

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS - 30%

CONTRATANTE: Maria de Lourdes Ferreira
brasileira, estado civil solteira, profissão do lar, inscrita(a) no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda (CPF/MF) sob o nº 967.831.764-87, portador(a) do RG nº 1452.801-1/EP/RN, residente e domiciliado(a) R. Eudes Ferreira de Oliveira, 137, Boa Vista, Mossoro/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: 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 incluídas 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 o 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 contabilizada em face do efetivo proveito econômico ou êxito financeiro do **CONTRATANTE**, conforme exempli 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, subestabelecendo sem reserva de iguais e-se expondo de todas as obrigações.

Cláusula 11ª. Fica estabelecida 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 5ª do presente contrato.

Cláusula 12ª. 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) de valor da ação.

Parágrafo Primeiro. O(A) **CONTRATANTE** deverá ainda, em caso de **DESISTÊNCIA**, ressarcir todas as despesas que o **CONTRATADO** obtiver 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____.

x Maíra de Lencas Ferreira
CONTRATANTE

CONTRATADO

TESTEMUNHAS:

1)

RG:

CPF:

2)

RG:

CPF:



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu Maria de Lourdes Ferreira, brasileiro(a),
estado civil: solteira Profissão: do lar portador(a) do RG
1.457.801 órgão expedidor HEP/RN do CPF: 967.831.764-87 residente
no(a) R. Eudes Ferreira de Oliveira nº 137
bairro: Boa Vista município: Mossoró 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 requero 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, 26/06/2020
Local e Data

x Maria de Lourdes Ferreira
Assinatura do Outorgante



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Maria de Lourdes Ferreira, brasileiro(a),
estado civil: solteira Profissão: do lar portador(a) do RG
1.457.801 órgão expedidor DEP/RN e do CPF: 967.831.764-87, residente
no(a) R. Eudes Ferreira de Oliveira nº 137
bairro: Boa Vista, município: Mossoro, 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 Diomísio Filgueira nº 419
bairro Centro, município: Mossoro, 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 judicium 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, 26/06/2020

Local e Data

x Maria de Lourdes Ferreira
Assinatura do Outorgante



TERMO DE RESPONSABILIDADE SOBRE O FORNECIMENTO DE DOCUMENTOS

Eu Maria de Lourdes Ferreira brasileiro(a),
estado civil: solteira profissão: do lar portador(a) do RG
1457.801 órgão expedidor ITEP/RN e do CPF: 967.831.764-87 residente
no(a) R. Eudes Ferreira de Oliveira nº 137
bairro: Boa Vista município: Mossoró, RN
CEP: _____ 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, 26 de Junho de 20 20

x Maria de Lourdes Ferreira

Assinatura



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
MARIA DE LOURDES FERREIRA ARAUJO

DOC. IDENTIDADE / CNH EMISSOR UF
1457801 ITEP RN

CM
967.831.764-87 DATA NASCIMENTO
09/05/1968

FUNÇÃO
TEODORIO FERREIRA SENA
RAIMUNDA LOPES DE
HOLANDA

PERMISSÃO
ACC CALHA A

Nº REGISTRO
03446468460

VALIDADE
16/12/2019

1ª HABILITACAO
06/12/2004

1003896989

PROIBIDO PLASTIFICAR

1003896989

MOSSORO, RN

DATA EMISSAO
18/12/2014

30173395152
RN702100947


DETRAN - RJ (RIO GRANDE DO NORTE)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

Vitima



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



COSERN
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Memoz, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 59025-250
CNPJ 06.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE
BERGSON AUGUSTO DE OLIVEIRA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA EUDES FERREIRA DE OLIVEIRA 137

CPF: 062.192.464-46 NIS: 16069439024

BOA VISTA/ÁREA URBANA
MOSSORÓ RN
59605-155

CLASSIFICAÇÃO
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

CONTADOR
7014171503 02/2020

DATA DE VENCIMENTO
17/02/2020 12/03/2020

TOTAL A PAGAR
5,36

DESCRIÇÃO DA NOTAFISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,08431485	2,52
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,09184571	2,75
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,08
TOTAL DA FATURA			5,36

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	DATA	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
60983541	CAT	5 567,00	10-02-2020	5 606,00	26	1,00000		21,00

ANUÁRIO DE CONSUMO

MEZ/ANO	CONSUMO (kWh)
FEV 20	30
JAN 20	30
DEZ 19	30
NOV 19	30
OUT 19	30
SET 19	30
AGO 19	30
JUL 19	30
JUN 19	30
MAY 19	30
ABR 19	30
MAR 19	35
FEV 19	30

INFORMAÇÕES PERIBUTÓRIAS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	5,36	0,78
PIS	5,36	3,62
COFINS		0,19

TARIFAS APLICADAS

Consumo-TUSD até 30 kWh: 0,08431485

Consumo-TE até 30 kWh: 0,09184571

RESERVAÇÃO DE USO

F2CB C26D 158E BB4F 3EC7 11DD 5DB6 4C1C

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O presente documento é emitido em nome da COSERN, sendo a mesma responsável por todos os serviços de distribuição de energia elétrica no âmbito da Tarifa Social de Energia Elétrica. O cliente é responsável por manter a continuidade individual ou coletiva do fornecimento de energia elétrica, bem como por manter a disponibilidade para a prestação dos serviços de distribuição de energia elétrica. O cliente é responsável por manter a disponibilidade para a prestação dos serviços de distribuição de energia elétrica. O cliente é responsável por manter a disponibilidade para a prestação dos serviços de distribuição de energia elétrica.

MOSSORÓ	TEMPO	TEMPO	TEMPO	TEMPO	TEMPO
DIC	0,00	5,07	10,15	20,30	
FIC	0,00	5,23	6,47	12,95	
DMIC	0,00	2,86	0,00	0,00	

Limite DIOR: 1,222 EUS: Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição: R\$ 2,41





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 1103119

1 - LOCAL E DATA

Local AV. DIOCESANA Bairro NOVA PETRÂNIA
Cidade/UF Mossoró P. Ref. CNA
Data 12/11/2019 Hora do acidente 10:00 Hora do registro 10:30 Dia da semana TERÇA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☒ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi 9629T90 Cidade Mossoró UF RN
Marca/Mod. VW AMAROK Cor BRANCA Ano 2019/2019
Proprietário DANIEL SANTO AGOSTINHO DE OLIVEIRA COSTA Nº de Ocupantes 2
Condutor SUANE D'ALZ COSTA Data de Nasc. 08/05/1980
Endereço R. 503 SANTUÁRIO DE SÃO Nº 20 Fone 84-33161243
Bairro NOVA PETRÂNIA Cidade Mossoró UF RN
CPF Nº 034672504-6 CNH Nº 00992288005 Validade 06/01/2020 Categoria A3
Local de Trabalho MOSFIMAT RUAS DO PÁIS Fone 84-988551043
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi MYW 2434 Cidade Mossoró UF RN
Marca/Mod. MONZA PR2 Cor BRANCA Ano 2008/2008
Proprietário MARIA DE LOURDES FERREIRA Nº de Ocupantes 4
Condutor R. BENEZOL BATTAGLIA MARIA DE LOURDES FERREIRA Data de Nasc. 09/05/1968
Endereço R. DO NAJDO GALLA Nº 280 Fone 84-987292700
Bairro SACCA DE MATO Cidade Mossoró UF RN
CPF Nº 96783376487 CNH Nº 3446468460 Validade 16/12/2018 Categoria A
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____



7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? Av. DIOCESANA

Em que sentido? NA DIREÇÃO BOA PIRCE

Em que faixa? 3ª FAIXA

Versão do condutor O CONDUTOR DE V1 AFIRMA QUE TRANSITAVA NA ALVENIA SENTIDO E TAMBÉM AFIRMA QUE CHEGAM NAS PROXIMIDADES DO CNA ATUAL E PASSA ALERTA PARA DETECTAR UMA ENTRADA NO ESTACIONAMENTO, QUANDO DE REPENTE UMA MOTOCICLETA COLIDIU NA LATERAL DIREITA DO SEU VEÍCULO O MESMO RATO E LEVOU PARA SUAS PROXIMIDADES OS PINGUINHOS SOLARES

Assinatura do Condutor do V1

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V4



8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anotecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Aclive íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebliana	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclive Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input checked="" type="checkbox"/> Placa(s) <u>PROTEÇÃO</u>
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Retorno		<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Etroncamento		<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação		<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> _____

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

ÁRVORE

VESTÍGIOS

SEMÁFORO

PEDESTRE

BICICLETA OU MOTO

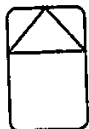
CARRO DE PEQUENO PORTE

CAMINHÃO OU ÔNIBUS

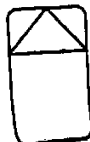
CARRETA

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

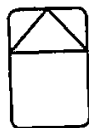
AVARIAS DO VEÍCULO 1 MANHÔLA VC
PARA-CHOQUE DIANTEIRO, DITO
PARA-CHOQUE DE TRÁS E TODA A
DIANTEIRA



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 2 FEDEZ DE MACHA
E IS7-72801 E MANHÔLA



AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 - ☐ Vítilma: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____
 RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

12 - ☐ Vítilma: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____
 RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

13 - ☐ Vítilma: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____
 RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

14 - ☐ Vítilma: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____
 RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
 Endereço _____ Nº _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
 Nome _____ RG Nº _____ Órgão Exp. _____
 Endereço _____ Nº _____
 Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS/FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ NÃO AUTUAÇÃO COD. DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

FOR CONTECIONADO O BOLETIM COM TODAS AS INFORMAÇÕES RELEVANTES
 V1 RELEVADO NO JORNAL PARA SEU CONTECIONADO APENAS COM DADOS
 RELEVANTES.
 CONDUTORA DE V2 CONDUZIDA PARA O HÓTEL PARA SEU JORNAL
 PROCEDIMENTOS MEDICIS NÃO SERÃO POSSÍVEIS DESEJA SUA VISÃO. VEÍCULO
 RELEVADO PARA RELEVANDO NOME DO FORTIFICADO COM-01691513610

Nome Completo do Agente RAFAEL SOUSA SOEIA
 POSTO/GRAD.: SD PM PM Nº 004035-9 Vintura 0274 0274 Subunidade 2003 RE
 Local e Data ALTOSSURTO 10 de NOVEMBRO de 2019
 Assinatura do Agente de Trânsito _____





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE
SETOR DE TRÁFEGO - 2º DPRE

COMPLEMENTO DO BOLETIM
DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

Nº

1103119

1 - LOCAL DO ACIDENTE

Local:	AV DIOCESANA	Bairro:	NOVA BETANIA
P. Ref.	CNA	Data:	12/11/2019 /

2 - VEÍCULO: V-02

Placa	MYW2434	Cidade	MOSSORO	UF	RN
Marca/Mod.	HONDA BIZ	Ano	2008/2008		
Proprietário	MARIA DE LOURDES FERREIRA	Nº de Ocupantes	01		
Condutor	MARIA DE LOURDES FERREIRA	Data de nasc.	09/05/1968		
Endereço	RUA ROMUALDO GALVAO	Nº	280	Fone	(84)987292700
Bairro	BELO HORIZONTE	Cidade	MOSSORO	UF	RN
CPF nº	967.831.764-87	CNH	03446468460	A	Validade 16/12/2019
Local de Trabalho					

3 - VERSÃO DO CONDUTOR SOBRE O REFERIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO

Onde transitava?	AV:DIOCESANA		
Em que sentido?	BOA VISTA/SANTO ANTÔNIO	Em que faixa?	DIREITA

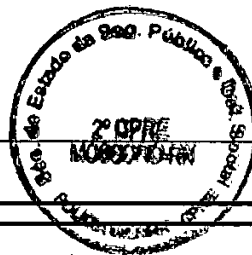
Versão do condutor:

"Alega que: TRAFEGAVA NA AVENIDA CITADA, E NAS PROXIMIDADES DA ESCOLA DE IDIOMAS CNA, UM VEÍCULO QUE TRANSITAVA NO MESMO SENTIDO FEZ UMA MANOBRA BRUSCA SEM SINALIZAR PARA ENTRAR NO ESTACIONAMENTO DA CNA, VINDO A COLIDIR COM A MESMA.

"As informações contidas na narrativa do CONDUTOR são de sua inteira responsabilidade, sob pena de responder pelos crimes dos Artigos 299 (Falsidade Ideológica) e o 342 (Falso testemunho), Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade como testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial, ou em juízo arbitral do Código Penal Brasileiro".

Assinatura do Condutor/
declarante

Maria de Lourdes Ferreira



Observação do Agente de Trânsito:

Versão colhida dia 27/11/2019, na Sede do 2º DPRE.

Nome do Agente que registrou as informações

André Victor Gê do Nascimento

Posto/Graduação

SD PM

Matrícula

2019884

Viatura

Unidade

2º DPRE

Auxiliar do Setor de Tráfego do 2º DPRE.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 11782 // 00338 Nº **014526827912**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	00973229330	*****	2019

NOME
MARIA DE LOURDES FERREIRA

CPF / CNPJ
967.831.764-87

PLACA
MYW2434

PLACA ANT / UF
MYW2434/RN

CHASSI
9C2JA04208R106140

ESPECÍFICO
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NÃO APLICÁVEL

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB. ANO MOD.
2008 2008

CAP / POT / CIL.
0CV/124 CILINDRADAS

CATEGORIA
PARTICULAR

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA
R\$ 0.00

VENC. COTA ÚNICA
20/03/2019

VENC. / COTAS
1º ISENTO

FAIXA L.P.V.A.
A 002006 3X

PARCELAMENTO / COTAS
R\$ *****

2º ISENTO
3º ISENTO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** TAXAS DETRAN: PAGO COTA ÚNICA DPVAT: PAGO**

OBSERVAÇÕES
**ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 01.634.220/0001-65
BANCO HONDA S/A
MOTOR: JA04E28106140**

MOBILIDADE/RN

DATA
20/03/2019

Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - RN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº **014526827912** BILHETE DE SEGURO DPVAT

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2019	20/03/2019

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	967.831.764-87	MYW2434

RENAVAM	MARCA / MODELO
00973229330	HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB.	CAL. TARIF.	Nº CHASSI
2008	9	9C2JA04208R106140

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRA (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELA SEGURADORA (R\$)

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.609/0001-04





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **66229 /2019**

Admissão: 12/11/2019 10:44:30

016

CIRURGIA GERAL - AMARELO**Paciente: 52624 - MARIA DE LOURDES FERREIRA** (51 a 6 m 3 d)

Nascimento: 09/05/1968

Natural: PAU DOS FERROS, BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: 700009169229508

CPF: 96783176487

Prof:

Mãe: RAIMUNDA LOPES DE HOLANDA

Pai: TEODORIO FERREIRA SENA

Logradouro: ROMUALDO GALVAO, 280

CEP: 59600370

Bairro: ALTO DA CONCEICAO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.33154844

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO**Tipo:** REGULADO**Origem:** SAMU RN***Empresa:****OBS:** SAMU TRAZENDO**Classificação:**

12/11/2019 10:38:21

PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO**Queixas:** TRAUMA EM MMSS E MMII + FRATURA EXPOSTA EM MIE

Hora: _____

Ao Exame.

- CORACONTE, ORIENTADA, CIENTE.

AD - ANDOU E SEM ALTERAÇÃO

AN - SEM DOR AO EXAME

KAYRA - PACIENTE NÃO REPORTE DO ATO

PE - ENCONTRADO COM CINTA, PORÉM, O

ALICHO DO SAMU RELATOU PRESENÇA DE

FRATURA EXPOSTA

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
Correlação.			
1) RX DO PE AP/ORTHO			
2) AO ORTOPEDISTA			
1.11.19. 11.44			
Dr. Raimundo Roberto de Oliveira Cirurgião Geral e Vascular			
Fratura exposta da perna da direita			
O Codo. Exposto e ferido			
Por Bala col. Poder - Res			
Dr. C. de Oliveira			

***SAÍDA:** () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)CID 594.5 Proc. _____

Data: ____/____/19. Hr: ____:____:____

Médico: _____

*Gerado via SX por JUREIDE DE BRITO ALMEIDA. Impresso em 12 de Novembro de 2019.

(Assinar e Carimbar)

04.00.05. 047.0



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 19/07/2020 11:03:32

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071911033208800000055504467>

Número do documento: 20071911033208800000055504467

Ortopedia

① D.eto gro

② O2d L - 50mg - 04 fA + 13 (44)
100ml St95% ev

③ Chondroica 60mg + 100ml
St95% ev

④ St95% 100ml + D.eto 10
⑤ Curatma f. b. A. 4mg
⑥ O2d L - 50mg } 14-16

Dr. Leandro M. C. Freire
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 7439
TEOT 18085

ANEXO ORIGINAL LANCERES LANCERES
LANCERES LANCERES LANCERES
LANCERES LANCERES LANCERES

LANCERES LANCERES

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 19/11/2019
BIM
SAME / ARQUIVO





**SAMU
MOSSORÓ
192**

**Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192**

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 680

Mossoró, 21 de Novembro de 2019.

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **MARIA DE LOURDES FERREIRA, 51 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Colisão Moto x Carro

Data da Ocorrência: 12/11/2019

Local da ocorrência: Avenida: Diocesana, Nova Betânia em frente a Escola CNA

Viatura: **BRAVO** – Unidade de Suporte Bravo de Vida - 01

Hora do Chamado: 10h 10 min.

Procedimento no Local: Na cena, vítima foi submetida à imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes) e encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do **SAMU 192 Mossoró.**

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Maria de Lourdes Ferreira, 51 anos**, portador de **RG: 001.457.801.**

Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO
DIRETORA ADM. SAMU
MAT. 58682-1

Silvania do Monte Santiago
Matrícula 58682-1
Diretora Administrativa do SAMU/Mossoró

Dr. Dixon F. Medeiros Lima
Diretor / SAMU
Mat. 405418-2
CRM/RN 6997

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-3
Diretor Geral do SAMU/ Mossoró

SAMU – Mossoró
Rua: Seis de Janeiro, 509 – Santo Antonio – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN
Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915
e-mail: samumossoro@hotmail.com



Prontuário: 210575

Bino



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **MARIA DE LOURDES FERREIRA** (Fia: 5954/2019), CPF:96783176487.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 12 de Novembro de 2019.



Paciente ou responsável

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 19/11/2019
Bino
SAME / ARQUIVO



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	2503689
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
MARIA DE LOURDES FERREIRA (8 - 5954/2019)		210575	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - RAÇA/COR
700009169229508	09/05/1968	Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3	PARDA
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	10.1 - ETNIA	
RAIMUNDA LOPES DE HOLANDA	DDD 84 33154844		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
MARIA DE LOURDES FERREIRA	DDD 84 33154844		
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
ROMUALDO GALVAO, 280 - ALTO DA CONCEICAO			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF	19 - CEP
MOSSORO	240800	RN	59600370

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

traumatismo de 5º dedo do pé @
com ferimento corte - contuso lacrado.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Necessita tratamento cirúrgico

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

Pronóse, edema fixo e exames de imagem

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE OUTRO ARTELHO

24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.
S92.5		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS		408050470	
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
ORT	2	() CNS (X) CPF	43793789420
33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
MANOEL FERNANDES DA SILVEIRA		12/11/2019	Dr. Leonardo M. C. Freire Cirurgião de Traumatismo e Ortopedia CRM-RN 7439

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	TEOT 18095
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR		47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR
LIGINEY LINO DE OLIVEIRA			HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ 19/11/2019 BIN
48 - DOCUMENTO	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
(X) CNS () CPF	980016001835565		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	SAME / ARQUIVO	



HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 5954 /2019

Prontuário: 210575

Paciente: 52624 - MARIA DE LOURDES FERREIRA

Cartão SUS: 700009169229508

CPF: 96783176487

Dt Nasc: 09/05/1968

Idade: 51 anos 6 meses 3 dias

Sexo: F

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: RAIMUNDA LOPES DE HOLANDA

Nome do pai: TEODORIO FERREIRA SENA

Rua/Av: ROMUALDO GALVAO

Complemento:

Nº: 280

Bairro: ALTO DA CONCEICAO

CEP: 59600370

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84 33154844 84 33154844

Especialidade: CLINICA ORTOPEDICA

Unidade: OBS FEMININA

Leito: 1. 07

Responsável: MARIA DE LOURDES FERREIRA -

Usuário: KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA

Admissão: 12/11/2019 11:46:19

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S92.5 - FRATURA DE OUTRO ARTELHO
408050470 -

HISTORIA CLINICA

Paciente com Fratura / Luxação

exposta de S: PDE

Internado para tratamento cirúrgico.

Dr. Leonardo M. C. Freire
Ortopedia e Traumatologia
CRM RN 1439
TEC 1608

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 19/11/2019
BIN

SAME / ARQUIVO

MOSSORO, 12 de Novembro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 19/07/2020 11:03:32

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071911033208800000055504467>

Número do documento: 20071911033208800000055504467

Num. 57782149 - Pág. 19



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome MARIA DE LOURDES FERREIRA Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: Amputação traumática de 5º PDE.

Indicação terapêutica: Regulagem de coto + Rotação de retalho cutâneo.

INTERVENÇÃO

Início: 15:30 Fim: 16:00 Duração: 00:30 min

Operador DR. Leandro Freire

1ª Auxiliar: DR. Manoel Fernandez

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: DR. Edilson.

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa () Pot. Contaminada (X) Contaminada () Infectada

- ① Paciente em decúbito dorsal sob Raquiomediosia.
- ② Antissepsia de m.e. + aplicação de campos esteróis
- ③ Limpeza cirúrgica + esbaldamento de
- foco de Amputação traumática de 5º PDE.
- ④ Regulagem de coto de amputação
- ⑤ Rotação de retalho cutâneo.
- ⑥ Sutura + curativos.
- ⑦ A enfermeira

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 19/11/2019

SAME / ARQUIVO

Dr. Leandro M. C. Freire
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 7439
TEOT 16086





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

DÉBITO CIRÚRGICO

Nome do paciente: Mário de Sousa Figueira N° do Pront.:
Cirurgia: Amputação traumática do 5º dedo p. d. Data: 12/11/19
Cirurgião: Miguel Auxiliar: Bernardo Instrumentadora:
Anestesista: Eduilson Anestesia: Asqu
Início da Cirurgia: 15:25 Término: 15:45

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	06 unid
* GASES	01 unid
* ESPARADRAPO	
* COMPRESSAS	
* LÂMINA DE BISTURI N°	01 unid
* LUVAS	03 unid
* EQUIPO PARA SORO	
* S CALPS N°	
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	01 unid
* SERINGAS DE 05 ML	02 unid
* SERINGAS DE 10 ML	01 unid
* SERINGAS DE 20 ML	02 unid
* AGULHAS DESCARTÁVEIS	40X12
* SONDA ENDOTRAQUEAL N°	
* TRAQUEOSTOMO	
* SONDA URETRAL N°	
* SONDA FOLEY N°	
* SONDA NASOGÁSTRICA N°	
* CATETER PARA O2	
* SONDA PARA ASPIRAÇÃO N°	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENO DE PENROSE N°	
* DRENO DE TORAX N°	
* ATADURA GESSADA	
* FAIXA DE CREPOM	
* ALGODÃO ORTOPÉDICO	
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	
* MONONYLON	01 unid
* OUTROS FIOS	
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	
* USO DE OXIGÊNIO	
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCÓOLICA	
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ETER	
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%	
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	
* MANITOL	03 unid
* XILOCAINA A 2%	
* ABD	03 unid
	03 unid

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
GABE MOSSORÓ 12/11/2019

SAME / ARQUIVO



DATA: 14/11/2019

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: MARIA DE LOURDES FERREIRA 51 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 209-2
DATA DA ADMISSÃO: 12/11/2019 MOSSORÓ-RN CODIGO: 52624

DATA	EVOLUÇÃO
Nºfraturas: 01	02 DIH POR AMPUTACAO TRAUMATICA DE 5º PODODACTILO ESQUERDO - REALIZADO REGULAÇÃO DO COTO (DM? USO IRREGULAR DE METFORMINA + TRANSTORNO DEPRESSIVO) QP: RELATA DOR EM REGIAO CERVICAL EFG: BEG, COTE, AAA, NORMOCORADO E HIDRATADO. EUPNEICO ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO. BNF AR: MV+ EM AHT. SRA. ABD: ATÍPICO, FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. RHA+ PÉ DIREITO: DOR E EDEMA EM 1º QDD SITUAÇÃO: AGUARDA ANTIBIOTICOTERAPIA AGUARDO LABORATORIO DE ADMISSAO CD: SOLICITO RX CERVICAL AP E PERFIL VPM

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE, VO	
2	SF 0,9% 1500 ML EV PARA 24 HORAS	
3 D2	CLINDAMICINA 600MG + 100ML SF0,9% EV 6/6 HORAS	
4 D2	OXACILINA 500MG - 04 AMPOLAS + 100ML SF0,9% EV 6/6 HORAS	
5	DIPIRONA 1G + 8 ML ABD EV 6/6 HORAS DE HORARIO	
6	TRAMADOL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8 HORAS SE DOR REFRATARIA	
7 D2/D3	TILATIL 20MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12 HORAS	
8	OMEPRAZOL 40MG+DILUENTE, 1X/DIA PELA MANHA, EV	
9	SSVV + CCGG	

ESPANDESEMENTO DE HALUX DIREITO.
Alt = Hospitalar após 2 mobilizações
Leandro M. S. F.
topadista e traumatólogo
CRM-RN 7109
TEOT 18086

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 19/11/2019
BIN
S. M. J. ARQUIVO



02/06/2020

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



(/)



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

SINISTRO 3200072940 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA DE LOURDES FERREIRA

COBERTURA Invalidez

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

BENEFICIÁRIO MARIA DE LOURDES FERREIRA

CPF/CNPJ: 96783176487

Posição em 02-06-2020 14:48:23

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
10/03/2020	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
17/03/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/v2ta__OCppCJM5Ug8yfdFXCapi_key=KuMhXIaPPUxk5vQyyBfCaep8XLdpe0A6AtNhLXGuNg0=)



03/03/2020	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/YTAQjO5rypgZgee7a__PXqw==api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaep8XLdpe0A6AtNhLXGuNg0=)
16/02/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Rsb66nHEAUlz0fkKI9DbZA==/fapi_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaep8XLdpe0A6AtNhLXGuNg0=)



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

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-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-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)



(<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
6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró
Alameda das Carinaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

[Seguro obrigatório - DPVAT]

PROCESSO Nº 0810206-21.2020.8.20.5106

DESPACHO

Vistos etc.

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), 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/2015, 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 15 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 os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo comum 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, pelo prazo de 05(cinco) dias.

Adotadas as supraexpostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 20 de julho de 2020.

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

Juíza de Direito





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró
Alameda das Carinaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

[Seguro obrigatório - DPVAT]

PROCESSO Nº 0810206-21.2020.8.20.5106

DESPACHO

Vistos etc.

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), 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/2015, 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 15 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 os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo comum 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, pelo prazo de 05(cinco) dias.

Adotadas as supraexpostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 20 de julho de 2020.

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

Juíza de Direito

