



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
52942 525	31/01/2020 16:25	Petição Inicial
52942 526	31/01/2020 16:25	1. Petição Inicial_Ivanaldo x Seguradora Lieader - DPVAT
52942 527	31/01/2020 16:25	1. Procuração
52943 279	31/01/2020 16:25	2. RG, CPF e Endereço
52943 281	31/01/2020 16:25	3. Doc. do veículo
52943 282	31/01/2020 16:25	4. 10.11.18 - Boletim de Urgência Hospitalar - Pedro Avelino
52943 283	31/01/2020 16:25	5. 10.11.2018 - Raio X - Walfredo
52943 284	31/01/2020 16:25	6. 11.11.2018 - Internação para cirurgia - Deoclécio - Parnamirim
52943 286	31/01/2020 16:25	7. 11.11.2018 - Laudo para internação - Deoclécio - Parnamirim
52943 287	31/01/2020 16:25	8. 11.11.2018 - Prontuário de Internação - Deoclécio - Parnamirim
52943 289	31/01/2020 16:25	9. 12.11.2018 - Parecer - Risco Cirúrgico - Deoclécio - Parnamirim
52943 290	31/01/2020 16:25	10. 13.11.2018 - Relatório de anestesia de Cirurgia - Deoclécio - Parnamirim
52943 292	31/01/2020 16:25	11. 13.11.2018 - Relatório de Cirurgia - Deoclécio - Parnamirim
52943 294	31/01/2020 16:25	12. 13.11.2018 - Relatório de Cirurgia - Deoclécio - Parnamirim.pdf
52943 296	31/01/2020 16:25	13. 23.12.2018 - Recomenda Fisioterapia
52943 299	31/01/2020 16:25	14. Boletim de Ocorrencia Policial - 07.01.2019
52943 300	31/01/2020 16:25	15. DPVAT - Tela de Acompanhamento do PEDIDO
52943 301	31/01/2020 16:25	16. DPVAT - Protocolo - 28.05.2019
52943 303	31/01/2020 16:25	17. DPVAT - Pedido de documentos - 28.05.2019

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

Petição Inicial e Documentos em Anexo.



Assinado eletronicamente por: ARTUR MAX DA SILVA PEREIRA - 31/01/2020 16:25:29
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013116252941600000051053430>
Número do documento: 20013116252941600000051053430

Num. 52942525 - Pág. 1

**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 nº. 5.584/70 e 1.060/50, com a redação que lhe deu a Lei nº 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 documento 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	
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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	100
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	
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	25
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10
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 transito 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



Assinado eletronicamente por: ARTUR MAX DA SILVA PEREIRA - 31/01/2020 16:25:30
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013116252977300000051053431>
Número do documento: 20013116252977300000051053431

Num. 52942526 - Pág. 8

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 judicia 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





Assinado eletronicamente por: ARTUR MAX DA SILVA PEREIRA - 31/01/2020 16:25:30
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001311625304790000051053434>
Número do documento: 2001311625304790000051053434

Num. 52943279 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: ARTUR MAX DA SILVA PEREIRA - 31/01/2020 16:25:30
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013116253047900000051053434>
Número do documento: 20013116253047900000051053434

Num. 52943279 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: ARTUR MAX DA SILVA PEREIRA - 31/01/2020 16:25:30
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001311625304790000051053434>
Número do documento: 2001311625304790000051053434

Núm. 52943279 - Pág. 3

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS FIAVES

DETRAN - RN

N.º 01244054/354
025000301849

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

NOME DO COMPRADOR: ALYNE DAVANA DE LIMA VALOR R\$ 3 500,00

VALORES 5 500 00

REG. 095 047 - GPC/CPJ. 701 167-834-433
ENDEREÇO: R. SANTA HELENA, N° 74, UNIPLA
NANÁ - RN
01 OUT 2010

0107.100.10

30 dias, sob pena de que se responsabilizasse solidariamente pelas penalidades impostas e suas reincidências, ficará vedado da comunicação [da] Federal nº 9.503, Art. 134 - Codex de Trânsito

b) O adquirente terá direito ao consumo de 30(marco) dias, contados da data da aquisição para provocar a devolução ao vendedor, para auromo, sobretudo se ocorrer em razão de trânsito (Art 239 do CTB);
c) Exigindo o desembolso de quanto for devidos ao adquirente e ao vendedor, exclusivamente na modalidade de ENTREGA DIRETA;

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR) CONFORME ART. 369 CPC.

Reconheço a firma de WANDERLLAN CARLOS DIAS DA COSTA
por autenticidade do que dou la.

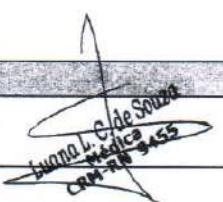
Em testemunho ----- da verdade
Clarice Maria de Andrade - Esc. Autorizada a

FRMA1
AJE-080267

CONTRAN		DENATRAN	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO			
DETAN - RN 25015091/2017		N.º 012440547354 02680284848	
VIA 2		COD. RENAVAM 00598167765	
R. VANDERLILIAN CARLOS DIAS DA COSTA R. ANTONIO DE ALMEIDA, 21 NOSSA SENHORA DE NAZARÉ 59.052-780 NATAL/RN		NOME/ENDEREÇO RNTRC *****	
034.460.564-75		CNPJ/CNPJ PLACA 0WA5950	
ERIVANALDO PEREIRA DE SOUZA		NOME ANTERIOR	
PLACANTUUF 0WA5950/RN		CHASSI 9C6K30650E00005668	
PASSAGEIRO/MOTOCICLISTA/NAO APlicaVE		ESPECIE/ TIPO MARCAS/ MODELO	
YAMAHA / YS150 FAZER 5ED		CATEGORIA PARTICULAR	
OCV/149 CILINDRADAS		COMBUSTIVEL ALCOOL-GASOL ANO FAB 2013	
OBSERVAÇÕES		ANO MOD 2014 COR PREDOMINANTE LARANJA	
MOTOR: G3BBE-017078			
NATAL/PN		DATA 29/05/2017	
Santana Batista da Silva Cachorro, Razinha de Valente DENATRAN - RN			

	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: 30/01/19				
	Hora: 16:03					

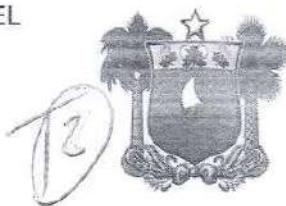
BOLETIM DE URGÊNCIA

Identificação:							
NOME:	IVANALDO DE OLIVEIRA						
SEXO:	M	DN:	23/03/74	IDADE:	44 ANOS	PROFISSÃO:	COLETOR DE LIXO
ENDEREÇO:	BR - 540 FRAUÍRIO						
RG:	302	CPF:		CARTÃO SUS:	702 6042 0692 2643		
QUEIXA PRINCIPAL:							
Último de queda de moto 1 dia, dificuldade mobilidade nas							
SINAIS VITAIS:							
TAX:	PA:	FC:	FR:	SAT02:	HGT:	PESO:	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:							
AZUL:	VERDE:	AMARELO:			VERMELHO:		
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:							
<p>Acidente de trânsito com queda de moto 1 dia, dificuldade mobilidade nas extremidades, queixas de dor e limitação de movimento, uso de cinto de segurança.</p>							
EXAME:							
<p>Anti-braco esquerdo apresentando edema + hiperemia</p>							
DIAGNÓSTICO:							
<p>① Edema + Hiperemia no antebraço E.</p>							
CONDUTA:							
<p>① Encaminhar pt avaliação de Ortoped</p>							
EVOLUÇÃO:							
<p>↓ ↓</p>							
DESTINO DO PACIENTE:							
Encaminhado.	ASSINATURA:						





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 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

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 702604206922646

CPF:

Prof:

Mãe: ALAIDE DE MEDEIROS

Pai:

Logradouro: JOAQUIM INACIO, 1

Bairro: PEDRO AVELINO

Cidade: PEDRO AVELINO

CEP: 59530000

Compl:

Telefone: 84 91979330

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 10/11/2018 18:43:51

HORA	P.A.	HGT	Sat.12	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO/TRAUMA EM ANTEBRAÇO E

Hora: _____

*Anoite de moto, com dor
no braço*

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A

B

C

D

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:



*Saída: _____

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

CONFERE COM ORIGINAL

*Gerado via SX por FRANCISCA LUCIA MACIEL. Impresso em 10 de novembro de 2018 16:25:31



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

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013116253151500000051053438>

Número do documento: 20013116253151500000051053438

Num. 52943283 - Pág. 1



Id. Paciente: 58669
Paciente: IVANALDO DE OLIVEIRA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

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

Técnico: FERNANDO
PUNHO AP
87,7 %



Assinado eletronicamente por: ARTUR MAX DA SILVA PEREIRA - 31/01/2020 16:25:31
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013116253151500000051053438>
Número do documento: 20013116253151500000051053438

Num. 52943283 - Pág. 2



$$\text{Slope} = 0.152 + 0.03$$

$$C_P = 0.24590.484 - 0.08$$

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA RETORNO N° 28

NAME: FERNANDO DE OLIVEIRA

IDADE: 23/03/1974 COR: Pardo SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro

NATURALIDADE: MA CAR PROFISSÃO: CHURRAS DE RIO PROCEDÊNCIA: _____

ENDEREÇO: RUA: TAQUARI S/N CEP, 04 BAIRRO: CENTRO

ENDEREÇO: Rua 227, nº 1111-163 DATA: 15-11-2018 USO:

CONDICÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM REGULAR COM DISPNEIA CHOCADO COMATOSO
C/ HEMORRAGIA EM CONVULSAO 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)

O (ALEGADA) Sestari Motociclico no 2 deu
Ee de Wolpado co fat fechada
de fundo (P)

EXAME FÍSICO

Con Trichobiuscav

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

~~CONFIDENTIAL~~

DIAGNÓSTICO INICIAL



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 no procedimento ag. e*

Dr Judson V. Azevedo
Ortopedia e Traumatologia
CREMERJ 6892
TELE 14819

*Ass. do Responsável***DESTINO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Ortopedia</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ / _____ / _____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA _____ / _____ / _____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
ÓBITO _____ / _____ / _____	HORA _____	HORA _____
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>
		I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

MÉDICO (Carimbo) _____ CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo) _____





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde

2- CNES

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515168

5- PACIENTE

IVANALDO DE OLIVEIRA

7- CARTAO NACIONAL SUS

702 6042 0692 2646

Identificação do Paciente

8- DATA DE NASCIMENTO

23/03/1974

9- SEXO

MASCULINO

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

163136

10- RACA/COR

PARDA

11- NOME DA MAE

ALAIDE DE MEDEIROS

13- NOME DO RESPONSÁVEL

IGOR / FILHO

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

RUA: JOAQUIM INACIO

16- MUNICIPIO

PEDRO AVELINO

17- BAIRRO

CENTRO

18- UF

RN

19- CEP

59530000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Apendite retrocecal, bact de
peritôneo*

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de Tx cirúrgico

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

Exame Físico + Rx

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Int. de Cólio Vertebral

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Dr. Jerson V. Azevedo
Ortopedia e Traumatologia
CREMERN 8892

29- CLÍNICA
Bróveda

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

CREMERN 8892

35- ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

36- VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

37- CNPJ DA SEGURADORA

40- N° DO BILHETE

41- SÉRIE

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

39- CNPJ DA EMPRESA

42- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

51- ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

REGULAÇÃO
WALFREDO GURGEL

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO	
		163136	
DATÁ	HORA	CATEGORIA	
11/11/2018	9:10	GIH	
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO	
IVANALDO DE OLIVEIRA		23/03/1974	
ESTADO CIVIL	PROFISSAO		
SOLTEIRO	CHURRASQUEI		
ENDEREÇO (RUA, Nº)			
RUA: JOAQUIM INACIO			
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF	CEP
PEDRO AVELINO	CENTRO	RN	59530000
LOCAL DE TRABALHO		TELEFONE	
FILIAÇÃO			
ALAIDE DE MEDEIROS	MANOEL LEAÔ DE OLIVEIRA		
RESPONSÁVEL		TELEFONE	
IGOR / FILHO		994841683	
ENDEREÇO			
O MESMO			

DIAGNÓSTICO PROVISORIO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

OBITO

HISTORIA CLINICA

Academie voor Cultuur en Media
presenteert de Expositie: De Liefde (E)
Ed: Tafel en stoel
Foto - exp.

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

CONFERE COM ORIGINAL

Seri - 902
10



436 - M.S.Esp. Negócio
PEDIDO DE PARECER

6804

Unidade Solicitante: Município:
 Paciente: Ivanselio de Oliveira Prontuário:

Motivo da Consulta:

**E.C.G.
 RISCO CIRÚRGICO**

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

Médico

CRM

Data

11.11.18

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

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: Município:
 Paciente: Ivanselio de Oliveira, 436 Prontuário:

(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões) Pt: sp. ortopédico
(M.S.Esp.). Negócio / Dúvidas cardíacas / Sime 1
Alergias. Tóxicos: neg. PD: 126x80
EKG: sinusal sem alterações. Rx: Rx: S/IS
PP: 70/40 S/RR. Rx: fesimel 500mg/dia.
Ple: classe 2. Bônus para plantas
contínuas

Diagnóstico:

CID:

12.11.18

Data

Médico

CRM

Retornar à clínica solicitante:

Unidade
CONFERE COM ORIGINAL
 horas da dia:

Para o (a) Dr. (a):

às



Nome do paciente	JUNALDO DE OLIVEIRA			Nº prontuário
Data operação	13-11-18	Enf.	Leito	
Operador	RICARDO ASSUO		1º auxiliar	CARLOS MAGNO
2º auxiliar	WILISSA TONASI	3º auxiliar		GLORIA
Anestesista				
Diagnóstico pré-operatório	Fratura do Pernete esquerdo			
Tipo de operação	Intervento cirúrgico 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, intubação e drenagem, passado 04 gavos
 curativo, tala tipo loura

Carlos Magno P. do Carmo

Dr. Carlos Magno P. do Carmo
 Ortopedista - Traumatologista
 Perito em Traumatologia
 CRM 2106 - TECIT 5981
 CPF: 188.304.804-44



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital			Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome <i>Ivanaldo de Oliveira</i>				Idade	Sexo	Cor
Data <i>13.11.18</i>	Pressão arterial	P脉搏	Respiração	Temperatura	Peso	Outros
Tipo sanguíneo	Hematíias	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia	
	Urina					
Ap. respiratório					Asma	Bronquite
Ap. circulatório <i>N.D.N</i>					Eletrocardiograma	
Ap. digestivo			Dentes	Pescoço	Ap. urinário	
Estado mental <i>Glasgow 15</i>			Ataracicos	Corticoides	Alergia <i>Negro</i>	Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura de punho</i>					Estado físico <i>Bom</i>	Risco <i>ASA I</i>
Anestesias anteriores						
Medicação pré-anestésica			Aplicada às		Efeito	
Agentes Anestésicos	<i>ECG RSTESTIS 145</i> <i>SO2 97-98 9898</i>					
Líquidos						
<input type="radio"/> Oper	260					
<input type="radio"/> Anest.	250					
<input checked="" type="radio"/> Anest. Resp.	240					
<input checked="" type="radio"/> P Pulso	230					
<input checked="" type="radio"/> P Pulso	220					
<input checked="" type="radio"/> P Pulso	210					
<input checked="" type="radio"/> P Pulso	200					
<input checked="" type="radio"/> P Pulso	190					
<input checked="" type="radio"/> P Pulso	180					
<input checked="" type="radio"/> P Pulso	170					
<input checked="" type="radio"/> P Pulso	160					
<input checked="" type="radio"/> P Pulso	150					
<input checked="" type="radio"/> P Pulso	140					
<input checked="" type="radio"/> P Pulso	130					
<input checked="" type="radio"/> P Pulso	120					
<input checked="" type="radio"/> P Pulso	110					
<input checked="" type="radio"/> P Pulso	100					
<input checked="" type="radio"/> P Pulso	90					
<input checked="" type="radio"/> P Pulso	80					
<input checked="" type="radio"/> P Pulso	70					
<input checked="" type="radio"/> P Pulso	60					
<input checked="" type="radio"/> P Pulso	50					
<input checked="" type="radio"/> P Pulso	40					
<input checked="" type="radio"/> P Pulso	30					
<input checked="" type="radio"/> P Pulso	20					
<input checked="" type="radio"/> P Pulso	10					
SÍMBOLOS	<i>midazolam - 2,5mg</i>	<i>ranitidina - 50mg</i>	<i>1L - 1000ml</i>			
E	<i>Fentanil - 100mcg</i>	<i>Ondanset - 2mg</i>	<i>Tramal - 100mg</i>			
ANOTAÇÕES	<i>Propofol - 200mg</i>	<i>Dexametasona - 10mg</i>				
POSIÇÃO	<i>dec. dorsal</i>					
Agentes	<i>ver acima</i>					
Técnica	<i>Anestesia geral venosa</i>					
Operação	<i>TTO. cirúrgico da fratura de punho</i>					
Cirurgiões	<i>Dr. Carlos Magno + Dr. Ricardo Araújo</i>					
Anestesiistas	<i>Dr. Isarina Tomasi</i>					
Observações	<i>Sem intercorrências</i>					
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias			Perda sanguínea <i>0</i>			



Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico

Nome: WANALDO DE OLIVEIRA		Idade: 43	D/N: 23/03/1974		
Pront.: 163136	Município: PEDERO Avelino	Procedência: <input checked="" type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Externo			
Data da cirurgia: 13/11/18		Hora Admissão: Bloco: _____	Sala: _____ Hora Saída: _____		
Alergias: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim: DIPRIFUSOR		Comorbidades: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Outras			
Uso de medicações: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim		Jejum: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim			
SSW Admissão: PA: _____ mmHg		Pulso: _____ bpm	FL: _____ rpm FC: _____ bpm SpO ₂ : _____ % T: _____ °C		
Enfermeiro(a): LEILIANNE		Instrumentador (a): GRÓLIA	Circulante: SAYONARA		
Cirurgia: TTT CIRÚRGICO DE FRACTURA DE PUNHO ESSA		Especialidade: ORTOPEDIA	Sala: 03		
Hora Início: 18:30		Hora Término: 19:00	Tipo de cirurgia: <input checked="" type="checkbox"/> Eletiva <input type="checkbox"/> Urgência <input checked="" type="checkbox"/> Limpa <input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/> Infectada		
1º Cirurgião: DR. RICARDO P. AÚX. DR. CARLOS MACHADO		Residente: _____			
Anestesia: <input type="checkbox"/> Local <input checked="" type="checkbox"/> Sedação Geral TOT: 1 () Bloqueio () Raquidiana Ag.nº _____ () Peridural () cateter () s/cateter					
Ag.nº _____ 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 msc	<input checked="" type="checkbox"/> ECG	
<input checked="" type="checkbox"/> Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria	
<input checked="" type="checkbox"/> Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo	
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Fistula Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> PA	
<input checked="" type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Íntegra	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input checked="" type="checkbox"/> Estimul. Nervo	
<input checked="" type="checkbox"/> Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input checked="" type="checkbox"/> Díprifusor	
<input checked="" type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input checked="" type="checkbox"/> BIC	
<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador	
t/ dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:		
<input checked="" type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado		
<input checked="" type="checkbox"/> Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input checked="" type="checkbox"/> Tração		
<input checked="" type="checkbox"/> Tetraplégico			<input checked="" type="checkbox"/> Talas msc		
Amputações	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia				
SINAIS VITAIS		Inicio	Meio	Fim	Unid.
FC	73	77	65	Bpm	
Pulso	78	75	63	Bpm	
Oximetria	98	99	98	%	
Capnografia	—	—	—	%	
PA	150X74	162X79	153X91	mmHg	
ACESSO VENOSO					
<input checked="" type="checkbox"/> Puncão Arterial					
<input checked="" type="checkbox"/> Puncão Venosa Periférica					
<input checked="" type="checkbox"/> Puncão Venosa Central					
Dissecção venosa					
Local:					
Cateter:					
SONDAGEM GÁSTRICA					
SNG nº					
Retorno:					
CATETERISMO VESICAL					
SVF nº	SVA nº				
Diurese:					
Profissional responsável:					
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)					
PLACA DO BISTURI ELÉTRICO					
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Descartável					
Local:					
DEGERMAÇÃO					
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Local: msc	Solução: cloréx Local:				
TRICOTOMIA <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não					
IMPLANTE CIRÚRGICO					
Drenos:					
Tela:	CONFERE COM ORIGINAL				
Cateter:					
Ostomia:					
Fio de KC: 4 FIOS (2.5)	Parafusa - tipo: 66 9028				
Placa - Tipo:					
Outros:					
ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO					
Caixa cirúrgica: PQA + PQA	Quant. Material: _____				
Val.: 18.11.18	Contagem de gaze e compressa: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: WANALDO DE OLIVEIRA		Idade: 43	D/N: 23/03/1974																																																																													
Pront.: 163136	Município: PEDERO AVELINO	Procedência: <input checked="" type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Externo																																																																														
Data da cirurgia: 13/11/18		Hora Admissão: Bloco: _____	Sala: _____ Hora Saída: _____																																																																													
Alergias: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim: DIPRIFUSOR		Comorbidades: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Outras																																																																														
Uso de medicações: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim		Jejum: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim																																																																														
SSW Admissão: PA: mmHg		Pulso: bpm	FL: bpm FC: bpm SpO ₂ : % T: °C																																																																													
Enfermeiro(a): LEONARDO		Instrumentador (a): GRÓFIA	Circulante: SAYONARA																																																																													
Cirurgia: TTT CIRÚRGICO DE FRACTURA DE PUNHO ESSA		Especialidade: ORTOPEDIA	Sala: 03																																																																													
Hora Início: 18:30 Hora Término: 19:00		Tipo de cirurgia: <input checked="" type="checkbox"/> Eletiva <input type="checkbox"/> Urgência <input checked="" type="checkbox"/> Limpa <input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/> Infectada																																																																														
1º Cirurgião: DR. RICARDO P. Álvarez		Residente: _____																																																																														
Anestesia: <input type="checkbox"/> Local <input checked="" type="checkbox"/> Sedação () Geral TOT: 1 () Bloqueio () Raquidiana Ag.nº _____ () Peridural () c/cateter () s/cateter		Ag.nº _____ Cateter nº: _____ Início: _____ Garrote: () Smarch () Pneumático Início: _____ Término: _____																																																																														
Anestesiologista: DR. LARISSA TOMASI																																																																																
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">NEUROMUSCULAR</td> <td>PELE/HIGIENE</td> <td>CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO</td> <td>DISPOSITIVOS</td> <td>MONITORIZAÇÃO</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Consciente</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Normocorada</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Normotensão</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Jelco msc</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> ECG</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Letárgico</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Oximetria</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Coma</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Cianótica</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Orientado</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Desidratada</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Fistula Arteriovenosa</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> PA</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Desorientado</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Íntegra</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> SNG</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Estimul. Nervo</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Sedado</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> C/lesões</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> SVD</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Díprifusor</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ansioso</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Sudorese</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Choque</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Colostomia</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> BIC</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Deambula</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmico</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> t/ dificuldade</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Dreno:</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Acamado</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Paraplégico</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Manchas</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O₂</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Tração</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Tetraplégico</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Talas msc</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Amputações</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco msc	<input checked="" type="checkbox"/> ECG	<input checked="" type="checkbox"/> Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria	<input checked="" type="checkbox"/> Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Fistula Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> PA	<input checked="" type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Íntegra	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input checked="" type="checkbox"/> Estimul. Nervo	<input checked="" type="checkbox"/> Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input checked="" type="checkbox"/> Díprifusor	<input checked="" type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input checked="" type="checkbox"/> BIC	<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador	<input checked="" type="checkbox"/> t/ dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:		<input checked="" type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado		<input checked="" type="checkbox"/> Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input checked="" type="checkbox"/> Tração		<input checked="" type="checkbox"/> Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia	<input checked="" type="checkbox"/> Talas msc			<input checked="" type="checkbox"/> Amputações					SINAIS VITAIS	Inicio	Meio	Fim	Unid.	POSIÇÃO	COXIM	MMSS
NEUROMUSCULAR		PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO																																																																											
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Jelco msc	<input checked="" type="checkbox"/> ECG																																																																												
<input checked="" type="checkbox"/> Letárgico	<input checked="" type="checkbox"/> Hipocorada	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Acesso V. Central	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria																																																																												
<input checked="" type="checkbox"/> Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Cianótica	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input checked="" type="checkbox"/> Cat. Diálise	<input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo																																																																												
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Fistula Arteriovenosa	<input checked="" type="checkbox"/> PA																																																																												
<input checked="" type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Íntegra	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input checked="" type="checkbox"/> Estimul. Nervo																																																																												
<input checked="" type="checkbox"/> Sedado	<input checked="" type="checkbox"/> C/lesões	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia	<input checked="" type="checkbox"/> SVD	<input checked="" type="checkbox"/> Díprifusor																																																																												
<input checked="" type="checkbox"/> Ansioso	<input checked="" type="checkbox"/> Sudorese	<input checked="" type="checkbox"/> Choque	<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia	<input checked="" type="checkbox"/> BIC																																																																												
<input checked="" type="checkbox"/> Deambula	<input checked="" type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Normoesfígmico	<input checked="" type="checkbox"/> Cistostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador																																																																												
<input checked="" type="checkbox"/> t/ dificuldade	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Dreno:																																																																													
<input checked="" type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Higiene deficiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Aparelho gessado																																																																													
<input checked="" type="checkbox"/> Paraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> Manchas	<input checked="" type="checkbox"/> Dispositivo O ₂	<input checked="" type="checkbox"/> Tração																																																																													
<input checked="" type="checkbox"/> Tetraplégico	<input checked="" type="checkbox"/> S/Tricotomia	<input checked="" type="checkbox"/> Talas msc																																																																														
<input checked="" type="checkbox"/> Amputações																																																																																
FC	73	77	65	Bpm	Dorsal	Cabeça	Anatômicos																																																																									
Pulso	71	75	63	Bpm	Ventral	Pescoço	<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos																																																																									
Oximetria	98	99	98	%	Lateral	Tórax	Fletidos																																																																									
Capnografia	—	—	—	%	Litotómica	Lombar	MMII																																																																									
PA	150X74	162X79	153X77	mmHg	Trendlemburg		<input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos																																																																									
						Canivete		<input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos																																																																								
						Proclive		Fletidos																																																																								
						PLACA DO BISTURI ELÉTRICO																																																																										
						<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Descartável																																																																										
						Local: _____																																																																										
						DEGERMAÇÃO																																																																										
						<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																																																																										
						Local: msc Solução: cloréx Local: _____																																																																										
						TRICOTOMIA																																																																										
						<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não																																																																										
						Local: _____																																																																										
						IMPLANTE CIRÚRGICO																																																																										
						Drenos: _____																																																																										
						Tela: CONFERE COM ORIGINAL																																																																										
						Cateter: _____																																																																										
						Ostomia: _____																																																																										
						Fio de KC: 4 FIOS (2,5) Parafusa - tipo: 66 9028																																																																										
						Placa - Tipo: _____																																																																										
						Outros: _____																																																																										
						ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO																																																																										
						Caixa cirúrgica: PQA + PQA Quant. Material: _____																																																																										
						Val.: 18.11.18 Contagem de gaze e compressa: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim																																																																										



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

() Hemocconcentrado _____ Unid.
() Albumina _____ Unid.

() Plasma _____ Unid.
() Expansor plasmático _____ Unid.

() Plaquetas _____ Unid.

*Cefazolina 2g h: 18:10
Zofan 8mg h: 18:10
Antak 50mg h: 18:10*

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

_____ h: _____
_____ h: _____
_____ h: _____
_____ h: _____

() Soro Fisiológico: _____ ml
() Soro Glicosado: _____ ml

() Soro Ringer Simples: _____ ml
() Soro Ringer Lactato: _____ ml

Quantidade total de volume administrado: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

Não Sim Peça:
Swab para cultura: _____

Peça para sepultamento: Não Sim
Líquido: _____

ANÁTOMO PATOLÓGICO

FO de aspecto: Limpo c/ exsudato Contaminada Aparelho gessado Bandagens Talas Outros:
INTERCORRÊNCIAS: *Procedimento contínuo sem intercorrências.*

Ass: *Saymara* 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 Hematuria Irrigação Vesical Oligúrico Destino após a cirurgia: *Sra PA*

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 Choroso 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: *ant* Local: _____ Sondas: Gástrica Enteral Vesical
Drenos: Succión 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

Hora	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:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura
—				
—				
—				
—				

Eliminações:

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: *PACIENTE ENCAMINHADO PARA CLÍNICA ORTOPÉDICA.*

Ass: *Saymara* Coren: *504067*





Secretaria de Saúde Pública
Hospital Deoclécio M. Lucena

RECEITUÁRIO MÉDICO

P/ Ivanaldo de Oliveira.

10 sessões F86

- Amplitude de mov.

HD: Pós-op. fract. pubo (E)

Dr. Euclides Gómez
Gómez 4310
29 299





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

Página № _____
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
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



Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados 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	Vítima	Não Conforme	
→ Comprovação de registro de acidente declarado	Vítima	Pendente	
→ Documentação médico-hospitalar	Vítima	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__TlnHOlrtkIUapi_key=tEbd5YBUJMu1XQVzIPQxcLynKqsBVflsbQXmZuh2YNs=)



Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



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



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

ACESSIBILIDADE



[\(Pages/Acessibilidade.aspx\)](#)  [\(Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](#)



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

A A A Q

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

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

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

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

PAGUE SEGURO



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

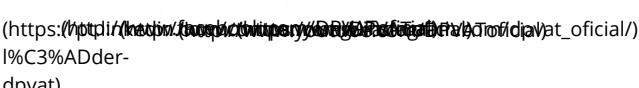
Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO



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

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



Services

- › 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](#))

Dívidas 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](#))



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=20013116253513000000051054305>
Número do documento: 20042116252512000000051054205

Núm. 52943300 - Pág. 2

- › Dicionário do Seguro DPVAT (</Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT>)
- › Perguntas Frequentes (</Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes>)

Atendimento

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

Termos de uso e política de privacidade (</Pages/Termos-de-Uso.aspx>)



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=20013116253513000000051054305>
Número do documento: 20013116253513000000051054305

Num. 52943300 - Pág. 3



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 médica-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





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

00020550

Carta nº 15140861



Assinado eletronicamente por: ARTUR MAX DA SILVA PEREIRA - 31/01/2020 16:25:36
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001311625361270000051054310>
Número do documento: 2001311625361270000051054310

Num. 52943305 - Pág. 1



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.



Assinado eletronicamente por: ANDREA REGIA LEITE DE HOLANDA MACEDO HERONILDES - 31/01/2020 17:28:08
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013117280721800000051056419>
Número do documento: 20013117280721800000051056419

Num. 52945555 - Pág. 1

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 n° 11.419/06)



Assinado eletronicamente por: ANDREA REGIA LEITE DE HOLANDA MACEDO HERONILDES - 31/01/2020 17:28:08
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013117280721800000051056419>
Número do documento: 20013117280721800000051056419

Num. 52945555 - Pág. 2