



Número: **0816780-89.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **25ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **18/12/2018**

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

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOAO MARIA ALVES DE FRANCA (AUTOR)	RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS (ADVOGADO)
MAPFRE SEGUROS (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10245 211	27/04/2017 14:32	Docs - Jooão Maria Alves de França	Documento de Comprovação

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE(S):

JOÃO MARIA ALVES DE FRANÇA, brasiliense, solteiro, agropecuarista, RG nº 3.218.362 SSP/RN, CPF nº 017.631.334-60, residente e domiciliado no Povoado Barrinha das Franças, 184, Zona Rural, São Miguel do Gostoso /RN, CEP 59585-000.

OUTORGADO(S): RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 5990, MELQUIADES PEIXOTO SOARES NETO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 9453, RAFAELA CARLA MELO DE PAIVA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº 11.857 e JANNA ABY ZAYAN TOSCANO LYRA CONTRERAS, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº 14.284, todos com escritório profissional sito na Av. Amintas Barros, nº 2909, 1º andar, sala 13, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59.062-250.

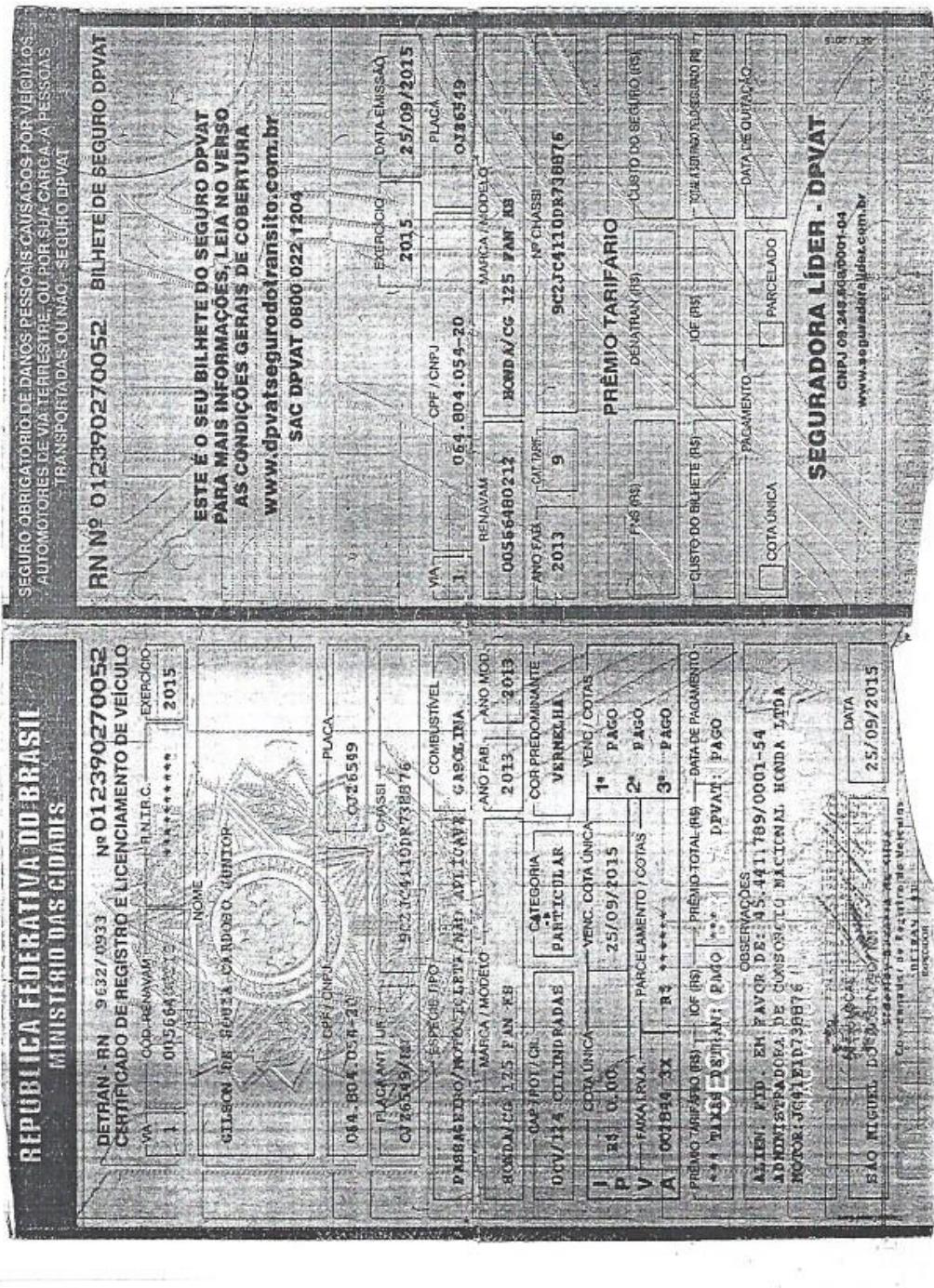
PODERES: a quem conferem amplos poderes da cláusula "ad-judicia et extra", para o foro em geral, podendo dito (s) procurador (es) em conjunto ou isoladamente, em qualquer instância, juízo ou tribunal, propor contra a quem de direito as ações competentes e defendê-los nas contrárias, e, ainda, requerer, acordar, discordar, confessar, transigir, desistir, receber e dar quitação, variar de ações, firmar termos de declarações legais e representá-los, em tudo se fizer necessário em favor de seus interesses, em qualquer repartição pública federal, estadual, municipal, autárquica, requerendo ou representando defesa, inclusive substabelecer o todo ou em parte as prerrogativas que ora lhe são conferidas.

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

- 01 – Concomitantemente com os Poderes acima outorgados, o (a) outorgante acorda em pagar aos outorgados o valor correspondente a 20% (vinte) por cento sobre o valor da condenação, acordo judicial ou extrajudicial, com as devidas atualizações apuradas pelo Juízo, até final do pagamento, facultado aos advogados requererem nos autos, que lhes sejam pagos diretamente os honorários, por dedução da quantia a ser recebida pelo constituinte, ora contratante, tudo como previsto no artigo 22, § 4º, da Lei nº 8.906/94 (Estatuto da OAB).
- 02 – Caberá ao Outorgante para o bom andamento da ação, fornecer os documentos e informações solicitadas pelos advogados.
- 03 – A verba oriunda da parte adversa, pelo princípio da sucumbência, reverterá aos advogados.
- 04 – As partes elegem o foro de Natal/RN para dirimir quaisquer dúvidas oriundas deste contrato.

Natal /RN , 09 de abril 2017.


Outorgante/Contratante





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 10ª DELEGACIA REGIONAL - JOÃO CÂMARA
Endereço: RUA RITA FERREIRA DE FARIA, 3, CENTRO, JOÃO CÂMARA

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2616080001401 1.2 Data de Expedição: 15/09/2016 10:37:57
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO 1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 29/08/2016 09:30:00 2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Local: Consumidor 2.4 Flagrante: Não
2.4 Meio(s) empregado(s), Outros: 2.7 Logradouro: NA BR QUE LIGA O MUNICÍPIO DE QUEIMADAS A PARAZINHO
2.6 Tipo do local: Via Pública 2.9 CEP:
2.8 Número: S/N 2.11 Ponto de Referência:
2.10 Complemento: 2.13 Cidade: PARAZINHO
2.12 Bairro: CENTRO
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: GILSON DE SOUZA CARDOSO JUNIOR 3.2 Estado civil: União Estável
3.2 Cidade: Pinda 3.4 Pai: GILSON SOUZA CARDOSO
3.5 Mae: MARIA IONEIDE ALVES DE FRANCA CONCEIÇÃO 3.6 Data de Nascimento: 21/06/1982
3.6 Sexo: MASCULINO 3.8 RG: 2540167
3.8 CPF: 3.10 Passaporte:
3.11 Nacionalidade: 3.12 Naturalidade: TOUROS/RN
3.12 Profissão: AJUDANTE DE PEDREIRO 3.14 E-Mail:
3.15 Telefone(s): 3.16 Logradouro: POVOADO BAIXINHA DE FRANÇA
3.17 Número: 184 3.18 CEP:
3.19 Bairro: CENTRO 3.20 Cidade: JOÃO CÂMARA
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VITIMA(S)

OBS
4.1.1 Nome Completo: JOAO MARIA ALVES DE FRANCA 4.1.2 Estado civil: Solteir(a)
4.1.3 Etnia: Parda 4.1.4 Pai:
4.1.5 Mae: MARIA IONEIDE ALVES DE FRANCA 4.1.6 Data de Nascimento: 25/12/1993
4.1.7 Sexo: MASCULINO 4.1.8 RG: 003216362
4.1.9 CPF: 01763133460 4.1.10 Profissão: AGRICULTOR
4.1.11 Nacionalidade: 4.1.12 Passaporte:
4.1.13 Logradouro: POVOADO BAIXINHA DE FRANÇA 4.1.14 E-Mail:
4.1.15 Número: 184 4.1.16 CEP:
4.1.17 Bairro: CENTRO 4.1.18 Cidade: PARAZINHO
4.1.19 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

OBS
7.1.1 Segurado: Não 7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi:38876 7.1.4 Renavam:
7.1.5 Placa: OJZ6549 7.1.6 Estado:
7.1.7 Marca: HONDA 7.1.8 Modelo: CG 125 FAN KS
7.1.8 Ano do Modelo: 2013 7.1.10 Ano de Fabricação: 2013
7.1.11 Cor do veículo: VLRMELHA 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal: 7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: GILSON DE SOUZA CARDOSO JUNIOR 7.1.16 Vínculo com a
7.1.17 Nome do condutor: DECLARANTE Ocorrência:
7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE ESTAVA PILOTANDO O VEÍCULO SUPRATICADO QUANDO UMA OUTRA MOTO ENTROU NA PISTA; QUE O DECLARANTE DESVIOU DO VEÍCULO PARA EVITAR O ACIDENTE, MAS AINDA HOUVE UMA COLISÃO QUE ATINGIU O GARUPA (VITIMA); QUE A VITIMA FOI SOCORRIDO PELA AMPULANCIA DO MUNICÍPIO DE PARAZINHO E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL EM NATAL/RN.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS

Data do Complemento: 23/11/2016
Data: 15/09/2016 - MARCO AURELIO SOARES TAVARES
Complemento: EM TEMPO INFORMO QUE A DATA DO FATO ESTÁ ERRADA, A DATA REAL É DE 29/07/2016 EM QUE OCORreu O ACIDENTE.

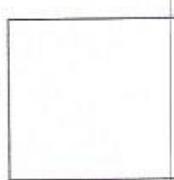
11. DECLARAÇÃO

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

Data: 15/09/2016 10:37:57

Policia

Interessado



Preencher direito



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE	JOAO MARIA ALVES DE FRANCA						
DATA DE ENTRADA	29/07/2016	HORA	12:43	Nº BAA	195011		
IDADE	22	SEXO	M	ETNIA	Pardo		
CARTÃO SUS	160571515350008			ESTADO	Solteiro(a)		
CPF	017.631.334-60 RG 003.216.362 - SSPRN						
NOME DA MÃE	MARIA IONEIDE ALVES DE FRANCA						
NOME DO PAI	-						
NASCIMENTO	25/12/1993	NATURALIDADE	São Miguel do Gostoso-RN				
TELEFONE	(84) 8870-4781	PROFISSÃO	Agricultor				
RUA/AV.	POVOS DO BAXINHA DOS FRANÇAS	Nº	SN				
COMPLEMENTO	-	BAIRRO	ZONA RURAL				
CEP	59585-000	CIDADE	São Miguel do Gostoso-RN				
ORIGEM	Ambulância - Interior	MOTIVO	Acidente de Trânsito / Moto - Moto				
ACID. DE TRABALHO	Não	USUÁRIO	Auristela				

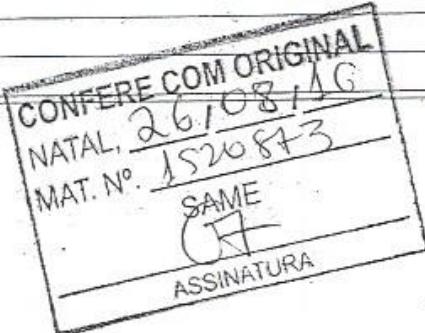
HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Poeste Ver enominallo do Programa
4 Puto de Transporte da Cedi P/Avalon.
Msp. Actua. Galan

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES



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

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID

Copyright © 2016 | Sistema Amazing | (84) 99613-4442

29/07/16
Joao Faco

1 de 1

29/07/2016 |

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)			
A			
B			
C			
D			
E			
A (ALERGIAS):			
M (MEDICAÇÃO EM USO):			
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):			
L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS):			
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):			
V (PASSADO VACINAL):			
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS		
<i>Ron x el Re (D) - APo alergico</i>	<i>Jean Estrela de Oliveira</i> <i>Medico</i> <i>CRM 13333</i>	OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM		
<i>① UAT 13:00</i> <i>2. Voltaren 75mg TM. Laxar</i>	<i>13:00</i> <i>Dr. Pedro Flávio Batista</i> <i>Cirurgião Geral</i> <i>CRMIRN - 5656</i>		
<p><i>13:20 Cr. Gnl. Reta me do veno. Rel. p/ D. f. tens. di... po e lio. pachecos tpo. regrado. Nao gmo. Sifilis. Geng. Grcal. Nao danoce a de Grcal. Nao de. Tadiminal e genc. ca. C. -> dunc. q. -> Sint. nte -> All. Cr. Gnl.</i></p> <p><i>Dr. Pedro Flávio Batista</i> <i>Cirurgião Geral</i> <i>CRMIRN - 5656</i></p>			
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Respons		
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE			
ESPECIALISTA 1:	<i>Robredo</i>	HORA: <i>13:21</i>	DATA:
ESPECIALISTA 2:		HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:		HORA:	DATA:
<i>Dr. Pedro Flávio Batista</i> <i>Cirurgião Geral</i> <i>CRMIRN - 5656</i> <i>MÉDICO / CARIMBO</i>			

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1. AVALE A RESPONSIDADE DA ÚLTIMA 3. PEGUE A JUDAIA. 4. OUTRA PESSOA INCLIQUE 102. 5. TANTO ESTIVER FOBIA DE HOSPITAL, E PEGUE UM DESFIBRILADOR. 6. AVALE PULSO CARÓIDEU OU FEMORAL. 7. AVALE PULSO BOLSA, VALVA, MASCARAL. 8. AVALE PULSO CARÓIDEU OU FEMORAL (BRANQUEJAR). 9. AVALE PULSO CARÓIDEU OU FEMORAL. 10. MINUTOS PRÓXIMOS. 11. RITMO CHOCANTE. 12. RITMO NÃO CHOCANTE. 13. RITMO NÃO ASSUMIR. 14. CASA A VITIMA SE MEGA. 15. RITMO NÃO CHOCANTE. 16. CASA A VITIMA ASSUMIR. 17. CASA A VITIMA SE MEGA. 18. COLOCAR A ÁREA A POSSE.

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abrir Olhos (AO)	4
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida. Se assim for marque 4, se não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Omissas. (Responde comumente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, localidade, etc., o porquê e deixa a voz.)	5
Confusas. (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma disorientação e confusão.)	4
Paravras inapropriadas. (Fala eletrórica, mas com tristeza conversacional.)	3
Sons intelectáveis. (Dizendo som articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MMR)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas sempre quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulos dolorosos.	5
Reação hipopática a dor.	4
Padrão fixo à dor. (Decorticado).	3
Padrão extensor à dor. (Decerebrado).	2
Sem resposta motora.	1
Total	37

“ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	12-150 = 4 9-12 = 3 6-8 = 2 4-5 = 1 0-3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10-250 = 4 >250 = 3 6-99 = 2 1-59 = 1 00 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÔMICA	>500 = 4 76-400 = 3 50-570 = 2 00 = 1

“Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom indicador de sobrevida para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R., Sacco W.J., Coups, et al: A revision of the Trauma score. J. Trauma 39(5): 624, 1995.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

03 - 30=grave (necessidade de intubação imediata);
09-24 moderado;
14-19 leve

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

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

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

INICIO DE CIRURGIA: 7:20:00
CIRURGIÃO: DR. CARLOS PINTO
1º AUXILIAR: _____
2º AUXILIAR: _____
3º AUXILIAR: _____
TIPO DE CIRURGIA: Tinocéza cirúrgica (4) III^o de Fratura Envolta
de Fíbula Direito.

TÉRMINO DE CIRURGIA: 23:00h
SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (x) N° DA SONDA: _____
SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () N° DA SONDA: _____
EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO () RX: SIM () NÃO ()
RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO () TIPO: _____
RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (x) TIPO: _____
ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (x) FEITO FICHA: SIM () NÃO ()
MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (x) ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM () NÃO ()
FEITO ATESTADO PARCIAL DÉ ÓBITO: SIM () NÃO ()
DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO (x)
COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM () NÃO () QUANTIDADE: _____
GAZES CONFERIDAS: SIM () NÃO () QUANTIDADE: _____
CAIXA CIRÚRGICA:
COMPLETA: SIM () NÃO () OBS.: _____
ÓBITO: SIM () NÃO () HORA: _____ REALIZADO RCP: SIM () NÃO ()
RESPONSÁVEL PELA RCP:

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO () UTI () ALTA ()
EM AR AMBIENTE: SIM (x) NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO ()
ENTUBADO: SIM () NÃO ()
PREENCHIDO AIH: SIM () NÃO ()
FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM () NÃO ()

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM () NÃO ()
OBSERVAÇÕES: 18:15: Paciente admitido em S.O. proveniente de
Ortopedia. Foi monitorizado, aberto material cirúrgico e
chamado anestesista. No momento antes da anestesia
o ortopedista suspendeu a cirurgia para depois das 19:00h.
Paciente retirado da S.O., aguarda equipe da ortopedia.
Peso: 130x80mmHg. FC: 99/1.

20:30: Paciente em sala pronta para cirurgia. Foi inserida Brenna Letícia B. Marques
no A. Frestesia. Fase 1 por 2. 11265 Bol. Faltou Téc. em Enfermagem
no anestesiador. Fase 2 de tentativa sucedeu. COREN 584170
Realizada limpeza cirúrgica. Na segunda droga fico
Rosto: 58 IV. Extremidades: 94 134x75 - Peso: 80kg.
FC: 97%. Procte realizada com sucesso. Curativo
realizado com círculo. Encerrada com curativo.
Enc. ao cro acordado, consciente ser operado.

Achilles da Silva
Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Viviane
Assinatura do Circulante

Wagner
Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.


[Buscar no site](#)
[Seguro DPVAT](#)

Acompanhe o Processo de Indenização

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

SINISTRO 3170046465 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOAO MARIA ALVES DE FRANCA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO JOAO MARIA ALVES DE FRANCA

CPF/CNPJ: 01763133460

Posição em 19-04-2017 09:28:11

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento Valor da Indenizacao Juros e Correção Valor Total

07/02/2017 R\$ 1.687,50 R\$ 0,00 R\$ 1.687,50

ACESSIBILIDADE

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


COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](#)
[Documentos Invalidez Permanente \(Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](#)
[Documento Morte \(Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](#)
[Dicas Indispensáveis \(Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)


PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(Pages/Pague-Seguro.aspx\)](#)
[Consulta a Pagamentos Efetuados \(Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](#)
[Informações Gerais \(Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)


ACOMPANHE O PROCESSO

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