



Número: **0800317-02.2019.8.20.5131**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de São Miguel**

Última distribuição : **08/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JAKELINE MUNIZ DA SILVA (AUTOR)	MARIA ELIENE COLACA (ADVOGADO) PAULO ALBERTO SOBRINHO (ADVOGADO) JOSE KALENIO GONCALVES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
40319 789	08/03/2019 15:48	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
40319 811	08/03/2019 15:48	<a href="#">Ação de Cobrança de DPVAT - Jakeline Muniz</a>	Outros documentos
40319 816	08/03/2019 15:48	<a href="#">Boletim de Ocorrência e Boletim de Urgência</a>	Documento de Comprovação
40319 825	08/03/2019 15:48	<a href="#">Comprovante de residência, Sinistro e DUT da Moto</a>	Outros documentos
40319 830	08/03/2019 15:48	<a href="#">Procuração, Docs. Pessoais de CTPS</a>	Documento de Identificação
40323 885	08/03/2019 19:07	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
40792 464	18/03/2019 14:53	<a href="#">Intimação</a>	Intimação

**EXCELENTÍSSIMO (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE SÃO MIGUEL – ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE.**

**JAKELINE MUNIZ DA SILVA**, brasileira, solteira, agricultora, portadora da carteira de identidade/RG nº 2.379.848, inscrita no CPF nº 055.399.994-01, residente e domiciliada na Vila Oiteiro, nº 576, Zona Rural, São Miguel/RN, por seu advogado legalmente constituído (instrumento de mandato anexo), com endereço para receber intimações descritas infra, vem respeitosamente à presença de Vossa Excelência, propor a presente:

em desfavor da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, sociedade anônima fechada que opera o seguro de danos pessoais causados por veículo de via terrestre, localizada na Rua Senador Dantas, nº 74, nos Andares: 5, 6, 9, 14 e 15, CEP.: 20.031-205, Centro, Rio de Janeiro-RJ, com endereço eletrônico em: [citacao.intimacao@seguradoralider.com.br](mailto:citacao.intimacao@seguradoralider.com.br), pelos motivos de fato e de direito a seguir aduzidos:

### **GRATUIDADE JUDICIÁRIA**

1. *Ab initio*, requer os benefícios da justiça gratuita, por ser pobre na forma da lei, não podendo, nas atuais circunstâncias, arcar com custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo de seu sustento e de sua família. Tudo com esteio na **Lei nº 1.060/50, na Lei 7155/83 e na Constituição Federal, Art. 5º, LXXIV**.

### **ESCORÇO FÁTICO**

2. A requerente trafegava na sua motocicleta na Rua Coronel Joao Pessoa em São Miguel-RN, quando um animal desgovernado (cavalo) balroou na motocicleta que a requerente vinha conduzindo e nesse momento a condutora perdeu o controle da moto e veio ao solo. Que após a queda foi socorrida por populares para o Hospital de São Miguel/RN. A motocicleta era uma Honda Fan CG ESDI 150, cor: Preta, Ano/Mod: 2013/2014, placa: OSH - 5096/CE. A Requerente foi socorrida por populares e encaminhada para o Hospital Áurea Maia de Figueiredo, em São Miguel/RN, recebendo os primeiros

atendimentos, posteriormente foi encaminhada o Hospital Deoclecio Marques de Lucena em Parnamirim/RN, onde passou por procedimento cirúrgico, devido a Trauma em Antebraço Esquerdo e Fratura de Punho Esquerdo por conta da gravidade do acidente.

3. Pois bem, em decorrência do acidente acima citada, a requerente sofreu Trauma em Antebraço Esquerdo e Fratura de Punho Esquerdo por conta da gravidade do acidente, (boletins de urgência em anexo).

4. Insta consignar, que o evento danoso aconteceu no dia 12 de Fevereiro de 2016, nas condições de tempo e espaço acima afirmados (boletim de ocorrência anexo).

5. Nesta toada, realizados os procedimentos de praxe, ficou constatado que a autora tinha Trauma em Antebraço Esquerdo e Fratura de Punho Esquerdo por conta da gravidade do acidente.

6. Importa aludir, Excelência, que em razão do acidente, a requerente se encontra com limitação, e ainda hoje não consegue praticar muitas atividades e sente fortes dores no membro superior esquerdo em decorrência do acidente.

7. Nesse ínterim, devidamente munida dos documentos comprobatórios, a requerente buscou, administrativamente, a seguradora-ré, a fim de obter a cobertura do evento por invalidez, em razão das fraturas/lesões acima aludida.

8. Entrementes, douto julgador, a seguradora pagou apenas a quanta de R\$ 1.687,50 (um mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) na via administrativa. No entanto, a autora faz jus ao recebimento pelo evento dano de cobertura por invalidez, a percepção de 100% (cem por cento) do valor total da cobertura, ou seja, R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), sendo que a Seguradora-Ré efetuou apenas parte do valor, conforme comprovante de pagamento em anexo.

9. Assim, a presente ação consiste no recebimento da indenização coberta pelo seguro obrigatório - DPVAT, sendo-lhe a cobertura por evento de invalidez no importe de 100% (cem por cento) de seu valor total, uma vez que resta comprovado, na documentação acostada aos autos, as fraturas e lesões advindas do acidente que resultaram na invalidez total da requerente.

10. Denota-se, pois, legítimo o dever da Ré em efetuar o pagamento da indenização do seguro obrigatório - DPVAT, ora pleiteada, visto que a mesma pertence ao rol de seguradoras que compõem atualmente o Consórcio referente ao Convênio DPVAT.

11. Ante o exposto, a requerente vem a respeitável presença do Estado Juiz, a fim de que este possa compelir a Seguradora-ré a proceder com o pagamento total pela cobertura por evento de invalidez no importe de 100% (cem por cento) do seu valor total, ou seja, R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), descontando o valor de R\$ 1.687,50 (um mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) já percebido na via administrativa, fazendo valer, destarte, o seu direito.

## **SUBSUNÇÃO JURÍDICA**

12. O Seguro DPVAT foi criado no ano de 1974 pela **Lei Federal nº 6.194/74**, modificada pelas **Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09**, que determina que todos os veículos automotores, paguem anualmente uma taxa que garante, na ocorrência de acidentes, o recebimento de indenização tanto no caso de invalidez quanto em decorrência de morte.

13. Nesse ínterim, em conformidade com o **art. 3º da lei nº. 6.194/74**, com nova redação dada pelas **Leis 11.482/07 e 11.945/09**, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar. Senão vejamos o preconizado no referido diploma:

*Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:*

(...)

*II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e*

*III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas. (grifos nossos)*

14. Pois bem, o caso em tela cinge-se ao pagamento pela seguradora-ré no que pertine ao valor da indenização referente à cobertura por invalidez, haja vista que o evento danoso culminou com Trauma em Antebraço Esquerdo e Fratura de Punho Esquerdo por conta da gravidade do acidente, culminando com sua incapacidade total.

15. Assim, resta claro que a Requerente deve ser indenizada pelo seguro, como medida de direito, visto que comprova as lesões, fazendo jus ao recebimento da cobertura por invalidez.

16. Como visto, o autor faz jus, a indenização correspondente ao evento de invalidez no importe de 100% (cem por cento) do seu valor total, ou seja, R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), deduzido o valor já recebido na via administrativa posto que o sinistro acarretou a perda completa de sua capacidade para o trabalho, em conformidade com a tabela inclusa no **Anexo da lei 6.94/74, incluído pela lei 11.945/09**, sendo que a requerida efetuou apenas a quantia de R\$ 1.687,50 (um mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) na via administrativa, sendo-lhe devido, pois, o valor total de R\$ 11.812,50 (onze mil oitocentos e doze reais e cinquenta centavos).

17. Nesta esteira, a jurisprudência pátria é uníssona no sentido de que o valor percebido administrativamente não importa em quitação total ao que faria jus a vítima, de sorte que o beneficiário do seguro poderá acionar o poder judiciário objetivando receber a quantia remanescente devida. Senão vejamos:

*AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. QUITAÇÃO. VALOR MENOR QUE O DEVIDO. COMPLEMENTAÇÃO. AUSÊNCIA DE OFENSA ÀS LEIS NºS 6.205/77 E AO ART. 7º, IV, DA CR/88. UTILIZAÇÃO DO SALÁRIO MÍNIMO. POSSIBILIDADE. TERMO INICIAL DE INCIDÊNCIA DE CORREÇÃO MONETÁRIA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. ART. 11, § 1º DA LEI 1.060/50. INAPLICABILIDADE. O recibo emitido em relação ao DPVAT e a respectiva quitação referem-se tão somente ao valor ali anotado, de modo que o beneficiário do seguro, caso não tenha recebido o valor total a que tinha direito poderá postular pelo pagamento da quantia remanescente. A vedação constante na lei 6.205/75 e no art. 7º, IV, da CR/88 refere-se à utilização do salário mínimo como fator de indexação, de correção monetária. No caso dos valores decorrentes da indenização do seguro DPVAT o salário mínimo não é aplicado com vista a corrigir monetariamente a moeda, mas é utilizado como padrão de valor, base para calcular quantum devido ao beneficiário, não havendo que se falar em revogação da Lei 6.194/74 pelas disposições constantes na Lei 6.205/75 ou no art. 7º, IV, da CR/88. Em se tratando de cobrança de saldo remanescente de indenização de seguro DPVAT, a correção monetária incide a partir da data da liquidação parcial do sinistro, ou seja, do momento que a seguradora deveria ter providenciado o pagamento do seguro DPVAT em sua integralidade. O art. 11, § 1º da Lei 1.060/50 encontra-se derogado, de modo que os honorários advocatícios devem ser arbitrados em consonância ao disposto na legislação processual, art. 20, ss do CPC. Devem ser alterados os honorários advocatícios fixados em montante que não se apresenta quantia condizente à complexidade da causa, prestação do trabalho profissional desenvolvido, bem como ao tempo exigido para o serviço. (TJ-MG 100240777277740011 MG 1.0024.07.772777-4/001(1), Relator: IRMAR FERREIRA CAMPOS, Data de Julgamento: 08/10/2009, Data de Publicação: 29/10/2009)*

*APELAÇÃO CÍVEL. CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA SEGURO DPVAT - COMPLEMENTAÇÃO - QUITAÇÃO OUTORGADA EM SEDE ADMINISTRATIVA QUE NÃO OBSTA A PROPOSITURA DE AÇÃO JUDICIAL PARA RECEBIMENTO DA COMPLEMENTAÇÃO - NECESSIDADE DE NOVA PERÍCIA DO IML PARA A QUANTIFICAÇÃO DO GRAU DA INVALIDEZ - ANULAÇÃO DA SENTENÇA E RETORNO DOS AUTOS AO JUÍZO A QUO - RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. (TJ-PR - AC: 7194483 PR 0719448-3, Relator: Roberto Portugal Bacellar, Data de Julgamento: 17/02/2011, 8ª Câmara Cível, Data de Publicação: DJ: 600)*

18. O caso em tela cinge-se em receber a quantia devida pela cobertura do evento por invalidez, uma vez que recebeu pena a quantia de R\$ 1.687,50 (um mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), na via administrativa, pelo evento cobertura por invalidez.

19. Dessa forma, os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro obrigatório nos termos do **art. 5º da Lei nº 6.194/74**, que assim dispõe:

*Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. (grifo nosso)*

20. Portanto, comprovados tanto o evento danoso quanto os danos decorrentes do mesmo, a requerente recorre ao Poder Judiciário, a fim de seja indenizado em razão da ocorrência de invalidez total.

## **DA PERÍCIA**

21. Tendo em vista que a presente visa, a percepção de valor do sinistro em razão de constatada invalidez, faz-se necessária a realização de prova pericial, a fim de se apurar o grau de invalidez, fixando, dessa forma, o valor devido a título indenizatório.

22. Neste sentido, preleciona a jurisprudência pátria. *In verbis*:

*APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE. PAGAMENTO PARCIAL. SENTENÇA QUE JULGOU PROCEDENTE O PEDIDO INICIAL DE COMPLEMENTAÇÃO. INDENIZAÇÃO NO VALOR EQUIVALENTE A GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ. LAUDO PERICIAL INCOMPLETO. NECESSIDADE DE GRADUAÇÃO DO DANO. SENTENÇA ANULADA DE OFÍCIO. RECURSO PREJUDICADO. 1. Para a fixação do quantum indenizatório de seguro DPVAT, nos casos de invalidez permanente, é necessária a verificação do grau e o tipo de invalidez da vítima, sendo necessária, no caso, a complementação do laudo pericial. (TJ-PR 9472231 PR 947223-1 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 08/11/2012, 9ª Câmara Cível)*

*Ação de cobrança. Seguro obrigatório. DPVAT. Invalidez permanente. Perícia. Complementação necessária. Indenização proporcional ao grau de invalidez. Recurso de apelação provido. 1. Revisando posicionamento anterior, entendo que para a fixação do valor indenizatório do seguro obrigatório DPVAT, imprescindível realização de perícia médica, atestando a invalidez do segurado e seu grau. (TJ-PR - AC: 7248013 PR 0724801-3, Relator: Hélio Henrique Lopes Fernandes Lima, Data de Julgamento: 09/12/2010, 10ª Câmara Cível, Data de Publicação: DJ: 549)*

23. Ademais, o **Superior Tribunal de Justiça** recentemente editou a **Súmula 474** dispondo que a indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma

proporcional ao grau da invalidez, restando, destarte, necessário à realização de perícia judicial para apurar o grau de invalidez da autora.

24. Nesta senda, requer, desde já, a realização de prova pericial, a fim de verificar o grau de invalidez do requerente, apurando o valor da indenização na forma prevista no anexo da lei 6.194/74.

## **DOS PEDIDOS**

**ISSO POSTO**, requer:

- a) Os benefícios da justiça gratuita, por ser a requerente pobre na forma da lei, e não dispor de recursos financeiros suficientes para arcar com as custas processuais, sem comprometer os alimentos da família (**Lei n.º 1.060/50 e CF, art. 5º, LXXIV**);
- b) A citação da Requerida, para, querendo, apresentar defesa, sob pena de revelia e confissão quanto a matéria fática e de direito;
- c) Ao final seja **JULGADO PROCEDENTE O PEDIDO**, para o fim de condenar a requerida ao pagamento no **valor total de R\$ 11.812,50 (onze mil oitocentos e doze reais e cinquenta centavos) por cobertura de invalidez** (a qual deveria ter sido pago em 100% do valor total da cobertura), sendo que foi pago apenas a quantia de R\$ 1.687,50 (um mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) na via administrativa, devidamente acrescidos de juros de mora a partir da citação e atualização monetária visto que foi pago apenas pequena parte na via administrativa;
- d) Requer, ainda, a condenação da requerida ao pagamento de custas processuais e honorários advocatícios, estes a base de 20% (vinte por cento) do valor da causa, na forma do **art. 20 § 3º do CPC**;

Protesta provar o alegado por todos os meios de provas admitidas em direito, **em especial pericial**, sem exclusão de nenhum outro meio de prova que se fizer necessário ao deslinde da demanda.

Dá-se a causa o valor de R\$ R\$ 11.812,50 (onze mil oitocentos e doze e cinquenta centavos).

Nestes Termos,

Pede e Espera DEFERIMENTO.

São Miguel/RN, 08 de Março de 2019.

**JOSÉ KALENIO GONÇALVES**

Advogado – OAB/RN 11552

**PAULO ALBERTO SOBRINHO**

Advogado – OAB/RN 11335

**MARIA ELIENE COLAÇA**

Advogada – OAB/RN 13585.







PAULO ALBERTO SOBRINHO – OAB (RN) 11.335/ JOSÉ KALENIO GONÇALVES – OAB (RN) 11.552

**EXCELENTÍSSIMO (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE  
SÃO MIGUEL – ESTADO DORIO GRANDE DO NORTE.**

**JAKELINE MUNIZ DA SILVA**, brasileira, solteira, agricultora, portadora da carteira de identidade/RG nº 2.379.848, inscrita no CPF nº 055.399.994-01, residente e domiciliada na Vila Oiteiro, nº 576, Zona Rural, São Miguel/RN, por seu advogado legalmente constituído (instrumento de mandato anexo), com endereço para receber intimações descritas infra, vem respeitosamente à presença de Vossa Excelência, propor a presente:

**AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT**

em desfavor da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, sociedade anônima fechada que opera o seguro de danos pessoais causados por veículo de via terrestre, localizada na Rua Senador Dantas, nº 74, nos Andares: 5, 6, 9, 14 e 15, CEP.: 20.031-205, Centro, Rio de Janeiro-RJ, com endereço eletrônico em: [citacao.intimacao@seguradoralider.com.br](mailto:citacao.intimacao@seguradoralider.com.br), pelos motivos de fato e de direito a seguir aduzidos:

**GRATUIDADE JUDICIÁRIA**

Rua Chico Otaviano, nº 294, 1º andar, Centro, São Miguel-RN – CEP.: 59920-000.

Cel.: (84) 9159-0258/9154-6917.

E-mail: pauloasobrinho@hotmail.com/jkalenio@hotmail.com.



PAULO ALBERTO SOBRINHO – OAB (RN) 11.335/ JOSÉ KALENIO GONÇALVES – OAB (RN) 11.552

1. *Ab initio*, requer os benefícios da justiça gratuita, por ser pobre na forma da lei, não podendo, nas atuais circunstâncias, arcar com custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo de seu sustento e de sua família. Tudo com esteio na **Lei nº 1.060/50, na Lei 7155/83 e na Constituição Federal, Art. 5º, LXXIV.**

## ESCORÇO FÁTICO

2. A requerente trafegava na sua motocicleta na Rua Coronel Joao Pessoa em São Miguel-RN, quando um animal desgovernado (cavalo) balroou na motocicleta que a requerente vinha conduzindo e nesse momento a condutora perdeu o controle da moto e veio ao solo. Que após a queda foi socorrida por populares para o Hospital de São Miguel/RN. A motocicleta era uma Honda Fan CG ESDI 150, cor: Preta, Ano/Mod: 2013/2014, placa: OSH - 5096/CE. A Requerente foi socorrida por populares e encaminhada para o Hospital Áurea Maia de Figueiredo, em São Miguel/RN, recebendo os primeiros atendimentos, posteriormente foi encaminhada o Hospital Deoclecio Marques de Lucena em Parnamirim/RN, onde passou por procedimento cirúrgico, devido a Trauma em Antebraço Esquerdo e Fratura de Punho Esquerdo por conta da gravidade do acidente.

3. Pois bem, em decorrência do acidente acima citada, a requerente sofreu Trauma em Antebraço Esquerdo e Fratura de Punho Esquerdo por conta da gravidade do acidente, (boletins de urgência em anexo).

4. Insta consignar, que o evento danoso aconteceu no dia 12 de Fevereiro de 2016, nas condições de tempo e espaço acima afirmados (boletim de ocorrência anexo).

5. Nesta toada, realizados os procedimentos de praxe, ficou constatado que a autora tinha Trauma em Antebraço Esquerdo e Fratura de Punho Esquerdo por conta da gravidade do acidente.

Rua Chico Otaviano, nº 294, 1º andar, Centro, São Miguel-RN – CEP.: 59920-000.

Cel.: (84) 9159-0258/9154-6917.

E-mail: pauloasobrinho@hotmail.com/jkalenio@hotmail.com.



PAULO ALBERTO SOBRINHO – OAB (RN) 11.335/ JOSÉ KALENIO GONÇALVES – OAB (RN) 11.552

6. Importa aludir, Excelência, que em razão do acidente, a requerente se encontra com limitação, e ainda hoje não consegue praticar muitas atividades e sente fortes dores no membro superior esquerdo em decorrência do acidente.
7. Nesse ínterim, devidamente munida dos documentos comprobatórios, a requerente buscou, administrativamente, a seguradora-ré, a fim de obter a cobertura do evento por invalidez, em razão das fraturas/lesões acima aludida.
8. Entrementes, douto julgador, a seguradora pagou apenas a quantia de R\$ 1.687,50 (um mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) na via administrativa. No entanto, a autora faz jus ao recebimento pelo evento dano de cobertura por invalidez, a percepção de 100% (cem por cento) do valor total da cobertura, ou seja, R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), sendo que a Seguradora-Ré efetuou apenas parte do valor, conforme comprovante de pagamento em anexo.
9. Assim, a presente ação consiste no recebimento da indenização coberta pelo seguro obrigatório - DPVAT, sendo-lhe a cobertura por evento de invalidez no importe de 100% (cem por cento) de seu valor total, uma vez que resta comprovado, na documentação acostada aos autos, as fraturas e lesões advindas do acidente que resultaram na invalidez total da requerente.
10. Denota-se, pois, legítimo o dever da Ré em efetuar o pagamento da indenização do seguro obrigatório - DPVAT, ora pleiteada, visto que a mesma pertence ao rol de seguradoras que compõem atualmente o Consórcio referente ao Convênio DPVAT.
11. Ante o exposto, a requerente vem a respeitável presença do Estado Juiz, a fim de que este possa compelir a Seguradora-ré a proceder com o pagamento total pela cobertura por evento de invalidez no importe de 100% (cem por cento) do seu valor total, ou seja, R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais),

Rua Chico Otaviano, nº 294, 1º andar, Centro, São Miguel-RN – CEP.: 59920-000.

Cel.: (84) 9159-0258/9154-6917.

E-mail: pauloasobrinho@hotmail.com/jkalenio@hotmail.com.



PAULO ALBERTO SOBRINHO – OAB (RN) 11.335/ JOSÉ KALENIO GONÇALVES – OAB (RN) 11.552

descontando o valor de R\$ 1.687,50 (um mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) já percebido na via administrativa, fazendo valer, destarte, o seu direito.

## **SUBSUNÇÃO JURÍDICA**

12. O Seguro DPVAT foi criado no ano de 1974 pela **Lei Federal nº 6.194/74**, modificada pelas **Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09**, que determina que todos os veículos automotores, paguem anualmente uma taxa que garante, na ocorrência de acidentes, o recebimento de indenização tanto no caso de invalidez quanto em decorrência de morte.

13. Nesse ínterim, em conformidade com o **art. 3º da lei nº. 6.194/74**, com nova redação dada pelas **Leis 11.482/07 e 11.945/09**, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar. Senão vejamos o preconizado no referido diploma:

*Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:*

*(...)*

*II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e*

*III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de*

Rua Chico Otaviano, nº 294, 1º andar, Centro, São Miguel-RN – CEP.: 59920-000.

Cel.: (84) 9159-0258/9154-6917.

E-mail: pauloasobrinho@hotmail.com/jkalenio@hotmail.com.



PAULO ALBERTO SOBRINHO – OAB (RN) 11.335/ JOSÉ KALENIO GONÇALVES – OAB (RN) 11.552

*assistência médica e suplementares devidamente comprovadas. (grifos nossos)*

14. Pois bem, o caso em tela cinge-se ao pagamento pela seguradora-ré no que pertine ao valor da indenização referente à cobertura por invalidez, haja vista que o evento danoso culminou com Trauma em Antebraço Esquerdo e Fratura de Punho Esquerdo por conta da gravidade do acidente, culminando com sua incapacidade total.

15. Assim, resta claro que a Requerente deve ser indenizada pelo seguro, como medida de direito, visto que comprova as lesões, fazendo jus ao recebimento da cobertura por invalidez.

16. Como visto, o autor faz jus, a indenização correspondente ao evento de invalidez no importe de 100% (cem por cento) do seu valor total, ou seja, R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), deduzido o valor já recebido na via administrativa posto que o sinistro acarretou a perda completa de sua capacidade para o trabalho, em conformidade com a tabela inclusa no **Anexo da lei 6.94/74, incluído pela lei 11.945/09**, sendo que a requerida efetuou apenas a quantia de R\$ 1.687,50 (um mil seiscientos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) na via administrativa, sendo-lhe devido, pois, o valor total de R\$ 11.812,50 (onze mil oitocentos e doze reais e cinquenta centavos).

17. Nesta esteira, a jurisprudência pátria é uníssona no sentido de que o valor percebido administrativamente não importa em quitação total ao que faria jus a vítima, de sorte que o beneficiário do seguro poderá acionar o poder judiciário objetivando receber a quantia remanescente devida. Senão vejamos:

*AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. QUITAÇÃO. VALOR MENOR QUE O DEVIDO. COMPLEMENTAÇÃO. AUSÊNCIA DE OFENSA ÀS LEIS N.ºS 6.205/77 E AO ART. 7.º, IV, DA CR/88. UTILIZAÇÃO DO SALÁRIO MÍNIMO. POSSIBILIDADE.*

Rua Chico Otaviano, nº 294, 1º andar, Centro, São Miguel-RN – CEP.: 59920-000.

Cel.: (84) 9159-0258/9154-6917.

E-mail: pauloasobrinho@hotmail.com/jkalenio@hotmail.com.



PAULO ALBERTO SOBRINHO – OAB (RN) 11.335/ JOSÉ KALENIO GONÇALVES – OAB (RN) 11.552

*TERMO INICIAL DE INCIDÊNCIA DE CORREÇÃO MONETÁRIA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. ART. 11, § 1º DA LEI 1.060/50. INAPLICABILIDADE. O recibo emitido em relação ao DPVAT e a respectiva quitação referem-se tão somente ao valor ali anotado, de modo que o beneficiário do seguro, caso não tenha recebido o valor total a que tinha direito poderá postular pelo pagamento da quantia remanescente. A vedação constante na lei 6.205/75 e no art. 7º, IV, da CR/88 refere-se à utilização do salário mínimo como fator de indexação, de correção monetária. No caso dos valores decorrentes da indenização do seguro DPVAT o salário mínimo não é aplicado com vista a corrigir monetariamente a moeda, mas é utilizado como padrão de valor, base para calcular quantum devido ao beneficiário, não havendo que se falar em revogação da Lei 6.194/74 pelas disposições constantes na Lei 6.205/75 ou no art. 7º, IV, da CR/88. Em se tratando de cobrança de saldo remanescente de indenização de seguro DPVAT, a correção monetária incide a partir da data da liquidação parcial do sinistro, ou seja, do momento que a seguradora deveria ter providenciado o pagamento do seguro DPVAT em sua integralidade. O art. 11, § 1º da Lei 1.060/50 encontra-se derogado, de modo que os honorários advocatícios devem ser arbitrados em consonância ao disposto na legislação processual, art. 20, ss do CPC. Devem ser alterados os honorários advocatícios fixados em montante que não se apresenta quantia condizente à complexidade da causa, prestação do trabalho profissional desenvolvido, bem como ao tempo exigido para o serviço. (TJ-MG 100240777277740011 MG 1.0024.07.772777-4/001(1),*

Rua Chico Otaviano, nº 294, 1º andar, Centro, São Miguel-RN – CEP.: 59920-000.

Cel.: (84) 9159-0258/9154-6917.

E-mail: pauloasobrinho@hotmail.com/jkalenio@hotmail.com.



PAULO ALBERTO SOBRINHO – OAB (RN) 11.335/ JOSÉ KALENIO GONÇALVES – OAB (RN) 11.552

*Relator: IRMAR FERREIRA CAMPOS, Data de Julgamento: 08/10/2009, Data de Publicação: 29/10/2009)*

*APELAÇÃO CÍVEL. CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA SEGURO DPVAT - COMPLEMENTAÇÃO - QUITAÇÃO OUTORGADA EM SEDE ADMINISTRATIVA QUE NÃO OBSTA A PROPOSITURA DE AÇÃO JUDICIAL PARA RECEBIMENTO DA COMPLEMENTAÇÃO - NECESSIDADE DE NOVA PERÍCIA DO IML PARA A QUANTIFICAÇÃO DO GRAU DA INVALIDEZ - ANULAÇÃO DA SENTENÇA E RETORNO DOS AUTOS AO JUÍZO A QUO - RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. (TJ-PR - AC: 7194483 PR 0719448-3, Relator: Roberto Portugal Bacellar, Data de Julgamento: 17/02/2011, 8ª Câmara Cível, Data de Publicação: DJ: 600)*

18. O caso em tela cinge-se em receber a quantia devida pela cobertura do evento por invalidez, uma vez que recebeu pena a quantia de R\$ 1.687,50 (um mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), na via administrativa, pelo evento cobertura por invalidez.

19. Dessa forma, os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro obrigatório nos termos do **art. 5º da Lei nº 6.194/74**, que assim dispõe:

*Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. (grifo nosso)*

Rua Chico Otaviano, nº 294, 1º andar, Centro, São Miguel-RN – CEP.: 59920-000.

Cel.: (84) 9159-0258/9154-6917.

E-mail: pauloasobrinho@hotmail.com/jkalenio@hotmail.com.



PAULO ALBERTO SOBRINHO – OAB (RN) 11.335/ JOSÉ KALENIO GONÇALVES – OAB (RN) 11.552

20. Portanto, comprovados tanto o evento danoso quanto os danos decorrentes do mesmo, a requerente recorre ao Poder Judiciário, a fim de seja indenizado em razão da ocorrência de invalidez total.

## DA PERÍCIA

21. Tendo em vista que a presente visa, a percepção de valor do sinistro em razão de constatada invalidez, faz-se necessária a realização de prova pericial, a fim de se apurar o grau de invalidez, fixando, dessa forma, o valor devido a título indenizatório.

22. Neste sentido, preleciona a jurisprudência pátria. *In verbis*:

*APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE. PAGAMENTO PARCIAL. SENTENÇA QUE JULGOU PROCEDENTE O PEDIDO INICIAL DE COMPLEMENTAÇÃO. INDENIZAÇÃO NO VALOR EQUIVALENTE A GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ. LAUDO PERICIAL INCOMPLETO. NECESSIDADE DE GRADUAÇÃO DO DANO. SENTENÇA ANULADA DE OFÍCIO. RECURSO PREJUDICADO. 1. Para a fixação do quantum indenizatório de seguro DPVAT, nos casos de invalidez permanente, é necessária a verificação do grau e o tipo de invalidez da vítima, sendo necessária, no caso, a complementação do laudo pericial. (TJ-PR 9472231 PR 947223-1 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 08/11/2012, 9ª Câmara Cível)*

*Ação de cobrança. Seguro obrigatório. DPVAT. Invalidez permanente. Perícia. Complementação necessária. Indenização proporcional ao grau de invalidez. Recurso de*

Rua Chico Otaviano, nº 294, 1º andar, Centro, São Miguel-RN – CEP.: 59920-000.

Cel.: (84) 9159-0258/9154-6917.

E-mail: pauloasobrinho@hotmail.com/jkalenio@hotmail.com.





PAULO ALBERTO SOBRINHO – OAB (RN) 11.335/ JOSÉ KALENIO GONÇALVES – OAB (RN) 11.552

*apelação provido. 1. Revisando posicionamento anterior, entendo que para a fixação do valor indenizatório do seguro obrigatório DPVAT, imprescindível realização de perícia médica, atestando a invalidez do segurado e seu grau. (TJ-PR - AC: 7248013 PR 0724801-3, Relator: Hélio Henrique Lopes Fernandes Lima, Data de Julgamento: 09/12/2010, 10ª Câmara Cível, Data de Publicação: DJ: 549)*

23. Ademais, o **Superior Tribunal de Justiça** recentemente editou a **Súmula 474** dispondo que a indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez, restando, destarte, necessário à realização de perícia judicial para apurar o grau de invalidez da autora.

24. Nesta senda, requer, desde já, a realização de prova pericial, a fim de verificar o grau de invalidez do requerente, apurando o valor da indenização na forma prevista no anexo da lei 6.194/74.

## DOS PEDIDOS

**ISSO POSTO**, requer:

- a) Os benefícios da justiça gratuita, por ser a requerente pobre na forma da lei, e não dispor de recursos financeiros suficientes para arcar com as custas processuais, sem comprometer os alimentos da família (**Lei n.º 1.060/50 e CF, art. 5º, LXXIV**);
- b) A citação da Requerida, para, querendo, apresentar defesa, sob pena de revelia e confissão quanto a matéria fática e de direito;
- c) Ao final seja **JULGADO PROCEDENTE O PEDIDO**, para o fim de condenar a requerida ao pagamento no **valor total de R\$ 11.812,50 (onze mil**

Rua Chico Otaviano, nº 294, 1º andar, Centro, São Miguel-RN – CEP.: 59920-000.

Cel.: (84) 9159-0258/9154-6917.

E-mail: pauloasobrinho@hotmail.com/jkalenio@hotmail.com.



PAULO ALBERTO SOBRINHO – OAB (RN) 11.335/ JOSÉ KALENIO GONÇALVES – OAB (RN) 11.552

**oitocentos e doze reais e cinquenta centavos) por cobertura de invalidez** (a qual deveria ter sido pago em 100% do valor total da cobertura), sendo que foi pago apenas a quantia de R\$ 1.687,50 (um mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) na via administrativa, devidamente acrescidos de juros de mora a partir da citação e atualização monetária visto que foi pago apenas pequena parte na via administrativa;

d) Requer, ainda, a condenação da requerida ao pagamento de custas processuais e honorários advocatícios, estes a base de 20% (vinte por cento) do valor da causa, na forma do **art. 20 § 3º do CPC**;

Protesta provar o alegado por todos os meios de provas admitidas em direito, **em especial pericial**, sem exclusão de nenhum outro meio de prova que se fizer necessário ao deslinde da demanda.

Dá-se a causa o valor de R\$ R\$ 11.812,50 (onze mil oitocentos e doze e cinquenta centavos).

Nestes Termos,

Pede e Espera DEFERIMENTO.

São Miguel/RN, 08 de Março de 2019.

**JOSÉ KALENIO GONÇALVES**

Advogado – OAB/RN 11552

**PAULO ALBERTO SOBRINHO**

Advogado – OAB/RN 11335

**MARIA ELIENE COLAÇA**

Advogada – OAB/RN 13585.

Rua Chico Otaviano, nº 294, 1º andar, Centro, São Miguel-RN – CEP.: 59920-000.

Cel.: (84) 9159-0258/9154-6917.

E-mail: pauloasobrinho@hotmail.com/jkalenio@hotmail.com.



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL  
Endereço: Rua Maria Leodons, S / N, CENTRO, SÃO MIGUEL

1.2 Data de Expedição: 07/04/2016 11:39:03  
1.4 Ligou CIOSP: Não

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2016128000213  
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 12/02/2016 14:00:00  
2.3 Fato: Consumado  
2.4 Meio(s) empregado(s): Veículo  
2.6 Tipo do local: Urbano  
2.8 Número: NÃO FORNEC  
2.10 Complemento:  
2.12 Bairro: CENTRO  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida  
2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RUA CORONEL JOÃO PESSOA  
2.9 CEP:  
2.11 Ponto de Referência: CRUZAMENTO DE ACESSO À PEREIRO  
2.13 Cidade: SÃO MIGUEL

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: MARIA RENILDA DO NASCIMENTO  
3.3 Etnia: Branca  
3.5 Mãe: QUITÉRIA MARIA DE JESUS  
3.7 Sexo: FEMININO  
3.9 CPF: 31672208807  
3.11 Nacionalidade:  
3.13 Profissão: AGRICULTORA  
3.15 Telefone(s): 84 994138278  
3.17 Número: 3  
3.19 Bairro: CENTRO  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.2 Estado civil: Solteiro(a)  
3.4 Pai: ANTONIO ALVES DO NASCIMENTO  
3.6 Data de Nascimento: 24/03/1990  
3.8 RG: 2379848 - ITEP/RN  
3.10 Passaporte:  
3.12 Naturalidade: SÃO MIGUEL/RN  
3.14 E-Mail:  
3.16 Logradouro: RUA SÃO FRANCISCO  
3.18 CEP:  
3.20 Cidade: SÃO MIGUEL

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)**

4.1.1 Nome Completo: JAKELINE MUNIZ DA SILVA  
4.1.3 Etnia: Branca  
4.1.5 Mãe: ANTONIA HOLANDA DA SILVA MUNIZ  
4.1.7 Sexo: FEMININO  
4.1.9 CPF: 055.399.894-01  
4.1.11 Nacionalidade:  
4.1.13 Logradouro: VILA OITEIRO  
4.1.15 Número: 575  
4.1.17 Bairro: VILA OITEIRO  
4.1.19 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4.1.2 Estado civil: Solteiro(a)  
4.1.4 Pai: FRANCISCO MOACIR MUNIZ DA SILVA  
4.1.6 Data de Nascimento: 20/06/2005  
4.1.8 RG: 2379848  
4.1.10 Profissão: AGRICULTORA  
4.1.12 Passaporte:  
4.1.14 E-Mail:  
4.1.16 CEP:  
4.1.18 Cidade: SÃO MIGUEL

4.2.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

**6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)**

6.1.1 Nome Completo: MARIA DALIANE FRANCA  
6.1.3 Etnia: Branca  
6.1.5 Mãe: MARIA ALZENI DE SOUZA FRANCA  
6.1.7 Sexo: FEMININO  
6.1.9 CPF: 097.608.934-36  
6.1.11 Nacionalidade:  
6.1.13 Logradouro: RUA MANOEL JOSE DE CARVALHO  
6.1.14 Número: 362  
6.1.16 Bairro: ALTO DE SANTA TEREZA  
6.1.18 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

6.1.2 Estado civil: Solteiro(a)  
6.1.4 Pai: Parda  
6.1.6 Data de Nascimento: 06/06/1990  
6.1.8 RG: 2784961  
6.1.10 Profissão: ESTUDANTE  
6.1.12 Passaporte:

6.1.15 CEP:  
6.1.17 Cidade: SÃO MIGUEL

6.2.1 Nome Completo: ANTONIA ELISANGELA DA SILVA  
6.2.3 Etnia: Branca  
6.2.5 Mãe: MARIA SALETE DA SILVA  
6.2.7 Sexo: FEMININO  
6.2.9 CPF: 087.259.784-52  
6.2.11 Nacionalidade:  
6.2.13 Logradouro: RUA SÃO FRANCISCO  
6.2.14 Número: 35  
6.2.16 Bairro: CENTRO  
6.2.18 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

6.2.2 Estado civil: Solteiro(a)  
6.2.4 Pai: Branca  
6.2.6 Data de Nascimento: 26/01/1986  
6.2.8 RG: 2547660  
6.2.10 Profissão: AUTÔNOMA  
6.2.12 Passaporte:

6.2.15 CEP:  
6.2.17 Cidade: SÃO MIGUEL

**7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

7.1.1 Segurado: Não  
7.1.3 Chassi: \*\*\*\*\*67378  
7.1.5 Placa: OSH5096  
7.1.7 Marca:  
7.1.9 Categoria: Particular  
7.1.11 Ano do Modelo: 2014  
7.1.13 Cor do veículo: PRETA  
7.1.15 Nota Fiscal:  
7.1.17 Nome do proprietário: EDILEUZA MARIA DA SILVA  
7.1.19 Nome do condutor: JAKELINE MUNIZ DA SILVA  
7.1.20 Observações: Situação: SEM REGISTRO DE ROUBO

7.1.2 Seguradora:  
7.1.4 Renavam:  
7.1.6 Estado:  
7.1.8 Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI  
7.1.10 Combustível: Alcool-Gasol  
7.1.12 Ano de Fabricação: 2013  
7.1.14 Tipo do veículo: MOTOCICLETA  
7.1.16 Número do Motor:  
7.1.18 Vínculo com a Ocorrência:

**8. DADOS DA OCORRÊNCIA**



**ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**Prefeitura Municipal de São Miguel**  
**Fundo Municipal de Saúde do Município de São Miguel**  
 CNPJ 13.880.529/0001-99 - Rua Moreira Filho, SN - Maria Manoela.  
 Telefax.: (84) 3353-2122 - Cep: 59.920-000  
**Secretaria Municipal de Saúde.**



**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA**

N.º

Nome: Isaqueline Muniz da Silva Idade: 29 anos  
 Pai: Francisco Meacir Muniz da Silva  
 Mãe: Antônia Holanda da S. Muniz  
 Fone: ( ) \_\_\_\_\_  
 Cartão SUS N.º: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M Estado Civil: Solteira  
 Data Nasct: 29/04/86 Cor: P. RG n.º: \_\_\_\_\_  
 Naturalidade: Ru dos Ferros Profissão: Agricultora  
 Residência: Vila 059 579 Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: São Miguel Data: 12/02/16 Hora Ent: 14:20 hs.

**CONDIÇÕES DO PACIENTE A SER ATENDIDO**

Aparentemente Bem     C/Hemorragia     Regular     Em Convulsão  
 Dispneia     Pós-traumatizad.     Choçado     Agitado  
 Comatoso     Outros

Alega Acidente de Trabalho  Sim  Não

História - Causa Eficiente da Lesão (Alegada)  
Trauma em antebraço "E" por acidente moto-


Exame Físico - Lesões ou Afecções Encontradas  
ciclistico, segundo paciente.

Diagnóstico provisório  
 Hospital Municipal Aurea Maia de Figueiredo  
 Rua: Hestáquio Fernandes, S/N, São Miguel - RN  
 Confere com o Original 31/10/2016  
J. Almeida  
 Assinatura

Exames Complementares (Com. Do Registro)  
Solicite Rx de Punho Antebraço "E"

PA: 110 x 80 PULSO: \_\_\_\_\_  
 TEMP: \_\_\_\_\_ RESPIRAÇÃO: \_\_\_\_\_  
 PESO: \_\_\_\_\_



 Ministério da Saúde		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b>			<b>2 - CNES</b> 2   4   0   7   8   6
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE</b>			4 - CNES
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>			6 - Nº DO PRONTUÁRIO
5 - NOME DO PACIENTE <i>Jose Kalenio Goncalves da Silva</i>			8 - DATA DE NASCIMENTO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		9 - SEXO MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>	11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF
			16 - CEP
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Doença de mão h + am c oca r de prona primo @</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>1º estágio</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Fig 1 e 2</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>retração de mão @</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL S24	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>retração de mão @</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 2	28 - DOCUMENTO ( ) CNS (X) CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 0211A762147A
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Jose Kalenio Goncalves da Silva</i>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 16/02/16	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>			
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - Nº DO BILHETE			38 - SÉRIE
39 - CNPJ DA EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO			
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
46 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF		47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2- CNES	
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		4- CNES 3515168	
Identificação do Paciente			
5- PACIENTE JAKELINE MUNIZ DA SILVA		6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO 142912	
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 700003120386205	8- DATA DE NASCIMENTO 29/04/1986	9- SEXO FEMININO	10- RAÇA/COR PARDA
11- NOME DA MÃE ANTONIA HOLANDA DA SILVA MUNIZ		12- TELEFONE DE CONTATO 99413878 9-9413-8278	
13- NOME DO RESPONSÁVEL FRANCISCO MOACIR MUNIZ DA SILVA		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) VILA OITEIRO			
16- MUNICÍPIO SAO MIGUEL	17- BAIRRO ZONA RURAL	18- UF RN	19- CEP 59920-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
 PACIENTE SOFREU QUEDA DE MOTOR  
 COM TRAUMA EM PUNTO ESQ.

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
 TRO CIRURGIA

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

23- DIAGNÓSTICO INICIAL  
 FRAZ DE PUNTO ESQ

24- CID 10 PRINCIPAL  
 S02.01

25- CID 10 SECUND.  
 S02.01

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
 Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA  
 CASIMIRO MAGALHÃES

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
 () ACIDENTE  
 (X) ACIDENTE

31- DOCUMENTO  
 () CNS (X) CPF

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
 33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE E ASSISTENTE  
 CASIMIRO MAGALHÃES

34- DATA DA SOLICITAÇÃO  
 22/05/16

35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)  
 [CARIMBO]

36- ( ) AC. TRÂNSITO  
 37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO  
 38- ( ) AC. TRABALHO TRAJETO

39- CNPJ DA SEGURADORA  
 40- Nº DO BILHETE  
 41- SÉRIE

42- CNPJ DA EMPRESA  
 43- CNAE DA EMPRESA  
 44- CBO

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

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
 47- Cód. Órgão Emissor

48- DOCUMENTO  
 ( ) CNS (X) CPF

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)  
 [CARIMBO]

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA  
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
		142912
DATA	HORA	CATEGORIA
22/02/2016	9:35	
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO
JAKELINE MUNIZ DA SILVA		29/04/1986
ESTADO CIVIL		PROFISSÃO
SOLTEIRO		AGRICULTURA
ENDEREÇO (RUA, Nº)		
VILA OITEIRO		
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF
SÃO MIGUEL	ZONA RURAL	RN
LOCAL DE TRABALHO		CEP
		59920-000
		TELEFONE
FILIAÇÃO		
FRANCISCO MOACIR MUNIZ DA SILVA		ANTONIA HOLANDA DA SILVA MUNIZ
RESPONSÁVEL		TELEFONE
FRANCISCO MOACIR MUNIZ DA SILVA		99413878
ENDEREÇO		
O MESMO		

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO

ALTA < 25/02/16

ÓBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

ALTA HOSPITALAR

CONFERE COM ORIGINAL  
02/02/16

Dr. Carlos Wagner P. de Carmo  
Ortopedista - Traumatologia  
Pós-graduação em Traumatologia  
CrmO 2509 - FEOT 5961  
CPF: 148.394.501-44



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA - CNES 315158  
PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 12-ORT

SOCORRO CUNHA

MATRICULA

DATA

22/02/2019

Socorro Moreira  
Mat.: 80191038  
Coordenadora Hospitalar

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE		MASCULINO		FEMININO	
JAKELINE MUNIZ DA SILVA				F	
NACIONALIDADE	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	RELIGIÃO	RAÇA/COR	
BRASILEIRA	29/04/1986	30	CATOLICA	PARDA	
ESNHO SUPERIOR	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	TELEFONE		
FRANACISCO MOACIR MUNIZ DA SILVA	SOLTEIRA	AGRICULTORA	994138278		
NOME DA MÃE	NOME DO PAI				
ANTONIA HOLANDA DA SILVA MUNIZ					
CPF	RG	ORG. EXP.	UF	CARTÃO DO SUS	
	2.379.848	ITEP	RN	700 0031 2038 6205	
ENDEREÇO			COMPLEMENTO		
VILA OIREIRO,					
BAIRRO	MUNICÍPIO	UF	CEP		
REA RUARAL	S. MIGUEL	RM	00059-920		
RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE		PARENTESCO		TELEFONE	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FORMA DE ENCAMINHAMENTO  
 Regulado  SAMU  Demanda Espontânea

MOTIVO

DOENÇA PRINCIPAL

EXAME PRINCIPAL

DESCRIMINADOR

DOENÇAS PREEXISTENTES

ALERGIAS

PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ SSV: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ SOZ: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ GLUCEMIA: \_\_\_\_\_

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

COREN

DATA

HORA

ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR:	ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		Abertura Ocular	Esportânea	4
	<input type="checkbox"/> SALA VERMELHA <input type="checkbox"/> URGÊNCIA <input type="checkbox"/> ORTOPEDIA <input type="checkbox"/> CONSULTA MÉDICA <input type="checkbox"/> BUCOMAXILO <input type="checkbox"/> PEQUENA CIRURGIA <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> VIOLÊNCIA DOMÉSTICA <input type="checkbox"/> QUEDA <input type="checkbox"/> OUTROS			À voz	3
			Resposta Verbal	À dor	2
				Nenhuma	1
PRIORIDADE <input type="checkbox"/> AZUL <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> LARANJA <input type="checkbox"/> VERMELHO			Resposta Motora	Orientada	5
				Confusa	4
				Palavras inapropriadas	3
				Palavras incompreensíveis	2
				Nenhuma	1
				Peixe comandos	3
				Localiza dor	5
				Movimento de retirada	4
				Flexão anormal	3
				Extensão anormal	2
				Nenhuma	1

HISTÓRIA CLÍNICA

Fratura de punho eiq HA 10 dias  
NECESSITAVO DE CIRURGIA

EXAME FÍSICO

ASSINADO COM ORIGINAL  
 José Kalenio Gonçalves  
 0307911

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Fratura de punho eiq







HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA  
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome:  Jokeline Murray da Silva  Idade:  29  D/N:  29/04/86   
 Pront.:  14292  Município:  São Miguel  Procedência:  Interno ( ) Externo  
 Data da cirurgia:  29/02/16  Hora Admissão: Bloco: : Sala: : Hora Saída: : Peso: :  
 Alergias: ( ) Não ( ) Sim Comorbidades: ( ) H.S ( ) DM ( ) Outras :  
 Uso de medicações: ( ) Não ( ) Sim Jejum: ( ) Não ( ) Sim  
 SSVV Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm FI: rpm FC: bpm SpO<sub>2</sub>:  98  % T:  36  °C  
 Enfermeiro(a):  Lidia  Instrumentado (a):  Rita  Circulante:  Edson   
 Cirurgia:  III amigdalotomia de fratura de maxila  Especialidade:  ortopedica  Sala:  III   
 Hora Início:  14:02  Hora Término:  14:30  Tipo de cirurgia:  Eletiva ( ) Urgência ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada  
 1º Cirurgião:  Dr. Pedro  Aux.:  Dr. Elton  Residente: :  
 Anestesia: ( ) Local ( ) Sedação ( ) Geral TOT:  Bloqueio ( ) Raquidiana Ag.nº ( ) Peridural ( ) C/cateter ( ) s/cateter  
 Ag.nº Cateter nº: Início:  13:46  Garrote:  Smarch ( ) Pneumático Início:  13:20  Término:  14:02   
 Anestesiologista:  Dr. Gelvan   Pneu traqueal intercostal

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Fístula	<input checked="" type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Diprifusor
<input checked="" type="checkbox"/> Ansioso	<input type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/> t/dificuldade	<input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input type="checkbox"/> Cistostomia	
<input type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input type="checkbox"/> Dreno:	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input type="checkbox"/> Manchas	<input type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input type="checkbox"/> Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u> 100 </u>	<u> 107 </u>		Bpm
Pulso				Bpm
Oximetria	<u> 98 </u>	<u> 99 </u>		%
Capnografia				%
PA	<u> 130x100x89x114 </u>			mmHg

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Cabeça	<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Pescoço	<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Fletidos
<input type="checkbox"/> Litotômica	<input type="checkbox"/> Lombar	<input type="checkbox"/> MMII
<input type="checkbox"/> Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Canivete		<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive		<input type="checkbox"/> Fletidos

**ACESSO VENOSO**

Punção Arterial  
 Punção Venosa Periférica  
 Punção Venosa Central  
 Dissecção venosa

Local: \_\_\_\_\_  
 Cateter: \_\_\_\_\_

**PLACA DO BISTURI ELÉTRICO**

( ) Sim ( ) Não  Metal ( ) Descartável

Local: \_\_\_\_\_

**DEGERMAÇÃO** **TRICOTOMIA**

Sim ( ) Não ( ) Sim  Não

Local:  MSE  Solução:  Clorax  Local: \_\_\_\_\_

**SONDAGEM GÁSTRICA**

SNG nº \_\_\_\_\_

Retorno: \_\_\_\_\_

**IMPLANTE CIRÚRGICO**

Drenos: \_\_\_\_\_  
 Tela: \_\_\_\_\_  
 Cateter: \_\_\_\_\_  
 Ostomia: \_\_\_\_\_  
 Fio de KC: \_\_\_\_\_ Parafuso - tipo:  6 mm   
 Placa - Tipo:  placa met   
 Outros: \_\_\_\_\_

**CATETERISMO VESICAL**

SVF nº \_\_\_\_\_ SVA nº \_\_\_\_\_

Diurese: \_\_\_\_\_

Profissional responsável: \_\_\_\_\_

**EXAMES SOLICITADOS:**

Hemograma ( ) Gasometria  
 Coagulograma ( ) Outros  
 Tipagem Sanguínea ( ) Glicosimetria:  
 Radioscopia (Raio X)

**ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO**

Caixa cirúrgica:  básica + 3,5  Quant. Material: \_\_\_\_\_  
 Val.:  21/02/16  Contagem de gaze e compressa:  Não ( ) Sim





PRESCRIÇÃO MÉDICA - TRAUMATOLOGIA

MACA 04

PACIENTE: JAKELINE MUNIZ DA SILVA

DATA: 26.02.2016

IDADE:

1	DIETA LIVRE				
2	KEFAZOL 1G - 1AMP + ABD EV 6/6HS	12	12	15	06
3	DIPIRONA 1G - 1AMP + ABD EV				06
4	SSVV + CCGG				
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

*sem hospitalar*

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DIAGNÓSTICO:

QUEIXAS

NEUROVASCULAR EM MEMBRO AFETADO: ( X ) SEM ANORMALIDADES OBS:

PRESENÇA DE FERIDA ( ) NÃO ( ) SIM ASPECTO:

IMOBILIZAÇÃO: QUAL?

TROCAR? SIM ( ) NÃO ( )

SOLICITO RADIOGRAFIA:

SOLICITO OUTROS EXAMES:

*[Handwritten Signature]*  
 José Kalénio Gonçalves  
 Médico de Plantão, Traumatologia  
 Hospital Docência M. Lucena  
 Pararibonópolis - RN  
 CRM: 2178 - RFO1 REG  
 (11) 3361-8144



HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE AZEVEDO  
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:  
 Hemoconcentrado Unid.  Plasma Unid.  Plaquetas Unid.  
 Albumina Unid.  Expansor plasmático Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS  
 h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_  
 h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_  
 h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_

HIDRATAÇÃO VENOSA  
 Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml  Soro Ringer Simples: \_\_\_\_\_ ml  
 Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml  Soro Ringer Lactato: \_\_\_\_\_ ml  
 Quantidade total de volume administrado: 1000 ml

ANATOMO PATOLÓGICO  
 Peça para sepultamento:  Não  Sim  
 Líquido: \_\_\_\_\_  
 Swab para cultura: \_\_\_\_\_

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES  
 FO de aspecto:  limpo  c/exsudato  Contaminada  Aparelho gessado  Bandagens  Talas  Outros:  
 INTERCORRÊNCIAS: Sem intercorrências  
 Ass: Edm Coren: 114526

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO  
 Nível de consciência:  Consciente  Inconsciente  Narcose  Coma  Vigil  Agitado  
 Respiratório:  Intubado  Extubado  Cânula de Guedel  O<sub>2</sub> ambiente Curativo:  Oclusivo  Compressivo  Bolsa de colostomia  Outro: Tala  
 Diurese:  Espontânea  Normal  Hematúria  Irrigação Vesical  Oligúrico Destino após a cirurgia: CR

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO  
 Hora: 16:40 Data: 25/02/16 Nível de consciência:  Acordado  Sonolento  Narcose  Orientado  
 Desorientado  Agitado  Choro Vias aéreas:  Intubado  Extubado  cânula de Guedel  Cateter O<sub>2</sub>  O<sub>2</sub> Ambiente  
 Mobilização MMII:  Normal  Diminuída  Sem mobilidade Mobilização MMSS:  Normal  Diminuída  Sem mobilidade  
 Venoclise:  Não  Sim Tipo: Periférico Local: MO Sondas:  Gástrica  Enteral  Vesical  
 Drenos:  Sucção  Torácico  Penrose  Kherr Ostomias:  Sim  Não Especifique: \_\_\_\_\_  
 Irrigação vesical contínua:  Retorno satisfatório  Retorno Insuficiente  Coágulos  
 Curativo:  Oclusivo  Descoberto  Limpo  Suo Monitorização:  ECG  Oxímetro  PA

INTERCORRÊNCIAS NA ÚRPA  Náuseas  Vômitos  Sangramento  Dor  Bexigoma  Alteração PA  Alteração FC

Relate: \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS							Líquidos administrados na ÚRPA:			
Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor	Soro glicosado:	Soro Fisiológico:	Ringer:	Irrigação vesical contínua:
Admissão							_____ ml	_____ ml	_____ ml	_____ ml
30'										
60'										
Alta		79	-	19	97					

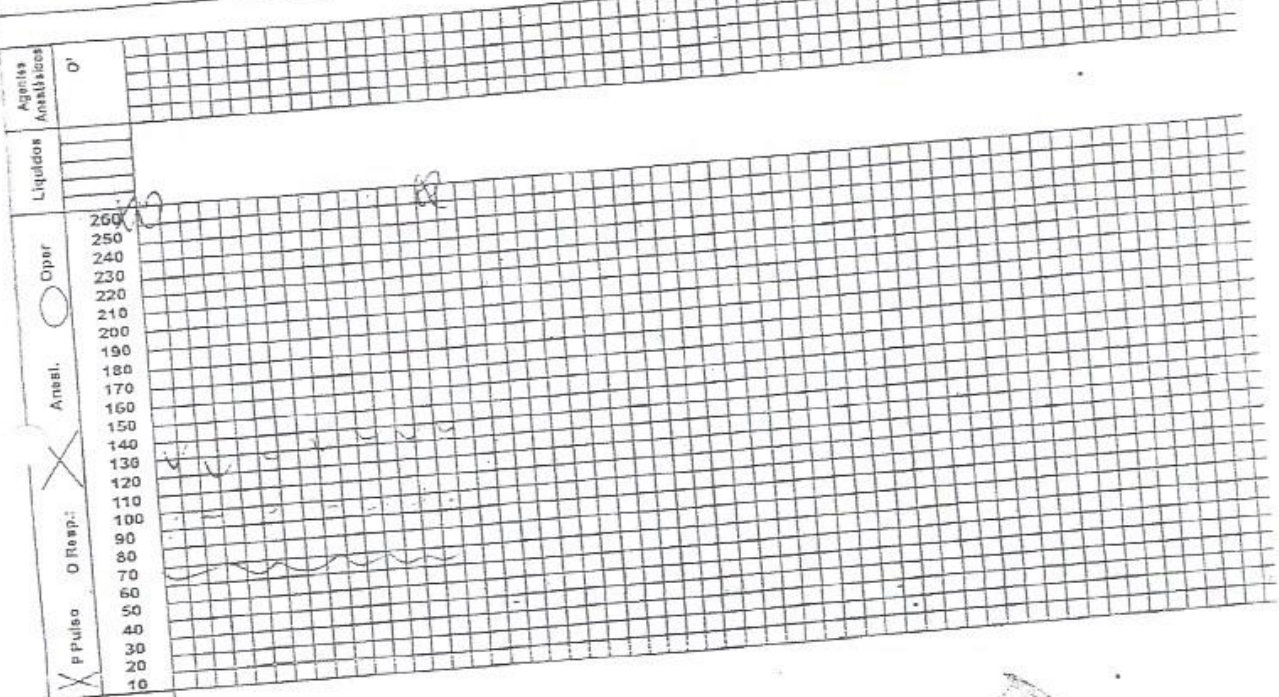
Medicações administradas ÚRPA:					Eliminações:				
Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação	
	<u>50mg Dipirona</u>	<u>100mg</u>	<u>EV</u>	<u>Flucler</u>					

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:  
Paciente consciente e orientada desde admissão, segue em O<sub>2</sub> ambiente, sem alterações no CR  
 Ass: \_\_\_\_\_ Coren: \_\_\_\_\_  
 Irene Mayane Duarte  
 SAC em Enfermagem  
 COREN/RN-603.928



# Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital	H D M L			Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome	Jaskeline Muniz da Silva			Idade	Sexo	Cor
Data	25.02.2016	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso
Tipo sanguíneo	Hemáticas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia	Outros
Ap. respiratório	Urina			Asma	Bronquite	
Ap. circulatório				Eletrocardiograma		
Ap. digestivo	Dentes			Pescoço	Ap. urinário	
Estado mental	Atarácicos			Corticóides	Alergia	Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório				Estado físico		Risco
Analgesia anteriores				Aplicada às	Efeito	
Medicação pré-anestésica						



**SÍMBOLOS**

**E**

**ANOTAÇÕES**

POSIÇÃO: D Dorsal

Agentes: Ropi + Xibesina 2%

Técnica: Bloqueio Plexo Braquial

Operação: Endoscopia Esof.

Cirurgiões: Dr. Pedro + Elcio

Anestésicas: Gilson de Carvalho

Observações: IV-D-N

Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias



EXAMES COMPLEMENTARES

LABORATORIAL     RADIOLÓGICO     ECC     TOMÓGRAFIA     USG     OUTROS

CONULTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NIR

CLÍNICA MÉDICA     CLÍNICA PSIQUIÁTRICA     CLÍNICA ORTÓPÉDICA     PEDIATRIA / NEO  
 CLÍNICA OBSTÉTRICA     CLÍNICA GERAL     UTI     OUTROS

DIAGNÓSTICO

CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

ABERTURA DE HORÁRIO / CHECAGEM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

**CONFERE COM ORIGEM**  
*[Handwritten signature]*  
SERVIDOR

DESTINO DO PACIENTE

ALTA

ÓBITO

EVASÃO

SVO     ITEP     DECLARAÇÃO

SOLICITADO INTERNAMENTO  
NO SERVIÇO DE:  
**ORTOPEDIA**

*[Handwritten signature]*  
Dr. Carlos Magno P. de Carmo  
Ortopedista - Traumatologia  
Pós-graduação em Traumatologia  
CRM 2508 - TEOT 5081

Chefe de Plantão (assinatura e carimbo)



Rede Social de Energia Elétrica - Conta para os 12 (doze) meses  
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
 Rua Maxima, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 55025-255  
 CNPJ 08.224.199/0001-81 | Insc. Est. 30032193-9 | www.cosern.com.br

ANTÔNIA HULANDA DA SILVA MUNIZ

ENDEREÇO DO CLIENTE/CONDOMÍNIO  
 VILDO OITEIRO 376

CPF 443.376.203-20

ZONA RURAL/ÁREA RURAL  
 SÃO MIGUEL RN  
 55930-000

CLASSIFICAÇÃO  
 01 RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

CONTA CONTRATO 0411506010 MÊS 03/2016  
 DATA DE VENCIMENTO 09/03/2016 DATA DE CANCELAMENTO 02/04/2016  
 TOTAL A PAGAR (R\$) 73,77

Nº DE IDENTIFICAÇÃO 003104773  
 SÉRIE UNICA  
 EMISSÃO 02/03/2016  
 APRESENTAÇÃO 22.03.2016  
 Nº DO CLIENTE 30032193  
 Nº DA INSERÇÃO 1461880

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	128,0000000	0,50610445	63,78
Acessório Bandeira AMARELA			0,17
Acessório Bandeira VERMELHA			4,72
Contribuição Iluminação Pública			5,10
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>73,77</b>

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DE FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
22000	141	22/07/2015	26.397,00	02/03/2016	26.497,38	22	0,0000			128,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

PERÍODO	VALOR DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	%
MAR 15 128	90,67	10,00	12,36	13,30
FEV 15 168	90,67	1,62	1,11	1,35
DEZ 15 178	90,67	6,12	4,20	5,57
NOV 15 155				
OUT 15 169				
SET 15 166				
AGO 15 160				
JUL 15 161				
JUN 15 176				
MAY 15 160				
MAR 15 169				

NOTA FISCAL Nº 003104773  
 9977 2203 0477 3 1255 041540 A208

ATENÇÃO! A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Atenção! Se você não pagar suas contas em aberto, a COSERN poderá tomar as seguintes providências:

- 1. Suspensão do fornecimento de energia elétrica.
- 2. Inclusão do nome do consumidor em dívida ativa.
- 3. Inclusão do nome do consumidor em dívida ativa perante o Poder Judiciário.
- 4. Inclusão do nome do consumidor em dívida ativa perante o Poder Judiciário.

DURAÇÃO E PREVISÃO DA SUBSCRIÇÃO

TIPO DE SUBSCRIÇÃO	VALOR MENSAL	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
100	2,00	10,00	30,00	41,78
150	3,00	15,00	45,00	62,68
200	4,00	20,00	60,00	83,58



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 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

### SINISTRO 3160272037 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JAKELINE MUNIZ DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA SEGUROS S/A

BENEFICIÁRIO JAKELINE MUNIZ DA SILVA

CPF/CNPJ: 05539999401

**Posição em 31-07-2018 14:28:01**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indi

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
18/05/2016	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

#### Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
25/05/2016	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/CsOqOXxiRkCzQDoOwCjJZQ?api_key=kBgtVzHSVBgEljzShqvPT18n04bPP6CjYgYC+GF5__yA=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/CsOqOXxiRkCzQDoOwCjJZQ?api_key=kBgtVzHSVBgEljzShqvPT18n04bPP6CjYgYC+GF5__yA=</a>
09/05/2016	Aviso de Sinistro	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/g5Oozyjx9SQmEwTe2Fy3l?api_key=kBgtVzHSVBgEljzShqvPT18n04bPP6CjYgYC+GF5__yA=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/g5Oozyjx9SQmEwTe2Fy3l?api_key=kBgtVzHSVBgEljzShqvPT18n04bPP6CjYgYC+GF5__yA=</a>

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



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

A A A O







PAULO ALBERTO SOBRINHO - OAB (RN) 11.335 / JOSÉ KALENIO GONÇALVES - OAB (RN) 11.552

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE(S)

**JAKELINE MUNIZ DA SILVA**, brasileira, solteira, agricultora, portadora de carteira de identidade/RG nº 2379.848 e inscrita no CPF sob o nº 055.399.994-01, residente e domiciliada na Vila Oiteiro, nº 576, Zona Rural, São Miguel/RN - CEP. 59920-000.

### OUTORGADO(S)

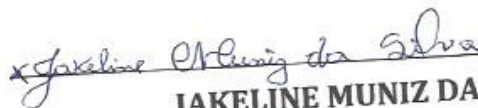
**PAULO ALBERTO SOBRINHO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11335; **JOSÉ KALENIO GONÇALVES**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11552 e; **MARIA ELIENE COLAÇA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/RN 13585; ambos com escritório profissional na Rua Chico Otaviano, 294, 1º andar, Centro, São Miguel-RN, CEP. 59.920-000.

### PODERES

A quem concede amplos e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad-judicia e et-extra*, a fim de defender os direitos e interesses do outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo firmar acordos, recorrer, receber e dar quitação, receber alvará, receber citações e intimações, recorrer e contra-arrazoar, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, enfim, praticar todos os atos necessários ao cabal cumprimento do presente mandato, podendo, ainda, substabelecer total ou parcialmente, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Firmo a presente procuração.

São Miguel/RN, 03 de agosto de 2018.

  
**JAKELINE MUNIZ DA SILVA**

Rua Chico Otaviano, nº 294, 1º andar, Centro, São Miguel-RN - CEP.: 59920-000.  
Cel.: (84) 9159-0258/9154-6917.  
E-mail: pauloasobrinho@hotmail.com/jkalenio@hotmail.com



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CAT. DE EXP. 21.05.2002

REGISTRO GERAL 2.379.848

Nome Janeline Muniz da Silva

Francisco Moacir Muniz da Silva  
Antonia Holanda da Silva Muniz

DATA DE NASCIMENTO: 29.04.1986

INTEGRALIDADE

Pau-dos-Ferros RN

Cart. Nas. Número 5.943, Iv. 07-A, Fls. 156. Cart. de Erere-CE.

Dr. José Nivaldo Frazão  
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA  
COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO



POLEGAR DIREITO



Janeline Muniz da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTERIO DA FAZENDA  
Secretaria de Receita Federal

CPF

066.399.994-01

JANELINE MUNIZ DA SILVA

29/04/1986



**QUALIFICAÇÃO CIVIL**

Nome Jakeline Mauriz da Silva  
 Loc. Nasc. Sau-del-Francos Est. RN Data 29/04/1986  
 Filiação Helena Maria Mauriz da Silva  
Antônio Helando da Silva  
 Doc. Nº 2.379.848 SSP-RN Exp. 21.05.2008

**ESTRANGEIROS**

Chegada ao Brasil em ..... / ..... / ..... Doc. Ident. Nº .....  
 Exp. em ..... / ..... / ..... Estado .....  
 Obs.: .....  
 Data Emissão de R. 1.ª V. DRT S. J. Soares Ferreira - RN

*Assinado eletronicamente.*  
 Assinatura do Funcionário  
 MARIA LUCIA NUNES CAVALCANTE  
 CPF: 08811709-87  
 PREF. MUN. DE CEL. JOAO PESCOA - RN

**ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE**  
 (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome .....  
 Doc. ....  
 Nome .....  
 Doc. ....  
 Nome .....  
 Doc. ....  
 Est. Civil .....  
 Doc. ....  
 Est. Civil .....  
 Doc. ....  
 Nascimento .....  
 Doc. ....

Você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

**MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO**  
**CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL**



Número 031036 Série 00019 - RN

*Assinado eletronicamente.*  
 Assinatura do Portador  
Jakeline Mauriz da Silva

### CONTRATO DE TRABALHO

Empregador .....

CNPJ/MF .....

Rua ..... Nº .....

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 ..... Nº .....

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 .....

**DESPACHO**

Nas ações de cobrança de DPVAT, o juiz deve adotar providências para que o processo tramite com celeridade. Em casos em que dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia e apresentação de defesa, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade e à celeridade processuais. Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação.

Ademais, tendo em vista que a parte autora é consumidora hipossuficiente e que suas alegações tem aparência de verdade, satisfazendo os pressupostos do artigo 6, VIII, do CDC, inverte o ônus da prova em favor da mesma, em face do que, 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.

**PROVIDÊNCIAS:**

**1) CITE-SE o réu** para contestar, indicando assistente técnico e apresentando quesitos, **no prazo de 15 (quinze) dias**, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial e preclusão dos atos de nomeação de assistente e oferecimento de quesitos;

**2) INTIME-SE a parte autora** para, querendo, **no prazo de 15 (quinze) dias**, apresentar quesitos e indicar assistente técnico, se não o fez na petição inicial, sob pena de preclusão;

**3) OFICIE-SE o Núcleo de Perícias do TJRN** para que apraze data e horário para realização de perícia médica na pessoa da parte autora, de acordo com a disponibilidade, comunicando a este juízo com **pelo menos 30 (trinta) dias de antecedência**, oportunidade em que as partes serão intimadas do nome do perito, local, dia e hora da perícia, podendo, no prazo de 15 (quinze) dias, arguir o impedimento ou a suspeição do perito, se for o caso;

**4) ARBITRO honorários do perito em R\$ 400,00 (trezentos reais)**, conforme Anexo Único da Resolução nº 063/2009-TJ, **exceto no caso de aplicação de Convênio existente com o TJRN.**

**5) FIXO prazo de 20 (vinte) dias para entrega do laudo, caso o processo não seja incluído em mutirão**, e desde já apresento os quesitos do juízo:

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)?

**5) Após apresentado o laudo, INTIMEM-SE as partes** para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 15 (quinze) dias e informarem se têm interesse em audiência de conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais, **caso o processo não seja incluído em mutirão.**

**6) DEFIRO a gratuidade da justiça.**

Publique-se. Registre-se. Cumpra-se.

São Miguel/RN, 8 de março de 2019

ERIKA SOUZA CORREA OLIVEIRA

Juiz(a) de Direito

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

**DESPACHO**

Nas ações de cobrança de DPVAT, o juiz deve adotar providências para que o processo tramite com celeridade. Em casos em que dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia e apresentação de defesa, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade e à celeridade processuais. Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação.

Ademais, tendo em vista que a parte autora é consumidora hipossuficiente e que suas alegações tem aparência de verdade, satisfazendo os pressupostos do artigo 6, VIII, do CDC, inverte o ônus da prova em favor da mesma, em face do que, 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.

**PROVIDÊNCIAS:**

**1) CITE-SE o réu** para contestar, indicando assistente técnico e apresentando quesitos, **no prazo de 15 (quinze) dias**, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial e preclusão dos atos de nomeação de assistente e oferecimento de quesitos;

**2) INTIME-SE a parte autora** para, querendo, **no prazo de 15 (quinze) dias**, apresentar quesitos e indicar assistente técnico, se não o fez na petição inicial, sob pena de preclusão;

**3) OFICIE-SE o Núcleo de Perícias do TJRN** para que apraze data e horário para realização de perícia médica na pessoa da parte autora, de acordo com a disponibilidade, comunicando a este juízo com **pelo menos 30 (trinta) dias de antecedência**, oportunidade em que as partes serão intimadas do nome do perito, local, dia e hora da perícia, podendo, no prazo de 15 (quinze) dias, arguir o impedimento ou a suspeição do perito, se for o caso;

**4) ARBITRO honorários do perito em R\$ 400,00 (trezentos reais)**, conforme Anexo Único da Resolução nº 063/2009-TJ, **exceto no caso de aplicação de Convênio existente com o TJRN.**

**5) FIXO prazo de 20 (vinte) dias para entrega do laudo, caso o processo não seja incluído em mutirão**, e desde já apresento os quesitos do juízo:

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)?

**5) Após apresentado o laudo, INTIMEM-SE as partes** para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 15 (quinze) dias e informarem se têm interesse em audiência de conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais, **caso o processo não seja incluído em mutirão.**

**6) DEFIRO a gratuidade da justiça.**

Publique-se. Registre-se. Cumpra-se.

São Miguel/RN, 8 de março de 2019

ERIKA SOUZA CORREA OLIVEIRA

Juiz(a) de Direito

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