



Número: **0811844-21.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO SUMÁRIO**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **20/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ERIVANALDO SILVA DA CRUZ (AUTOR)	JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)
PORTO SEGURO S/A (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
98096 35	26/03/2017 09:29	01-Procuração	Procuração
98096 36	26/03/2017 09:29	02-Boletim Policial	Documento de Comprovação
98096 37	26/03/2017 09:29	03-Documento Médico	Documento de Comprovação
98096 38	26/03/2017 09:29	04-Requerimento ADM	Documento de Comprovação
98096 39	26/03/2017 09:29	05 - Quesitos	Outros documentos
98096 40	26/03/2017 09:29	06-Documento Pessoais	Documento de Identificação
98096 41	26/03/2017 09:29	07-Declaração de Insuficiência	Documento de Comprovação
98096 48	26/03/2017 09:37	Petição	Petição
98096 50	26/03/2017 09:37	SUBSTABELECIMENTO	Substabelecimento



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Erivaldo Silva da Cruz, portador(a) da

cédula de identidade RG 2.693.829, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº.
038.028.904-00, residente e domiciliado (a) no endereço
Rua Inaldo Barbulho, mat. Novo
Gaiarinha, cep: 59173-000;

OUTORGADO: JONATAS NEVES MARINHO DA COSTA, RG 07010121 37, CPF:
816.001.435-04, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/BA sob o nº
25.893, com endereços profissionais na Av. Almirante Alexandrino de Alencar,
nº. 776, Loja 05, Lagoa Seca, CEP 59022-350, Natal - Rio Grande do Norte.

PODERES: Para o foro em geral e repartições públicas, na forma do art. 38 do Código de Processo Civil e art. 5º, § 2º, da Lei nº 8906, de 4 de julho de 1994, com cláusula "ad extra" e "ad judicia", bem como PODERES ESPECÍFICOS para: receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, receber valores e alvarás, receber, sacar e endossar cheques nominativos, dar quitação, celebrar acordos e firmar compromisso, podendo praticar atos em qualquer juízo ou fora dele, em qualquer instância ou tribunal, inclusive repartições públicas administrativas e municipais, estaduais e federais como autor ou réu, em conjunto ou isoladamente, independentemente da ordem de nomeação, podendo ainda substabelecer esta, com ou sem iguais poderes e tudo mais praticar para o fiel cumprimento deste mandato por prazo indeterminado.

Natal, 07 de março de 2017

OUTORGANTE



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE GOIANINHA

(84) 3243-2225

B.O: 97/2016

DP GOIANINHA

NATUREZA ACIDENTE DE TRANSITO

LOCA RUA MANOEL NAZARENO DO NASCIMENTO
MUNICÍPIO GOIANINHA/RN

COMUNICANTE

CÚTIS/ETNIA

SEXO

ESTADO CIVIL

MEIO EMPREGA

PAI

MÃE

BAIRRO ESTAÇÃO

PAÍS

NATURAL

DATA DO FATO

10/01/2016

HORA 06:00

RG

ORGÃO

UF

CPF

DATA DE NASC

OUTROS DOC

IDADE

ENDERECO

REFERÊNCIA

PROFISSÃO

LOCAL DE TRABALHO

FONE

CELULAR

VÍTIMA ERIVANALDO SILVA DA CRUZ

CÚTIS/ETNIA

SEXO MASCULINO

ESTADO CIVIL SOLTEIRO

ESCOLARIDADE MÉDIO

PAI JOSE LIMA DA CRUZ

MÃE EDNA MARIA SILVA DA CRUZ

PAÍS

NATURAL

NATAL/RN

DATA DE NASC

15/01/1979 IDADE 37

RG 2043829

ORGÃO SSP

UF

CPF

OUTROS

ENDERECO RUA DOS ATLETICANOS, 55, N 5P^a DA APRESENTAÇÃO, NATAL/RN.

REFERÊNCIA PX A CEPEF

PROFISSÃO

LOCAL DE TRABALHO

FONE

CELULAR 84-8820-6226

AUTOR(A) DO FATO

A ESCLARECER

CÚTIS/ETNIA

SEXO

ESTADO CIVIL

VULGO

PAI

MÃE

ESCOLARIDADE

PAÍS

NATURAL

NATAL/RN

DATA DE NASC

IDADE

RG

ORGÃO

UF

CPF

OUTROS DOC

ENDERECO

REFERÊNCIA

PROFISSÃO

LOCAL DE TRABALHO

FONE

CELULAR

HISTÓRICO

Informa que conduzia uma moto HONDA CG 125 FAN KS, NA COR PRETA, ANO 2013/2013, PLACA OFX-6895. ARARUNA/PB, CHASSI 9C2JC411ODR732385, RENAVAM 0053587239-9, em nome de Nivaldo Bento de Oliveira, quando um veículo VW FOX, NA COR BRANCA, não sabendo informa placas, vinha em sentido contrário Goianinha/RN e depois transferido para o Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel em Natai/RN. Que do acidente resultou fraturas em dedos do pé esquerdo. Nada mais disse.

TESTEMUNHA

ENDERECO

TESTEMUNHA

ENDERECO

DATA E HORA DA AUDIÊNCIA

HORA

PROVIDENCIAS registro para providências

ASSINATURA DA VÍTIMA OU COMUNICANTE

FALSA COMUNICAÇÃO À POLÍCIA É CRIME, PREVISTO NO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO ART340.

GOIANINHA 19/01/2016 15:26:35

SERVIDOR HELMITON FABIANO B DE OLIVEIRA

APC 1686615

ASS

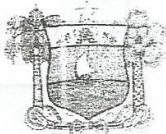
F. Oliveira.

19/01/2016 18:07:20

FECHAR IMPRIMIR



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFRIDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

TL

PACIENTE	ERIVANALDO SILVA DA CRUZ				
DATA DE ENTRADA	10/01/2016 HORA 12:54 N° BAA 151763				
IDADE	36	SEXO	M	ETNIA	Pardo
CARTÃO SUS	ESTADO CIVIL				
CPF	038.028.904-00	RG	002043829 - SSP		
NOME DA MÃE	EDNA MARIA SILVA DA CRUZ				
NOME DO PAI	JOSE LIMA DA CRUZ				
NASCIMENTO	15/01/1979	NATURALIDADE	Natal-RN		
TELEFONE	PROFISSÃO				
RUA/AV.	Rua Dos Atleticanos N° 55				
COMPLEMENTO	BAIRRO Nossa Senhora Da Apresentação				
CEP	59115-440	CIDADE	Natal-RN		
ORIGEM	Família	MOTIVO	Acidente de Trânsito / Queda de moto		
ACID. DE TRABALHO	Não	USUÁRIO	Daida		

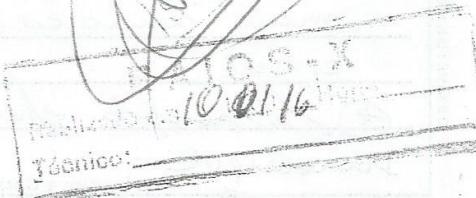
HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Acidente mete carro no Ccol. Uso de capacete. Perde perda de consciência 10 minutos /cefaleia. Repre de no pé expondo

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Visão acima de 20cm sem óculos
- B Tensão arterial
- C Peso cheio 85 kg
- D Peso vazio 75
- E Gástrica com 04 S.C. / fadiga no pé

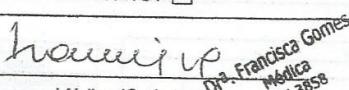
OUTRAS OBSERVAÇÕES



HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:			
ANAMNESE			
EXAME FÍSICO			
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA			
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) ***	LABORATÓRIO		
	OUTROS		
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM		
Assinatura e Carimbo do Responsável			
Assinatura e Carimbo do Responsável			
DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:		
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA: :		
SAÍDA:	DATA: 10 / 01 / 2016 HORA: 16h		
Decisão Médica <input checked="" type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/>	Transferido para:	
ÓBITO:	DATA: / / HORA:		
Entregue à família	com Alestado <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
 Dr. Francisca Gomes Médica CRM 3858			



Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA: :	
SAÍDA:	DATA: / / HORA: :	
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/>	Transferido para:
ÓBITO:	DATA: / / HORA:	

ALGORITMO PI SUPPORTO BÁSICO DE VIDA: 1- RECA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAL) E PEÇA UM DESFIBRILADOR (DEA 3-ABIA VITIMA); 2- RECA A VITIMA; 3- SE PULSO, ABRE A VIA AÉREA (DISPOSITIVO BOLSA - VALVA - MÁSCARA); 4- AVALE DE VENTILAÇÕES DE AIRE (APLIQUE 10 VENTILAÇÕES); 5- SE APREHESA, APlique 1 CHOCO 360 (200 PI DEA BIFASICO); 6- SE APENAS CAROTÍDEO, OU FEMORAL (BRANCO AL ELLA CLOTETE); 7- SE PULSO, APlique 1 CHOCO 360 (200 PI DEA BIFASICO); 8- REINICIE RCP (30:2); 9- RITMO CHOCAVEL; 10- RITMO NÃO CHOCAVEL, REINICIE RCP (30:2); 11- AVALE O RITMO A CADA 5 CICLOS; 12- PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADO ASSUMIR, OU CASO A VITIMA SE MERA; 13- COLOQUE A VITIMA SE MERA.

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abrir Olhos (AO)	4
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida. se assim for marque 4, se não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso.	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado. (Liga-se corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, onde está e porquê; se dada e etc.)	5
Confuso. (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca conversacional)	3
Sons ininteligíveis. (Gemendo sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Loculta estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica a dor.	4
Padrão flexo à dor (Decerção).	3
Padrão extensor à dor (Descerbração).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

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

*Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom Indicador de sobrevida para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.J. Copes, et al: A revision of the trauma score. J. Trauma 23(5):624, 1993.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

03-08=grave (necessidade de intubação imediata);
09-35=moderado;
14-15=leve

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

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

SEM DOR	LEVE	Moderada	Int.ensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

«Caso o espaço destinado para exames seja insuficiente, utilize impressos próprios do hospital.: REQUISIÇÃO DE EXAMES, FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXO O BOLETIM.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1.....

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)	
A	
B	
C	
D	
E	
A (ALERGIAS): _____	
M (MEDICAÇÃO EM USO): _____	
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): _____	
L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS): _____	
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): _____	
V (PASSADO VACINAL): _____	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)*** Rx do pé esquerdo. Rx - x do pé esquerdo Rx de rins de fralda.	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) 1) <u>Anestesia local</u> raque e pectoral rectal que prepara para se intubar à intubação de procedimento no pé esquerdo. Explicado que a cicatrização no local de seguindo intubar e que deve mais demorada. Pedi-se cinto. ② <u>Colocação de oxigênio</u>	
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	

Dra. Francisca Gómez
Médica
CRM 3858

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

Dra. Francisca Gonçalves Médica CRM-3858	ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE	
ESPECIALISTA 1:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:



(1)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

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

SINISTRO 3160241790 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ERIVANALDO SILVA DA CRUZ

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO KR Sul Adm.Cor. de Seguros Ltda-MBM

BENEFICIÁRIO ERIVANALDO SILVA DA CRUZ

CPF/CNPJ: 03802890400

Posição em 23-02-2017 12:43:04

Pedido de indenização negado conforme carta enviada ao beneficiário.

ACESSIBILIDADE

Quesitos

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

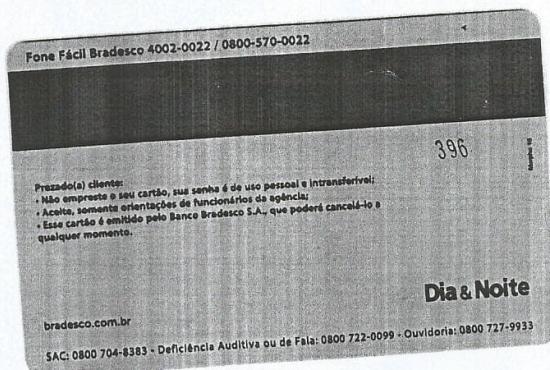
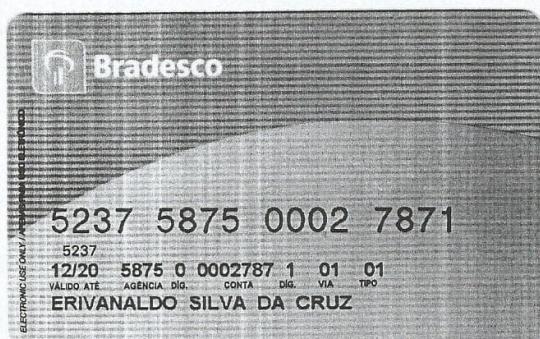


Caixa
Econômica
Federal

104-0

RECIBO DO SACADO

CEDEnte COMERCIAL ELOI CHAVES LTDA					35659234000120	AGÊNCIA/CÓDIGO CEDEnte 0759 . 870. 00000071-9	VENCIMENTO 08/02/2016
DATA DOCUMENTO 01/02/2016		NÚMERO DOCUMENTO 271845-1		ESP. DOC DM	ACEITE S	DATA PROCESSAMENTO 01/02/2016	
USO DO BANCO	CIP 263	CARTEIRA CR	ESPECIE MOEDA R\$	QUANTIDADE		VALOR	(=) VALOR DO DOCUMENTO 1.665,95
INSTRUÇÕES A DUPLICATA NÃO DEVERÁ CONTER RASURAS OU CARACTERES DATILOGRAFADOS. COBRAR MORA DIARIA DE R\$3,33 NÃO É PERMITIDO PAGAMENTO AO REPRESENTANTE. NUM. MAPA :74901 VEND. 44 NUM. N.FISCAL : 2718451 ACRÉSCIMO: REF. A TARIFA BANCÁRIA							
SACADO ERIVANALDO SILVA DA CRUZ RUA INALDO BARBALHO GOIANINHA		MATADOURO NOVO		3181 23.375.560/0001-26 CEP : 59173000	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA RN		
SACADOR / AVALISTA COMERCIAL ELOI CHAVES LTDA				35659234000120			

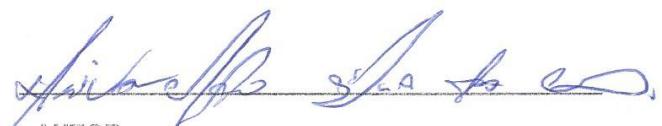


DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Declaro para todos os fins e efeitos que, no momento, não disponho de recursos econômicos para custear quaisquer despesas processuais tanto de custas processuais, depósito recursal e honorários sem prejuízo do meu sustento e da minha família, posto que encontro-me desprovido de recursos para tal desiderato nos termos do Art. 1º da lei 7.115/83 de 29 de Agosto de 1983, da lei 1.060/50 e legislação pertinente, responsabilizando-me pelos termos dessa declaração.

Sendo a expressão da verdade, firmo a presente declaração, sob as penas da lei.

Natal, 07 de maio de 2017



AUTOR:

CPF:

**EXCELENTEÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 10^a VARA CÍVEL DA
COMARCA DE NATAL ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE.**

ERIVANALDO SILVA DA CRUZ, já devidamente qualificado nos autos em epígrafe, vem, por seu advogado que estar subscreve, muito respeitosamente, à presença de Vossa Excelência JUNTAR Substabelecimento e, requerendo o normal prosseguimento do feito.

Contudo, onde lê-se OAB/RN 25.893, leia-se OAB/BA 25.893.

Nestes termos

Pede deferimento

Parnamirim/RN, 25 de março de 2017

João Roberto Ferreira Neves

OAB/RN 11239

(documento assinado digitalmente na forma da Lei 11.419/06)

RN ADVOCACIA



Dr. Roberto Neves OAB/RN 11239

S U B S T A B E L E C I M E N T O

Substabeleço, sem reserva de iguais, para a Dr. JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob n.º 11239, os poderes que me foram conferidos por Enivaldo Silveira da Cruz, inscrito no CPF sob o n.º 038.028.904-00, portador do RG n.º 2.043.829, exclusivo para presente AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT que será protocolada nesta Comarca de Natal Estado/RN.

Macaíba, 20 de março de 2017


OAB/RN n.º 25.893

(documento assinado digitalmente na forma da Lei 11411/06)

Rua Dr. Sadi Mendes de Lucena, n.º 1022-A, Santa Tereza, Parnamirim/ RN, CEP: 59.146.110 -
Fone (84) 99947-2766 - 2010-4827 - E-mail: rn.robertoneves@gmail.com