

Selo Digital: RN201900555880000714CJ

Consulte em: <http://seelodigital.tjm.jus.br/lex>

ITEM: 2.831/ISS-14/ITT: 2.871



CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO DE SERRA DO MEL, RN
RUA COLÔNIA SEVERIANO LÁZARO DA COSTA, 16 - CENTRO
SERRA DO MEL, RN, 59.100-000

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de LUIZ CARLOS DA SILVA. Em test. DA VERDADE, DOU FÉ. SERRA DO MEL-RN, 18/07/2019.

Randerson de Lima Fernandes

RANDERSON DE LIMA FERNANDES

Selo Digital: RN201900555880000714CJ

Consulte em: <http://seelodigital.tjm.jus.br/lex>

ITEM: 2.831/ISS-14/ITT: 2.871

AA03446

SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **50226/2019**

Admissão: 25/05/2019 12:52:29

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente:41133 - JOSENILDA JERONIMO DA SILVA (28 a 4 m 6 d)

Nascimento: 19/01/1991

Natural: RIACHUELO.BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 700002663435907

CPF: 08838964432

Prof:

Mãe: MARIA DO SOCORRO R DA SILVA

Pai: RAIMUNDO JERONIMO DA SILVA

Logradouro: VILA BRAZILIA, 27

CEP: 59663000

Bairro: CENTRO

Cidade: SERRA DO MEL

Telephone:84.87390528

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: NÃO REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

***Empresa:**

OBS: DRA GIANNE/ SERRA DO MEL/ SEM REGULAÇÃO

Classificação:

25/05/2019 12:46:12

PESO:

[illegible]

HISTORIA - EXAME FÍSICO

Queixas: DOR E EDEMA EM TORNOZELO E/ QUEDA DE MOTO

Hora: ____ : ____

forms for use for \textcircled{E}
provision of

2x: FA BUREAUAL 702
PNE 37 1515 REG.
TNR BOFA

7022

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ

16/06/19

SAME / ARQUIVO

Diagn. Inicial:

[illegible]

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID _____ Proc. _____ Data: ____/____/19. Hr: ____:____ Médico: _____

*Gerado via SX por ANTONIO HELIO DA SILVA. Impresso em 25 de Maio de 2019.

(Assinar e Carimbar)

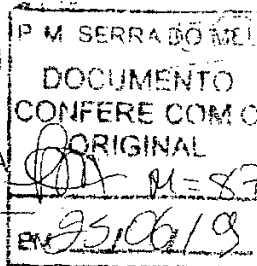


Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 13/01/2020 11:05:12

<https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011311051212500000050454104>

Número do documento: 20011311051212500000050454104

Num. 52300891 - Pág. 12

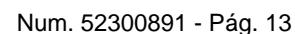
[illegible]

CID

MÉDICO: 
Carimbo/assinatura

132

1





PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA DO MEL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA Dr. SILVIO ROMERO DE LUCENA

INSERIR O
DOCUMENTO
CONFERE COM O
ORIGINAL

BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 27/05/2019

| | | | |
|---|-----------------------------|------------------|----------------|
| DADOS DO ATENDIMENTO | | DATA 25/05/2019 | HORA 10:00 |
| NOME | Josenildo Jerônimo do Silva | | IDADE 38 |
| SEXO | F | | |
| DATA DE NASCIMENTO | 10/01/1971 | CARTÃO SUS | 700066343 5904 |
| PROFISSÃO | agricultor | | RG 588.78 |
| ENDEREÇO | V. Brasil | | Nº 3f |
| BAIRRO | Zona rural | CIDADE E. de mel | ESTADO RN |
| TELEFONE | | | |
| NOME DA MÃE | ASS. SERVIDOR Josenildo | | |
| ACOLHIMENTO: () EMERGÊNCIA () URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () ACIDENTE DE TRABALHO () ACIDENTE DE TRANSITO | | | |
| ACOLHIMENTO EM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: | | | |
| QUEIXAS | | | |
| ANTECEDENTES ALÉRGICOS | | | |
| HAS () DM () | ASSINATURA | | |
| CLASSIFICAÇÃO | | | |
| ANAMNESE | | | |
| Paciente refere queda de moto ontem, se recusou a ir para HZTM. Apresenta dor edemato em tornozelo esquerdo sem opor o pé no chão | | | |
| | | | |
| | | | |
| EXAME FÍSICO | PESO | TEMPERATURA | Cº F.C. |
| | | | PA |
| | | | MMHG FR |
| | | | HGT |
| | | | |
| | | | |
| CONDUTA () MEDICAÇÃO () OBSERVAÇÃO () LAUDO PARA AIH | | | |
| O P/ Ortopedia do HZTM | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| PROTÓCOLO RECEBIDO | | | |
| TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SECS | | | |

| | |
|---|------------------------------|
| HIPÓTESE DO DIAGNÓSTICO | CID |
| EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS () LABORATÓRIO () RADIOLOGIA () ECG () OUTROS | MÉDICO: Carimbo e assinatura |
| SAÍDA DATA/HORA / / ÀS : () ALTA REFERIDA PARA UBS () ÓBITO | |
| ESPECIALIDADE () INTERNAÇÃO HOSPITALAR | |





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 | | |
| 5- PACIENTE JOSENILDA JERONIMO DA SILVA | 6- NUMERO DO PRONTUÁRIO 165818 | | |
| 7- CARTÃO NACIONAL/SUS 700 0026 6343 5907 | 8- DATA DE NASCIMENTO 19/01/1991 | 9- SEXO FEMININO | 10- RAÇA/COR PARDA |
| 11- NOME DA MÃE MARIA DO SOCORRO ROQUE DA SILVA | 12- TELEFONE DE CONTATO 988795830 | | |
| 13- NOME DO RESPONSÁVEL GENITORA | 14- TELEFONE DE CONTATO | | |
| 15- ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA EDUARDO BARROCA /SN | | | |
| 16- MUNICÍPIO RIACHUELO | 17- BAIRRO CENTRO | 18- UF RN | 19- CEP 59470000 |

Justificativa de Internação

| |
|---|
| 20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS |
| <i>Fra frus de bumbos e y noji</i> |

| |
|---|
| 21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO |
| <i>cujo</i> |

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

| | | | |
|--|---------------------|--------------------|------------------------------|
| 23- DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fra frus de bumbos e y</i> | 24- CID 10 PRIMÁRIO | 25- CID 10 SECUND. | 26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
|--|---------------------|--------------------|------------------------------|

| | |
|---|----------------------------|
| 27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>fr fruso</i> | 28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO |
|---|----------------------------|

| | | | |
|-------------|---------------------------|----------------------------------|--|
| 29- CLÍNICA | 30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO | 31- DOCUMENTO () CNS () CPF | 32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE |
|-------------|---------------------------|----------------------------------|--|

| | | |
|---|-------------------------|---|
| 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 violências)

| | | | |
|-------------------------------|------------------------|---------------------|-----------|
| 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 SEGURO

| | | |
|--------------------------------------|---|---|
| 46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | 47- COD. ORGAO EMISSOR | 52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |
| 48- DOCUMENTO () CNS () CPF | 49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | <div>CONFERE COM ORIGINAL DATA: <i>13/01/2020</i> Assinatura: <i>[assinatura]</i></div> |
| 50- DATA DA AUTORIZAÇÃO | 51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |



CPF: 0883896432 - SUS: 70000266338-309-937072050



837

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

Autorizado P/ Dr. Botelho (Ortopedia) Nº 54

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME: Roberto Jerônimo da Silva
IDADE: 20/21 COR: Parda SEXO: F ESTADO CIVIL: Solteira
NATURALIDADE: Rio de Janeiro PROFISSÃO: Arquiteta PROCEDÊNCIA: Ortopedia
ENDEREÇO: Rua Eduardo de Deus, 12 BAIRRO: Centro
CIDADE: Rio de Janeiro DATA: 29/05/19 HORA: 15:02

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)
Acidente com o uso do terço E

EXAME FÍSICO

CONFERE COM ORIGINAL
DATA: 29/05/19
Assinatura: [assinatura]

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

| HORA | PRESSÃO ARTERIAL | RESPIRAÇÃO | GLASGOW | SCORE FINAL | TEMP. | PULSO |
|------|------------------|------------|---------|-------------|-------|-------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura do terço E



EXAMES COMPLEMENTARES

Rx do tornozelo e A.C.

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

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

Atender o GCS +
Tudo sem tipo Bate
Interferir p/ operar

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

DESTINO DO PACIENTE

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS | <input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE Ortopedia | <input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____ |
| RETIROU-SE POR _____ DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____ | DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____ | A REVELIA <input type="checkbox"/> |
| ENTREGUE A FAMÍLIA <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> | I.T.E.P. <input type="checkbox"/> | |
| MÉDICO (Carimbo) | CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo) | |



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

| | | | | | | |
|---|--------------------------------|------------------------|----------------------|--|-------------------|---|
| Hospital | | Enfermaria | | Leito | Nº prontuário | |
| Nome <u>Josuelma Sereno da Silva</u> | | | | Idade <u>289</u> | Sexo <u>F</u> | Cor <u>Facada</u> |
| Data <u>03/06/19</u> | Pressão arterial <u>110x70</u> | Pulso <u>88</u> | Respiração <u>16</u> | Temperatura <u>36°C</u> | Peso <u>54 Kg</u> | Outros <u>262000</u> |
| Tipo sanguíneo | Hemoglobina <u>123g/L</u> | Hematócrito <u>37%</u> | Glicemia <u>79</u> | Uréia <u>36</u> | Uso <u>98</u> | TP: <u>15</u> TTPA: <u>34,1mg</u> R: <u>129</u> |
| Ap. respiratório <u>MVA simétricos e RA</u> | | | | Asma <u>+</u> | | |
| Ap. circulatório <u>R.R. 2 T, BNF, A/Sopros</u> | | | | Eletrcardiograma <u>Normal Regular</u> | | |
| Ap. digestivo <u>Serum + 8h</u> | | | | Ap. urinário <u>Sem queda</u> | | |
| Estado mental <u>LOTE</u> | | | | Alergia <u>Não</u> | | |
| Diagnóstico pré-operatório <u>Fratura de tornozelo</u> | | | | Hipotensores <u>Não</u> | | |
| Anestésias anteriores <u>Não</u> | | | | Estado físico <u>II</u> | | |
| Medicação pré-anestésica | | | | Risco <u>Baixo</u> | | |
| Aplicada às | | | | Efeito | | |
| <p>10h00 10h30</p> <p>Agentes Anestésicos</p> <p>Líquidos</p> <p>Oper</p> <p>Anest.</p> <p>O Resp.</p> <p>Pruso</p> <p>MBOLOS</p> <p>E</p> <p>OTAÇÕES</p> <p>OSIÇÃO</p> <p>entes</p> <p>cnica</p> <p>eração</p> <p>urgões</p> <p>stesistas</p> <p>servações</p> <p>star no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias</p> | | | | | | |

Monitor ECG, SPO2, PA, PI.

Desmama
Rafaelino

CONFIRMAÇÃO ORIGINAL

Wellington Rodrigues
Anestesiologista
CRM 104-97
CAM 3218

Librados 5
Sx 91, 500ml 01



| | | | |
|-----------------------------------|-------------------|----------------|--|
| Hospital | | Nº prontuário | |
| Nome do paciente | | | |
| José Roberto de Almeida da Silva | | | |
| Data operação | Enf. | Leito | |
| Operador | 1º auxiliar | | |
| 2º auxiliar | 3º auxiliar | Instrumentador | |
| Anestesiologista | Tipo de anestesia | | |
| Diagnóstico pré-operatório | | | |
| Tumor | | | |
| Tipo de operação | | | |
| Ressecção incompleta tumor | | | |
| Diagnóstico pós-operatório | | | |
| Tumor E7 | | | |
| 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 - víceras

1) Manobra de redução
2) Boca gastada.

Pedro Ferreira de Melo F.
Ortopedista - CRM 1304
TEOT 1327





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

(~~3~~) Hemocentrado Unid. (~~1~~) Plasma Unid. (~~1~~) Plaquetas Unid.
(~~1~~) Albumina Unid. (~~1~~) Expansor plasmático Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: Vide Boletim do h: anestesiologista
h: / h: /
h: / h: /

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: 1 ml () Soro Ringer Simples: 1 ml Quantidade total de volume
() Soro Glicosado: 1 ml (~~X~~) Soro Ringer Lactato: 1 ml administrado: 500 ml

ANATOMO PATOLÓGICO

~~X~~ Não () Sim Peça: / Peça para sepultamento: ~~X~~ Não () Sim
Swab para cultura: / Líquido: /

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: () limpo () c/exsudato () Contaminada (~~X~~) Aparelho gessado (~~X~~) Bandagens () Talas () Outros:

INTERCORRÊNCIAS:

Procedimento ocorreu com êxito e sem intercorrências
nc

Ass: TEC. Exp. Rute Coren: 578.212

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel (~~X~~) O₂ ambiente Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de
colostomia (~~X~~) Outro: sonolento
Diurese: (~~X~~) Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: CNO

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: 10:35 Data: 03/06/19 Nível de consciência: (~~X~~) acordado () Sonolento (~~X~~) Narcose () Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ (~~X~~) O₂ Ambiente
Mobilização MMII: (~~X~~) Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: (~~X~~) Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não (~~X~~) Sim Tipo: AVP Local: / Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim (~~X~~) Não Especifique:
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos
Curativo: (~~X~~) Oclusivo () Descoberto (~~X~~) limpo () Sujo Monitorização: () ECG (~~X~~) Oxímetro () PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC

Relate:

SINAIS VITAIS

| Hora | TC | P | PA | FR | Sat.% | Dor |
|----------|-----------|-----------|---------------|-----------|-----------|------------|
| Admissão | <u>36</u> | <u>82</u> | <u>120/80</u> | <u>22</u> | <u>97</u> | <u>Não</u> |
| 30' | <u>36</u> | <u>74</u> | <u>120/80</u> | <u>22</u> | <u>97</u> | <u>Não</u> |
| 60' | | | | | | |
| Alta | | | | | | |

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: 1 ml
Soro Fisiológico: 1 ml
Ringer: 1 ml
Irrigação vesical contínua: 1 ml

Medicações administradas URPA:

| Hora | Medicação | Dose | Via | Assinatura |
|------|-----------|------|-----|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

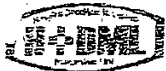
Eliminações:

| | Diurese | Retorno Gast. | Drenagem | Retorno da Irrigação |
|--------------------|---------|------------------|----------|-------------------------|
| Recebido da SO | | | | |
| Desprezado URPA | | | | |

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Paciente encaminhada para clínica ortopé-
dica.

Ass: Sayonara Coren: 504067





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: JOSEANA JACQUINO DA SILVA Idade: 28 D/N: 19/01/1991
Pront.: 165818 Município: NACUERO Procedência: ☒ Interno () Externo
Data da cirurgia: 03/06/19 Hora Admissão: Bloco: 09:30 Sala: 10:10 Hora Saída: _____ Peso: 54 kg
Alergias: ☒ Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras nege
Uso de medicações: ☒ Não () Sim Jejum: () Não ☒ Sim
SSVV Admissão: PA: 97 x 69 mmHg Pulso: 87 bpm FI: _____ rpm FC: 87 bpm SpO₂: 97 % T: _____ °C

Enfermeiro(a): TATIANA Instrumentado (a): _____ Circulante: Flávia Pollicarini

Cirurgia: REDUÇÃO INCUENTA DE TNZ (E) + GESSO Especialidade: Ortopedia Sala: 02
Hora Início: 10:20 Hora Término: 10:30 Tipo de cirurgia: ☒ Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1ª Cirurgião: Dr Marcos Aux.: Dr Pedro Melo Residente: _____

Anestesia: () Local ☒ Sedação () Geral TOT: _____ () Bloqueio () Raquidiana Ag.º _____ () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag.º _____ Cateter nº: _____ Início: 10:17 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: _____ Término: _____
Anestesiologista: Wellington

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

| SINAIS VITAIS | Início | Meio | Fim | Unid. |
|---------------|-----------------|------|-----------|-------|
| FC | <u>86</u> | | <u>93</u> | Bpm |
| Pulso | <u>86</u> | | <u>94</u> | Bpm |
| Oximetria | <u>97</u> | | <u>97</u> | % |
| Capnografia | | | | % |
| PA | <u>100 x 66</u> | | | mmHg |

| ACESSO VENOSO |
|---|
| <input type="checkbox"/> Punção Arterial |
| <input type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica |
| <input type="checkbox"/> Punção Venosa Central |
| <input type="checkbox"/> Dissecção Venosa |

Local: _____
Cateter: _____

| SONDAGEM GÁSTRICA |
|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SNG nº _____ |

Retorno: _____

| CATETERISMO VESICAL |
|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SVF nº _____ |
| <input type="checkbox"/> SVA nº _____ |

Diurese: _____
Profissional responsável: _____

EXAMES SOLICITADOS:

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> Gasometria |
| <input type="checkbox"/> Coagulograma | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea | <input type="checkbox"/> Glicosimetria |

pja (Rajó X)
hall

| POSIÇÃO | COXIM | MMSS |
|---|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Dorsal | <input type="checkbox"/> Cabeça | <input type="checkbox"/> Anatômicos |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ventral | <input type="checkbox"/> Pescoço | <input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos |
| <input type="checkbox"/> Lateral | <input type="checkbox"/> Tórax | <input type="checkbox"/> Fletidos |
| <input type="checkbox"/> Litotômica | <input type="checkbox"/> Lombar | <input type="checkbox"/> MMII |
| <input type="checkbox"/> Trendleburg | | <input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos |
| <input type="checkbox"/> Canivete | | <input type="checkbox"/> Abduzidos |
| <input type="checkbox"/> Proclive | | <input type="checkbox"/> Fletidos |

| | | |
|---|----------------|---|
| PLACA DO BISTURI ELÉTRICO | | |
| () Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não () Metal () Descartável | | |
| Local: _____ | | |
| DEGERMAÇÃO | | TRICOTOMIA |
| () Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não | | () Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não |
| Local: _____ | Solução: _____ | Local: _____ |

| IMPLANTE CIRÚRGICO |
|---------------------|
| Drenos: _____ |
| Tela: _____ |
| Cateter: _____ |
| Ostomia: _____ |
| Fio de KC: _____ |
| Placa - Tipo: _____ |
| Outros: _____ |

| ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO |
|---|
| Caixa cirúrgica: _____ Quant. Material: _____ |
| Val.: _____ Contagem de gaze e compressa: <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim |



ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA - DOENÇAS REUMÁTICAS
MEDICINA DO TRABALHO

A nascido JOSÉ DA FERENIMO da Silva,
38 ANOS de idade. Agricultor. CPF 000.357644-32

DIAGNÓSTICO: Textura com deslizo do maleolo fibular esquerdo, com lesão capsulo-ligamentares IMPORTANTES.
CID-10 S82.4 + S93.4, de indicação operatória não realizada.

PRECEDIMENTO: Tratamento
conservador, com talcagem +
Botores gelados; seguida de Fisio-

- a) Torção dolorosa que se exacerba com permanência em pé, agachar-se, encurtar-se ou subir.
- b) Limitação de movimentos das articulações do retro e médio pé.
- c) Perda da capacidade funcional e quotidiana estimada em 30%.

24 октября 2019

Prof. Wilson Cavallini Ferreira
Cidade - 044 19070
Município de São João - 044 19070

POLICLINICA MÉDICA DE MOSSORÓ
Segunda e Quarta - Manhã
Rua João Pessoa, 68 - Centro

CLINICA OTTAVA ROSADO
Terça, Quinta e Sexta - Manhã
Rua Jovena Lamartine, 119 - Centro





(1)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRESSATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

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 e o parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190505948 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSENILDA JERONIMO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGURO

BENEFICIÁRIO JOSENILDA JERONIMO DA SILVA

CPF/CNPJ: 08838964432

Posição em 15-11-2019 14:08:08

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

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00



Valor Total: R\$00.000,00

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total |
|-------------------|----------------------|------------------|-------------|
| 24/09/2019 | R\$ 843,75 | R\$ 0,00 | R\$ 843,75 |
| 15/10/2019 | R\$ 843,75 | R\$ 0,00 | R\$ 843,75 |

Histórico das correspondências enviadas

| Data da Carta | Referência | Ver Carta |
|---------------|------------------------------------|--|
| 30/10/2019 | ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT | (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/O__x0kePB0afzoYM26suqapi_key=Qqnlz67zcRTIHfCuBYpn4Nab3NORJcPdx608zVep8IE=) |
| 20/10/2019 | PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO | (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/mqmqLwDlta__Tw5cQ__api_key=Qqnlz67zcRTIHfCuBYpn4Nab3NORJcPdx608zVep8IE=) |



| | | |
|------------|---------------------------------|---|
| 03/10/2019 | INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE |  (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ZCTPo51w2jY6pkV3Kn6H_ api_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4Nab3NORJcPdx608zVep8IE=) |
| 27/09/2019 | PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO |  (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/O1fNTyRo5iO1bdomnh api_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4Nab3NORJcPdx608zVep8IE=) |

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8)



(https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital)

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)

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

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

PAGUE SEGURO

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

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

ACOMPANHE O PROCESSO

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

(https://www.seguradoralider.com.br)

Serviços

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

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)



- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefonos-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)
- › Consumidor.gov (<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró
Alameda das Carnaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

Processo nº: 0800435-19.2020.8.20.5106

AUTOR: JOSENILDA JERONIMO DA SILVA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI do CPC, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 10 (dez) dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida (CPC, art. 381, II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para realização da perícia, devendo a parte autora ser intimada pessoalmente para comparecer ao ato. **Saliente-se que, caso a parte autora não compareça à perícia, NÃO será concedida oportunidade de reaprazamento de perícia por ausência injustificada, culminando assim na preclusão da prova pericial e no consequente julgamento do mérito.**



Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo sucessivo de 15 (quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz (CPC, art. 178, II), dê-se vista ao Representante do Ministério Público.

Adotadas as supra expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 20 de janeiro de 2020.

UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES

JUÍZA DE DIREITO

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





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró
Alameda das Carnaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

Processo nº: 0800435-19.2020.8.20.5106

AUTOR: JOSENILDA JERONIMO DA SILVA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI do CPC, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 10 (dez) dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida (CPC, art. 381, II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para realização da perícia, devendo a parte autora ser intimada pessoalmente para comparecer ao ato. **Saliente-se que, caso a parte autora não compareça à perícia, NÃO será concedida oportunidade de reaprazamento de perícia por ausência injustificada, culminando assim na preclusão da prova pericial e no consequente julgamento do mérito.**



Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo sucessivo de 15 (quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz (CPC, art. 178, II), dê-se vista ao Representante do Ministério Público.

Adotadas as supra expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 20 de janeiro de 2020.

UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES

JUÍZA DE DIREITO

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

