



Número: **0840171-05.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **10/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

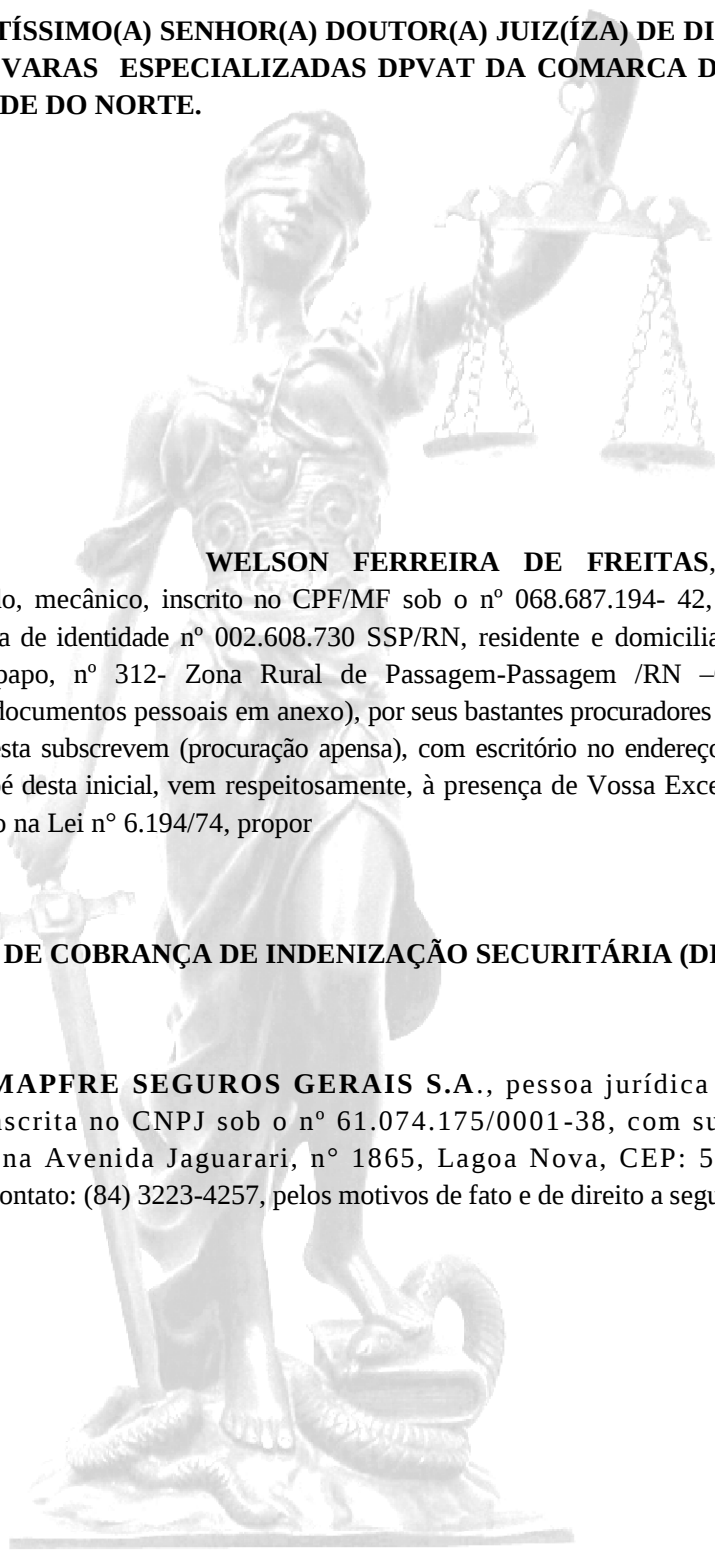
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes                             |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                                                                              |                          |
|------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| WELSON FERREIRA DE FREITAS (AUTOR) |                    | BRUNO HENRIQUE CORTEZ DE PAULA (ADVOGADO)<br>ERIC TORQUATO NOGUEIRA (ADVOGADO)<br>CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO) |                          |
| MAPFRE SEGUROS (RÉU)               |                    |                                                                                                                            |                          |
| Documentos                         |                    |                                                                                                                            |                          |
| Id.                                | Data da Assinatura | Documento                                                                                                                  | Tipo                     |
| 48678653                           | 10/09/2019 09:57   | <a href="#">Petição Inicial</a>                                                                                            | Petição Inicial          |
| 48678654                           | 10/09/2019 09:57   | <a href="#">02.Petição inicial Welson Ferreira de Freitas</a>                                                              | Outros documentos        |
| 48678655                           | 10/09/2019 09:57   | <a href="#">Boletim de ocorrência</a>                                                                                      | Outros documentos        |
| 48678656                           | 10/09/2019 09:57   | <a href="#">Procuração, RG e CPF</a>                                                                                       | Procuração               |
| 48678658                           | 10/09/2019 09:57   | <a href="#">Requerimento administrativo</a>                                                                                | Ato Administrativo       |
| 48678659                           | 10/09/2019 09:57   | <a href="#">Prontuarios médicos e cirúrgicos__</a>                                                                         | Documento de Comprovação |
| 48695731                           | 10/09/2019 13:26   | <a href="#">Despacho</a>                                                                                                   | Despacho                 |

Petição em anexo.



**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(ÍZA) DE DIREITO DE  
UMA DAS VARAS ESPECIALIZADAS DPVAT DA COMARCA DE NATAL,  
RIO GRANDE DO NORTE.**



**WELSON FERREIRA DE FREITAS**, brasileiro, casado, mecânico, inscrito no CPF/MF sob o nº 068.687.194- 42, portador da cédula de identidade nº 002.608.730 SSP/RN, residente e domiciliado no Sítio Genipapo, nº 312- Zona Rural de Passagem-Passagem /RN –CEP:59259-000(documentos pessoais em anexo), por seus bastantes procuradores e advogados que esta subscrevem (procuração apensa), com escritório no endereço grafado no rodapé desta inicial, vem respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, com fulcro na Lei nº 6.194/74, propor

**AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA (DPVAT)**

em face de **MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 61.074.175/0001-38, com sucursal em Natal/RN, na Avenida Jaguarari, nº 1865, Lagoa Nova, CEP: 59054-500, telefone de contato: (84) 3223-4257, pelos motivos de fato e de direito a seguir aduzidos:



## **I - DA JUSTIÇA GRATUITA**

Declara a parte Autora que a sua situação econômica atual não lhe permite demandar sem o prejuízo do seu sustento próprio e de sua família, pelo que requer a concessão dos benefícios da justiça gratuita, com fundamento no artigo 5º, LXXIV, da Constituição Federal, Lei nº 1.060/50, com alteração pela Lei nº 7.510/86, e art. 98 do CPC.

A doutrina pátria vem, reiteradamente, aceitando o deferimento dos benefícios da gratuidade da justiça, sem maiores formalidades, mediante simples alegação da parte de que não possui condições para demandar em juízo. Como bem leciona o professor JOSÉ ROBERTO CASTRO, ao tratar do assunto em referência:

*“Basta que o próprio interessado, ou seu procurador declare, sob as penas da lei, que o seu estado financeiro não lhe permite arcar com o custeio do processo”*

Pelo exposto, com base na garantia jurídica que a lei oferece, requer, o Autor, a concessão do benefício da gratuidade judiciária, em todos os seus termos, a fim de que sejam isentos de qualquer ônus decorrente do presente feito.

## **II - DOS FATOS**

A parte autora envolveu-se em acidente de trânsito na data de 07/10/2017, por volta das 13:00, que conduzia a motocicleta na margens da BR 101 e que ao dentar na rua do sítio Uma perdendo o controle da motocicleta e caiu, causado escoriações pelo corpo e fratura no braço direito e mão, conforme narra o Boletim de Ocorrência apenso.

O acidentado devido gravidade das lesões, foi transferido para o Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel / Pronto Socorro Clóvis Sarinho, e o posteriormente conduzido ao Hospital Deoclécio Marques em Parnamirim/RN, onde foi submetido a exames diversos, dentre eles, raio X do braço e mão.

O infortúnio causou escoriações ao promovente, bem como fratura de antebraço (punho), e luxação do ombro que acabou limitando os movimentos de todo o membro superior atingido, resultando na incapacidade permanente, conforme documentação médico-hospitalar apensa.



Foi submetido a procedimentos médicos cirúrgico diversos para amenizar as fortes dores e os traumas oriundos do infortúnio, como assim detalha a documentação médico hospitalar apensa.

.

Frise-se que a parte autora necessitou de cuidados emergenciais e teve que ser internado para realização de procedimento cirúrgico em decorrência dos traumas sofridos.

Ademais, a parte autora requereu junto a seguradora ré o pagamento do seguro obrigatório DPVAT, visto que sua situação enquadrava-se naquelas previstas nas hipóteses de concessão do pagamento deste seguro. Registre-se que o valor do seguro disponibilizado foi de R\$ 2.362,50 (Dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Ocorre que a lesão teve repercussão para todo o membro superior direito, de modo que o valor creditado em favor da parte autora é **inferior** ao que esta faz jus, haja vista que o percentual atinente à lesão não correspondeu ao da tabela anexa à Lei 6.194/74, consoante será comprovado mediante a realização de perícia médica judicial, o que desde já se requer.

Não custa lembrar que, embora a lei preceitue que o pagamento da indenização dar-se-á de acordo com o grau de invalidez causado à vítima do acidente, **tal fato não impõe à parte o ônus de indicar em sua inicial tal percentual, na medida em que tal questão pode ser apurada ao longo da instrução processual e perícia médica, o que desde já se requer.**

Denota-se legítimo o dever da Ré em efetuar o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT, ora pleiteada, visto que a mesma pertence ao rol de seguradoras que compõem atualmente o Consórcio referente ao Convênio DPVAT.

### III - DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS

O Seguro Obrigatório DPVAT foi criado pela Lei nº 6.194/74, com o objetivo de garantir às vítimas de acidentes causados por veículos, ou por suas cargas, indenizações em caso de morte e invalidez permanente, e o reembolso de despesas médicas.

As indenizações do DPVAT são obrigatórias porque foram criadas por lei. Essa lei determina que todos os veículos automotores de via terrestre, sem exceção, paguem o seguro. A obrigatoriedade do pagamento garante às vítimas de



acidentes com veículos o recebimento de indenizações, ainda que os responsáveis pelos acidentes não arquem com essa responsabilidade.

Tendo em vista as previsões legais da Lei 6.194/74, alterada pela Lei 11482/2007 (art. 8º), que criou o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causadores por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), a parte requerente faz jus à indenização pelas sequelas decorrentes do acidente de trânsito, no montante estabelecido conforme o art. 3º, incisos II e III, da Lei nº 6.194/74, “in verbis”:

*Art. 3º “Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:*

*I - omissis*

*II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;*

*III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.”*

A parte autora munira-se de todos os documentos exigidos pela legislação suso mencionada, tais como exames médicos dos danos físicos que acometem e o registro de ocorrência realizado no órgão policial competente, estritamente de acordo com o art. 5º, conforme segue:

*Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.*

A propósito, a exigência exagerada de apresentação de documentos, por exemplo, originais ou cópia autenticada, prática habitual da seguradora demandada, é exacerbadamente rigorosa, compreendendo formalidade incompatível com o princípio da instrumentalidade do processo, sendo, inclusive, motivo insuficiente para indeferimento da inicial.

Assim, instruído de todos os documentos hábeis à sua pretensão, tem a parte autora direito à indenização.

Ademais, a matéria resta exaustivamente analisada e pacificada, senão vejamos:



*APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. INDENIZAÇÃO CORRESPONDENTE A VALOR CERTO E DETERMINADO - TARIFADO EM LEI PARA OS CASOS DE INVALIDEZ PERMANENTE. MEDIDA PROVISÓRIA 340/2006. PAGAMENTO PARCIAL. **COMPLEMENTAÇÃO DO VALOR DEVIDO.** 1. Não há que se falar em graduar a invalidez permanente com base na Resolução n.º 1/75 de 03/10/75, editada pelo Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, pois, em se tratando de norma regulamentar, não pode esta dispor de modo diverso da Lei n.º 6.194/74, de hierarquia superior. 2. A percepção dos valores referentes ao seguro DPVAT na esfera administrativa a título de liquidação de sinistro não importa em abdicar do direito de receber indenização tarifada, havendo saldo a ser satisfeito, resultante da diferença entre o valor recebido e aquele efetivamente devido em face do previsto em lei. 3. A parte autora possui direito à complementação do valor da indenização tarifado em R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), devendo ser abatido o valor atinente ao pagamento parcial efetuado na esfera administrativa, montante este que deve ser corrigido monetariamente pelo IGP-M, a contar daquele termo, acrescidos de juros moratórios a partir da citação. 4. Honorários advocatícios. Majoração para 15% do valor da condenação. Dado parcial provimento aos recursos. (Apelação Cível Nº 70028013035, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luiz Lopes do Canto, Julgado em 21/01/2009).*

Nota-se claramente que a lei foi criada para a indenização de vítimas de acidentes de trânsito, tudo nos termos da Lei nº 6.194/74, com a redação dada pela Lei nº 8.441/92.

*Ex positis*, conclui-se que é suficiente, portanto, a apresentação dos exames, atestados e laudo médico apresentados, além do registro da ocorrência no órgão policial, para o devido pagamento da indenização, sendo abusiva qualquer outra exigência fora dos itens supracitados.

Ademais, em se tratando de seguro pessoal, não se pode investigar quanto à proporção do prejuízo sofrido, pois a vida ou a redução da capacidade produtiva não é passível de perfeita estimativa econômica, consoante estabelece o art. 789 do novel Código Civil, o que atentaria ao princípio da dignidade humana.

Da documentação colacionada aos autos pela parte autora pode-se inferir de forma precisa a existência de sequelas, cujo valor correto da indenização só será conhecido quando da realização de perícia médica.



Portanto, a parte autora faz jus à indenização do seguro obrigatório DPVAT em virtude das sequelas oriundas do sinistro.

#### **IV - DA APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR E O ÔNUS DA PROVA**

A relação estabelecida entre a seguradora e o segurado, como sabido e ressabido, é considerada relação de consumo, regida, portanto, pela legislação consumerista.

A propósito, dispõe o Código de Defesa do Consumidor que:

*Art. 3º Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.*

*(...)*

*§ 2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista.*

Admitida a aplicação analógica do Código de Defesa do Consumidor nas cobranças do seguro DPVAT, imprescindível constatar o preenchimento dos requisitos autorizadores.

No caso afigura-se possível a inversão do ônus da prova, por serem verossímeis as alegações e pelo fato de o autor ser hipossuficiente.

Outrossim, mesmo que seja matéria controvertida na jurisprudência, não há impedimento quanto a aplicação analógica das regras do Código de Defesa do Consumidor às ações de cobrança de seguro DPVAT, por não haver regra na legislação específica impedindo a inversão do ônus da prova. Alias, o §2º do artigo 3º do CDC autoriza a incidência de suas regras nas ações securitárias privadas, que muito se assemelham com as cobranças do seguro DPVAT, e, portanto, mais um motivo relevante autorizador.



Logo, constatada a verossimilhança das alegações e a hipossuficiência da parte autora, aplica-se o Código de Defesa do Consumidor ao caso concreto, sendo admitida a inversão do ônus da prova, ainda que não se trate de relação tipicamente de consumo.

## **V - DA CONVERSÃO PARA O RITO ORDINÁRIO**

A ação de cobrança do Seguro Obrigatório – DPVAT visa o recebimento de indenização em razão de óbito ou invalidez permanente, ocasionados em virtude de acidente de trânsito, devendo seguir o procedimento sumário, conforme determinado pelas regras do art. 275, II, “e”, adotado por Vossa Excelência.

Como se percebe pela rotina das audiências já realizadas, muito raramente sucede acordo antes da realização da perícia, a qual não ocorre antes da audiência de conciliação, sendo muito mais comum a realização de acordo fora da audiência, com apresentação de petição escrita para homologação do Juízo. Desta forma, é ineficaz a realização de audiência de conciliação antes da confecção e apresentação do Laudo de Exame Pericial, a ser realizado após citação do réu para oferecimento de contestação bem como de quesitos para a perícia médica, adaptando-se o procedimento para que se alcance a máxima efetividade dos atos processuais.

Constitui poder-dever do magistrado, sempre que não houver prejuízo às partes, adequar o procedimento à pretensão deduzida em Juízo, em observância aos princípios da efetividade, economia e acesso à jurisdição.

Requer, portanto, a adoção do rito ordinário, uma vez que, além do desenvolvimento célere, não serão causados prejuízos às partes, por não interferir substancialmente no processo.

## **VI – DOS JUROS E DA CORREÇÃO MONETÁRIA – TERMO INICIAL**

Constatado que o Requerente não recebeu a quantia devida face as sequelas que o acometeram, deve a Requerida ser condenada a efetuar o pagamento da indenização devida.

Nesse particular aspecto, inexiste dúvida que a seguradora incide em mora ao não efetuar o pagamento da indenização devida de acordo com a legislação de regência.



No pertinente aos juros de mora, seu cômputo deve ocorrer a partir da data do evento danoso.

Não obstante a posição da seguradora quanto a este aspecto, no sentido de que os encargos moratórios incidem a partir da citação ou do ajuizamento da ação, visando atender ao princípio da unicidade da prestação da tutela jurisdicional, é de se aceder ao entendimento majoritário dos Tribunais os quais determinam que sejam os juros calculados desde a data da ocorrência do evento danoso.

Não é outro o entendimento sumulado do Superior Tribunal de Justiça. *In verbis*:

**Súmula 580-STJ: A correção monetária nas indenizações de seguro DPVAT por morte ou invalidez, prevista no parágrafo 7º do artigo 5º da Lei 6.194/74, redação dada pela Lei 11.482/07, incide desde a data do evento danoso.**

Ainda:

AGRAVO REGIMENTAL EM AGRAVO (ART. 544 DO CPC) - REPARAÇÃO DE DANOS PELO PROCEDIMENTO SUMÁRIO - ATROPELAMENTO - CULPA DA EMPRESA DE ÔNIBUS - NÃO COMPROVAÇÃO DO RECEBIMENTO DO DPVAT - JUROS DE MORA FIXADOS A PARTIR DO EVENTO DANOSO - INSURGÊNCIA DA RÉ. [...] 3. Em se tratando de responsabilidade extracontratual, os juros moratórios incidem desde o evento danoso, inclusive sobre o valor dos danos morais. Enunciado 54 da Súmula do STJ. 4. Arts. 389 do Código Civil e 333, I, II, do Estatuto Processual Civil. Ausência de prequestionamento. Súmula n. 282 do STF. 5. Não logrou o recorrente demonstrar a divergência jurisprudencial nos moldes exigidos pelos artigos 541, parágrafo único, do CPC e 255, §§ 1º e 2º, do RISTJ. 6. Agravo regimental a que se nega provimento. (STJ - AgRg no AREsp: 269079 RJ 2012/0261937-8, Relator: Ministro MARCO BUZZI, Data de Julgamento: 24/09/2013, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 11/10/2013)



Ademais, acaso Vossa Excelência entenda de modo diverso, subsidiariamente, a correção monetária deve incidir a contar da data do pagamento a menor, porquanto se trata de reposição da perda do valor da moeda.

Seguindo o mesmo entendimento, colacionamos alguns julgados:

RECURSOS DE APELAÇÃO. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. PEDIDO DE INCLUSÃO DA SEGURADORA LÍDER COMO LITISCONORTE PASSIVA. INDEFERIMENTO. MÉRITO. NEXO CAUSAL ENTRE O FATO E O DANO COMPROVADO. INDENIZAÇÃO DEVIDA. LIMITAÇÃO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO AO QUANTO PEDIDO EXPRESSAMENTE PELA PARTE. TERMO INICIAL DA CORREÇÃO MONETÁRIA. DATA DO PAGAMENTO A MENOR. MAJORAÇÃO DA VERBA HONORÁRIA. POSSIBILIDADE. APELOS PROVIDOS EM PARTE. (Apelação Cível Nº 70037887247, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Antônio... (TJ-RS - AC: 70037887247 RS, Relator: Antônio Corrêa Palmeiro da Fontoura, Data de Julgamento: 27/01/2011, Sexta Câmara Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 09/02/2011)

\*\*\*\*\*

APELAÇÃO CÍVEL - MÉRITO - INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA - DPVAT - COMPLEMENTAÇÃO - ADMISSIBILIDADE - QUANTUM INDENIZATÓRIO - PROPORCIONALIDADE - TABELA PARA CÁLCULO DE INVALIDEZ - INCIDÊNCIA DE CORREÇÃO MONETÁRIA - DATA DO PAGAMENTO A MENOR - HONORÁRIOS - LEGALIDADE - RECURSO DESPROVIDO. É plenamente possível pleitear em juízo a complementação de seguro obrigatório pago parcialmente por via administrativa. Conforme precedente do Superior Tribunal de Justiça, em caso de invalidez parcial, o pagamento do seguro obrigatório (DPVAT) deve, por igual, observar a respectiva proporcionalidade. A correção monetária nas ações



de cobrança de seguro obrigatório que visam à complementação da verba indenizatória deve incidir a partir da data do pagamento a menor realizado na esfera administrativa. Nas causas de pequeno valor, os honorários advocatícios serão fixados consoante apreciação equitativa do juiz, conforme disposto no artigo 20, § 4º, do Código de Processo Civil. (Ap 124078/2010, DES. ORLANDO DE ALMEIDA PERRI, PRIMEIRA CÂMARA CÍVEL, Julgado em 31/05/2011, Publicado no DJE 06/06/2011). (TJ-MT - APL: 00024631120098110003 124078/2010, Relator: DES. ORLANDO DE ALMEIDA PERRI, Data de Julgamento: 31/05/2011, PRIMEIRA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 06/06/2011)

\*\*\*\*\*

“APELAÇÃO CÍVEL 1 - AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO DPVAT - JUROS DE MORA DEVIDOS DESDE O PAGAMENTO A MENOR - DIFERENÇA DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO- RECIBO DANDO QUITAÇÃO - POSSIBILIDADE DO BENEFICIÁRIO PLEITEAR A DIFERENÇA DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO - VALOR ARBITRADO EM 40 VEZES O MAIOR SALÁRIO MÍNIMO VIGENTE À ÉPOCA - POSSIBILIDADE - LEI 6.194/74 NÃO REVOGADA PELAS LEIS 6205/75 E 6423/77 PRIMEIRO RECURSO PREJUDICADO E SEGUNDO DESPROVIDO”. (TJPR – 9ª Câmara Cível – Apelação Cível n.º 0402086-6 – Rel. Des. José Augusto Gomes Aniceto – j. 22/03/2007).

Tendo em vista as considerações acima, chegamos a conclusão de que em se tratando de pedido de pagamento de valores relativos, os juros de mora e a correção monetária devem ser computados a partir da data do evento danoso ou do pagamento a menor.

## VII – DA ELABORAÇÃO DOS QUESITOS

Nesta oportunidade, a parte autora apresenta os seguintes quesitos para serem respondidos pelo senhor perito no momento da realização da perícia médica,



solicitando, desde já, que a análise pericial obedeça aos preceitos do art. 473, do CPC/2015, que assim dispõe. “Ipsis litteris”:

*Art. 473. O laudo pericial deverá conter:*

*I - a exposição do objeto da perícia;*

*II - a análise técnica ou científica realizada pelo perito;*

*III - a indicação do método utilizado, esclarecendo-o e demonstrando ser predominantemente aceito pelos especialistas da área do conhecimento da qual se originou;*

***IV - resposta conclusiva a todos os quesitos apresentados pelo juiz, pelas partes e pelo órgão do Ministério Público. (g.n.)***

*§ 1º No laudo, o perito deve apresentar sua fundamentação em linguagem simples e com coerência lógica, indicando como alcançou suas conclusões.*

*§ 2º É vedado ao perito ultrapassar os limites de sua designação, bem como emitir opiniões pessoais que excedam o exame técnico ou científico do objeto da perícia.*

*§ 3º Para o desempenho de sua função, o perito e os assistentes técnicos podem valer-se de todos os meios necessários, ouvindo testemunhas, obtendo informações, solicitando documentos que estejam em poder da parte, de terceiros ou em repartições públicas, bem como instruir o laudo com planilhas, mapas, plantas, desenhos, fotografias ou outros elementos necessários ao esclarecimento do objeto da perícia.*

Eis os quesitos:

- 1) Queira o Sr. Perito informar qual sua especialidade;
- 2) Qual o tipo de lesão sofrida pela parte Autora em decorrência do acidente mencionado na petição inicial?
- 3) A(s) lesão(ões) repercutira(m) em todo o(s) membro(s) atingido(s)?
- 4) Qual foi o tratamento médico aplicado ao periciado?
- 5) Em razão do acidente e do tempo de recuperação, é possível determinar por quanto tempo o(a) periciado(a) pode ficar impossibilitado(a) de exercer atividade laborativa? O(a) periciado(a) chegou a ficar impossibilitado de trabalhar?
- 6) O(a) periciado(a) se encontra acometido(a) de alguma doença/lesão que o(a) incapacite para o trabalho? Em caso positivo, qual a sua natureza?
- 7) Desde quando o(a) periciado(a) é portador(a) da doença e há quanto tempo estaria incapacitado(a)? E, sendo possível, informar a data provável da consolidação da lesão ou sequela.



- 8) Caso o(a) periciado(a) tenha fruído de benefício previdenciário, é possível afirmar que se encontrava incapacitado(a) para o trabalho ou para suas atividades habituais quando da cessação do referido benefício? Em caso de resposta positiva, por quanto tempo?
- 9) Quais as sequelas físicas da lesão (esclarecendo se temporárias ou permanentes)?
- 10) Havendo sequelas, qual(is) o(s) tratamento(s) recomendado(s) para corrigi-la(s) ou atenuá-la(s)? Qual(is) seu(s) custo(s) médio(s)?
- 11) Houve (ou continua havendo) progressão ou agravamento da(s) sequela(s)? Especifique.
- 12) A(s) sequela(s) podem ser eliminadas ou minimizadas? Como?
- 13) Tal doença incapacita-o(a) temporariamente, permitindo recuperação, ou permanentemente?
- 14) Há chance de reabilitação profissional?
- 15) Qual a profissão do periciado?
- 16) O periciado encontra-se incapacitado para suas atividades laborativas **habituais**?
- 17) Há outras informações, inclusive sobre enfermidade(s) diversas das mencionadas na petição inicial, que podem ser úteis à solução da lide?
- 18) O(a) periciado(a) necessita de constante assistência de terceira pessoa, sobretudo para sua higiene, para vestir-se ou alimentar-se?
- 19) Foi realizada cirurgia no periciado. Se sim, o procedimento cirúrgico foi capaz de suprir as lesões ou danos inerentes ao acidente?
- 20) A(s) sequela(s) encontradas tem(têm) nexos causal com o acidente relatado neste processo?
- 21) Houve progressão, agravamento ou desdobramento da doença ou lesão ao longo do tempo?
- 22) **Há outras lesões diversas daquelas indicadas na inicial, mas que possuem relação direta com o acidente de trânsito informado?**
- 23) Em razão de sua enfermidade a parte autora necessita de permanentes cuidados médicos, de enfermagem ou de terceiros? Especificar.
- 24) A parte autora necessita de auxílio de órteses ou próteses? Caso positivo, especificar.
- 25) Se necessário prestar outras informações que o caso requeira e sejam pertinentes à solução da lide.

## VIII - DOS PEDIDOS

Ante o exposto requer a Vossa Excelência:



- a) A citação da demandada, no endereço declinado no preâmbulo, para contestar a presente ação, sob pena de revelia quanto ao fatos alegados, bem como para comparecer a audiência de conciliação ou de mediação, na forma do art. 319, VII, do CPC/2015;
- b) A procedência dos pedidos para condenar a Demandada ao pagamento do Seguro DPVAT devido à parte Autora, respeitando o previsto na Lei nº 6.194/73 **e a proporção de invalidez apurada por perito nomeado pelo Juízo, corrigidos a partir do evento danoso pelo IGP-M e juros de 1% ao mês;**
- c) A realização de perícia médica para apurar as lesões ou sequelas que acometeram a vítima em decorrência do acidente aqui narrado;
- d) Sendo realizada a perícia médica na parte autora, requer sejam respondidas pelo Sr. Perito todos os quesitos formulados nesta peça, em atenção ao art. 473, IV, do CPC/2015, sob pena de nulidade, solicitando, desde já, que a análise pericial obedeça aos preceitos do precitado artigo;**
- e) Acaso os presentes autos sejam remetidos ao CEJUSC para marcação de audiência e, conseqüentemente, realização de perícia judicial, requer, **ANTES DE REALIZADA A PERÍCIA MÉDICA**, o desentranhamento de toda a documentação médico-hospitalar que se encontra no acervo da seguradora demandada para que seja apreciada pelo médico perito **no momento da análise médica;**
- f) Seja a seguradora demandada intimada, **antes da realização da perícia médica judicial**, para apresentar nos autos cópia do processo administrativo referente ao sinistro em questão, documento comum às partes, em atenção ao artigo 396 do CPC/2015.
- g) requer, ainda, seja disponibilizada a lista de peritos na vara ou na secretaria deste Juízo, na forma do art. 157, § 2º, do CPC/2015;**
- h) A condenação da Requerida em custas e honorários advocatícios, estes em 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação OU, sendo inestimável ou irrisório o proveito econômico, em montante a ser arbitrado por Vossa Excelência, em atenção ao art. 85, § 8º, do CPC;
- i) A inversão do ônus da prova nos termos do §2º do artigo 3º do CDC;
- j) A produção de todos os meios de prova em direito admitidos, especialmente a prova testemunhal, documental e pericial;
- k) A concessão do benefício da justiça gratuita, nos moldes do art. 4º, da lei nº 1.060/50, eis que a parte Autora não tem possibilidade de arcar com as custas do presente feito e com seus ônus sucumbenciais, sem prejudicar seu próprio sustento e de sua família;



l) **A conversão do rito sumário para o ordinário;**

m) em caso de procedência da causa ou acordo firmado no curso do processo, requer, desde já, a retenção dos honorários advocatícios, com expedição de alvará em nome do advogado ERIC TORQUATO NOGUEIRA, CPF: 061.387.934-12, para levantamento dos honorários contratuais e/ou sucumbenciais – contrato apenso;

**Opta, o autor, amparado pelo art. 319, VII, do CPC, pela NÃO realização de audiência de conciliação ou de mediação, haja vista a improvável possibilidade de acordo.**

Atribui-se à causa o valor de R\$ 1.000,00 (mil reais) para fins de fixação de alçada.

Termos em que,

Pede e espera deferimento.

Natal/RN, 19 de agosto de 2019.

**ERIC TORQUATO NOGUEIRA**  
OAB/RN 11760

**BRUNO HENRIQUE CORTÊZ DE PAULA**  
OAB/RN 14290

**CLAUDIMIR JOSÉ FERREIRA VELHO**  
OAB/RN 7268





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR-DPCIN  
6ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE GOIANINHA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 229/2018

Natureza da Ocorrência : ACIDENTE DE TRANSITO  
Local da ocorrência : MARGINAL BR 101 NAS PROXIMIDADES DO BAIRRO UNA, GOIANINHA /RN  
Data e Hora: 07/10/2017 AS 13:00 HORAS

COMUNICANTE : WELLINGTON JOSE GADELHA FARIAS SEGUNDO  
FILIAÇÃO : WELLITON JOSE GADELHA FARIAS E DE MARILENE FARIAS DE OLIVEIRA GADELHA  
DATA DE NASCIMENTO : 21/11/1989  
NATURAL : GOIANINHA/RN  
DOCUMENTOS: RG:46825386-5 SSP /RN CPF: 085193624-51  
ENDEREÇO: RUA FELIX BARBALHO, BOA VISTA, 289, GOIANINHA/RN  
TELEFONE: (84) 91173260  
PROFISSÃO : TECNICO DE ENFERMAGEM  
REFERENCIA :

VITIMA : WELSON FERREIRA DE FREITAS  
FILIAÇÃO : WELLINGTON FERREIRA DE FREITAS E DE TEREZINHA DA CONCEIÇÃO FREITAS  
TELEFONE : 84 98140-4870  
NATURAL : AREZ/RN  
DATA DE NASCIMENTO : 14/10/1988  
DOCUMENTOS : RG : 002608730 SSP/RN CPF: 068687194-42  
ENDEREÇO : RUA LUIZ BELARMINO COSTA, 912, ESTAÇÃO, GOIANINHA RN  
PROFISSAO: MECÂNICO

ACUSADO :  
FILIAÇÃO :  
ENDEREÇO :  
DOCUMENTOS : RG : SSP/RN CPF :  
TELEFONE :  
REFERENCIA :  
PROFISSAO :

ARQUIVADO  
15 MAI 2018

HISTÓRICO

O COMUNICANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA NO DIA 20/04/2018 AS 15H00M NOTICIANDO QUE A VÍTIMA JÁ QUALIFICADA SAIU DO SEU LOCAL DE TRABALHO NO DIA 07/10/2017 AS 13H 00M PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN KS 2007 COR VERMELHA, PLACA MYY 8995 RENAVAL 00948441801 EM NOME DE JOSE REGINALDO FREIRE, CHASSI 9C2KC08108R101378 ONDE NA MARGINAL DA BR 101 ENTROU NA SEGUNDA RUA DO SÍTIO UNA PERDENDO O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU CAUSANDO ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATURA NO BRAÇO DIREITO TENDO SIDO SOCORRIDO POR ALEANDRO DIAS DO NASCIMENTO. QUE FOI ATENDIDO PRIMEIRAMENTE NO HOSPITAL WALFREDO GURGEL EM NATAL E LOGO APÓS FOI ANTECIDO NO HOSPITAL DEOCLÉCIO MARQUES EM PARNAMIRIM RN. NADA MAIS A REGISTRAR.

PROVIDENCIAS ADOTADAS : REGISTRO DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA  
TESTEMUNHAS : ALEANDRO SILVA DO NASCIMENTO MORADOR DA RUA ARIPORÁ, 99, AREZ-RN.

GOIANINHA/RN - 20/04/2018

COMUNICANTE

APC: ARILSON FREITAS REGO  
Mat: 165182-0

Rua João Tibúrcio, 155, Estação, Goianinha - RN. CEP 59.173-000.  
Fone-fax: 3243-2225. E-mail: dmgoianinha@rn.gov.br



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:** Nome **WELSON FERREIRA DE FREITAS**, brasileiro MECANICO, portador do CPF:06868719442 portador do RG002608730- ITEP / RN, residente e domiciliado a Rua , CENTRO DE ARES S / BAIRRO CENTRO ARES RN , CEP:5917000 TEL:84981404870

**OUTORGADOS:** **CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/RN sob nº 7268, com escritório profissional a Rua JOAO PAULO, 267, EDIFICIO CIDADE DO NATAL, SALA 120, CIDA A ALTA, NATAL -RN CEP:59025500

1. **PODERES:** A quem concedo (emos) amplos, limpos e ilimitados poderes, para em conjunto ou separadamente, no foro em geral, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, propor quaisquer medidas preliminares preventivas ou assecuratórias dos nossos direitos e interesses, usando, para tanto, os poderes da cláusula "AD JUDICIA E T EXTRA" e mais os especiais para transpor compromissos, fazer acordo, dar quitação, representarmos juntos as repartições Públicas Estaduais, Municipais, Federais, Autárquicas e Sociedades de Economia Mista, praticando todos os atos de representação e defesa judiciais e extrajudiciais, perante quaisquer pessoas físicas em geral, e, finalmente, praticar todos os atos que se tornem mister para o fiel e completo desempenho deste mandato, inclusive interpor, total ou parcialmente, receber, dar quitação, bem com ou sem reservas de poderes, o que tudo darei (emos) por bom firme e valioso. **PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga aos advogado acima descrito, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015.

CONTRATANTE DE HONORARIOS ;ACORDAM APARTES QUE O OUTORGANTE ARCARA COM OS HONORARIOS NO PERCENTUAL DE 30% (TRINTA POR CENTO) AO OUTORGADO ,DO VALOR PERCEBIDO POR AQUELE A QUALQUER TITULO ,POR CONDENAÇÃO OU ACORDO ENTRE PARTES .

NATAL RN 13 de AGOSTO 2019

Welson Ferreira de Freitas

Rua JOAO PESSOA, 267, EDIFICIO DO NATAL, SALA 120, CIDADE ALTA, NATAL -RN CEP:59025500

Fone/Fax (84) 3272-6277 - 99969-7011 - 98788-4353

Email: dpvatlv@yahoo.com.br



ARJANA SEGURÇS  
15 MAI 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



Wlton Ferreira de Freitas

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

002.608.730

DATA DE  
EXPIRAÇÃO

17/07/2013

WELSON FERREIRA DE FREITAS

WELLINGTON FERREIRA DE FREITAS  
TEREZINHA DA CONCEICAO FREITAS

ARES RN

14/10/1988

CERT. DE NASCIMENTO L-B016 F-135 PG-3950  
ARES RN-1 CARTORIO

068.687.194-42

Josebias Ferreira do Nascimento Junior - V1A  
Coordenador de Identificação - 15/09/2013

ARUANA SEGUROS  
15 MAI 2013



Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2018

Carta nº: 13249553

A/C: WELSON FERREIRA DE FREITAS

Nº Sinistro: 3180223438  
Vitima: WELSON FERREIRA DE FREITAS  
Data do Acidente: 07/10/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: WELLITON JOSE GADELHA FARIAS II

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: WELSON FERREIRA DE FREITAS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000005875-0

Conta: 000005453-4

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

|                                         |     |          |
|-----------------------------------------|-----|----------|
| Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = | R\$ | 2.362,50 |
|-----------------------------------------|-----|----------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

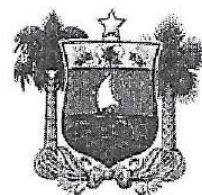
Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00573/00574 - carta\_15R - INVALIDEZ





SES RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO GLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 47942 /2017

Admissão: 07/10/2017 14:34:34

*cto declaratório*

CIRURGIA GERAL - AMARELO

*12*

Paciente: 42563 - WELSON FERREIRA DE FREITAS (28 a 11 m 24 d)

Nascimento: 14/10/1988 Nacionalidade: ARES, BRASIL

CNS: 705005927252656

CPF:

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: TEREZINHA DA CONCEICAO FREITAS

Pai:

Prof:

Logradouro: JOSE MARINHO PESSOA, 3

CEP: 59170000

Bairro: AREZ

Cidade: ARES

Telefone:

Compl:

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA

Origem: AMBUL. INTERIOR

Tipo: REFERENCIADO

Assessoria:

ARLIANA SEGUROS  
15 MAI 2013

Fluxograma

Discriminador:

OBS: por queda de moto

Classificação: 07/10/2017 14:30:53

| HORA | P.A. | HGT | SatO2 | FIO2 | F.R. | F.C. | TEMP. | Glasgow | RTS |
|------|------|-----|-------|------|------|------|-------|---------|-----|
|      |      |     |       |      |      |      |       |         |     |
|      |      |     |       |      |      |      |       |         |     |
|      |      |     |       |      |      |      |       |         |     |
|      |      |     |       |      |      |      |       |         |     |

#### HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: escoriações mais trauma de força = edema em braço (d).

Hora:

*Paciente vítima de acidente por motocicleta na casa de 1 (UMA) hora.*

*Vias aéreas permeáveis  
B. Exame físico  
C. Exame físico  
D. ECG 2/15  
E. Exame em punho físico*

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

\*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL: CID

Gerado por: FRANCISCO LUIZ MARTEL, médico em 07 de Maio de 2017

RAIOS-X  
Realizado em: 07/10/17 Hora: 14:55

RAIOS-X  
Realizado em: 07/10/17 Hora: 15:45



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*\*

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Respon

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / / HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua libe

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / / HORA:

ntregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

+tel 3242.2568 SMS 705 0056 2723 2656 07+



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

Mãe. Terezinha da Conceição Freitas

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 23

NOME: Welson Ferreira de Freitas

IDADE: 14/10/1988 COR: \_\_\_\_\_ SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro

NATURALIDADE: Alex PROFISSÃO: Aux. de Farmácia PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: Rua Jose Maria Pessoa 01 BAIRRO: Centro

CIDADE: Alex DATA: 07/10/2017 HORA: 18:22

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

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

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

| TEMP. | RESPIRAÇÃO | PULSO | T.A. |
|-------|------------|-------|------|
|       |            |       |      |

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) sem trauma

EXAME FÍSICO



SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

Mat. 096921-4

| HORA | PRESSÃO ARTERIAL | RESPIRAÇÃO | GLASGOW | SCORE FINAL | TEMP. | PULSO |
|------|------------------|------------|---------|-------------|-------|-------|
|      |                  |            |         |             |       |       |
|      |                  |            |         |             |       |       |
|      |                  |            |         |             |       |       |
|      |                  |            |         |             |       |       |
|      |                  |            |         |             |       |       |
|      |                  |            |         |             |       |       |

DIAGNÓSTICO INICIAL

fr. trauma



## 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

Ass. do Responsável

## DESTINO DO PACIENTE

|                                                                                            |                                                                                 |                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL<br>HORA _____ HS                                   | <input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE<br><u>ORTOPEDIA</u> | <input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____<br>HORA _____<br>PARA _____ |
| RETIROU-SE POR<br>DATA ____/____/____<br>ÓBITO ____/____/____                              | DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/><br>HORA _____<br>HORA _____             | A REVELIA <input type="checkbox"/><br><b>ARUANA SEGUROS</b><br>15 MAI 2019      |
| ENTREGUE<br>À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>                                             | S.V.O. <input type="checkbox"/>                                                 | I.T.E.P. <input type="checkbox"/>                                               |
| <u>Manoel Correia Neto</u><br>Ortopedia - Traumatologia<br>CRM 125.463<br>MÉDICO (Carimbo) | CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)                                                      |                                                                                 |

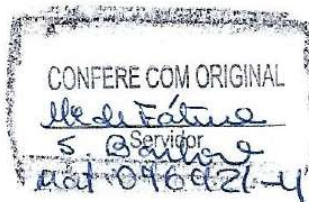




## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA  
ORTOPEDIA

|                                  |                                |            |
|----------------------------------|--------------------------------|------------|
| ENFERMARIA Nº                    | LEITO                          | PRONTUARIO |
|                                  |                                | 149356     |
| DATA                             | HORA                           | CATEGORIA  |
| 07/10/2017                       | 18:40                          | GIH        |
| PACIENTE                         | DATA DE NASCIMENTO             |            |
| WELSON FERREIRA DE FREITAS       | 14/101988                      |            |
| ESTADO CIVIL                     | PROFISSAO                      |            |
| SOLTEIRO                         | MECANICO                       |            |
| ENDEREÇO (RUA, Nº)               |                                |            |
| RUA JOSE MARIA PESSOA, 01        |                                |            |
| MUNICIPIO                        | BAIRRO                         | UF         |
| AREZ                             | CENTRO                         | RN         |
| CEP                              | TELEFONE                       |            |
| 50170000                         |                                |            |
| LOCAL DE TRABALHO                |                                |            |
| FILIAÇÃO                         |                                |            |
| TEREZINHA DA CONCEICAO FREITAS   | WELLINGTON FERREIRA DE FREITAS |            |
| RESPONSÁVEL                      | TELEFONE                       |            |
| ALAIANE ALVES DE SOUZA           | 32422568                       |            |
| ENDEREÇO                         |                                |            |
| A MESMA                          |                                |            |
| DIAGNOSTICO PROVISORIO           |                                |            |
| DIAGNOSTICO DEFINITIVO           |                                |            |
| DATA DE ADMISSAO                 |                                |            |
| 07/10/17                         |                                |            |
| ALTA                             |                                |            |
| 12-10-17                         |                                |            |
| OBITO                            |                                |            |
| HISTORIA CLINICA                 |                                |            |
| fratura do pulso D após queda de |                                |            |
| alto tipo                        |                                |            |
| Dr. Fabio Ferreira Freire        |                                |            |
| Ortopedia e Traumatologia        |                                |            |
| CRM 5804 - TEOT 13187            |                                |            |
| ARILANA C. G. SILVA              |                                |            |
| 15 MAI 2018                      |                                |            |





Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

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

|                                                                                                                             |                                                       |                                                                                                                                                               |                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE                                                                                              |                                                       | 2- CNES                                                                                                                                                       |                                              |
| 3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br>HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA                                                       |                                                       | 4- CNES<br>3515168                                                                                                                                            |                                              |
| Identificação do Paciente                                                                                                   |                                                       |                                                                                                                                                               |                                              |
| 5- PACIENTE<br>WELSON FERREIRA DE FREITAS                                                                                   |                                                       | 6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO<br>149356                                                                                                                             |                                              |
| 7- CARTÃO NACIONAL/US                                                                                                       | 8- DATA DE NASCIMENTO                                 | 9- SEXO                                                                                                                                                       | 10- RAÇA/COR                                 |
| 705 0056 2/25 2656                                                                                                          | 14/101988                                             | MASCULINO                                                                                                                                                     | PARDA                                        |
| 11- NOME DA MÃE<br>TEREZINHA DA CONCEICAO FREITAS                                                                           |                                                       | 12- TELEFONE DE CONTATO<br>32422566                                                                                                                           |                                              |
| 13- NOME DO RESPONSÁVEL<br>ALAIANE ALVES DE SOUZA                                                                           |                                                       | 14- TELEFONE DE CONTATO                                                                                                                                       |                                              |
| 15- ENDEREÇO (RUA, Nº)<br>RUA JOSE MARIA PESSOA, 01                                                                         |                                                       |                                                                                                                                                               |                                              |
| 16- MUNICÍPIO<br>AREZ                                                                                                       | 17- BAIRRO<br>CENTRO                                  | 18- UF<br>RN                                                                                                                                                  | 19- CEP<br>59170000                          |
| Justificativa de internação                                                                                                 |                                                       |                                                                                                                                                               |                                              |
| 20- PRINCIPAL: SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br><i>fratura do pulso D. lyt</i>                                                 |                                                       |                                                                                                                                                               |                                              |
| 21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br><i>tratamento cirúrgico</i>                                                    |                                                       |                                                                                                                                                               |                                              |
| 22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)<br><i>Exame físico + RX</i>             |                                                       |                                                                                                                                                               |                                              |
| 23- DIAGNÓSTICO INICIAL                                                                                                     | 24- CID 10 PRINCIPAL<br>3525                          | 25- CID 10 SECUND.                                                                                                                                            | 26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                 |
| Procedimento Solicitado                                                                                                     |                                                       |                                                                                                                                                               |                                              |
| 27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br><i>Red. cirúrgico de dist. pulso</i>                                            |                                                       | 28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                                                                                                                                    |                                              |
| 29- CLÍNICA<br><i>Ortopedia</i>                                                                                             | 30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO                             | 31- DOCUMENTO<br>( ) CNS ( ) CPF                                                                                                                              | 32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE |
| 33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE<br><i>Fabio F. Freire</i>                                                   | 34- DATA DA SOLICITAÇÃO<br><i>07/10/17</i>            | 35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)<br><i>Dr. Fabio Ferreira Freire</i><br><i>Ortopedia e Traumatologia</i><br><i>CRM 5804 - TEOT 19187</i> |                                              |
| Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)                                                               |                                                       |                                                                                                                                                               |                                              |
| 36- ( ) AC. TRÂNSITO                                                                                                        | 39- CNPJ DA SEGURADORA                                | 40- Nº DO BILHETE                                                                                                                                             |                                              |
| 37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO                                                                                                 | 42- CNPJ DA EMPRESA                                   | 43- CNAE DA EMPRESA                                                                                                                                           | 44- CBOR                                     |
| 38- ( ) AC. TRABALHO TRAJETO                                                                                                |                                                       |                                                                                                                                                               |                                              |
| 45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA<br>( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO |                                                       |                                                                                                                                                               |                                              |
| Autorização                                                                                                                 |                                                       |                                                                                                                                                               |                                              |
| 46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                                                        |                                                       | 52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                                                                                                |                                              |
| 47- COD. ORGÃO EMISSOR                                                                                                      |                                                       |                                                                                                                                                               |                                              |
| 48- DOCUMENTO<br>( ) CNS ( ) CPF                                                                                            | 49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE          |                                                                                                                                                               |                                              |
| 50- DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                                     | 51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) |                                                                                                                                                               |                                              |

*Handwritten signature*  
CONFERE COM ORIGINAL  
S. Barbo  
Mat. 096921-4



Assinado eletronicamente por: CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO - 10/09/2019 09:57:10

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091009570986700000047058058>

Número do documento: 19091009570986700000047058058



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Wilson Ferreira de Freitas Idade: 29 D/N: 14/10/1988  
Pront.: 149-356 Município: Aruá Procedência: ( ) Interno ( ) Externo  
Data da cirurgia: 10/10/17 Hora Admissão: Bloco: Sala: Hora Saída: Peso: 70  
Alergias: (X) Não ( ) Sim Comorbidades: ( ) HAS ( ) DM ( ) Outras  
Uso de medicações: (X) Não ( ) Sim Jejum: ( ) Não ( ) Sim  
SSVV Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm FI: rpm FC: bpm SpO<sub>2</sub>: % T: °C  
Enfermeiro(a): Leilane Instrumentado(a): Glória Circulante: Barla e Mano  
Cirurgia: TTO crânio com fixação interna em M50 Especialidade: Ortopedia Sala: 02  
Hora Início: 14:40 Hora Término: 20:35 Tipo de cirurgia: (X) Eletiva ( ) Urgência ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada  
1º Cirurgião: Ricardo Aux.: Carlos Augusto Residente: \_\_\_\_\_  
Anestesia: ( ) Local (X) Sedação ( ) Geral TOT: ( ) Bloqueio ( ) Raquidiana Ag.nº ( ) Peridural ( ) c/cateter ( ) s/cateter  
Ag.nº Cateter nº: Início: Garrote: (X) Smarch ( ) Pneumático Início: 19:35 Término: 20:35  
Anestesiologista: Lowenna Tomas

| NEUROMUSCULAR                       |               | PELE/HIGIENE |                      | CARDIOVASCULAR/<br>RESPIRATÓRIO     |                            | DISPOSITIVOS |                   | MONITORIZAÇÃO                       |                |
|-------------------------------------|---------------|--------------|----------------------|-------------------------------------|----------------------------|--------------|-------------------|-------------------------------------|----------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Consciente    |              | Normocorada          | <input checked="" type="checkbox"/> | Normotenso                 |              | Jelco             | <input checked="" type="checkbox"/> | ECG            |
|                                     | Letárgico     |              | Hipocorada           |                                     | Hipotensão                 |              | Acesso V. Central | <input checked="" type="checkbox"/> | Oxímetria      |
|                                     | Coma          |              | Cianótica            |                                     | Hipertensão                |              | Cat. Diálise      |                                     | Capnógrafo     |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Orientado     |              | Ictérica             |                                     | Normocárdico               |              | Fístula           | <input checked="" type="checkbox"/> | PA             |
|                                     | Desorientado  |              | Desidratada          |                                     | Bradicardia                |              | Arteriovenosa     |                                     | Estimul. Nervo |
|                                     | Sedado        |              | Íntegra              |                                     | Taquicardia                |              | SNG               |                                     | Diprifusor     |
|                                     | Ansioso       |              | C/lesões             |                                     | Choque                     |              | SVD               |                                     | BIC            |
|                                     | Deambula      |              | Sudorese             |                                     | Normoesfígmico             |              | Colostomia        |                                     | Desfibrilador  |
|                                     | t/dificuldade |              | Cicatriz cirúrgica   |                                     | Eupnéia                    |              | Cistostomia       |                                     |                |
|                                     | Açamado       |              | Higiene Satisfatória |                                     | Dispnéia                   |              | Dreno:            |                                     |                |
|                                     | Paraplégico   |              | Higiene deficiente   |                                     | Dispositivo O <sub>2</sub> |              | Aparelho gessado  |                                     |                |
|                                     | Tetraplégico  |              | Manchas              |                                     |                            |              | Tração            |                                     |                |
|                                     | Amputações    |              | S/Tricotomia         |                                     |                            |              | Talas             |                                     |                |

| SINAIS VITAIS | Início    | Meio   | Fim    | Unid. |
|---------------|-----------|--------|--------|-------|
| FC            | 109       | 74     | 75     | Bpm   |
| Pulso         | 109       | 74     | 75     | Bpm   |
| Oximetria     | 96%       | 99%    | 99%    | %     |
| Capnografia   | -         | -      | -      | %     |
| PA            | 100/60/70 | 100/70 | 130/70 | mmHg  |

| ACESSO VENOSO |                          |
|---------------|--------------------------|
|               | Punção Arterial          |
|               | Punção Venosa Periférica |
|               | Punção Venosa Central    |
|               | Dissecção venosa         |
| Local:        |                          |
| Cateter:      |                          |

| SONDAGEM GÁSTRICA         |        |
|---------------------------|--------|
|                           | SNG nº |
| Retorno:                  |        |
| CATETERISMO VESICAL       |        |
|                           | SVF nº |
|                           | SVA nº |
| Diurese:                  |        |
| Profissional responsável: |        |

| EXAMES SOLICITADOS:   |                   |
|-----------------------|-------------------|
| ( ) Hemograma         | ( ) Gasometria    |
| ( ) Coagulograma      | ( ) Outros        |
| ( ) Tipagem Sanguínea | ( ) Glicosimetria |
| Radioscopia (Raio X)  |                   |

| POSICÃO      | COXIM   | MMSS       |
|--------------|---------|------------|
| Dorsal       | Cabeça  | Anatômicos |
| Ventral      | Pescoço | Abduzidos  |
| Lateral      | Tórax   | Fletidos   |
| Litotômica   | Lombar  | MMII       |
| Trendlemburg |         | Anatômicos |
| Canivete     |         | Abduzidos  |
| Proclive     |         | Fletidos   |

| PLACA DO BISTURI ELÉTRICO                 |                                    |
|-------------------------------------------|------------------------------------|
| ( ) Sim (X) Não ( ) Metal ( ) Descartável |                                    |
| Local:                                    |                                    |
| DEGERMAÇÃO                                |                                    |
| (X) Sim ( ) Não                           | TRICOTOMIA                         |
| Local: MSD                                | Solução: <u>cloroxidina</u> Local: |

| IMPLANTE CIRÚRGICO                         |  |
|--------------------------------------------|--|
| Drenos:                                    |  |
| Tela:                                      |  |
| Cateter:                                   |  |
| Ostomia:                                   |  |
| Fio de KC:                                 |  |
| Placa – Tipo: <u>placa com 2 parafusos</u> |  |
| Outros:                                    |  |

| ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO      |                                               |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Caixa cirúrgica: <u>3,5 + Brion</u> | Quant. Material:                              |
| Val.: <u>17/10</u>                  | Contagem de gaze e compressa: ( ) Não ( ) Sim |





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

( ) Hemocentrado \_\_\_\_\_ Unid. ( ) Plasma \_\_\_\_\_ Unid. ( ) Plaquetas \_\_\_\_\_ Unid.  
( ) Albumina \_\_\_\_\_ Unid. ( ) Expansor plasmático \_\_\_\_\_ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

*dexametasona* h: *19 40*  
h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_

h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_

HIDRATAÇÃO VENOSA

( ) Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml ( ) Soro Ringer Simples: \_\_\_\_\_ ml Quantidade total de volume  
( ) Soro Glicosado: \_\_\_\_\_ ml ( ) Soro Ringer Lactato: \_\_\_\_\_ ml administrado: \_\_\_\_\_

ANATOMO PATOLÓGICO

( ) Não ( ) Sim Peça: \_\_\_\_\_ Peça para sepultamento: ( ) Não ( ) Sim  
Swab para cultura: \_\_\_\_\_ Líquido: \_\_\_\_\_

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

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

INTERCORRÊNCIAS: *Paciente realiza procedimento sem intercorrências.*

Ass: *Raula* Cor: *832177*

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: (X) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Narcose ( ) Coma ( ) Vigil ( ) Agitado  
Respiratório: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel (X) O<sub>2</sub> ambiente Curativo: ( ) Oclusivo ( ) Compressivo ( ) Bolsa de  
colostomia ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
Diurese: ( ) Espontânea (X) Normal ( ) Hematúria ( ) Irrigação Vesical ( ) Oligúrico Destino após a cirurgia: *URPA*

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

Hora: *20 40* Data: *10/10/19* Nível de consciência: (X) Acordado ( ) Sonolento ( ) Narcose (X) Orientado  
( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choro Vias aéreas: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) Cânula de Guedel ( ) Cateter O<sub>2</sub> (X) O<sub>2</sub> Ambiente  
Mobilização MMII: ( ) Normal (X) Diminuída ( ) Sem mobilidade Mobilização MMSS: (X) Normal (X) Diminuída ( ) Sem mobilidade  
Venoclise: ( ) Não (X) Sim Tipo: \_\_\_\_\_ Local: *MSE* Sondas: ( ) Gástrica ( ) Enteral ( ) Vesical  
Drenos: ( ) Sucção ( ) Torácico ( ) Penrose ( ) Kherr Ostomias: ( ) Sim ( ) Não Especifique: \_\_\_\_\_  
Irrigação vesical contínua: ( ) Retorno satisfatório ( ) Retorno Insuficiente ( ) Coágulos  
Curativo: ( ) Oclusivo ( ) Descoberto (X) Limpo ( ) Sujo Monitorização: ( ) ECG (X) Oxímetro ( ) PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA ( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Sangramento ( ) Dor ( ) Bexigoma ( ) Alteração PA ( ) Alteração FC  
Relate: \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS

Líquidos administrados na URPA:

| Hora     | T°C | P  | PA | FR | Sat.% | Dor |                                      |
|----------|-----|----|----|----|-------|-----|--------------------------------------|
| Admissão | -   | 81 |    | -  | 95    | NAO | Soro glicosado: _____ ml             |
| 30'      |     |    |    |    |       |     | Soro Fisiológico: _____ ml           |
| 60'      |     |    |    |    |       |     | Ringer: _____ ml                     |
| Alta     |     | 94 |    | -  | 96    | NAO | Irrigação vesical contínua: _____ ml |

Medicações administradas URPA:

Eliminações:

| Hora | Medicação | Dose | Via | Assinatura | Diurese | Retorno Gást. | Drenagem | Retorno da Irrigação |
|------|-----------|------|-----|------------|---------|---------------|----------|----------------------|
|      |           |      |     |            |         |               |          |                      |
|      |           |      |     |            |         |               |          |                      |
|      |           |      |     |            |         |               |          |                      |

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: *Paciente consciente, orientado, sem intercorrências.*

Ass: *Raula* Coren: *11111111*





Hospital

|                                   |                                   |                      |               |                   |                            |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------|---------------|-------------------|----------------------------|
| Nome do paciente                  |                                   | WILSON F. DE FREITAS |               | Nº prontuário     |                            |
| Data operação                     | 10/10/17                          | Enf.                 |               | Leito             |                            |
| Operador                          | RICARDO ASSATO                    | 1º auxiliar          | CARLOS MAGNO  | Instrumentador    | GLORIA                     |
| 2º auxiliar                       | LARISSA PANDI                     | Anestesista          | LARISSA PANDI | Tipo de anestesia | Bloqueio de plexo cervical |
| Diagnóstico pré-operatório        | FRACTURA DE AULACALCO DIREITO     |                      |               |                   |                            |
| Tipo de operação                  | TTO CIRURGICO COM FIXAÇÃO INTERNA |                      |               |                   |                            |
| Diagnóstico pós-operatório        |                                   |                      |               |                   |                            |
| Relatório imediato do patologista |                                   |                      |               |                   |                            |
| Exame radiológico no ato          |                                   |                      |               |                   |                            |
| Acidente durante a operação       |                                   |                      |               |                   |                            |

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

PACIENTE SUB FUNDAMENTO DOSS-  
TOMOD ASSERVA CAMPOS UENSAO EU  
FACE ANTERIOR. DISSECÇÃO RESCUE  
INSTALADO UMA PLACA EM T. C. OUTRA  
SUTURADO CONDUZIDO OF PARAFUSOS COR-  
TEAIS. SUTURADO POR PLACAS ALICATADO  
TAMA TIPO LIMA.

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



Mdt. 096921-4



# Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------|-------------|-------------------|---------------|--------------|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|----|--|----|--|----|--|----|--|----|--|----|--|----|--|----|--|----|--|
| Hospital                     | HDMML                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |             | Enfermaria  | Leito             | Nº prontuário |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| Nome                         | Wilson F. de Freitas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                      |             | Idade       | Sexo              | M             | Cor          |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| Data                         | 10/10/17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Pressão arterial     | Pulso       | Respiração  | Temperatura       | Peso          | Outros       |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| Tipo sanguíneo               | Hematomas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Hemoglobina          | Hematócrito | Glicemia    | Ureia             |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| Ap. respiratório             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             |             | Asma              | Bronquite     |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| Ap. circulatório             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NDN                  |             |             | Eletrocardiograma |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| Ap. digestivo                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Dentes               |             | Pescoço     | Ap. urinário      |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| Estado mental                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Atarácicos           |             | Corticóides | Alergia           |               | Hipotensores |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| Diagnóstico pré-operatório   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Fratura de antebraço |             |             | Estado físico     |               | Risco        |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| Anestésias anteriores        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             | Aplicada às |                   | Efeito        |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| Medicação pré-anestésica     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| Agentes Anestésicos          | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Agentes Anestésicos</div> <div style="margin-left: 10px;">             O<sub>2</sub> 100% F<sub>IO2</sub> 1.0<br/>             S<sub>O2</sub> 97%           </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| Líquidos                     | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Líquidos</div> <div style="margin-left: 10px;">             1) Identificação, 2) Monitorização, 3) Ventilação MSE, 4) Antissepsia cervical, 5) Bloqueio interescalênico, 6) Antissepsia axilar, 7) Bloqueio axilar, - sem intercorrelações           </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| Oper. Anest. D Resp. P Pulso | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Oper. Anest. D Resp. P Pulso</div> <div style="margin-left: 10px;"> <table border="1"> <tr><td>260</td><td></td></tr> <tr><td>250</td><td></td></tr> <tr><td>240</td><td></td></tr> <tr><td>230</td><td></td></tr> <tr><td>220</td><td></td></tr> <tr><td>210</td><td></td></tr> <tr><td>200</td><td></td></tr> <tr><td>190</td><td></td></tr> <tr><td>180</td><td></td></tr> <tr><td>170</td><td></td></tr> <tr><td>160</td><td></td></tr> <tr><td>150</td><td></td></tr> <tr><td>140</td><td></td></tr> <tr><td>130</td><td></td></tr> <tr><td>120</td><td></td></tr> <tr><td>110</td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td></tr> </table> </div> </div> |                      |             |             |                   |               |              | 260 |  | 250 |  | 240 |  | 230 |  | 220 |  | 210 |  | 200 |  | 190 |  | 180 |  | 170 |  | 160 |  | 150 |  | 140 |  | 130 |  | 120 |  | 110 |  | 100 |  | 90 |  | 80 |  | 70 |  | 60 |  | 50 |  | 40 |  | 30 |  | 20 |  | 10 |  |
| 260                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 250                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 240                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 230                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 220                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 210                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 200                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 190                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 180                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 170                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 160                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 150                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 140                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 130                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 120                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 110                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 100                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 90                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 80                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 70                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 60                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 50                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 40                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 30                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 20                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 10                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| SIMBOLOS                     | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">SIMBOLOS</div> <div style="margin-left: 10px;">             1) Midazolam 0.05mg; 2) Fentanil 60mcg; 3) Ketamin 2mg; 4) Propofol 100mg; 5) Popivacaína 0.5% - 200mg; 6) Lidocaína 1% - 400mg; 7) Cefalotina 0.2g; 8) Dexametasona 0.05mg; 9) Diprione 0.2g; 10) Tenoxicam 40mg           </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| ANOTAÇÕES                    | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">ANOTAÇÕES</div> <div style="margin-left: 10px;">             POSIÇÃO: Dec. dorsal           </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| Agentes                      | Popivacaína 0.5% + Lidocaína 1%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| Técnica                      | Bloqueio interescalênico D + Bloqueio axilar D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| Operação                     | Trat. cirúrgico da Fratura de Antebraço                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| Cirurgiões                   | Dr. Carlos Magno + Dr. Ricardo Araújo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| Anestésistas                 | Dra. Larissa Tomasi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| Observações                  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>           Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias         </div> <div>           Larissa Tomasi<br/>           Anestesiologia<br/>           CRM RN 6270         </div> <div>           Perda sanguínea         </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |             |             |                   |               |              |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |    |  |

ARUANA SEGUROS  
15 MAI 2017





RNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE - SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL - PRONTO SOCORRO DR. CLÓVIS SARINHO

ARUANA SEGUROS

D



Id. Paciente: 47942/2017 Data Exame: 07/10/2017 14:50:43

Paciente: WELSON FERREIRA DE FREITAS  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: TEC. COSMA DE PAULA  
Idade: 28 ano(s) ANTEBRAÇO AF  
63,1 %

AV. SENADOR SALGADO FILHO, S/N - TIROL - NATAL / RN - CEP.: 59015-380

(84) 3232-7500 / 3232-7530 - EMAIL: SADT@RN.GOV.BR - SITE: WWW.WALFREDOGURGEL.RN.GOV.BR



Assinado eletronicamente por: CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO - 10/09/2019 09:57:10  
<https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091009570986700000047058058>  
Número do documento: 19091009570986700000047058058

Num. 48678659 - Pág. 11



## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os fins que se fizerem necessários,

que o (a) Sr. (a) Welton Ferreira de Freitas foi examinado

(a) nesta Unidade de Saúde às 15:00 horas,

Necessitando de 30 ( trinta ) dias de

afastamento do trabalho por motivo de moléstia classificada no C.I.D. com

nº S-82.1, a partir da presente data.

Parnamirim/RN 10 / 10 / 17

Dr. Djalma Carlos de A. Jr  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM RN 26834  
TEOT 5471





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
25ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL

Rua Dr. Lauro Pinto, 315, Fórum Seabra Fagundes, 7º And., Lagoa Nova, NATAL - RN - CEP: 59064-250, Telefone: (84) 36169695

---

PROCESSO N. 0840171-05.2019.8.20.5001

AÇÃO DEPROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: WELSON FERREIRA DE FREITAS

RÉU: MAPFRE SEGUROS

**DESPACHO**

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação.

**CITE-SE** a parte demandada para, querendo, responder a ação, no prazo legal (art. 335, do CPC).

Se na contestação forem elencadas as preliminares traçadas no art. 337, do CPC ou matéria extintiva ou modificativa do direito do autor, **INTIME-SE** a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar réplica (art. 350, CPC).

Se a parte demandada, na contestação, não alegar matéria preliminar, mas juntar novos documentos aos autos, **INTIME-SE** a parte autora para se manifestar, no prazo de 15 (quinze) dias (art. 437, § 1º, do CPC).

Tendo em vista a necessidade de realização de perícia médica capaz de atestar o grau do suposto dano sofrido pela parte autora, fica nomeado(a) o(a) Dr(a). Giovanna Dantas Fulco - **CRM/RN 3538**, para funcionar como perito(a).

Apraze a Secretaria data para realização de perícia médica, podendo as partes apresentarem quesitos e indicarem assistentes técnicos, caso já não o tenham feito.

Designada a perícia, intímem-se.

Realizada a perícia, intime-se a seguradora para que realize o depósito dos honorários periciais, em quinze dias, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), fixado pelo Convênio nº 01/2013.

Com o depósito, expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais.

Ato contínuo, intímem-se as partes para se pronunciarem sobre o laudo, no prazo comum de 15 (quinze) dias.

Não comparecendo o(a) requerente à perícia designada, intime-se a parte autora, por carta com AR e por seu advogado, para, no prazo de 10 dias, justificar o não comparecimento à perícia médica, sob pena de julgamento conforme estado do processo, tendo a prova por preclusa.

Transcorrido o prazo, com ou sem manifestação, façam-me os autos conclusos para sentença.

P.I.Cumpra-se.

NATAL/RN, 10 de setembro de 2019

**ROBERTO FRANCISCO GUEDES LIMA**

Juiz de Direito

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)