



Número: **0814976-86.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **26/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 5.400,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANDERSON SANTOS DE ARAUJO (AUTOR)		JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10075159	13/04/2017 10:21	01-Procuração	Procuração
10075164	13/04/2017 10:21	02-Boletim Policial	Documento de Comprovação
10075168	13/04/2017 10:21	03-Documento Médico	Documento de Comprovação
10075171	13/04/2017 10:21	04-Requerimento ADM	Documento de Comprovação
10075172	13/04/2017 10:21	05 - Quesitos	Documento de Comprovação
10075176	13/04/2017 10:21	06-Documento Pessoais	Documento de Identificação
10075178	13/04/2017 10:21	07-Declaração de Pobreza	Documento de Comprovação
10075199	13/04/2017 10:21	09-Contrato de honorários	Documento de Comprovação

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (S):

Nome: ANDERSON SANTOS DE ARAÚJO
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: _____
RG nº: 1.981.897 CPF nº: 084.770.724-50
Endereço: AV. Felizardo Ferreira Moura, 120
Bairro: Nordeste Cidade: Natal /RN,
CEP: 59062-200.

OUTORGADO(S):

JOÃO ROBERTO FERREIRA NEVES, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.239, com escritório profissional à Rua Edgar Dantas, 453-A, Santos Reis, Pamamirim/ RN, CEP 59.141-150, E-mail: jrfneves@outlook.com.

PODERES: amplos e ilimitados para o foro em geral, junto ou separadamente, em qualquer juízo ou grau de jurisdição, podendo propor e variar de ações civis e criminais, em quaisquer medidas preliminares ou assecuratórias dos nossos direitos e interesses, defende-lhe nas que lhe forem propostas, usar de todos os recursos em Direito admitidos, receber citações e notificações, louvar-se em peritos ou impugná-los, cobrar honorários, inclusive do(s) outorgante(s), referente à presente ação, fazer impugnação, adjudicações, arrematações, transigir, desistir, receber e dar quitações, reconhecer ou não o procedimento do pedido, renunciar ao direito sobre ação, firmar compromissos e substabelecer, podendo ainda usar dos poderes da cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA" para requerer e receber junto aos Hospitais o Boletim do Primeiro Atendimento e Prontuário Cirúrgicos, o que tudo dará por firme e valioso e, em especial para presente ação de cobrança do Seguro DPVAT.

Pamamirim/RN, 05 de ABRIL de 2017

x Anderson Santos de Araújo
OUTORGANTE



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS
Endereço: RUA: ESPLANADA SILVA JARDIM, 2, RIBEIRA, NATAL

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2016031000952
1.2 Data de Expedição: 23/09/2016 16:36:44
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL: ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 09/09/2016 12:38:00
2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado
2.4 Flagrante: Não
2.4 Melo(s) empregado(s): Veículo
2.7 Logradouro: AVENIDA ALEXANDRINO DE ALENCAR COM PRUDENTE DE MORAIS
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.8 Número: 00
2.9 CEP:
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência: PROXIMO AO MC DONALDS
2.12 Bairro: BAIRRO VERMELHO
2.13 Cidade: NATAL
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ANDERSON SANTOS DE ARAUJO
3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Etnia: Branca
3.4 Pai: ANTONIO ARAUJO DA SILVA
3.5 Mãe: TEREZILDA SANTOS MATIAS DA SILVA
3.6 Data de Nascimento: 04/09/1987
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 RG: 1981897 - ITEP/RN
3.9 CPF: 08477072450
3.10 Passaporte:
3.11 Nacionalidade:
3.12 Naturalidade: NATAL - RN
3.13 Profissão: AUX DE LOGISTICA
3.14 E-Mail:
3.15 Telefone(s):
3.16 Logradouro: AV FELIZARDO FIRMINO DE MOURA
3.17 Número: 120
3.18 CEP:
3.19 Bairro: NORDESTE
3.20 Cidade: NATAL
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: 9C2K15309R011745
7.1.4 Renavam: 00135277477
7.1.5 Placa: MZ19602
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN ESD
7.1.9 Ano do Modelo: 2009
7.1.10 Ano de Fabricação: 2009
7.1.11 Cor do veículo: PRETA
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: MARIZAN DA SILVA GOMES
7.1.16 Vínculo com a
7.1.17 Nome do condutor: ANDERSON SANTOS DE ARAUJO
Ocorrência:
7.1.18 Observações: CNH CONDUTOR 04879812800

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE/VÍTIMA INFORMA QUE NA DATA, HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADO, CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA, PARADO NO SEMÁFORO, AO ABRIR O SEMÁFORO, INICIOU O TRAJETO, QUANDO UM VEICULO AUTOMÓVEL TIPO ETIOS DE COR BRANCA (DADOS INCOMPLETOS) CRUZOU O SINAL VERMELHO COLIDINDO LATERALMENTE COM VÍTIMA, QUE SOFREU UMA QUEDA, FOI SOCORRIDO PELO SAMU SOB A OCORRÊNCIA N° 118456/1 E LEVADO AO HOSPITAL CONFORME BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGENCIA N° 26 ORIUNDO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE NATAL

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

REGISTRO PARA FINS DE PLEITO DE SEGURO OBRIGATORIO DPVAT

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data 23/09/2016 16:36:44

Policial

Anderson Santos de Araujo
Interessado

Polegar direito

Atendimento: 2072122 - VANESSA MESQUITA DE OLIVEIRA
Impresso por: 2071754 - THAYARA DE LIMA AVELINO em 23/09/2016 16:40:08

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

EM BRANCO

AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é
reprodução fiel do original que me foi
apresentado.

25 NOV 2016

Elisson E. Coelho de Oliveira
ESCREVENTE

Testemunho da verdade _____



HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL / EXAME CLÍNICO	
AVALIAÇÃO DO PACIENTE	EXAMES COMPLEMENTARES
	DIAGNÓSTICO
	CID-10:
	MÉDICO/CRM

Rx de controle em AP/mi
Rx de controle em AP/mi

CONFERE COM
mat. 721-795

DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO	
SEGUIMENTO TERAPÊUTICO	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
	ANOTAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

Faltou pulso do ombro
Repetir AP do
15av rodado omeio

Dr. Henrique Penteado
Tumores Ósseos / Colm.a
CRM 7716

Enc. M. Med. Penteado
de Tomografia

Dr. Henrique Penteado
Tumores Ósseos / Colm.a
CRM 7716

DESTINO DO USUÁRIO	INTERNAMENTO LOCAL: Sim () Não ()		DATA: / /	
	REMOÇÃO: Sim () Não ()		DATA: / /	
	LOCAL:		AVALIAÇÃO/ESPECIALISTA:	
	LOCAL:		EXAME:	
	TRANSFERÊNCIA: Sim () Não ()			
	SAMU		SAV () SBV ()	
	FAMÍLIA		PARENTESCO:	
	OUTRO		QUAL:	
	DECISÃO MÉDICA		DATA:	
	ALTA HOSPITALAR		HORA:	
A REVELIA				
A PEDIDO				
ÓBITO		ENTREGUE A:		
DATA: / /		() FAMÍLIA		
HORA: / /		() FUNERÁRIA		
		() OUTRO		
		DECLARAÇÃO DE ÓBITO		
		DATA: / /		
		HORA: / /		
		MÉDICO/CRM		

CONFERE
mat. 721-795

Andresson Santos de Araújo

GOV. DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

Andresson

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hilw G.

2 - CNES

3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE
Andresson Santos de Araújo

6 - Nº DO PROTOCOLO

7 - CARTÃO NACIONAL / SUS
402006355840681

8 - DATA DE NASCIMENTO
04.09.1987

9 - SEXO
☒ MASCULINO ☐ FEMININO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
Ferezilda Santos Rodrigues

11 - TELEFONE DE CONTATO
653-1218/988467318

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)
R. Teixeira Filho Nova

13 - MUNICÍPIO
Patos

14 - BAIRRO
Nordeste

15 - UF
RN

16 - CEP
59042-200

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Queixa com trauma no ombro E hoje.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Tratamento cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)
OK

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Fratura humeral E

21 - CID INICIAL
T10

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Tratamento cirúrgico

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
30.801604

26 - LEITO / CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

29 - DT SOLICITAÇÃO
08.09.16

30 - CNS / CPF

31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

33 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - Nº DO BILHETE

35 - BÔNUS

36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO

37 - CNPJ

38 -

39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO

40 -

41 - CID PRINCIPAL

42 - CID SECUNDÁRIO

43 - () GRAVE

44 - () GRAVE

45 - () GRAVISSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO

47 - DT AUTORIZ.

48 - CNS / CPF

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO

51 - DT AUTORIZ.

52

53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIIH)
Andresson
205928

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.

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SAMU

Nº: 26

IDENTIFICAÇÃO	DISTRITO SANITÁRIO: <i>HMN</i>		DATA DE ENTRADA: <i>04/09/16</i>		HORA: <i>13:55</i>	
	NOME: <i>Anderson Santos de Araújo</i>				SEXO: <i>M</i>	
	NOME DO RESP. (se menor de idade): <i>Fereziela Santos Matias</i>				<i>012 Silva</i>	
	DATA DE NASCIMENTO: <i>04/09/87 290</i>		ESTADO CIVIL: <i>—</i>		FONE: <i>84 3653-721</i>	
	ENDEREÇO: <i>Av. Felizardo F. de Souza 2120</i>				PROFISSÃO: <i>—</i>	
	BAIRRO: <i>Nordeste</i>		CIDADE: <i>Natal</i>		PROCEDÊNCIA: <i>—</i>	

SINAIS VITAIS									
PA	FC	FR	TEMP	SPO2	PESO	HGT	DOR		
							LEVE	MODERADA	INTENSA
HISTÓRICO PATOLÓGICO									
COMORBIDADES:									
USO DE MEDICAÇÕES:									
ALERGIA MEDICAMENTOSA:									
ESTADO GERAL									
Aparentemente BEM		Consciente		Orientado		Sinais de agravamento			
REGULAR		Politraumatizado		Hemorragias		Agitação			
GRAVE		Dispneia intensa		Convulsão		Precordialgias			
Outros									
QUEIXA PRINCIPAL (EVOLUÇÃO E EXAME FÍSICO)									
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO									
AZUL		VERDE		AMARELO		VERMELHO			
ENFERMEIRO/COREN									

01030121

EXAMES COMPLEMENTARES

() LABORATORIAL () RADIOLOGICO () ECG () TOMOGRAFIA () OUTROS

CONDUTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - N/R

() CLÍNICA MÉDICA () CLÍNICA PSIQUIÁTRICA () CLÍNICA GATÓPÉDICA () PEDIATRIA/NEO
() CLÍNICA OBSTÉTRICA () CLÍNICA GERAL () UTI () OUTROS

DIAGNÓSTICO

CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

ABERTURA DE HORÁRIO / CHEGADA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

() ALTA () CÉITO () EVASÃO () SOLICITADO INTERVALAR NO SERVIÇO DE

() SVD () ITF () DECLARAÇÃO



Hospital

Nome do paciente

Anderson Santos Araújo

Leonardo de S. B.
Médico Anestesiologista
CRM/RN 4281

Data operação

Enf.

Cirurgião

Operador

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Diagnóstico pré-operatório

Tipo de operação

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - fístula e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - viceras

Paciente em decúbito dorsal, sob anestesia, antissepsia, estocagem de campo, incisão em face distal do membro E, dissecção por planos, redução e fixação com placas 4,5 de 04 furos e 02 parafusos em fêmur E. Os parafusos fixados, fêmur E e 09.ª costela por placas curvaturas e velfedura.

Manoel Rodrigues Rocha
TEC 0130/CRM 3522

☐	CIRURGIAS MÚLTIPLAS
☐	(0415010012)
☐	ULTRAUMATIZADO
☐	(0415030013)
☐	PROC. CLÍNICO
☒	PROC. CIRÚRGICO
☐	ICBO 225225
☒	CBO 225270
☐	DIAS
☐	CID S42.3



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2- CNES
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA	4- CNES 3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE ANDERSON SANTOS ARAUJO	6- NUMERO DO PRONTUÁRIO 145329		
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 702006355840681	8- DATA DE NASCIMENTO 04/09/1987	9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR PARDA
11- NOME DA MÃE TEREZINHA SANTOS MATIAS DA SILVA	12- TELEFONE DE CONTATO 988469618		
13- NOME DO RESPONSÁVEL TEREZILDA SANTOS MATIAS(MÃE)	14- TELEFONE DE CONTATO		
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA FELIZARDO FIRMINO Nº 120			
16- MUNICÍPIO NATAL	17- BAIRRO NORDESTE	18- UF RN	19- CEP 59042200

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Transtorno de ansiedade (ver CD)

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Transtorno de ansiedade

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

S R

23- DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Transtorno de ansiedade</i>	24- CID 10 PRINCIPAL	25- CID 10 SEGUNDA	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	----------------------	--------------------	------------------------------

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Transtorno de ansiedade</i>	28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
29- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO () CNS () CPF	32- Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- () AC. TRANSITO	39- CNPJ DA SEGURADORA	40- Nº DO BILHETE	41- SERIE
37- () AC. TRABALHO TÍPICO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CHAE DA EMPRESA	44- CBOR
38- () ACI. TRABALHO TRAJETO			

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

Autorização

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

26

CONTEÚDO ORIGINAL
20/08/2008



Prefeitura Municipal do Natal
A nossa cidade

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU 192 NATAL

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **ANDERSON SANTOS DE ARAÚJO** foi vítima de colisão carro x moto, no dia 09/09/2016, aproximadamente às 12h38min, no cruzamento da Avenida Almirante Alexandrino de Alencar com a Prudente de Moraes, Barro Vermelho, nesta Cidade. Tendo sido atendido pelo SAMU 192 Natal, **sob nº de ocorrência 118456/1**, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão e removido para o Hospital Municipal Doutor Newton Azevedo.

Natal, 21 de setembro de 2016.


Alfredo Galvão da Silva Júnior
Coordenador Administrativo SAMU 192 Natal
Matrícula 44.986-5

Rua Potiguares, 300 - Dix Sept Rosado - Natal/RN - CEP: 59054-280
Tel.: (84) 3232-9222 - (84) 3232-9211

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 118456/1

Data: 09/09/2016

CHAMADO

TARM: LUCIANA NUNES FERNANDES

Médico Regulação: JÉSSICA SANTOS DE MEDEIROS

Rádio Operador: VICENTE LINHARES DE ANDRADE

Médico Cena: PAULO HENRIQUE MOURA COSTA LIMA

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 15 (BASE DESCENTRALIZADA SÃO JOÃO)

Equipe VTR: JAILTON CAVALCANTE BARAUNA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
MARCELO SIMÕES DA SILVA - TECNICO DE ENFERMAGEM

☒ Regulação Médica ☐ Trote ☐ Informação ☐ Engano ☐ Queda da ligação ☐ Sem Médico ☐ Transf./Internação ☐ Eletivo

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: BOANERDE

Telefone: (84) 98745-5320

Nome do Paciente:

ANDERSON SANTOS DE ARAÚJO

Idade: *

30 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

☐ Endereço não informado☐ Coordenadas Informadas

Latitude: Longitude:

Endereço: AVENIDA ALMIRANTE ALEXANDRINO DE ALENCAR

Nº: VP

Bairro: BARRO VERMELHO

Outro Bairro:

Referência/Complemento: CRUZAMENTO COM PRUDENTE DE MORAIS

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR NEWTON AZEVEDO

Queixa Paciente: COLISAO CARRO / MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

09/09/2016 12:40:08 - Dr(a). JÉSSICA SANTOS DE MEDEIROS

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: COLISÃO CARRO-MOTO, 01 VÍTIMA NO LOCAL (MOTOQUEIRO), ANDANDO NO QTH. INFORMA QUE ESTÁ COM DORES NO OMBRO, NÃO COSEGUIE MOVER MSE. ORIENTO MANTER-SE AO SOLO E AGUARDAR VTR.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: AMARELO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 2

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:



SINAIS VITAIS / OUTROS ACHADOS

Tipo de APH:

Hipótese Diagnóstica:

TRAUMA - ACIDENTE AUTO X MOTOC

Sinais Vitais:

09/09/2016 13:34

1º PA - 120X70
2º FC - 68
3º FR - 21
4º SAT - 97AA
6º GLASGOW - 15

Antecedentes:

☐ Cardiopatia ☐ Diabetes ☐ Epilepsia ☐ Etilismo ☐ Hipertensão ☐ HIV ☐ Nefropatia ☐ Neoplasia ☐ Pneumopatia ☐ Sequela AVC

Outros Antecedentes:

Nível de consciência:

☐ Normal ☐ Confuso ☐ Torporoso ☐ Inconsciente

Respiração:

☐ Não Respira ☐ Normal ☐ Ruidosa / Dispneia ☐ Via aérea obstruída ☐ Via aérea pérvia

Sudorese:

Coloração da pele:

Sangramento:

-- SELECIONE --

-- SELECIONE --

-- SELECIONE --

Uso de algum Medicamento:

Alergia:

SEM

Prioridade:

Vermelho Laranja Amarelo Verde Azul

Observação:

A OK
B OK
C OK
D OK
E COM CAPACETE, CABEÇA, TX E ABDOME ÍNTEGROS, DEAMBULOU NO QTH, EDEMA E ESCORIAÇÃO EM COTOVELO DIREITO, ALÉM DE DOR EM OMBRO ESQUERDO. COLISÃO DE BAIXO IMPACTO, CINEMÁTICA POUCO IMPORTANTE.

CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?*

Sim Não Não informado

CONDUTA

☐ Atendimento / Residência

☐ Conduta VTR

☐ Remoção / Transferência

Óbito

☐ Endereço não localizado

☐ Evasão do local

☐ Recusa atendimento

☐ Recusa remoção

Removido por terceiros

☐ Trote

Conduta Médico Regulador:

09/09/2016 13:37:47 - PAULO HENRIQUE MOURA COSTA LIMA
GRX NO LOCAL ENQUANTO TENTO CONTATO COM ORTOPEDIA DO HOSPITAL MUNICIPAL.
09/09/2016 13:40:47 - PAULO HENRIQUE MOURA COSTA LIMA
QTI HOSP. MUNICIPAL.

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR NEWTON AZ

Vaga Negada - Motivo:

-- SELECIONE --

H. ligação ao serv prop.:

Recebido por:

☐ Vaga Negada

☐ Vaga Zero

http://samunatal.no-ip.org/SSONatal/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=118456&Digito=1&ReadOnly=1

2/3



(1)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170126314 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANDERSON SANTOS DE ARAUJO

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO ARUANA SEGUROS S/A

BENEFICIÁRIO ANDERSON SANTOS DE ARAUJO

CPF/CNPJ: 08477072450

Posição em 05-04-2017 09:01:22

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 4.725,00

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
04/04/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicinas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

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

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

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)

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

Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

Quesitos

- 1- Quais as lesões sofridas pelo autor?
- 2- As lesões decorreram de acidente de veículo?
- 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente?
- 4- Totalmente ou em parte?
- 5 - Em que percentual?
- 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho?
- 7- A incapacidade é temporária ou permanente?
- 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral?
- 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta?
- 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão para a capacitação laborativa é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: ANDERSON SANTOS DE ARAUJO

1981897 SSP RN

CPF: 084.770.724-50 DATA NASCIMENTO: 04/09/1987

FUNÇÃO: ANTONIO ARAUJO DA SILVA
TEREZILDA SANTOS
NATIAS DA SILVA

PERMISSÃO: ACC CAT. AB

Nº SEGURO: 06879612600 VALIDADE: 24/06/2019 10/02/2010

Observação:

Anderson Santos de Araujo

Assinatura do Portador

LOCAL: NATAL, RN DATA EMISSÃO: 25/06/2014

69019835912
RN701992651

DEPARTAMENTO DE TRANSPORTES DO RIO GRANDE DO NORTE

958329736

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu, ANDERSON SANTOS DE ARAÚJO,
brasileiro(a), portador(a) do RG nº 1981 897, inscrito(a) no
CPF sob o nº 089 770 724-50, residente e domiciliado à Rua
AV Felizardo Ferreira Moura, nº 420,
Nordeste, Natal/RN, CEP
59 042-200, Declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência
financeira, não tendo condições de arcar com custas processuais e honorários
advocatícios sem prejudicar o meu próprio sustento e o da minha família,
consoante o que dispõe a Lei 1.050/1960, e por ser expressão da verdade,
firmo a presente.

Parnamirim/RN, 05 de ABRIL de 2017.

x Anderson Santos de Araújo

Declarante

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e das outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. . 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, hominímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. . 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. . 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. . 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. . 5º - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 29 de agosto de 1983; 162º da Independência e 95º da República.

JOÃO FIGUEIREDO

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

I - CONTRATANTE: ANDERSON SANTOS DE AROUJO
brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 1.981.897, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 084.770.724-50,
residente e domiciliado(a) a AV. Gelizado Ferreira Moura 400
Natal - RN, CEP 59042-200.

II - CONTRATADO: JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES, brasileiro, advogado, inscrito na OAB (RN) sob o nº. 11239 com cadastro no CPF sob o nº 413.039.704-49, com endereço profissional situado à Rua Edgar Dantas 453-A, Santos Reis, Parnamirim/RN, aqui denominado CONTRATADO.

III - OBJETO DO CONTRATO:

Cláusula 1ª. O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços advocatícios, para propositura da Ação de Cobrança do Seguro Obrigatório (DPVAT), na seara JUDICIAL, junto as Seguradoras reponsáveis pelo pagamento de seguro.

IV - DAS ATIVIDADES:

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

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

V - DA DESISTÊNCIA:

Cláusula 3ª. Fica acordado que, em caso de desistência, a parte CONTRATANTE pagará um salário mínimo a título de despesas, no ato da desistência.

VI - DOS HONORÁRIOS:

Cláusula 4ª. Ficam acordadas as partes que os honorários a título de prestação de serviços, serão pagos da seguinte forma: 30% (trinta por cento) na judicial ou acordo realizado entre as partes, se for o caso, tudo, nos exatos termos do art. 22, § 4º, da Lei 8.906/94 e, do provimento 128/15 do TJRN.

Cláusula 5ª. Fica estipulado o valor de até R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais), decorrente das despesas administrativas, a cargo do CONTRATANTE, que será paga ao final do processo, com êxito.

§ 1º. Caso haja morte ou incapacidade civil do CONTRATADO, seus sucessores ou representantes legais receberam os honorários na proporção do trabalho realizado.

Cláusula 6ª Os honorários de sucumbência pertencem ao CONTRATADO nos termos do art. 23 do EOAB, Lei 8.906/94, que poderão de imediato recebê-los em juízo, ou fora dele, ao final da ação, ou promover a competente execução em seu próprio nome, ou em nome do CONTRATANTE, nada tendo este a reclamar ou receber.

Cláusula 7ª. As partes estabelecerão que, havendo atraso no pagamento dos honorários, será cobrada multa de 10% (dez por cento), mais juros na proporção de 1% (um por cento) ao mês.

VII - DA COBRANÇA:

Cláusula 8ª. As partes acordam que facultará ao CONTRATADO, o direito de realizar a cobranças dos honorários por todos os meios admitidos em direito.

VIII - DO FORO:

Cláusula 9ª. Para a solução de questões decorrentes deste Contrato, fica eleito o foro da Cidade de Parnamirim/RN.

E por estarem justas e acertadas, assinam o presente em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Parnamirim/RN, 05 de ABRIL de 2017

x Anderson Santos de Aroujo
CONTRATANTE

JOÃO ROBERTO F. DAS NEVES

Testemunha

Katia da Silva Pereira

CPF:

933.373.614-04

Testemunha

Isabela este Fernandes

CPF:

095.692.554-84