

## 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) do RG n.º 002.975.756 SSP/RN, residente e domiciliado(a) R. José Leônio 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 nº 419 bairro Centro, município: Mossoró, RN.

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

### I - DO OBJETO DO CONTRATO E DA RESPONSABILIDADE

Cláusula 1º. 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 2º. 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 3º. 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 5º. 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 6º. 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 7º.** Os honorários de sucumbência pertencem ao **CONTRATADO**.

**Cláusula 8º.** 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 9º.** 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 10º.** 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 11º.** Fica estabelecido que em caso de **REVOGAÇÃO** infundada do instrumento procuratório, por parte do(a) **CONTRATANTE**, será devido ao **CONTRATADO** o título de honorários, por assessoria e consultoria jurídica, o mesmo percentual estipulado na cláusula 5º do presente contrato.

**Cláusula 12º.** Em caso de **DESISTÊNCIA** da ação, por parte do(a) **CONTRATANTE**, será devido ao **CONTRATADO** o 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**, resarcir todas as despesas que o **CONTRATADO** obteve tais como: custas processuais e despesas com análise financeira.

**VII - DO FORO**

**Cláusula 13º.** 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\_\_\_\_.

Xiomara Gonçalves da Silva  
CONTRATANTE

CONTRATADO

**TESTEMUNHAS:**

1) \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

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  
 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

Josenilda Jerônimo da Silva  
Assinatura do Outorgante



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Josenilda Jerônimo da Silva, brasileiro(a),  
estado civil: sóteira 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 Leôncio Leonidas Maia nº 27,  
bairro: Vila Brasília, município: Serra do Mel, RN.

### OUTORGADO:

Nome: Leonardo Mike Silva Pereira, brasileiro(a)  
estado civil: sóteiro 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 judicia 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  
nº27, R. José Leoncio Leonidas Melz,  
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 2019

Josenilda Jerônimo da Silva

Assinatura





VITÓRIA





COSERN

DADOS DO CLIENTE  
JOSENILDA JERÔNIMO DA SILVA

CPF: 088.389.844-32 NIS: 36180925330

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NISEXPANDIDA FISCALIZADA SÉRIE 023843926 UNICA 08/05/2019  
CARTEIRA DE CONSUMO DOCUMENTO DE INSTALAÇÃO 08/05/2019 3010857869 4527653ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA JOSE LEONCIDO LEONIDAS MAIA, 27VILA BRASILIA VAREA URBANA  
SERRA DÓ MEL RN  
59663-000

CONTA CONTRATANTE	MES ANO
7009263041	05/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DA PRÓXIMA LEITURA
16/05/2019	07/06/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	37,50

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
Consumo Ativo até 30 kWh	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	30.000.000	0,22204451	6,68
Acréscimo Bandeira AMARELA	67.000.000	0,39004774	21,68
Contrib. Num. Pública Municipal			0,14
ICMS-Parcela Subvençionada			3,18
Multa por atraso-NF 020938171 - 12/03/18			5,23
Juros por atraso-NF 020938171 - 12/09/19			0,26
Atualização IGPM-NF 020938171 - 12/03/19			0,15
			0,20

TOTAL DA FATURA

37,50

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	CAT.	DATA	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS CONSTANTE
7140509370			04-04-2019	2.784,00	08-05-2019	2.851,00	25

RESUMO MENSAL DE CONSUMO		ESTIMATIVA INFORMAÇÃO DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
MAI19	87			Carregamento da rede	10,51% 30,93%
ABR19	76			Valor do Transmissão	R\$ 1,12 3,97%
MAR19	30			Distribuição (Cosen) R\$ 7,12 24,99%	
FEV19	0			Párcias de Energia R\$ 1,91 6,70%	
JAN19	30			Encargos Salariais R\$ 0,59 2,07%	
DEZ18	0			Trânsitos R\$ 7,23 25,30%	
NOV18	173			Total R\$ 24,48 88%	
OUT18	216				
SEI18	217				
AGO18	206				
JUL18	133				
JUN18	84				
MAI18	108				

Este documento NÃO substitui o risco de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial ou suspenso do fornecimento per stria por falta de efetiva definição de faturamento. O cliente deve encarregar-se de pagar os débitos que possam surgir, bem como os débitos de faturamento de R\$ 14,40/mês. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusões no registro de débitos de crédito SPC e SERASA.

## ATENÇÃO! A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Não existem débitos de 2018.

Este documento é para fins de cobrança de débitos de 2019. O cliente deve encarregar-se de pagar os débitos que possam surgir, bem como os débitos de faturamento de R\$ 14,40/mês. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusões no registro de débitos de crédito SPC e SERASA.

PERÍODO DE DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES			
SÉRIE	CONSUMO MENSAL MEDIADO	LIMITE MENSAL	LIMITE ANUAL
VERMELHA	0,00	5,53	11,10
DIC	0,00	3,26	6,72
FIC	0,00	3,20	6,45
DIMIC	Límite DIC: 12,22	0,00	0,00

FUSO - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$10,00

PROTOCOLO RECEBIDO

TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGS.

7009263041 16/05/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 37,50

83870000000113750003840 700926304120-801300725263-5





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)

EN VOLVIDO(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

Municipio: Serra do Mel - RN

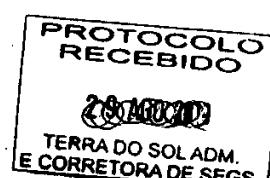
Logradouro: RUA JOSE LEÔNICO LEONIDAS MAIA

Nº: 27

Complemento: CASA REBOCADA, NA RUA DAS CASAS DA CAIXA

Bairro: VILA BRASÍLIA

Telefone: (84) 98632-5955 (Celular)



Nome Civil: JOSENILDO GERONIMO DA SILVA (TESTEMUNHA )

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:RN - Riachuelo Sexo: Masculino Nasc: 05/12/1985

Estado Civil: Casado(a)

Endereço

Municipio: Serra do Mel - RN

Logradouro: RUA JOSÉ AIRES DA NTAS

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.tjrn.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 Nº: 05  
Complemento: CONJUNTO NOVO  
Bairro: VILA BRASÍLIA  
Telefone: (84) 98795-7935 (Celular)

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 Jerônimo da Silva	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE COMPARECEU A ESTA DELEGIACIA 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 0072882

Responsável pelo Atendimento

Josenilda Jerônimo da Silva

Josenilda Jerônimo da Silva

(Comunicante / Vítima)

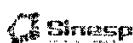
"Declaro para os devidos fins de efeitos que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderão responder civil e criminalmente pelo presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Cível e 340-Comunicação, Faixa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

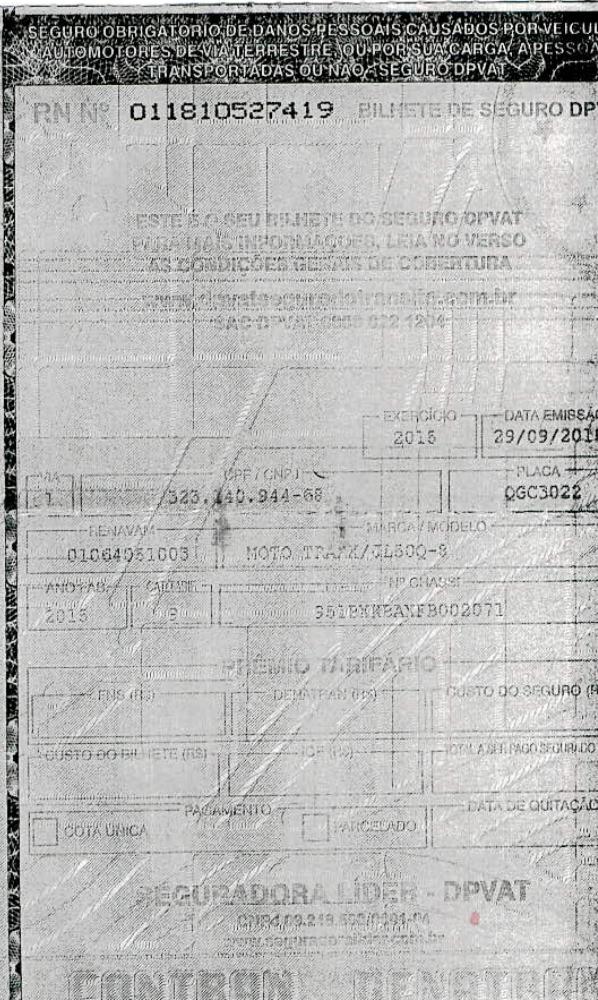
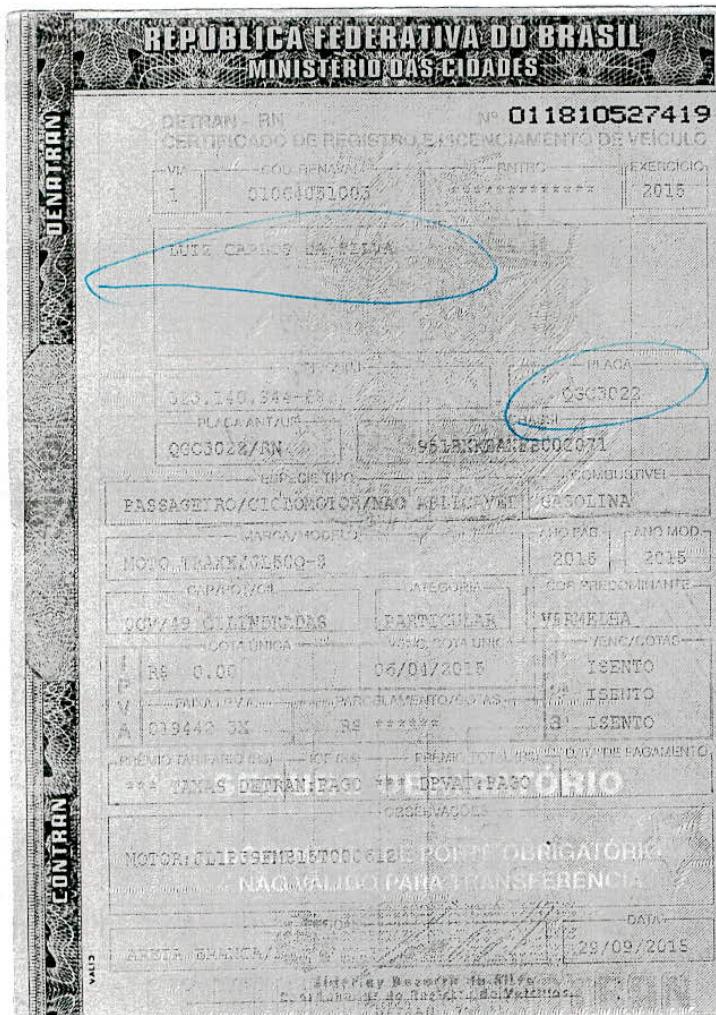


Delegado de Polícia Civil José Vieira de Castro  
Impresso por: José Vieira de Castro  
Data de Impressão: 12/07/2019 11:43  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





**PROTÓCOLO  
RECEBIDO**

Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 13/01/2020 11:05:12  
<https://pjie1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011311051212500000050454104>  
Número do documento: 20011311051212500000050454104

Núm. 52300891 - Pág. 10



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 99 | 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 ITEP, 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: MOT Modelo: TRAXX/1LSQ-Q-8 Ano: 2015

Placa: AFC-3022 Chassi: 9S1BXKBAXFBD002071

Data do Acidente: 28/05/19

Local e Data:

SERRA DO MEL/RN 25/06/2019



Assinatura do Declarante

Luis Carlos 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

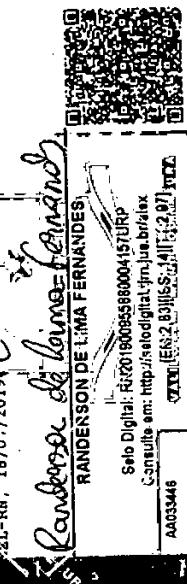
Cartório do Ofício Único do  
Termo Judiciário de Serra do Mel

Comarca de Mossoró - RN

Reconhecimento (POR AUTENTICIDADE) à firma de: JOSENILDA  
JERONIMO DA SILVA. EM TEST. R DA VERDADE, DOU  
FÉ. SERRA DO MEL-RN, 25/05/2015.



CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO DE SERRA DO MEL  
RUA COLONIAL SÉVERIANO LÁZARO DA COSTA, 16 - CEP 59300-000  
SERRA DO MEL - RN  
RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE - Firma: LUIZ CARLOS DA SILVA  
Data: 25/05/2015 - Local: SERRA DO MEL - RN  
Assinatura: RANDERSON DE LIMA FERNANDES







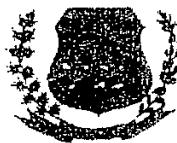
PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA DO MEL/RN  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE MISTA Dr. SILVIO ROMERO DE LUCENA

P M SERRA DO MEL  
DOCUMENTO  
CONFERE COM O  
ORIGINAL  
P = 87  
EM 25/06/19

BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

DADOS DO ATENDIMENTO	DATA <u>24/10/19</u>	HORA <u>18:15</u>	
NOME <u>Janecelita Pereira da Silva</u>	IDADE <u>28</u>	SEXO <u>F</u>	
DATA DE NASCIMENTO <u>19/01/1991</u>	CARTÃO SUS		
PROFISSÃO <u>Agricultura</u>	RG <u>-</u>		
ENDEREÇO <u>U - 151</u>	Nº <u></u>		
BAIRRO <u>Serra do Mel</u>	CIDADE <u>Serra do Mel</u>	ESTADO <u>RN</u>	TELEFONE
NOME DA MÃE	ASS. SERVIDOR		
ACOLHIMENTO: ( ) EMERGÊNCIA ( ) URGÊNCIA ( ) NÃO URGÊNCIA ( ) ACIDENTE DE TRABALHO ( ) ACIDENTE DE TRANSITO			
ACOLHIMENTO EM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:			
QUEIXAS <u>Dor de barriga de 2 dias</u>	CLASSIFICAÇÃO <u>2 SC + Vagueza de Mel</u>		
ANTECEDENTES ALÉRGICOS <u>-</u>			
HAS ( ) DM ( ) ASSINATURA			
ANAMNSE			
EXAME FÍSICO PESO TEMPERATURA C° F.C. PA <u>110x90/2MMHG FR</u> HGT			
CONDUTA ( ) MEDAÇÃO ( ) OBSERVAÇÃO ( ) LAUDO PARA AIH			
<u>Urgência Rua - 151 Mel</u> <u>17:18:18</u> <u>Leonardo Mike Pereira</u>			
HIPÓTESE DO DIAGNÓSTICO		PROTOCOLO RECEBIDO	
		<u>000000</u>	
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS ( ) LABORATÓRIO ( ) RADIOLOGIA ( ) ECG ( ) OUTROS		TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.	MÉDICO <u>Carimbo/Assinatura</u>
SAÍDA DATA/HORA / / ÁS : ( ) ALTA REFERIDA PARA UBS ( ) ÓBITO			<u>1321</u>
( ) OUTRA UNIDADE DE URGÊNCIA ( ) ESPECIALIDADE ( ) INTERNAÇÃO HOSPITALAR			





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

DOCUMENTO  
CONFERE COM O  
ORIGINAL

BOLETIM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 27/10/2019

DADOS DO ATENDIMENTO	DATA 25/10/2019	HORA 10:00				
NOME	Josénilde Ferreira dos Santos	IDADE 38 F				
DATA DE NASCIMENTO	10/01/1981	CARTÃO SUS FM 00666343 5907				
PROFISSÃO	RG Silv. Pd					
ENDERECO	V. Bruselas	Nº 27				
BAIRRO	Zona rural	CIDADE Caucaia				
ESTADO	RN	TELEFONE				
NOME DA MÃE	Ass. SERVIDOR Ibereson					
ACOLHIMENTO: ( ) EMERGÊNCIA ( ) URGÊNCIA ( ) NÃO URGÊNCIA ( ) ACIDENTE DE TRABALHO ( ) ACIDENTE DE TRANSITO						
ACOLHIMENTO EM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:						
QUEIXAS						
ANTECEDENTES ALÉRGICOS						
HAS ( ) DM ( )	ASSINATURA	CLASSIFICAÇÃO				
ANAMNESE						
<p>Paciente refere quebra de moto ontem, se recusou a ir para HRTM.</p> <p>Apresento dor edimez em tornozelos esquerdo sem reparo o pe no chão.</p>						
EXAME FÍSICO	PESO	TEMPERATURA	C° F.C	PA	MMHG FR	HGT
CONDUTA ( ) MEDAÇÃO			( ) OBSERVAÇÃO	( ) LAUDO PARA AIH		
OPT Ontoprosthetic do HRTM			<b>PROTOCOLO RECEBIDO</b> 			

HIPÓTESE DO DIAGNÓSTICO	CID
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS ( ) LABORATÓRIO ( ) RADIOLOGIA ( ) ECG ( ) OUTROS	MÉDICO: <i>Silv. Pd</i> Carimbo e Assinatura
SAÍDA DATA/HORA / / / AS : ( ) ALTA REFERIDA PARA UBS ( ) ÓBITO	
ESPECIALIDADE	/ / INTRNAÇÃO HOSPITALAR





## **PRONTUÁRIO DE INTERNACAO**

CLINICA  
ORTOPEDIA

REGULAÇÃO  
PORTA ZERO

OBS

~~CONFERENCE COPY~~

UATAR

518-1





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 JOSENILDA JERONIMO DA SILVA	6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO 165818		
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 700 0026 6343 5907	8- DATA DE NASCIMENTO 19/01/1991	9- SEXO FEMININO	10- RACA/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	Justificativa de Internação		
16- MUNICÍPIO RIACHUELO	17- BAIRRO CENTRO	18- UF RN	19- CEP 59470000
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	<i>Fra fraus de buncos ey</i>		
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	<i>chuvis</i>		
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fra fraus de buncos ey</i>	24- CID 10 PRINCIPAL <i>TR</i>	25- CID 10 SECUND. <i>TR</i>	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Re empreg</i>	Procedimento Solicitado		
28- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>DR. LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA</i>
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>05 MAIO 2019</i>	
36- ( ) AC. TRÂNSITO 37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO 38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO	39- CNPJ DA SEGURADORA 40- N° DCP/LHTE	41- SÉRIE	42- CNPJ DA EMPRESA 43- CNAE DA EMPRESA
44- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)		
45- EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NAO SEGURADO	46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
47- COD. ORGÃO EMISSOR	52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
48- DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	CONFERE COM ORIGINAL DATA: <i>05/05/2019</i> Assinatura <i>leonardo</i>	
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		





## EXAMES COMPLEMENTARES

*X de Tropofib + A.C.*

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

*Retirar o Gesso +  
Talco feno tipo Bote  
Intervar / / operar*

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

## DESTINO DO PACIENTE

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



## Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome <u>Jeronildo Jerônimo da Silva</u>					Idade <u>289</u>	Sexo <u>F</u>
Data <u>03/06/19</u>	Pressão arterial <u>110/70</u>	P脉搏 <u>88</u>	Respiração <u>16</u>	Temperatura <u>36°</u>	Peso <u>54 Kg</u>	Outros <u>ECG 262000 TP: 135 mg/dL UR: 105 TTPA: 34,1 mg R: 1,29</u>
Tipo sanguíneo	Hemacias <u>4460.000</u>	Hemoglobina <u>12.8 g/dL</u>	Hematocrito <u>37,1%</u>	Glicemia <u>77</u>	Uréia <u>36</u>	
	Urina				Uro <u>98</u>	
Ap. respiratório	<u>MVR anestésicos e/ RA</u>				Asma <u>( )</u>	Bronquite <u>( )</u>
Ap. circulatório	<u>PCR: 2 T, BNF: 0 / Sopas</u>				Eletrocardiograma <u>regular</u>	
Ap. digestivo	<u>Serum +8h.</u>				Ap. urinário <u>sem queixa</u>	
Estado mental	<u>Claro</u>				Alergia <u>negra</u>	Hipotensorés <u>não</u>
Diagnóstico pré-operatório	<u>Fratura de tornozelo ( )</u>				Estado físico <u>III</u>	Risco <u>alto</u>
Anestesias anteriores	<u>NAO</u>					
Medicação pré-anestésica			Aplicada às	Efeito		
Agente Anestésicos	<u>O2</u> <u>ECG</u> <u>SpO2</u> <u>PANI</u>					
Líquidos				<u>Monitor ECG, SpO2, PANI</u>		
Oper.				<u>○ Desmineralizante</u> <u>○ Ringer lactato</u>		
Anest.						
O Resp:						
Arruado						
MBOLOS						
E						
DTAÇÕES						
OSIÇÃO						
Entes						
Clinica	<u>sedativa</u>					
reação	<u>Reduzir o risco de fratura de tornozelo + gesso.</u>					
urglões	<u>Dr. Mariana Lemos</u>					
estesistas	<u>Dr. Wellington Rodrigues</u>					
servações	<u>sem complicações</u>					
Notar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias				Perda sanguínea		





Hospital

Nome do paciente		Nº prontuário
Data operação	Enf.	Leito
Operador		1º auxiliar
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador
Anestesista	Tipo de anestesia	
Diagnóstico pré-operatório	Fractura toracozóstica	
Tipo de operação	Ressecção óssea com instrumentos prof toracozósticos	
Diagnóstico pós-operatório	Fractura toracozóstica E-7	
Relatório imediato do patologista		
Exame radiológico no ato		
Acidente durante a operação		

## DESCRÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- ① Mayobro de redução
- ② Bota ortopédica

Pedro Ferreira de Melo Filho  
Ortopedista - CRM 1304  
TEOT 1327



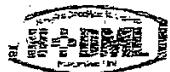


HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉIO MARQUES DE LUCENA  
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

		HEMOTRANSFUSÃO:			
( <input checked="" type="checkbox"/> Hemocconcentrado	Unid.	( <input type="checkbox"/> Plasma	Unid.	( <input type="checkbox"/> ) Plaquetas	Unid.
( <input type="checkbox"/> Álbumina	Unid.	( <input type="checkbox"/> ) Expansor plasmático	Unid.		
MEDICAÇÕES UTILIZADAS					
h: Vide Boletim do		h: anestesiologista		h:	
h:		h:		h:	
HIDRATAÇÃO VENOSA					
( <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico:	ml	( <input type="checkbox"/> Soro Ringer Simples:	ml	Quantidade total de volume	
( <input type="checkbox"/> Soro Glicosado:	ml	( <input checked="" type="checkbox"/> Soro Ringer Lactato:	ml	administrado: 500 ml	
ANÁTOMO PATOLÓGICO					
<input checked="" type="checkbox"/> Não ( <input type="checkbox"/> Sim Peça:		<input type="checkbox"/> Peça para sepultamento:	<input checked="" type="checkbox"/> Não ( <input type="checkbox"/> Sim:		
Swab para cultura:					
Líquido:					
CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES					
FO de aspecto: ( <input type="checkbox"/> limpo ( <input type="checkbox"/> c/exsudato ( <input type="checkbox"/> Contaminada ( <input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado ( <input type="checkbox"/> Bandagens ( <input type="checkbox"/> Talas ( <input type="checkbox"/> Outros:					
INTERCORRÊNCIAS: Procedimento ocorreu com êxito e sem intercorrências					
Ass: Tel. Eng. Ruthen Coren: 578.217					
CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO					
Nível de consciência: ( <input type="checkbox"/> Consciente ( <input type="checkbox"/> Inconsciente ( <input type="checkbox"/> Narcose ( <input type="checkbox"/> Coma ( <input type="checkbox"/> Vigil ( <input type="checkbox"/> Agitado					
Respiratório: ( <input type="checkbox"/> Intubado ( <input type="checkbox"/> Extubado ( <input type="checkbox"/> Cânula de Guedel ( <input checked="" type="checkbox"/> O2 ambiente Curativo: ( <input type="checkbox"/> Oclusivo ( <input type="checkbox"/> Compressivo ( <input type="checkbox"/> Bolsa de colostomia ( <input checked="" type="checkbox"/> Outro: Sonolenta					
Diurese: ( <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea ( <input type="checkbox"/> Normal ( <input type="checkbox"/> Hematuria ( <input type="checkbox"/> Irrigação Vesical ( <input type="checkbox"/> Oligúrico Destino após a cirurgia: CRD					
UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO					
Hora: 10:35 Data: 03/06/17 Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Acordado ( <input type="checkbox"/> Sonolento ( <input checked="" type="checkbox"/> Narcose ( <input type="checkbox"/> Orientado					
( <input type="checkbox"/> Desorientado ( <input type="checkbox"/> Agitado ( <input type="checkbox"/> Choroso Vias aéreas: ( <input type="checkbox"/> Intubado ( <input type="checkbox"/> Extubado ( <input type="checkbox"/> Cânula de Guedel ( <input type="checkbox"/> Cateter O2 ( <input checked="" type="checkbox"/> O2 Ambiente					
Mobilização MMII: ( <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( <input type="checkbox"/> Diminuída ( <input type="checkbox"/> Sem mobilidade Mobilização MMSS: ( <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( <input type="checkbox"/> Diminuída ( <input type="checkbox"/> Sem mobilidade					
Venólise: ( <input type="checkbox"/> Não ( <input checked="" type="checkbox"/> Sim Tipo: ANP Local: _____ Sondas: ( <input type="checkbox"/> Gástrica ( <input type="checkbox"/> Enteral ( <input type="checkbox"/> Vesical					
Drenos: ( <input type="checkbox"/> Sução ( <input type="checkbox"/> Torácico ( <input type="checkbox"/> Penrose ( <input type="checkbox"/> Kherr Ostomias: ( <input type="checkbox"/> Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> Não Especifique:					
Irrigação vesical contínua: ( <input type="checkbox"/> Retorno satisfatório ( <input type="checkbox"/> Retorno Insuficiente ( <input type="checkbox"/> Coágulos					
Curativo: ( <input checked="" type="checkbox"/> Oclusivo ( <input type="checkbox"/> Descoberto ( <input checked="" type="checkbox"/> Limpo ( <input type="checkbox"/> Sujo Monitorização: ( <input type="checkbox"/> ECG ( <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro ( <input type="checkbox"/> PA					
INTERCORRÊNCIAS NA URPA ( <input type="checkbox"/> Náuseas ( <input type="checkbox"/> Vômitos ( <input type="checkbox"/> Sangramento ( <input type="checkbox"/> Dor ( <input type="checkbox"/> Bexigaoma ( <input type="checkbox"/> Alteração PA ( <input type="checkbox"/> Alteração FC					
Relate:					
SINAIS VITAIS					
Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%
Admissão	—	82	—	—	97 NÃO
30'	—	74	—	—	97 NÃO
60'					
Alta					
Medicações administradas URPA:					
Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura	
Eliminações:					
	Díurese	Retorno Gast.	Drenagem	Retorno da irrigação	
Recebido da SO					
Desprezado					
URPA					
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Paciente encaminhada para clínica ortopédica.					
Ass: Sayonara Coren: 504067					





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

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome: JOSENILDA JERONIMO DA SILVA	Idade: 28	D/N: 19/01/1991
Pront: 165818	Município: NACAUCAU	Procedência: <input checked="" type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Externo
Data da cirurgia: 03/06/19	Horá Admissão: Bloco: 09:30	Sala: 10:10 Hora Saída: _____ Peso: 54 kg
Alergias: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Comorbidades: <input type="checkbox"/> H/S <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Outras	negro
Uso de medicações: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Jejum: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim	
SSV Admissão: PA: 97x69 mmHg	Pulso: 87 bpm	Fl: 97 bpm FC: 87 bpm SpO <sub>2</sub> : 97 % T: °C
Enfermeiro(a): TATIANA	Instrumentado (a): _____	Circulante: Tel. Enf. Pollicommy e Rutelema
Cirurgia: Redução Incravita de 112 (E) + Gesso Especialidade: Ortopédica Sala: 02		
Hora Início: 10:20 Hora Término: 10:30 Tipo de Cirurgia: <input checked="" type="checkbox"/> Eletiva <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Limpa <input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/> Infectada		
1º Cirurgião: Dr Marcos Aux: Dr Pedro Melo Residente: _____		
Anestesia: <input type="checkbox"/> Local <input checked="" type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Geral TOT: _____ Blc. queio <input type="checkbox"/> Raquidiana Ag.nº _____ Peridural <input type="checkbox"/> c/cateter <input type="checkbox"/> s/cateter Ag.nº _____ Cateter nº: _____ Início: 10:17 Garrote: <input type="checkbox"/> Smarch <input type="checkbox"/> 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"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco mSE	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/>	Letárgico	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/>	Coma	<input type="checkbox"/> Clonótica	<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"/> Integra	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Dífrusor
<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"/> Normoesfigmico	<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"/>	Açamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Dréno:	
<input type="checkbox"/>	Paraplégico	<input type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub>	<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 mIE	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	86		93	Bpm
Pulso	86		94	Bpm
Oximetria	97		97	%
Capnografia	—			%
PA	100x60			mmHg

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

Local: \_\_\_\_\_

Cateter: \_\_\_\_\_

SONDAGEM GÁSTRICA

SNG nº \_\_\_\_\_

Retorno: \_\_\_\_\_

CATETERISMO VESICAL

SVF nº \_\_\_\_\_ SVA nº \_\_\_\_\_

Diurese: \_\_\_\_\_

Profissional responsável: \_\_\_\_\_

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Hemograma	( ) Gasometria
( ) Coagulograma	( ) Outros
( ) Tipagem Sanguínea	( ) Glicosimetria
pia (Raio X)	

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

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO  
( ) Sim  Não  Metal  Descartável  
Local: \_\_\_\_\_

DEGERMAÇÃO  
( ) Sim  Não  Local: \_\_\_\_\_  
Local: \_\_\_\_\_ Solução: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

IMPLANTE CIRÚRGICO  
Drenos: \_\_\_\_\_  
Tela: *INTERFUSION ORIGINAL*  
Cateter: \_\_\_\_\_  
Ostomia: \_\_\_\_\_  
Fio de KC: \_\_\_\_\_ Parafuso tipo: \_\_\_\_\_  
Placa - Tipo: \_\_\_\_\_  
Outros: \_\_\_\_\_

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO  
Caixa cirúrgica: \_\_\_\_\_ Quant. Material: \_\_\_\_\_  
Val.: \_\_\_\_\_ Contagem de gaze e compressa:  Não  Sim



Dra. Francisco William Carvalho Ferreira

CRM 1180 - MAT 129 R.  
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA - DOENÇAS REUMÁTICAS  
MEDICINA DE TRABALHO

LAUDO MÉDICO

A paciente Josenilda Jerônimo da Silva, 38 ANOS de idade, AGRICULTORA, CPF 088.357.644-32.

HISTÓRICO: Acidente de trânsito com MOTO, no dia 24.05.2019, levada ao Hospital REGIONAL da Serra do Mel, onde recebeu os PRIMEIROS SOCORROS, no dia seguinte foi encaminhada para o HRM em MOSSORÓ. Boletim N° 50.236/2019.

DIAGNÓSTICO: Fratura com deslizamento do maleolo fibular esquerdo, com lesões capsulo-ligamentares importantes.

C.D.O S 824 + S 934, de valvocauda. Operação não realizada.

PROCEDIMENTO: Tratamento conservador. Com tala grossa + Botos gerados; sequela de fisioterapia.

SEQUÉCIAS DEFINITIVAS:

- a) Dor no local doloroso, que se exacerba com permanência em pé, agachar-se, encurtar-se ou subir degraus.
- b) Limitação de movimento das articulações do retro e meião.
- c) Perda da capacidade funcional esportiva e quotidiana relativa estimada em 30%.

2 Mossoró 25 de Setembro de 2019

POLÍCLINICA FONTE  
Centro - Centro  
Av. Presidente Vargas, 1000  
Cidade de Mossoró - RN

POLÍCLINICA MÉDICA DE MOSSORÓ  
Segunda a Quinta - Manhã  
Rua João Ribeiro, 68 - Centro

CLÍNICA OCTAVIO ROSADO  
Terça, Quarta e Sexta - Manhã  
Rua General Lacerda, 119 - Centro

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



()



Buscar no site



A COMPANHIA **SEGURO DPVAT** PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE 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 ao beneficiário. O prazo para a emissão do 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 SEGUROS

**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	( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/O_x0kePB0afzoYM26suqapi_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4Nab3NORJcPdx608zVep8IE=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/O_x0kePB0afzoYM26suqapi_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4Nab3NORJcPdx608zVep8IE=</a> )
20/10/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/mqmLwDlta__Tw5cQapi_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4Nab3NORJcPdx608zVep8IE=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/mqmLwDlta__Tw5cQapi_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4Nab3NORJcPdx608zVep8IE=</a> )



03/10/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	 ( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ZCTPo51w2jY6pkV3Kn6H_api_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4Nab3NORJcPdx608zVep8lE=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ZCTPo51w2jY6pkV3Kn6H_api_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4Nab3NORJcPdx608zVep8lE=</a> )
27/09/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	 ( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/O1fNTyRo5iO1bdomnhl_api_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4Nab3NORJcPdx608zVep8lE=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/O1fNTyRo5iO1bdomnhl_api_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4Nab3NORJcPdx608zVep8lE=</a> )

**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

**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-Efetuados.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-Efetuados.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/telefones-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.**



Assinado eletronicamente por: UEFILA FERNANDA DUARTE FERNANDES - 20/01/2020 09:52:57  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012009525726100000050621221>  
Número do documento: 20012009525726100000050621221

Num. 52481555 - Pág. 1

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 nº11.419/06)





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.**



Assinado eletronicamente por: UEFILA FERNANDA DUARTE FERNANDES - 20/01/2020 09:52:57  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012009525726100000050621221>  
Número do documento: 20012009525726100000050621221

Num. 52815761 - Pág. 1

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 nº11.419/06)

