



Número: **0828531-05.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **20ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **09/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.555,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>RICARDO DE OLIVEIRA RIBEIRO (AUTOR)</b>	<b>DARIO DE SOUZA NOBREGA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45692 091	05/07/2019 12:26	<a href="#"><u>Petição Inicial</u></a>	Petição Inicial
45692 292	05/07/2019 12:26	<a href="#"><u>AÇÃO DPVAT RICARDO X LIDER SEGUROS.</u></a>	Outros documentos
45692 298	05/07/2019 12:26	<a href="#"><u>PROCURAÇÃO</u></a>	Outros documentos
45692 318	05/07/2019 12:26	<a href="#"><u>CNH</u></a>	Outros documentos
45692 329	05/07/2019 12:26	<a href="#"><u>COMP. DE RESIDENCIA</u></a>	Outros documentos
45692 856	05/07/2019 12:26	<a href="#"><u>DOCS. DPVAT compressed</u></a>	Outros documentos

anexo



Assinado eletronicamente por: DARIO DE SOUZA NOBREGA - 05/07/2019 12:25:03, DARIO DE SOUZA NOBREGA - 05/07/2019 12:25:30  
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070512250373900000044184030  
Número do documento: 19070512250373900000044184030

Num. 45692091 - Pág. 1



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DE UMA DAS VARAS  
CÍVEIS DA COMARCA DE NATAL/RN

**RICARDO DE OLIVEIRA RIBEIRO**, brasileiro, portador do CPF: 053.955.374-30, residente e domiciliado na Rua Marques de Abrantes, 451, Cj. Pajuçara I, CEP: 59131-300, Natal-RN, vem muito respeitosamente à presença de V. Ex<sup>a</sup>, requerendo desde já os benefícios da **Justiça Gratuita**, conforme art. 99 e seguintes do NPCP; eis que a requerente **não possui condições de arcar com as despesas processuais sem prejuízo do próprio sustento**, com endereço para correspondência na Av. Itapetinga, 1958, Conj.: Santarém B: Potengi, CEP: 59124-400, Natal/RN, através do seu procurador e advogado, inscrito com OAB/1602-RN (DOC nº01), abaixo assinado, vem respeitosamente propor a presente.

## **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. COMPLEMENTO**

Em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608.0001-04, podendo ser citada através de seu representante legal na Rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro-RJ, CEP-20.031.201, expondo e ao final requerendo o seguinte:

Av. Itapetinga, 1958, Conj. Santarém, B: Potengi, – Natal/RN Fone: (3661-7496)



Assinado eletronicamente por: DARIO DE SOUZA NOBREGA - 05/07/2019 12:25:46, DARIO DE SOUZA NOBREGA - 05/07/2019 12:25:08  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907051212514120000044184220>

Num. 45692292 - Pág. 1

Número do documento: 1907051212514120000044184220



## I - DA GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

01- De início, cabe registrar que a atual situação econômica da parte autora não lhe permite pagar as custas processuais e os honorários advocatícios.

02- Além disso, o caput do art. 98 do Novo Código de Processo Civil dispõe sobre aqueles que podem ser beneficiários da justiça gratuita:

“Art. 98. A pessoa natural ou jurídica, brasileira ou estrangeira, com insuficiência de recursos para pagar as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios têm direito à gratuidade da justiça, na forma da lei”

03- A redação do dispositivo supracitado é clara e objetiva, não deixando margens a interpretações duvidosas.

04- Ainda sobre a gratuidade a que tem direito a pessoa natural, o NCPC dispõe que *“presume-se verdadeira a alegação de insuficiência deduzida exclusivamente por pessoa natural”*. Assim, à pessoa natural basta a mera alegação de insuficiência de recursos, sendo desnecessária a produção de provas da hipossuficiência financeira.

05- Neste aspecto, tem sido reiterado o entendimento dos Tribunais pátrios, Especificamente, a SÚMULA Nº 481 DO STJ, no sentido de que para a concessão de justiça gratuita, **não se faz necessário que o requerente demonstre com farta prova pré-constituída, um estado total de miserabilidade e penúria, mas tão somente que declare expressamente de próprio punho ou através de seu patrono constituído, a impossibilidade de pagar as custas do processo**, visto que o pagamento desta e dos demais ônus processuais certamente comprometeriam seu orçamento próprio e familiar, que já é administrado de forma limitada e insuficiente.

Av. Itapetinga, 1958, Conj. Santarém, B: Potengi, – Natal/RN Fone: (3661-7496)



Assinado eletronicamente por: DARIO DE SOUZA NOBREGA - 05/07/2019 12:25:46, DARIO DE SOUZA NOBREGA - 05/07/2019 12:25:08  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070512125141200000044184220>

Num. 45692292 - Pág. 2

Número do documento: 19070512125141200000044184220



06- Dessa forma, por ser medida de justiça, deve ser deferido o Benefício da Justiça Gratuita em favor da parte autora, em razão da mesma não poder arcar com as custas processuais sem comprometer o seu sustento e de sua família.

## II – DOS FATOS:

07- A parte autora informa que no dia 25/05/2017, por volta das 20h30m, quando estava em seu horário de trabalho como Motoboy, passando pela rotatória da Avenida Itapetinga, colidiu com um veículo não identificado, pois o motorista evadiu-se do local, vindo o autor cair ao solo.

08- O autor no momento do acidente nada sentiu, apenas escoriações, o que levou o mesmo a deixar seu horário e retornar a sua residência.

09- Com o passar dos dias, o autor começou a sentir fortes dores na perna esquerda, e no dia 01/06/2017 dirigiu-se a UPA do Bairro Pajuçara, aonde foi atendido e submetido a um tratamento de com antibióticos e analgésicos.

10- Quatro dias após o primeiro atendimento, e sem nenhum resultado, pois o autor ainda se encontrava com fortes dores, o autor em 05/06/2017 retornou a a unidade de pronto atendimento, e foi informado que naquela unidade ele só seria medicado, e que procurasse atendimento de urgência no Hospital Dr. José Pedro Bezerra.

11- **O autor continuou com o tratamento em casa, porém as feridas não saravam e as dores só pioravam, então o autor procurou atendimento de urgência em 14/06/2017 no Hospital Dr. José Pedro Bezerra, aonde foi pedido de imediato um Raio-X, e com o resultado foi constatado que o autor estava com a perna necrosando, sendo submetido a cirurgia de urgência. Sendo o autor internado no mesmo dia, e submetido a cirurgia no dia seguinte (15/06/2017), sendo submetido a anestesia Raqui Peridural.**

Av. Itapetinga, 1958, Conj. Santarém, B: Potengi, – Natal/RN Fone: (3661-7496)



Assinado eletronicamente por: DARIO DE SOUZA NOBREGA - 05/07/2019 12:25:46, DARIO DE SOUZA NOBREGA - 05/07/2019 12:25:08  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070512125141200000044184220>

Num. 45692292 - Pág. 3

Número do documento: 19070512125141200000044184220



12- Ocorre que devido à gravidade das lesões sofridas e suas consequências, a parte autora encontra-se incapacitada para suas ocupações habituais, conforme se prova com os documentos acostados à exordial, onde é possível se aferir a ocorrência dos danos sofridos pela parte requerente, a que resultou em invalidez permanente.

13- Verificou a parte autora, que o pagamento administrativo, não foi realizado conforme a sequela sofrida. Entendendo que sua DEBILIDADE É DE CARATER TOTAL, portanto, faz jus ao pagamento integral das lesões advindas do sinistro.

14- O seguro DPVAT, foi requerido administrativamente junto à demandada, que ao liquidar o sinistro **o fez a menor pagando ao promovente apenas o valor de R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais).**

15- **Destarte, não resta outra saída senão socorrer-se no Judiciário para conseguir a indenização securitária a que tem direito.**

### **III - DO DIREITO:**

#### **– Do Seguro DPVAT**

16- O seguro DPVAT foi criado em 1974 para amparar as vítimas de acidentes com veículos em todo território nacional.

17- O próprio nome do Seguro DPVAT é esclarecedor: **Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre.** Isso significa que o DPVAT é um seguro que indeniza vítimas de acidentes causados por veículos que têm motor próprio (automotores) e circulam por terra ou por asfalto (vias terrestres).

Av. Itapetinga, 1958, Conj. Santarém, B: Potengi, – Natal/RN Fone: (3661-7496)



Assinado eletronicamente por: DARIO DE SOUZA NOBREGA - 05/07/2019 12:25:46, DARIO DE SOUZA NOBREGA - 05/07/2019 12:25:08  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070512125141200000044184220>

Num. 45692292 - Pág. 4

Número do documento: 19070512125141200000044184220



18- A norma jurídica que disciplina o seguro DPVAT sofreu grandes alterações após a criação da Lei nº 11.945, de 04 de junho de 2009, que modificou de forma substancial a Lei 6.194/74.

19- Os arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passaram a vigorar com as seguintes alterações:

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 médicas e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do *caput* deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I – Quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura;

II - Quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução

Av. Itapetinga, 1958, Conj. Santarém, B: Potengi, – Natal/RN Fone: (3661-7496)



Assinado eletronicamente por: DARIO DE SOUZA NOBREGA - 05/07/2019 12:25:46, DARIO DE SOUZA NOBREGA - 05/07/2019 12:25:08  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070512125141200000044184220>

Num. 45692292 - Pág. 5

Número do documento: 19070512125141200000044184220



proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Grifo nosso.

20- Quanto ao Direito à percepção do seguro, a normal em análise, art. 5º, preceitua que:

“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.

21- A própria SUSEP – Superintendência de Seguros Privados – esclarece em seu site ([www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br)) que qualquer vítima de danos causados por veículo automotor de via terrestre pode requerer o seguro, inclusive o motorista culpado.

22- Ademais, salienta-se ainda, que a indenização securitária seja paga “independentemente da existência de culpa”, bastando a simples prova do acidente e do dano decorrente.

23- Conclui-se, assim, que a indenização será devida mediante a “SIMPLES” ocorrência do acidente e do “DANO” por ele provocado.

24- Desta forma, por tudo que foi exposto, não restam dúvidas de que a parte demandante deve ser indenizada pela demandada através do seguro DPVAT, uma vez que preenche todos os requisitos previstos em lei.

Av. Itapetinga, 1958, Conj. Santarém, B: Potengi, – Natal/RN Fone: (3661-7496)



Assinado eletronicamente por: DARIO DE SOUZA NOBREGA - 05/07/2019 12:25:46, DARIO DE SOUZA NOBREGA - 05/07/2019 12:25:08  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070512125141200000044184220>

Num. 45692292 - Pág. 6

Número do documento: 19070512125141200000044184220



25- Além disso, os documentos comprobatórios demonstram de forma inequívoca o dano resultante do sinistro.

**- DO VALOR DEVIDO:**

26- A Lei nº. 6.194/74, que disciplina e rege o seguro obrigatório DPVAT, determina o pagamento da indenização às vítimas de acidente de trânsito, em casos de invalidez, conforme dispõe o art. 3º, II, in verbis:

“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: (Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos).

(...)

II – Até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)”.

Grifamos

**- DA APROPRIAÇÃO INDEVIDA:**

27- Constata-se, que a invalidez a que ficou submetido o Autor, corresponde a **PERCA ANATOMICA FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, ENTRE OUTROS**, sendo que, a seguradora Ré, pagou ao mesmo a importância de R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais).

28- Vislumbra-se que, a Demandada deveria ter pago a indenização na importância de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Av. Itapetinga, 1958, Conj. Santarém, B: Potengi, – Natal/RN Fone: (3661-7496)



Assinado eletronicamente por: DARIO DE SOUZA NOBREGA - 05/07/2019 12:25:46, DARIO DE SOUZA NOBREGA - 05/07/2019 12:25:08  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070512125141200000044184220>

Num. 45692292 - Pág. 7

Número do documento: 19070512125141200000044184220



29- Ora Douto Julgador, o deslinde da lide em tela é simples, tudo não passa de uma simples operação matemática, visto que, a Requerida, deveria ter pago ao Promovente, pela invalidez a que ficou restrito, cujo valor deve ser devidamente corrigido monetariamente e acrescido de juros, desde a data do pagamento a menor.

#### **-DOS JUROS:**

30- Para dissipar quaisquer dúvidas quanto a incidência de juros e da correção monetária, o Superior Tribunal de Justiça, através da Súmula 54, assim tem decidido:

“Os juros moratórios fluem a partir do evento danoso em casos de responsabilidade extracontratual”.

31- Como se infere na Súmula, os juros, bem como a incidência da correção devem fluir a partir do evento danoso.

“APELAÇÃO CIVEL- AÇÃO DE COBRANÇA-SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) – VALOR DA INDENIZAÇÃO – CORREÇÃO MONETÁRIA - JUROS. A correção incide desde a data do evento - coetânea com a do prejuízo, e os juros deste a data do evento danoso por se tratar de responsabilidade legal e extracontratual . Precedentes desta Corte e Súmula n. 54 do STJ. Apelos parcialmente providos (TJRS-APC 70000631473-1º C. Civ. Esp-Rel. Des. Adão Sergio do Nascimento Cassiano – J. 28/12/2000).”

SEGURO OBRIGATÓRIO DE  
RESPONSABILIDADE CIVIL. DPVAT  
INVALIDEZ. PERMANENTE. PAGAMENTO  
PARCIAL. COMPLEMENTAÇÃO DO VALOR  
DEVIDO. Considerando que já houve pagamento  
parcial, não resta dúvida acerca da caracterização da  
invalidez permanente, restringindo-se a discussão ao  
quantum indenizatório devido. (...). A correção

Av. Itapetinga, 1958, Conj. Santarém, B: Potengi, – Natal/RN Fone: (3661-7496)



Assinado eletronicamente por: DARIO DE SOUZA NOBREGA - 05/07/2019 12:25:46, DARIO DE SOUZA NOBREGA - 05/07/2019 12:25:08  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070512125141200000044184220>

Num. 45692292 - Pág. 8

Número do documento: 19070512125141200000044184220



monetária, pelos índices do IGP-M, deve ser apurada a partir da data do pagamento parcial, bem como dos juros legais de 1% ao mês. (TJRS Rel. Desa. Mylene Maria Michel Recurso Cível nº 71001404342 Julgado em 05.09.2007).

#### IV - DOS PEDIDOS:

32- Pelo Exposto, requer:

- a) Que seja citada a promovida, no endereço declinado na exordial, para contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão;
- b) A procedência dos pedidos da ação para condenar a Requerida **a pagar a DIFERENÇA entre o valor já adimplido administrativamente e a porcentagem de invalidez apurada qual seja o valor de R\$ 12.555,00 (doze mil quinhentos e cinquenta e cinco reais)**, acrescido de correção monetária desde o evento danoso;
- c) **A não realização de audiência de conciliação ou mediação**, nos termos do art. 319, inciso VII do Novo Código de Processo Civil;
- d) **A gratuidade da Justiça** nos termos do art. 98 do Novo Código de Processo Civil;
- e) Que o valor da condenação seja acrescido de **juros e correção monetária, retroativo a data do sinistro**, com base na Súmula 54 do STJ;
- f) Seja a demandada **condenada em 20%, sobre o valor da condenação, referente aos honorários advocatícios**;
- g) Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidas, especialmente, na produção de Prova Pericial, no sentido de quantificar o grau de lesão

Av. Itapetinga, 1958, Conj. Santarém, B: Potengi, – Natal/RN Fone: (3661-7496)



Assinado eletronicamente por: DARIO DE SOUZA NOBREGA - 05/07/2019 12:25:46, DARIO DE SOUZA NOBREGA - 05/07/2019 12:25:08  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070512125141200000044184220>

Num. 45692292 - Pág. 9

Número do documento: 19070512125141200000044184220



Dá-se a causa o valor de **R\$ 12.555,00 (doze mil quinhentos e cinquenta e cinco reais).**

Nestes termos,

Pede deferimento.

Natal-RN, 03 de Julho de 2019

Dário de Souza Nóbrega

OAB/RN – 1602

Av. Itapetinga, 1958, Conj. Santarém, B: Potengi, – Natal/RN Fone: (3661-7496)



Assinado eletronicamente por: DARIO DE SOUZA NOBREGA - 05/07/2019 12:25:46, DARIO DE SOUZA NOBREGA - 05/07/2019 12:25:08  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070512125141200000044184220>

Num. 45692292 - Pág. 10

Número do documento: 19070512125141200000044184220

**\* PROCURAÇÃO \***  
**AT JUDICIA ET EXTRA**

*Outorgante:*

**RICARDO DE OLIVEIRA RIBEIRO**, Brasileiro, Portador do CPF: 053.955.374-30, Residente e domiciliado nesta Capital, Natal/RN.

*Outorgado:*

**DÁRIO DE SOUZA NÓBREGA**, brasileiro, advogado OAB/RN 1602, com escritório estabelecido na Av: Itapetinga, 1958 conj. Santarém Cep:59124-400 Natal/RN.

*Poderes:*

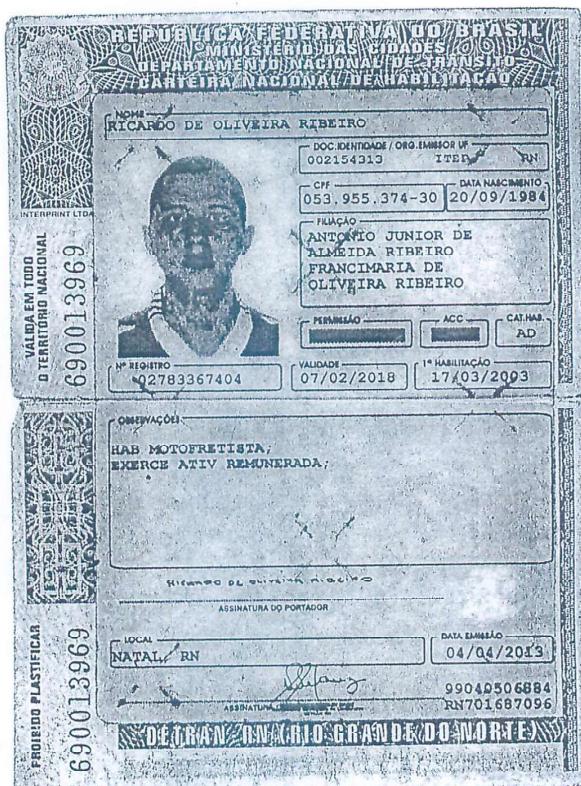
*Amplos para o foro em geral, com as cláusulas at judicia et extra para, praticar todos os atos extra - judiciais de representação e defesa, podendo propor contra quem de direito as ações judiciais competentes e defendê - lo(s) nas contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando - os, conferindo-lhe(s) ainda poderes especiais para acordar, confessar, desistir, firmar compromissos, assinar termos, Receber e dar quitação de alvará no banco do Brasil ou em qualquer outro banco, endossar cheque, enfim, praticar tudo quanto for útil e necessário a defesa dos direitos e interesses do outorgante, podendo ainda substabelecer esta em outrem com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.*

Natal, RN 03 de setembro de 2015.

Ricardo de Oliveira Ribeiro

**RICARDO DE OLIVEIRA RIBEIRO**  
**CPF: 053.955.374-30**





Assinado eletronicamente por: DARIO DE SOUZA NOBREGA - 05/07/2019 12:25:47, DARIO DE SOUZA NOBREGA - 05/07/2019 12:25:00  
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070512132886400000044184244  
Número do documento: 19070512132886400000044184244

Num. 45692318 - Pág. 1



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

053 955 374-30

Nome completo da vítima:

RICARDO DO OLIVEIRA RIBEIRO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR-SUSEP-Nº 445/2012

Nome completo:

RICARDO DO OLIVEIRA RIBEIRO

CPF:

053 955 374-30

Profissão:

motorista

Endereço:

RUA MARQUES DE ABREU

Número:

451

Complemento:

Bairro:

PAJUARA

Cidade:

NATAL

Estado:

RN

CEP:

59131-300

E-mail:

nené informa

tel.(DDD):

98814-1516

Declare, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                   | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:

2010

CONTA:

00109303

AGÊNCIA:

\_\_\_\_\_

CONTA:

\_\_\_\_\_

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAÚDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou   |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou      |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (noventa) dias do pedido. |

Pela motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separe judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grado de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura digital do declarante ou beneficiário alfabetizado  
Local e Data: Natal/RN, 23/05/2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS  
1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_  
2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina a RODO

Ricardo do Oliveira Ribeiro

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do íntimo teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

1 V001/2018





Assinado eletronicamente por: DARIO DE SOUZA NOBREGA - 05/07/2019 12:25:10  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070512243096500000044184754>  
Número do documento: 19070512243096500000044184754

Núm. 45692856 - Pág. 2

NOME DO PACIENTE:	Ricardo de Oliveira Líbelo.		
REGISTRO	ENFERMARIA	LEITO	DATA

19

15/06/17

PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS		HORÁRIOS
<b>*** P.º Imediato: Revidamento ***</b>		
① Fiebre oral tipo urso respiração anestésica.	SN	
② 500mg 1500ml, EV, 21g/1 hora	✓ 3/5	
③ 5g 5% 1000ml, EV, 14g/1 hora	✓ 24	
④ Cefazil 500g EV 12/12h	28-10	
⑤ Flutazol 250mg EV 8/8h	06 14 08 14 24	
⑥ Temocuram 40mg EV 12 dias	26	
⑦ Liponarina 0,5mg + 10 EV, 16h (Fixa)	18-24 06 24	
⑧ Flutazol 250mg + 10 EV, 16h (S/N)	SN	
⑨ Thiamol 500mg + 10 EV 500mg EV 12/12h (S/N)	SN	
⑩ SSU + CEG	reduz	
⑪ Ketonitrotoxina	M	

ASSINATURA E CARMBO DO MÉDICO

Dr. Léo Gomes de Mello  
Cirurgião Geral  
CRM-RN 7893

Dr.  
Rego

EVOLUÇÃO MÉDICA	OUTROS MEDICAMENTOS	HORÁRIOS
15/06/17	# Cig #	
* Nota Operatória *		ARQUITETURA 23 MAI 2013

\* Nota Operatória \*

Raciocínio informado nesta data a  
anteriormente constatado.

#00 = Ao CRM

ASSINATURA E CARMBO DO MÉDICO

Dr. Léo Gomes de Mello  
Cirurgião Geral  
CRM-RN 7893



**RELATÓRIO DE  
ANESTESIA**



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA DO RN.  
HOSPITAL DR JOSÉ PEDRO BEZERRA - "Hospital Amigo da Criança"  
RUA ARAQUARI, 5/Nº - NATAL/RN - CEP 59.110-390  
CNPJ 08.241.754/0110-07 - E-mail: hjp@rn.gov.br



PACIENTE Alano de Oliveira Ribeiro SEXO  IDADE  PRONTUÁRIO Nº   
ESTADO FÍSICO  ET  Ur  Em

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO Abcesso na HEE CIRURGIA PROPOSTA Ressecção de

DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO

CIRURGIÃO Dra. ZEONI AUXILIARES

ANESTESIOLOGISTA Dra. THALES M. CAMP ENFERMEIRA

**HISTÓRIA CLÍNICA**

D. NEUROLÓGICA  CONVULSÃO   
ALCOOLISMO  CÂNCER   
CIRURGIA  PRÉVIA  TRANSFUSÃO SANGUÍNEA PRÉVIA   
BLOQUEIO ESPINHAL  PLEXO BRONQUIAL

Thales Marinho Campos  
Médico Anestesiologista

Thales Marinho Campos  
Médico Cirurgião

Thales Marinho Campos  
Enfermeira

FUMO  ALERGIAS

USO DE DROGAS

ANESTESIA PRÉVIA  LOCAL

GERAL

OUTROS DADOS

**EXAME FÍSICO**

PESO(kg)  TEMPERATURA(°C)  PRESSÃO ARTERIAL(mmHg)  120 x 80

ESTRUTURA(cm)  FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA(IPM)  FREQUÊNCIA CARDIACA(bpm)

BRONCOESPASMO  SOPRO CARDÍACO  ARRITMIAS  VELAS ACESSÍVEIS  PERMEABILIDADE VIAS AÉREAS

COLUMNAS COM DEFORMIDADE  LOCAL PUNÇÃO INFECTADO  PRÓTESE  COR CORADA  PÁLIDO

ICTERIO  CIONÓTICO  PARESIA  PARALISIAS  ÁREA QUEIMADA  % GESTAÇÃO  meses

OUTROS DADOS

**EXAMES LABORATORIAIS**

CLASSIFICAÇÃO ABO e RH  LEUCOGRAMA  HEMATÓCRITO  ECG  RISCO CIRÚRGICO  
RX TÓRAX  TGO  TGP  URÉIA  CREATININA  BILIRRUBINAS  FOSFATASE ALCALINA  
AMILASE  PROTEÍNAS  GLICEMIA  ULTRASSONOGRAFIA  TOMOLOGIA  CATETERISMO CARDÍACO

VALORES ALTERADOS OU RELEVANTES/OUTROS EXAMES

PRE ANESTÉSICO Não muito EFEITO SATISFATÓRIO  REGULAR  NENHUM

TECNICA ANESTÉSICA INDICADA O

OUTROS COMENTÁRIOS IMPORTANTES

**SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA**

HORA E DATA DE ADMISSÃO \_\_\_\_\_ HORA E DATA DE SAÍDA \_\_\_\_\_

ATIVIDADE	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	CONSCIÊNCIA	COR
n/ mov. de membros	Agnosia, Obstrução	P.A. variação + 50%	Não Responde	Cianótico
mov. 2 membros	Dispnéia, Obst. Par.	P.A. variação 20 - 50%	Responde a Chamadas	Pálido, Ictérico
mov. 4 membros	Respira bem, Tense	P.A. estável + 20%	Acorda	Corado

**COMPLICAÇÕES**

LARINGOESPASMO  CIANOSE  NÁUSEAS  VÔMITOS  REF. URINÁRIO  HIPOTENSÃO   
HIPERTENSÃO  ARRITMIAS  DOR  DIF. RESPIRATÓRIA  SANGRAMENTO  CEFALÉIA   
PARADA CARDIÁCA  ÓBITO  OUTROS \_\_\_\_\_

**ALTA DA SALA DE RECUPERAÇÃO**

PARA ENFERMARIA  ALTA HOSPITALAR  TRANSFERÊNCIA  UTI  ÓBITO

**RESUMO**

PACIENTE Alano de Oliveira Ribeiro IDADE 31 ESTADO FÍSICO 7

HISTÓRIA D. ATUAL

CIRURGIA Ressecção de Abcesso CIRURGIÃO Dra. ZEONI

ANESTESIA Blagazio Submucoso ANESTESIOLOGISTA Thales Marinho Campos

*Thales Marinho Campos*

TÉCNICA ANESTÉSICA:		DATA	15	06	2014	ANESTESIOLOGISTA	Thales Marinho CRM-SP 487X							
GERAL		<input type="checkbox"/>	RAQUIANESTESIA	<input checked="" type="checkbox"/>	PERIDURAL	<input type="checkbox"/>	PLEXO BRANQUIAL	<input type="checkbox"/>	BIER LOCAL	<input type="checkbox"/>	NERVOPERIFÉRICO			
OUTRA														
GERAL ENDOVENOSA		<input type="checkbox"/>		INALATÓRIA BALANCEADA		<input type="checkbox"/>		ASSOCIADA A BLOQUEIO		<input type="checkbox"/>				
CATETER		<input type="checkbox"/>		NÍVEL DE FUNÇÃO		<input type="checkbox"/>		AGULHA N° 25		POSIÇÃO				
BLOQUEIO P. BRANQUIAL INTERESCALÉNICO		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		AUXILIAR		KULEMKAMPF				
BIER/BLOQUEIO N. PERIFÉRICO										LADO				
SISTEMA DE ANESTESIA CIRCULAR		<input type="checkbox"/>		BAIN		<input type="checkbox"/>		BAKARA		RUBEM				
INTUBAÇÃO FÁCIL		<input type="checkbox"/>		DIFÍCIL		<input type="checkbox"/>		ENDOTRAQUEAL		OUTROS				
TRÁQUEOSTOMIA		<input type="checkbox"/>		SONDA N.º		<input type="checkbox"/>				NASOTRAQUEAL				
OUTROS										FLOXO SOB MÁSCARA				
VENTILAÇÃO CONTROLADA		<input type="checkbox"/>		ASSISTIDA		<input type="checkbox"/>		ESPONTÂNEA		<input checked="" type="checkbox"/>				
VOLUME CORRENTE(ml)		<input type="checkbox"/>				CICLOS POR MINUTO				<input type="checkbox"/>				
ANESTESIA		CIRURGIA								VENTILAÇÃO MECÂNICA				
FINAL	9:53	9:50												
INÍCIO	9:10	9:15												
TOTAL														
OXIGÉNIO	3000 ml/min													
NO <sub>2</sub>														
HIPNÓTICO														
NARCÓTICO														
REAL MUSCULAR														
ANEST. LOCAL														
ATROPINA														
PROSTIGMINE														
HIDRATAÇÃO	(R <sub>2</sub> )			(C <sub>1</sub> )										
SANGUE	500 ml			500 ml										
S <sub>2</sub>	89	88	87	86	85	84	83	82	81	80	79			
ANESTESIA	200													
X	180													
CIRURGIA	160													
O	140													
PULSO	120													
RESPIRAÇÃO	100													
O	80													
P.A. SIST. V.	60													
P.A. DIAST. A	40													
GARROTE G	20													
TEMPERATURA														
POSIÇÃO DDH	<input checked="" type="checkbox"/>	DVH	<input type="checkbox"/>	DLE	<input type="checkbox"/>	DLD	<input type="checkbox"/>	LITONOMIA	<input type="checkbox"/>	RENAL	<input type="checkbox"/>	SENTADO	<input type="checkbox"/>	
MONITORES	<input type="checkbox"/>	P.A.	<input checked="" type="checkbox"/>	ESTETOSCÓPIO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ECG	<input checked="" type="checkbox"/>	EST. NERVO PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
OXÍMETRO	<input checked="" type="checkbox"/>	PVC	<input type="checkbox"/>	PAM	<input type="checkbox"/>	OUTROS	<input type="checkbox"/>							
SANGRAMENTO (mls)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		DIURESE (mls)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
COMPlicações	<input type="checkbox"/>	HIPOTENSÃO	<input type="checkbox"/>	CHOQUE	<input type="checkbox"/>	HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/>	NÁUSEAS	<input type="checkbox"/>					
VÓMITOS	<input type="checkbox"/>	CONCULSÃO	<input type="checkbox"/>	LARINGOESPASMOS	<input type="checkbox"/>	BRONCOESPASMOS	<input type="checkbox"/>	OLIGURIA	<input type="checkbox"/>					
HITOXEMIA	<input type="checkbox"/>	CIANOSE	<input type="checkbox"/>	ARRITMIAS	<input type="checkbox"/>	DESCONEXÕES DO SISTEMA	<input type="checkbox"/>	PARADA CARDIACA	<input type="checkbox"/>					
ÓBITO	<input type="checkbox"/>	OUTROS	<input type="checkbox"/>											
EXTURBASÃO	EM PLANO	<input type="checkbox"/>	C/REFLEXOS	<input type="checkbox"/>	ACORDADO	<input type="checkbox"/>								
TOTAL DE SORO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		TOTAL DE SANGUE		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
ENCAMINHAMENTO	<input type="checkbox"/>	SRPA	<input type="checkbox"/>	UTI	<input type="checkbox"/>	ALTA	<input type="checkbox"/>	TRANSFERÊNCIA	<input type="checkbox"/>	ÓBITO	<input type="checkbox"/>			
OUTRAS INFORMAÇÕES														
O inizio do anest. as 8:10 mto as ECG + Pz 157 + vermelho de 140 as 500 ml n.º 20														
O malo de 157 mto branco 140 as agulha n.º 25														





## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA DO RN

HOSPITAL DR. JOSÉ PEDRO BEZERRA - Hospital Amigo da Criança

RUA ARAQUARI, 5/Nº - NATAL/RN - CEP - 59.110-390

CNPJ - 08.241.754/0110-07 - E-mail: hjpb@rn.gov.br



### BOLETIM OPERATÓRIO

Nome: Ricardo de Oliveira Ribeiro Reg. N.º \_\_\_\_\_

Diagnóstico pré-operatório: Infecção infectada em pele expandida,

Indicação terapêutica: Desbridamento cirúrgico.

### INTERNAÇÃO

DATA: 15/06/17 INÍCIO: 09:30 Fim: 10:00 Duração: 30'

Operador: Dr. Léo Mello

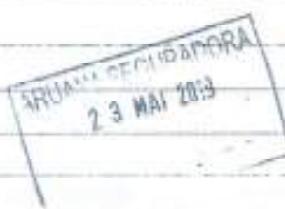
1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista: Dr. Tales.



### RELATO DA INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - Ligaduras e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Obs.:

① Paciente em DPOC 1ºdº insuficiência.

② Desinfecção + Antissepsia + Enxágue das feridas.

③ Realizado Desbridamento cirúrgico de tecido desvitalizado em pele expandida.

④ Limpeza com 8% 94%

⑤ Curativo empregado:

Dr. Léo Gomes de Mello  
Cirurgião Cirúrgico  
CRM-RN 7883



NOME DO PACIENTE: <i>Ricardo de Oliveira Ribeiro</i>			
REGISTRO	ENFERMARIA	LEITO	DATA <i>14.06.17.</i>

**PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

**HORÁRIOS**

<i>1) Dexta-gel</i>			
<i>2) Amigd. suínos - 20ml IV 28ml/min</i>	2	3	4
<i>3) Cetirizina - 0,1g IV 12/12h.</i>			<i>18</i>
<i>4) Flutaryl 50mg - IV 08/08h</i>			<i>08.16, 24</i>
<i>5) Tenoxicam 40mg - IV lento ao dia.</i>			<i>24</i>
<i>6) Dipirona - 0,2ml + 0,8ml ABD - IV lento, s/n, de c/febre</i>			<i>24</i>
<i>7) Flutaryl - 0,2ml + 0,8ml ABD - IV lento, se Vomito, de c/febre.</i>			
<i>8) Sintex Vitan 40g c/febre.</i>			
			
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO			

**EVOLUÇÃO MÉDICA**

**OUTROS MEDICAMENTOS**

**HORÁRIOS**

<i>Paciente recetando de hidratação em forma F, porém alimentando a 18:30h.</i>	<i>RX realizado</i> <i>D. Nobrega</i> <i>Assinatura do Técnico Real.</i>
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	<i>23 MAI 2013</i>





## Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

Nº 1174 / 2017

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante e Executante: HOSPITAL DR. JOSÉ PEDRO BEZERRA

CNES: 2408570

510922

Prontuário:

Nome: 276126 RICARDO DE OLIVEIRA RIBEIRO

CNS: Nascimento: 20/09/1984 Sexo: Feminino

Mãe: FRANCIMARIA DE OLIVEIRA RIBEIRO Pai:

Endereço: RUA RUA MARCILIO DIAS, 1242 - IGAPÓ - NATAL

Cor: NÃO INFORMADA

Município: NATAL

Código Municipal IBGE: 240810

UF: RN CEP: 59104260

Fone: /

### JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

#### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE REFERE ACIDENTE DE MOTO HÁ 01 MÊS, MACHUCANDO A Perna Esq. EVOLUTU COM ÁREA DE NECROSE E SINAIS FLOGÍSTICOS EM 1/3 SUPERIOR DA Perna ESQUERDA.

#### CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

NECESSITA ATO CIRÚRGICO.

#### RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

EXAME CLÍNICO.

#### Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

L02.4 ABSCESSO CUTÂNEO, FURÚNCULO E ANTRAZ DO(S) MEMBRO(S)\*303080060, TRATAMENTO DE ESTAFILOCOCCIAS

Profissional Solicitante / Assitente:

VALERIA LUCIA SEABRA GOMES DA COSTA

CRM: 2405 / RN

Data da Solicitação: 14/06/2017

#### PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_ Nº do bilhete: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_

Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_ CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_ CBOR: \_\_\_\_\_

Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência:  Empregado  Empregador  Autônomo  Desempregado  Aposentado  Não Segurado

#### AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizado: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ Nº Autorização da AIH: \_\_\_\_\_

Documento:  CNS  CPF nº \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_\_ Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_





BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº: 74

DISTRITO SANITÁRIO:		DATA DE ENTRADA:		HORA:	
IDENTIFICAÇÃO	NOME: Ricardo de Oliveira Reis		05/06/17		2300
	NOME DO RESP. (se menor de idade):				SEXO: M
	DATA DE NASCIMENTO: 01/09/84		ESTADO CIVIL:		FONE: 84/36631699
	ENDERECO: Rua Parque de Abreus 451				PROFISSÃO:
	BAIRRO: Pajuçara		CIDADE: Natal		PROCEDÊNCIA: Pj 2154 313

SINAIS VITAIS

PA	FC	FR	TEMP	SPO2	PESO	HGT	DOR		
							LEVE	MODERADA	INTENSA
126/77	93			97					

HISTÓRICO PATOLÓGICO

COMORBIDADES: N

USO DE MEDICAÇÕES:

ECOSCORNO / M. NESTLÉ

ALERGIA MEDICAMENTOSA: N

ESTADO GERAL

Aparentemente BEM	Consciente	Orientado	Sinais de agravamento
REGULAR	Politraumatizado	Hemorragias	Agitação
GRAVE	Dispneia intensa	Convulsão	Precordialgias
Outros			

QUEIXA PRINCIPAL (EVOLUÇÃO E EXAME FÍSICO)

DOR emNSE (LESÃO)

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UPA PAJUÇARA

Ay. Moema Timoco, S/N - Pajuçara

Natal/RN

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AZUL	VERDE	AMARELO	VERMELHO

ENFERMEIRAS/OREN

Difícil de ser  
Enfermeiro  
CORPO

ARTIGA SECUNDADORA

23 MAI 2013



## HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL / EXAME CLÍNICO

Paciente com dor pudente em punho esquerdo há 10 dias. N/A a dor.

## EXAMES COMPLEMENTARES

## DIAGNÓSTICO

CID 10:

MÉDICO/CRM

## DESCRIPÇÃO DO TRATAMENTO

1. Diflone 500mg/dia D/F + Flud 100mg/dia
2. Cenovlan 400mg D/F + diluente / flud
3. Oxacilina 1g D/F + 12ml AM em

Le Jeunesse da Jull  
Técnico de Enfermagem  
COPEI 019.870

MÉDICO/CRM

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

## ANOTAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

INTERNAMENTO LOCAL: Sim ( ) Não ( )		DATA: / /		
REMOÇÃO: Sim ( ) Não ( )		LOCAL:	DATA: / /	
TRANSFERÊNCIA: Sim ( ) Não ( )		LOCAL:	AVALIAÇÃO/ESPECIALISTA: EXAME:	
TRANSPORTE	SAMU	SAV ( ) SBV ( )	MÉDICO/CRM	
	FAMÍLIA	PARENTESCO:		
	OUTRO	QUAL:		
ALTA HOSPITALAR	DECISÃO MÉDICA		MÉDICO/CRM	
	À REVELIA			DATA: / /
	À PEDIDO			
ÓBITO		ENTREGUE A:	DECLARAÇÃO DE ÓBITO	
DATA: / /		( ) FAMÍLIA	DATA: / /	
HORA: _____		( ) FUNERÁRIA	HORA: _____	
( ) OUTRO _____		MÉDICO/CRM		





Prefeitura Municipal do Natal  
A nossa cidade

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
REDE MUNICIPAL DE URGENCIA  
UPA PAJUÇARA

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGENCIA - Pajuçara

Nº: \_\_\_\_\_ Natal/RN

DISTRITO SANITÁRIO: <i>Norte</i>	DATA DE ENTRADA: <i>07/06/17</i>	HORA: <i>23:18</i>
IDENTIFICAÇÃO NOME: <i>Ricardo da Oliveira Ribeiro</i>	SEXO: <i>M</i>	
NOME DO RESP. (se menor de idade): <i>Marcos da Oliveira Ribeiro</i>		
DATA DE NASCIMENTO: <i>20/09/89</i>	ESTADO CIVIL:	FONE: <i>84/ 36631699</i>
ENDERECO: <i>Parque da Abrente 451</i>	PROFISSÃO:	
BAIRRO: <i>Pajuçara</i>	CIDADE: <i>Natal</i>	PROCEDÊNCIA: <i>23154313</i>

SINAIS VITAIS

PA	FC	FR	TEMP	SPO2	PESO	HGT	DOR		
							LEVE	MODERADA	INTENSA
124x79 77 36,7 98%									

HISTÓRICO PATOLÓGICO

COMORBIDADES: *Negar*

USO DE MEDICAÇÕES: *Diabète*

ALERGIA MEDICAMENTOSA: *Penicil*

ESTADO GERAL

Aparentemente BEM	Consciente	Orientado	Sinais de agravamento
REGULAR	Politraumatizado	Hemorragias	Agitação
GRAVE	Dispneia intensa	Convulsão	Precordialgias
Outros			

QUEIXA PRINCIPAL (EVOLUÇÃO E EXAME FÍSICO)

*Dois dias e meia com NTE apos  
transito de urina de urina de urina*

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UPA PAJUÇARA

Av. Moema Tinoco, S/N - Pajuçara  
Natal/RN

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AZUL	VERDE	AMARELO	VERMELHO
<i>g-8 da Chave</i>			

ENFERMEIRO/COREN 73 457

ARIANA SERRA MIRRA  
23 MAI 2019



AVALIAÇÃO DO PACIENTE	HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL / EXAME CLÍNICO	
	<p><i>fadigante com febre e tosse m/fera expira com roncos</i></p> <p><i>febre de 101 graus na semana de 10/07/2019</i></p>	
	EXAMES COMPLEMENTARES	
	DIAGNÓSTICO	
	CID 10:	
	MÉDICO/CRM	

SEGUIMENTO TERAPÉUTICO	DESCRIPÇÃO DO TRATAMENTO	
	<p><i>1. Voltaren 75 mg. Q1PA, 1m.</i></p> <p><i>2. Alendronato + Ibisiloxan</i></p>	
	MÉDICO/CRM	
	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	
	ANOTAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL	

INTERNAÇÃO LOCAL: Sim ( ) Não ( )		DATA: / /	
REMOÇÃO: Sim ( ) Não ( )		LOCAL: DATA: / /	
TRANSFERÊNCIA: Sim ( ) Não ( )		LOCAL:	AVALIAÇÃO/ESPECIALISTA: EXAME:
TRANSPORTE	SAMU	SAV ( ) SBV ( )	MÉDICO/CRM
	FAMÍLIA	PARENTESCO:	
	OUTRO	QUAL:	
ALTA HOSPITALAR	DECISÃO MÉDICA	MÉDICO/CRM	
	À REVELIA		DATA: / /
	À PEDIDO		HORA: _____
ÓBITO		ENTREGUE A:	DECLARAÇÃO DE ÓBITO
DATA: / /		( ) FAMÍLIA	DATA: / /
HORA: _____		( ) FUNERÁRIA	HORA: _____
		( ) OUTRO _____	MÉDICO/CRM



## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que eu, **RICARDO DE OLIVEIRA RIBEIRO**, Brasileiro, Casado, Motoboy, residente e domiciliado na Rua Marques de Abrantes 451, Conj. Pajuçara, CEP: 59131-300, Natal/RN.

Que na data de 25/05/2017, estando no meu horário de trabalho, passando na rotatória da Avenida Itapetinga por volta das 20:30, e ao colidir com um veículo não identificado, vindo a cair e sofrer algumas lesões, tendo o condutor do veículo se evadido do local sem prestar socorro, e como não senti nada na hora do acidente, só algumas escoriações pelas pernas, não levei o caso adiante.

Com o passar dos dias, comecei a sentir fortes dores na perna esquerda devido ao acidente, e no dia 01/06/2017, me dirigi a UPA do pajuçara, e fui atendido pelo **DR. JOCEKLEYTON RAMALHO DA SILVA**, onde passou um tratamento para fazer, com antibióticos e analgésicos me afirmado que em pelo menos 03(três) dias eu já iria ver o resultado, mesmo assim tomei uma injeção voltaren e fui liberado.

Passando quatro dias e nada de resultado, no dia 05/06/2017 as 23:00, fui novamente a UPA do pajuçara, e fui atendido pelo mesmo médico que falou que naquela unidade eu só iria ser medicado, e pediu para procurar atendimento na urgência do hospital Santa Catarina, porque a ferida da minha perna só estava aumentando, mas diante de fortes dores ele passou alguns medicamentos que tomei, lá naquela unidade e fui liberado.

Comecei a cuidar da ferida em casa, e como as dores não passavam e a ferida não sarava, e já havia tomado varias injeções, mas só fazia aliviar as dores, preocupado, procurei a urgência do Hospital Santa Catarina na data de 14/06/2017, onde o médico de imediato pediu um RAIO X da minha perna e viu que teria que ser feito uma cirurgia de urgência, porque estava muito infecionado e iria precisar fazer uma cirurgia para retirar a parte necrosada.

ARIANA DE OLIVEIRA  
23 MAI 2013



No mesmo dia 14/06/2017, o médico já solicitou a minha internação, onde fiquei em dieta zero para a realização da cirurgia, e no dia seguinte 15/06/2017 as 09:30, entrei no centro cirúrgico onde fui submetido a anestesia RAQUI PERIDURAL para realização da cirurgia.

Realizada a cirurgia fiquei internado ainda por 02(dois) dias, em seguida recebi alta, onde fiquei cuidando do curativo por conta própria e tomando as medicações passada pelo médico para concluir o tratamento em casa.

Contudo, venho informar que são verdadeiras as informações acima descritas conforme os boletins de atendimento juntado ao requerimento.

Natal/RN, 20 de maio de 2019.

Ricardo de Oliveira Ribeiro

Ricardo de Oliveira Ribeiro

CPF: 053.955.374-30





Governo 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 ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS  
 Endereço: Complexo de Delegacias Especializadas, Av. Ayrton Senna, 3134, NEÓPOLIS, NATAL, FONE/FAX: 32931585

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019031000388 1.2 Data de Expedição: 14/05/2019 16:43:33  
 1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM 1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 26/05/2017 20:30:00 2.2 Autoria: Desconhecida  
 2.3 Fato: Consumido 2.4 Flagrante: Não  
 2.5 Meio(s) em que ocorreu: Veículo 2.6 Local: AVENIDA RIO DOCE COM A AVENIDA ITAPETINGA  
 2.8 Tipo do local: Via Pública 2.9 CEP: 59.000-000  
 2.8 Número: 0000 2.10 Ponto de Referência:  
 2.10 Complemento: 2.11 Cidade: NATAL  
 2.12 Bairro: POTENGI  
 2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
 2.13 Logradouro: AVENIDA RIO DOCE COM A AVENIDA ITAPETINGA

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: RICARDO DE OLIVEIRA RIBEIRO 3.2 Estado civil: Casado(a)  
 3.3 Nome Social: 3.4 Pai: ANTONIO JUNIOR DE ALMEIDA RIBEIRO  
 3.5 Etnia: Sem Informação 3.6 Mãe: FRANCIMARIA DE OLIVEIRA RIBEIRO  
 3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 Orientação Sexual:  
 3.9 CPF: 05395537430 3.10 Identidade de Gênero:  
 3.11 Nacionalidade: 3.12 Data de Nascimento: 20/09/1984  
 3.13 Profissão: MOTORISTA 3.14 RG: 002154313 - ITEP/RN  
 3.15 Telefone(s): 84 988027482 3.16 Naturalidade: NATAL - RN  
 \* Número: 451 3.20 E-mail:  
 Bairro: PAJUÇARA 3.22 Logradouro: RUA MARQUES DE ABRANTES  
 3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.24 CEP: 59131300  
 3.23 Cidade: NATAL

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUIDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não 7.1.2 Seguradora:  
 7.1.3 Chassi: 138009 7.1.4 Renavam:  
 7.1.5 Placa: OIG04579 7.1.6 Estado:  
 7.1.7 Marca: HONDA 7.1.8 Modelo: CG 125 FAN KS  
 7.1.9 Ano do Modelo: 2013 7.1.10 Ano de Fabricação: 2013  
 7.1.11 Cor do veículo: PRETA 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA  
 7.1.13 Nota Fiscal:  
 7.1.14 Número do Motor:  
 7.1.15 Nome do proprietário: RICARDO DE OLIVEIRA RIBEIRO 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:  
 7.1.17 Nome do condutor: O PROPRIETÁRIO/VÍTIMA  
 7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

OS FATOS

histórico

O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARCEU A ESTA UNIDADE POLICIAL E INFORMOU QUE NA DATA E HORA CITADAS CONDUZIA A MOTOCICLETA EM TELA A TRABALHO, E AO COLIDIR COM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO, VEIO A CAIR E SOFRER LESÕES CONFORME BAA URGUINDO DA UPA DE PAJUÇARA. DISSE QUE PROCUROU ATENDIMENTO APÓS MÉDICO, TENDO EM VISTA FORTES DORES NO LOCAL DA LESÃO.

NADA MAIS DISSE

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 14/05/2019 16:43:33

*J. de Oliveira*  
 Policial

*Ricardo de Oliveira Ribeiro*  
 Interessado



Pingar direto

Atendimento: 1702343 - JANIR AZEVEDO DE PAIVA

Impresso por: 1702343 - JANIR AZEVEDO DE PAIVA em 14/05/2019 16:43:52

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



→ 3190341206  
LIN<sup>o</sup> SINISTRO v/CONSULTA

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder com  
Confiabilidade e Segurança DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0174414/19

Vítima: RICARDO DE OLIVEIRA RIBEIRO

CPF: 053.955.374-30

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/05/2017

Titular do CPF: RICARDO DE OLIVEIRA

RIBEIRO

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

telefoner : 3025-6799  
3025-5055

DARIO DE SOUZA NOBREGA : 086.305.424-20

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

RICARDO DE OLIVEIRA RIBEIRO : 053.955.374-30

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

Princila da Aline



### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A Indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/05/2019  
Nome: DARIO DE SOUZA NOBREGA  
CPF: 086.305.424-20

DARIO DE SOUZA NOBREGA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/05/2019  
Nome: PRISCILA FLORENCIO DA SILVA  
CPF: 017.192.214-05

PRISCILA FLORENCIO DA SILVA





(7)

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. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

## SINISTRO 3190341206 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RICARDO DE OLIVEIRA RIBEIRO

COBERTURA Invalidez

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

BENEFICIÁRIO RICARDO DE OLIVEIRA RIBEIRO

CPF/CNPJ: 05395537430

Posição em 25-06-2019 09:42:36

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será efetuado. Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

26/06/2019 R\$ 945,00 R\$ 0,00 R\$ 945,00

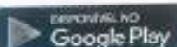
## Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
12/06/2019	Interrupção de Prazo	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/e5_43mvB94D3g6tqCNjbgzapi_key=XF9wMp0irHuH8H2cxGLf8UZ6kLas6fObU2S1bNM11o="> (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/e5_43mvB94D3g6tqCNjbgzapi_key=XF9wMp0irHuH8H2cxGLf8UZ6kLas6fObU2S1bNM11o=)</a>
28/05/2019	Aviso de Sinistro	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/AMbVF2APSnMO_7lCc6api_key=XF9wMp0irHuH8H2cxGLf8UZ6kLas6fObU2S1bNM11o="> (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/AMbVF2APSnMO_7lCc6api_key=XF9wMp0irHuH8H2cxGLf8UZ6kLas6fObU2S1bNM11o=)</a>

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?lt=1&mt=8>



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

[www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo](http://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo)

1/3



Assinado eletronicamente por: DARIO DE SOUZA NOBREGA - 05/07/2019 12:25:10  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070512243096500000044184754>  
 Número do documento: 19070512243096500000044184754

Num. 45692856 - Pág. 17