



**Rocco M. Neto - Advocacia & Assessoria -  
Trabalhista e Previdenciário, Tributário, Cível em geral, Criminal e  
Juizados Especiais- OAB/RN 3.384**

**PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA JUDICIA"**

Outorgante: Alison Ferreira da Silva Brasileiro, Salteiro, Mosamiro  
CPF/MF 027.988.524-55, Residente e domiciliado na Rua  
do Sítio 01, Zona Rural, Macaíba, RN CEP: 59.280-000  
Outorgado ora contratado: DR ROCCO MELIANDE NETO OAB/RN 3.384-B, com escritório profissional nesta capital, sito na Rua João Pessoa, 198, sala 303, Edifício Canaçu, Cidade Alta, Natal, RN, CEP.: 59.025-500.

Contratante:

**Poderes:** Para o foro em geral, com a cláusula ad judicium - "et extra", em qualquer juízo, instância ou tribunal, podendo para tanto ajuizar as ações competentes, inclusive oferecer defesa preliminar, e defendê-lo(s) nas contrárias seguindo umas e outras, até decisão final, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes para desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer com ou sem reserva de poderes, enfim tudo mais praticar para o fiel e cabal desempenho deste mandato que lhes é conferido, inclusive para requerer a gratuidade de justiça.

**Declaração de Estado de Pobreza para fins-judiciais**

Declaro para os devidos fins de direito que desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declaro, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade de Justiça.

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DAS INFORMAÇÕES**

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS LEGAIS QUE assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e autenticidade das cópias dos Documentos que por ventura forem entregues, bem como declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 299 do Código Penal.

**CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**  
Pelo Instrumento Particular de Contrato de Honorários Advocatícios, de um lado os CONTRATADOS: DR ROCCO MELIANDE NETO OAB/RN 3.384-B, com escritório profissional nesta capital, sito na Rua João Pessoa, 198, sala 303, Edifício Canaçu, Cidade Alta, Natal, RN, CEP.: 59.025-500, de outro o CONTRATANTE: Alison Ferreira da Silva Brasileiro, Salteiro, Mosamiro  
CPF/MF 027.988.524-55, Residente e domiciliado na Rua do Sítio 01, Zona Rural, Município de Macaíba, Macaíba RN CEP: 59.280-000

Obrigam-se a cumprir o presente contrato nas seguintes cláusulas e condições:

01 - O(s) advogado(s) ora contratado(s) obriga-se pelo Instrumento Procuratório que lhe foi Outorgado a prestar seus serviços profissionais, na defesa dos Direitos de seu Constituinte.

02 - Ao(s) contratante(s) cabe(rá) o pagamento dos honorários advocatícios no valor de

1) R\$ 10.000,00 (dez mil reais) dos Honorários Sucumbenciais e Honorários  
Contratuais a ser pago em 30% (trinta por cento) sobre  
o valor da condenação ou o montante devido ao Constituinte  
em caso de condenação ou de qualquer despesa que o contratado  
stiver e for devido ao presente contrato.

2) Os honorários acima arbitrados não invalida o recebimento dos honorários sucumbenciais que se houver serão unicamente do advogado.

03 - Sem prejuízo dos honorários contratuais estabelecidos no item 02, os honorários sucumbenciais, caso houver, quais sejam, aqueles estipulados pelo juiz ao perdedor da causa in casu a parte adversa, pertencerão unicamente aos advogados contratados, conforme jurisprudência e os termos do Código Processual Civil.

04 - Deixando o contratante de pagar os honorários advocatícios à vista e ou parcelas se a prazo, poderá o contratado sem prejuízo de cobrar o presente contrato na sua totalidade renunciar a ação que porventura der entrada ou promover a defesa.

05 - O Contratante declara neste ato de que o contratado não é obrigado pelo resultado, assim como se perdedor, a decisão da viabilidade do recurso junto aos órgãos superiores dependerá não só da tese exposta pelo juiz na sentença, mas a viabilidade do direito cuja decisão de recorrer será unicamente dos advogados contratados. Diante deste fato o contratante exime os contratados de ofertar quaisquer recursos, isentando-os de quaisquer responsabilidades civis, criminais e administrativas.

Parágrafo único: Também exime os contratados de recorrer MESMO o contratante seja beneficiado pela Justiça Gratuita, eis que o mesmo contratante arcará com as

custas judiciais iniciais e recursais, bem como sucumbências se perdedor.

06 - Fica ciente de que é da responsabilidade do contratante pela produção de todas as provas em direito admitido, tais como as testemunhais, documental, enfim todas

necessárias ao êxito da causa, se responsabilizando pelo cumprimento de todos os atos processuais e comparecimento a todas as audiências designadas pelo juiz competente, inclusive INFORMAR AO CONTRATADO quaisquer mudanças de endereços e ou telefones, bem como a entrega de toda a documentação necessária e

destinado ao Poder Judiciário.

07 - As partes contratantes elegem o foro de Natal, RN, para dirimir qualquer dúvida por ventura existente durante o presente contrato, Renunciando a qualquer outro foro,

por mais privilegiado que seja.

E por estarem assim justos e contratados, assinam o presente contrato para os fins e na forma convencionada.

Natal, 21 de fevereiro, 2020

*Rocco Meliande Neto*

Rua João Pessoa, 198, sala 303, Cidade Alta, Centro, Natal/RN, telefone: (84) 99411-1088 / (84) 98889-5797  
roccomneto@hotmail.com.br





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 014401/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/05/2019 09:46 Data/Hora Fim: 17/05/2019 10:06  
Delegado de Polícia: Cidorgeton Pinheiro da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Macaíba

Data/Hora do Fato: 09/04/2019 09:30

Local do Fato

Município: Macaíba (RN)  
Logradouro: sítio lagoa do embú, próximo a lagoa do sítio 1  
Complemento: zona rural

Bairro: sítio lagoa do embú

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1474: Acidente de trânsito sem vítima - Colisão com objeto fixo	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JAILSON FERREIRA DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Vera Cruz Sexo: Masculino Nasc: 10/02/1976  
Profissão: Aposentado  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Antonia Francisca de Paiva Nome do Pai: Cicero Ferreira da Silva

Endereço

Município: Macaíba - RN  
Logradouro: sítio lagoa do sítio 1  
Complemento: zona rural  
Bairro: lagoa do sítio 1  
Telefone: (84) 98713-8641 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Macaíba - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 085.438.404-90	Placa OJX4053
Renavam 01003588759	Número do Motor JC41E1E121381
Número do Chassi 9C2JC4110ER121381	Ano/Modelo Fabricação 2014/2014
Cor PRETA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Natal	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Modelo HONDA/CG 125 FAN KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Delegado de Polícia Civil: Cidorgeton Pinheiro da Silva  
Impresso por: Alberto de Lima Sales  
Data de Impressão: 17/05/2019 10:07  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: ROCCO MELIANDE NETO - 28/02/2020 13:11:03

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022813110280400000051822045>

Número do documento: 20022813110280400000051822045

Num. 53764366 - Pág. 1



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 014401/2019

Última Atualização Denatran	25/04/2014	Situação do Veículo	ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos		
Jaílson Ferreira da Silva	Proprietário		
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão		
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade		
Situação Envolvido			
Nome Envolvido	Envolvimentos		
Desconhecido 1	Proprietário		

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu até esta delegacia de polícia para comunicar que na data e local em questão, foi vítima de um acidente de trânsito, que trafegava conduzindo uma motocicleta, quando em sentido contrário ao seu, vinha um veículo e que para não colidir com este veículo o comunicante acabou colidindo com um poste de energia elétrica, o veículo que seguia em sentido contrário ao seu, evadiu-se do local sem prestar socorro a vítima e sem ser identificado, bem como o condutor deste veículo. O comunicante foi socorrido pelo samu, sendo conduzido para o hospital deoclécio marques de lucena em parnamirim, conforme o boletim de atendimento de urgência de nº58-2019. portanto em decorrência do acidente que sofreu, registra o comunicante este boletim de ocorrência.

ASSINATURAS

Alberto de Lima Sales  
Responsável pelo Atendimento

Jailson Ferreira da Silva  
(Vítima / Comunicante)

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



Delegado de Polícia Civil: Cidorgeton Pinheiro da Silva  
Impresso por: Alberto de Lima Sales  
Data de Impressão: 17/05/2019 10:07  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: ROCCO MELIANDE NETO - 28/02/2020 13:11:03

<https://pje1g.trjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022813110280400000051822045>

Número do documento: 20022813110280400000051822045

Num. 53764366 - Pág. 2

# HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

## Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 2875 /2019

Prontuário: 1183550

Paciente: 120321 - JAILSON FERREIRA DA SILVA

Cartão SUS:

CPF: 02798852455

Dt Nasc: 10/12/1976

Idade: 42 anos 3 meses 13 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: ANTONIA FRANCISCA DE PAIVA

Nome do pai:

Rua/Av: LAGOA DO SITIO

Nº:79

Bairro: MACAIBA

Complemento:

CEP: 59280000

Cidade: MACAIBA

Telefone: 84 88161987 84 88161987

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1001

Responsável: JAILSON FERREIRA DA SILVA -

Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

Admissão: 23/03/2019 19:10:14

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S72.3 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR  
408050519 -

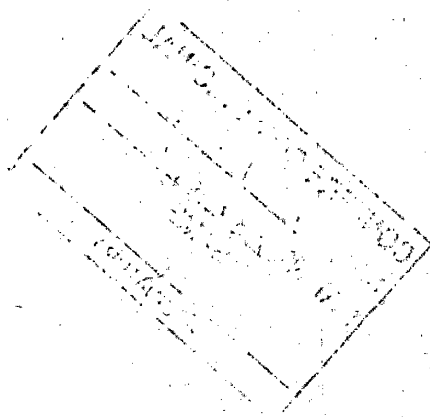
DIAGNÓSTICO FINAL:

### RESUMO DE ALTA

NATAL, 23 de Março de 2019.

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL, 16/10/2019  
MAT. 15482875  
ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





# SUS

## Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar Nº 7118 / 2019

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou:

CNES:

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **120321 JAILSON FERREIRA DA SILVA**

Prontuário:

CNS:

Nascimento: 10/12/1976 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: ANTONIA FRANCISCA DE PAIVA

Pai:

Endereço: SÍTIO LAGOA DO SÍTIO, 79 - MACAIBA - MACAIBA

Fone: 88161987 /

Município: MACAIBA

Código Municipal IBGE: 240710

UF: RN

CEP: 59280-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

### JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM TRAUMA NA COXA DIREITA HOJE  
NV NORMAL

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX

**Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:**

S72.3 FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR\*408050519. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR

Profissional Solicitante / Assistente:

MICHEL FREIRE DE ARAUJO

CRM: 4423 / RN

Data da Solicitação 23/03/2019

### PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

( ) Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: Nº do bilhete: Série:  
( ) Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.:  
( ) Acidente de Trabalho Trajeto CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.:  
Vínculo com previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

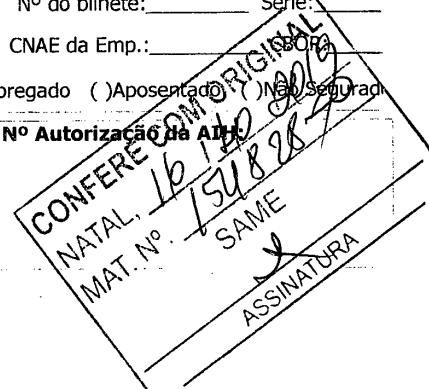
### AUTORIZAÇÃO

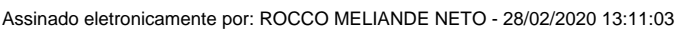
Profissional Autorizador: Órgão Emissor:

Documento: ( ) CNS ( ) CPF nº

Data da Autorização: / / Assinatura/Carimbo:

Nº Autorização da AIH:







GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarrinho

Nome:

Serviço:

TAILSON FERREIRA DA SILVA

Nº Registro:

Leito:

DATA

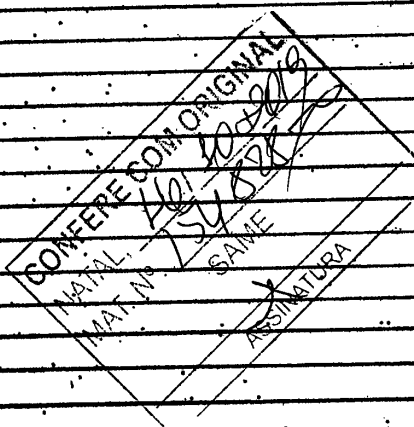
EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

08/04/19

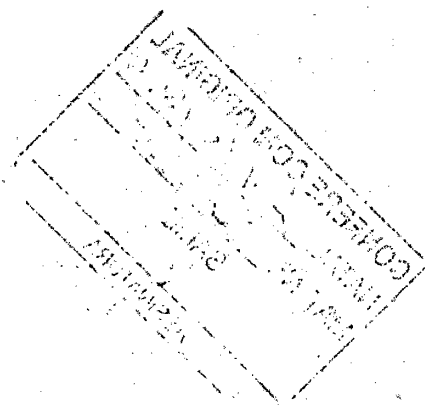
Realizado suporte psicológico ao paciente no leito operatório. Demonstrou estar animado, com humor estável e abito a possível continuidade do acompanhamento e suporte psicológico. O paciente manifestou-se acompanhado pelo filho no momento.

Tiago Melles  
Especialista em psicologia

CPQ-17/2019







**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**BOLETIM  
OPERATÓRIO****IDENTIFICAÇÃO**Nome: *João emerson dos Santos* Reg. NºDiagnóstico pré-operatório: *Ata de fêmur 912*Indicação terapêutica: *Fratura supracondilária* Urgência ( ) Eletiva ( )**INTERVENÇÃO**

Data: Início: Término: Duração:

Operador: *Carli* CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

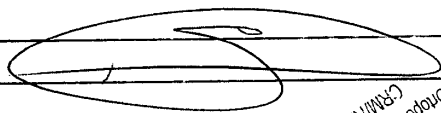
2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

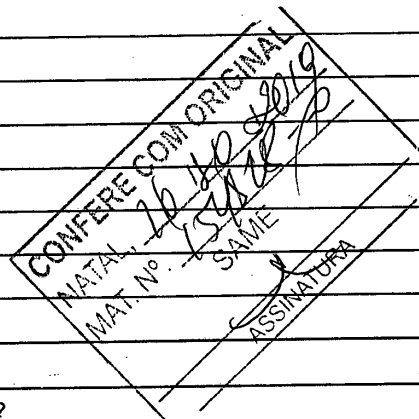
Anestesista: CRM/CRO:

**RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO**

*Fratura em clivagem distal*  
*do fêmur*  
*do lado direito*  
*do paciente*



Centro de Referência de A. P. N.  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN - 5647



Coleta de material anatomo-patológico: ( ) NÃO ( ) SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: ( ) NÃO ( ) SIM QUAL?

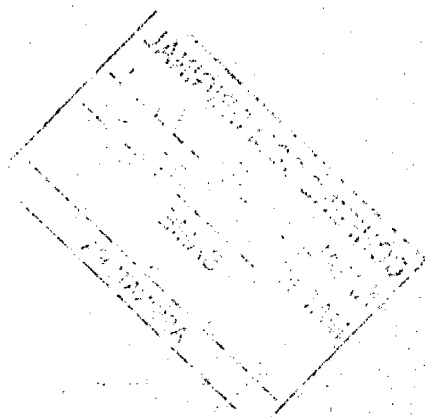
Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



Assinado eletronicamente por: ROCCO MELIANDE NETO - 28/02/2020 13:11:03

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022813110280400000051822045>

Número do documento: 20022813110280400000051822045







ALGORITMO PI SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPOSTA DA VÍTIMA. 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS) E PEÇA UM DESFIBRILADOR (DEA). 3 - ABRAJA VÍTIMA. 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR). 5 - SE APNÉIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSÃO, VALVA, MÁSCARA). 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO OU FEMURAL (BRACILHO DO PACIENTE). 7 - SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSÕES DE TORÁCICO (MANIN) (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ CHEGADA DO DEA. 8 - DEA DISPONÍVEL: ANALESE O RITMO. 9 - RITMO CHOCÁVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 360 (200 FOLHA BRANCA) E REINICIE RCP. 10 - RITMO NÃO CHOCÁVEL: REINICIE RCP. 11 - AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS. 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR. 13 - COLOQUE-A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: **ORTOPEDIA (18:40h)**

ANAMNESE: **Pt com trauma no cotovelo (D) hoje.**

EXAME FÍSICO: **W normal**

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: **Fratura humeral D.**

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*\*

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDIÇÃO PRIMÁRIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS): **Hoje**

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

# ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4 se não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem	1
Resposta verbal (MRV)	5
Orientado (Responde coerentemente e apropriadamente as perguntas sobre seu nome, idade, onde está, o porquê, a data e e.t.c.)	5
Confuso (Responde as perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (fala aleatória, mas sem troca conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Gemendo sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Resposta motora (MRM)	6
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica da dor.	4
Padrão flexor a dor (Desorientação).	3
Padrão extensor a dor (Desorientação).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13 - 15 = 4 9 - 12 = 3 6 - 8 = 2 4 - 5 = 1 3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10 - 20 = 4 >20 = 3 6 - 9 = 2 1 - 5 = 1 0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4 76-90 = 3 50-70 = 2 2-40 = 1 0 = 0

\*\*Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.I. Copes, et al: A revision of the Trauma score, J. Trauma 28(5) 624, 1989.

## CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)\*

03-08 = grave (necessidade de intervenção imediata);  
09-13 = moderado;  
14-15 = leve

\* Referência: TEASDALE G. JENNET B. Assessment of coma and impaired consciousness: A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

\*\*A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa aplica-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4



Assinado eletronicamente por: ROCCO MELIANDE NETO - 28/02/2020 13:11:03

https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022813110280400000051822045

Número do documento: 20022813110280400000051822045

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE			
EXAME FÍSICO			
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA			
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****		LABORATÓRIO	
		OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
Assinatura e Carimbo do Responsável		Assinatura e Carimbo do Responsável	
DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <i>Ortopedia</i>		DATA: / / HORA:	
SAÍDA:		DATA: / / HORA:	
Decisão Médica <input type="checkbox"/>		À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:	
ÓBITO:		DATA: / / HORA:	
Entregue à família		com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	

FIQUE ATENTO A SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS...

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTACAR

DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:		DATA: / / HORA:	
SAÍDA:		DATA: / / HORA:	
Decisão Médica <input type="checkbox"/>		À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:	
ÓBITO:		DATA: / / HORA:	
Entregue à família		com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	





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 JAILSON FERREIRA DA SILVA		6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO 483273 165283	
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 700 6059 7049 4865	8- DATA DE NASCIMENTO 10/02/1976	9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR BRANCA
11- NOME DA MAE ANTONIA FRANCISCA DE PAIVA		12- TELEFONE DE CONTATO 987138641	
13- NOME DO RESPONSÁVEL GILMAR TARGINO		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) SÍTIO LAGOS DO SÍTIO I, S/N			
16- MUNICÍPIO MACAIBA	17- BAIRRO ZONA RURAL	18- UF RN	19- CEP 59280000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente de moto e trauma no  
16 de fevereiro de 2020

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Craniotomia

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

Edema de base

23- DIAGNÓSTICO INICIAL Fract. do fêmur	24- CID 10 PRINCIPAL S62.1	25- CID 10 SECUND. S62.2	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Fract. do fêmur			28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
29- CLÍNICA Ortopedia	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO E	31- DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CRM	32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Antonio Aldezi Soares	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- ( ) AC. TRÂNSITO	39- CNPJ DA SEGURADORA	40- Nº DO BILHETE	41- SÉRIE
37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CBOR
38- ( ) AC. TRABALHO TRAJETO			

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47- COD. ORGÃO EMISSOR	52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48- DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

Hospital Deoclecio M. Lucena  
HOMEPAGE: 09/05/19  
Antonio Aldezi Soares  
Aux. em Saúde  
Mat: 155.455-7









## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA ORTOPEDIA		REGULAÇÃO WALFREDO GURGEL		OBS
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO		165283
		<del>165273</del>		
DATA	HORA	CATEGORIA	GIH	
09/04/2019	19:57			
PACIENTE			DATA DE NASCIMENTO	
JAILSON FERREIRA DA SILVA			10/02/1976	
ESTADO CIVIL		PROFISSAO		
SOLTEIRO		APOSENTADO		
ENDEREÇO (RUA, Nº)				
SITIO LAGOS DO SITIO I, S/N				
MUNICIPIO	BAIRRO	UF	CEP	
MACAIBA	ZONA RURAL	RN	59280000	
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE	
FILIAÇÃO		CICERO FERREIRA DA SILVA		
ANTONIA FRANCISCA DE PAIVA				
RESPONSÁVEL		TELEFONE		
GILMAR TARGINO		987138641		
ENDEREÇO*				
O MESMO				
DIAGNOSTICO PROVISORIO				
DIAGNOSTICO DEFINITIVO				

DATA DE ADMISSAO

ALTA

OBITO

## HISTORIA CLINICA

Acidente de moto de ± 16 de  
fe: Ex dia ferida de ferida  
de humerus e rot. pu. qd.

Hausmann Morais  
Ortopedista  
CRM 5314 - S-BOT 12213

13/4/19

20:00

De Supr.

Hosp.

Dr. Suellen Guimarães  
CRM 100935

12 ABR 2019

Hospital Deoclécio M. Lucena  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Parnamirim  
09/05/19  
Antônia Aidesita Soares  
Aux. em Saúde  
Mat: 155.455-7



Assinado eletronicamente por: ROCCO MELIANDE NETO - 28/02/2020 13:11:03  
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022813110280400000051822045  
Número do documento: 20022813110280400000051822045





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA

PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

58 Ortopedia

NOME:

Yailson Ferreira da Silva

IDADE:

10.02.1976

COR:

Parda

SEXO:

Masculino

ESTADO CIVIL:

Solteiro

NATURALIDADE:

Vila Rica - RN

PROFISSÃO:

Apresentador

PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO:

Sítio Lagoa do Sítio I

BAIRRO:

Zona Rural

CIDADE:

Macaíba - RN

DATA:

09.01.2019

HORA:

17:05 hs.

## CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐REGULAR ☐COM DISPNEIA ☐CHOCADO ☐COMATOSO ☐C/ HEMORRAGIA ☐EM CONVULSÃO ☐POLITRAUMATIZADO ☐AGITADO ☐OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐NÃO ☐

PUPILAS

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.

RESPIRAÇÃO

PULSO

T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Acidente de moto há ± 16 dias  
e TTE por fratura do fêmur (E)

EXAME FÍSICO

MC 11 anos mel. todo. em peso

CRM 5314 - S.B. 12273  
Ortopedista  
Maurício Martins

## SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Hospital Deoclécio M. Lucena  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Parnamirim 29/05/19  
Antônia Aldeia Soares  
Aux. em Saúde  
Mat: 155.455-7

## EXAMES COMPLEMENTARES

Rx Coxa (D) AP/P.  
Bacia AP

Ass. do Responsável

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

## CONDUTA

Interno

Hospital Deoclécio M. Lucena  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Parnamirim 09/05/19  
Antônia Aldezia Soares  
Aux. em Saúde  
Mat: 155.455-7

Ass. do Responsável

## DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <u>ORTOPEDIA</u>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/>
ENTREGUE À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
<p>CPM 5314 - S. BOT 12213 Hausemar Moraes MÉDICO (Carimbo)</p>		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



**SUS**Laudo de Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar  
Nº 7118 / 2019

(712)

RX NO PRONTUÁRIO

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou:

CNES:

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: 120321 JAILSON FERREIRA DA SILVA

Prontuário:

CNS: 898005907840805 Nascimento: 10/12/1976 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: ANTONIA FRANCISCA DE PAIVA

Pai:

Endereço: SÍTIO LAGOA DO SÍTIO, 79 - MACAIBA - MACAIBA

Fone: 88161987 /

Município: MACAIBA

Código Municipal IBGE: 240710

UF: RN

CEP: 59280-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEdia

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO****PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:**PACIENTE COM TRAUMA NA COXA DIREITA HOJE  
NV NORMAL**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:**

TRATAMENTO CIRÚRGICO

**RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:**

RX

**Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:**

S77.2 FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR\*408050519. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR

Profissional Solicitante / Assistente:

MICHEL FREIRE DE ARAUJO

CRM: 4423 / RN

Data da Solicitação 23/03/2019

**PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

( ) Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: Nº do bilhete: Série:

( ) Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:

( ) Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

**AUTORIZAÇÃO**

Nº Autorização da AIH:

Profissional Autorizador: Órgão Emissor:

Documento: ( ) CNS ( ) CPF nº

Data da Autorização: Assinatura/Carimbo:

Hospital Declécio M. Lucena  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Pamamirim  
09/03/19  
Antônia Alcega Soares  
Aux. em Saúde  
Mat: 155.455-7

Assinado eletronicamente por: ROCCO MELIANDE NETO - 28/02/2020 13:11:03  
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022813110280400000051822045  
Número do documento: 20022813110280400000051822045





## GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

LAUDO PARA  
SOLICITAÇÃO DE AIH

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
2 - CNES  
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE  
4 - CNES

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: *Felipe Fomom dos Santos*  
6 - Nº DO PROTOCOLO  
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS  
8 - DATA DE NASCIMENTO  
9 - SEXO: MASCULINO 1 FEMININO 2  
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL  
11 - TELEFONE DE CONTATO  
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)  
13 - MUNICÍPIO  
14 - BAIRRO  
15 - UF  
16 - CEP

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: *Felipe do Fomom DIZ*  
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: *fractura de fêmur*  
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS): *AC + RX*  
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: *Felipe do Fomom*  
21 - CID INICIAL: *S72.1*  
22 - CID SECUNDÁRIO  
23 - LAUDOS ASSOCIADOS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: *Felipe do Fomom*  
25 - CUSTO DO PROCEDIMENTO  
26 - LEITO / CLÍNICA  
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
29 - DT SOLICITAÇÃO  
30 - CNS / CPF  
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO  
33 - CNPJ DA SEGURADORA  
34 - Nº DO BILHETE  
35 - BÔNUS  
36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO  
37 - CNPJ  
38 -  
39 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO  
40 -  
41 - CID PRINCIPAL  
42 - CID SECUNDÁRIO  
43 - ( )  
44 - ( ) GRAVE  
45 - ( ) GRAVÍSSIMA

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO  
47 - DT AUTORIZ.  
48 - CNS / CPF  
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)  
50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO  
51 - DT AUTORIZ.  
52  
53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)  
54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a luz dos valores éticos e humanitários.

010.019.106.0



Assinado eletronicamente por: ROCCO MELIANDE NETO - 28/02/2020 13:11:03

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022813110280400000051822045>

Número do documento: 20022813110280400000051822045

Num. 53764366 - Pág. 23





GOVERNO DO ESTADO DO RN - SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
UNIDADE DE GERENCIAMENTO DE VAGAS - UG

## ENCAMINHAMENTO

SENHA:

PACIENTE:

Jailson Ferreira da Silva

DIAGNÓSTICO

Femur

SETOR DE ORIGEM

HV06

AUDITOR AUTORIZADOR

DESTINO

HDM

DATA

09/04/19

RECEPÇÃO PELO HOSPITAL

☐

ACEITA

☐

RECUSADA

MOTIVO

Assinatura Responsável

Hospital Declécio M. Lucena  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Pamamirim 09/04/19  
Antônia Almeida Soares  
Aux. em Saúde  
Mat: 155.455-7





Nome do paciente		Nº prontuário	
AILSON FERREIRA DA SILVA			
Data operação	Enf.	Leito	
11.04.19			
Operador	1º auxiliar	Instrumentador	
ROCCO NETO	CARLOS MAGNO	AUGUSTO	
2º auxiliar	3º auxiliar		
SERGIO			
Anestesiata	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório			
FRATURA DE FÊMUR DIREITO			
Tipo de operação			
TTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO INTERNA			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

#### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

PACIENTE SOB ANESTESIA ASSÉPSIA CAMPOS, INCISÃO LATERAL, DISSECAÇÃO LIM-PEÇA DOS FRAGMENTOS, KENDALL, PLACA DCP COM 10 FIOS, OS PARALUSOS CORTICAIS. LIGAMEN COM 5.7 0.9, SUTURADO POR FLA-MOS, CURATIVO

Dr. Carlos Magno A. do Carmo  
Ortopedista - Traumatologia  
Pneum. em Traumatologia  
CRM 2108 - TEOT 5981  
CPF: 188.304.804-44

1) CIRURGIAS MÚLTIPLAS

0415010012)

1) POLITRAUMATIZADO

0415030013)

1) PROC. CLÍNICO

1) PROC. CIRÚRGICO

0401050059

CBO. 225225

CBO. 225270

DIAS

CID

Hospital Deoclecio M. Lucena  
CONFERE COM O ORIGINAL  
09.05.19  
Antônia Aldeida Soares  
Aux. em Saúde  
Mat. 155.455-7

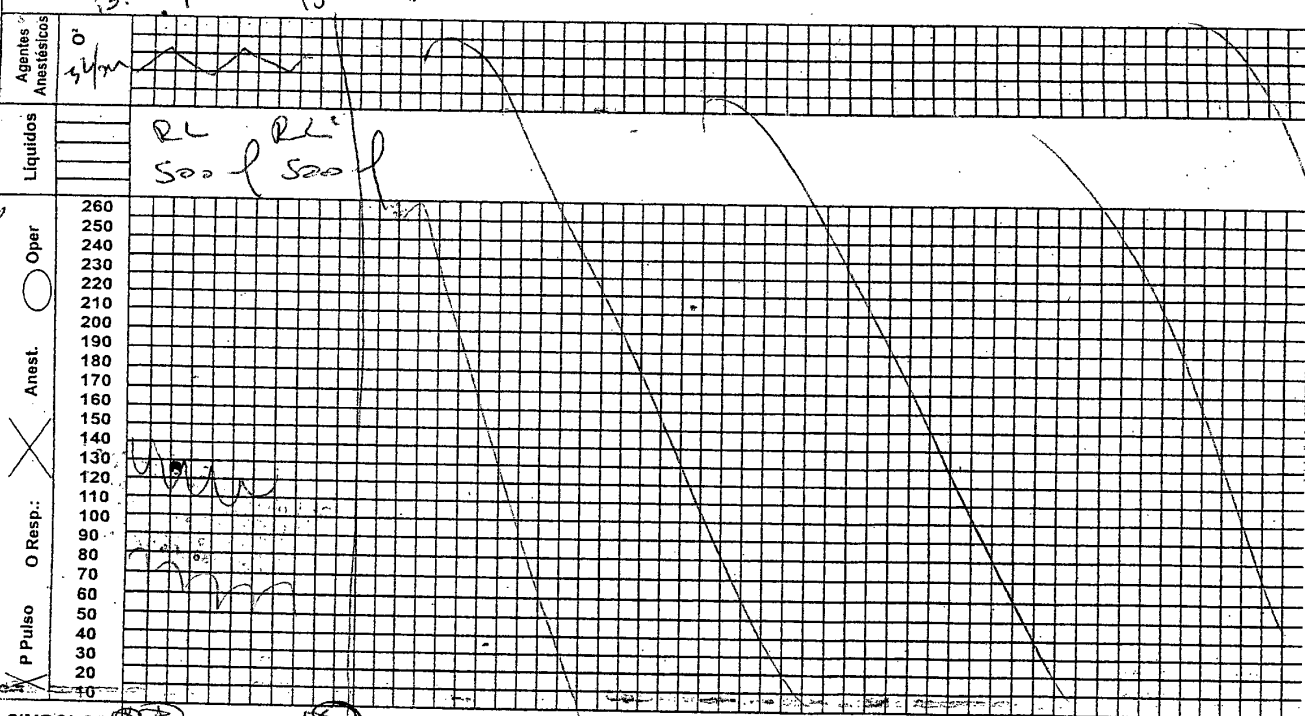


Alérgico à dipirona

Hospital Deoclécio M. Lucena  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Pamarrim 09/05/19  
Antônia Aldezia Soares  
Aux. em Saúde  
Mat: 155.455-7

## Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Nome			Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
HOML		Jailson Ferreira da Silva						
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Idade	Sexo	Cor
11/04/19					70 kg	43	M	
Tipo sanguíneo	Hematias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia	Outros		
	Urina							
Ap. respiratório					Asma		Bronquite	
Ap. circulatório					Eletrocardiograma			
Ap. digestivo			Dentes	Pescoço	Ap. urinário			
Estado mental			Atarácicos	Corticoides	Alergia		Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico		Risco	
Anestésias anteriores								
Medicação pré-anestésica					Aplicada às		Efeito	
13:42 14:02 15:02								



**SÍMBOLOS** (X) (O) (D)

**ANOTAÇÕES** Monitorização + pesos de Venclaval MSD. Dra. Quimioterapia. Paciente Ventoso, assepsia + oxitosses, punção de espaço subcutâneo em TC L2-L3, guila de Quicke 266. Salas de hipotermia com infusão de 10% de bupivacaína hipertônica + 60 mg de morfina.

**POSICÃO** Supino, cabeça 40°, membros 50°

**Agentes** Propofol 40 mg, Fentanil 50 mcg, Atorazina 10 mg, Ondansetron 4 mg

**Técnica**

**Operação** Ito crânio com fixação interna.

**Cirurgiões** Dr. Pedro Melo / Dr. Carlos Magno

**Anestésistas** Dr. Sérgio Bezerra  
Dr. Sérgio Bezerra  
Médico Anestesiologista/COR  
CRM/RN 7208

unidade anestésica comunitária em todos os estágios de anestesia, set





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

Hospital Deoclécio M. Lucena  
CONFIRME COM O ORIGINAL  
09/05/19  
Antônia Menezes Soares  
Aux. em Saúde  
Mat: 155.455-7

**ALÉRGICO A DIPIRONA**  
**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

Nome: Julson Fenelon da Silva Idade: 43 D/N: 1  
Pront.: 165273 Município: Moacaba Procedência: (X) Interno ( ) Externo  
Data da cirurgia: 11/04/19 Hora Admissão: Bloco: 13 Sala: 14 Hora Saída: 14 Peso: 70  
Alergias: ( ) Não (X) Sim Dipirona Comorbidades: ( ) HAS ( ) DM ( ) Outras neg  
Uso de medicações: (X) Não ( ) Sim Jejum: ( ) Não (X) Sim  
SSW Admissão: PA: 100x85 mmHg Pulso: 90 bpm FL: 65 rpm FC: 64 bpm SpO<sub>2</sub>: 98 % T: 36,4 °C

Enfermeiro(a): Tatiana Instrumentador (a): Augusto Circulante: Fabio

Cirurgia: TTT cir de # de Fator (D) Especialidade: Otorrinolaringologia Sala: 01  
Hora Início: 14:00 Hora Término: 15:40 Tipo de cirurgia: (X) Eletiva ( ) Urgência ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada  
1º Cirurgião: Dr. Pedro Melo Aux.: Dr. Carlos Magno Residente: Dr. Sergio

Anestesia: ( ) Local ( ) Sedação ( ) Geral TOT: 13:40 ( ) Bloqueio (X) Raquidiana Ag. nº 26 ( ) Peridural ( ) c/cateter ( ) s/cateter  
Ag. nº 13 Cateter nº: 40 Início: 13:40 Garrote: ( ) Smarch ( ) Pneumático Início: 13:40 Término: 15:40  
Anestesiologista: Dr. Sergio

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<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"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Diprifusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/> T/ dificuldade	<input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input type="checkbox"/> Cistostomia	
<input checked="" type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Dreno:	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input checked="" 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 type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Melo	Fim	Unid.
FC	<u>91</u>	<u>70</u>	<u>65</u>	Bpm
Pulso	<u>90</u>	<u>63</u>	<u>64</u>	Bpm
Oximetria	<u>94</u>	<u>98</u>	<u>98</u>	%
Capnografia	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	%
PA	<u>100x85</u>	<u>80x64</u>	<u>80x70</u>	mmHg

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input type="checkbox"/> Cabeça	<input type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Fletidos
<input type="checkbox"/> Litotômica	<input type="checkbox"/> Lombar	<b>MMH</b>
<input type="checkbox"/> Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Canivete		<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive		<input type="checkbox"/> Fletidos

ACESSO VENOSO
<input type="checkbox"/> Punção Arterial
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Central
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa
Local: <u>—</u>
Cateter: <u>—</u>

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
<input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não <input checked="" type="checkbox"/> Metal ( ) Descartável		
Local: OMOPLATA (D)		
DEGERMAÇÃO		TRICOTOMIA
<input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não		( ) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Local: M E D	Solução: clorexidina	Local:

SONDAGEM GÁSTRICA
<input type="checkbox"/> SNG nº <u>—</u>
Retorno: <u>—</u>
<b>CATETERISMO VESICAL</b>
<input type="checkbox"/> SVF nº <u>—</u> <input type="checkbox"/> SVA nº <u>—</u>
Diurese: <u>—</u>
Profissional responsável: <u>—</u>

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos: <u>—</u>
Tela: <u>—</u>
Cateter: <u>—</u>
Ostomia: <u>—</u>
Fio de KC: <u>—</u> Parafuso - tipo: <u>—</u>
Placa - Tipo: <u>—</u>
Outros: <u>—</u>

EXAMES SOLICITADOS	
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input type="checkbox"/> Glicosimetria:
<input type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>B25 + perf + 4,5</u> Quant. Material: <u>100</u>
Val.: <u>33/07/19</u> Contagem de gaze e compressa: ( ) Não ( ) Sim





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

( ) Hemoconcentrado \_\_\_\_\_ Unid. ( ) Plasma \_\_\_\_\_ Unid. ( ) Plaquetas \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Albumina \_\_\_\_\_ Unid. ( ) Expansor plasmático \_\_\_\_\_ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

VER BOLETIM h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_  
ANESTESIOLOGISTA h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_

HIDRATAÇÃO VENOSA

( ) Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml ( ) Soro Ringer Simples: \_\_\_\_\_ ml Quantidade total de volume administrado: \_\_\_\_\_  
( ) Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml ( ) Soro Ringer Lactato: \_\_\_\_\_ ml

ANATOMO PATOLÓGICO

( ) Não ( ) Sim Peça: \_\_\_\_\_ Peça para sepultamento: ( ) Não ( ) Sim  
Swab para cultura: \_\_\_\_\_ Líquido: \_\_\_\_\_

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: ( ) limpo ( ) cl exsudato ( ) Contaminada ( ) Aparelho gessado ( ) Bandagens ( ) Talas ( ) Outros:

INTERCORRÊNCIAS: Não houve intercorrências, paciente segue em POI aos cuidados da equipe na SERRA

Felipe Eduardo Pinto Lima  
COREN-RN 133383-TE

Ass: \_\_\_\_\_ Coren: 133383

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: ( ) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Narcose ( ) Coma ( ) Vigil ( ) Agitado  
Respiratório: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) O<sub>2</sub> ambiente Curativo. ( ) Oclusivo ( ) Compressivo ( ) Bolsa de colostomia ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
Diurese: ( ) Espontânea ( ) Normal ( ) Hematúria ( ) Irrigação Vesical ( ) Oligúrico Destino após a cirurgia: SERRA

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

Hora: 15:37 Data: 11/04/19 Nível de consciência: ( ) Acordado ( ) Sonolento ( ) Narcose ( ) Orientado  
( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choro Vias aéreas: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) cânula de Guedel ( ) Cateter O<sub>2</sub> ( ) O<sub>2</sub> Ambier  
Mobilização MMII: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade Mobilização MMSS: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade  
Venoclise: ( ) Não ( ) Sim Tipo: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral ( ) Vesical  
Drenos: ( ) Sucção ( ) Torácico ( ) Penrose ( ) Kherr Ostomias: ( ) Sim ( ) Não Especifique: \_\_\_\_\_  
Irrigação vesical contínua: ( ) Retorno satisfatório ( ) Retorno Insuficiente ( ) Coágulos  
Curativo: ( ) Oclusivo ( ) Descoberto ( ) Limpo ( ) Sujo Monitorização: ( ) ECG ( ) Oxímetro ( ) PA

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

Relate:

SINAIS VITAIS

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão		68		68	98	
30'		83			99	
60'		81			98	
Alta		84			98	

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: \_\_\_\_\_ ml  
Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml  
Ringer: 1500 ml  
Irrigação vesical contínua: \_\_\_\_\_ ml

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno de Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

Paciente em POI de retorno de Jansen, curativo, orientado, pulso 136 bpm, saturação a 98% O<sub>2</sub>

Ass: \_\_\_\_\_ Coren: RN



FREEDRICKS, RALPH. 19. 1910-1911

CRISTOFEDIA I

MACA I

PACIENTE: JAILSON FERREIRA DA SILVA

DATA: 13.04.19

[illegible]

EVOLUÇÃO=

2<sup>o</sup> DPO.  
Pte Buu;  
Alta Hosp

Dr. E. C. ...  
12 ABR. 2013

Hospital Declecio M. Lucena  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Parnamirim  
05/02/16  
Ass: [Signature]  
Lizita

Antonia Aldeizita Soares  
Aux. em Saúde  
Mat: 155.455-7





Assinado eletronicamente por: ROCCO MELIANDE NETO - 28/02/2020 13:11:03

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022813110280400000051822045>

Número do documento: 20022813110280400000051822045



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
25ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL

Rua Dr. Lauro Pinto, 315, Fórum Seabra Fagundes, 7º And., Lagoa Nova, NATAL - RN - CEP: 59064-250, Telefone: (84) 36169695

---

PROCESSO N. 0807179-54.2020.8.20.5001

AÇÃO DEPROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: JAILSON FERREIRA DA SILVA

RÉU: MAPFRE SEGUROS

**DESPACHO**

Em sendo o autor analfabeto, a procuração dever ser subscrita a rogo por duas testemunhas.

Embora a inicial referencie a juntada do prévio requerimento administrativo, tal documento se encontra ausente.

Intime-se o causídico para, em 15 dias, regularizar a representação processual de seu constituinte e anexar a prova do prévio requerimento administrativo, sob pena de extinção sem resolução do mérito.

P. I.

NATAL/RN, 2 de março de 2020

EUSTAQUIO JOSE FREIRE DE FARIAS  
Juiz de Direito em Substituição Legal

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)







PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
25ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL

Rua Dr. Lauro Pinto, 315, Fórum Seabra Fagundes, 7º And., Lagoa Nova, NATAL - RN - CEP: 59064-250, Telefone: (84) 36169695

---

PROCESSO N. 0807179-54.2020.8.20.5001

AÇÃO DEPROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: JAILSON FERREIRA DA SILVA

RÉU: MAPFRE SEGUROS

**DESPACHO**

Em sendo o autor analfabeto, a procuração dever ser subscrita a rogo por duas testemunhas.

Embora a inicial referencie a juntada do prévio requerimento administrativo, tal documento se encontra ausente.

Intime-se o causídico para, em 15 dias, regularizar a representação processual de seu constituinte e anexar a prova do prévio requerimento administrativo, sob pena de extinção sem resolução do mérito.

P. I.

NATAL/RN, 2 de março de 2020

EUSTAQUIO JOSE FREIRE DE FARIAS  
Juiz de Direito em Substituição Legal

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)



MM JUIZ DA 25ª VARA CÍVEL

DR ROCCO M NETO REPRESENTANDO O SR JAILSON  
FERREIRA DA SILVA, vem expor para ao final requerer o seguinte:

EM PRIMEIRO LUGAR, O AUTOR REQUER A INTEGRALIDADE  
DO SEGURO DPVAT OBRIGATÓRIO EIS QUE SEU PEDIDO FOI NEGADO  
ADMINISTRATIVAMENTE E SENDO ASSIM FOI OBRIGADO A BUSCAR A  
SEARA JUDICIAL.

Este respeitável Juízo determinou no id 54849473, as seguintes  
diligências:

Em sendo o autor analfabeto, a juntada de procuração dever  
subscreta a rogo por duas testemunhas;

a juntada do prévio requerimento administrativo;



POIS BEM EXCELÊNCIA FAZ-SE NECESSÁRIO EMENDAR A PETIÇÃO INICIAL EIS QUE O AUTOR OBTVEU RESPOSTA EM SEU PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 3190694323, RECEBENDO O VALOR EM 05 DE MAIO DE 2020, DE R\$ 2362,50.

DITO ISTO, REQUER O SEGUINTE:

**1) QUE SE PROCEDA A EMENDA DA PETIÇÃO INICIAL COM OS SEGUINTE FATOS:**

### **1 – DOS FATOS**

Consoante comprova a inclusa documentação, no dia 09/04/2019, às 09:30 horas, o Autor foi vítima de acidente automobilístico, e em virtude do **POLITRAUMATISMO SOFRIDO** e da gravidade dos ferimentos em seus **Membros Inferior**, quais sejam: **intervenção cirúrgica fêmur direito**, sofreu incapacidade e debilidade permanente, conforme prontuário de internação do Hospital **WALFREDO GURGEL**

### **2- DO PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO**

O Autor postulou administrativamente sob o nº 3190694323, o pagamento do Seguro DPVAT e recebeu a quantia de **R\$ 2362,50, POREM RECEBEU UM VALOR INFERIOR PORQUE OCORREU intervenção cirúrgica no membro inferior – COM ENCURTAMENTO DE APROXIMADAMENTE 1,0 CM** como mostra comprovante do sinistro **3190694323** em anexo:



## SINISTRO 3190694323 - Resultado de consulta por beneficiário

---

**VÍTIMA** JAILSON FERREIRA DA SILVA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**  
SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

**BENEFICIÁRIO** JAILSON FERREIRA DA SILVA

**CPF/CNPJ:** 02798852455

**Posição em 15-05-2020 15:46:12**

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

05/05/2020	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

No entanto, o Demandante vem perante o poder judiciário pleitear uma segunda avaliação médica tendo em vista que o valor recebido na via administrativa a título de indenização não reflete a gravidade das lesões por ele sofridas.



2) RATIFICA OS DEMAIS TERMOS DA PETIÇÃO INICIAL;

3) A JUNTADA DA PROCURAÇÃO DEVIDAMENTE ASSINADO A ROGO E COM DUAS TESTEMUNHAS, BEM COMO O REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO COM AS RESPECTIVAS PENDÊNCIAS E O RECEBIMENTO DO VALOR DE R\$ 2362,50. PORTANTO A CAUSA DE PEDIR CONSISTE EM BUSCAR DO JUDICIÁRIO A DIFERENÇA DO SEGURO DPVAT A QUE O AUTOR FAZ JUS E A SER DETERMINADO PELA PERÍCIA DESTE JUÍZO.

4) SEJA DADO PROSSEGUIMENTO AO PRESENTE FEITO, PARA DESIGNAR PERÍCIA MÉDICA COM OS QUESITOS DEVIDAMENTE APRESENTADOS NA PETIÇÃO INICIAL.

TERMOS EM QUE, ESPERA DEFERIMENTO.

NATAL, RN. 15 DE MAIO DE 2020.

DR ROCCO MELIANDE NETO

OAB RN 3.384-B



MM JUIZ DA 25ª VARA CÍVEL

DR ROCCO M NETO REPRESENTANDO O SR JAILSON  
FERREIRA DA SILVA, vem expor para ao final requerer o seguinte:

EM PRIMEIRO LUGAR, O AUTOR REQUER A  
INTEGRALIDADE DO SEGURO DPVAT OBRIGATÓRIO EIS QUE SEU  
PEDIDO FOI NEGADO ADMINISTRATIVAMENTE E SENDO ASSIM FOI  
OBRIGADO A BUSCAR A SEARA JUDICIAL.

Este respeitável Juízo determinou no id 54849473, as  
seguintes diligências:

Em sendo o autor analfabeto, a juntada de procuração dever  
subscrita a rogo por duas testemunhas;

a juntada do prévio requerimento administrativo;

POIS BEM EXCELÊNCIA FAZ-SE NECESSÁRIO EMENDAR A  
PETIÇÃO INICIAL EIS QUE O AUTOR OBTVEU RESPOSTA EM SEU



PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 3190694323, RECEBENDO O VALOR EM 05 DE MAIO DE 2020, DE R\$ 2362,50.

DITO ISTO, REQUER O SEGUINTE:

1) QUE SE PROCEDA A EMENDA DA PETIÇÃO INICIAL COM OS SEGUINTE FATOS:

### 1 – DOS FATOS

Consoante comprova a inclusa documentação, no dia 09/04/2019, às 09:30 horas, o Autor foi vítima de acidente automobilístico, e em virtude do POLITRAUMATISMO SOFRIDO e da gravidade dos ferimentos em seus Membros Inferior, quais sejam: intervenção cirúrgica fêmur direito, sofreu incapacidade e debilidade permanente, conforme prontuário de internação do Hospital WALFREDO GURGEL

### 2- DO PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

O Autor postulou administrativamente sob o nº 3190694323, o pagamento do Seguro DPVAT e recebeu a quantia de R\$ 2362,50, POREM RECEBEU UM VALOR INFERIOR PORQUE OCORREU intervenção cirúrgica no membro inferior – COM ENCURTAMENTO DE APROXIMADAMENTE 1,0 CM como mostra comprovante do sinistro 3190694323 em anexo:



## SINISTRO 3190694323 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JAILSON FERREIRA DA SILVA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE**

**INDENIZAÇÃO** SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

**BENEFICIÁRIO** JAILSON FERREIRA DA SILVA

**CPF/CNPJ:** 02798852455

**Posição em 15-05-2020 15:46:12**

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
05/05/2020	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

No entanto, o Demandante vem perante o poder judiciário pleitear uma segunda avaliação médica tendo em vista que o valor recebido na via administrativa a título de indenização não reflete a gravidade das lesões por ele sofridas.

2) RATIFICA OS DEMAIS TERMOS DA PETIÇÃO INICIAL;

3) A JUNTADA DA PROCURAÇÃO DEVIDAMENTE ASSINADO A ROGO E COM DUAS TESTEMUNHAS, BEM COMO O REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO COM AS RESPECTIVAS PENDÊNCIAS E O RECEBIMENTO DO VALOR DE R\$ 2362,50.





PORTANTO A CAUSA DE PEDIR CONSISTE EM BUSCAR DO JUDICIÁRIO A DIFERENÇA DO SEGURO DPVAT A QUE O AUTOR FAZ JUS E A SER DETERMINADO PELA PERÍCIA DESTE JUÍZO.

4) SEJA DADO PROSSEGUIMENTO AO PRESENTE FEITO, PARA DESIGNAR PERÍCIA MÉDICA COM OS QUESITOS DEVIDAMENTE APRESENTADOS NA PETIÇÃO INICIAL.

TERMOS EM QUE, ESPERA DEFERIMENTO.

NATAL, RN. 15 DE MAIO DE 2020.

DR ROCCO MELIANDE NETO

OAB RN 3.384-B





**Rocco M. Neto - Advocacia & Assessoria -**  
**Trabalhista e Previdenciário, Tributário, Cível em geral, Criminal e**  
**Juizados Especiais- OAB/RN 3.384**

**PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA JUDICIA"**

Outorgante, Jailson Ferreira da Silva Brasileiro, Salteiro, Maceió CPF/MF 027.988.524-55 RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA DO SÍTIO 01, ZONA RURAL, MACAIBA, PERNAMBUCO, CEP: 59.280-000 Contratante:  
Outorgado ora contratado: DR ROCCO MELIANDE NETO OAB/RN 3.384-B, com escritório profissional nesta capital, sito na Rua João Pessoa, 198, sala 303, Edifício Canaçu, Cidade Alta, Natal, RN, CEP.: 59.025-500.

**Poderes:** Para o foro em geral, com a cláusula ad judicium - "et extra", em qualquer juízo, instância ou tribunal, podendo para tanto ajuizar as ações competentes, inclusive oferecer defesa preliminar, e defendê-lo(s) nas contrárias seguindo umas e outras, até decisão final, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes para desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda subestabelecer com ou sem reserva de poderes, enfim tudo mais praticar para o fiel e cabal desempenho deste mandato que lhes é conferido, inclusive para requerer a gratuidade de justiça.

**Declaração de Estado de Pobreza para fins-judiciais**

Declaro para os devidos fins de direito que desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declaro, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade de Justiça.

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DAS INFORMAÇÕES**

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS LEGAIS QUE assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e autenticidade das cópias dos Documentos que por ventura forem entregues, bem como declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 299 do Código Penal.

**CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

Pelo Instrumento Particular de Contrato de Honorários Advocatícios, de um lado os CONTRATADOS: DR ROCCO MELIANDE NETO OAB/RN 3.384-B, com escritório profissional nesta capital, sito na Rua João Pessoa, 198, sala 303, Edifício Canaçu, Cidade Alta, Natal, RN, CEP.: 59.025-500, de outro o CONTRATANTE: Jailson Ferreira da Silva Brasileiro, Salteiro, Maceió CPF/MF 027.988.524-55 RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA DO SÍTIO 01, ZONA RURAL, MUNICÍPIO DE MACAIBA, MACEIÓ, PERNAMBUCO, CEP: 59.280-000

Obrigam-se a cumprir o presente contrato nas seguintes cláusulas e condições:

01 - O(s) advogados ora contratado(s) obriga-se pelo Instrumento Procuratório que lhe foi Outorgado a prestar seus serviços profissionais, na defesa dos Direitos de seu Constituinte.

02 - Ao(s) contratante(s) cabe(rá) o pagamento dos honorários advocatícios no valor de \_\_\_\_\_, da seguinte forma:

1) 10% (dez por cento) dos honorários sucumbenciais e honorários advocatícios ora contratado e de 30% (trinta por cento) sobre toda e qualquer condenação em honorários devida ao contratado, a ser cobrada todas as vezes que houver despesas que o contratado tiver e for devido deste contrato.

2) Os honorários acima arbitrados não invalida o recebimento dos honorários sucumbenciais que se houver serão unicamente do advogado.

03 - Sem prejuízo dos honorários contratuais estabelecidos no item 02, as honorárias sucumbências, caso houver, quais sejam, aqueles estipulados pelo juízo ao perdedor da causa *in casu* a parte adversa, pertencerão unicamente aos advogados contratados, conforme jurisprudência e os termos do Código Processual Civil.

04 - Deixando o contratante de pagar os honorários advocatícios à vista e ou parcelas se a prazo, poderá o contratado sem prejuízo de cobrar o presente contrato na sua totalidade renunciar a ação que porventura der entrada ou promover a defesa.

05 - O Contratante declara neste ato de que o contratado não é obrigado pelo resultado, assim como se perdedor, a decisão da viabilidade do recurso junto aos órgãos superiores dependerá não só da tese exposta pelo juiz na sentença, mas a viabilidade do direito cuja decisão de recorrer será unicamente dos advogados contratados. Diante deste fato o contratante exime os contratados de ofertar quaisquer recursos, isentando-os de quaisquer responsabilidades civis, criminais e administrativas. Parágrafo único: Também exime os contratados de recorrer MESMO o contratante seja beneficiado pela Justiça Gratuita, eis que o mesmo contratante arcará com as custas judiciais iniciais e recursais, bem como sucumbências se perdedor.

06 - Fica ciente de que é da responsabilidade do contratante pela produção de todas as provas em direito admitido, tais como as testemunhas, documental, enfim todas necessárias ao êxito da causa, se responsabilizando pelo cumprimento de todos os atos processuais e comparecimento a todas as audiências designadas pelo juiz competente, inclusive INFORMAR AO CONTRATADO quaisquer mudanças de endereços e ou telefones, bem como a entrega de toda a documentação necessária e destinado ao Poder Judiciário.

07 - As partes contratantes elegem o foro de Natal, RN, para dirimir qualquer dúvida por ventura existente durante o presente contrato, Renunciante a qualquer outro foro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem assim justos e contratados, assinam o presente contrato para os fins e na forma conveniada.

Natal, 21 de fevereiro de 2020

Rua João Pessoa, 198, sala 303, Cidade Alta, Centro, Natal/RN, telefone: (84) 99411-1088 / (84) 98889-5797

roccomneto@hotmail.com.br

AROGO

JAILSON FERREIRA DA SILVA

Barla Cristiane Ferreira do Nascimento

Sobrinha Jailson Ferreira (010 6158 64-30)

1) Jami Leide Aparecida Lopes  
CPF: 0165628417

2) Maria de Jesus  
da Silva (CPF 051.417.224)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3190694323 3 - CPF da vítima: 027988524-55 4 - Nome completo da vítima: JAILSON FERREIRA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: JAILSON FERREIRA DA SILVA 6 - CPF: 02798852455  
7 - Profissão: APOSENTADO 8 - Endereço: PO LAGOA DO SÍTIO 1 9 - Número: 920 10 - Complemento:  
11 - Bairro: 12 - Cidade: MACAIBA 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59280-000  
15 - E-mail: NAO TEM 16 - Tel. (DDD): 84 988895797

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal:  
19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

DADOS BANCÁRIOS BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0758 CONTA: 00003135  
CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.  
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: ROCCO MELIANDE NETO 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 912337807-78 37 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: 38 - 1ª Nome: CARLA CRISTIANE FERREIRA DA SILVA CPF: 040615864-30 39 - 2ª Nome: NIVALCENIA DE SOUZA BUSTO MELO CPF: 849461567-04

40 - Local e Data, 28 DE Janeiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)





## INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS		
01 a 16	Registro de informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL		
17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

### OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS		
20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

### OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE		
22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente. Assinalar a opção que melhor justifique a ausência de apresentação de Laudo do Instituto Médico Legal (IML).

MORTE		
23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.

NÃO ALFABETIZADO		
34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a rogo/a pedido.
36	CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a rogo/a pedido.
37	Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

### OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu rogo/a pedido, na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura do Pedido do Seguro DPVAT.

TESTEMUNHAS		
38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

### OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível para a cobertura de morte e para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURA DO FORMULÁRIO		
40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189  
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
Ouvidoria: 0800 021 91 35



Assinado eletronicamente por: ROCCO MELIANDE NETO - 15/05/2020 15:54:19

<https://pje1g.trj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051515541883600000053732917>

Número do documento: 20051515541883600000053732917





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190694323

Vítima: JAILSON FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 09/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JAILSON FERREIRA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, com preenchimento completo e sem rasuras, com assinatura a rogo de pessoa indicada pela vítima/beneficiário não alfabetizado e de 02 (duas) testemunhas, com a impressão digital do não alfabetizado, pois o entregue não atende a essas orientações. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 0035/00352 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 1525833



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190694323

Vítima: JAILSON FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 09/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAILSON FERREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15257926





Entre em contato conosco  
**SAC DPVAT 0800 022 12 04**  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

**DEVOLUÇÃO**

Seguradora Líder - DPVAT

CAIXA POSTAL 40.970  
CEP: 20.270-971  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

**Para uso dos correios**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mudou-se      | <input type="checkbox"/> Endereço insuficiente    |
| <input type="checkbox"/> Desconhecido  | <input type="checkbox"/> Não existe o nº indicado |
| <input type="checkbox"/> Recusado      | <input type="checkbox"/> Falecido                 |
| <input type="checkbox"/> Ausente       |   |
| <input type="checkbox"/> Não procurado | Data ____/____/____                               |

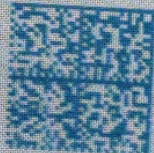
**Responsável pela informação**

- ☐ Morador  
☐ Síndico  
☐ Porteiro

Entregador

JAILSON FERREIRA DA SILVA  
R SEBASTIAO FERREIRA, 51  
CEP 59280-000 - MACAIBA - RN

BRASIL  
27 12 19 - 16:52  
R\$01,95  
CORREIOS



Administradora do Seguro DPVAT

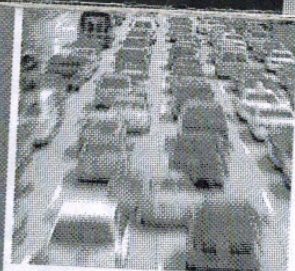
**LÍDER**  
Seguradora



**Seguro DPVAT - Proteção para todos**

O Seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua Carga a Pessoas Transportadas ou Não) foi criado em 1974, para amparar as vítimas de acidentes com veículos em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa. Como se vê, trata-se de um seguro eminentemente social.

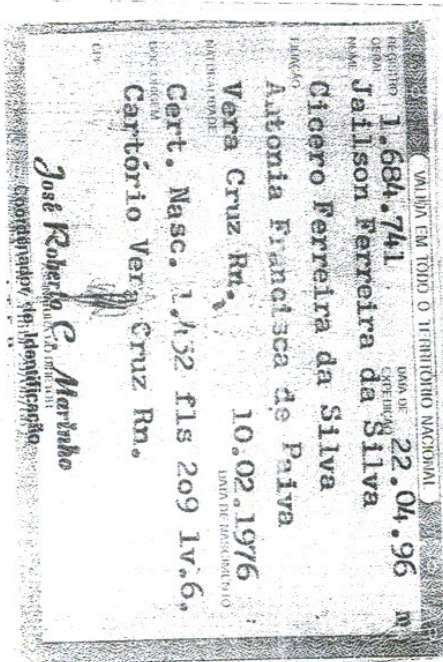
saiba +  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)



Seguradora  
**LÍDER**  
Administradora do Seguro DPVAT









**SINISTRO 3190694323 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA** JAILSON FERREIRA DA SILVA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**

SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

**BENEFICIÁRIO** JAILSON FERREIRA DA SILVA

**CPF/CNPJ:** 02798852455

**Posição em 11-05-2020 15:44:38**

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

<b>Data do Pagamento</b>	<b>Valor da Indenização</b>	<b>Juros e Correção</b>	<b>Valor Total</b>
05/05/2020	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190694323

Vítima: JAILSON FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 09/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JAILSON FERREIRA DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JAILSON FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002758

Conta: 000000003135-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

25ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL

Rua Dr. Lauro Pinto, 315, Fórum Seabra Fagundes, 7º And., Lagoa Nova, NATAL - RN - CEP: 59064-250, Telefone: (84) 36169695

PROCESSO N. 0807179-54.2020.8.20.5001

AÇÃO DEPROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: JAILSON FERREIRA DA SILVA

RÉU: MAPFRE SEGUROS

**DESPACHO**

Recebo a emenda.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação.

**CITE-SE** a parte demandada para, querendo, responder a ação, no prazo legal (art. 335, do CPC).

Se na contestação forem elencadas as preliminares traçadas no art. 337, do CPC ou matéria extintiva ou modificativa do direito do autor, **INTIME-SE** a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar réplica (art. 350, CPC).

Se a parte demandada, na contestação, não alegar matéria preliminar, mas juntar novos documentos aos autos, **INTIME-SE** a parte autora para se manifestar, no prazo de 15 (quinze) dias (art. 437, § 1º, do CPC).

Tendo em vista a necessidade de realização de perícia médica capaz de atestar o grau do suposto dano sofrido pela parte autora, fica nomeado(a) o(a) Dr(a). Giovanna Dantas Fulco - CRM/RN 3538, para funcionar como perito(a).

Apraze a Secretaria data para realização de perícia médica, podendo as partes apresentarem quesitos e indicarem assistentes técnicos, caso já não o tenham feito.

Designada a perícia, intinem-se.

Realizada a perícia, intime-se a seguradora para que realize o depósito dos honorários periciais, em quinze dias, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), fixado pelo Convênio nº 39/2018.

Com o depósito, expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais.

Ato contínuo, intinem-se as partes para se pronunciarem sobre o laudo, no prazo comum de 15 (quinze) dias.

Não comparecendo o(a) requerente à perícia designada, intime-se a parte autora, por por seu advogado, para, no prazo de 10 dias, justificar o não comparecimento à perícia médica, sob pena de julgamento conforme estado do processo, tendo a prova por preclusa.



Transcorrido o prazo, com ou sem manifestação, façam-me os autos conclusos para sentença.

P.I.Cumpra-se.

NATAL/RN, 19 de maio de 2020

**ROBERTO FRANCISCO GUEDES LIMA**

Juiz de Direito

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

25ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL

Rua Dr. Lauro Pinto, 315, Fórum Seabra Fagundes, 7º And., Lagoa Nova, NATAL - RN - CEP: 59064-250, Telefone: (84) 36169695

PROCESSO N. 0807179-54.2020.8.20.5001

AÇÃO DEPROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: JAILSON FERREIRA DA SILVA

RÉU: MAPFRE SEGUROS

**DESPACHO**

Recebo a emenda.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação.

**CITE-SE** a parte demandada para, querendo, responder a ação, no prazo legal (art. 335, do CPC).

Se na contestação forem elencadas as preliminares traçadas no art. 337, do CPC ou matéria extintiva ou modificativa do direito do autor, **INTIME-SE** a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar réplica (art. 350, CPC).

Se a parte demandada, na contestação, não alegar matéria preliminar, mas juntar novos documentos aos autos, **INTIME-SE** a parte autora para se manifestar, no prazo de 15 (quinze) dias (art. 437, § 1º, do CPC).

Tendo em vista a necessidade de realização de perícia médica capaz de atestar o grau do suposto dano sofrido pela parte autora, fica nomeado(a) o(a) Dr(a). Giovanna Dantas Fulco - CRM/RN 3538, para funcionar como perito(a).

Apraze a Secretaria data para realização de perícia médica, podendo as partes apresentarem quesitos e indicarem assistentes técnicos, caso já não o tenham feito.

Designada a perícia, intinem-se.

Realizada a perícia, intime-se a seguradora para que realize o depósito dos honorários periciais, em quinze dias, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), fixado pelo Convênio nº 39/2018.

Com o depósito, expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais.

Ato contínuo, intinem-se as partes para se pronunciarem sobre o laudo, no prazo comum de 15 (quinze) dias.

Não comparecendo o(a) requerente à perícia designada, intime-se a parte autora, por por seu advogado, para, no prazo de 10 dias, justificar o não comparecimento à perícia médica, sob pena de julgamento conforme estado do processo, tendo a prova por preclusa.



Transcorrido o prazo, com ou sem manifestação, façam-me os autos conclusos para sentença.

P.I.Cumpra-se.

NATAL/RN, 19 de maio de 2020

**ROBERTO FRANCISCO GUEDES LIMA**

Juiz de Direito

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

25ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL

Rua Dr. Lauro Pinto, 315, Fórum Seabra Fagundes, 7º And., Lagoa Nova, NATAL - RN - CEP: 59064-250, Telefone: (84) 36169695

## CARTA DE CITAÇÃO

Documento n. 0807179-54.2020.8.20.5001-01

Ao(À) Sr(a). MAPFRE SEGUROS

Rua Jaguarari, n.º 1865, Bairro Lagoa Nova, NATAL - RN - CEP: 59054-500

Processo n. 0807179-54.2020.8.20.5001

Ação: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: JAILSON FERREIRA DA SILVA

RÉU: MAPFRE SEGUROS

Prezado(a) Senhor(a),

Pela presente, extraída dos autos do processo em referência, fica Vossa Senhoria **CITADO(A)**, para, querendo, contestar a presente ação, **no prazo de 15(quinze) dias**, sob pena de, não o fazendo, ser considerado(a) revel, presumindo-se verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora. Tudo de conformidade com a petição inicial, despacho a seguir transcrito e demais peças processuais relacionadas nas chaves de acesso infraidentificadas:

**Despacho:** Recebo a emenda. Defiro o pedido de justiça gratuita. Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo. Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação. CITE-SE a parte demandada para, querendo, responder a ação, no prazo legal (art. 335, do CPC). Se na contestação forem elencadas as preliminares traçadas no art. 337, do CPC ou matéria extintiva ou modificativa do direito do autor, INTIME-SE a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar réplica (art. 350, CPC). Se a parte demandada, na contestação, não alegar matéria preliminar, mas juntar novos documentos aos autos, INTIME-SE a parte autora para se manifestar, no prazo de 15 (quinze) dias (art. 437, § 1º, do CPC). Tendo em vista a necessidade de realização de perícia médica capaz de atestar o grau do suposto dano sofrido pela parte autora, fica nomeado(a) o(a) Dr(a). Giovanna Dantas Fulco - CRM/RN 3538, para funcionar como perito(a). Apraze a Secretaria data para realização de perícia médica, podendo as partes apresentarem quesitos e indicarem assistentes técnicos, caso já não o tenham feito. Designada a perícia, intinem-se. Realizada a perícia, intime-se a seguradora para que realize o depósito dos honorários periciais, em quinze dias, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), fixado pelo Convênio nº 39/2018. Com o depósito, expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais. Ato contínuo, intinem-se as partes para se pronunciarem sobre o laudo, no prazo comum de 15 (quinze) dias. Não comparecendo o(a) requerente à perícia designada, intime-se a parte autora, por por seu advogado, para, no prazo de 10 dias, justificar o não comparecimento à perícia médica, sob pena de julgamento conforme estado do processo, tendo a prova por preclusa. Transcorrido o prazo, com ou sem manifestação, façam-me os autos conclusos para sentença. P.I.Cumpra-se. NATAL/RN, 19 de maio de 2020 ROBERTO FRANCISCO GUEDES LIMA Juiz de Direito (documento assinado digitalmente na forma da Lei nº 11.419/06)



Assinado eletronicamente por: LUNAS DA SILVA MACHADO - 19/05/2020 21:57:58

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051921575554200000053834742>

Número do documento: 20051921575554200000053834742

**ADVERTÊNCIAS:** Art. 344 do CPC. Se o réu não contestar a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor. (Código de Processo Civil – Lei n. 13.105/2015). Em caso de oferecimento de contestação (defesa), esta deverá ser feita por escrito e através de Advogado legalmente constituído, na forma do art. 103 do Código de Processo Civil.

**OBSERVAÇÕES:**

1. A petição inicial e demais peças processuais poderão ser visualizadas/acessadas pelo(a) citando(a) através do sítio do Tribunal de Justiça, na internet, no endereço eletrônico <https://pje1g.tjrn.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>, bastando que, para tanto, seja(m) digitado(s) no campo "Consulta Documentos Processo" as chaves de acesso constante(s) na tabela abaixo, sendo considerada vista pessoal para todos os efeitos legais que desobriga a anexação de quaisquer documentos à presente carta (artigo 9º, § 1º, da Lei Federal n. 11.419/2006 - Lei de Informatização do Processo Judicial);

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	20022813110216300000051822025
1 PROCURAÇÃO E CONTRATO_ JAILSON FERREIRA DA SILVA	Outros documentos	20022813110244700000051822043
2 DPVAT_ JAILSON FERREIRA BO E LAUDOS	Outros documentos	20022813110280400000051822045
Despacho	Despacho	20030215070986900000051863163
Intimação	Intimação	20030215070986900000051863163
Petição	Petição	20051515541783100000053732911
1 PETIÇÃO emenda petição inicial	Outros documentos	20051515541811700000053732913
2 Procuração Jailson	Procuração	20051515541843900000053732916
3 Docs Jailson	Outros documentos	20051515541883600000053732917
4 PAGAMENTO INDENIZAÇÃOJAILSON FERREIRA DA SILVA	Outros documentos	20051515541945600000053732920
Despacho	Despacho	20051917142876600000053827816

3. Ressalte-se que este processo tramita em meio eletrônico através do sistema PJe, sendo vedada a juntada de quaisquer documentos por meio físico;
4. É imprescindível que o tamanho de cada arquivo a ser inserido tenha, no máximo, 1,5 Mb (megabytes). O único formato de arquivo compatível com o sistema PJe é o ".pdf".

Natal/RN, 19 de maio de 2020

**LUNAS DA SILVA MACHADO**

Técnico Judiciário

Subscrito por ordem do Juiz, nos termos da Portaria 03/2019  
(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)





Cole aqui		Cole aqui			
<p>MAPFRE SEGUROS S/A Rua Jaguarari, 1865 Lagoa Nova 59054500 Natal-RN</p> <p>BO405038542BR</p> <p>22.05.2020</p> <p>REMETENTE: 25ª Vara Cível de Natal ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO DO OBJETO: Rua Doutor Lauro Pinho, 315 79 Andar Candelária 59064290 Natal-RN</p>		<p>13 30 h</p> <p>14 30 h</p> <p>15 45 h</p> <p>16 30 h</p> <p>17 30 h</p> <p>18 30 h</p> <p>19 30 h</p> <p>20 30 h</p> <p>21 30 h</p> <p>22 30 h</p> <p>23 30 h</p> <p>24 30 h</p> <p>25 30 h</p> <p>26 30 h</p> <p>27 30 h</p> <p>28 30 h</p> <p>29 30 h</p> <p>30 30 h</p> <p>31 30 h</p> <p>32 30 h</p> <p>33 30 h</p> <p>34 30 h</p> <p>35 30 h</p> <p>36 30 h</p> <p>37 30 h</p> <p>38 30 h</p> <p>39 30 h</p> <p>40 30 h</p> <p>41 30 h</p> <p>42 30 h</p> <p>43 30 h</p> <p>44 30 h</p> <p>45 30 h</p> <p>46 30 h</p> <p>47 30 h</p> <p>48 30 h</p> <p>49 30 h</p> <p>50 30 h</p> <p>51 30 h</p> <p>52 30 h</p> <p>53 30 h</p> <p>54 30 h</p> <p>55 30 h</p> <p>56 30 h</p> <p>57 30 h</p> <p>58 30 h</p> <p>59 30 h</p> <p>60 30 h</p> <p>61 30 h</p> <p>62 30 h</p> <p>63 30 h</p> <p>64 30 h</p> <p>65 30 h</p> <p>66 30 h</p> <p>67 30 h</p> <p>68 30 h</p> <p>69 30 h</p> <p>70 30 h</p> <p>71 30 h</p> <p>72 30 h</p> <p>73 30 h</p> <p>74 30 h</p> <p>75 30 h</p> <p>76 30 h</p> <p>77 30 h</p> <p>78 30 h</p> <p>79 30 h</p> <p>80 30 h</p> <p>81 30 h</p> <p>82 30 h</p> <p>83 30 h</p> <p>84 30 h</p> <p>85 30 h</p> <p>86 30 h</p> <p>87 30 h</p> <p>88 30 h</p> <p>89 30 h</p> <p>90 30 h</p> <p>91 30 h</p> <p>92 30 h</p> <p>93 30 h</p> <p>94 30 h</p> <p>95 30 h</p> <p>96 30 h</p> <p>97 30 h</p> <p>98 30 h</p> <p>99 30 h</p> <p>100 30 h</p>		<p>UNIDADE DE ENTREGA</p> <p>05 JUN 2020</p>	
<p>RESERVAÇÃO: CITAÇÃO - 08/07/19/54-2020/23-5001-001</p> <p>ASSINATURA DO RECEBEDOR</p> <p>MODELO LÍQUIDO DO RECEBEDOR</p>		<p>MOTIVO DE DEVOLUÇÃO:</p> <p>1. Multado</p> <p>2. Exatidão Insuficiente</p> <p>3. Não Existe o Número</p> <p>4. Desconhecimento</p> <p>5. Recusado</p> <p>6. Não Produzido</p> <p>7. Ausente</p> <p>8. Falhado</p> <p>9. Outros</p>		<p>DATA DE ENTRADA</p> <p>ART. DOI. NA IDENTIDADE</p>	
		<p>FECHADO E MATRÍCULA DO CARTÃO</p> <p>10/10/2020</p>			



ADVERTENTE



Data de Postagem  
22/05/2020

AR

Ramalenteir, 29ª Vara Cível de Natal  
Rua Doutor Lauro Pinto, 315  
7º Andar Candelária  
59064-250 Natal/RN

Destinatário: MAPFRE SEGUROS S/A  
Rua Jaguarari, 1865  
Lagoa Nova  
59054-500 Natal/RN



BO405038542BR



Recebido: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_ Documento: \_\_\_\_\_

