



Número: **0833904-85.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **18/12/2018**

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

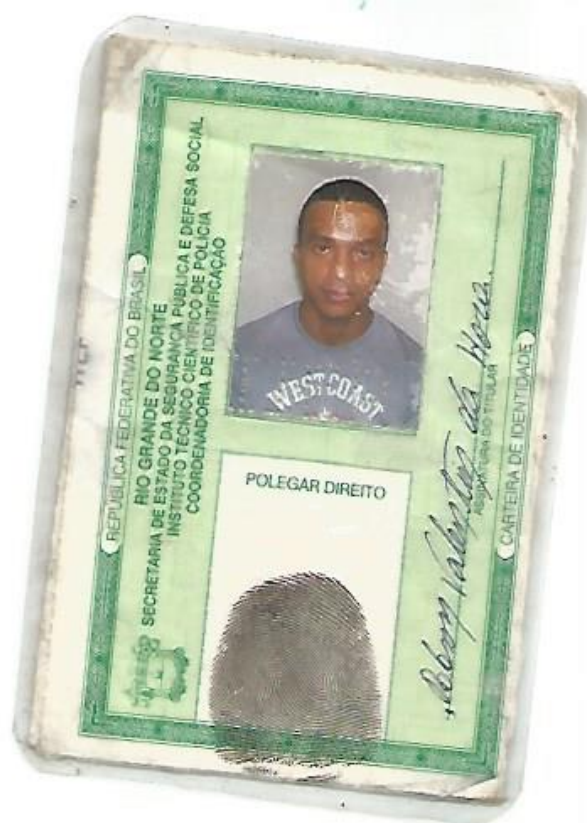
Assuntos: **Acidente de Trânsito, Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROBSON VALENTIM DA HORA (AUTOR)		IGOR WAGNER SEABRA DINIZ DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11622 897	31/07/2017 21:16	2 - Comprovante pessoal Residencia	Documento de Identificação
11622 901	31/07/2017 21:16	3 - Procuração	Procuração
11622 905	31/07/2017 21:16	4 - Boletim de Ocorrencia ACIDENTE DE TRANSITO	Laudo de Acidente de Trânsito
11622 914	31/07/2017 21:16	5 - Boletim Atendimento URGENCIA	Outros documentos
11622 918	31/07/2017 21:16	6 - Boletim de CIRURGIA	Outros documentos
11622 924	31/07/2017 21:16	7 - Laudos Medico Relatorio Ortopedico	Outros documentos
11622 930	31/07/2017 21:16	8 - Raio x Pelvis Bacia	Outros documentos
11622 940	31/07/2017 21:16	9 - Concessao Beneficio AUXILIO DOENÇA	Documento de Comprovação
11622 947	31/07/2017 21:16	10 - Resultado de Exame	Outros documentos
32388 057	25/09/2018 11:33	Petição	Petição
32388 127	25/09/2018 11:33	Carta Seguradora LIDER REGISTRO SINISTRO	Documento de Comprovação
32388 191	25/09/2018 11:33	Espelho RESULTADO Proc Administrativo DPVAT	Documento de Comprovação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	002.272.333	DATA DE EXPEDIÇÃO	26/07/2012
NOME	ROBSON VALENTIM DA HORA		
FILIAÇÃO	IRACI VALENTIM DA HORA		
NATURALIDADE	SANTO ANTONIO - RN	DATA DE NASCIMENTO	07/08/1986
DOC. ORIGEM	CERT. DE NASCIMENTO L-0275 F-55 RG-063743		
CNPJ	059.749.934-97		
	2a. VIA		

ASSINATURA DO OFICIAL
11622897
Coordenador da Coord.
ITP



CTC SANTO ANDRE SPM PL5
ROBSON VALENTIM DA HORA
AV JERONIMO CAMARA, 83
LAGOA NOVA
59063-100 NATAL RN

02430199



7216210573500190000021470630030117
POSTAGEM: 03/01/2017 VENCIMENTO: 15/01/2017

A conta da sua
TV por assinatura.

h



IGOR WAGNER SEABRA DINIZ DE MELO – OABRN 12693
Av. Jerônimo Câmara, n.º 1010 A, Lagoa Nova, Natal/RN CEP: 59.063-100
Tel.: 2010-1919; 98856-1508; 99652-0759; - E-mail: igorwdiniz@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Robson valentin da nora,
brasileiro, EMPACOTADOR (estado civil), SOLTEIRO
(profissão), R.G. n.º 0272333 / e CPF n.º 059749934-97,
residente e domiciliado na AV. JERONIMO CAMARA N: 1010
LAGOA NOVA

OUTORGADO: Dr. IGOR WÁGNER SEABRA DINIZ DE MELO, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº. 12.693, Dra. DANIELE SOARES ALEXANDRE, brasileira, advogada, inscrito na OAB/RN sob o nº. 12.500, ambos com escritório no endereço supracitado, local onde deverão receber as intimações/notificações de estilo.

PODERES: Os da cláusula ad judicium et extra, para o foro em geral, em qualquer Juízo ou tribunal, podendo propor as ações judiciais cabíveis, ou defendendo-a(s) das que lhe (s) for(em) demandada(s), quer na condição de autor(es), réu(s), assistente(s), oponente(s) ou contra posição ativa ou passiva; podendo, portanto, delas variar ou desistir, tudo visando a garantia dos interesses do(s) Outorgante(s); acordar(em); recorrer(em) de qualquer despacho ou sentença; produção de provas e justificações; e poderes especiais para confessar, transigir, desistir, firmar compromissos, da quitação, agindo em conjunto ou separadamente, judicialmente ou administrativamente, levantar alvará; representá-lo(s) de igual forma, junto às repartições federais, estaduais e municipais, respectivas autarquias, paraestatais, sociedades de economia mista e empresas públicas; finalmente tudo praticar e requerer em defesa dos direitos da(s) parte(s) outorgante(s) e inclusive, substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes.

Natal, 01 de FEVEREIRO de 2017.

Robson valentin da nora



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 90603

1 - LOCAL E DATA

Local 4 DOS TORRILLOS Bairro LAGOA NOVA
Cidade/UF NATAL - RN P. Ref. AV. MIGUEL CASTRO
Data 02/10/2016 Hora do acidente 12:01 Hora do registro 12:10 Dia da semana TERÇA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☒ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☒ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi MOF 7432 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. FIAT - STRADA Cor BRANCA Ano 2011 12012
Proprietário INTERPROJ ENG E PROJETADORA LTDA ME Nº de Ocupantes 01
Condutor JOSE HUMBERTO ALVES MASCARENHA Data de Nasc. 27/04/1974
Endereço AV. DIRCEU SENA Nº 120 Fone 98807.5420
Bairro NOVA DORNAMIRIM Cidade DORNAMIRIM UF RN
CPF Nº 025.531.234-26 CNH Nº 01789739182 Validade 12/10/2018 Categoria AB
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi 951B XKRASDR004162 Cidade EXTREMOS UF RN
Marca/Mod. TRAXX - T150 S 8 MARY Cor VERDE Ano 2013 12013
Proprietário MARCO DAMIÃO DA COSTA Nº de Ocupantes 01
Condutor ROBSON VIEIRA DA MORA Data de Nasc. 1/1/1
Endereço R. DOS PATIGUAPES Nº 3064 Fone _____
Bairro CANDELARIA Cidade NATAL UF RN
CPF Nº 059.749.934-92 CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
SEÇÃO DE TRÁFEGO
AUTENTICAÇÃO
15/10/16
163961-55

VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? R. DOS TOROZES
 Em que sentido? DECEIM - CINCO NA ESPERANÇA Em que faixa? DIREITA
 Versão do condutor Aproxim que estava parado na Semafora vermelha. Na vermelha quando o Semafora mudou o sinal de verde eu, momento que o vi iniciar o deslocamento. Foi colido por ele que parou o sinal vermelho.

Assinatura do Condutor do V1

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. MIGUEL CASTRO
 Em que sentido? LOJA NOVA - DIA - SEPT ROSA Em que faixa? DIREITA
 Versão do condutor Aproxim que transitava quando chegou a R. dos TOROZES foi surpreendido pelo carro que veio de frente. ele freou mas não conseguiu evitar o impacto.

Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____
 Em que sentido? _____ Em que faixa? _____
 Versão do condutor _____

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
 COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
 SEÇÃO DE TRÁFEGO
 AUTENTICAÇÃO
 Natal/RN 18/08/16
 163961-5

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____
 Em que sentido? _____ Em que faixa? _____
 Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4

CONDICÕES DA VIA

CONDIÇÕES DA VIA			COND./ PISTA			Sinalização
Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização	
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente	
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito	
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Active Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input checked="" type="checkbox"/> Do Semáforo	
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Neblina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Active Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre	
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input checked="" type="checkbox"/> Linha <u>CONTÍNUA</u>	
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente	_____	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input checked="" type="checkbox"/> Placa(s) <u>PROIB. A ESQ.</u>	
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica	
			<input checked="" type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H	
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input checked="" type="checkbox"/> <u>TAXES</u>	
			<input type="checkbox"/> Retorno	_____	<input type="checkbox"/> _____	
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	_____	_____	
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____		
			<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____		

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

9. CROQUI DO ACIDENTE

ÁRVORE

VESTÍGIOS

SEMÁFORO

PEDESTRE

BICICLETA OU MOTO

CARRO DE PEQUENO PORTE

CAMINHÃO OU ÔNIBUS

CARRETA

AV. RUI BARROS

AV. MILITARE CASTRO

R. DOS FORQUILHOS

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
SEÇÃO DE TRÁFEGO
AUTENTICAÇÃO
Natal/RN 18/08/16
163962-5

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

DIX - SEPT ROSADO


AVARIAS DO VEÍCULO 1

AVARIAS DO VEÍCULO 1


capô - parafusos esquerda
fornal esquerda
parabrisa dianteira
pneu dianteira esquerda
pneus traseiros e eixo
e suspensão

AVARIAS DO VEÍCULO 3


AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 2


 - codificação do Eoaf
paraf. Estreito entre
quadro e variação

AVARIAS DO VEÍCULO 4



☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
Nome ROBERTO VILKATIN DE HOVA Data de Nascimento 1/1/1
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Nº _____ Fone _____
Endereço _____ Cidade _____ UF _____
Bairro _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
Nome _____ Data de Nascimento 1/1/1
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Nº _____ Fone _____
Endereço _____ Cidade _____ UF _____
Bairro _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
Nome _____ Data de Nascimento 1/1/1
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Nº _____ Fone _____
Endereço _____ Cidade _____ UF _____
Bairro _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____
Nome _____ Data de Nascimento 1/1/1
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Nº _____ Fone _____
Endereço _____ Cidade _____ UF _____
Bairro _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO
Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
Nome _____ RG Nº _____ Órgão Exp. _____ Nº _____
Endereço _____ Cidade _____ Fone _____
Bairro _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO AIT Nº _____ Cód/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO
o condutor da VE não estava em condições de
conduzir sua veículo devido a sua pessoa.

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
SEÇÃO DE TRÁFEGO
AUTENTICAÇÃO 16
Nº 181.08
1634625

Nome Completo do Agente Espad de Mauro Soares
POSTO/GRAD.: 3º SGT PM Nº 97.272 Viatura 9626 Subunid.: Esquadrão 16
Local e Data Nqbal, 02 de 02 de 2016.
Assinatura do Agente de Trânsito Espad de Mauro Soares



RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLICIAMENTO RODOVIÁRIO ESTADUAL
1º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
SETOR DE TRÁFEGO

Av. Capitão-Mor Gouveia, s/n, Cidade da Esperança - Natal - Rio Grande do Norte
Fone: (84) 3232-1514 - E-mail: cpresetordetrafege@hotmail.com

Natal/RN, 15 de Fevereiro de 2016.

BOAT nº: 90603

Data: 02/02/2016

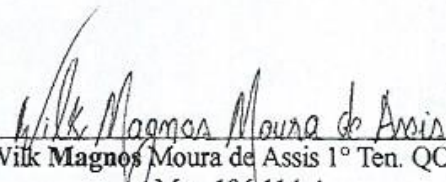
Local: Av. dos Tororos - Lagoa Nova - Natal/RN

Veículos envolvidos:

(V-1) FLAT/ STRADA - MOF 7432

(V-2) TRAXX/ JL 50Q 8 MOBY - 951BXKBA5DB004162

De acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, o condutor de V - 2 deixou de observar o que preceitua o artigo 28 e 44.


Wilk Magnos Moura de Assis 1º Ten. QOPM
Mat. 196.114-4
CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO



Verificação de autenticidade na internet: <http://www.pm.rn.gov.br> na tela de consulta de boletim.

Número do Boletim: 90603	Número da Ocorrência: 660868	Data Registro: 15/02/2016	Hora Registro: 07:47:20
Número/Controle: KUV3S25449			

*Somente possuem valor legal os pareceres que estejam assinados pelo chefe do setor ou auxiliar.

germe



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE ROBSON VALENTIM DA HORA **SISREG** 15714113

DATA DE ENTRADA 02/02/2016 **HORA** 12:56 **Nº BAA** 156966

IDADE 30 **SEXO** M **ETNIA** Pardo
CARTÃO SUS 700403466667942 **ESTADO CIVIL** Solteiro(a)

CPF 059.749.934-97 **RG** 2272333 - SSP
NOME DA MÃE IRACI VALENTIM DA HORA

NOME DO PAI -
NASCIMENTO 07/08/1986 **NATURALIDADE** Natal-RN
TELEFONE (84) 9676-7906/(98) 0427-47 **PROFISSÃO** Embalador

RUA/AV. COMPLEMENTO Rua Dos Potiguares Nº 3064
CEP 59064-280 **BAIRRO** Candelária
CIDADE Natal-RN

ORIGEM Ambulância - SAMU **MOTIVO** Acidente de Trânsito / Carro - Moto
ACID. DE TRABALHO Não **USUÁRIO** Josilma

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A

B

C

D

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL RN: 17.02.16
PROTÓCOLO: LIV. 17.02.16
WASHINGTON LUIS C. GOMES
ASSIST. TEG. EM SAÚDE
MAT.: 161.320-0

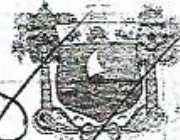
HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
CIRURGIA GERAL

PACIENTE	ROBSON VALENTIM DA HORA		
DATA DE ENTRADA	02/02/2016	HORA	12:56 Nº BAA 156966
IDADE	29	SEXO	M ETNIA Pardo
CARTÃO SUS	-	ESTADO CIVIL	Solteiro(a)
CPF	059.749.934-97	RG	2272333 - SSP
NOME DA MÃE	IRACO VALENTIM DA HORA		
NOME DO PAI	-		
NASCIMENTO	07/08/1986	NATURALIDADE	Natal-RN
TELEFONE	(84) 9676-7906	PROFISSÃO	-
RUA/AV.	Rua Dos Potiguares	Nº	3064
COMPLEMENTO	-	BAIRRO	Candelária
CEP	59064-280	CIDADE	Natal-RN
ORIGEM	Ambulância - SAMU	MOTIVO	Acidente de Trânsito / Carro - Moto
ACID. DE TRABALHO	Não	USUÁRIO	Josilma

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente vítima de colisão carro-moto, estando na moto, há 40min. Referiu dor de cabeça e magna perda da consciência; náusea e vômito. Referiu dor em joelho esquerdo (com ferimento contuso) e em nariz da cara direita.

Comorbidade: *Nega* Em tratamento psicológico e psiquiátrico.
Alergia: *Nega*
VAC: *Desatualizada.*

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A *VA* *patente*. *Sem cefaleia.*
B *Cupula*. *AP: MVE* *normais*, *atra*.
C *Estável*.
D *Glasgow = 15*.
E *Ferimento contuso em joelho* *(E)* e *exame* *em joelho* *(D)*.

OUTRAS OBSERVAÇÕES

Abdomen: Flácido e indolor.
Febre: Estável.

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL
	120/90			23	105		

DIAGNÓSTICO INICIAL

2 fraturas de osso

CID

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPOSTA DA VÍTIMA; 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA; ILHUE 112 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAL; 3 - ABRA VIA-ÁREA; 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR); 5 - SE APNEIA, ATIQUE 3 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA-VÁLVULA-MÁSCARA); 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTES); 7 - SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRIMSSÕES TORÁCIAS; 10MIN (PROFUNDAS) ATÉ A CHEGADA DO DEB; 8 - DEB DISPONÍVEL: ATIQUE O RITMO; 9 - RITMO GRUPO A: ATIQUE 1 CHOQUE 300 (300 P/DEB BIFÁSICO); E REINICIE RCP; 10 - RITMO NÃO CHOCÁVEL: REINICIE RCP (30/2); 11 - AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS; 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVISAR QUE A VÍTIMA SE MOVE; 13 - COLOCOUE A VÍTIMA EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

CASO DESPACHO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL. REQUISITIÃO DE EXAMES, FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXO O BOLETIM.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1 *apresenta (13.5h)*

ANAMNESE
① *Portante com trauma no quadril*
hoje

EXAME FÍSICO
Do
NIJ normal

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)
Tornal 100x100 (S/C, 9/1)
IV: água
D. P. - 02ml + 0.2ml 100, 14/28
Do CC.

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

LOCALIZADO COM ORIGINAL
NATALIA 23/02/16
CR
SESAP. MAT. Nº 1320813

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	4
Outros se abrem espontaneamente.	
Outros se abrem ao comando verbal. (Não confunde com o despertar de uma pessoa adormecida, se não for marcado 4, se não 3.)	3
Outros se abrem por estímulos dolorosos.	2
Outros não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado. (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, onde está e porque; e data e etc.)	5
Confuso. (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca conversacional)	3
Sócs ininteligíveis. (Determina sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordem verbal. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso	5
Resposta inespecífica a dor.	4
Postura flexa a dor (Desconforto).	3
Postura extensor a dor (Desconforto).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
	3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4
	>20 = 3
	6-9 = 2
	1-5 = 1
	0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90 = 4
	76-90 = 3
	56-75 = 2
	1-50 = 1
	0 = 0

* Escala de Triagem Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R., Sacco WJ, Copes, et al: A revision of the Trauma score. J. Trauma 25(5) (1988).

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)

03-04 grave (necessidade de intubação imediata);
 05-3 moderado;
 14-15 leve

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

** A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa 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



ANTÔNIO
PRUDENTE
Natal

BOLETIM DE CIRURGIA

Nº 100 *Atendimento*
Nome *ROBSON VALENTIM DA SILVA* Data *03/02/16*
Dia 1 CS 100 Clínico Idade *29* Sexo *M* | *F*
Diagnóstico Cirúrgico

CIRURGIA PROPOSTA <i>Redu inverte lux q quadr D</i>		PROCEDIMENTO REALIZADO	
TIPO DE ANESTESIA <i>Prot anestãto</i>		MATERIAL ESPECIAL LIBERADO	
LIMPA		CONTAMINADA	
INÍCIO: <i>15</i> : <i>30</i> hs		POTENCIALMENTE CONTAMINADA	
		INFECTADA	
TÉRMINO: <i>16</i> : <i>40</i> hs			

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Plante nos maxilares
- 2) Redu inverte quadr D
- 3) Prot anestãto
- 3) frax fraxo regulato

Dr. Fábio R. Freire
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5804 - FOF 12167

Especifica *Lesão de Kienbohn* MATERIAL ESPECIAL UTILIZADO: NÃO ☐ SIM ☐

Cirurgião

USO DE DR NO(S)		MATERIAL ESPECIAL UTILIZADO:		PEÇAS OPERATÓRIAS	
Quantidade no início	Quantidade no término	CONTAGEM DE COMPRESSAS		<input type="checkbox"/> Anátomo Patológico	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
				<input type="checkbox"/> Congelamento	Resultado
				Especificar	
USO DE DR NO(S)		MATERIAL ESPECIAL UTILIZADO:		PEÇAS OPERATÓRIAS	
Quantidade no início	Quantidade no término	CONTAGEM DE COMPRESSAS		<input type="checkbox"/> Anátomo Patológico	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
				<input type="checkbox"/> Congelamento	Resultado
				Especificar	

Boletim de Cirurgia COD 71120



**ANTONIO
PRUDENTE**
Natal

BOLETIM DE CIRURGIA

Nº do Atendimento: 34108379 Data: 10/02/16
 Nome: Robson Valentin da Hora Idade: 29 Sexo: M ☒ F
 Diagnóstico Clínico: _____ Diagnóstico Cirúrgico: _____

CIRURGIA PROPOSTA <u>Artroscopia - osteotomia acetabular</u> <u>Artroscopia - osteotomia ilíaca</u>	PROCEDIMENTO REALIZADO
TIPO DE ANESTESIA <u>Bloqueio Neurológico (PAGUI Simplex) +</u> <u>Bloqueio 3 em 1 à ①</u>	MATERIAL ESPECIAL LIBERADO

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO			
LIMPA	CONTAMINADA	POTENCIALMENTE CONTAMINADA	INFECTADA
INÍCIO: <u>15:30</u> hs		TÉRMINO: <u>17:30</u> hs	

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1) Posição do doente lateral
 2) Incisão em linha vertical lateral da coxa
 3) Incisão peritrocanter
 4) Artroscopia por curvatura em extensão post-
 anterior, para post-
 5) Osteotomia
 6) Colocação placa XP 35 de 4 furos (4 parafusos corticais)
 = placa neurológica 35 de 4 furos (4 parafusos corticais)
 Especificar: 1) traço de
 2) curvatura
 3) osteotomia
 4) 30° grau.

MATERIAL ESPECIAL UTILIZADO: NÃO

*Dr. Igor Wagner Seabra Diniz de Melo
CRM 5884 - RBO 13187*
*Dr. Tago Victor A. Cordeiro
CRM 7134*
Dr. Carlos Augusto

MATERIAL ESPECIAL UTILIZADO:		
USO DE DRENO(S)	CONTAGEM DE COMPRESSAS	PEÇAS OPERATÓRIAS
<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Especificar: _____	Quantidade no início: _____ Quantidade no término: _____	<input type="checkbox"/> Anátomo Patológico <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Congelação Resultado: _____ Especificar: _____
USO DE DRENO(S)	CONTAGEM DE COMPRESSAS	PEÇAS OPERATÓRIAS
<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Especificar: _____	Quantidade no início: _____ Quantidade no término: _____	<input type="checkbox"/> Anátomo Patológico <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Congelação Resultado: _____ Especificar: _____

Boletim de Cirurgia COE - 4420



ANTONIO
PRUDENTE
Natal

BOLETIM DE CIRURGIA

Atendimento: 34308379 Data: 05/02/16
Nome: Fabson Valentin da Hora Idade: 29 Sexo: M
Diagnóstico Clínico: Diagnóstico Cirúrgico:

CIRURGIA PROPOSTA GAT acalculoso - 1 osteotomia 10x com placa + parafusos		PROCEDIMENTO REALIZADO
TIPO DE ANESTESIA BIA + sed. gcs Dr. Leandro Orth Anestesiologista - CRM 5901 CPF 741.110.600-30		MATERIAL ESPECIAL LIBERADO

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO			
LIMPA	CONTAMINADA	POTENCIALMENTE CONTAMINADA	INFECTADA
INÍCIO: 9 : 30 hs		TÉRMINO: 10 : 20 hs	

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA
Lig. de alça abdominal. Proteção da fúrcula
ligamentar
fixação de crânio - + fixação de O1 placa 3,5 +
O2 placa 4 + parafusos
Alimentar + ligamento de O3 (O30)
União ligamentar e O3 de um de parafuso
fixado O1 de um de parafuso.
Sutura por planos.

MATERIAL ESPECIAL UTILIZADO: NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	
Dr. Pedro F. Freire Ortopedia e Traumatologia CRM 5804 - TEO 13187	Dr. Hausmann Mariz Ortopedia e Traumatologia CRM 53141 - SBO 142215

USO DE DRENO(S)		CONTAGEM DE COMPRESSAS		PEÇAS OPERATÓRIAS	
NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	Especificar	Quantidade no início	Quantidade no término	<input type="checkbox"/> Anatomo Patológico <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Congelação Resultado
				Especificar	
USO DE DRENO(S)		CONTAGEM DE COMPRESSAS		PEÇAS OPERATÓRIAS	
NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	Especificar	Quantidade no início	Quantidade no término	<input type="checkbox"/> Anatomo Patológico <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Congelação Resultado
				Especificar	

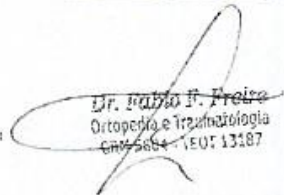
Boletim de Cirurgia COD 71320

Av. Presidente Quaresma, 930 – Alecrim
Fone: (84) 3203-5000

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) paciente Robson Valetim da Hora
esteve no Hospital Antônio Prudente de Natal, estando impossibilitado(a) de comparecer ao
trabalho durante o período de 60 dias.

CID: 532.4



Dr. Roberto F. Freire
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5884 - RQE 13187

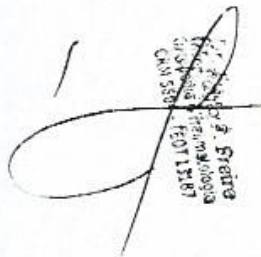
Natal, 02 de 02 de 2016



P/ Robson Valentin.

LAUDO MÉDICO

Realizado na tranquilidade
utilizado 01 fio de 3.5


Igor Wagner Seabra Diniz de Melo
CRM 588 1501187

03.02.16



Matriz Ceará Fortaleza (85) 3255 9090 Central de Atendimento 24h 0300 7893630 www.hapvida.com.br
Filiais Alagoas (82) 3215 2500 Amazonas (92) 3627 0300 Bahia (71) 3203 8700
Ceará (88) 3512 1515 (86) 3613 1242 Maranhão (98) 3217 3400
Paraíba (91) 3289 6500 (83) 3208 2100 (83) 3321 9200
Piauí (86) 3216 7100 Rio Grande do Norte (84) 3220 5050 (84) 3316 1170

RELATÓRIO ORTOPÉDICO

Paciente, Sr.

ROBSON VALENTIN

ATENDIDO EM OPERAÇÃO
ORTOPÉDICA PARA

LIMPEZA DE DEBRIDE-
MENTO DA FURÇÃO

DEPÓSITO DO UNDO
NHE, E DILATAÇÃO
(CURVA DEBILITADA)

TELA

9/2/2016

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 5041 - RCDT 11282



Av. Aguanambi, 1827 - Bairro de Fátima - Fortaleza - Ceará
CEP 60055-401 - Fone: (85) 3277 4000



Dr. Robson Valetov

Utilizada placa de 35
cm hios no lugar da
placa manuseio 4.5 cm.

Dr. Fabio P. Freire
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5664 - FORT 13187

10-02-16



Matriz Ceará Fortaleza (85) 3255.9090 Central de Atendimento 24h: 0300 7893630 www.hapvida.com.br
Filiais Alagoas (82) 3215.2500 Amazonas (92) 3627.0300 Bahia (71) 3203.8700
Ceará (88) 3512.1515 Maranhão (98) 3613.1242
Paraíba (91) 3289.6500 Piauí (86) 3216.7100 Rio Grande do Norte (84) 3220.5050
Pernambuco (98) 3321.9200

A.N: 3495439221
E.N: 14570679
FELVVS
3520 X 4200

VIDA IMAGEM NATAL
18/03/2016
09:01:23
ROBSON VALENTIM DA HORA
0297 M 10071429
Nasc: 07/08/1986



17/10/2016
P.P.



COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 16542465651

Número do Benefício: 6133518441

Espécie: 31

Número do Requerimento: 171475521

Ao Sr.(a): ROBSON VALENTIM DA HORA

Endereço: DOS POTIGUARES 20, CANDELARIA

CEP: 59064280

Município: NATAL

UF: RN

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 17/02/2016, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 31/10/2016.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (31/10/2016), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 31/10/2016 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Pedido de Reconsideração ou Recurso a Junta de Recurso da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação ou Pedido de Reconsideração poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data: 06 de abril de 2016

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: NATAL NAZARE Endereço: AV CORONEL ESTEVAM, N 3529 ,
NOSSA SENHORA DE NAZARE

CEP: 59062200 Município: NATAL

UF: RN

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 06 de abril de 2016

Assinatura do Requerente / Representante Legal



COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 16542465651

Número do Benefício: 6133518441

Espécie: 31

2ª VIA

Número do Requerimento: 171475521

Ao Sr.(a): ROBSON VALENTIM DA HORA

Endereço: DOS POTIGUARES, CANDELARIA

CEP: 59064280

Município: NATAL

UF: RN

Assunto: Pedido de Prorrogação de Auxílio Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu Pedido de Prorrogação do Auxílio Doença, apresentado no dia 19/10/2016, informamos que foi reconhecido o direito a prorrogação do benefício, tendo em vista que foi comprovado que houve incapacidade para o seu trabalho. O benefício foi prorrogado até 14/11/2016.

Desta decisão poderá ser interposto Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, dentro do prazo de 30(trinta) dias contados da data do recebimento desta comunicação.

Data: 14 de novembro de 2016

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: NATAL NAZARE Endereço: AV CORONEL ESTEVAM, N 3529 ,
NOSSA SENHORA DE NAZARE

CEP: 59062200 Município: NATAL

UF: RN

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 14 de novembro de 2016

Assinatura do Requerente / Representante Legal

INCER - LABORATÓRIO DE NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA

Paciente: ROBSON VALENTIN DA HORA, 30 anos; **Data:** terça-feira, 27 de dezembro de 2016

Quadro Clínico: refere quadro de "dormência e diminuição dos movimentos da perna e pé ESQUERDO". Antecedente de fratura de acetábulo após acidente de motocicleta". Submetido à cirurgia para correção de fratura de acetábulo esquerdo. Ao exame: paralisia na dorso-flexão do pé esquerdo.

ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES:

TÉCNICA DO EXAME: foram estudadas a neurocondução motora e sensitiva dos nervos tibiais, fibulares profundos, surais e fibulares superficiais.

ACHADOS:

NEUROCONDUÇÃO MOTORA: MUPs do nervo fibular profundo ESQUERDO com bloqueio de condução na cabeça da fíbula;

NEUROCONDUÇÃO SENSITIVA: SENAPs dos nervos surais e fibulares superficiais com amplitudes, velocidades e latências dentro da norma;

ONDAS TARDIAS: latências de ondas F e do reflexo H dentro da norma;

MIOGRAFIA: presença de sinais de desnervação crônica nos mm extensores da perna e pé, à esquerda.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: NEUROPATIA (AXONOTMSE) DO NERVO FIBULAR PROFUNDO ESQUERDO, NA CABEÇA DA FÍBULA.

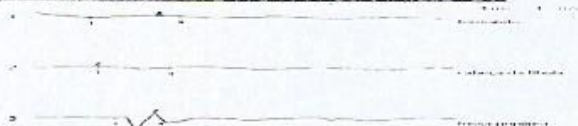
DR HEIDER LOPES DE SOUZA - CRM 3401

MEMBRO TITULAR DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA.

HEIDER LOPES DE SOUZA
Neurofisiologia Clínica
CRM 3401/RN CNC 132656

VC motora

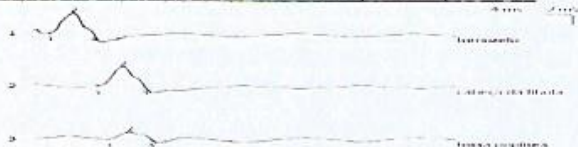
direita, Extensor curto dos dedos, Fibular, I4 L5 S1



Amplitude de onda M com estímulo distal é de 0,4 mV. Latência residual de 7,8 ms. Onda M com estímulo no ponto "cabeça da fíbula" não foi obtida. Velocidade no segmento "tornozelo – cabeça da fíbula" 283 m/s. Velocidade no segmento "cabeça da fíbula – fossa poplíteia" 40,0 m/s.

VC motora

esquerda, Extensor curto dos dedos, Fibular, I4 L5 S1



Amplitude de onda M com estímulo distal é de 3,8 mV. Latência residual de 0 ms. Velocidade no segmento "tornozelo – cabeça da fíbula" 46,0 m/s. Velocidade no segmento "cabeça da fíbula – fossa poplíteia" 38,7 m/s.

VC sensitiva

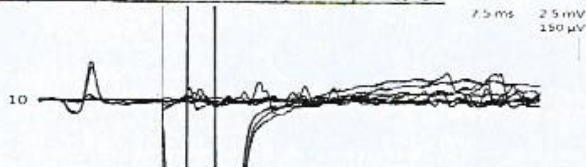
esquerda, n. Suralis, S1-S2



Potencial de ação do nervo no sítio "1" 2,4 μ V. Velocidade no segmento "1" 46,3 m/s.

Onda-F

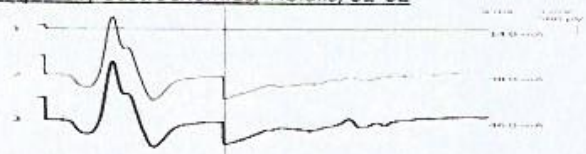
esquerda, Abdutor do hálux, Tibial, I4 L5 S1



Latência mínima de ondas F 79,6 ms, máxima 88,9 ms, média 85,9 ms, diferença 9,35 ms. Amplitude F média de 93,0 μ V. Razão de amplitudes F/M : máxima 1,2%, média 0,8%. Sem ondas F repetitivas. 50,0% de bloqueios, sem ondas F gigantes. Latência periférica 51,2 ms.

Reflexo-H

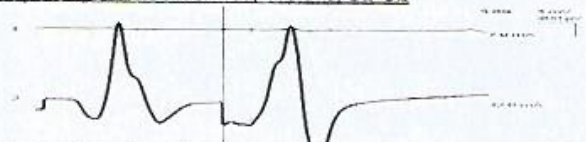
esquerda, Gastrocnemius, Tibialis, S1-S2



Limiar da onda M é 14,0 mA, limiar do Reflexo H é 38,0 mA. Amplitude máxima do reflexo H é 0,536 mV com intensidade de 46,0 mA. Amplitude máxima de onda M é 37,3 mV. Razão de amplitudes H/M é 1,4%. Latência da onda H com maior amplitude é 36,1 ms. O incremento médio de reflexo H é 0,1 mV/mA.

Reflexo-H

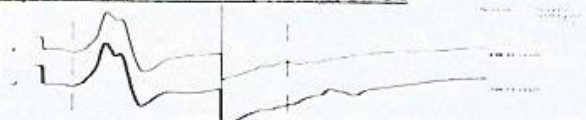
esquerda, Gastrocnemius, Tibialis, S1-S2



Limiar da onda M é 7,0 mA, limiar do Reflexo H é 7,0 mA. Amplitude máxima do reflexo H é 3,91 mV com intensidade de 32,0 mA. Amplitude máxima de onda M é 28,5 mV. Razão de amplitudes H/M é 13,7%. Latência da onda H com maior amplitude é 28,7 ms. O incremento médio de reflexo H é 0,2 mV/mA.

Reflexo-H

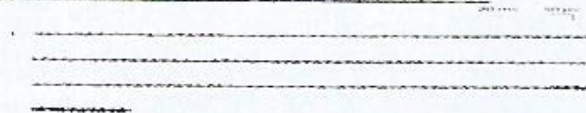
esquerda, Gastrocnemius, Tibialis, S1-S2



Limiar da onda M é 19,0 mA, limiar do Reflexo H é 19,0 mA. Amplitude máxima do reflexo H é 0,956 mV com intensidade de 28,0 mA. Amplitude máxima de onda M é 36,1 mV. Razão de amplitudes H/M é 2,7%. Latência da onda H com maior amplitude é 33,7 ms. O incremento médio de reflexo H é 0,1 mV/mA.

Atividade espontânea

direita, Tensor fásia lata, Glúteo superior, L4-S1

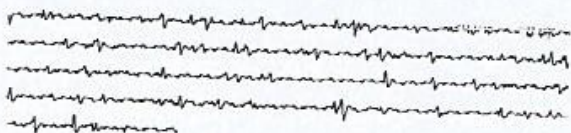


Fenômenos

Fenômeno	Manifes- tações	Contagem	Ampl., μ V	Freq., Hz
Spontaneous activity was not detected		0	0	0

Atividade espontânea

direita, Gastrocnêmio, Tibial, S1-S2

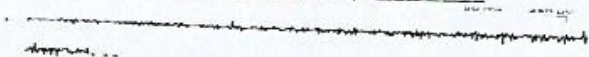


Fenômenos

Fenômeno	Manifestações	Contagem	Ampl., μV	Freq., Hz
Spontaneous activity was not detected		0	0	0

Interferência

direita, Tensor fáscia lata, Glúteo superior, L4-S1



Análise amplitudes-turns

Curva	Max ampl., μV	Ampl. média., μV	Ampl. Total mV/s	Freq. média, 1/s	Ampl./freq., $\mu V \times s$
1	682	203	31,1	154	1,31

Interferência

direita, Tensor fáscia lata, Glúteo superior, L4-S1

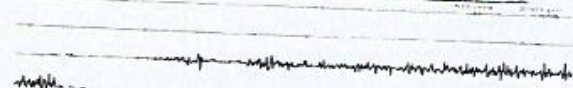


Análise amplitudes-turns

Curva	Max ampl., μV	Ampl. média., μV	Ampl. Total mV/s	Freq. média, 1/s	Ampl./freq., $\mu V \times s$
1	1737	327	84,7	260	1,26

Interferência

direita, Cabeça curta bíceps femoral, Fibular, L5-S2 s3

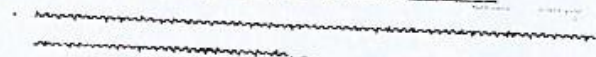


Análise amplitudes-turns

Curva	Max ampl., μV	Ampl. média., μV	Ampl. Total mV/s	Freq. média, 1/s	Ampl./freq., $\mu V \times s$
1	909	288	18,3	63,7	4,52

Interferência

direita, Extensor longo do hálux, Fibular, I4 L5 S1

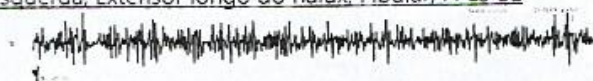


Análise amplitudes-turns

Curva	Max ampl., μV	Ampl. média., μV	Ampl. Total mV/s	Freq. média, 1/s	Ampl./freq., $\mu V \times s$
1	362	181	28,0	155	1,16

Interferência

esquerda, Extensor longo do hálux, Fibular, I4 LS S1

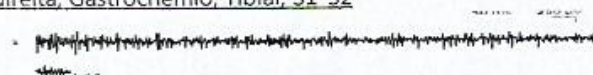


Análise amplitudes-turns

Curva	Max ampl., μV	Ampl. média., μV	Ampl. Total mV/s	Freq. média, 1/s	Ampl./ freq., $\mu V \times s$
1	2170	544	235	432	1,26

Interferência

direita, Gastrocnêmio, Tibial, S1-S2

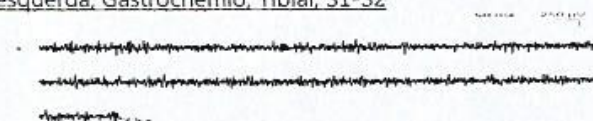


Análise amplitudes-turns

Curva	Max ampl., μV	Ampl. média., μV	Ampl. Total mV/s	Freq. média, 1/s	Ampl./ freq., $\mu V \times s$
1	1003	301	109	362	0,831

Interferência

esquerda, Gastrocnêmio, Tibial, S1-S2



Análise amplitudes-turns

Curva	Max ampl., μV	Ampl. média., μV	Ampl. Total mV/s	Freq. média, 1/s	Ampl./ freq., $\mu V \times s$
1	597	221	67,7	307	0,72

EXCELENTÍSSIMO (a) SENHOR (a) DOUTOR (a) JUIZ (a) DA 19ª VARA CÍVEL
DA COMARCA DE NATAL-RN.

Processo nº: 0833904-85.2017.8.20.5001 - Seguro obrigatório - DPVAT

ROBSON VALENTIM DA HORA, já devidamente qualificado nos autos em
epígrafe, por seu advogado e procurador judicial e extrajudicial legalmente constituído (doc.
Incluso ao processo) e in fine signatário, vem mui respeitosamente à presença de V. Ex.
INFORMAR E JUNTAR DOCUMENTOS SOLICITADOS:

MM. Juiz, conforme decisão na movimentação processual ID 27991108:
“Intime-se a parte autora para, por seu patrono, no prazo legal de 60(sessenta) dias, colacionar
aos autos todos os documentos hábeis à comprovação do requerimento administrativo
referente ao seguro indenizatório decorrente do acidente de trânsito narrado vestibularmente,
carreando, conforme o caso, comprovante do valor parcialmente recebido, negativa de
pagamento pela Seguradora ou comprovante de que a mesma não finalizou o procedimento no
prazo legal, bem ainda, acaso for, colacionar aos autos o boletim de ocorrência e o
comprovante de atendimento médico, sob pena de extinção do processo, sem resolução de
mérito(CPC, art. 485, VI).”

Diante disto, venho através desta fazer as referidas informações:

Ocorre, Insigne Magistrado, que houve abertura de pedido de indenização
administrativo, conforme documento em anexo junto a esta presente petição.

Diante do exposto, requer que seja dado prosseguimento na presente demanda, porquanto, que produza seus jurídicos e legais efeitos, havendo o Autor trazido a informação delimitada por Vossa Excelência.

Pede deferimento.

Natal-RN, 25 de setembro de 2018.

Igor Wagner Seabra Diniz de Melo

OAB-RN 12.693



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2016

Carta nº: 8999078

A/C: ROBSON VALENTIM DA HORA

Sinistro: 3160250380 ASL-0848404/16
Vítima: ROBSON VALENTIM DA HORA
Data Acidente: 02/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



(/)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPrensaTRABALHE
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 a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3160250380 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ROBSON VALENTIM DA HORA

COBERTURA Invalidez




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

BENEFICIÁRIO ROBSON VALENTIM DA HORA

CPF/CNPJ: 05974993497

Posição em 25-09-2018 11:02:38

Seu pedido de indenização foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada em nossa última

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
21/10/2016	Negativa por ausência de comprovação documental	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/+CRwLGnL+CPuR833PXWbl api_key=2EUxO2SGR89AycdPswx__q4R8TzIH04hiWpQV5ijQh__E=)
25/04/2016	Exigência Documental	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/24mmjV0AEpilnbLeVHIKx api_key=2EUxO2SGR89AycdPswx__q4R8TzIH04hiWpQV5ijQh__E=)
25/04/2016	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/L7nhHz7kf6wSIFwvdsVc api_key=2EUxO2SGR89AycdPswx__q4R8TzIH04hiWpQV5ijQh__E=)

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



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

A A A

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/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)

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

(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Quem-Somos.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes>)

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)

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

<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?gclid=Cj0KCQjwuafdB RDmARIsAppBmVVmPag20wzg...> 2/2