

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS - 30%

CONTRATANTE: Kátia da Silva Soares Bezerra
brasileiro, estado civil Casada, profissão do lar, inscrito(a) no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda (CPF/MF) sob o n.º 031.357.524-02, portador(a) do RG n.º 002.332.538, residente e domiciliado(a) R. Deputado Gastão Mariz, 28, Pta-
nalto 13 de Maio, Mossoró/RN, Telefones: _____

CONTRATADO: Nome: Leonardo Mike Silva Pereira, brasileiro(a) estado civil: solteiro, Profissão: advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 10.615, com endereço profissional à rua Desembargador Dionísio Filgueira n.º 419, bairro Centro, município: Mossoró, RN.

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

I - DO OBJETO DO CONTRATO E DA RESPONSABILIDADE

Cláusula 1ª. O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços advocatícios, para a propositura de **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**.

a) A RESPONSABILIDADE SOBRE A VERACIDADE DOS DOCUMENTOS FORNECIDOS AO CONTRATADO PARA QUE ESTE REALIZE TODOS OS ATOS ATINENTES A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS, É INTEIRA E EXCLUSIVAMENTE DO(A) CONTRATANTE.

II - DAS ATIVIDADES

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

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

III - DAS DESPESAS

Cláusula 3ª. As custas processuais e extrajudiciais que se fizerem necessárias ao ajuizamento da ação e ao recebimento do crédito, tais como custas do processo junto à Justiça Federal (1% - um por cento - do valor requerido) e/ou junto à Justiça Estadual (valor apurado conforme Tabela de Custas Judiciais); custas de reconhecimento de firma nos documentos necessários e autenticações quando estas se fizerem necessárias; custas de perícia contábil necessária ao cálculo do crédito; custas de oficial de justiça, etc., serão suportadas exclusivamente pelo(a) **CONTRATANTE**.

IV - DOS HONORÁRIOS

Cláusula 5ª. O(A) **CONTRATANTE**, em caso de êxito na ação, obriga-se a pagar, a título de prestação de serviço, o valor correspondente ao percentual de **30% (trinta por cento)** sobre efetivo proveito econômico proveniente da Ação.

Cláusula 6ª. Havendo acordo entre o(a) **CONTRATANTE** e a parte **CONTRÁRIA**, não prejudicará o recebimento dos honorários contratados e da sucumbência, devendo ser contabilizado em face do efetivo proveito econômico ou êxito financeiro do **CONTRATANTE**, conforme exemplo supra.



Cláusula 7ª. Os honorários de sucumbência pertencem ao **CONTRATADO**.

Cláusula 8ª. As partes estabelecem que havendo atraso no pagamento dos honorários, serão cobrados juros de mora na proporção de 1% (um por cento) ao mês.

V - DA COBRANÇA

Cláusula 9ª. As partes acordam que facultará ao **CONTRATADO**, o direito de realizar a cobrança dos honorários por todos os meios admitidos em direito.

VI - DA RESCISÃO

Cláusula 10ª. Agindo o(a) **CONTRATANTE** de forma dolosa ou culposa em face do **CONTRATADO**, restará facultado a este, rescindir o contrato, substabelecendo sem reserva de iguais e se exonerando de todas as obrigações.

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

Cláusula 12ª. Em caso de **DESISTÊNCIA** da ação, por parte do(a) **CONTRATANTE**, será devido ao **CONTRATADO** a título de honorários, por assessoria e consultoria jurídica, o percentual de 20% (dez por cento) do valor da ação.

Parágrafo Primeiro. O(a) **CONTRATANTE** deverá ainda, em caso de **DESISTÊNCIA**, ressarcir todas as despesas que o **CONTRATADO** obteve tais como: custas processuais e despesas com análise financeira.

VII - DO FORO

Cláusula 13ª. Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do **CONTRATO**, as partes elegem o foro da comarca de Mossoró/RN;

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor, juntamente com 2 (duas) testemunhas.

Mossoró/RN, ____ de ____ de 20 ____.

Katia da Silva Soares
CONTRATANTE *Bezeno*

CONTRATADO

TESTEMUNHAS:

1) _____
RG: _____
CPF: _____
2) _____
RG: _____
CPF: _____



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu Kátia da Silva Soares Bezerra brasileiro(a),
estado civil: Casada Profissão: do lar, portador(a) do RG
002.332.538, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 031.357.524-02 residente
no(a) R. Deputado Gastão Maviz, nº 28
bairro: Planalto 13 de Maio, município: Mossoró, RN
declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o
pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família,
por isso requeiro os benefícios da assistência judiciária gratuita, nos termos do art. 5º, LXXIV, da
Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

Mossoró/RN, 16/11/2019
Local e Data

Kátia da Silva Soares Bezerra
Assinatura do Outorgante



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Kátia da Silva Soares Bezerra, brasileiro(a),
estado civil: casada Profissão: do lar portador(a) do RG
002.332.538, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 031.357.524-02 residente
no(a) R. Deputado Gastão Mairiz nº 28
bairro: Planalto 13 de Maio, município: Mossoró, RN.

OUTORGADO:

Nome: Leonardo Mike Silva Pereira, brasileiro(a)
estado civil: solteiro Profissão: advogado, inscrito na OAB/RN sob o
número 10.615 com endereço profissional à rua
Desembargador Dionísio Filgueira nº 419
bairro Centro, município: Mossoró, RN.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomela e constitui seu bastante procurador o outorgado, para o fim especial de agir judicialmente e administrativamente, promovendo quaisquer medidas judiciais e administrativas necessárias a garantia dos direitos e interesses do(a) outorgante, propondo as ações que julgar convenientes, defende-lo(a) nas que porventura por ele lhe sejam propostas, para o que lhe confere os mais amplos e ilimitados poderes da cláusula "ad judicium et extra" para o fórum em geral, podendo ainda seu dito advogado transigir, confessar, desistir, fazer acordos, endossar cheques, retirar alvarás e oferecer todos os recursos em direito admitidos, em qualquer instância ou foro, receber e dar quitação, firmar compromisso, bem como substabelecer com ou sem reserva e ainda, requerer os benefícios da assistência judiciária gratuita nos termos da Lei 1.060/50 e 7.115/93. Deixando estipulado neste documento, contrato de risco com o Outorgante que, em caso de êxito, serão pagos a título de honorários advocatícios 30 % (trinta por cento) do valor recuperado. Em caso de pagamento de custas pelo Outorgado os valores serão descontados do êxito e reembolsados pelo Outorgante.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Mossoró/RN, 16/11/2019
Local e Data

Kátia da Silva Soares Bezerra
Assinatura do Outorgante



TERMO DE RESPONSABILIDADE SOBRE O FORNECIMENTO DE DOCUMENTOS

Eu Kátia da Silva Soares Bezerra brasileiro(a),
estado civil Casada profissão: do lar portador(a) do RG
002.332.538 órgão expedidor SSPRN e do CPF: 031.357.524-02 residente
no(a) Deputado Gastão Mairiz nº 28
bairro: Planalto 13 de Maio município: MOSSORÓ, RN
CEP: _____, telefone _____

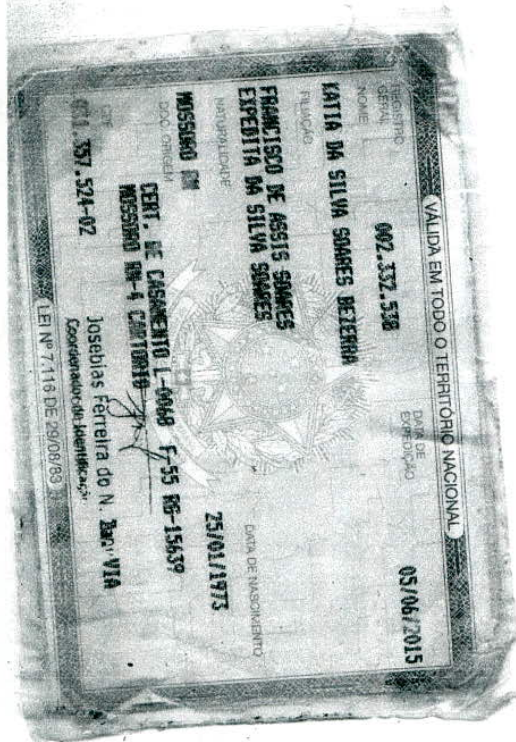
declaro, sob as penas da Lei, que todos os documentos fornecidos ao advogado por mim
constituído para me representar na Ação de Cobrança do Seguro DPVAT, tais como, documentos
pessoais, declarações, Boletim de Ocorrência, documentos médicos, etc., são verdadeiros, e
me comprometo a responder por todos e quaisquer fatos atinentes aos mesmos na forma da
Lei.

MOSSORÓ /RN, 16 de Novembro de 2019.

x Kátia da Silva Soares Bezerra

Assinatura





TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.033 de 19.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro-desemprego e ao fundo de Garantia do tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

161.97476.67-4

9584358


0040

RN

Katia da Silva Soares Bezerra




QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



KATIA DA SILVA SOARES BEZERRA

FILIAÇÃO: FRANCISCO DE ASSIS SOARES
EXPEDITA DA SILVA SOARES

NASCIMENTO: 25/01/1973
ESTADO CIVIL: CASADO
SEXO: FEMININO

NATURALIDADE: MOSSORÓ - RN
DOCUMENTO: R.G. 002332538 SSPDS RN 05/06/2015

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995
CPF: 031.357.524-02
TIT. ELEITOR: 014417131696
SEÇÃO: 0132
ZONA: 0034

LOCAL/ DATA DE EMISSÃO: GRTE MOSSORÓ/RN - 02/07/2015

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO: _____

DATA DE NASC. DE: ____/____/____ PARA: ____/____/____

DOCUMENTO: _____

[MOTIVO]

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

[MOTIVO]

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

[MOTIVO]

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

[MOTIVO]

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA

1 - CANCELAMENTO 2 - CANCELAMENTO 3 - RECONHECIMENTO DE IDENTIDADE 4 - OUTRA DE NATUREZA
5 - SUBSTITUIÇÃO 6 - ADICIONAR 7 - ALTERAR 8 - OUTRA



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE

RUA MERMOSZ, 150, BALDO
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 06.324.196/0001-61
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte-

ARSEP 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE! KATIA DA SILVA SOARES BEZERRA	DATA DE VENCIMENTO 10/05/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 108,35	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 03/05/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 03/05/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 023553922	CONTA CONTRATO 0588170012 CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
ENDEREÇO RUA DEPUTADO GASTAO MARIZ 28 - PLANALTO TREZE DE MAIO/AREA URBANA -59633-630 MOSSORO RN -			

PERÍODO CONSUMO 04/04/2019 a 03/05/2019	CONSUMO 97
---	----------------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 18,00 valor do imposto R\$ 15,87

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
------------------------------	---------------------------

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 0588170012	MÊS/ANO 05/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 108,35	VENCIMENTO 10/05/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838400000014 083500384005 588170012200 012260148133				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



PROTOCOLO RECEBIDO
29 AGO 2019
TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS.





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 0503519

1 - LOCAL E DATA

Local AVENIDA DIX-NEUF ROSADO Bairro CENTRO
Cidade/UF MOSSORÓ P. Ref. GRUPO RODOVIÁRIO
Data 22/05/2019 Hora do acidente 12:12HS Hora do registro 12:20 Dia da semana SEXTA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi KAN0752 Cidade MOSSORÓ UF RN
Marca/Mod. M. BENZ Cor BRANCA Ano 1996/1996
Proprietário COMPANHIA LUCIANA DE OLIVEIRA CARMAL Nº de Ocupantes 25
Condutor FRANCIVALDO TENÓRIO DA COSTA Data de Nasc. 12/02/1974
Endereço RUA MANOEL FRANKLIN Nº 84 Fone 98774-1099
Bairro CENTRO Cidade MOSSORÓ UF RN
CPF Nº 785.375.954-15 CNH Nº 02490985341 Validade 09/10/2023 Categoria AE
Local de Trabalho Retorno Fone 98774-1099
End. RUA MANOEL FRANKLIN Nº 84 Bairro CENTRO Cidade MOSSORÓ

4 - VEÍCULO 02:

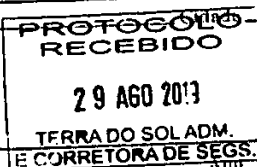
Placa ou Chassi MXN 6553 Cidade MOSSORÓ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor SILAS EMANUEL DA SILVA Data de Nasc. 05/07/1988
Endereço RUA ANTONIO CALISTANO Nº SIN Fone 98740-9384
Bairro Alto Pôrto II Cidade MOSSORÓ UF RN
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

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

6 - VEÍCULO 04:

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



7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

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

Em que sentido? COBOL / REVERSOS

Em que faixa? _____

Versão do condutor O CONDUTOR DO V2 QUE INICIOU A MANOBRAS A DREI-
TA, E V2 ADENHOU BRUSAMENTE NA SUA LATERAL
DIREITA, COME ESSA COLISIA COM SEU VEICULO.

Assinatura do Condutor do V1 FRANCIVALDO TENCO DA COSTA.

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V2 _____

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3 _____

SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

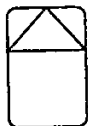
Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4 _____

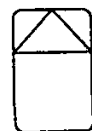


Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente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

AVARIAS DO VEÍCULO 1



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 2



AVARIAS DO VEÍCULO 4



Autenticação Nº do Boletim: 0503519 Nº da Ocorrência: 942067 Data Registro: 27/05/2019 Hora Registro: 08:21:20 Número/Controle: B20DB0E3E8E7F856

11 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☒ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☒ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: ARTM Presenciou: ☒ Fato ☐ Registro
Nome KATIA DA SILVA SOUZA SOARES
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 19 105 1973
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro
Nome _____
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro
Nome _____
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro
Nome _____
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

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

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO AIT Nº _____ CÓD/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

O CONDUTOR E A PASSAGEIRA DE V2 SOFREM ESCORIAÇÕES E TAMBÉM SOFREM AS MÃOS PELA SANGUE. INDIQUEM V. FOI RECHIBO AS RATIS DO XETAN E V2 LEMBRADO APÓS APRESENTAR DOCUMENTAÇÃO.

Nome Completo do Agente CARLOS ALVARO RIVA DE PAULA
POSTO/GRAD.: C3 PM Nº 2001810 Vistura TOROS Subunid.: 330PM
Local e Data 105500 de 11 de MAIO de 2019 Carlos Alexandre Riva de Paula
Assinatura do Agente de Trânsito





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 49682 /2019

Admissão: 20/05/2019 12:42:48

CIRURGIA GERAL - VERMELHO

207653

Paciente: 40724 - KATIA DA SILVA SOUZA SOARES (46 a 1 d)

Nascimento: 19/05/1973

Natural: MOSSORO BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS:

CPF:

Prof:

Mãe: NAOINFORMADO

Pai:

Logradouro: ANTONIO VIEIRA DE SA, 10

CEP: 59607100

Bairro: AEROPORTO

Cidade: MOSSORO

Telefone:

Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: SAMU

Classificação:

20/05/2019 12:40:13

PESO:

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

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: 46 ANOS. VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. DIRETO PRA SALA DE PEQUENA CIRURGIA

Hora: 12:50

Paciente vítima de acidente moto chibito, chegada pelo SAMU em pr
acidente Regime não segue too de capacidade no momento de en
clentes - Regime domado e comite - Regime apensas noiteco.
em tempo regene cler em embos mmil. Paciente não
coconotativa

A - VA pênua e coadme anucal estavel e bem dur

B - mv @ SIRA, bem dur em tórx, bem paup (fratura)

C - estavel homodromicomente FC 95 bpm

D - ECG @, pupila zero - no

C - coconotativa em embos mmil, empulsoção - inametrica
eduma em pênua @, si de mitege

Rhacome pênua, alacow, indolcer RHA

Diagn. Inicial: Trauma em pé @

PRESCRIÇÃO:

VIA HOSPITAL REG. TARCISIO MAIA

ESTA CONFORME ORIGINAL

SAME MOSSORO

SAME / ARQUIV. SINT.

Cal - Sol Rx de joelho @ AP e perfil

2 Rx de pé @ AP e obliquo

- Sol pênua em pênua pênua

Tratamento: Sol pênua

Tratamento: Sol pênua

Tratamento: Sol pênua

Tratamento: Sol pênua

Tratamento: Sol pênua

Tratamento: Sol pênua

Tratamento: Sol pênua

Tratamento: Sol pênua

Tratamento: Sol pênua

Tratamento: Sol pênua

Tratamento: Sol pênua

Tratamento: Sol pênua

Tratamento: Sol pênua

Tratamento: Sol pênua

Tratamento: Sol pênua

Tratamento: Sol pênua

Tratamento: Sol pênua

Tratamento: Sol pênua

Tratamento: Sol pênua

Tratamento: Sol pênua

Tratamento: Sol pênua

Tratamento: Sol pênua

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data:

/19.

Hr:

Médico:

*Gerado via SX por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 20 de Maio de 2019.

(Assinar e Carimbar)

PROTOCOLO RECEBIDO
29 AGO 2013
TERMA DO SOLAUM.
E CORRETORA DE SEGS.

CD 70 T023
COD 0308010019



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 09/01/2020 15:39:14

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010915391447800000050405259

Número do documento: 20010915391447800000050405259

Num. 52247805 - Pág. 13

C C

Alte de Cir. Genl.

Rommel Vieira
Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Clínica Geral
CRM/RN 6362

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ
SAME / ARQUIVO

SECRET

PROCESSED
JAN 2 1968
FBI - NEW YORK





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

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado KATIA DA SILVA

SSMS BEZERRA

foi examinado nesta Unidade às _____ horas, necessitando
de 150 (CENTO E CINQUENTA) dias de afastamento do trabalho, a partir
desta data.

MOJAS 20/05/20
LOCALIDADE E DATA

T.B.6
S82.6

ASS. DO MÉDICO E CARIMBO COM CRM

Dr. Michel de Lima
CRM 7405
RQE 2804
TEOT 5467

NOTA: Este atestado é válido para as finalidade previstas no Art. 86
do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e será
expedido para justificatividade de 1 a 15 dias de afastamento do
trabalho.



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE KATIA DA SILVA SOARES BEZERRA (8 - 2607/2019)	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 207653
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 705802431500339	8 - DATA DE NASCIMENTO 25/01/1973
9 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3	10 - RAÇA/COR PARDA
11 - NOME DA MÃE EXPEDITO DA SILVA SOARES	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD 84 987306147
13 - NOME DO RESPONSÁVEL KATIA DA SILVA SOARES BEZERRA	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) DEPUTADO GASTAO MARIZ, 28 - PLANALTO TREZE DE MAIO	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA MOSSORO	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 240800
18 - UF RN	19 - CEP 59633630

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Perf. 11 Politrans e amputação traumática de S. PSY (12) + descurantia (1) + entorpecimento de S. PSY amputação espinal, tórax + fratura fechada fíbula distal (1).

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO
Ht anexo HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO *20/05/19*

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)
pcose fmo e rax SAME / ARQUIVO

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL
FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPLAS DE UM MEMBRO INFERIOR

24 - CID 10 PRINCIPAL
T02.3

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPI

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
308010019

29 - CLÍNICA
CIR

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
2

31 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
02340033403

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
RODRIGO JALES BARRETO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
20/05/2019

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR
LIGINEY LINO DE OLIVEIRA

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO
(X) CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR
980016001835565

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)





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

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Roberto da Silva Idade: 76 Nº Reg. _____
Serviço: Ortopedia Enº: _____ Leito: 302/01

AO SERVIÇO: _____

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)

Parecer Cardiológico

Pre-OP.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SOME MOSSORÓ
SOME TARCÍSIO

Dr. Benício M. C. Freire
MÉDICO
CRM/RN 7439

Mossoró, 21 de 05 de 20 19

Médico que solicita o parecer

PARECER: Grupo A, limpo, atópico, sem crises cor-
onárias, não há de hipertensão e de
obrigado a diplopia do nariz

do RCR 24 AM $74 = 130 \times 80$ mm, E2 80 mm
do S 120 mm, V 24

ECG: Dentro da normalidade

conclusão: Parecer cirúrgico favorável

21/05/19

Assinado eletronicamente
por: Leonardo Mike Silva Pereira
CRM/RN 4567

Arturo Rosado de Miranda
Cardiologista Internista
CRM 4567



HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 2607 /2019

Prontuário: 207653

Paciente: 40724 - KATIA DA SILVA SOARES BEZERRA

Cartão SUS: 705802431500339

CPF: 03135752402

Dt Nasc: 25/01/1973

Idade: 46 anos 3 meses 26 dias

Sexo: F

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: EXPEDITO DA SILVA SOARES

Nome do pai: FRANCISCO DE ASSIS SOARES

Rua/Av: DEPUTADO GASTAO MARIZ

Complemento: DADOS CORRIGIDOS

Nº: 28

Bairro: PLANALTO TREZE DE
MAIO

CEP: 59633630

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84 987306147 84.987306147

Especialidade: CLINICA CIRURGICA

Unidade: CLINICA CIRURGICA Leito: 302. 06

Responsável: KATIA DA SILVA SOARES BEZERRA -

Usuário: MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA

Admissão: 20/05/2019 15:15:05

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: T02.3 - FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPLAS DE UM MÊMBRO
INFERIOR
308010019 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
BANE MOSSORO
SANE TARDIVO

MOSSORO, 20 de Maio de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 09/01/2020 15:39:14

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010915391447800000050405259>

Número do documento: 20010915391447800000050405259

Num. 52247805 - Pág. 18



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Katia da Silva Soares Bezerra Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: politrauma com lesão traumática do 5º D.C. + dedão do

Indicação terapêutica: amputação de dedo do pé + dedão do + sutura de

dedão do pé R

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador Dr. Rodrigo Faleiro

1ª Auxiliar: Dr. Antônio Pinheiro

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: Dr. João Pinto

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ
SAME ARQUIVO

INTERVENÇÃO

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

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

paciente com trauma por acidente
com lesão no 5º D.C. e dedão do
5º D.C. + dedão do + sutura de
dedão do pé R

lesões e fraturas - fratura de
de MID + imobilização tipo tala rigida pedalar

Dr. João Pinheiro
Cirurgião e traumatologista
Cirurgião de Mão
Cirurgião de Pé





ALERGIA
A DISPIRONA

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Katia da Silva Souza Bezerra Leito: 302-1

DATA	EVOLUÇÃO
20/05/19	(10) amputação 5º dedo + distúrbio de pele (E) + fratura fechada de fêmur distal D + fratura fechada de fêmur esquerdo tibia fêmur S. alergia a dipirone?

PRESCRIÇÃO

302/1

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
	(1) Sulfam			
	(2) SPO, 9% 1000ml sa 08/08/19		10 20	
	(3) Keplon 0,5 sa 06/06/19		(13) 24 (66)	
	(4) Gentamicina 240mg sa 1x/dia		(13)	
	(5) Dipirone 0,2 sa 06/06/19 (suspensa)			
	(6) Tilatil 0,1 sa 12/12/19		05 06 18	
	(7) Diazepam 5mg 02com vo a noite		(20) Prescrição	
	(8) Paracetamol 500mg vo 06/06/19		18	
	(9) Dexamet			
	(10) SPO 1000ml			

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
AME MOSSORÓ
27/05/19
K. S. C.
SAME / ARQUIVO



DATA: 21/05/2019

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

Nome: KATIA DA SILVA SOARES BEZERRA
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC
DATA DA ADMISSÃO: 20/05/19

Leito: 302-1
MOSSORO-RN

46 ANOS
CODIGO: 40724

DATA	EVOLUÇÃO
	<p>2º DIA AMPUTACAO 5º PDL + DESBRIDAMENTO PE E. + FX FECHADA DE FIBULA DISTAL D + ENTORSE JOELHO DIREITO COM AVULSAO ESPINHA TIBIAL JOELHO DIREITO.</p> <p>**ALERGIA A DIPIRONA</p> <p>QP: DOR EM MID + ANSIOSA</p> <p>EF: BEG, COTE, EUPNEICA, NORMOCORADA E AFEBRIL</p> <p>ABD PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO PROFUNDA</p> <p>ECV: RCR EM 2T BNF SEM SOPRO.</p> <p>AR: MV+ EM AMBOS OS HEMITORAX .SRA</p> <p>SITUAÇÃO:</p> <p>SOLICITO PRE-OP</p> <p>SISREG *</p> <p>RISCO CIRURGICO*</p> <p>CD: AGUARDA CIRURGIA</p> <p>VPM</p>

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO
21/05/19
SAME / ARQUIVO

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA VO LIVRE	CLIENTE
2	SF0,9% 2000 ML EV PARA 24 HORAS	19 29 54
3	PARACETAMOL 40GOTAS VO 6/6 HORAS	16 22 04
4	TRAMAL 50MG/ML, 2ML+100 SF 0,9%, 8/8HRS, EV FIXO	14 02 06
5 D1	CLINDAMICINA 600MG DILUIDO EV 6/6 HORAS	16 22 04
6	GENTAMICINA 240MG DILUIDO EV 1XDIA	(SUSPENSO)
6	TILATIL 20MG DILUIDO EV 12/12 HORAS	14 22 04
7	OMEPRAZOL 40MG DILUIDO EV 1XDIA EM JEJUM	OK
8	CLEXANE 40MG SC 1XDIA	OK
9	DIAZEPAM 5MG 02 COMPRIMIDO VO AS 20 HORAS	20:00
10	SSVV + CCGG	CLIENTE
11	ACOMPANHAMENTO COM A PSICOLOGIA	✓

12 CIPROFLOXACINO 400 - 01/06/19 EV 12/12h 10 22

FALTA

Dr. Leonardo M. C. Freire
MÉDICO
CRM/RN 17.15



DATA: 22/05/2019

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

Nome: KATIA DA SILVA SOARES BEZERRA
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC

Leito: 302-1

46 ANOS

DATA DA ADMISSÃO: 20/05/19

MOSSORO-RN

CODIGO: 40724

302/1

DATA	EVOLUÇÃO
	<p>3º DIH AMPUTACAO 5º PDL E + DESBRIDAMENTO PE E. + FX FECHADA DE FIBULA DISTAL D + ENTORSE JOELHO DIREITO COM AVULSAO ESPINHA TIBIAL JOELHO DIREITO.</p> <p>**ALERGIA A DIPIRONA</p> <p>QP: DOR EM MID + ANSIOSA + DISURIA</p> <p>EF: BEG, COTE, EUPNEICA, NORMOCORADA E AFEBRIL</p> <p>ABD PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO PROFUNDA</p> <p>ECV: RCR EM 2T BNF SEM SOPRO.</p> <p>AR: MV+ EM AMBOS OS HEMITORAX .SRA</p> <p>SITUAÇÃO:</p> <p>SOLICITO PRE-OP</p> <p>SISREG *</p> <p>RISCO CIRURGICO BAIXO</p> <p>EAS (21/05/19) 12 LEUCOCITOS/CAMPO</p> <p>CD: AGUARDA CIRURGIA</p> <p>VPM</p>

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORO 22/05/19
SANE / ARQUIVO

302/1

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA VO LIVRE	
2	SFO, 9% 2000 ML EV PARA 24 HORAS	ante
3	PARACETAMOL 40GOTAS VO 6/6 HORAS	10h30
4 D2	CLINDAMICINA 600MG DILUIDO EV 6/6 HORAS	10h30
5 D0	CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12 HORAS (SE FALTA = FAZER GENTAMICINA -- PRESCRICAO ANTERIOR)	10h30
6	TILATIL 20MG DILUIDO EV 12/12 HORAS	10h30
7	OMEPRAZOL 40MG DILUIDO EV 1XDIA EM JEJUM	08
8	CLEXANE 40MG SC 1XDIA	10h
9	DIAZEPAM 5MG 02 COMPRIMIDOS VO AS 20 HORAS	20
10	SSVV + CCGG	
11	ACOMPANHAMENTO COM A PSICOLOGIA	ante

Dr. Leonardo M. S. Pereira
MÉDICO
Cirurgião



DATA: 23/05/2019

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

3021

Nome: KATIA DA SILVA SOARES BEZERRA
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC
DATA DA ADMISSÃO: 20/05/19

Leito: 302-1
MOSSORO-RN

46 ANOS

CODIGO: 40724

DATA	EVOLUÇÃO
	<p>4º DIH AMPUTACAO 5º PDL E + DESBRIDAMENTO PE E. + FX FECHADA DE FIBULA DISTAL D + ENTORSE JOELHO DIREITO COM AVULSAO ESPINHA TIBIAL JOELHO DIREITO.</p> <p>**ALERGIA A DIPIRONA QP: DOR EM MID + ANSIOSA + DISURIA EF: BEG, COTE, EUPNEICA, NORMOCORADA E AFEBRIL ABD PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO PROFUNDA ECV: RCR EM 2T BNF SEM SOPRO. AR: MV+ EM AMBOS OS HEMITORAX .SRA SITUAÇÃO: LABORATORIO (22/05/19): HB: 8.2 LEUCO: 7000 PLAQ: 196.000 UREIA: 17 CR: 0.6 TGO: 45 TGP: 19 GLICOSE: 85 SISREG * RISCO CIRURGICO BAIXO EAS (21/05/19) 12 LEUCOCITOS/CAMPO CD: AGUARDA CIRURGIA VPM</p>

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA VO LIVRE	
2	SFO,9% 2000 ML EV PARA 24 HORAS	1º 2º 3º 4º
3	PARACETAMOL 40GOTAS VO 6/6 HORAS	10 16 22 (04)
4 D3	CLINDAMICINA 600MG DILUIDO EV 6/6 HORAS	10 16 22 (04)
5 D1	CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12 HORAS	10 22
6	TILATIL 20MG DILUIDO EV 12/12 HORAS	10 22
7	OMIEPRAZOL 40MG DILUIDO EV 1XDIA EM JEJUM	(06)
8	CLEXANE 40MG SC 1XDIA	10
9	DIAZEPAM 5MG 02 COMPRIMIDOS VO AS 20 HORAS	20
10	SSVV + CCGG	
11	ACOMPANHAMENTO COM A PSICOLOGIA	
12	02 CONCENTRADOS DE HEMACIAS EV	

Fabiano Dantas de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
TECH 1517
CRM/RN: 6672



DATA: 24/05/2019

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

Nome: KATIA DA SILVA SOARES BEZERRA 46 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 302-1
DATA DA ADMISSÃO: 20/05/19 MOSSORO-RN CODIGO: 40724

DATA	EVOLUÇÃO
	<p>5º DIH AMPUTACAO 5º PDL E + DESBRIDAMENTO PE E. + FX FECHADA DE FIBULA DISTAL D + ENTORSE JOELHO DIREITO COM AVULSAO ESPINHA TIBIAL JOELHO DIREITO.</p> <p>**ALERGIA A DIPIRONA QP: DOR EM MID + ANSIOSA. EF: BEG, COTE, EUPNEICA, NORMOCORADA E AFEBRIL ABD PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO PROFUNDA ECV: RCR EM 2T BNF SEM SOPRO. AR: MV+ EM AMBOS OS HEMITORAX .SRA. SITUAÇÃO: LABORATORIO (22/05/19): HB: 8.2 LEUCO: 7000 PLAQ: 196.000 UREA: 17 CR: 0.6 TGO: 45 TGP: 19 GLICOSE: 85 SISREG * RISCO CIRURGICO BAIXO EAS (21/05/19) 12 LEUCOCITOS/CAMPO AGUARDA CIRURGIA CD: SOLICITO HB + HT CONTROLE POS TRANSFUSIONAL VPM</p>

	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA VO LIVRE	
2	SFO,9% 2000 ML EV PARA 24 HORAS	
3	PARACETAMOL 40GOTAS VO 6/6 HORAS	
4 D4	CLINDAMICINA 600MG DILUIDO EV 6/6 HORAS	
5 D2	CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12 HORAS	
6	TILATIL 20MG DILUIDO EV 12/12 HORAS	
7	OMEPRAZOL 40MG DILUIDO EV 1XDIA EM JEJUM	
8	CLEXANE 40MG SC 1XDIA	
9	DIAZEPAM 5MG 02 COMPRIMIDOS VO AS 20 HORAS	
10	SSVV + CCGG	
11	ACOMPANHAMENTO COM A PSICOLOGIA	
12	REPOSIICIONAR TALA E FAZER CURATIVO	

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SOME MOSSORO 22/05/19
SOME / ARQUIVO

(13) ASESAR ACESSO VENTRO PERITONEICO
(14) TROCAR TALA INGUINO POROVAL
(15) ALTA MÉDICA

Diego Ariel de Lima
CRM-RN 1498
RQE 2804
TEOT - 15367



LABORATÓRIO DO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
RUA PROJETADA, SN BAIRRO AEROPORTO - MOSSORÓ/RN

302-1

Paciente: KATIA DA SILVA SOARES
Origem: CLINICA CIRURGICA GERAL
Solicitante: CRM: 0/
Coleta em: 21/05/2019 15:24:56

Sexo: FEMININO
Protocolo: 56286
Idade:
Coleta Nº: 0012.0007

Material: Urina

Método:

Referências

SUMARIO DE URINA

CARACTERES FISICOS

VOLUME.....	10 ml	
COR.....	AMARELO CLARO	AMARELO
ASPECTO.....	LIGEIRAMENTE TURVO	LÍMPIDO
PH.....	6,0	5,0 - 6,0
DENSIDADE.....	1.030	1.015 - 1.025

PESQUISAS BIOQUIMICAS

PROTEINAS.....	AUSENTE g/L	AUSENTE
GLICOSE (URINA).....	AUSENTE	AUSENTE
LEUCOCITOS.....	AUSENTE	AUSENTE
CORPOS CETONICOS.....	AUSENTE	AUSENTE
HEMOGLOBINA.....	AUSENTE	AUSENTE
BILIRRUBINA.....	AUSENTE	AUSENTE
UROBILINOGENIO.....	NORMAL	0,2 - 1,0 mg/dL
NITRITO.....	NEGATIVO	NEGATIVO

SEDIMENTOSCOPIA

CELULAS EPITELIAIS.....	ALGUMAS p/c.	RARAS
FLORA BACTERIANA.....	MODERADA	NORMAL
URATOS AMORFOS.....	NEGATIVO	AUSENTE
FIOS MUCOSOS.....	AUSENTES	
HEMACIAS.....	3 p/c.	Até 5 p/ campo
LEUCOCITOS.....	12 por campo	Até 5 por campo



FATIMA TEREZA RÉGIO NUNES

CRF/RN 2702

OS RESULTADOS DOS EXAMES LABORATORIAIS DEVEM SER INTERPRETADOS PELO (A) SEU (SUA) MÉDICO (A)



LABORATÓRIO DO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
RUA PROJETADA, SN BAIRRO AEROPORTO - MOSSORÓ/RN

Paciente: KATIA DA SILVA SANTOS
 Origem: CLINICA CIRURGICA GERAL
 Solicitante: CRM: 0/
 Coleta em: 22/05/2019 09:05:56

Sexo: FEMININO Idade: 46 a 3 m
 Protocolo: 56330
 Coleta Nº: 0012.0002

Material: Sangue total

Método: Automatizado :MICROS 60

Referências

HEMOGRAMA COMPLETO

302/1

ERITOGRAMA

HEMACIAS.....	2,82 Milhões/mm ³	Normal	4,00 a 5,50
HEMOGLOBINA.....	8,2 g/dL	Mulher	11,50 a 16,00
		Homem	13,00 a 18,00
HEMATOCRITO.....	25,1 %	Mulher	36,00 a 48,00
		Homem	39,00 a 52,00
VCM.....	89,0 µm ³	Normal	80,00 a 98,00
HCM.....	29,1 pg	Normal	26,00 a 34,00
CHCM.....	32,7 g/dL	Normal	31,00 a 35,00
RDW.....	15,0 %	Normal	11,00 a 15,00

LEUCOGRAMA

LEUCOCITOS.....	7000 /mm ³	Normal	4000 a 11000
PROMIELOCITOS.....	00% = 0 /mm ³	0 a 0 %	0 a 0 mm ³
MIELOCITOS.....	00% = 0 /mm ³	0 a 0 %	0 a 0 mm ³
METAMIELOCITOS.....	00% = 0 /mm ³	0 a 0 %	0 a 0 mm ³
BASTOES.....	02% = 140 /mm ³	0 a 6 %	0 a 550 mm ³
SEGMENTADOS.....	67% = 4690 /mm ³	45 a 65 %	1800 a 7000/mm ³
LINFOCITOS.....	21% = 1470 /mm ³	20 a 40 %	1000 a 4400
LINFOCITOS ATÍPICOS.....	00% = 0 /mm ³	0 a 2 %	0 a 200/mm ³
EOSINOFILOS.....	02% = 140 /mm ³	1 a 4 %	40 a 550/mm ³
BASOFILOS.....	00% = 0 /mm ³	0 a 2 %	0 a 200/mm ³
MONOCITOS.....	08% = 560 /mm ³	4 a 8 %	200 a 800/mm ³

CONTAGEM DE PLAQUETAS

PLAQUETAS.....	196 mil/mm ³	Normal	150 a 450
HIPOCROMIA			

[Assinatura]

EVETON MARDER LIMA VIANA
 CRBM 2519

OS RESULTADOS DOS EXAMES LABORATORIAIS DEVEM SER INTERPRETADOS PELO (A) SEU (SUA) MÉDICO (A)



LABORATÓRIO DO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
RUA PROJETADA, SN BAIRRO AEROPORTO - MOSSORÓ/RN

Paciente: **KATIA DA SILVA SANTOS**
Origem: **CLINICA CIRURGICA GERAL**
Solicitante: **CRM: 0/**
Coleta em: **22/05/2019 09:05:56**

Sexo: **FEMININO** Idade: **46 a 3 m**
Protocolo: **56330**
Coleta N°: **0012.0002**

Material: Soro	Método: Enzimático	Referências
UREIA.....	17 mg/dL	NORMAL 10,00 a 40,00
Material: Soro	Método: Enzimático	Referências
CREATININA.....	0,60 mg/dL	NORMAL 0,70 a 1,20
Material: Soro	Método: Enzimático	Referências
TGO.....	45 U/L	MULHER 13,00 a 35,00 HOMEM 15,00 a 40,00
Material: Soro	Método: Enzimático	Referências
TGP.....	19 U/L	MULHER 7,00 a 35,00 HOMEM 10,00 a 40,00
Material: Soro	Método: Enzimático	Referências
GLICOSE.....	85 mg/dL	NEONATAL, PREMATURO 25,00 a 80,00 NEONATAL À TERMO 30,00 a 90,00 CRIANÇAS 70,00 a 105,00 NORMAL 70,00 a 99,00



EVETON MARDER LIMA VIANA
CRBM 2519

OS RESULTADOS DOS EXAMES LABORATORIAIS DEVEM SER INTERPRETADOS PELO (A) SEU (SUA) MÉDICO (A)



LABORATÓRIO DO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
RUA PROJETADA, SN BAIRRO AEROPORTO - MOSSORÓ/RN

302-1

Paciente: KATIA DA SILVA SOARES BEZERRA

Sexo: FEMININO

Idade: 46 a 3 m

Origem: CLINICA CIRURGICA GERAL

Protocolo: 56528

Solicitante: CRM: 0/

Coleta em: 24/05/2019 08:44:13

Coleta Nº: 0012.0001

Material: Sangue total

Método: Automatizado :MICROS 60

Referências

HEMATOCRITO.....

27,5 %

Mulher 36,00 a 48,00
Homem 39,00 a 52,00

Material: Sangue total

Método: Automatizado :MICROS 60

Referências

HEMOGLOBINA.....

9,2 g/dL

Mulher 11,50 a 16,00
Homem 13,00 a 18,00

RITA DE CASSIA F B ALBUQUERQUE

CRF/RN 2027

OS RESULTADOS DOS EXAMES LABORATORIAIS DEVEM SER INTERPRETADOS PELO (A) SEU (SUA) MÉDICO (A)



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 09/01/2020 15:39:14

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010915391447800000050405259>

Número do documento: 20010915391447800000050405259



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

PEDIDO
DE
EXAME

NOME: KATIA DA SILVA SOARES MATRÍCULA: _____

IDADE 46 AMBULATÓRIO ☐ ENFERMARIA CC

SEXO F SAU ☐ LEITO 307-1

NATUREZA DO EXAME:

ECG

INDICAÇÃO CLÍNICA:

Pré-af

Dr. Leonardo M. C. Freire
MÉDICO
CRM/RN 7439

DATA: 21/05/19

REQUISITANTE: _____

CRM: _____



HEMOCENTRO DE MOSSORÓ

Rua Projetada, s/n - Aeroporto - CEP: 59.607-100
Mossoró/RN - Telefax: (84) 3315-3428/3315-3421
Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Saúde

Terminou 22:30h

12 bolsa

NOME		REGISTRO		CONVÊNIO			
<u>Katia da Silva Soares</u>		<u>BERENICE</u>					
HOSPITAL		CLÍNICA		LEITO			
<u>HRTM</u>							
PEDIDO		QUANTIDADE					
<u>CH</u>		<u>303 ml</u>					
GRUPO E Rh DO PACIENTE	<u>O</u>	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>AB</u>	<u>Rh +</u>	<u>Du</u>	COOMBS INDIRETO
GRUPO E Rh DO DOADOR	<u>O</u>	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>AB</u>	<u>Rh +</u>	<u>Du</u>	COOMBS INDIRETO
Nº DA BOLSA	PROVA DE COMPATIBILIDADE		DATA		SAÍDA		
<u>1024390516039</u>			<u>23.05.19</u>		<u>Leone, Guedes</u>		

DATA: ____/____/____ HORA: ____ RESP: ____

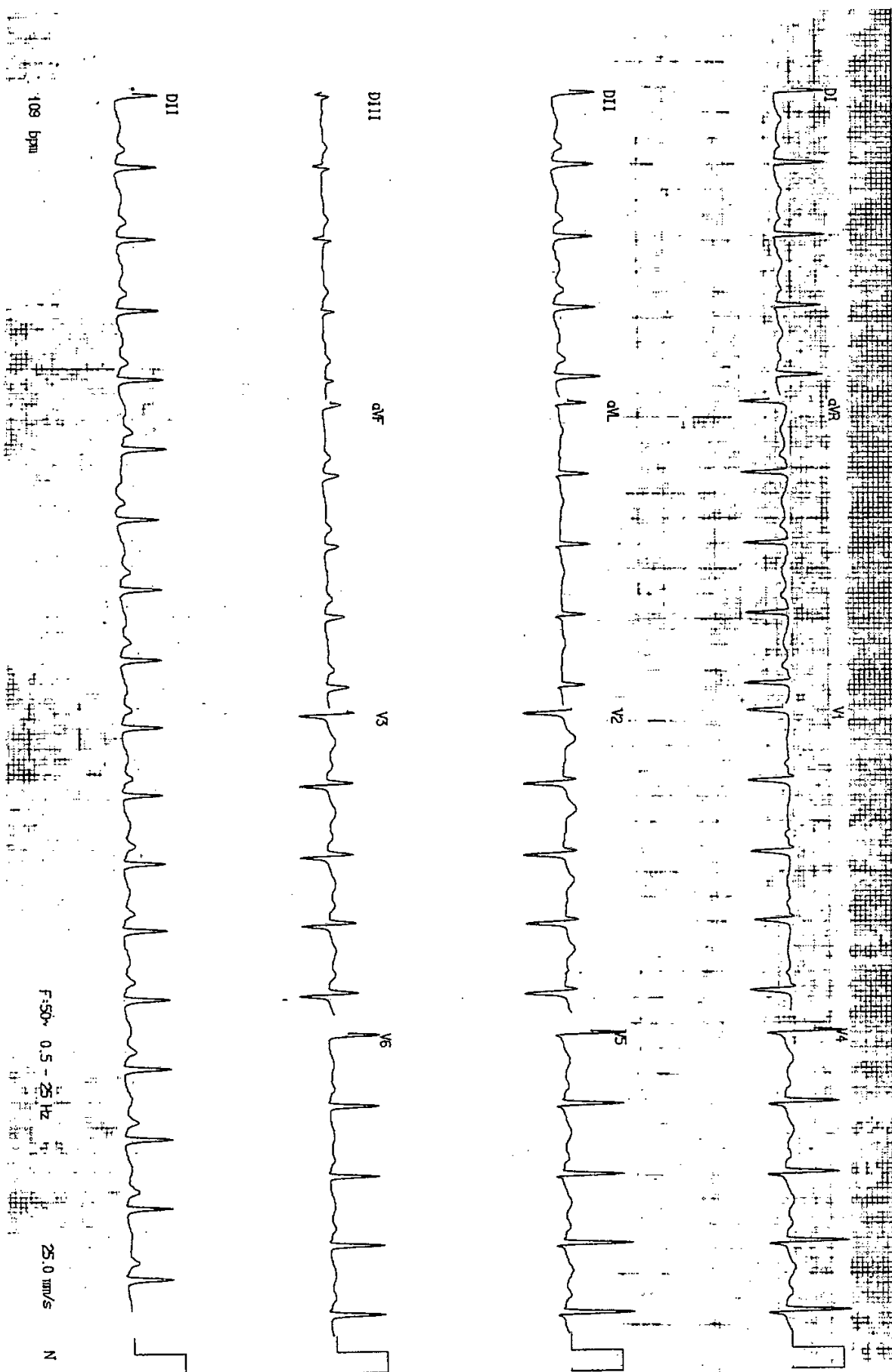
OBS.: QUALQUER ANORMALIDADE VERIFICADA NA TRANSFUSÃO DESTE SANGUE DEVERÁ SER COMUNICADA AO HEMOCENTRO IMEDIATAMENTE DEVOLVENDO A BOLSA ACOMPANHADA DESTE PAPEL



21/05/2019 15:02

46 anos
Sexo: F
KATIA DA SILVA SOARES BEZERRA

HRM





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SESAP - Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia

FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

20/05/19	
DATA DE ENTRADA	HORA

Nome do Usuário:* Kátia da Silva Soares Bezerra		Naturalidade: Mossoró/RN	
Filiação* Francisco de Assis Soares Expedita da Silva Soares			
Estado Civil:* casada	Data de Nascimento:* 25/07/1973	Idade: 46	Sexo: F M
Endereço:* Rua Dep. Gostão Meiriz		Renda Mensal R\$:	
Bairro:* Planalto 13 de maio	Cidade:* Mossoró	Profissão: vendedora	
Ponto de Referência:			
CNS - Cartão Nacional do SUS:*	CPF:* 033.357.524-02	RG:* 002.332.538	
Telefone para contato:* 99936-8855			
Pessoa Responsável:* Marta Madalena Bezerra da Silva Filha	Grau de parentesco: filha	Telefone:* 99730-6147	

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

CASA	/	PRÓPRIA	/	ALUGADA		CEDIDA		TELEFONE	
ÁGUA	/	LUZ	/	TAIPA		ALVENARIA	/		
NÚMERO DE PESSOAS QUE RESIDEM	3	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO	/	IDOSO	

PROCEDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

CRACHÁ		REFEIÇÃO		NORMAS E ROTINAS		ORIENTAÇÃO		
MOTIVO DA INTERNAÇÃO:* Trat. Tossido								
CLÍNICA		LEITO	303-1					
Observações:								

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME / ARQUIVO

Data: 21/05/19

Assistente Social





(/)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPrensaTRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados e o parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190506280 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA KATIA DA SILVA SOARES BEZERRA

COBERTURA Invalidez

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

BENEFICIÁRIO KATIA DA SILVA SOARES BEZERRA

CPF/CNPJ: 03135752402

Posição em 13-11-2019 15:20:08

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX



Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00



Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/09/2019	R\$ 5.062,50	R\$ 0,00	R\$ 5.062,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
30/10/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/P4Z0k3GVVeS420mNqeMtiapi_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4OZPuF0jgTiDD__GaHUhowmM=)
05/10/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/RZN4cvze3OW71t__OTjapi_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4OZPuF0jgTiDD__GaHUhowmM=)



26/09/2019	NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/r43YKxiCT9oHb59ja7+Uapi_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4OZPuF0jgTiDD__GaHUhowmM=)
08/09/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/CgMxa__2S4y9yVZpZ1apHapi_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4OZPuF0jgTiDD__GaHUhowmM=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8)



(https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital)

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



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

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicadas.aspx)
 Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
 Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
 Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
 Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

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

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)



- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefonos-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)
- › Consumidor.gov (<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)





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

[Seguro obrigatório - DPVAT]

PROCESSO Nº 0800304-44.2020.8.20.5106

DESPACHO

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15(quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 15(quinze) dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida(CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo comum de 15(quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.



Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz(CPC, art. 178, II), dê-vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05(cinco) dias.

Adotadas as supra-expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 9 de janeiro de 2020.

UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES

Juíza de Direito em substituição legal





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

[Seguro obrigatório - DPVAT]

PROCESSO Nº 0800304-44.2020.8.20.5106

DESPACHO

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15(quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 15(quinze) dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida(CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo comum de 15(quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.



Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz(CPC, art. 178, II), dê-vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05(cinco) dias.

Adotadas as supra-expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 9 de janeiro de 2020.

UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES

Juíza de Direito em substituição legal

