



**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,

Contratante:

*Adriano Ferreira da Silva Brasileiro, Silveiro, Abogado  
OAB/RN 3.384-B, Presidente e Dono da Advocacia Silveiro  
Sociedade Ltda, 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 Canaú, Cidade Alta, Natal, RN, CEP.: 59.025-500.

**Poderes:** Para o foro em geral, com a cláusula ad judicia - "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 gratuitade 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", declara, 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 gratuitade da 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 entregue, 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 HONORARIOS ADVOCATICIOS**

Pelo Instrumento Particular de Contrato de Honorários Advocatícios, de um lado os **CONTRATADO: DR ROCCO MELIANDE NETO OAB/RN 3.384-B**, com escritório profissional nesta capital, sito na Rua João Pessoa, 198, sala 303, Edifício Canaú, Cidade Alta, Natal, RN, CEP.: 59.025-500, de outro o **CONTRATANTE: Adriano Ferreira da Silva Brasileiro, Silveiro, Abogado Sociedade Ltda, Zona Rural, Macaíba, RN CEP: 59.280-000**

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

1) *10% dos Honorários Sucumbenciais os Honorários Contratados e de 30% (Trinta por cento) sobre todo o provisório e econômico que o Contratado der ao Contratante caso cobrado todo e quaisquer despesas que o Contratado estiver e tiver de suportar no cumprimento do 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 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.

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, 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 convencionada.  
Natal, *21 de fevereiro de 2020*



*Rocco M. Meliande Neto*

1

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



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

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002281311024470000051822043>

Número do documento: 2002281311024470000051822043

Num. 53764364 - Pág. 1



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: sitio lagoa do embú, proximo a lagoa do sitio 1  
Complemento: zona rural

Bairro: sitio 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: JAÍLSON 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: sitio lagoa do sitio 1  
Complemento: zona rural  
Bairro: lagoa do sitio 1  
Telefone: (84) 98713-8641 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO 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.tjrn.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
Jáilson Ferreira da Silva	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
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

Jáilson 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 de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Celuniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

## HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

## **Admissão de Internamento Hospitalar**

N° 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

Idade: 42 anos 3 meses 13 dias Sexo: M  
Nome da mãe: ANTONIA FRANCISCA DE PAIVA

Nome da mãe:

Nome do pai:  
Ribeirão LAGOA DO SITIO

Rua/Av: LAGO  
Complemento:

## Complemento:

CEP: 59280000

Telefone: 84 88161987 84

Cidade: MACAIBA

N° 79

N.79  
Bairro: MACAIBA

**Especialidade: ORTOPEDICA**  
**Responsável: JAILSON FERREIRA DA SILVA -**

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1001

Admissão: 23/03/2019 19:10:14 | Alta:

Tóhito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S72.3 - FRATURA DA DIAFISE DO FÉMUR

DIAGNOSTIC  
408050519 -

**DIAGNÓSTICO FINAL:**

---

**RESUMO DE ALTA**

---

NATAI - 23 de Março de 2019





**SUS**

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

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO 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: SITIO LAGOA DO SITIO, 79 - MACAIBA - MACAIBA

Fone: 88161987 /

Município: MACAIBA

Código Municipal IBGE: 240710

UF: RN

CEP: 59280-000

Clinica 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 FÉMUR\*408050519.TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Profissional Solicitante / Assitente:

MICHEL FREIRE DE ARAUJO

CRM: 4423 / RN

Data da Solicitação 23/03/2019

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

- ( ) 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: \_\_\_\_\_

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 Atenção**

CONFERÊNCIA DE AUTORIZAÇÃO  
NATAL, 16/02/2020  
MAT. N.º 151826  
SAME  
ASSINATURA





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. 6



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

**GOVERNO DO ESTADO  
Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Barinho**

Normal  
Service

Nome: JAILSON FERREIRA DA SILVA  
Sobrenome: IDEIAS  
Serviço:

No Registration

Lefèvre

## EVOLUÇÃO MULTRÍPLICULAR

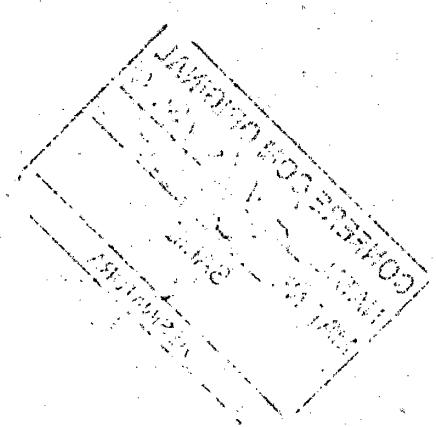
08/04/19 Enigado suspeito para logopeda: paciente no é lito apelidado, demônios ou estúpido, com humor estúpido e aberto a paciente, sentiu ciúmes no relacionamento e suspeita que paciente é paciente. O paciente respondeu se com respostas diretas.

## Tiagi Upolines Entog de paralogia

*Sept 20*  
200-171081

CONFERENCIA  
NATAL. 100%  
I.A.M. 100%  
SAME 100%  
SINATURA





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. 8



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**

Name: John Brown Reg. No. 123456789

Diagnóstico pré-operatório: *Esforço fevereiro 2012*

Indicação terapêutica: *Prós-Transfusões* Urgência ( ) Eletiva ( )

## INTERVENÇÃO

Data: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

Operator: *[Signature]* CRM/CRO: *[Signature]*

CRM/CBO:

CRM/CRO

For more information, contact the U.S. Environmental Protection Agency's Office of Water, Washington, D.C. 20460.

THE JOURNAL OF

Anestesista: \_\_\_\_\_ CRM/CRO: \_\_\_\_\_

## RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

GRMN - 347  
Ondege e Translogia  
Geral Feminids de A Fazenda

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

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

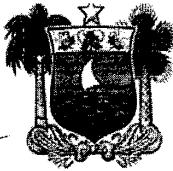
Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos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







SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFERIDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 15408 /2019  
Admissão: 23/03/2019 16:57:38

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **120321 - JAILSON FERREIRA DA SILVA** (42 a 3 m 13 d)

Nascimento: 10/12/1976 Natural: VERA CRUZ.BRASIL  
CNS: CPF: 02798852455 Prof:  
Mãe: ANTONIA FRANCISCA DE PAIVA Pai:  
Logradouro: LAGOA DO SITIO, 79  
CEP: 59280000 Bairro: MACAIBA Cidade: MACAIBA  
Telefone: 84 88161987 Compl:

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

\*Empresa:

Fluxograma:	Discriminador:								
OBS:	Classificação: 23/03/2019 16:52:40								
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA**

Queixas: QUEDA CDE MOTO COM FRATURA DE FEMUR E TCE

Horas: *Acidente motocicleta c/ golpes g/*  
*caso. Vigi, corde e embolo*  
*NS Usava capacete. les de coro cebos*  
*neg c/col, vnts, emofia*

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)	
A	Pares
B	Respir. m/ fundos
C	Estab. FC: 96
D	ECG d/ isquemia, sem cervicople. s/ alterac.
E	edema de coro e emerfer p/ M/ d/

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Ass: Motoc, m/les  
rele - c/3 fer*

CONFERENCE  
NATAL - 10/10/2017  
MAT. N° 151887  
SAMM  
ASSINATURA

\*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Polifunc*

\*Gerado via SX por FRANCISCA LUCIA MACIEL. Impresso em 23 de Março de 2019.

RAIOS-X

Resistido em: 11:11:11 Horas  
Técnico:



EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)		
A		
B		
C		
D		
E		
A (ALERGIAS)	<i>∅</i>	
M (MEDICAÇÃO EM USO)	<i>∅</i>	
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)	<i>Depende da data da cirurgia</i>	
L (LÍQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)	<i>esfuso beberlo comendo</i>	
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)	<i>Via pública, murelo</i>	
V (PASSADO VACINAL)	<i>incompleto.</i>	
EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rx falso <i>AP</i></li> <li>- Rx falso <i>AP</i></li> <li>- Rx cora D <i>AP + P</i></li> </ul>		
CONDUTA PRIMARIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS	OUTROS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rx falso D <i>AP + P</i></li> <li>- Rx falso D <i>AP</i></li> <li>- Rx falso D <i>AP</i></li> </ul> <p>Voltar ferir falso D <i>AP</i></p> <p>- Feite antirespira + anestesia com, dgo anestesia local com lidocaina + sutura (3 pontos) com fio de nylon 3-0.</p>	<p><i>Dr. Anderson Neves da Cruz</i>  <i>Cirurgia Geral e Oncologia</i>  <i>CRM-RN 5969 - RQE 2646</i></p> <p><i>Assinatura L da Cruz</i>  <i>Setor de L da Cruz</i>  <i>Setor de L da Cruz</i>  <i>Setor de L da Cruz</i></p> <p><i>Dr. Anderson Neves da Cruz</i>  <i>Cirurgia Geral e Oncologia</i>  <i>CRM-RN 5969 - RQE 2646</i></p>	
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1 <i>Alfredo</i>	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3	HORA:	DATA:
DESTINO DO PACIENTE:		
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:	DATA / /	HORA
SAÍDA: ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) REVELIA ( ) TRANSFERIDO PARA:		
ÓBITO: DATA / / HORA		
ENTREGUE À FAMÍLIA ( ) COM ATESTADO ( ) S.V.O ( ) ITEP		



ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALE A PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAL) E PEGA UM DESFIBRILADOR (DEFA); 2 - PEGA UMA OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAL) E FAZ A REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP); 3 - FAZ A REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP); 4 - AVALE A PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAL); 5 - SE APEIA, APLIQUE 2 VENTILACÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA VALVA, MÁSCARA); 6 - AVALE PULSO CAROTÍDEO OU FEMORAL (BRACIAL, SE LACERADO, 2, SE BILHO, 3); 7 - SE APEIA, APLIQUE 30 COMPRESSAS TORÁCICAS (100MM) (PROPORTÃO 30:2 ATÉ CHEGADA DO DEA); 8 - DEA DISPONÍVEL: ANALISE O RITMO, 9 - RITMO CHOCANTE: APLIQUE E CROQUE 30 (200 PFI DEA BÁSICO); 10 - RITMO AUSENTE, INICIE COMPRIMOS TORÁCICOS (100MM) (PROPORTÃO 30:2); 11 - AVALE O RITMO A CADA CICLOS; 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MERA; 13 - COLOQUE A VÍTIMA DE REPOSO (REPOSAR) NA POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO; 10 - RITMO NÃO CHOCANTE: REINICIE RCP (30:2); 11 - AVALE O RITMO A CADA CICLOS; 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MERA; 13 - COLOQUE A VÍTIMA DE REPOSO (REPOSAR)

## ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

### ANAMNESE

Pt com t noma me cote (D) hji

### EXAME FÍSICO

U/nomad  
Dn

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

F noma fnum (D).

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

### LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

### OUTROS

### CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

*Adm. Dr. Michel Freire - 1º Ano*  
Ortopedista e 1º Anestesiologista  
Ortopedia Oncológica  
CSN 4423 - TEOF 10751

### ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL, REQUISIÇÃO DE EXAMES, FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXE O BOLETO.

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ap 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
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente 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
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retrada inespecífica da dor.	4
Padrão flexor a dor (Decorticacão).	3
Padrão extensor a dor (Desencéfalo).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13 - 150 = 4 9 - 120 = 3 6 - 80 = 2 4 - 50 = 1 30 = 0
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA	10 - 290 = 4 >290 = 3 6 - 90 = 2 1 - 50 = 1 00 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>900 = 4 76-890 = 3 50-750 = 2 2-490 = 1 00 = 00

### CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)\*

03-08 =grave (necessidade de intubação imediata);  
09-3=moderado;  
14-15=leve

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

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

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior
0	1	2	3	4

\*Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom indica de sobrvida para pacientes de trauma fechado.  
Referência: Adaptado de Champion H.R, Sacco W.J, Copes, et al: A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1989.

## ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE			
EXAME FÍSICO			
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA			
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***		LABORATÓRIO	
		OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
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"/>	

**Médico (Carimbo)**

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação.

DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:				
DESTACAR	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"/>			









## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA ORTOPEDIA	REGULAÇÃO	OBS	
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO 105273	
DATA	HORA	CATEGORIA	
09/04/2019	19:57	GIH	
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			
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF	CEP
MACAIBA	ZONA RURAL	RN	59280000
LOCAL DE TRABALHO	TELEFONE		
FILIAÇÃO			
ANTONIA FRANCISCA DE PAIVA	CICERO FERREIRA DA SILVA		
RESPONSÁVEL	TELEFONE		
GILMAR TARGINO	987138641		
ENDEREÇO*			
O MESMO			
DIAGNOSTICO PROVISORIO			
DIAGNOSTICO DEFINITIVO			
DATA DE ADMISSAO	ALTA	OBITO	
13/04/2019			
HISTÓRIA CLINICA			
<p>Acidente de moto no dia 16/04/2019. Rx: Fr. dia fratura da fíbula Gol. tuberculose &amp; rot. mi-ol.</p>			
<p>13/04/19 20190 Pte. Serr. / 0022 Hosp.</p>			
<p>11/04/2019</p>			

Hausenmann Moraes  
Ortopedia  
CRM 5314-S-BOT 12213

Hospital Deodálio M. Lucena  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Panamirim 09/05/19  
Antonia/Adelita Soares  
Aux. em Saúde  
Mat: 155.455-7



ROCCO MELIANDE NETO  
28/02/2020 13:11:03  
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



26 - Antonia Francisca de Paula  
nascida em 06/09/1965.



RG.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA  
PARNAMIRIM /RN

08713864

1.684.241

CPF: 097988524-55

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

58

Nº Ortopedia

NOME: Yailson Ferreira da Silva

IDADE: 16.02.1976 COR: Pardo SEXO: MASC ESTADO CIVIL: Solteiro

NATURALIDADE: Ilheus-BA PROFISSÃO: Operador PROCEDEDÊNCIA:

ENDEREÇO: Sítio Japão do Sítio I BAIRRO: Zona Rural

CIDADE: Malhada-BA DATA: 09.04.2019 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) FREQÜÊNCIA 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 hc - 16 deg

cr tte per fract. do fêmur E

EXAME FÍSICO

mc sr auscult. fach. no fêmur

CRM 5314 - SBO 12213  
Ortopedista  
Meliande Neto

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Hospital Deoclécio M. Lucena  
CONFIRMA O ORIGINAL  
Parnamirim 29/05/19  
Antonia Aldezia Soares  
Aux. em Saúde  
Mat: 155.455-7



**EXAMES COMPLEMENTARES**

*Nx Coxas 01 AP.  
Boca 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**

*Internar*

Hospital Deocécio M Lucena  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Paranámirim 09/05/19  
*Assinatura*  
Antonia 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 <i>Onco</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ / _____ / _____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA _____ / _____ / _____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
ÓBITO _____ / _____ / _____	HORA _____	HORA _____
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>
		I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
<i>Carimbo de aprovação</i>		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)
MÉDICO (Carimbo)		

**SUS****Laudo de Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****Nº 7118 / 2019****(712)****RX NO PROTÓRIO****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou:

CNES:

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**Nome: **120321 JAILSON FERREIRA DA SILVA**

Prontuário:

CNS: **89800 59078408 05**Nascimento: **10/12/1976** Sexo: **Masculino**Cor: **PARDA**Mãe: **ANTONIA FRANCISCA DE PAIVA**

Pai:

Endereço: **SITIO LAGOA DO SITIO, 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:

PA~~nte~~TE 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 FÉMUR\*408050519.TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Profissional Solicitante / Assistente:

MICHEL FREIRE DE ARAUJO

CRM: 4423 / RN

Data da Solicitação 23/03/2019

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

- ( ) Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_ N° 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: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

Documento: ( ) CNS ( ) CPF nº \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_

Hospital Deocleto M Lucena

CONFERE COM O ORIGINAL

Paraná 09/03/19

Antônio Alceste Soares

Aux. em Saúde

Mat: 155.455-7

291022 2019 10:00  
abuse 08 11/02  
E23622 10/02



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. 22



**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 <i>João Pedro dos Santos</i>		6 – N° DO PROTOCOLO	
7 – CARTÃO NACIONAL / SUS		8 – DATA DE NASCIMENTO	9 – SEXO
			MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/>
10 – NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 – TELEFONE DE CONTATO	
12 – ENDEREÇO (RUA, N°)			
13 – MUNICÍPIO <i>Paraná</i>	14 – BAIRRO	15 – UF	16 – CEP
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 – PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Palor dos membros</i>			
18 – CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Problema de sangramento</i>			
19 – PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>HC + R2</i>			
20 – DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Palor dos membros</i>	21 – CID INICIAL <i>S72.1</i>	22 – CID SECUNDÁRIO	23 – LAUDOS ASSOCIADOS
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 – DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Palor dos membros</i>	26 – LEITO / CLÍNICA	27 – CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 – NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
25 – CÓDO DO PROCEDIMENTO			29 – DT SOLICITAÇÃO
			30 – CNS / CPF
			31 – ASSINATURA E CARIMBO REG. CONSELHO <i>Gelio Mendes de Almeida Ortopedia e Traumatologia</i>
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
32 – ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 – CNPJ DA SEGURADORA	34 – N° DO BILHETE	35 – BÔNUS
36 – ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO	37 – CNPJ	38 –	40 –
39 – ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 – CID PRINCIPAL		DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 – CID SECUNDÁRIO		43 – ( )	44 – ( ) GRAVE
			45 – ( ) GRAVÍSSIMA
AUTORIZAÇÃO			
46 – NOME DO PROF. AUTORIZADO		50 – NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	
47 – DT AUTORIZ.		51 – DT AUTORIZ.	
48 – CNS / CPF		52	
49 – ASSINATURA E CARIMBO (N° REG. CONSELHO)		53 – ASSINATURA E CARIMBO (N° REG. CONSELHO)	

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





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

433

**SENHA:** \_\_\_\_\_

**PACIEN**

Jaison Ferreira da Silva

## DIAGNÓSTICO

## Femur

## DIAGNÓSTICO

### SETOR DE ORIGEM

1406

**SETOR DE ORIGEM**

HDM

**AUDIT**

~~HDM~~  
091041 19

**DATA**  
**RECEPÇÃO PELO HOSPITAL**

111

## ACEITA

## PEGUSADA

MOTIVO

**Assinatura Responsável**

Hospital Deodécio M. Lucena  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Paraná - 01-05-14  
**Antonia Augusta Soares**  
Aux. em Saúde  
Mat: 155.455-7



Nome do paciente		Nº prontuário	
JAILSON FERREIRA DA SILVA			
Data operação	11.04.19	Enf.	Leito
Operador	PEDRO MUNHOZ	1º auxiliar	CARLOS MAGNO
2º auxiliar		3º auxiliar	Instrumentador
Anestesista	SESGO	Tipo de anestesia	
Diagnóstico pré-operatório	FRATURA DE FEMUR DIREITO		
Tipo de operação	TTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO INTERNA		
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

PACIENTE DOS AUGUSTOS ASSASSINADO  
 CAMPOS, INJUSO LATERAL, DISSECAÇÃO LUM-  
 PEZA DOS FRAGMENTOS, RESECCAO, PLACA  
 DCP COM 10 FUSOS, OS PARAFUSOS CORONCAIS.  
 LIGADURA COM 5.0, 6.0, 7.0 SUTURAS POR FLE-  
 MOS, CURVITMO

Dr. Carlos Magno P. do Carmo  
 Ortopedista e Traumatologista  
 Perno em Traumatologia  
 CRM 2108 - TEOF 5981  
 CPF: 189.304.804-44

<input checked="" type="checkbox"/> CIRURGIAS MULTIPHAS (0415010012) <input checked="" type="checkbox"/> POLITRAUMATIZADO (0415030013) <input checked="" type="checkbox"/> PROC. CLINICO	
<input checked="" type="checkbox"/> PROC. CIRURGICO (040805059) CBO: 225225 CBO: 225270 6 DIAS CID: S72.3	
Hospital Deodálio M. Lucena CONFIRME COM O ORIGINAL Pernambuco 04/05/19 Antônio Aldeíta Soares AUX. em Saúde Mat. 155.455-7	



of allergies is diagnosis.

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

Serviço de Anestesiologista e Gásoterapia

Hospital	HOML			Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome	Jaílson Ferreira da Silveira			Idade	Sexo	Cor	
Data	11/04/19	Pressão arterial	P脉搏	Respiração	Temperatura	Peso 70 kg	Outros
Tipo sanguíneo	Hematíias	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia		
	Urina						
Ap. respiratório	OK			Asma	Bronquite		
Ap. circulatório	OK			Eletrocardiograma			
Ap. digestivo	Jejun OK	Dentes	Pescoço	Ap. urinário			
Estado mental		Ataracicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura de fêmur direito			Estado físico	Risco		
Anestesias anteriores							
Medicação pré-anestésica	13.42 19.2 15.07			Aplicada às	Efeito		
Agentes Anestésicos	O <sub>2</sub>						
Líquidos	RL RL Sao São						
Oper.	260						
Anest.	250						
O Resp.	240						
P Pulse	230						
	220						
	210						
	200						
	190						
	180						
	170						
	160						
	150						
	140						
	130						
	120						
	110						
	100						
	90						
	80						
	70						
	60						
	50						
	40						
	30						
	20						
	10						

**POSIÇÃO** Agentes

~~Relacionar las ideas entre sí~~ | ~~ordenar las ideas~~

Operação ~~ffs~~ cunhos com fixação inferior.

**Cirurgiões** Dr. Pedro Melo / Dr. Carlos Menezes  
**Anestesistas** Dr. Sérgio Bezerra

Anestesiistas Dr. Sergio Bezerra  
Dr. Sergio Bezerra  
Médico Anestesiologista/COR  
CRM/RN 7208



Original Deoclécio M. Lucena  
CONFIRMADO COM O ORIGINAL  
Paramirim 09/05/19  
Antonia Andrade Soares  
Aux. em Saúde  
Mat: 155.455-7

*→ ALERGICO A DIPRONE*  
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: *Jelson Ferreira da Silva* Idade: *43* D/N: */ /*  
Pront: *165273* Município: *Macaribe* Procedência:  Interno  Externo  
Data da cirurgia: *11/04/19* Hora Admissão: Bloco: *13* Sala: *14* Hora Saída:  Peso:   
Alergias:  Não  Sim *Diprone* Comorbidades:  HAS  DM  Outras *reg*  
Uso de medicações:  Não  Sim  Jejum:  Não  Sim  
SSW Admissão: PA:  mmHg Pulso:  bpm FL:  rpm FC:  bpm SpO<sub>2</sub>:  % T:  °C

Enfermeiro(a): *Tatiana* Instrumentador (a): *Augusto* Circulante: *Felipe*

Cirurgia: *TTT cir de # de Fávaro (D)* Especialidade: *Ortopedico* Sala: *01*  
Hora Início: *14:00* Hora Término:  Tipo de cirurgia:  Eletiva  Urgência  Limpa  Contaminada  Infectada  
1º Cirurgião: *Dr. Pedro Melo* Aux.: *Dr. Carlos Magno* Residente:

Anestesia:  Local  Sedação  Geral TOT:  ( ) Bloqueio  Raquidiana Ag. n° *26* ( ) Peridural  c/cateter  s/cateter  
Ag. n°  Cateter n°:  Início: *13:40* Garrote:  Smarch  Pneumático Início:  Término:   
Anestesiologista: *Dr. Sergio*

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

SINAIS VITAIS	Inicio	Melo	Fim	Unid.
FC	<i>91</i>	<i>70</i>	<i>65</i>	Bpm
Pulso	<i>90</i>	<i>63</i>	<i>64</i>	Bpm
Oximetria	<i>99</i>	<i>98</i>	<i>98</i>	%
Capnografia	—	—	—	%
PA	<i>100x85</i>	<i>90x64</i>	<i>100x70</i>	mmHg

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

Local:   
Cateter:

SONDAGEM GÁSTRICA	
SNG n°	

Retorno:

CATETERISMO VESICAL	
SVF n°	SVA n°

Diurese:

Profissional responsável:

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

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	<input type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Ventral	<input checked="" type="checkbox"/> PESCOÇO	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> TÓRAX	<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos
<input type="checkbox"/> Litotómica	<input checked="" type="checkbox"/> LOMBAR	<input type="checkbox"/> MMII
<input type="checkbox"/> Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Canivete		<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive		<input checked="" type="checkbox"/> Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Metal
<input checked="" type="checkbox"/> Descartável		
Local: <i>Omoplata (D)</i>		
DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim
<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Local: <i>MED</i>	Solução: <i>Clorofólio</i>	Local: <i></i>

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

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO		
Caixa cirúrgica: <i>B25 + perf + 4,5</i>	Quant. Material: <i>12K</i>	
Val.: <i>330719</i>	Contagem de gaze e compressa: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim	





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

Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

HEMOTRANSFUSÃO:

( ) Hemoconcentrado \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Albumina \_\_\_\_\_ Unid.

( ) Plasma \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Expansor plasmático \_\_\_\_\_ Unid.

( ) Plaquetas \_\_\_\_\_ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

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

h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_

h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_

HIDRATAÇÃO VENOSA

( ) Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml  
( ) Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml

( ) Soro Ringer Simples: \_\_\_\_\_ ml  
( ) Soro Ringer Lactato: \_\_\_\_\_ ml

Quantidade total de volume administrado: \_\_\_\_\_

ANATOMO PATOLÓGICO

( ) Não ( ) Sim Peça:  
Swab para cultura:

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

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

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

INTERCORRÊNCIAS: *Não houve intercorrências, paciente segue em PDI 205*  
*curados da equipe no SPPA*

Felipe Eduardo Pinto Luis  
COREN-RN 1333833-TE

Ass: *[Assinatura]* Coren: 1333833

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 ( ) Hematuria ( ) Irrigação Vesical ( ) Oligúrico Destino após a cirurgia: *SEPA*

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

Hora: 15:37 Data: 11/02/19 Nível de consciência: ( ) Acordado ( ) Sonolento ( ) Narcose ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choroso Vias aéreas: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) Cateter O<sub>2</sub> ( ) O<sub>2</sub> Ambiente ( ) Sem mobilidade Mobilização MMSS: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade Venoclise: ( ) Não ( ) Sim Tipo: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral ( ) Vesical Drenos: ( ) Succção ( ) Torácico ( ) Penrose ( ) Kher 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	FB	Sat.%	Dor	Líquidos administrados na URPA:
Admissão		68		68	98		Soro glicosado: _____ ml
30'		83			99		Soro Fisiológico: _____ ml
60'		81			98		Ringer: _____ ml
Alta		81			98		Irrigação vesical contínua: _____ ml

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura	Eliminações:	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno d. Irrigação
					Recebido da SO				
					Desprezado				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

*Paciente em PDI de gástrica  
com evolução satisfatória.  
pulso 186 bpm x acidúria moderada a clínica. Oliguria*

Ass: *[Assinatura]* Coren: *BN*





PRESTAGEM MÉDICA - 16.05.2018

ERTUDIA 1

MACA 1

PACIENTE: JAILSON FERREIRA DA SILVA

DATA: 13.04.19

1	DIETA LIVRE
2	SG 0,5% - 1000 ML ,EV/24H
3	SF 0,9% - 500 ML ,EV/24H
4	CEFALOTINA 1G - 01 FA + ABD ,EV, 6/6H (DI 11/04/19)
5	TRAMAL 100 MG - 01 AMP + 100 ML SF 0,9%,EV, 8/8H
6	SSVV CCGG
7	

## EVOLUÇÃO=

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

~~Br. Silviano Andrade~~  
12 ABR. 2019

**Hospital Deodoro M. Lucena**  
**CONFIRA COMO ORIGINAL**  
**Paraná**  
**Antonia Aldezita Soares**  
**Aux. em Saúde**  
**tel: 155.455-1**





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. 30



**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 DE PROCEDIMENTO 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 refere 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)



Assinado eletronicamente por: EUSTAQUIO JOSE FREIRE DE FARIAS - 02/03/2020 15:07:10  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030215070986900000051863163>  
Número do documento: 20030215070986900000051863163

Num. 53807238 - Pág. 1



**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 DE PROCEDIMENTO 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 refere 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)



Assinado eletronicamente por: EUSTAQUIO JOSE FREIRE DE FARIAS - 02/03/2020 15:07:10  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030215070986900000051863163>  
Número do documento: 20030215070986900000051863163

Num. 53849473 - Pág. 1

MM JUIZ DA 25<sup>a</sup> 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 OBTEVE 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 SEGUINTES 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 25<sup>a</sup> 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 OBTEVE 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 SEGUINTES 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, Solteiro, Abonado  
CPF/MF 027.988.524-55, Pessoal e Doméstico, na Zona  
do Sítio 01, Zona Rural, Macaíba, RN 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 Canaú, Cidade Alta, Natal, RN, CEP.: 59.025-500.

**Poderes:** Para o foro em geral, com a cláusula ad judicia – “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”, declara, 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 da 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 ENTREGUE, BEM COMO DECLARO ESTAR CIENTE DE QUE A FALSIDADE NAS INFORMAÇÕES ACIMA IMPLICA-SE NAS PENALIDADES CABÍVEIS, PREVISTAS NO ARTIGO 299 DO CÓDIGO PENAL.**

**CONTRATO DE HONORARIOS ADVOCATICIOS**

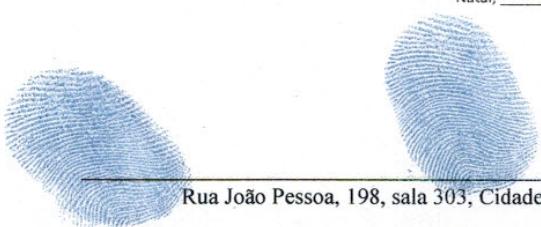
Pelo Instrumento Particular de Contrato de Honorários Advocatícios, de um lado os CONTRATADO: DR. ROCCO MELIANDE NETO OAB/RN 3.384-B, com escritório profissional nesta capital, sito na Rua João Pessoa, 198, sala 303, Edifício Canaú, Cidade Alta, Natal, RN, CEP.: 59.025-500, de outro o CONTRATANTE: *Jailson Ferreira da Silva* Brasileiro, Solteiro, CPF/MF 027.988-55, Pessoal e Doméstico, na Zona do Sítio 01, Zona Rural, Macaíba, RN CEP: 59.280-000

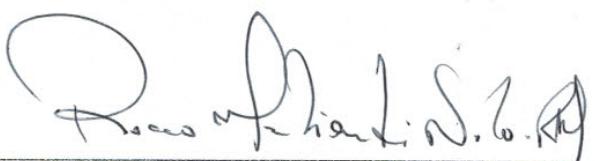
Obrigam-se a cumprir o presente contrato nas seguintes cláusulas e condições:  
01 - Os(s) advogados ora contratado(s) obriga-se pelo Instrumento Procuratório que lhe foi Outorgado a prestar seus serviços profissionais, na defesa dos Direitos de seu Constituinte.  
02 - Ao(s) contratante(s) cabe(rá) o pagamento dos honorários advocatícios no valor de da seguinte forma:  
1) *10% (dez por cento) sobre o valor da contratação é de R\$ 300 (trezentos reais) e o restante é econômico ou monetário devido ao contratado. Esse valor é dividido entre os advogados contratados e é dividido entre os advogados contratados.*

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 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. 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 arcara 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, documentais, 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 convencionada.

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

**TESTIMONHIA  
Jani Leidi Aparecida Japé  
CPF: 0165628417**

**AROGO  
JAILSON FERREIRA DA SILVA  
Barla Christiane Ferreira do Nascimento da Silva (0991.417.114)  
Sobrinha Jailson Ferreira (010615864-30)**



# 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 ASL:

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: **ALUNO**

8 - Endereço:

PO LAGOA DO SÍLIO 1

9 - Número:

920

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

MACAÍBA

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

CONTAS BANCÁRIAS - BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL/POSSUIDOR DA CONTA

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**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende 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 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vainascer)? 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

**Rocco Meliande Neto**  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
**912337807-78**

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
**rocco.meliande.11349**

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data, **28 DE Janeiro de 2020**

38 - 1º | Nome: **Carla Cintiene Ferreira Bonfim**

CPF: **010 615 864-30**

**Carla Cintiene Ferreira Bonfim**

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: **Nivalcema de Souza Bispo Meliande**

CPF: **849 615 67-04**

**Nivalcema de Souza Bispo Meliande**

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

05/05/2020



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

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

Número do documento: 20051515541883600000053732917

Num. 55861599 - Pág. 1

## 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.

### 1. DADOS CADASTRAIS

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

### 2. 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).

### 3. DADOS DE CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO

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.

### 4. INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IMI	Preencher somente para cobertura invalidez permanente. Assinalar a opção que melhor justifique a ausência de apresentação de Laudo do Instituto Médico Legal (IMI).
----	--	---

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

### 5. ASSINATURA DA DOCUMENTAÇÃO

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.

### 6. TESTEMUNHAS

38	1 <sup>a</sup> testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1 <sup>a</sup> testemunha.
39	2 <sup>a</sup> testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2 <sup>a</sup> testemunha.

#### OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

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

### 7. 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





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. 00351/00352 - carta\_03 - INVALIDEZ



00070176

Carta nº 15255833



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

Data do Acidente: 09/04/2019

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAILSON FERREIRA DA SILVA

Vítima: JAILSON FERREIRA DA SILVA

Cobertura: INVALIDEZ

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

Para uso dos correios

- Mudou-se       Endereço insuficiente  
 Desconhecido       Não existe o nº indicado  
 Recusado       Falecido  
 Ausente      Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Não procurado

Responsável pela informação

- Morador  
 Síndico  
 Porteiro

Entregador

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

Administradora do Seguro DPVAT  
**LIDER**  
Seguradora

Seguro DPVAT – Proteção para todos

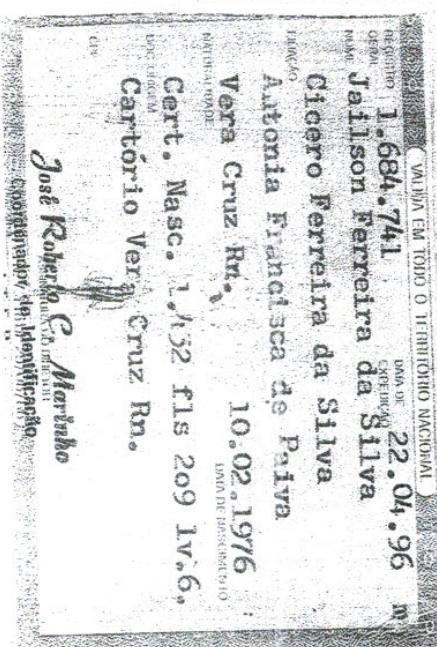
O Seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua Carga a Pessoas Transportadas ou Não) foi criado em 1974, para amparar as vítimas de acidentes com veículos em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa. Como se vê, trata-se de um seguro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

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



**LIDER**  
Administradora do Seguro DPVAT

Neto Alfeitezado



**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, retorno 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 DE PROCEDIMENTO 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, intimem-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, intimem-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 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)



Assinado eletronicamente por: ROBERTO FRANCISCO GUEDES LIMA - 19/05/2020 17:14:28  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051917142876600000053827816>  
Número do documento: 20051917142876600000053827816

Num. 55964097 - Pág. 2



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 DE PROCEDIMENTO 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, intimem-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, intimem-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 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.Cumpre-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)



Assinado eletronicamente por: ROBERTO FRANCISCO GUEDES LIMA - 19/05/2020 17:14:28  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051917142876600000053827816>  
Número do documento: 20051917142876600000053827816

Num. 55971522 - Pág. 2



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, intimem-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, intimem-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 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)



**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	2002281311021630000051822025
1 PROCURAÇÃO E CONTRATO_ JAILSON FERREIRA DA SILVA	Outros documentos	2002281311024470000051822043
2 DPVAT_ JAILSON FERREIRA BO E LAUDOS	Outros documentos	2002281311028040000051822045
Despacho	Despacho	2003021507098690000051863163
Intimação	Intimação	2003021507098690000051863163
Petição	Petição	2005151554178310000053732911
1 PETIÇÃO emenda petição inicial	Outros documentos	2005151554181170000053732913
2 Procuração Jailson	Procuração	2005151554184390000053732916
3 Docs Jailson	Outros documentos	2005151554188360000053732917
4 PAGAMENTO INDENIZAÇÃO JAILSON FERREIRA DA SILVA	Outros documentos	2005151554194560000053732920
Despacho	Despacho	2005191714287660000053827816

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)



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=2005192157555420000053834742>  
Número do documento: 2005192157555420000053834742

Num. 55971523 - Pág. 2

MAPFRE SEGUROS S/A  
Rua Jaguarari, 1865  
Lagoa Nova  
59054-600 Natal-RN

BO4050383428R

UNIDADE DE ENTREGA

Num. 61099308 - Pág. 1



Cole aqui

Cole aqui

MOTIVO DE DEVOLUÇÃO:

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| 1 | Mudou-se              |
| 2 | Endereço Insuficiente |
| 3 | Não Entra o Número    |
| 4 | Desconhecido          |
| 5 | Recusado              |
| 6 | Não Procurado         |
| 7 | Assunto               |
| 8 | Fabricado             |
| 9 | Outros                |

RUBRICA E MATRÍCULA DO CARREIRO

DATA DE ENTRADA
05/10/2020
ASSINATURA DO RECIPIENDARIO
NAME (NAME DO RECIPIENDARIO)



## NO FESTEJANTE



Destinatário: MAPFRE SEGUROS S/A  
Rua Jaguari, 1865  
Lagoa Nova, Natal/RN  
59054-250  
Anair Cândida  
Av. Doutor Jairo Pinto, 315  
20564-250 Natal/RN  
Assinante: 25ª Vara Cível do Natal

BO405038542BR

Receptor: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Documento: \_\_\_\_\_



Assinado eletronicamente por: ROBERTINE BERTINO DE FREITAS RODRIGUES - 05/10/2020 12:46:21  
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100512462112800000058615884>  
Número do documento: 20100512462112800000058615884

Num. 61099308 - Pág. 2