



Número: **0803436-36.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **31/01/2020**

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

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
IVANALDO DE OLIVEIRA (AUTOR)		ARTUR MAX DA SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
52942525	31/01/2020 16:25	Petição Inicial	Petição Inicial
52942526	31/01/2020 16:25	1. Petição Inicial_Ivanaldo x Seguradora Lieader - DPVAT	Outros documentos
52942527	31/01/2020 16:25	1. Procuração	Procuração
52943279	31/01/2020 16:25	2. RG, CPF e Endereço	Documento de Identificação
52943281	31/01/2020 16:25	3. Doc. do veículo	Documento de Comprovação
52943282	31/01/2020 16:25	4. 10.11.18 - Boletim de Urgência Hospitalar - Pedro Avelino	Documento de Comprovação
52943283	31/01/2020 16:25	5. 10.11.2018 - Raio X - Walfredo	Documento de Comprovação
52943284	31/01/2020 16:25	6. 11.11.2018 - Internação para cirurgia - Deoclécio - Parnamirim	Documento de Comprovação
52943286	31/01/2020 16:25	7. 11.11.2018 - Laudo para internação - Deoclécio - Parnamirim	Documento de Comprovação
52943287	31/01/2020 16:25	8. 11.11.2018 - Prontuário de Internação - Deoclécio - Parnamirim	Documento de Comprovação
52943289	31/01/2020 16:25	9. 12.11.2018 - Parecer - Risco Cirúrgico - Deoclécio - Parnamirim	Documento de Comprovação
52943290	31/01/2020 16:25	10. 13.11.2018 - Relatório de anestesia de Cirurgia - Deoclécio - Parnamirim	Documento de Comprovação
52943292	31/01/2020 16:25	11. 13.11.2018 - Relatório de Cirurgia - Deoclécio - Parnamirim	Documento de Comprovação
52943294	31/01/2020 16:25	12. 13.11.2018 - Relatório de Cirurgia - Deoclécio - Parnamirim.pdf	Documento de Comprovação
52943296	31/01/2020 16:25	13. 23.12.2018 - Recomenda Fisioterapia	Documento de Comprovação
52943299	31/01/2020 16:25	14. Boletim de Ocorrência Policial - 07.01.2019	Documento de Comprovação
52943300	31/01/2020 16:25	15. DPVAT - Tela de Acompanhamento do PEDIDO	Documento de Comprovação
52943301	31/01/2020 16:25	16. DPVAT - Protocolo - 28.05.2019	Documento de Comprovação
52943303	31/01/2020 16:25	17. DPVAT - Pedido de documentos - 28.05.2019	Documento de Comprovação

52943 305	31/01/2020 16:25	18. DPVAT - PEDIDO NEGADO	Documento de Comprovação
52945 555	31/01/2020 17:28	Decisão	Decisão

Petição Inicial e Documentos em Anexo.



**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUÍZ (A) TITULAR DE UMA
DAS VARAS CÍVEIS DE NATAL, A QUEM COUBER POR DISTRIBUIÇÃO LEGAL**

IVANALDO DE OLIVEIRA, brasileiro, solteiro, churrasqueiro, CPF nº 024.590.484-08, RG nº 1527603, SSP/RN, com endereço na Rua São Domingos, 559-A, Quintas/Área Urbana, Natal-RN, CEP: 59072-310, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, por seu advogado que esta subscreve, conforme instrumento procuratório em anexo (**doc. 01**), propor

AÇÃO DE COBRANÇA C/C REPARAÇÃO POR DANOS MATERIAIS

em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ de nº 09.248.608/0001-04, com endereço na Rua da Assembleia, 100, 26º andar, centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20.011-904, telefone: (21) 3861-4600, e-mail: presidencia@seguradoralider.com.br.

I – PRELIMINARES

a) Justiça Gratuita

Inicialmente cabe esclarecer que o Autor não pode arcar com os custos de um processo judicial sem comprometer sua manutenção e de sua família.

Assim requer a concessão dos benefícios da gratuidade da justiça prevista nas Leis n.º. 5.584/70 e 1.060/50, com a redação que lhe deu a Lei n.º 7.510/86 e no art. 98 e seguintes do CPC.



Outrossim, a Constituição Federal também prevê em seu art. 5º, LXXIV, que o estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovem insuficiência de recursos, como é o caso do Liquidante.

II – DOS FATOS

O Autor foi vítima de acidente de trânsito no dia 10/11/2018 por volta das 20:00h, e sofreu lesão no antebraço esquerdo, conforme boletim no atendimento de urgência na unidade de saúde da cidade de Pedro Avelino-RN (**doc. 4**), quando pilotava um veículo tipo moto, marca Yamaha/YS150 Fazer SED, placa OWA-5950/RN, laranja, chassi nº 9C6KG0E0005668, Renavan 00598167765, conforme Boletim de Ocorrência Policial registrado na delegacia municipal de Angicos (**doc. 14**).

Após o atendimento de urgência o Autor foi encaminhado para o Hospital Deoclécio M. Lucena, Parnamirim-RN, onde foi solicitado Raio X no hospital Walfredo Gurgel para comprovação da lesão (**docs. 5**).

Após confirmada a fratura foi solicitada e realizada cirurgia em 13/11/2018 (**doc. 12**).

O profissional médico responsável, Dr. Eucimar Guimarães, ainda solicitou 10 (dez) sessões de fisioterapia para amplitude de movimentos (**doc. 13**).

Por conseguinte o Autor solicitou a indenização do Seguro DPVAT em 28/05/2019, através do protocolo nº 3190333542 (**doc. 16**), na oportunidade juntando todos os documentos solicitados.

A Requerida ainda fez pedido de documentos, conforme lista em anexo (**doc. 17**).

Por fim, mesmo após apresentados os referidos documentos a Ré aduziu que os mesmos não foram entregues e assim cancelou o pedido (**doc. 18**).

Assim, Excelência, não conhecendo outro meio hábil à resolução do problema, com o fim de garantir a indenização legal devida, o Autor vem a este órgão especial buscar resolução e garantia dos seus direitos, conforme fundamentos a seguir.



III – DO MÉRITO

a) Pretensão Resistida

Conforme decisão em anexo (**doc. 18**) a Ré cancelou o pedido alegando que a documentação complementar não foi entregue.

No entanto, referido documentação foi entregue em duas oportunidades, inclusive ficando a Ré com os originais dos documentos citados.

Assim, havendo a negativa administrativa, restou ao Autor buscar o judiciário para garantia de seus direitos.

b) Cobertura do Seguro Dpvat e Prazo

O DPVAT é o seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não, instituído pela Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, com alterações pelas Leis nº 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09.

Referida Lei que instituiu o citado Seguro, prevê em seu art. 3º três tipos de cobertura, desde que haja vitimização em acidente envolvendo veículos automotores de via terrestre ou por cargas transportadas por esses veículos, quais sejam morte; incapacidade permanente e DAM's (despesas de assistência médica custeadas pela vítima).

Na hipótese de indenização por incapacidade permanente, como é o caso do Autor, o inciso II, do art. 3º, da Lei nº 6.194/74, com a nova redação dada pela Lei nº 11.945, de 04 de junho de 2009, a incapacidade foi dividida em permanente total, parcial completa e parcial incompleta, vinculando sua indenização a regras e valores estabelecidos pela tabela integrante da Lei, conforme segue:

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

§ 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: [\(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009\).](#)
[\(Produção de efeitos\).](#)

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; e [\(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009\).](#)
[\(Produção de efeitos\).](#)

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 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.

ANEXO

[\(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009\).](#)
[\(Produção de efeitos\).](#)

[\(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974\)](#)

Danos Corporais Totais Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	Percentual da Perda
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um	



membro superior e de um membro inferior	100
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental	
alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre	
deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d)	
comprometimento de função vital ou autonômica	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	Percentuais das Perdas
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentuais das Perdas
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10



c) Do Grau de Invalidez – Cobertura do Seguro

O Egrégio Superior Tribunal de Justiça assentou entendimento de que o pagamento de indenização por invalidez permanente será filtrado a partir da quantificação do grau de debilidade apresentado pela vítima, senão vejamos:

SÚMULA 474 – STJ: A indenização do Seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.

Vale destacar que, conforme narrado inicialmente, a Seguradora cancelou o pedido administrativo alegando falta de entrega de documentos solicitados.

No entanto, referida documentação solicitada pela Ré foi entregue pelo Autor em duas oportunidades, inclusive alguns documentos originais.

Por outro os documentos colacionados comprovam que o Autor de fato restou acometido de invalidez permanente pelo acidente de trânsito citado, assim, fazendo jus à indenização requerida.

Desse modo, comprovando o direito autoral, o Autor requer a procedência da Ação para condenar a Ré no pagamento da indenização devida, de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

IV – HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS DE SUCUMBÊNCIA

No presente caso os honorários advocatícios de sucumbência são devidos, conforme dispõe o CPC/2015 em seu artigo 85, e seguintes:

Art. 85. A sentença condenará o vencido a pagar honorários ao advogado do vencedor.

§ 1º São devidos honorários advocatícios na reconvenção, no cumprimento de sentença, provisório ou definitivo, na execução, resistida ou não, e nos recursos interpostos, cumulativamente.

§ 2º Os honorários serão fixados entre o mínimo de dez e o máximo de vinte por cento sobre o valor da condenação, do proveito



econômico obtido ou, não sendo possível mensurá-lo, sobre o valor atualizado da causa, atendidos:

I - o grau de zelo do profissional;

II - o lugar de prestação do serviço;

III - a natureza e a importância da causa;

IV - o trabalho realizado pelo advogado e o tempo exigido para o seu serviço.

Desse modo, requer a condenação da Requerida no pagamento de honorários advocatícios de sucumbência no importe de 20% (vinte por cento) do valor da condenação.

VI - DOS PEDIDOS

Diante do exposto requer:

- a) Recebimento e processamento da Inicial e documentos;
- b) Deferimento do pedido de justiça gratuita em favor do Autor;
- c) Condenação da Ré no pagamento R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), como indenização do Seguro Obrigatório Federal (DPVAT) pela invalidez permanente;
- d) Condenação da Ré no pagamento de honorários advocatícios de sucumbência no importe de 20% (vinte por cento) calculados sobre o valor da condenação;
- h) Notificação da Requerida para que se manifeste contra os itens supra arguidos, sob pena de serem admitidos como verdadeiros, o que, por certo, ao final restarão comprovados, com a consequente decretação da TOTAL PROCEDÊNCIA DOS PEDIDOS, nos termos expostos.

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos.

Dá-se à causa o valor R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)



Artur Max da Silva Pereira
Advogado

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

Natal/RN, 31 de janeiro de 2020.

Artur Max da Silva Pereira
Advogado
OAB/RN 14.237

Rua Anísio de Souza, 2529, Lagoa Nova,, Natal-RN, CEP: 59064-330
artur.max@hotmail.com – (84) 99136-1811 – (84) 99937-5222



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: IVANALDO DE OLIVEIRA, brasileiro, solteiro, churrasqueiro, CPF nº 024.590.484-08, RG nº 1527603, SSP/RN, com endereço na Rua São Domingos, 559-A, Quintas/Área Urbana, Natal-RN, CEP: 59072-310, Tel: (84) 99216-4955, e-mail: inexistente.

OUTORGADO: ARTUR MAX DA SILVA PEREIRA, inscrito regularmente na OAB/RN sob nº 14.237-D, CPF nº 079.880.144-12, RG nº 002.714.422, SSP/RN, com endereço profissional à Anísio de Souza, 2529, Lagoa Nova, Natal-RN, Tel: (84) 99136-1811/99937-5222, e-mail: artur.max@hotmail.com.

O (s) Outorgante (s) confere (m) ao Outorgado amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, com a cláusula "*ad judicium et extra*", a fim de que possa defender em conjunto ou separadamente, os interesses e direitos do (s) Outorgante (s) perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o (s) Outorgante (s) seja (m) Autor ou Reclamante, e defendendo-o (s) quando for Réu, interessado ou requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, firmar acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, firmar compromissos, prestar declarações, requerer o benefício da justiça gratuita, em especial para Ajuizar Ação para pagamento do Seguro DPVAT, bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Natal-RN, 14 de agosto de 2019

IVANALDO DE OLIVEIRA

IVANALDO DE OLIVEIRA

CPF nº 024.590.484-08

Rua Anísio de Souza, 2529, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59064-330,
E-mail: artur.max@hotmail.com - Tels (84) 3201-2638/ 99136-1811 /99937-5222









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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mariz, 151 - São José, Natal - RN, CEP: 59075-250
CNPJ: 08.324.136/0001-01 | Insc. Est. 20.555.196-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOÃO LUIZ DO NASCIMENTO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SÃO DOMINGOS, 552A

CNPJ: 297.148.994-87

QUINTA SERRA URBANA
NATAL, RN
59072-310

CLASSIFICAÇÃO

BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO 0109802018 MÊS/ANO 07/2019

DATA DE VENCIMENTO 10/07/2019 DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA 02/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 59,73

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
026412015	UNICA	09/07/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
09/07/2019	8000004840	1002780

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo (kWh)	94,00000005	-0,154892649	R\$ 99
Adicional Bateria AMARELA			0,11
Contrib. para Política Municipal			7,14
Desconto Pagamento em Duplicidade			-9,45
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			-0,75

TOTAL DA FATURA

59,73

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE CÍRCULOS	ALÍQUOTA	CONSUMO (KWH)
0211047419	CAT	03-06-2019	7.243,00	03-07-2019	7.437,00	30	1,00000	94,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano (M/A)	Consumo (KWh)
JUL 19	94
JUN 19	97
MAR 19	30
MAR 19	77
FEV 19	140
JAN 19	121
DEZ 18	126
NOV 18	110
OUT 18	106
SET 18	100
AGO 18	90
JUL 18	92

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	ICMS	PIS	COFINS
15,00	5,25	62,00	62,00
11,30	1,11	3,69	2,19

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	Porcentagem
Geração de Energia	R\$ 22,95	38,59%
Transmissão	R\$ 2,21	3,71%
Distribuição (COSERN)	R\$ 14,20	23,77%
Perdas de Energia	R\$ 4,30	7,20%
Energias Semelhantes	R\$ 2,87	4,81%
Tributos	R\$ 15,12	25,42%
Total	R\$ 59,73	100%

PARÂMETROS DE CÁLCULO

Consumo (KWh) 94,00

RESERVAÇÃO FISCAL

DIC08 2476 E48A FFF7 D800 807E F067 F37F

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague por meio de boleto bancário ou depósito em nome de João Luiz do Nascimento. Para mais informações, consulte o site www.cosern.com.br ou ligue para 0800-0111111. A COSERN não se responsabiliza por danos decorrentes do uso indevido das informações aqui fornecidas.

A COSERN é uma empresa de utilidade pública, inscrita no CNPJ nº 08.324.136/0001-01, com sede em Natal, RN, e filial em São José, RN. A COSERN é uma empresa de capital aberto, listada na B3 sob o ticker COSR3.


DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONSUMO	VALOR MENSAL	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

TENSÃO DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	221



NOME DO COMPRADOR: ALYNE DAYANA DELIMA VALOR R\$ 5.500,00
 R\$ 3.095,047 C/P/CNPJ 701167.834-43
 ENDEREÇO: SANTA HELENA, Nº 77, GUINÍAS
NATAL - RN
 LOCAL E DATA: 01 OUT. 2018
 ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO/VEENDEDOR: X Wanderllan Carlos Dias da Costa
 a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ser, que se responsabilizará solidariamente com o comprador pelos ônus impostos e suas transferências até a data da comunicação (lei Federal nº 9.503 Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB)
 b) O comprador terá o prazo máximo de 30 dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em injeção de trânsito (Art. 233 do CTB).
 c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.
 DE ACORDO: Wanderllan Carlos Dias da Costa ASSINATURA DO COMPRADOR
 RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO/VEENDEDOR CONFORME ART. 389 C.P.C.
 Reconheço a firma de WANDERLLAN CARLOS DIAS DA COSTA por autenticidade do que dou fé.
 Em 01/10/2018
 Em testemunho da verdade
Escritório Maria de Andrade - Esc. Autorizada


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DETRAN - RN Nº 012440547354
 25015091/2017 02680284848
 CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
 V/A 2 COO. RENAVAM 00598167765 RNTTC *****
 NOME/ENDEREÇO: WANDERLLAN CARLOS DIAS DA COSTA
R ANTONIO DE ALMEIDA, 21
NOSSA SENHORA DE NAZARE
59.062-780 NATAL/RN
 C/P/CNPJ 034.160.564-75 PLACA OWA5950
 NOME ANTERIOR ERIVANILDO PEREIRA DE SOUZA
 PLACA ANT/UF OWA5950/RN CHASSI 9C6K30690E0005668
 ESPECIE TIPO PASSAGIRO/MOTOCICLISTA/NAO APLICAVE COMBUSTIVEL ALCOOL-GASOL
 MARCA/MODELO YAMAHA/YS150 FAZER SED ANO FAB 2013 ANO MOD 2014
 CAP/POT/OL OCV/149 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE LABANCA
 OBSERVAÇÕES
 MOTOR: GJB9B-017078
 NATAL/RN
 Sílvia May Bezerra de Silva
 Coordenadora de Registro de Veículos
 DETRAN - RN
 DATA 29/05/2017



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO AVELINO - RN
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Projeta s/n - conjunto COHAB - Pedro Avelino/N
CNPJ: 11.879.812/0001 - 15

Número: 3118
Atendimento:
Data: 10/11/19
Hora: 14:03

BOLETIM DE URGÊNCIA

Identificação:

NOME: IVANALDO DE OLIVEIRA
SEXO: M DN: 23/03/74 IDADE: 44 ANOS PROFISSÃO: COLHEITADOR
ENDEREÇO: BR - SAO FRANCISCO
RG: CPF: CARTÃO SUS: 702 6042 0693 2043

QUEIXA PRINCIPAL:

Última queda de moto 1 dia, dificuldade mobilizar M5

SINAIS VITAIS:

TAX: PA: FC: FR: SAT02: HGT: PESO:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

AZUL: VERDE: AMARELO: VERMELHO:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

Paciente do trauma motor suspenso relatando queda de moto de 1 dia, dificuldade mobilizar M5. Relata que estava usando capacete. Não TCE. Relata queda de dor + limitação de movimento antebraço esquerdo.

EXAME:

Antebraço esquerdo apresentando edema + hipermia

DIAGNÓSTICO:

① Edema + Hipermia no antebraço E!

CONDUTA:

① Encaminhado p/ avaliação de Ortopedia

EVOLUÇÃO:

DESTINO DO PACIENTE:

Encaminhado

ASSINATURA:

Luana L. C. de Souza
Médica
CRM-RN 3455





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 58669 /2018

Admissão: 10/11/2018 18:47:13



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: **100946 - IVANALDO DE OLIVEIRA** (44 a 7 m 18 d)

Nascimento: 23/03/1974 Natural: MACAU, BRASIL

CNS: 702604206922646

CPF:

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: ALAIDE DE MEDEIROS

Pai:

Logradouro: JOAQUIM INACIO, 1

CEP: 59530000

Bairro: PEDRO AVELINO

Cidade: PEDRO AVELINO

Telefone: 84 91979330

Compl:

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 10/11/2018 18:43:51				
HORA	P.A.	HGT	Sat.O2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO/TRAUMA EM ANTEBRAÇO E

Hora: ____

*Queda de moto, com dor
no antebraço*

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

RAIOS-X
Realizado em: 12/11/18 Hora: ____
Técnico: ____

CONFERE COM ORIGINAL

*Gerado via SX por FRANCISCA LUCIA MACIEL. Impresso em 10 de Novembro de 2018





Id. Paciente: 58869

Data Exame: 10/11/2018 18:54:27

Paciente: IVANALDO DE OLIVEIRA

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: FERNANDO

Idade: 44 ano(s)

PUNHO AP

87,7 %



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
ANA PARNAMIRIM / RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA *RETARNO* Nº 28

NOME: EVANALDO DE OLIVEIRA

IDADE: 23/03/1994 COR: PARDA SEXO: M ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: MACAÉ PROFISSÃO: CHURRASQUEIRO PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: RUA JOAQUIM INACIO, 04 BAIRRO: CENTRO

CIDADE: PEDERA AVELINO DATA: 11-11-2018 HORA:

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
C/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

PUPILAS A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

*Acidente Motorístico há 2 dias
Ex do Volpardo com tráfego fechado
do Pêndulo (C)*

EXAME FÍSICO

Com Imobilização

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

CONFERE COM ORIGINAL



EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

CONDUTA

Ed: Internado p/ procedimento ag. e

Dr Judson V. Azevedo
Ortopedia e Traumatologia
CREMERN 6892
TEDT 14819

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <u>Ortopedia</u>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____ ENTREGUE	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A FAMÍLIA <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____ I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
MÉDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)





Sistema
Unico 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

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NUMERO DO PRONTUÁRIO

IVANALDO DE OLIVEIRA

163136

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RAÇA/COR

702 6042 0692 2646

23/03/1974

MASCULINO

PARDA

11- NOME DA MAE

12- TELEFONE DE CONTATO

ALAIDE DE MEDEIROS

994841683

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

IGOR / FILHO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA: JOAQUIM INACIO

15- MUNICÍPIO

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

PEDRO AVELINO

CENTRO

RN

59530000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

36- () AC. TRÂNSITO

37- () AC. TRABALHO TÍPICO

38- () AC. TRABALHO TRAJETO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGAO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA ORTOPEDIA		REGULAÇÃO WALFREDO GURGEL	
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO 163136	
DATA 11/11/2018	HORA 9:10	CATEGORIA	GIH
PACIENTE IVANALDO DE OLIVEIRA		DATA DE NASCIMENTO 23/03/1974	
ESTADO CIVIL SOLTEIRO		PROFISSÃO CHURRASQUEI	
ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA: JOAQUIM INACIO			
MUNICÍPIO PEDRO AVELINO	BAIRRO CENTRO	UF RN	CEP 59530000
LOCAL DE TRABALHO			TELEFONE
FILIAÇÃO ALAI DE MEDEIROS		MANOEL LEÃO DE OLIVEIRA	
RESPONSÁVEL IGOR / FILHO		TELEFONE 994841683	
ENDEREÇO O MESMO			
DIAGNOSTICO PROVISÓRIO			
DIAGNOSTICO DEFINITIVO			
DATA DE ADMISSÃO		ALTA	OBITO
HISTORIA CLINICA			
<p><i>Acidente automobilístico há 2 dias apresentando fratura de fêmur (E)</i></p> <p><i>Dr. J. Azevedo</i></p> <p><i>Pré-op.</i></p>			
Dr Judson V. Azevedo Ortopedia e Traumatologia CREMERN 6892 RÉOT 14819			





PEDIDO DE PARECER

435 - M.S. Esp. Alegria
E.C.G.

Unidade Solicitante: _____ Município: _____
Paciente: Donald de Oliveira _____ Prontuário: _____

Motivo da Consulta:

E.C.G.
RISCO CIRÚRGICO

Dr Judson V. Azevedo
Ortopedia e Traumatologia
CREMERN 8682
TEOT 14819

Médico

CRM

Data

Encaminhado à especialidade: _____
Consulta marcada para a Unidade: _____ Município: _____
Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia _____/_____/____

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: _____ Município: _____
Paciente: Donald de Oliveira, 436 _____ Prontuário: _____

(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões) Pré-op. ortopédica
(M.S. Esp.). Nega HAS/Di/Coronária/Sane/
Alergias. Sinais vitais PD: 126x80
EKG: Sinusal Sem alterações. Rx: Pco 25/5
AP: M 05/RN. Aus: Ressonância Cardíaca
Pré classe 2 - Bócio Ruivo pleural
cardíaco

Diagnóstico:

CID:

Médico

CRM

Data

Retornar à clínica solicitante: _____

Para o (a) Dr. (a): _____

às _____

Unidade
CONFERE COM ORIGINAL
horas do dia _____/_____/____





Hospital

Nome do paciente

IVALDO DE OLIVEIRA

Nº prontuário

Data operação

13.11.18

Enf.

Leito

Operador

RICARDO AZEVEDO

1º auxiliar

CARLOS MAGNO

2º auxiliar

3º auxiliar

Instrumentador

GLORIA

Anestesista

LARISSA TOMASI

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Tipo de operação

TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXAÇÃO
INTERNA

Diagnóstico pós-operatório

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

PACIENTE SOB ANESTESIA ASSÉPTICA COM
POS, MANIPULAÇÃO E REDUÇÃO, PASSADO OS ARVOS
CURATIVO, TALA TIPO LUVA

Dr. Carlos Magno P. do Carmo
Ortopedista - Traumatologia
Ponto em Traumatologia
CRM 2106 - TEOT 5981
CPF: 188.304.804-44

CONFERE COM ORIGINAL



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria		Leito		Nº prontuário	
Nome <u>Ivanaldo de Oliveira</u>				Idade		Sexo	
Data <u>13.11.18</u>		Pressão arterial		Pulso		Respiração	
		Temperatura		Peso		Outros	
Tipo sanguíneo		Hematias		Hemoglobina		Hematócrito	
		Glicemia		Ureia			
Ap. respiratório		Asma		Bronquite			
Ap. circulatório		Eletrocardiograma					
Ap. digestivo		Dentes		Pescoço		Ap. urinário	
Estado mental <u>Glasgow 15</u>		Ataracicos		Corticoides		Alergia <u>Nega</u>	
Diagnóstico pré-operatório <u>Fratura de punho</u>		Estado físico <u>Bom</u>		Risco <u>ASA I</u>			
Anestésias anteriores							
Medicação pré-anestésica		Aplicada às		Efeito			
Agentes Anestésicos		ECG <u>RSIHSLSRS</u>		SO2 <u>97-98-99-8</u>			
Líquidos							
Oper		Anest.		O Resp.:		P Pulso	
260		150		100		10	
250		140		90		20	
240		130		80		30	
230		120		70		40	
220		110		60		50	
210		100		50		60	
200		90		40		70	
190		80		30		80	
180		70		20		90	
170		60		10		100	
160		50		0		110	
150		40				120	
140		30				130	
130		20				140	
120		10				150	
110		0				160	
100						170	
90						180	
80						190	
70						200	
60						210	
50						220	
40						230	
30						240	
20						250	
10						260	
SIMBOLOS		midazolam - 2.5mg		lanitidina - 50mg		RL - 1000ml	
E		Fentanyl - 100mcg		Ondansetron - 4mg		Tramadol - 100mg	
ANOTAÇÕES		Propofol - 200mg		Dexametasona - 10mg			
POSICÃO		Cefazolina - 0.2g					
		Dec. dorsal					
Agentes		ver acima					
Técnica		Anestesia geral venosa					
Operação		TRO. cirurgias da fratura de punho					
Cirurgiões		Dr. Carlos Magno + Dr. Ricardo Araújo					
Anestésistas		Dra. Larissa Tomasi					
Observações		sem intercorrências					
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias		Perda sanguínea					

Larissa Tomasi
Anestesiologia
CRM RN 6270
007701994-61





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: NANAÍDO DE OLIVEIRA Idade: 43 D/N: 23/03/1974
Pront.: 163136 Município: PEDRO AVELINO Procedência: ☒ Interno () Externo
Data da cirurgia: 13/11/18 Hora Admissão: Bloco: Sala: Hora Saída: Peso:
Alergias: () Não ☒ Sim DIABETE Comorbidades: () HAS () DM () Outras
Uso de medicações: () Não () Sim Jejum: () Não () Sim
SSW Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm FL: rpm FC: bpm SpO₂: % T: °C

Enfermeiro(a): LEILANNE Instrumentador(a): GLÓRIA Circulante: SAYONARA

Cirurgia: TTT CIRÚRGICO DE FURACÃO DE PUNHO ESQ. Especialidade: ORTOPEDIA Sala: 03
Hora Início: 18:30 Hora Término: 19:00 Tipo de cirurgia: ☒ Eletiva () Urgência ☒ Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: DR. RICARDO A. Aux.: DR. CARLOS MAGNO Residente: "

Anestesia: () Local ☒ Sedação () Geral TOT: () Bloqueio () Raquidiana Ag.º () Peridural () s/cateter () s/cateter
Ag.º Cateter nº: Início: Garrote: () Smarch () Pneumático Início: Término:
Anestesiologista: DR. LARISSA TOMASI

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 <u>MSD</u>	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input 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 type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Fístula	<input type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Estimul. Nervo
<input type="checkbox"/> Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> Íntegra	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Diprifusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input type="checkbox"/> C/lesões	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> BIC
<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Sudorese	<input type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Desfibrilador
<input type="checkbox"/> t/ dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input type="checkbox"/> Cistostomia	
<input type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Dreno:	
<input type="checkbox"/> Paraplégico	<input type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input type="checkbox"/> Aparelho gessado	
<input type="checkbox"/> Tetraplégico	<input type="checkbox"/> Manchas		<input type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas <u>MSG</u>	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>73</u>	<u>77</u>	<u>65</u>	Bpm
Pulso	<u>71</u>	<u>75</u>	<u>63</u>	Bpm
Oximetria	<u>98</u>	<u>99</u>	<u>98</u>	%
Capnografia				%
PA	<u>150x74</u>	<u>162x79</u>	<u>153x71</u>	mmHg

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input type="checkbox"/> Cabeça	<input 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 checked="" type="checkbox"/> MMII
<input type="checkbox"/> Trendleburg		<input type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Canivete		<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive		<input type="checkbox"/> Fletidos

ACESSO VENOSO
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Central
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa
Local:
Cateter:

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO		
() Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não () Metal () Descartável		
Local:		
DEGERMAÇÃO		TRICOTOMIA
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não		() Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Local: <u>MSG</u>	Solução: <u>CLOROXID</u>	Local:

SONDAGEM GÁSTRICA	
<input type="checkbox"/> SNG nº	
Retorno:	
CATETERISMO VESICAL	
<input type="checkbox"/> SVF nº	<input type="checkbox"/> SVA nº
Diurese:	
Profissional responsável:	

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos:
Tela:
Cateter:
Ostomia:
Fio de KC: <u>4 FIOS (2.5)</u> Parafuso - tipo: <u>96</u>
Placa - Tipo:
Outros:

EXAMES SOLICITADOS	
() Hemograma	() Gasometria
() Coagulograma	() Outros
() Tipagem Sanguínea	() Glicosimetria:
<input checked="" type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>PGA + PRA</u> Quant. Material:
Val.: <u>18.11.18</u> Contagem de gaze e compressa: <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: NANAÍDO DE OLIVEIRA Idade: 43 D/N: 23/03/1974
Pront.: 163136 Município: PEDRO AVELINO Procedência: ☒ Interno () Externo
Data da cirurgia: 13/11/18 Hora Admissão: Bloco: Sala: Hora Saída: Peso:
Alergias: () Não ☒ Sim DIABETE Comorbidades: () HAS () DM () Outras
Uso de medicações: () Não () Sim Jejum: () Não () Sim
SSW Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm FL: rpm FC: bpm SpO₂: % T: °C

Enfermeiro(a): LEILANNE Instrumentador(a): GLÓRIA Circulante: SAYONARA

Cirurgia: TTT CIRÚRGICO DE FRACTURA DE RAIO ESS. Especialidade: ORTOPEDIA Sala: 03
Hora Início: 18:30 Hora Término: 19:00 Tipo de cirurgia: ☒ Eletiva () Urgência ☒ Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: DR. RICARDO A. Aux.: DR. CARLOS M. Residente: "

Anestesia: () Local ☒ Sedação () Geral TOT: () Bloqueio () Raquidiana Ag.º () Peridural () s/cateter () s/cateter
Ag.º Cateter nº: Início: Garrote: () Smarch () Pneumático Início: Término:
Anestesiológista: DR. LARISSA TOMASI

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 <u>MSD</u>	<input checked="" type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Letárgico	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input 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 type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Fístula	<input 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"/> Íntegra	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Diprifusor
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input type="checkbox"/> C/lesões	<input 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 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 ₂	<input type="checkbox"/> Tração	
<input type="checkbox"/> Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia		<input checked="" type="checkbox"/> Talas <u>MSG</u>	

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	<u>73</u>	<u>77</u>	<u>65</u>	Bpm
Pulso	<u>71</u>	<u>75</u>	<u>63</u>	Bpm
Oximetria	<u>98</u>	<u>99</u>	<u>98</u>	%
Capnografia				%
PA	<u>150x74</u>	<u>162x77</u>	<u>153x71</u>	mmHg

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input type="checkbox"/> Cabeça	<input 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"/> Trendleburg		<input type="checkbox"/> Anatômicos
<input type="checkbox"/> Canivete		<input type="checkbox"/> Abduzidos
<input type="checkbox"/> Proclive		<input type="checkbox"/> Fletidos

ACESSO VENOSO
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Arterial
<input checked="" type="checkbox"/> Punção Venosa Periférica
<input type="checkbox"/> Punção Venosa Central
<input type="checkbox"/> Dissecção venosa
Local:
Cateter:

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO	
() Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não () Metal () Descartável	
Local:	
DEGERMAÇÃO	TRICOTOMIA
<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	() Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Local: <u>MSB</u>	Solução: <u>CLOREXIDINA</u> Local:

SONDAGEM GÁSTRICA		
<input type="checkbox"/>	SNG nº	
Retorno:		
CATETERISMO VESICAL		
<input type="checkbox"/>	SVF nº	<input type="checkbox"/> SVA nº
Diurese:		
Profissional responsável:		

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos:
Tela:
Cateter:
Ostomia:
Fio de KC: <u>4 FIOS (2.5)</u> Parafuso - tipo: <u>96</u>
Placa - Tipo:
Outros:

EXAMES SOLICITADOS	
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Gasometria
<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Tipagem Sanguínea	<input type="checkbox"/> Glicosimetria:
<input checked="" type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X)	

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>PGA + PRA</u> Quant. Material:
Val.: <u>18.11.18</u> Contagem de gaze e compressa: <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

() Hemoconcentrado _____ Unid.
() Albumina _____ Unid.

HEMOTRANSFUSÃO:
() Plasma _____ Unid.
() Expansor plasmático _____ Unid.
() Plaquetas _____ Unid.

Cefazolina 2g h: 18:10
Zocan 8mg h: 18:10
Antak 50mg h: 18:10

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: _____
h: _____
h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: _____ ml
() Soro Ringer Simples: _____ ml
() Soro Ringer Lactato: _____ ml
Quantidade total de volume administrado: _____

ANATOMO PATOLÓGICO

☒ Não () Sim Peça: _____
Swab para cultura: _____ Peça para sepultamento: ☒ Não () Sim
Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: ☒ Limpo () c/ exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros:

INTERCORRÊNCIAS: Procedimento concluído sem intercorrências.

Ass: Sayonara Coren: 504067

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente ☒ Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel ☒ O₂ ambiente Curativo. ☒ Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: _____
Diurese: ☒ Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: SRA

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: 19:05 Data: 13/11/18 Nível de consciência: ☒ Acordado () Sonolento ☒ Narcose ☒ Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ ☒ O₂ Ambiente
Mobilização MMII: ☒ Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: ☒ Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não ☒ Sim Tipo: AVF Local: _____ 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 () Sujo Monitorização: () ECG ☒ Oxímetro () PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC

Relate:

SINAIS VITAIS

Horã	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	—	63	—	—	96	NÃO
30'	—	57	—	—	97	NÃO
60'						
Alta						

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: _____ ml
Soro Fisiológico: _____ ml
Ringer: _____ ml
Irrigação vesical contínua: _____ ml

Medicações administradas URPA:

Horã	Medicação	Dose	Via	Assinatura
1				

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Paciente encaminhado para clínica ORTOPÉDICA.

Ass: Sayonara Coren: 504067





Secretaria de Saúde Pública
Hospital Deoclécio M. Lucena

RECEITUÁRIO MÉDICO

P/ Ivaldo de Oliveira.

10 sessões F85

- Amplitude de mov.

HD: Pós-op. fr. p. b (E)

Dr. Eurico Guimarães
CRM 4316

27/1/20





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
Delegacia Municipal de Angicos

Página Nº _____
Rubrica _____

Ref. Ocorrência nº 109510012392150719

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Boletim versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data e Hora do Fato: **10/11/2018 às 20:00**

Local do Fato: **Em Via Aberta localizado(a) no(a) Estrada Entrada Pedro Avelino, Pedro Avelino, estado do(a/e) Rio Grande do Norte**

COMUNICANTE: IVANALDO DE OLIVEIRA, brasileiro(a), solteiro(a), R.G. nº 1527603 ITEP/RN, churrasqueiro, Fundamental Inc., com 44 anos e nascido aos 23/03/1974, natural de Macau-RN, filho(a) de Manoel Leão de Oliveira e de Alaíde de Medeiros, residente e domiciliado(a) à(o) Rua Santa Helena, s/n, QUINTAS, Natal-RN, telefone (84) 98789-9980

HISTÓRICO SEGUNDO O COMUNICANTE: NA 10/11/2018, POR VOLTA DAS 20:00H, ESTAVA PILOTANDO O VEÍCULO YAMAHA/YS150 FASER 5ED, PLACA OWA5950/RN, LARANJA, CHASSI 9C6KG060E0005668, RENAVAM 00598167765, SENTIDO BR 304, ENTRANDO NA CIDADE DE PEDRO AVELINO/RN QUANDO TENTOU LIVRAR UM BURACO E A MOTOCICLETA DERRAPOU, VINDO A CAIR NO CHÃO; QUE, O ASFALTO DA CIDADE DE PEDRO AVELINO CONTÉM BASTANTE BURACOS E SEM ILUMINAÇÃO. NADA MAIS A DECLARAR.

TESTEMUNHA

FÁBIO DA SILVA MEDEIROS RG 2.207.645 SSP/RN
END.: AV. JOAQUIM INÁCIO CÂMARA, 616. PEDRO AVELINO/RN

VÍTIMA: 1ª vítima: IVANALDO DE OLIVEIRA, brasileiro(a), solteiro(a), R.G. nº 1527603 ITEP/RN, churrasqueiro, Fundamental Inc., com 44 anos e nascido aos 23/03/1974, natural de Macau-RN, filho(a) de Manoel Leão de Oliveira e de Alaíde de Medeiros, residente e domiciliado(a) à(o) Rua Santa Helena, s/n, QUINTAS, Natal-RN, telefone (84) 98789-9980

TESTEMUNHA (S):

INFRATOR (ES):

EXAMES REQUISITADOS: Nenhum

OBJETOS APREENDIDOS:

Nenhum

Autoridade: Getúlio José de Medeiros

Comunicante:

IVANALDO DE OLIVEIRA

Policial Civil: Shyrley Lidiane do Rego Carneiro

CONCLUSÃO/REMESSA

Registrados os dados possíveis, seja a 1ª Via do Boletim remetido para o conhecimento do(a) delegado(a) Getúlio José de Medeiros na Delegacia Municipal de Angicos e a 2ª via arquivada, para os devidos fins.

Angicos, 7 de Janeiro de 2019.

Shyrley Lidiane do Rego Carneiro

Shyrley Lidiane do Rego Carneiro

Policial Civil

Matrícula: 208.425-2

R. Vicente Germano Guilherme, 80 - Alto do Triângulo - Angicos - RN, 59515-000 - (84) 3531-3918

PolOffice





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 para o ponto de atendimento escolhido, e o prazo de entrega da documentação completa é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190333542 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA IVANALDO DE OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO IVANALDO DE OLIVEIRA



CPF/CNPJ: 02459048408

Posição em 30-10-2019 13:21:42

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize.

Descrição	Tipo	Status	Nome
➔ Boletim de ocorrência	Vitima	Não Conforme	
➔ Comprovação de registro de acidente declarado	Vitima	Pendente	
➔ Documentação médico-hospitalar	Vitima	Não Conforme	
➔ Autorização de pagamento	Beneficiário	Não Conforme	IVANALDO DE OLIVEIRA
➔ Comprovante de residência	Beneficiário	Não Conforme	IVANALDO DE OLIVEIRA

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
29/05/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/R7aWs__mJB__Gr1NpNapi_key=tEbd5YBUJMu1XQVzIPQxcLynKqsBVflsbQXmZuh2YNs=)
29/05/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/XmxM__TlnHOlrklITUapi_key=tEbd5YBUJMu1XQVzIPQxcLynKqsBVflsbQXmZuh2YNs=)



Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



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



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

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



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

A A A C

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](#)

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

[Documentos Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

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

PAGUE SEGURO



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

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO



[Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](#)

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

(<https://twitter.com/DAI-PublicAffairs>)

```
l%C3%ADder-  
dpvat)
```

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › [A Seguradora Líder-DPVAT \(/Pages/Quem-Somos.aspx\)](#)
- › [Sobre o Seguro DPVAT \(/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx\)](#)
- › [Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)
- › [Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)



- › [Dicionário do Seguro DPVAT \(/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT\)](#)
- › [Perguntas Frequentes \(/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes\)](#)

Atendimento

- › [Chat - Atendimento On-line \(/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line\)](#)
- › [Dúvidas, Reclamações e Sugestões \(/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes\)](#)
- › [Telefones de Contato \(/Contato/telefones-de-contato\)](#)
- › [Ouvidoria \(/Contato/Ouvidoria\)](#)
- › [Canal de Denúncias \(/Contato/canal-de-Denuncias\)](#)
- › [Mapa do Site \(/Mapa-do-Site\)](#)
- › [Consumidor.gov \(https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288\)](https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190333542

Vítima: IVANALDO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 10/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVANALDO DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

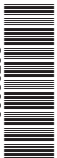
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14367599

Pag. 00405/00406 - carta_01 - INVALIDEZ

00030203





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190333542

Vítima: IVANALDO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 10/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), IVANALDO DE OLIVEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Documentação médico-hospitalar incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00849/00850 - carta_03 - INVALIDEZ

00070425



Carta nº 14367090



Assinado eletronicamente por: ARTUR MAX DA SILVA PEREIRA - 31/01/2020 16:25:35

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013116253582200000051054308>

Número do documento: 20013116253582200000051054308



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190333542

Vítima: IVANALDO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 10/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), IVANALDO DE OLIVEIRA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01099/01100 - carta_16 - INVALIDEZ



Carta nº 15140861





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
20ª Vara Cível da Comarca de Natal
Rua Doutor Lauro Pinto, 315, Candelária, NATAL - RN - CEP: 59064-250

0803436-36.2020.8.20.5001

AUTOR: IVANALDO DE OLIVEIRA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

DECISÃO

Vistos,

Considerando o preenchimento dos requisitos objetivos e subjetivos da petição inicial, bem como o atendimento às condições da ação, não sendo caso de improcedência liminar do pedido, recebo a inicial.

Haja vista a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

Consoante preconiza o Enunciado n.º 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI, do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”.

Com efeito, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15(quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.



Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 10(dez) dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Havendo interesse de pessoa incapaz(CPC, art. 178, II), dê-vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05(cinco) dias.

P. I. Cumpra-se.

Natal, 31 de janeiro de 2020

ANDREA REGIA LEITE DE HOLANDA MACEDO HERONILDES

Juiz(a) de Direito

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

