

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS - 30%

CONTRATANTE: Andréia Carla de Araújo
brasileiro, estado civil solteira, profissão do báx, inscrito(a) no Cadastro de Pessoas Físicas
do Ministério da Fazenda (CPF/MF) sob o n.º 069.069.334-69, portador(a) do RG nº
002.623.388 SSP/RN residente e domiciliado(a) R. Pelágio Guerra, 228, Alto da
Liberdade, Caraubas / 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 nº
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 SEGUINTESE PELAS CONDIÇÕES DESCRIPTAS NO PRESENTE.

I - DO OBJETO DO CONTRATO E DA RESPONSABILIDADE

Cláusula 1º. 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 2º. 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 3º. 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 5º. 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 6º. 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 7º. Os honorários de sucumbência pertencem ao **CONTRATADO**.

Cláusula 8º. 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 9º. 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 10º. 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 11º. 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 5º do presente contrato.

Cláusula 12º. 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 13º. 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____.

Xandria Banta de Araújo
CONTRATANTE

CONTRATADO

TESTEMUNHAS:

1) _____

RG:

CPF:

2) _____

RG:

CPF:



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu Andréia Carla de Araújo, brasileiro(a),
estado civil: soterrada, Profissão: do lar, portador(a) do RG
002.623.388, órgão expedidor SSE/RN e do CPF: 069.069.334-69, residente
nº 228
no(a) R. Pelágio Guerra, bairro: Alto da Liberdade, município: Caraúbas - 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, 19/11/2019

Local e Data

Andréia Carla de Araújo
Assinatura do Outorgante



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Andréia Carla de Araújo, brasileiro(a),
estado civil: sólticeira, Profissão: do lar, portadora do RG
002.623.388, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 069.069.334-69, residente
no(a) R. Pelágio Guerra nº 228,
bairro: Alto da Liberdade, município: Caravábas, RN.

OUTORGADO:

Nome: Leonardo Mike Silva Pereira, brasileiro(a)
estado civil: sólticeiro, 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 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, defendendo-o(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 que 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, requefer os benefícios da assistência judicial 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, 19/11/2019

Local e Data

Andreia Carla de Araújo
Assinatura do Outorgante



TERMO DE RESPONSABILIDADE SOBRE O FORNECIMENTO DE DOCUMENTOS

Eu Andréia Carla de Araújo, brasileiro(a),
estado civil Solteira, profissão: do lar, portador(a) do RG
002.623.388, orgão expedidor SSP/RN e do CPF 069.069.331-69, residente
nº 228
no(a) R. Pelágio Guerra
bairro: Alto da Liberdade município: Carajás / RN
CPF: _____ telefone: _____

declaro, sob as penas da lei, que todos os documentos fornecidos ao advogado por mim
convidado 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, 19 de Novembro de 2019.

Andréia Carla de Araújo

Assinatura





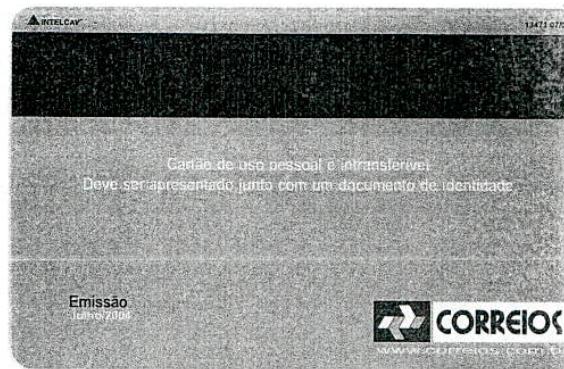
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	002.623.388
NOME	ANDREIA CARLA DE ARAUJO
FILIAÇÃO	MANOEL FABRICIO DE ARAUJO MARIA DA ASSUNCAO DE BRITO
NATURALIDADE	JANDUÍS RN
CERT. DE NASCIMENTO	L-11 F-177 RG-3903
DOC. ORIGEM	JANDUÍS RN-2 CARTORIO
CPF	069.069.334-69
Brigada Militar do Rio Grande do Sul Assinatura do Diretor	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	
2a. VIA	

V / Firma



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 13/01/2020 10:17:47
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001131017466870000050451008>
Número do documento: 2001131017466870000050451008

Num. 52298179 - Pág. 6



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 13/01/2020 10:17:47
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011310174668700000050451008>
Número do documento: 20011310174668700000050451008

Num. 52298179 - Pág. 7

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
 CNPJ/MF
 Rua N°
 Município Est.
 Esp. do estabelecimento
 Cargo CBO nº
 Data admissão de de
 Registro nº Fls./Ficha
 Remuneração especificada

 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Data saída de de

 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
 CNPJ/MF
 Rua N°
 Município Est.
 Esp. do estabelecimento
 Cargo CBO nº
 Data admissão de de
 Registro nº Fls./Ficha
 Remuneração especificada

 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Data saída de de

 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD Nº





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPOL
DIRETORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR - DPCIN
7ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA JUDICIÁRIA DE CARAÚBAS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 531/2019

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:		Acidente de Trânsito				
Local	Centro da Cidade de Caraúbas, Próximo ao Supermercado Praxedes					
Data fato:	30/05/2019			Hora do Fato:	11hrs20min	
COMUNICANTE	Nome:	ANDRÉIA CARLA DE ARAUJO				
	Naturalidade:	Janduís/RN	Nascido (a) em:	30.01.1983	Doc.	RG: 002.623.388 SSP/RN
	Filho (a):	Manoel Fabricio de Araujo e Maria da Assunção de Brito				
	Estado civil:	Solteira	Telefone:	(84) 9 9806-8902		
Endereço:	Rua: Pelagio Guerra, nº 228, bairro Alto da Liberdade, Caraúbas/RN					
VITIMA	Nome:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
	Naturalidade:	Xxxxxxxxxxxxxxxx	Nascido em:	Xxxxxxxxxx	Doc.	RG:Xxxxxxxxx
	Filho (a):	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
	Estado civil:	Xxxxxxxxxx	Telefone:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
Endereço:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
NOTÍCIA DO	Nome:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
	Naturalidade:	xxxxxxxxxxxxxxxx	Nascido em:	xxxxxxxxxx	Doc.	Xxxxxxxxxxxxxxxx
	Filho (a):	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
	Estado civil:	Xxxxxxxxxx	Telefone:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
Endereço:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA						
Relata o (a) comunicante QUE no dia, horário e local supracitados, encontrava-se conduzindo o veículo tipo HONDA/POP 110I; Renavam: 01095720306, CHASSI: 9C2JB0100HR204106, COR: PRÉTA, PLACA: QGF0636, ANO/MOD. 2016/2017, licenciado em nome de JOÃO MAXSANDRO ARAUJO MELO, trafegando próximo ao local citado quando se deparou com outra pessoa que vinha na contramão; QUE o pneu dianteiro da motocicleta dessa outra pessoa colidiu com o pneu da motocicleta da comunicante; QUE diante essa colisão a comunicante veio a cair no chão e perdeu a consciência por alguns minutos; QUE a segunda pessoa, fugiu do local sem prestar socorro; QUE a comunicante foi socorrida por uma colega que passava no local no momento do acidente e foi levada para o Hospital Regional de Caraúbas; QUE a comunicante sofreu escoriações pelo corpo, como também algumas lesões como consta no boletim médico; QUE a vítima não tinha ingerido bebida alcoólica; QUE o procurou esta Delegacia de polícia civil para comunicar os fatos, assim como requerer indenização no seguro DPVAT; QUE o comunicante não possui CNH; QUE nada mais disse nem lhe foi perguntado. As informações prestadas neste B.O. São de inteira responsabilidade do (a) comunicante. O (A) comunicante se responsabiliza civil e criminalmente por suas declarações.						
TESTEMUNHA:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
Providências adotadas:						
Registrado o presente B.O, entregue a 1ª via a (o) comunicante						
Data e hora da comunicação:	Caraúbas/RN, 24.09.2019 às 11horas04min					

Andréia Carla de Araujo
Andréia Carla de Araujo
COMUNICANTE
Militar da PM
Natural: RN
Sexo: Feminino
Data de nascimento:
Endereço: Rua José de Anchieta Praxedes, S/N, Sebastião Maltez - Caraúbas/RN, CEP 59780-000

Christiano Othon Costa de Melo
CHRISTIANO OTHON COSTA DE MELO
Delegado de Polícia Civil

Rua José de Anchieta Praxedes, S/N, Sebastião Maltez - Caraúbas/RN, CEP 59780-000



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETAN - RN 11681 // 00138 Nº 014527839256			
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	01095720306	*****	2019
NOME JOAO MAKSANDRO ARAUJO MELO			
CPF / CNPJ	PLACA		
076.675.684-05	QGF0636		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
QGF 0636/RN	9C2JB0100HR204106		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PASSAGEIRO / MOTOCICLETA / NAO APPLICAVE	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA / POP 110I	2016	2017	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
0CV/109 CILINDRADAS	PARTICULAR	PRETA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS	
I P V A	R\$ 0.00 FAIXA IPVA. 002891 3K	02/05/2019/ PARCELAMENTO / COTAS R\$ *****	1º PAGO 2º PAGO 3º PAGO
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO ***		DEVAT: PAGO	
OBSERVAÇÕES			
MOTOR: JB01E0H2 04159			
CARAUBAS / RN		DATA	
		02/05/2019	
Carlos Silvestre da Silva Coordenador do Registro de Veículos			
DENATRAN - RN			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VÍA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº 014527839256 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	DATA EMISSÃO	
2019	02/05/2019	
VIA	PLACA	
1	076.675.684-05	
RENAVAM	MARCA / MODELO	
01095720306	HONDA / POP 110I	
ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2016	9	9C2JB0100HR204106
PRÊMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
PAGAMENTO		
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE OUTAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

JAN / 2019

DENATRAN

CONTRAN



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: 4020-1596 / 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 021 91 35

Eu, João Max Sandro Araújo Melo
 RG nº 003.506.036, data de expedição 28/10/2018
 Órgão SSP - RN, portador do CPF nº 076 675 684 - 05
 com domicílio na cidade de Baranábio, no Estado de
Rio Grande do Norte, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
pronas Armagildo de Oliveira, nº 15
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Andreia barba de Araújo, cujo o condutor era
Andreia barba de Araújo
 Veículo: Moto Modelo: Honda /Pop 150i Ano: 2017
 Placa: UGF 0636 Chassi: 9C2JB0300HR204306
 Data do Acidente: 30/05/2019

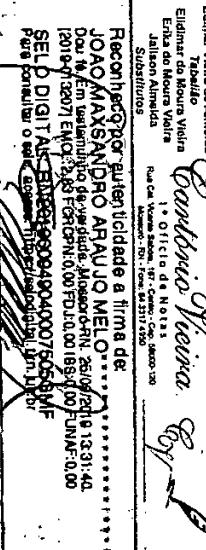
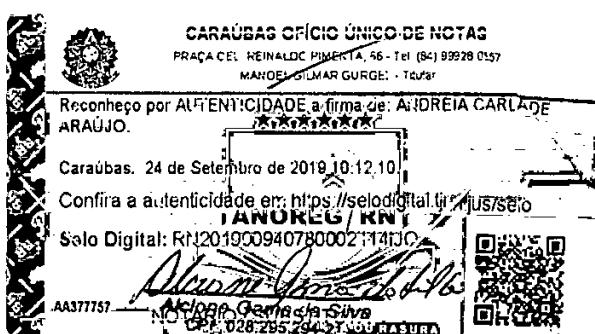


Local e Data:

João Max Sandro Araújo Melo
 Assinatura do Declarante

Andreia barba de Araújo
 Assinatura do Condutor

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



Exame geral: 15.30 - 30/05/1998
SERVIÇO HOSPITALAR DE TRABALHOS

BORRATIM DE ATENÇÃO INSTITUCIONAL

paciente vítima de acidente de trânsito (colisão entre veículos) há 2 horas. Pintada que vestava com blusa branca e calça jeans.

9 acidente, tendo batido com a calçada no chão. Referir perda de consciência por aproximadamente 10min. Nega episódios de tontura, ziaza e vertigem. Termopatida de 38. Referir dor entubária dependente em hemitórax e com regresso de síncope. E Nega alergias a medicamentosas e comorbidades. Vias aéreas pernas, sem controle círreos. MVA.

MV+ em AHT, S/ RA. Deve palpá-la em hemitórax E sem inc.

Demasiado instabilidad hemodinámica
ECG 15. Pupilo 10 mm

! Dic. Física
Pecchi

- Clientes sentidos de paroxismo apesar da terapia. Reavaliar caso após 6 horas.

15 14. Dash - 154000 ft per minute for 1.8 sec. 1000 ft. weight 1000 lb.
16. 1000 ft. weight 1000 lb.

11 D.O.R. know to be correct and reliable.

UN: AFC 1994 9 10 1994

treating →
C.R. 5722-A-N RUE 839
NEUROCRURICAL
ORTHOPEDIC SURGICAL

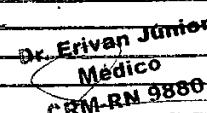




1ATI 101 PAZ00

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
SEMAP-HOSPITAL REGIONAL Dr. AGUINALDO PEREIRA DA SILVA-CARAÚBAS-RN
O Amigo da Criança

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

DADOS DO ATENDIMENTO		Data: 30/05/19	Hora: 11:33h	Atendimento nº:
Nome: AURELIA CARLA DE ARAUJO			Idade: 36	Sexo: F
Data de Nascimento: 30/11/1983		Cartão SUS: 1111111111111111		
Profissão:		Nº Identidade: 9.623.388		
Endereço (Rua/Av./Sítio): R. PEAGIO GUERRA		Nº	Complemento:	
Bairro: ALTO DA LIBERDADE	Cidade: CARACAS	Estado: RN	Telefone: 988932391	
Nome da Mãe: MARCIA DA ASSURCAO DE BRITO		Motivo da Procura:		
Assinatura do Servidor:				
ACOLHIMENTO: <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Não Urgência <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito Acolhimento com Classificação de Risco: <input checked="" type="checkbox"/> Tive acidente de moto colisão Queixas: MOTO X moto com dor no omoplato e escorregões leves Antecedentes Alérgicos: e hematomas na cabeça HAS () DM () Assinatura: 				
ANAMNESE:				
EXAME FÍSICO:	Peso:	Temperatura:	Cº F.C:	PA: 120x80 MHG FR: HGT:
 CONDUTA: <input checked="" type="checkbox"/> Medicação <input type="checkbox"/> Observação 1 - Voltou para casa 2 - Tudo bem + 100 ml SF 23°C 3 - Ao Gabinete Médico				
				
HIPÓTESE DO DIAGNÓSTICO: Fratura de clavícula EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS: <input type="checkbox"/> Laboratório <input type="checkbox"/> Radiológico <input type="checkbox"/> EGG <input type="checkbox"/> Outros:				
Saída: Data/Hora: 1 / / às 11:45 h. <input type="checkbox"/> Alta Referido para USB <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Outra Unidade de Urgência <input type="checkbox"/> Especialidade <input type="checkbox"/> Internação no Hospital				
CID: Médico: (Carimbo/ Assinatura)				

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAÚBAS
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA



AUTORIZAÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DE HOSPITALIZAÇÃO

Nome do Usuário:

CPF: 069.869.334-69 CNS: 107806692328416

Endereço: R. Delígio Guerra - 228
Alto bairro de Caraúbas.

Procedimento Solicitado: Tratamento cirúrgico de fratura de clavícula +
osteotomia + nenhuma.

Médico Solicitante: Dr. Thiago José G. C. Gracuna.

Hospital: Hospital Clínico Dr. Paulo Gurgel.

Município: Natal

Williana Santana Pinheiro
Secretaria de Saúde
CNPJ: 07.362.207/0001-63

Secretaria Municipal de Saúde

Caraúbas/RN,

03/06/2019

FULL GRÁFICA | 84 3302.2022





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

FAUNA PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE <i>Antônio Carlos da Graça</i>		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO 1 FEMININO 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°)			
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
<p><i>Nr: Aparecida de Goiânia, Goiás, 02/06/2010</i></p> <p><i>anteriormente cíngulo de prata de dente corte</i></p> <p><i>exame físico: +</i></p>			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de clavícula</i>		21 - CID INICIAL <i>S 42.0</i>	22 - CID SECUNDÁRIO
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Exodontia de dente de siso e remoção de cíngulo de prata</i>	26 - LEITO / CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Magali Brascal</i>
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			29 - DT SOLICITAÇÃO <i>01/06/10</i>
30 - NOME DO PROFESSOR AUTORIZADO <i>Magali Brascal</i>	31 - CNPJ DA SEGURODORA <i>00000000000000000000</i>	32 - N° DO BILHETE <i>00000000000000000000</i>	33 - BONUS <i>00000000000000000000</i>
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)			
34 - N° DO ACIDENTE DE TRÂNSITO	35 - CNPJ DA SEGURODORA	36 - N° DO BILHETE	37 - BONUS
38 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO	40 -	41 -
42 - CID PRINCIPAL			43 - () GRAVE
44 - CID SECUNDÁRIO			45 - () FERIMENTADA
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO		50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	
47 - DT AUTORIZ.		51 - DT AUTORIZ.	
48 - CNS / CPF		52 -	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	





REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH: _____ Nº ATENDIMENTO: 441995 DATA: 11/06/2019
TIPO DE INTERNAMENTO: CIRÚRGICA HORA: _____
ACOMODAÇÃO: ENFERMARIA LEITO: 103 C CONVENIO: SUS
MATRÍCULA: 707806692328416 VALIDADE: _____
ASS. RESPONSÁVEL PELO INTERNAMENTO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: ANDREIA CARLA DE ARAUJO SEXO: FEMININO
DATA DE NASCIMENTO: 30/01/1983 RG: 2623388 CPF: _____
FILIAÇÃO MÃE: MARIA DE ASSUNÇÃO DE BRITO
FILIAÇÃO PAI: MANOEL FABRICIO DE ARAUJO
ENDEREÇO: RUA PELAGIO GUERRA Nº 228
BAIRRO: ALTO DA LIBERDADE CIDADE: CARAUBAS
ESTADO: RN CEP: 59780 000
FONE: 84 98738 8206 FONE: 84 98893 2391

SUMÁRIO DE ALTA

TIPO DE ALTA: MÉDICA ADMINISTRATIVA A PEDIDO EVASÃO OBITO
DATA: 10/06/19 HORA: ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR:

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

Paciente submetido a tratamento cirúrgico de
fratura de clavícula + osteotomia + transpo-
sição muscular ao nível do ombro.
evolui bem, irá receber alta.

Dr. José G.C. Araújo
CRM-RN 149175
CRM-PE 149175

PRONTOCLÍNICA DA CRIANÇA LTDA
CNPJ: 09.417.742/0001-91

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Confere com o Original

Data: 27/06/2019

L. Picos

BOLETIM DE SALA DE CIRURGIA - PRONTOCLINICA DA CRIANÇA PAULO GURGEL			
PACIENTE: ANDREIA KARLA DE ARAUJO		PACIENTE Nº:	
CIRURGIA: FRATURA DE CLAVÍCULA + OSTEOTOMIA + TRANSPOSIÇÃO MUSCULAR AO NÍVEL DO OMBRO		CONVENIO: SUS	
		COD. PROCEDIMENTO(S):	
EQUIPE MÉDICA	EQUIPAMENTOS / TEMPO DE USO	GASOMETRIA / TEMPO DE USO	DATA:
CIRURGIÃO : THIAGO JOSÉ GURGEL CAMARA ARAUJO - CRM 6619	BISTURI ELÉTRICO:	GÁS CARBÔNICO:	
1º AUXILIAR: Dr. Arthur Henrique C. da Silveira	CAPINOGRAFO:	NITROGENIO:	HORA:
2º AUXILIAR: Anestesiologista Dr. Thiago José G. C. Araujo	MONTENS. DE IMAGENS:	O2 SOB CATETER:	
3º AUXILIAR: CRM-RN 6619 CPF 063.852.554-50	MONITOR CARDIACO:	O2 SOB PRESSAO:	
ANESTESISTA: ARTUR SILVEIRA - CRM 6607	OXIM. DE PULSO:	ÓXIDO NITROSO:	
INSTUMENTADOR(A):	SERRA ELÉTRICA:	SANGUE:	
CATGUT CROMADO 1.0	ATRACÚRIO	SERVOFLORANE	ÁGUA/OXIGENADA
CATGUT SIMPLES 5.0	C. PAPAVERINA 50MG/2ML	TRAMAL	ALCOOL 70% <i>100ml</i>
CERA OSSEA	CLONIDIN	PROPOFOL	ALCOOL IDABDO
ETHYBOND 2.0	CLORETO DE SÓKUMETÔNIO	SORO	DETERGENTE ENZIMATICO
FIO ALGODÃO C/ AGULHA	DEXAMETASONA 4MG	ABD 1000ML	DETERGENTE ENZIMATICO
MONOCRYL 3.0	DIPIRONA	ABD 10ML	FORMOL
NYLON 2.0 (2CM)	DIPROSPAM	FISIOLOGICO 0,9% 1000ML	PVP/DEGERMANTE
NYLON 2.0 (4CM)	DRAMIN B6DL	FISIOLOGICO 0,9% 250ML	PVP TÓRICO
PDS II 1.0	EFEDRINA	FISIOLOGICO 0,9%500ML	VASELINE
PROLENE 2.0	EPINEFRINA	GLUCOSADO 5% 250ML	
VICRYL 0	FENERGAN 50MG 2ML	GLUCOSADO 5%500ML	ALGODÃO GRIBOLA
	FUROSEMIDA	GUICOSA 50% AMPOLA	CATETER TIPO ÓCULOS
ISOFLURANO	GLUCONATO DE CÁLCIO 10%	RINGER LACTATO 500ML	COLETOR DE URINA FECHADO
LINDOCAÍNA 10% SPRAY	HIDROCORITIZONA 500MG	RINGER SIMPLES 500ML	COMPRESSA CIRURGICA
LINDOCAÍNA 2% C/ VASO	IPSILON 1G		ELETRODOS
LINDOCAÍNA 2% GEL	IPSILON 4MG	EPITESAN	EQUIPO MACROL/ INJETOR
LINDOCAÍNA C/ VASO	METOCLOPRAMIDA	NEOMICINA	EQUIPO P/ ARTROSCOPIA 4 VIAS
NEOCAÍNA C/ VASO	NIBUM	SULFADAZINA DE PRATA	EQUIPO P/ SANGUE
NEOCAÍNA S/ VASO	ONDASSETRONA	TROFORDEMEN	ESCOVA DESCARTÁVEL
NOVABUPI C/ VASO	(1) PROSTIGMINE	PÉRFURO CORTANTE	ESCOVA SECA
NOVABUPI S/ VASO	RANITIDINA	AGULHA DE STIMPLEX	ESPARADRAPO <i>15cm</i>
SERVO FLORANO	SELOKEN 5 MG / SML	AGULHA	HASTER
XILOCAINA C/ VASO	TILATIL 40MG	AGULHA P/ RAQUIN	EQUIPO MACROL/ INJETOR
XILOCAINA S/ VASO	TRIDIL	AGULHAS	EQUIPO P/ ARTROSCOPIA 4 VIAS
		JELCO <i>N 520</i>	EQUILIBRIO
ADRENALINA	DIMORF	LAMINA DE BISTURI	GASES 10X10 PCT 20
AMINOFILINA	DOLANTINA	SCALPS	GORRO DESCARTÁVEL
AMIODARONA	FENTANIL		LUVAS DE PROCEDIMENTO
ATROFINA	FLUMAZENIL		LUVAS ESTÉREIS
BUSCOPAM SIMPLES	ISOFLORANE	ATADURA CREPOM	MASCARA
CAFAZOLINA 1G	KETAMINA	ATADURA DE ALGODÃO	MÁSCARA DESCARTÁVEL
CAPTOPRIL 25MG	MIDAZOLAM	ATADURA GESSO	MICROPORE
CEFALOTINA 1G	NARCAN	MALHA TUBULAR	PLAST ANEL 1.4
CEFETRIAXONA 1G	NILPERIDOL	SOLUÇÃO	PROTESE
CLORETO DE POTASSIO 10%	NUBAIM	CLOREXIDINA ALCOOLICA <i>100ml</i>	SURGICEI
		CLOREXIDINA AQUOSA 2%	SERINGA DESC. 10ML
		CLOREXIDINA DEGERMANTE	SERINGA DESC. 20ML
			SERINGA DESC. 3ML
			SERINGA DESC. 5ML
			SERINGA DESC. 10ML
			NASO LONGA 04
			SONDA DE FOLEY
			URETRAL 4
			SONDA CURTA

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

PACIENTE EM POSIÇÃO DE CADEIRA DE PRAIA + SOB BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL E SEDAÇÃO + ANTISSÉPSIA E ASSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPÓS ESTÉREIS + INCISÃO SOBRE CLAVÍCULA ESQUERDA + DIVULSAO POR PLANOS
OSTEOTOMIA PARA EXPOR, REDUZIR E FIXAR FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA COM PLACA E PARAFUSOS
TRANSPOSIÇÃO MUSCULAR AO NÍVEL DO OMBRO
SUTURA POR PLANOS + CURATIVO + TIPÓIA

ASSINATURA DO CARIMBO DO MÉDICO

BOLETIM DE ANESTESIA

ANESTESIA TIPO BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO IV .

Dr. Artur Henrique C. da Silveira
Anestesiologista
CRM-PR 6607 CPF 053.882.554-50





PRONTO CLÍNICA E MATERNIDADE
Dr. Paulo Gurgel

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Andrea Paula de Araujo

Nº REGISTRO 441995

Data Nascimento 30/01/83 Idade 36 sexo F LEITO: 103C Data de Admissão 18/06/19

MÉDICO: Dr. Thiago

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

JEJUM COMPLETO INCLUINDO ÁGUA? () Não () Sim inicio 0600 PESO: 63 Kg Altura: 1,53cm

RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESE/ADORNOS: () SIM () NÃO

ALERGIAS: () NÃO () SIM: N/Asgo

DOENÇAS PREGRESSAS: () DM () HAS () TABAGISMO () HIV () Hep B () Hep C () Arritmias () DPOC () AVC ()

Marca passo () Outros: _____ Medicações de uso frequente: _____

Consentimento Cirúrgico Preenchido? () Não () Sim

Exames: () Labor () Raios-X () USG () TC () RNM () Risco cirúrgico Outros: _____

Encaminhado: () Deambulando () Cadeira de Rodas () Maca () consciente () Inconsciente () Orientado ()

Désorientado

Anotações de Enfermagem: _____

Conferido informação acima por: Mayra Batista da Cunha Admitido na sala: _____ Hora: _____

COBEN/RN 1541.806-TR

ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta: Mastectomia clássica

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

1. Equipe completa presente () Sim () Não
2. Paciente com identificação e cirurgia confirmada ()
3. Termo de consentimento () Cirúrgico () hemoterápico () não, caso não esteja assinado contatar o médico.
4. Local da intervenção marcado corretamente () sim () não () não aplicável
5. Bisturi elétrico disponível e testado ()
6. Aparelho de Anestesia ()
7. Equipamento de Vídeo ()
8. Monitor Multi-Parâmetro ()
9. Saída de: Oxigênio () Ar Comprimido () Vácuo ()
10. Aspirador cirúrgico disponível e testado ()
11. 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-OPERATÓRIO

Posicionamento: Dorsal Lateral direita () Lateral esquerda () Posição Ginecológica ()

() Decúbito Próclise () Decúbito Ventral

Monitorização cardíaca: sim () não PNI/Manguito em: gtnk Placa neutra: Local: mid

Passado faixa de Smarch: Não () sim, em: _____ Inicio _____ Termino _____

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: Clorex Degermante () Clorex aquoso

Clorex Alcólica () PVPI degermante

() PVPI tintura

Alcool 70%

Infusões: SF0,9% _____ ml R.Lactato: _____ ml R.Simples: _____ ml SG5%: _____ ml

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

Sinais vitais: P: 17/74 mmhg FC: 44 bpm Sat: 100 % T: 36 °C Hora: _____

Anestesia: Início 15:00 Termino 16:00 () Geral Inhalatório () Geral Venosa () Sedação () Local

() Peridural () Raqui () Bloqueio: _____

T: () Não () sim - Cânula nº _____ IOT aramado: () não () sim nº _____

AVP: () não sim mid, Jelco nº 00 por Te Ronel

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

Ferida operatória: Curativo Limpido e seco

Cultura: _____ Anát. Patológico: Não () Sim _____ Unid _____

Material Explantado:

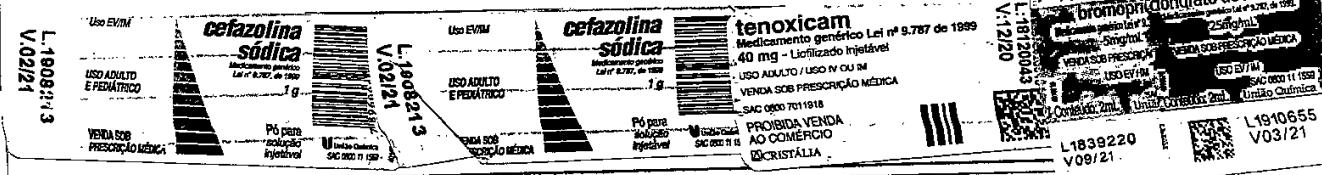
Conferido por elisa Intercorrência SI
786122

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) 2 dypatone + 1 diazepam
Ronetidina + Bromopropriolito + Timoxicon + etorazolo 2g



QPM: () NÃO () SIM, qual

1. Pisco e mucos de P

Nº PE 14

03 PF 16) corticais

01 PF 22)

Anotações de Enfermagem e Intercorrências 3/

Início da cirurgia: 15:10 Termino da cirurgia: 15:50

CIRURGIÃO Tribago

ASSISTENTE:

ANESTESIOLOGISTA Arthur

INSTRUMENTADORA Rejane + Rondolo

CIRCULANTE: lélia

ENFERMEIRA: Eduarda

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:	<u>Ricardo Batista do Nascimento</u>	HORA: <u>16:40</u>
CORRIGIDO: 1141.805-78		

Pronto clínica Dr. Paulo Gurgel
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

CLIENTE: Ana Paula Corrêa da Graça SETOR: Neuro LEITO: 103C
 DIAGNÓSTICO MÉDICO: Clav. E IDADE: 36
 RESIDÊNCIA: O DOMICILIAR () HOSPITALAR: QUAL:
 DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: Nenhuma

Evolução 10/06/19 HORÁRIO: _____

ASPECTO GERAL

- CONSCIENTE ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
 ATIVO () CREATIVO () HIPOATIVO
 HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
 COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

AVP: _____
 AVA: _____
 Jejico: _____
 Scalp: _____

06/06

USO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

ATB: _____
 100% _____
 50% _____

PELE

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

APARELHO CARDIOPULMONAR

- EUPNEICO () DISPNEICO () TAQUIPNEICO
 BRADIPNEICO () TIRAGEM: _____
 SUDORES ADVENTÍCIOS. TIPO: _____
 TAQUICÁRDICO () NORMOCÁRDICO () BRADICÁRDICO

RESERVAÇÕES: Até pelo exato h/ 13 dias.

Recebido 1º pél da Rx + ex. lab. olhos sem

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

- ABDOME**
 FLACIDO () GLOBO () SEMI GLOBO
 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 () VOMITO vezes _____

COLEGIO DE ENFERMEIROS DO RJ
 2019/2020
 554066

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Evolução 11/06/19

HORÁRIO: 23h

ASPECTO GERAL

- CONSCIENTE () ORIENTADO () ALGO ORIENTADO
 ATIVO () CREATIVO () HIPOATIVO
 HIPERTÔNICO () HIPOTÔNICO
 COMATOSO () SEDADO () ANASARCA () EDEMA

ACCESSO VENOSO (Local e data de inserção)

AVP: _____
 AVA: _____
 Jejico: _____
 Scalp: _____

USO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

ATB: _____
 100% _____
 50% _____

11/06

VENTILAÇÃO

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

ELIMINAÇÕES

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

EVACUAÇÃO

- ESPONTÂNEA



PELE

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

APARELHO CARDIOPULMONAR

EUPNEICO DISPNEIDO TAQUIPNEICO
 BRADIPNF CO TIRAGEM:
 RUÍDOS ADVENTÍCIOS TIPO:
 TAQUICÁRDICO NORMOCÁRDICO BRADICARDICO

OBSERVAÇÕES: *RAM - X P/S OK*
SEM CUIDADOS.

ESTÍMULO: _____
 AUSENTE _____ DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMÉ
 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 VOMITO _____ vezes

ASPECTO GERAL
 CONSCIENTE ORIENTADO ALGO ORIENTADO
 ATIVO REATIVO HIPÓATIVO
 HIPERTÔNICO HIPOTÔNICO
 COMATOSO SEDADO ANASARCA EDEMA

ACESSO VENOSO (Local e data de inserção)

AVP:
 AVC:
 Jelco:
 Scalp.: _____

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB
 HV _____
 BI _____
 ATB _____

PELE
 HIDRATADA RESSECADA ICTÉRICA
 NORMOCORADA HIPOCORADA CIANOSE
 EXTREMIDADE FRIAS NORMOTÉRMICA
 HIPOTERMIA:
 HIPERTERMIA:
 DRENO Local:
Característica do líquido:

APARELHO CARDIOPULMONAR
 EUPNEICO DISPNEIDO TAQUIPNEICO
 BRADIPNEICO TIRAGEM:
 RUÍDOS ADVENTÍCIOS TIPO:
 TAQUICÁRDICO NORMOCÁRDICO BRADICARDICO

OBSERVAÇÕES: *S/A*

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

HORÁRIO: 12/06/19

VENTILAÇÃO
 O2 AMB MV _____ % HOOD: _____
 ENTUBADO TOT Nº _____
OBS: _____

ELIMINAÇÕES

DIURESE
 ESPONTÂNEA SVA A CADA: _____
 HEMATÚRIA OLIGÚRIA ANÚRIA
 POLIÚRIA SVD _____ / _____
ASPERCETO/CARACTERÍSTICA: _____

EVACUAÇÃO

ESPONTÂNEA
 ESTÍMULO: _____
 AUSENTE _____ DIAS
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: _____

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMÉ
 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 VOMITO _____ vezes





**PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel**

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE Judith Soto Arango
APTO.: _____ N° REGIST. _____
CONVEN. _____

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

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
11/06/19	11h	Jamilido este setor Rose morte de seu rendimento pore. Enrolamento cover- gues elorcelas E. Confer- te sonda oral, O2, ambu elet. oxígeno. O2 Relatório RX+ exames lab. Encendo. Nega fredo.	Magnolia Cunha da Costa COREN/RN - 468.862-TE
11/06/19	14:00	Pct. esc. aux c.c. levando seu mentusário.	Waldemir Oliveira Pereira COREN/RN - 468.862-TE
11/06/19	18hs	Retomou aux c.c.	Maria das Graças da Costa COREN/RN - 468.862-TE
11/06/19	20hs	Adm mid clenoxicar 40mg IFR + 30ml Abd EV	Ane
11/06/19	22hs	Adm mid epinefrina IFR + 50ml SF 0,9% EV + dipirona 1amp + 18 ml Abd EV	Ana Paula R. Souza C. Silva COREN/RN - 1.286.597-TE
12/06/19	04hs	Adm mid epinefrina IFR + 50ml SF 0,9% EV + dipirona 1amp + 18ml Abd EV	Ane
12/06/19	10h	100m. Cefazolina 1PA + 50ml SF. 100m. dipirona amp + 05d.	Ana Paula R. Souza C. Silva COREN/RN - 1.286.597-TE
12/06/19	13:20	Realizado troca de curativo, sem remoção em claudula "E" conforme prescrição médica	Jailson Nunes da Silva COREN/RN - 1.283.063-TE
12/06/19	13:10	Paciente saiu de alta hospitalar acompanhado de Jamilidas + Ivando todos seus pertences.	Antônio Guedes de Melo COREN-RN - 468.862-TE





Pl Andrea Costa da Graça

- Chegou 3º piso avulsa
nível de 13h
- Fim a nível de 6h
- Chegar no dinner até 9h

XERX,

- RG, CPF, cartas SV e
comprovante de endereço

01/06/19

RUA: BEVÉNUTO SIMÕES, 12 - BAIRRO: CENTRO- CARAÚBAS/RN
ATENDIMENTO: ☎ 9.9674-0800 clinicaconceicaogararuna



PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: ANDREIA KARLA DE ARAUJO **APTO/ENF.** _____
REGISTRO CONVÉNIO: SUS **DATA:** 11/06/2019

PREScrição	HORARIOS
Dieta branda quando bem acordado	
RL 500ml, IV, 12/12h	
Cefazolina - 1FR + 50ml SF 0,9%, IV, 6/6h	MW 0001 5001 TU 0001 1000 JG TH 0001 1000 16
Digirona - 1 amp + 18ml ABD, IV, 6/6h	TH 0001 1000 16
Tenoxicam 40mg - 1FR + 20ml ABD, IV, 1X/DIA	
Tramal 100mg - 1 amp + 100ml SF 0,9%, IV, 8/8h.	
Plasil - 1amp + 100ml SF 0,9%, IV, 8/8h. SE NAUSEAS	SN SN
Manter cabececira elevada	JT 0000 0000 RJ 0000
SSVV e CGGG	
Dr. Thiago José G. C. Araruna Ortopedia / Traumatologia CRM-RN 6619 / FET 14815	Medida 2,0 cm CORRETA 5,5 cm
12/16/66 crysphix magisteller	
Dr. Thiago José G. C. Araruna Ortopedia / Traumatologia CRM-RN 6619 / FET 14815	

86 FARMÁCIA

RECIBO





PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

Evolução Médica

PACIENTE: André Luis RÉGISTRO Nº _____
APTO.: _____ CONVENIO _____
MÉDICO: _____

DATA / HORA	DESCRIÇÃO MEDICA
11/06/19 12:10h	<p>Adm:</p> <p>Paciente admitido com queixa de dano articular, tratamento com injetor de CH de gelo.</p> <p>Br. Thiago José G. C. Araújo Ortopedia / Traumatologia CRM-PI 6619 / TECR 1461</p>
11/06/19 16:00h	<p>No ex agravou</p> <p>Desenvolveu edema e trilâmento</p> <p>cessação de função da articulação</p> <p>com dor intensa + fadiga com</p> <p>lateralização + dor no processo</p> <p>lateral no sulco do antebraço</p> <p>Br. Thiago José G. C. Araújo Ortopedia / Traumatologia CRM-PI 6619 / TECR 1461</p>
12/06/19 10:22h	<p>S/O:</p> <p>Paciente bem, sem dor</p> <p>edema desaparecido, com dor</p> <p>moderada no processo</p> <p>lateralizado, intensificada</p> <p>previamente com acentuado</p> <p>calor na região</p> <p>Br. Thiago José G. C. Araújo Ortopedia / Traumatologia CRM-PI 6619 / TECR 1461</p>





PRONTOCLINICA
Dr. Paulo Gurgel

NAME :

ulo Gurgej
Audreis Corso viau

CONTROLE HÍDRICO E T.P.R.

APTº 103C.

REG.:

MÉDICO

800-911





(1)



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 ao beneficiário final em até 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190567456 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANDREIA CARLA DE ARAUJO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUIMENTO**BENEFICIÁRIO** ANDREIA CARLA DE ARAUJO**CPF/CNPJ:** 06906933469

Posição em 18-11-2019 18:21:09

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

25/10/2019 R\$ 1.687,50 R\$ 0,00 R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
03/11/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	Download
20/10/2019	NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO	Download



11/10/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/tz6lpnOtc__HymHPFtaEapi_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4B8nqIW9Ba3931jRf8+OVdA=)
08/10/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/1U2ZoyEpZSLxZnfGU4Raapi_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4B8nqIW9Ba3931jRf8+OVdA=)
08/10/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/eTExEZ0Vq+2qXxrK3IEapi_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4B8nqIW9Ba3931jRf8+OVdA=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

 Disponível na App Store (<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)  DISPONÍVEL NO Google Play (<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-Efetuados.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-Efetuados.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/telefones-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
Vara Única da Comarca de Caraúbas
Praça Ubaldo Fernandes Neto, nº 212, Centro, Caraúbas/RN

Processo Nº: 0800026-16.2020.8.20.5115

Requerente: ANDREIA CARLA DE ARAUJO

Requerido: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Defiro a gratuidade judiciária.

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, ante a necessidade da realização de perícia, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação. (CPC, art. 139, VI e Enunciado n. 35 da ENFAM).

Assim, cite-se e intime-se a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial.

Outrossim, ante a necessidade de prova pericial, NOMEIO perito(a) o(a) Dr(a). **ANDRÉ FERNANDEZ DE OLIVEIRA**, médico(a) especializado em ortopedia e traumatologia, com endereço profissional na Clínica Feldman, localizada à Rua João Gomes de Oliveira, Bairro Sebastião Maltez, Caraúbas/RN, determinando a intimação do(a) mesmo(a) para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico.

Tendo em vista que a parte autora é beneficiária da assistência judiciária gratuita, caberá ao réu antecipar as despesas com a perícia, resguardado o direito de requerer a devolução do montante em fase de cumprimento de sentença caso seja julgado improcedente o pedido do autor.

Arbitro os honorários periciais em R\$ 200,00 (duzentos reais), mediante depósito prévio a ser realizado pela parte ré.

Intime-se a parte ré para no prazo de dez dias, a contar do decurso do prazo de contestação, depositar em conta judicial o valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.



Formulo os seguintes quesitos:

1- Quais as lesões sofridas pelo autor?

2- As lesões decorreram de acidente de veículo?

3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente?

4- Totalmente ou em parte?

5 – Em que percentual?

6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica?

7- A incapacidade é temporária ou permanente?

8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica?

9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta?

10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média(50%), leve (25%) ou residual(10% ou menos)?

Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação. A parte autora já teve tal oportunidade na inicial. Os quesitos devem ser apresentados em duas vias para serem entregues em secretaria, além da via de protocolo do advogado, sendo uma via para ficar no processo e outra via para ser remetida ao perito.

Após apresentado o laudo, intimem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 10 (dez) dias e informarem se têm interesse em audiência de conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais.

Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença.



Intimações e expedientes necessários a cargo da Secretaria.

Cumpra-se.

Caraúbas/RN - 09 de março de 2020

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº 11.419/06)

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE
Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE - 09/03/2020 10:54:40
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030910543956900000050457451>
Número do documento: 20030910543956900000050457451

Num. 52304223 - Pág. 3

Poder Judiciário do Estado do Rio Grande do Norte

Vara Única da Comarca de Caraúbas

Praça Ubaldo Fernandes Neto, 212, Centro, Caraúbas - RN - CEP: 59780-000

CARTA DE INTIMAÇÃO - DECISÃO

Destinatário: Dr.

LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA

Prezado(a) Senhor(a),

A presente carta tem por finalidade a INTIMAÇÃO de Vossa Senhoria para tomar ciência do inteiro teor da DECISÃO PROLATADA nos autos do processo infracaracterizado, cuja cópia segue em anexo como parte integrante desta.

PROCESSO: 0800026-16.2020.8.20.5115

AUTOR: ANDREIA CARLA DE ARAUJO

RÉU: SEGURADORA DPVAT

Caraúbas/RN, 27 de maio de 2020.

REGINALDO FERNANDES DE OLIVEIRA
Auxiliar Técnico



Assinado eletronicamente por: REGINALDO FERNANDES DE OLIVEIRA - 27/05/2020 13:20:03
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2005271320032270000054060416>
Número do documento: 2005271320032270000054060416

Num. 56215175 - Pág. 1

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº 11.419/06)

Por ordem do(a) MM Juiz(a) de Direito
José Undálio Andrade



Assinado eletronicamente por: REGINALDO FERNANDES DE OLIVEIRA - 27/05/2020 13:20:03
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2005271320032270000054060416>
Número do documento: 2005271320032270000054060416

Num. 56215175 - Pág. 2



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Vara Única da Comarca de Caraúbas
Endereço: Praça Ubaldo Fernandes Neto, nº 212, Centro, Caraúbas/RN - CEP: 59780-000

CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO

Processo Número: 0800026-16.2020.8.20.5115

Valor da Causa: R\$ 11.812,50

Requerente: ANDREIA CARLA DE ARAUJO

Requerido: SEGURADORA DPVAT

Ilmo. Sr. Diretor ou representante legal.

SEGURADORA DPVAT

N o m e : S E G U R A D O R A D P V A T
Endereço: Rua Senador Dantas, 74, 5 Andar, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205



Assinado eletronicamente por: REGINALDO FERNANDES DE OLIVEIRA - 27/05/2020 13:31:21
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052713312119300000054060436>
Número do documento: 20052713312119300000054060436

Num. 56216353 - Pág. 1

Pelo presente, cumprindo determinação do Excelentíssimo(a) Juiz de Direito da Comarca de Caraúbas/RN, Dr(a). José Undálio Andrade, fica Vossa Senhoria **CITADO para**

contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial, bem como intimar para no prazo de dez dias, a contar do decurso do prazo de contestação, depositar em conta judicial o valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor, segue cópia da decisão em anexo.

Atenciosamente.

Local: Vara Única da Comarca de Caraúbas/RN

Endereço: Praça Ubaldo Fernandes Neto, nº 212, Centro, Caraúbas/RN - CEP: 59780-000

Caraúbas/RN - 27 de maio de 2020

REGINALDO FERNANDES DE OLIVEIRA

Auxiliar Técnico

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



Assinado eletronicamente por: REGINALDO FERNANDES DE OLIVEIRA - 27/05/2020 13:31:21
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052713312119300000054060436>
Número do documento: 20052713312119300000054060436

Num. 56216353 - Pág. 2