

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS - 30%

CONTRATANTE: Leonardo Matias de França
brasileiro, estado civil união estável, profissão agricultor, inscrito(a) no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda (CPF/MF) sob o n.º 061.462.434-77 portador(a) do RG n.º 002.447.735, residente e domiciliado(a) R. São Francisco, n.º 2, Sabia, Upanema/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 inclusas na prestação de serviço objeto deste instrumento, são todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam:

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

III - DAS DESPESAS

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

IV - DOS HONORÁRIOS

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

Cláusula 6ª. Havendo acordo entre o(a) **CONTRATANTE** e a parte **CONTRÁRIA**, não prejudicará o recebimento dos honorários contratados e da sucumbência, devendo ser 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** o título de honorários, por assessoria e consultoria jurídica, o mesmo percentual estipulado na cláusula 5ª do presente contrato.

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

Leonardo Mike Silva Pereira
CONTRATANTE

CONTRATADO

TESTEMUNHAS:

1)

RG:

CPF:

2)

RG:

CPF:



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu Leonardo Matias de França brasileiro(a),
estado civil: união est. Profissão: agricultor portador(a) do RG
002.447.735 órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 061.462.434-77 residente
no(a) R. São Francisco nº 2
bairro: Sabão município: Upanema, 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, 08/12/2019
Local e Data

Leonardo Matias de França
Assinatura do Outorgante



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Leonardo Matias de França, brasileiro(a),
estado civil: União est. Profissão: agricultor portador(a) do RG
002.447.735 órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 061.462.424-77 residente
no(a) R. São Francisco nº 2
bairro: Sabá município: Upanema, 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 319
bairro Centro município: Mossoró, RN.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado, para o fim especial de agir judicialmente e administrativamente, promovendo quaisquer medidas judiciais e administrativas necessárias a garantia dos direitos e interesses do(a) outorgante, propondo as ações que julgar convenientes, defende-lo(a) nas que porventura por ele lhe sejam propostas, para o que lhe confere os mais amplos e ilimitados poderes da cláusula "ad judicia 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, 09/12/2019
Local e Data

Leonardo Matias de França
Assinatura do Outorgante



TERMO DE RESPONSABILIDADE SOBRE O FORNECIMENTO DE DOCUMENTOS

Eu Leonardo Matias de França, brasileiro(a),
estado civil: união est. profissão: agricultor portador(a) do RG
002447735, órgão expedidor: SSP/RN e do CPF: 061.462.434-77 residente
no(a) R. São Francisco nº 2
bairro: Sabão, município: Upanema, RAI
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, 09 de Dezembro de 2019.

Leonardo Matias de França
Assinatura



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 002.447.735 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/01/2003

NOME
LEONARDO MATIAS DE FRANCA

FILIAÇÃO
MANOEL JULIMAR MATIAS DE SOUZA
MARIA DA NATIVIDADE FRANCA DE SOUZA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
MOSSORO RN 18/05/1986

DIG. ORIO NASCIM L0017 F-105 RG-005151
UPANEMA RN 01 CARTORIO

CPF 131100 4

José Galba Silveira
SUB-DELEGADO REGIONAL
LEMP: MOSSORO - RN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
061.462.434-77

Nome
LEONARDO MATIAS DE FRANCA

Nascimento
18/05/1986

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Sistema Único de Saúde

LEONARDO MATIAS DE FRANCA

Data Nas.: 18/05/1986 Sexo: M

705 4034 3524 7993

DISQUE SAÚDE 136

Exercício de uso pessoal e intransferível. Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque-Saúde.

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SUS

UPANEMA

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE UPANEMA/RN
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UPANEMA/RN

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário que o (a) Sr.(a)

Leonardo Matias de Franca

residente no (a)

P-A Saleiro

cidade de

Upanema CEP - 59670-000 é cadastrado (a) na Unidade de Saúde

ESF IV

, sob o número do prontuário

6189

CNS 705403435247993.

Upanema/RN, 08/07 / 19.

Elinne Gonçalves B. Freire

Enfermeira

COREN/RN 471391

Ass. do Responsável



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 22/01/2020 08:53:37

<https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012208533713100000050707453>

Número do documento: 20012208533713100000050707453

**COSERN**

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA • FATURA • NOTA FISCAL

Companhia Energética de Rio Grande do Norte
Rua Memoz, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

FRANCIELE VIEIRA FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SAO FRANCISCO 2

CPF 081.936.634-03

SABIA/AREA RURAL
UPANEMA RN
59670-000**CLASSIFICAÇÃO**B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO MÊS/ANO

0851995498

07/2019

DATA DE VENCIMENTO

DATA PRÓXIMA PAGAMENTO

16/07/2019

08/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

100,93

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
028780586	ÚNICA	08/07/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
09/07/2019	3000888550	1551057

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	134,0000000	0,86692612	69,36
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,55
Contrib. Ilum. Pública Municipal			10,22
Multa por atraso-NF 025322543 - 07/08/19			1,87
Juros por atraso-NF 025322543 - 07/08/19			0,08
Atualização IGPM-NF 025322543 - 07/08/19			0,01
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.439/2002			-0,96

TOTAL DA FATURA

100,93

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
869327	CAT	07-06-2019	12.910,00	09-07-2019	13.044,00	32	1,00000				134,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano kWh
JUL 19 134
JUN 19 133
MAR 19 118
ABR 19 106
MAR 19 118
FEV 19 102
JAN 19 108
DEZ 19 111
NOV 19 111
OUT 19 96
SET 19 108
AGO 19 101
JUL 19 114

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	19,20	16,19
PIS	1,11	0,39
COFINS	5,20	4,57

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	32,71	36,38%
Transmissão	3,30	3,77%
Distribuição (COSERN)	21,38	23,76%
Perdas de Energia	5,73	6,37%
Encargos Setoriais	4,96	5,52%
Tributos	21,74	24,18%
Total	88,81	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo (kWh)

0,50553000

RESERVAÇÃO AO FISCO

003E 622B FA33 BCE8 B0B1 468E C245 C3E4

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você as contas governamentais, sua municipal, estado, centro, participante dos imóveis, sua fatura de luz de trabalho, 21, pagando a fatura completa em www.cosern.com.br. O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data de leitura e bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.anel.gov.br. O cliente é compensado quando há variação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Paga em atraso para multa 1% (RESOLUÇÃO JUCS 154/2012) e atualização monetária no pro. Para o Cliente a compensação quando há o acerto pontual do prazo de faturação e os padrões de atendimento comercial.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL nº 474/2012), tarifas, produtos, serviços e prestações e tributos de energia elétrica de distribuição para consumo final devem ser consultados no site www.cosern.com.br.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONSUMO	VALOR ANUALIZADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DTC	0,00	10,58	21,17	42,34
PIE	0,00	7,44	14,89	29,78
OMIG	0,00	6,68	0,00	0,00

Limite DTCR 18,00

EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 34,12

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	202 231

CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)

0851995498 07/2019 16/07/2019 100,93

83820000001-0 00930038400-2 85199549820-8 01553639773-0



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 22/01/2020 08:53:37

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012208533713100000050707453>

Número do documento: 20012208533713100000050707453



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR – DPCIN
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE UPANEMA/RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 074/2019

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Local da Ocorrência: Estrada Carroçável que dá acesso ao PA SABIÁ, zona rural de Upanema-RN.

→ **Data da Ocorrência:** 05 de julho de 2019, por volta das 08h30min.

Nome do Comunicante: LEONARDO MATÍAS DE FRANÇA, PORTANDO O RG 2.447.735 ITEP/RN e CPF 061.462.434-77, brasileiro, União estável, agricultor, data de nascimento 18/05/1986, natural de Mossoró-RN, filho de Manoel Julimar Matias de Souza e de Maria da Natividade de França de Souza, residente e domiciliado no PA Sabiá, 02, zona rural de Upanema/RN, fone (84) 9.9603-8292

Vítima: O COMUNICANTE

Acusado: A esclarecer

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

O comunicante compareceu a esta Unidade Policial para noticiar que foi vítima de um acidente de trânsito, relatando que estava conduzindo a motocicleta da sua compnheira, pela estrada carroçável que dá acesso ao PA Sabiá, zona rural de Upanema-RN quando ao se aproximar de uma curva acentuada, um veículo tipo automóvel trafegava em sentido contrário, fez com que ele comunicante perdesse o controle da motocicleta. O declarante informa que não se recorda do que aconteceu; Que só tornou quando estava na unidade de saúde desta cidade de Upanema; Que o outro veículo não foi identificado; Que foi socorrido para a unidade de saúde por seu genitor e a pessoa de Giliarde Lopes da Silva que vinham logo atrás. Que foi transferido logo em seguida para o hospital Tarcisio Maia, na cidade de Mossoró com fratura no braço direito; O veículo o qual o comunicante conduzia é tipo MOTOCICLETA, marca e modelo HONDA/POP 100, ANO/MODELO 2010/2010, placa NNV9F87, UPANEMA/RN, RENAVAM 00234013966, CHASSI 9C2HB0210AR531687; EM NOME DE FRANCILENE VIEIRA FERNANDES. O comunicante informa que sempre utiliza a motocicleta pra se deslocar para o trabalho. Motivo pelo qual registra o presente B.O. Nada mais disse, nem lhe foi perguntado.

TESTEMUNHA: GIÇARDE LOPES DA SILVA, residente no PA Sombreiro, 07, zona rural de Upanema-RN.

OBS: As informações acima mencionadas são de inteira responsabilidade do comunicante.

Data e Horário do Registro: 17 de julho de 2019, às 11h09min.

Comunicante: _____

Registrante: _____

APC – JOZIVAN COSME DE MEDEIROS Mat. 96.4913



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 014373648952
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 2 COD. RENAVAM 00234013966 RNTRO ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
FRANCILENE VIEIRA FERNANDES

CPF/CNPJ
081.936.634-03

PLACA
NNV9F87

PLACA ANT/UF
NNV9587/RN

CHASSI
9C2HB0210AR531687

ESPECIE TIPO
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/POF100

ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2010

CAP/POT/CIL
0CV/37 CILINDRADAS

CATEGORIA
PARTICULAR

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA
R\$ 0.00

VENC. COTA ÚNICA
08/08/2019

VENC./COTAS
1º PAGO

FAIXA I.P.V.A.
002824-3X

PARCELAMENTO/COTAS
R\$ *****

2º PAGO

3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: HB02E1A531687

UPANEMA/RN

DATA

03/05/2019

Carlos Silvestre da Silva
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN-RN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014373648952 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO
2018

DATA EMISSÃO
03/05/2019

VIA
2

CPF / CNPJ
081.936.634-03

PLACA
NNV9F87

RENAVAM
00234013966

MARCA / MODELO
HONDA/POF100

ANO FAB.
2010

CAT. TARIF.
9

Nº CHASSI
9C2HB0210AR531687

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)

☐ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.608/0001-04

AGO-2018





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1536 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 024 01 95

Eu, Franciele Vieira Fernandes
RG nº 28.50.803, data de expedição 20/06/06
Órgão Step RN, portador do CPF nº 083.936.634-03
com domicílio na cidade de Upanema, no Estado de
Rio Grande do Norte, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua São Francisco, nº 2
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Leonardo Matias de Franca, cujo o condutor era
Leonardo Matias de Franca
Veículo: Moto Modelo: Honda / Pop 300 Ano: 2010
Placa: NNV 9F 87 Chassi: 9C24B0250AR533687
Data do Acidente: 05/07/19

Local e Data: Motório - RN 03/09/2019

Franciele Vieira Fernandes
Assinatura do Declarante

Leonardo Matias de Franca
Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



SERVICO ÚNICO NOTARIAL E REGISTRAL
Avenida Antonio Vitorino, 99, Centro, CEP nº 59670-000
(84) 3325-0240



RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de: **LEONARDO MATIAS DE FRANCA**; Por ter sido posta em minha presença. Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjn.jus.br> - Selo Digital: RN201900954710000741NUU

Upanema/RN, 24 de Julho de 2019 - 14:50.

Elde Manoella Eufrazin Ribeiro - Escrevente Autorizada



SERVICO ÚNICO NOTARIAL E REGISTRAL
Avenida Antonio Vitorino, 99, Centro, CEP nº 59670-000
(84) 3325-0240



RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de: **FRANCIELE VIEIRA FERNANDES**; Por ter sido posta em minha presença. Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjn.jus.br> - Selo Digital: RN201900954710000742QHM

Upanema/RN, 24 de Julho de 2019 - 14:55.

Elde Manoella Eufrazin Ribeiro - Escrevente Autorizada



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 22/01/2020 08:53:37

<https://pje1g.tjn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012208533713100000050707453>

Número do documento: 20012208533713100000050707453

SUS - RN

FICHA DE REFERENCIA HOSPITALAR

Unidade solicitante: U.M.S. RAIMUNDO NOUATO CANDIÃO Município: URANENA

UNIDADE: _____ PRONTUÁRIO: _____ FAMÍLIA: _____

Nome do Paciente: LEONARDO MATIAS DE FRANÇAEndereço: PA. SOMBREIROIdade: 33 ANOS Sexo: M CEP: 59.670.000 FONE: _____RESUMO CLÍNICO: PACIENTE VITIMA DE QUEDA MOTOResultados dos Exames: EXAME FÍSICO + RXDiagnóstico Provável: FRATURA METACARPO

Médico solicitante

CRM

AGENDAMENTO AO HOSPITAL: _____ Município: _____

Especialidade: _____ Leito: _____ às _____ Data do dia: ____/____/____

Assinatura do Médico
Secretaria Municipal de Saúde
URANENA - RN
DATA: ____/____/____

SUS - RN

FICHA DE REFERENCIA HOSPITALAR

Hospital de Referência: _____ Município: _____

Unidade: _____ Prontuário: _____ Família: _____

Nome do Paciente: _____

Resumo da internação/Resultado de Exames: _____

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____

Secundário _____ CID: _____

Proposta de conduta para seguimento: _____

Assinatura do Médico

CRM

Data da Alta: ____/____/____





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE <i>Leonardo Mike do Funes</i>	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3	10 - RAÇA/COR
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
18 - UF	19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Dor + calos + depresso unguis @</i>	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Rt + Exendren</i>	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>R</i>	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Inferno de pre unguis @</i>	24 - CID 10 PRINCIPAL <i>S42.3</i>
25 - CID 10 SECUNDÁRIO	
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>No corpo inferno unguis @</i>	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0140181020393</i>
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
31 - DOCUMENTO () CNS () CPF	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Leonardo Mike do Funes</i>	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>5/7/19</i>
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	40 - Nº DO BIPÉDIO
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	41 - SÉRIE
42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA
44 - CBOR	
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	

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



REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH: _____ Nº ATENDIMENTO: 448978 DATA: 09/07/2019
TIPO DE INTERNAMENTO: _____ HORA: _____
ACOMODAÇÃO: ENFERMARIA LEITO: TERREO104(C) CONVENIO: SUS
MATRÍCULA: 705403435247993 VALIDADE: _____
Criado por Hingrid Miranda da Silva em 09/07/2019 06:46

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: LEONARDO MATIAS DE FRANCA SEXO: Masculino
DATA DE NASCIMENTO: 18/05/1986 RG: 002447735 CPF: _____
FILIAÇÃO MÃE: MARIA DA NATIVIDADE FRANCA DE SOUZA
FILIAÇÃO PAI: MANOEL JULIMAR MATIAS DE SOUZA
ENDEREÇO: P.A. SABIÁ Nº 02
Bairro: ZONA RURAL CIDADE: UPANEMA
ESTADO: RN CEP: 59670-000
FONE: (84) 99622-8938 FONE: (84) 99608-4172

SUMÁRIO DE ALTA

TIPO DE ALTA: (X) MÉDICA () ADMINISTRATIVA () A PEDIDO () EVASÃO () OBITO
DATA: 10/17/2019 HORA: _____ ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR: _____

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

Paciente submetido a tratamento cirúrgico
de fratura de tíbia + nervos + desbridamento
de ferimento decorrente
evoluu bem, sem desconforto

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA

CNPJ: 09.417.742/0001-91

Confere com o Original

Data: 07/08/2019
Sibéria Riquelme

Dr. Thiago José G. C. Aratuna
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 6019 / 155774016

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



BOLETIM DE SALA DE CIRURGIA - PRONTOCLINICA DA CRIANÇA PAULO GURGEL							
PACIENTE: LEONARDO MATIAS DE FRANÇA				REG. P/ NTE Nº			
CIRURGIA: FRATURA DE ÚMERO + OSTEOTOMIA + NEURÓLISE + DESBRIDAMENTO				CONVENIO: SUS			
				COD. PROCEDIMENTO(S):			
EQUIPE MÉDICA		EQUIPAMENTOS / TEMPO DE USO		GASOMETRIA / TEMPO DE USO		DATA:	
CIRURGIÃO: THIAGO JOSÉ GURGEL CÂMARA ARARUNA - CRM 6619		BISTURI ELÉTRICO:					
1º AUXILIAR: Dr. Amur Henrique C. da Silva		CAPINOGRÁFO:		GÁS CARBÔNICO:		HORA:	
2º AUXILIAR: Anestesiologista		INTENS. DE IMAGENS:		NITROGENIO:			
3º AUXILIAR: CRM RN 5607 CPF 053.882.554-90		MONITOR CARDIACO:		O² SOB CATETER:		TERMINO:	
ANESTESISTA: ARTUR SILVEIRA - CRM 6607		OXIM. DE PULSO:		O² SOB PRESSÃO:			
INSTRUMENTADOR(A):		SERRA ELÉTRICA:		ÓXIDO NITROSO:		SANGUE:	
FIOS CIRÚRGICO	QTD	QTD	RETENÇÃO DE RECEITA	QTD	SOLUÇÃO	QTD	MATERIAL ORTÓPÉDICO
CATGUT CROMADO 1.0			ATRACURIO		ÁGUA OXIGENADA		CAPA DE VIDEO
CATGUT SIMPLES 5.0			C. PAPAVERINA 50MG/2ML		ALCOOL 70%		TUBO S/ BALÃO 3.0
CERA OSSEA			CLONIDIN		ALCOOL IODADO		TUBO C/ BALÃO 3.0
ETHYBOND 2.0			CLORETO DE SUXAMETÔNIO		DETERGENTE ENZIMÁTICO		OPME'S
FIO ALGODÃO C/ AGULHA			DEXAMETASONA 4MG		DETERGENTE ENZIMÁTICO		ARRUELAS
MONOCRYL 3.0			DIPIRONA		FORMOL		ASPIRADOR
NYLON 2.0 (2CM)			DIPROSPAM		PVPI DEGERMANTE		CIDEX POR ML
NYLON 4.0 (4CM)	4.0		DRAMIN 6BDL		PVPI TÓPICO		CIMENTO ORTOPÉDICO
PDS II 1.0			EFEDRINA		VASELINA		DRILL ELÉTRICO
PROLENE 2.0			EPINEFRINA		MATERIAL		FIO DE KIRSCHNER
VICRYL 0			FENERGAN 50MG 2ML		ALGODÃO GRIBOLA		FIO DE LUQUE
ANESTÉSICOS			FUROSEMIDA		CATETER TIPO ÓCULOS		FIXADOR EXTERNO
ISOFLURANO			GLICONATO DE CÁLCIO 10%		COLETOR DE URINA FECHADO		GANCHOS
LIDOCAÍNA 10% SPRAY			HIDROCORTIZONA 500MG		COMPRESSA CIRÚRGICA		GEOLFOAM
LIDOCAÍNA 2% C/ VASO			IPSILON 1G		ELETRODOS		GRAMPO
LIDOCAÍNA 2% GEL			IPSILON 4MG		EQUIPO MACROC/ INJETOR		HASTER
LIDOCAÍNA S/ VASO			METOCLOPRAMIDA		EQUIPO P/ ARTROSCOPIA 4 VIAS		LAMINA DE SHAVER
NEOCAÍNA C/ VASO			NIBIUM		EQUIPO P/ SANGUE		LIGAMENTO SINTÉTICO
NEOCAÍNA S/ VASO			ONDASETRONA		ESCOVA DESCARTÁVEL		PARAF. INTERF. TITANEO
NOVABUPI C/ VASO			PROSTIGMINE		ESCOVA SECA		PARAFUSO ANCORA
NOVABUPI S/ VASO			RANITIDINA		ESPARADRAPO		PARAFUSO CANULADO
SERVO FLORANO			SELOKEN 5 MG / 5ML		GASES 10X10 PCT 20		PARAFUSO CORTICAL
XILOCAÍNA C/ VASO			TILATIL 40MG		GORRO DESCARTÁVEL		PARAFUSO ESPONJOSO
XILOCAÍNA S/ VASO			TRIMIL 50MG		LUVAS DE PROCEDIMENTO		PARAFUSO TRANSVERSO
MEDICAMENTOS			RETENÇÃO DE RECEITA		LUVAS ESTÉREIS		PINO
ADRENALINA			DIMORF		MÁSCARA		PINO DESLIZANTE
AMINOPIRINA			DOLANTINA		MÁSCARAS DESCARTÁVEL		PLACA
AMIODARONA			FENTANIL		MICROPORE		PLAST ANEL 1.4
ATROPINA			FLUMAZENIL		MICROPORE LARGO		PROTESE
BUSCOPAM SIMPLES			ISOFLORANE		POLIFIKO 2 VIAS		SURGICEI
CAFAZOLINA 1G			KETAMINA		PRÓ-PÉ		SONDAS
CAPTOPRIL 25MG			MIDAZOLAM		SERINGA DE INSULINA		ASPIRAÇÃO TRAQUEAL 04
CEFALOXINA 1G			NARCAN		SERINGA DESC. 10ML		NASO LONGA 04
CEFETRIAXONA 1G			MILPERIDOL		SERINGA DESC. 20ML		SONDA DE FOLEY
CLORETO DE POTÁSSIO 19%			NUBAIM		SERINGA DESC. 3ML		URETRAL 4
SOLUÇÃO DE SÓDIO 20%					SERINGA DESC. 5ML		SONDA CURTA



DESCRIÇÃO DO ATO CIRURGICO

PACIENTE EM POSIÇÃO DE CADEIRA DE PRAIA SOB BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL E SEDAÇÃO + ANTISSEPZIA E ASSEPZIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS + INCISÃO EM FACE ANTERIOR DE BRAÇO DIREITO, SENDO 5 CM EM TERÇO PROXIMAL E 5 CM EM TERÇO DISTAL

DIVULSAO POR PLANOS + NEUROLISE DO CUTÂNEO LATERAL DO ANTEBRAÇO

REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DE ÚMERO DIREITO COM PLACA E PARAFUSOS EM PONTE

SUTURA POR PLANOS + DESBRIDAMENTO DE FERIMENTO DESVITALIZADO EM REGIÃO POSTERIOR DE BRAÇO DIREITO

CURATIVO + TIPÓIA

Dr. Filipe
Orto
CRM-RN 6535
14815

ASSINATURA OU CARIMBO DO MEDICO

BOLETIM DE ANESTESIA

ANESTESIA TIPO BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO IV

[illegible]

Dr. Artur Henrique C. da Silva
Anestesiologista
CRM-RN 6607 CPF 053.882.554-50



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Leonardo Matias de França Nº REGISTRO 448978
Data Nascimento 18/05/86 Idade 33 sexo M LEITO: 104C Data de Admissão 09/07/19
MÉDICO: Drº Thiago

ADMISSÃO DO CENTRO CIRURGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO AGUA? () Não ☒ Sim início 19:00 PESO: 67 Kg Altura: 170 cm
RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: ☒ SIM () NÃO
ALERGIAS: ☒ NÃO () SIM: Nega
DOENÇAS PREGRESSAS: () DM () HAS () TABAGISMO () HIV () Hep B () Hep C () Arritmias () DPOC () AVC ()
Marca passo () Outros: — Medicações de uso frequente: Não
Consentimento Cirúrgico Preenchido () Não ☒ Sim
Exames: ☒ Laboratório ☒ Raios-X () USG () TC () RNM () Risco cirúrgico Outros: —
Encaminhado: ☒ Deambulando () Cadeira de Rodas () Maca ☒ consciente () Inconsciente ☒ Orientado ()
Desorientado

Anotações de Enfermagem: —

Conferido informação acima por: Maria Eduarda da S Costa
COREN/RN 1075039-TE Admitido na sala: CRO Hora 13:40

ETAPA I: PRÉ -INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Plat. útero "0"

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO: (☒) Limpa () Contaminada () Potencialmente Contaminada () Infectada

- Equipe completa presente ☒ Sim () Não
- Paciente com identificação e cirurgia confirmada ☒
- Termo de consentimento ☒ Cirúrgico () hemoterapico () não, caso não esteja assinado contatar o médico.
- Local da intervenção marcado corretamente ☒ sim () não () não aplicável
- Bisturi elétrico disponível e testado ☒
- Aparelho de Anestesia ☒
- Equipamento de Vídeo ()
- Monitor Multi-Parâmetro ☒
- Saída de: Oxigênio ☒ Ar Comprimido () Vácuo ()
- Aspirador cirúrgico disponível e testado ☒
- Mesa cirúrgica testada ☒



12. Hemoderivados solicitados e reservados () sim ☒ Não () Não aplicável
 13. Paciente tem alergia conhecida () sim ☒ não
 14. Aparelho de anestesia testado ☒ sim () não
 15. Esterilizações dos instrumentais com indicadores ☒ sim () não

ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

16. Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta ☒
 17. Confirma preparo da pele com clorexidine degermante e tópica ☒ Sim () não
 18. Confirmar antibiótico profilático administrado ☒ sim () não aplicável
 19. Paciente em posição adequada ☒ sim () não

EQUIPE DE ENFERMAGEM

20. Confirmar se a disponibilidade dos materiais e equipamentos solicitados para cirurgia ☒
 20. Confirmar com a equipe médica se os exames necessários estão disponíveis ☒
 21. Confirma bisturi elétrico e placas instalados corretamente ☒

INTRA-OPERATORIO

Posicionamento: Dorsal ☒ Lateral direita () Lateral esquerda () Posição Ginecológica ()
 () Decúbito Próclise () Decúbito Ventral

Monitorização cardíaca: ☒ sim () não PNI/Manguito em: MI E Placa neutra: Local: MI D
 Passado faixa de S march: Não ☒ sim, em: — Início — Termina —

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: ☒ Clorex Degermante () Clorex aquoso
☒ Clorex Alcóolica () PVPI degermante
 () PVPI tintura () —

Infusões: SFO, 9% 250 ml R. Lactato: — ml R. Simples 1000 ml SG5% — ml

Drenos: () Penrose nº — () Porto-vac nº — () Tórax nº —

Sinais vitais: Pa 128 mmhg FC: 76 bpm Sat: 98 % T: — °C Hora: —

Anestesia: Início 14:20 Termina 15:55 () Geral Inalatório () Geral Venosa ☒ Sedação () Local
 () Peridural () Raqui ☒ Bloqueio: —

IOT: ☒ Não () sim - Cânula nº — IOT aramado: ☒ não () sim nº —

AVP: () não ☒ sim MI E, Jelco nº 18 por MC. Eduarda

Cateter O2: () não ☒ sim SNG: ☒ NÃO () SIM Nº — SVD ☒ NÃO () SIM Nº —

Ferida operatória: Curativo Limpão

Cultura: — Anát. Patológico: ☒ Não () Sim — Unid —

Material Explantado: —

Conferido por Gluma Intercorrência S/

ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada ☒ sim () não

Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta,

Medicações administradas (anotar horários) Clotoma 2FA + diprometazina 10mg +
dipirona 20mg + Metil SFA + ranitidina 30mg + Isrambolida
30mg — // — // — // — durante o cirúrgico;



OPME: () NÃO ☒ SIM, qual

01 Placa 12 F estreta

02 PF Nº 24

03 PF Nº 30

03 PF Nº 26

02 PF Nº 28

Todos corticais CX 4,5

Anotações de Enfermagem e Intercorrências 5/

Início da cirurgia: 14:35 Término da cirurgia: 15:50

CIRURGIÃO Dr. Miço ASSISTENTE: _____ ANESTESIOLOGISTA Dr. Arthur
INSTRUMENTADORA Katiuscia + Ramalho CIRCULANTE: Guana ENFERMEIRA: Edna

URPA (Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

☒ Acordado () Sonolento () agitado Ar ambiente () MV 50%

() Cateter de O2 () TQT ☒ AVP () AVC

() Hipotensão () Hipertensão () Bradicardia () Taquicardia () Tremor () Dor () Baixa Saturação

() Hemorragias () Desorientação () Agitação () Dispneia () Broncoespasmo () Outros. _____

Medicações Administradas na URPA (anotar horários) _____

Encaminhado para o andar

AVP ☒ AVC () SNG () SVD FECHADA () DRENOS () CURATIVOS LIMPO ☒

GESSO EM: MSD () MSE () MID () MIE ()

EXAMES: () Labort () Raio x () USG () TC () RNM () RISCO CIRURGICO () OUTROS _____

ENCAMINHADO: ☒ Enfermaria () UTI () Alta Hospitalar () Outros _____

Anotações de Enfermagem : _____

ENCAMINHADO POR: Katiuscia HORA: 16:40



Prontoclínica Dr. Paulo Gurgel

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

MÉDICO: Thiago

PACIENTE: Leonardo SETOR: Terceiro LEITO: 33a

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Insuficiência cardíaca IDADE: 33a

RESIDÊNCIA: () DOMICILIAR () HOSPITALAR: QUAL: Própria

DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: Nenhuma

EVOLUÇÃO 09/07/19 HORÁRIO: 14:00

ASPECTO GERAL

☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
() INCONTINENTE () REATIVO () HIPOATIVO
() HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
() EDEMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

AVP: 20/07/19
AVC: 20/07/19
FIO: 20/07/19
SCLIP: 20/07/19

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

Medicamentos: Insulina
ATB: Amoxicilina

☒ HÍDRATADA () RESSECADA () ICTÉRICA
☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA () CIANOSE
EXTREMIDADE FRIAS ☒ NORMOTÉRMICA

HIPOTERMIA: 36,5°C

HIPERTERMIA: 38,5°C

DIURENO Local: 20/07/19

Característica do líquido: Transparente

APARELHO CARDIOPULMONAR

☒ EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
☒ BRADIPNEICO () TIRAGEM: Normal
RUIDOS ADVENTÍCIOS, TIPO: Normal
TAQUICÁRDICO () NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

OBSERVAÇÕES: Muito bem 2 dias.

Recado 1 pel de RX + ex. lab. colido anti.

VENTILAÇÃO

☒ O2 AMB () MV 5L % () HOOD: 5L
() ENTUBADO TOT Nº 1
OBS: Nenhuma

ELIMINAÇÕES

DIURESE

☒ ESPONTÂNEA () SVA A CADA: 5L
() HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
() POLIÚRIA () SVD 5L
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: Normal

EVACUAÇÃO

☒ ESPONTÂNEA
() ESTÍMULO: Normal
() AUSENTE 5L DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: Normal

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN

☒ FLACIDO () GLOBOSO () SEMI GLOBOSO
() DISTENDIDO () DOR A PALPAÇÃO
() TIMPÂNICO () MACIO () RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

☒ DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS
☒ SOBRE MACA () MULETA

DIETA

() AO SEIO () ORAL/COPINHO () GTM
() SOG/SNG 5L
() RESÍDUO GÁSTRICO: Normal
☒ ZERO () VÔMITO 5L vezes

Waldy A. Gomes
CONFERIR ENFERMEIRO

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 08/07/19 HORÁRIO: 23:00

ASPECTO GERAL

☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
() INCONTINENTE () REATIVO () HIPOATIVO
() HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
() EDEMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

AVP: 20/07/19
AVC: 20/07/19
FIO: 20/07/19
SCLIP: 20/07/19

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

Medicamentos: Insulina
ATB: Amoxicilina

VENTILAÇÃO

☒ O2 AMB () MV 5L % () HOOD: 5L
() ENTUBADO TOT Nº 1
OBS: Nenhuma

ELIMINAÇÕES

DIURESE

☒ ESPONTÂNEA () SVA A CADA: 5L
() HEMATÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA
() POLIÚRIA () SVD 5L
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: Normal

EVACUAÇÃO

☒ ESPONTÂNEA



P.
☒ **DRATADA** () **RESSECADA** () **ICTÉRICA**
☒ **NORMOCORADA** () **HIPOCORADA** () **CIANOSE**
 () **EXTREMIDADE FRIAS** ☒ **NORMOTÉRMICA**
 () **HIPOTERMIA:** _____
 () **HIPERTERMIA:** _____
 () **DRENO Local:** _____
 Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

☒ **EUPNEICO** () **DISPNEICO** () **TAQUIPNÉICO**
 () **BRADIPNEICO** () **TIRAGEM:** _____
 () **RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO:** _____
 () **TAQUICÁRDICO** ☒ **NORMOCÁRDICO** () **BRADICÁRDICO**

() **ESTÍMULO:** _____
 () **AUSENTE** _____ **DIAS**
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN

☒ **FLACIDO** () **GLOBOSO** () **SEMI GLOBOSO**
 () **DISTENDIDO** () **DOR A PALPAÇÃO**
 () **TIMPÂNICO** () **MACIÇO** () **RUIDOS HIDROAÉREOS**

LOCOMOÇÃO

☒ **DEAMBULANDO** () **CADEIRA DE RODAS**
 () **SOBRE MACA** () **MULETA**

DIETA

() **AO SEIO** ☒ **ORAL/COPINHO** () **GTM**
 () **SOG/SNG** _____
 () **RESÍDUO GÁSTRICO:** _____
 () **ZERO** () **VÔMITO** _____ **vezes**

OBSERVAÇÕES: *S/O durante a visita.*

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO

HORÁRIO:

ASPECTO GERAL

() **CONSCIENTE** () **ORIENTADO** () **ALGO ORIENTADO** _____
 () **ATIVO** () **REATIVO** () **HIPOATIVO**
 () **HIPERTÔNICO** () **HIPOTÔNICO**
 () **COMATOSO** () **SEDADO** () **ANASARCA** () **EDEMA**

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

() **AVP:** _____
 () **AVC:** _____
 () **Jelco:** _____
 () **Scalp.:** _____

INSUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

IV _____
 () **BI** _____
 () **ATB** _____

PELE

() **HIDRATADA** () **RESSECADA** () **ICTÉRICA**
 () **NORMOCORADA** () **HIPOCORADA** () **CIANOSE**
 () **EXTREMIDADE FRIAS** () **NORMOTÉRMICA**
 () **HIPOTERMIA:** _____
 () **HIPERTERMIA:** _____
 () **DRENO Local:** _____
 Característica do líquido: _____

APARELHO CARDIOPULMONAR

() **EUPNEICO** () **DISPNEICO** () **TAQUIPNÉICO**
 () **BRADIPNEICO** () **TIRAGEM:** _____
 () **RUÍDOS ADVENTÍCIOS. TIPO:** _____
 () **TAQUICÁRDICO** () **NORMOCÁRDICO** () **BRADICÁRDICO**

VENTILAÇÃO

() **O2 AMB** () **MV** _____ % () **HOOD:** _____
 () **ENTUBADO TOT Nº** _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE

() **ESPONTÂNEA** () **SVA A CADA:** _____
 () **HEMATÚRIA** () **OLIGÚRIA** () **ANÚRIA**
 () **POLIÚRIA** () **SVD** _____
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

() **ESPONTÂNEA**
 () **ESTÍMULO:** _____
 () **AUSENTE** _____ **DIAS**
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMEN

() **FLACIDO** () **GLOBOSO** () **SEMI GLOBOSO**
 () **DISTENDIDO** () **DOR A PALPAÇÃO**
 () **TIMPÂNICO** () **MACIÇO** () **RUIDOS HIDROAÉREOS**

LOCOMOÇÃO

() **DEAMBULANDO** () **CADEIRA DE RODAS**
 () **SOBRE MACA** () **MULETA**

DIETA

() **AO SEIO** () **ORAL/COPINHO** () **GTM**
 () **SOG/SNG** _____
 () **RESÍDUO GÁSTRICO:** _____
 () **ZERO** () **VÔMITO** _____ **vezes**

SERVAÇÕES:

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro



PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

RELATORIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE: Leonardo M. de Franca
 APTO.: 2042 Nº REGIST.: _____
 CONVEN.: _____ SUS _____

RELATORIO DE ENFERMAGEM		DATA / H		USO DE:	DATA
USO DE:					
BOMBA DE INF.	DIL			ECG	
NEBULIZADOR	Nº			OXIG./UMIDIF.	
ASPIRADOR	DIL			BERÇO AQUECIDO	
CURATIVO				FOTOTERAPIA	
				INCUBADORA	

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
09.07	10:00	Pct. admitida neste setor para proc. cirurgica de útero "D", les. scente, orientado, em O2 ambiente. com anexo ao pront: 01 pel. RX.	Maria Juliana C. Rodrigues COREN/RN 1.199.698-TE
09/07/19	13:25	Pct. enc. ad c. c. acomp. por máquina. <	Waldenja Oliveira Ferreira COREN/RN 1.199.698-TE
09.07	17:10	Pct. retornou de CC. — "u"	Waldenja Oliveira Ferreira COREN/RN 1.199.698-TE
09.07.19	20h	com supervisão EU + adm repleção 10 + 50 ml SFCU.	Patricia Glenda M. Pinheiro COREN/RN 698.001-TE
09.07.19	22h	com supervisão EU	Patricia Glenda M. Pinheiro COREN/RN 698.001-TE
09.07.19	02h	Adm. Di. Di. hora + ABD EU + cat. ab. fina de + ABD EU.	Aline de Sousa Martins COREN/RN 597.922-TE
10.07.19	08h	Adm. red. cat. Di. hora + 50 ml SFC, 9% + Di. pro- gra + ABD. comp. me. prescrito	Maria Paula B. Ferreira COREN/RN 698.001-TE
10.07.19	11:00	Pct. saiu em Atte. hospitalar, quando verificamos suas pertences. Acompanhada por família. — "u" — "u"	Maria Paula B. Ferreira COREN/RN 698.001-TE
10/07/19	10:50	em Atte. — REALIZADO CUIDADO conforme prescrição médica.	291533



PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: LEONARDO MATIAS DE FRANÇA APTO/ENF: DATA: 09/07/2019
REGISTRO: CONVÊNIO: SUS

PREScrição	HORARIOS
Dieta branda quando bem acordado	
RL 500ml, IV, 12/12h	
Cefalotina - 1FR + 50ml SF 0,9%, IV, 6/6h	20:00 02:00 08:00 14:00
Dipirona - 1 amp + 18ml ABD, IV, 6/6h	20:00 02:00 08:00 14:00
Tenoxicam 40mg - 1FR + 20ml ABD, IV, 1X/DIA	22:00
Tramal 100mg - 1 amp + 100ml SF 0,9%, IV, 8/8h.	SN
Plasil - 1amp + 100ml SF 0,9%, IV, 8/8h. SE NÁUSEAS	SN
Manter cabeceira elevada	de 0 a 30°
SSVV e CCGG	Rodízio
Dr. Thiago José C. C. Araújo CRM-RN 6649 / FIO 14815 Dr. Thiago José C. C. Araújo CRM-RN 6649 / FIO 14815	

DÉBITOS	
SERINGA 01	
SERINGA 03 cc	
SERINGA 05 cc	
SERINGA 10 cc	1
SERINGA 20 cc	1
EQUIPO MICROGOTAS	
EQUIPO P/ BI	1
EQUIPO P/ SANGUE	
JELCO Nº	
SCALP Nº	
POLIFIX	
LUVA PROCEDIMENTO 1/10	1
LUVA ESTER. Nº	
GASES PCT	5
ESPARADRAPO	10cm
MICROPORE	
PVPI	
ETER	
ALCOOL 70%ml	
ALGUDÃO BOLA	1
AGULHA DESC. 25x7	1
CREPON Nº	15
ALGODÃO ORTOP.	
CEPACOL ml	
POMADA	
SONDA DE FOLEY	
SONDA URETRAL	
SONDA NASO	
COLETOR FECHADO	
COLETOR ABERTO	
LAMINA BISTURI	
ELETRODO	
MASC. DESCAT	
SORO FISIO. 0,9%	1ml
FITA HGT	
Chumaço de Glicerina	Sal

RC FARMÁCIA

RECIBO



ORTOCLINICA
Paulo Gurgel

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE: <u>Leonardo</u>	REGISTRO Nº
APTO.: <u>104 C</u>	CONVENIO:
MÉDICO:	

DATA / HORA	DESCRIÇÃO MÉDICA
09/01/19 16:15h	Admissão Paciente admitido para tratamento cirúrgico de fratura de humero direito sem displasia neurológica em membro inferior direito.
09/01/19 16:00h	Nota: após a realização da cirurgia a fratura de humeros direito, fratura de fêmur direito com placa, bem como fratura de fêmur de membro inferior direito, artroscopia de joelho direito e fratura de fêmur em membro inferior.
10/01/19 10:10h	Ser - 1º dia Paciente em bom estado de controle do tratamento, sem dor, sem febre, sem tosse, sem náusea. Bom humor, sem intercorrências. CH: arábica - abscissa

Dr. Thiago José G.C. Almeida
Ortopedia Traumatologia
CRM-OR 589.190 / RQE 14815

Dr. Thiago José G.C. Almeida
Ortopedia Traumatologia
CRM-OR 589.190 / RQE 14815



APT®

CONVÊNIO.:

[illegible]



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE UPANEMA
RUA JOÃO FRANCISCO, 90, CENTRO
CNPJ (MF) 08.085.771/0001-30



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA DE SAÚDE RAIMUNDO NONATO CÂNDIDO

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME Leonardo matias de Franca REG. 461.375
D. NASC. 08 05 86 COR M SEXO M EST. CIVIL Solteiro
NATURALIDADE Mossoro PROFISSÃO Agricultor
END. PA Sabia CIDADE upanema
DATA ATENDIMENTO 05 07 19 HORA ATENDIMENTO 08:35
ATEND.: 1ª VEZ ☐ RESP. PREENCHIMENTO Wesley Santos
SUBSEQUENTE ☐

TA mmHg PULSO RESPIRAÇÃO TE PESO

HISTÓRICO CLÍNICO

Acidente de moto
1 Dor em M5E

ENFERMEIRO - CARIMBO

CONDIÇÃO

Voltarem Lar In
Dipirona Lar In
Ao HRTM

8145
DR. JOSÉ C.
MÉDICO
CRM 921

MÉDICO - CARIMBO

21/02/20

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

DESTINO DO PACIENTE

FICOU NO LOCAL ()
INTER. NO SERV. DE

REMOVEDO Mossoro
HORA 9:00 PARA HRTM

ALTA POR ORDEM MÉDICA ()
A PEDIDO ()
A REVELIA ()
DATA 05/07/19

ÓBITO / / /
HORA / / /





(/)



Buscar no site

A
COMPANHIA ▾SEGURO
DPVAT ▾PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICAS ▾SALA DE
IMPrensa ▾TRABALHE
CONOSCO ▾

CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

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

SINISTRO 3190592042 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LEONARDO MATIAS DE FRANCA

COBERTURA Invalidez

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

BENEFICIÁRIO LEONARDO MATIAS DE FRANCA

CPF/CNPJ: 06146243477

Posição em 09-12-2019 10:22:00

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

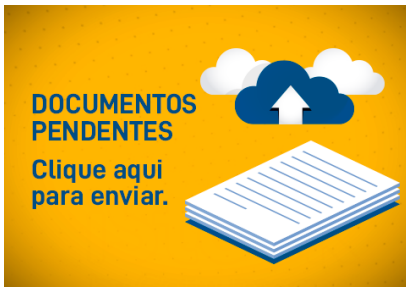
Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/10/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
13/11/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/6ZutM8UFUpWyZMmP+k4api_key=ozStYa9oqQs6qBK6Kh__ySacDeFPY1SXpE1hRmKuS+w=)
07/11/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/CiA5q6HaGDB7BBQxoStapi_key=ozStYa9oqQs6qBK6Kh__ySacDeFPY1SXpE1hRmKuS+w=)





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

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



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



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

ACESSIBILIDADE



(</Pages/Acessibilidade.aspx>)



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

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

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

Documentos Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

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

PAGUE SEGURO

Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)

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

ACOMPANHE O PROCESSO

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

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

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)
- › Consulta a Pagamentos (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-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)



(<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
Vara Única da Comarca de Upanema
Rua João Francisco, 144, Centro, UPANEMA - RN - CEP: 59670-000

Processo: 0800045-81.2020.8.20.5160

Ação: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: LEONARDO MATIAS DE FRANCA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Em juízo de cognição sumária, entendo presentes os requisitos da petição inicial.

Defiro a gratuidade judiciária (art. 98 do CPC).

Tendo em vista a necessidade de prova pericial e as peculiaridades das ações indenizatórias sobre seguro obrigatório, deixo de designar, inicialmente, a audiência a que alude o artigo 334 do CPC, observando-se a regra contida no § 4º do mesmo dispositivo, uma vez que é consabido que as demandadas (seguradoras) somente realizam acordo após a realização da perícia médica para constatação do grau de invalidez.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação.

Havendo necessidade de perícia médica, motivo pelo qual nomeio o Dr. MANOEL FERNANDES DA SILVEIRA, Médico Ortopedista, com endereço na Rua Pedro Velho, 320, Orthos – Santo Antonio - Mossoró/RN, para exercer a função de perito nos autos do presente feito, fixando desde logo os honorários no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), nos termos do convênio firmado pelo TJ/RN e a Seguradora Líder dos Consórcios de DPVAT S/A, mediante termo de compromisso, cumprindo ao profissional cumprir escrupulosamente o encargo que fora cometido, nos termos do disposto no art. 422, do Código de Processo Civil.

Providencie a Secretaria Judiciária:

a) a citação da parte promovida para, no prazo legal de 15 (quinze) dias, querendo, contestar a presente demanda, sob pena de revelia (arts. 335 e 344, CPC);



b) intimação do(a) perito(a) para ciência, no prazo de 05 (cinco) dias;

c) intimação dos advogados dos litigantes, para, em 05 (cinco) dias, a contar da intimação da presente deliberação, querendo, ratificarem ou apresentarem seus quesitos, bem como indicar perito assistente.

Em seguida, após a intimação das partes para a quesitação e indicação de assistente, proceda-se com a realização de perícia.

O recolhimento dos honorários periciais, conforme convênio supracitado, ocorrerá logo após a realização da perícia, devendo a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ser intimada para tal ato, no prazo de 10 (dez) dias, caso não junte o devido comprovante de pagamento.

Havendo preliminares e/ou alegação de fatos impeditivos, modificativos ou extintivos do direito autoral, ouça-se a parte autora, no prazo de 15 (quinze) dias, na forma dos arts. 350 e 351 do CPC.

Após, nova conclusão para fins de julgamento.

Publique-se. Intimem-se.

Cumpra-se.

Upanema, data da assinatura eletrônica.

(Documento assinado eletronicamente)

Uedson Uchôa

Juiz de Direito





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Vara Única da Comarca de Upanema
Rua João Francisco, 144, Centro, UPANEMA - RN - CEP: 59670-000

CARTA DE CITAÇÃO

Processo nº 0800045-81.2020.8.20.5160

Ação: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Autor: LEONARDO MATIAS DE FRANCA

Réu: SEGURADORA DPVAT

Destinatário:

SEGURADORA DPVAT

Rua Senador Dantas, nº 74, 5º Andar – Centro, Rio de Janeiro – CEP: 20031205, www.seguradoralider.com.br

P r e z a d o (a)

S e n h o r (a) ,

De ordem do Exmo. Dr. UEDSON BEZERRA COSTA UCHOA, Juiz de Direito desta Comarca, faço saber a Vossa Senhoria que a presente carta, extraída dos autos em epígrafe, na conformidade do despacho abaixo transcrito e da petição inicial, cujas cópias seguem anexas, como parte integrante desta, tem por finalidade a **CITAÇÃO** de Vossa Senhoria, para responder a ação e acompanhá-la até julgamento final, bem como para oferecer, querendo, CONTESTAÇÃO, através de advogado legalmente constituído, no prazo de 15 (quinze) dias, conforme cópias da petição inicial e despacho.

ADVERTÊNCIA: Não sendo contestada a presente ação, presumir-se-ão aceitos pelo requerido, como verdadeiros, os fatos alegados pelo requerente (art. 344, do CPC).

UPANEMA-RN, 23 de janeiro de 2020.

Documento Assinado Eletronicamente, na forma da Lei nº 11.419/06

ESPEDITO BEZERRA TARGINO

Chefe de Secretaria EM SUBST. LEGAL

