



Número: **0837154-58.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **26/08/2019**

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	
JOSE LUIZ MEIRELES DA SILVA LIMA (AUTOR)		JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
48166638	26/08/2019 16:12	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
48166639	26/08/2019 16:12	<a href="#">PETIÇÃO INICIAL</a>	Outros documentos
48166640	26/08/2019 16:12	<a href="#">01 PROCURAÇÃO</a>	Procuração
48166641	26/08/2019 16:12	<a href="#">02 BOLETIM POLICIAL</a>	Documento de Comprovação
48166646	26/08/2019 16:12	<a href="#">03 DOCUMENTOS MÉDICOS</a>	Documento de Comprovação
48166648	26/08/2019 16:12	<a href="#">04 PRÉVIO REQUERIMENTO</a>	Documento de Comprovação
48166649	26/08/2019 16:12	<a href="#">05 QUESITOS</a>	Outros documentos
48166651	26/08/2019 16:12	<a href="#">06 DOCUMENTOS PESSOAIS</a>	Documento de Identificação
48166654	26/08/2019 16:12	<a href="#">07 DECLARAÇÃO DE POBREZA</a>	Documento de Comprovação
48166655	26/08/2019 16:12	<a href="#">08 CONTRATO DE HONORÁRIOS</a>	Documento de Comprovação

SEGUE PETIÇÕES E DOCUMENTOS.



**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DE  
UMA DAS VARAS CÍVEL ESPECIALIZADAS EM DPVAT DA COMARCA  
NATAL/RN, OU QUEM COUBER POR DISTRIBUIÇÃO LEGAL**

**JUSTIÇA GRATUITA**

**JOSÉ LUIZ MEIRELES DA SILVA LIMA**, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade nº 2739816, expedida pela SSPRN, inscrito no CPF sob o nº 016.845.694-00, residente e domiciliado na Rua Pedro Paulino da Silva, 293, Santa Fé - Jundia/RN, CEP: 59.188-000, por seu advogado abaixo assinado, com endereço profissional sito à Rua Dr. Sadi Mendes de Lucena, nº 1022-A, Monte Castelo, Parnamirim/RN, CEP: 59.146-110, E-mail: jrfneves@outlook.com, legalmente constituído na forma definida pela procuração anexo (doc. 01), vem, muito respeitosamente à presença de Vossa Excelência, ajuizar a presente:

**AÇÃO DE COBRANÇA DE COMPLEMENTAÇÃO DO SEGURO  
OBRIGATÓRIO - DPVAT, C/C PEDIDO DE PERÍCIA MÉDICA**

em desfavor da **PORTO SEGURO CIA. DE SEGUROS GERAIS**, pessoa jurídica de direito privado, com personalidade jurídica própria, inscrita no CNPJ sob o nº 02.149.205/0001-69, com endereço para receber citações e intimações sito à Av. Prudente de Moraes, nº 4055, Lagoa Nova - Natal/RN, CEP 59.063-200, pelos motivos de fato e de direito a seguir aduzidos:



## I - DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA

1. Tendo em vista que o Autor não possui condições financeiras de arcar com as custas e demais despesas processuais, sem que isso lhe prive do seu próprio sustento e da sua família, vêm, com amparo na Lei 1.060/50 e as alterações trazidas pelas Leis 7.510/86 e, 13.105/15, em seus artigos 98 e 99, NCPC. Assim, pede-lhe que seja concedido Assistência Judiciária Gratuita. Destarte, segue declaração de pobreza (doc. 07).

## II - DA COMPETÊNCIA DO JUÍZO

2. Cumpre inicialmente destacar o reconhecimento da competência deste juízo para processamento e julgamento do feito, uma vez que se trata de faculdade da parte autora a escolha do foro para propositura da ação, destarte o art. 46, do NCPC, senão vejamos:

***“Art. 46. A ação fundada em direito pessoal ou em direito real sobre bens móveis será proposta, em regra, no foro de domicílio do réu. (destacamos)***

3. Tratando-se de faculdade da parte autora, o art. 53, do NCPC, elenca mais opções para escolha:

***“É competente o foro:***

***(...)***

***V - de domicílio do autor ou do local do fato, para a ação de reparação de dano sofrido em razão de delito ou acidente de veículos, inclusive aeronaves. ” (grifamos).***

4. Assim, a parte autora tem a sua escolha quaisquer dos foros possíveis para ajuizamento da ação decorrente de acidente de veículos, ou seja, o seu domicílio, o domicílio do réu, bem como o local do fato.

## III - DA LEGITIMIDADE PASSIVA

5. Saliente-se que, quanto à legitimidade passiva para compor a causa, é de entendimento uníssono que quaisquer das Seguradoras que fazem parte do Convênio Nacional respondem pelo pagamento da indenização. Vejamos as decisões dos nossos Tribunais:



**"TJ-SP - Apelação APL 00017497620108260010 SP 0001749- 76.2010.8.26.0010 (TJ-SP).**

**Ementa: SEGURO OBRIGA TÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. MORTE DO SEGURADO. ALEGAÇÃO DE ILEGITIMIDADE PASSIVA. INEXISTÊNCIA. Qualquer seguradora que integra o consórcio respectivo tem legitimidade passiva para a ação de cobrança do valor do seguro obrigatório de veículo (DPVAT), cabendo a escolha unicamente aos autores". (...). Data de publicação: 17/12/2013.**

**"TJ-RN - Apelação Cível AC 32998 RN 2010.003299-8 (TJ-RN).**

**EMENTA: PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA. ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. ILEGITIMIDADE DA PARTE PARA FIGURAR NO PÓLO PASSIVO DA DEMANDA RECONHECIDA EM PRIMEIRO GRAU. EXTINÇÃO DO FEITO NOS TERMOS DOS ARTS. 267, I, C/C 295, II, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL. INOCORRÊNCIA. CONSÓRCIO DE SEGURADORAS. PARTE LEGÍTIMA. NULIDADE DA SENTENÇA. RETORNO DOS AUTOS À PRIMEIRA INSTÂNCIA. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO". (...). Data de Julgamento: 22/06/2010. (destacamos tudo).**

6. Portanto, qualquer seguradora que integra o consórcio respectivo tem legitimidade passiva para a ação de cobrança do seguro obrigatório de veículo (DPVAT).

#### **IV - DO INTERESSE DE AGIR**

7. De acordo com a Lei Magna, em seu art. 5º, inciso XXXV, que aduz: "*A Lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito*"

8. Destarte, o preceito insculpido no referido artigo, o Autor não precisava se submeter as vaidades administrativas das Seguradoras partes do Convênio DPVAT para ter seu direito atendido por se tratar de direito legal.

9. Contudo, em ressonante decisão do colendo STF, no (RE 839.314/MA), de relatoria do Min. Luiz Fux; e (RE 839.347/MA, de relatoria da Min. Rosa Weber, por orientação jurisprudencial exarada no (RE 631.240/MG), de Relatoria do Min. Roberto Barroso, julgado sob a sistemática da Repercussão Geral.



10. A Corte suprema firmou entendimento da exigência da comprovação do prévio requerimento administrativo à uma das seguradoras como condição da nas ações de cobrança de seguro DPVAT ajuizadas após 03.09.2014.

11. Nesse sentido, o referido entendimento fora sufragado no Egrégio TJ/RN, em decisão proferida pelo Des. Amaury Moura Sobrinho, nos autos do AI 2015.010884-5, julgado em 14/08/2015.

12. Portanto, segue cópia do prévio requerimento (doc. 04) anexo, caracterizando-se o (interesse de agir) do Autor.

## V – DOS FATOS

13. O Autor foi vítima de acidente de trânsito em 19/09/2018, em RN que liga Espírito Santos/RN a Jundiá/RN, por volta das 18:15hs, conforme demonstra o Boletim de Ocorrência do órgão policial (doc. 02) digitalizado e anexo.

14. Excele anotar que, o Autor teve um **trauma em ambas as mãos**, decorrendo assim em uma incapacidade parcial incompleta de caráter permanente, consoante aponta os Documentos Médicos Hospitalares digitalizados (doc. 03).

15. Registre que o Autor teve seu pedido de indenização do Seguro DPVAT reconhecido administrativamente, sendo sua incapacidade permanente de natureza parcial e incompleta, recebendo, apenas, o montante de R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais), conforme demonstrativo de pagamento da Seguradora (doc. 04) digitalizado.

16. Urge que, o recebimento de parte da indenização não implica em renúncia do valor remanescente, vez que o Autor faz *jus* a um percentual bem maior do que fora pago pela Seguradora.

17. Ademais, o Seguro Obrigatório DPVAT é regulamentado por Lei específica, o que o torna contrário aos demais contrato dessa natureza, razão pela qual, os valores das indenizações tarifados são insuscetíveis de transação, já que as partes não podem deliberar sobre os valores especificados em tabela constante na própria Lei.

18. Outrossim, a rigidez da norma legal, em quantificar os



valores das indenizações, tem como objetivo a proteção da parte mais fraca da relação contratual, no caso, o segurado vítima de acidente de trânsito.

19. Assim, o valor recebido é inferior ao que o Autor tem direito, já que conforme as providências trazidas pela Lei 11.945/09, a perda anatômica ou funcional, deverá ser enquadrada em uma das condições seguintes: para as perdas de repercussão intensa 75%, para as de repercussão média 50%, para as de leve repercussão 25%, adotando-se ainda o percentual de 10% nos casos de sequelas residuais.

20. Desta forma, em consonância com a legislação vigente que trata da matéria e, com base em toda documentação acostada na exordial, vemos que o Autor faz *jus* a uma complementação da indenização, devendo, portando, ser enquadrado a sua condição física em uma das condições acima descrita.

## VI - DO DIREITO

21. 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, invalidez permanente, e o reembolso de despesas médicas.

22. Essa Lei determina que todos os veículos automotores de via terrestre, sem exceção, paguem o Seguro Obrigatório DPVAT. A obrigatoriedade do pagamento garante às vítimas de acidentes de trânsito o recebimento de indenizações, ainda que os responsáveis pelos acidentes não arquem com essa responsabilidade.

23. A indenização será paga em decorrência do acidente de trânsito que ocasionou a lesão no patrimônio físico da vítima, e é quantificada com o estabelecido no art. 3º, inciso II, da referida Lei, *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 médicas e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada".***

***I - (...)***



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

**III - (...) (destacamos tudo).**

24.

E, continua o § 1º, incisos I e II, do citado artigo:

**§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo: (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).**

**I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).**

**II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75 % (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais. (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009). (destacamos tudo).**

25.

Apenas a título ilustrativo, cabe aludir que se considera invalidez a perda ou redução da funcionalidade de um membro, órgão, sentido ou função e, é permanente, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável.

26.

Não obstante, essa invalidez é considerada permanente quando a funcionalidade do membro, órgão, sentido ou função é afetada integralmente ou em apenas parte, ou seja, invalidez total ou parcial, sendo



ainda está última subdividida em completa ou incompleta.

27. Assim, a repercussão física ocasionada no corpo da vítima oriunda de acidente de trânsito, vale dizer, a sequela, mesmo que seja reversível, será indenizada pelas Seguradoras Conveniadas.

28. Para tanto, basta resultar de um acidente causado por veículo automotor para que o Seguro Obrigatório DPVAT indenize as vítimas, pois o Seguro tem natureza obrigatória, social e alimentar, cujo segurado é indeterminado, não sendo necessário que seja o condutor do veículo, e sim qualquer pessoa que em terras nacionais tenha sido vítima de acidente de trânsito.

29. Oportuno asseverar ainda que, quanto a documentação exigida pela legislação supramencionada, basta o laudo médico e/ou, documentos hospitalares do primeiro atendimento médico e o Boletim de Ocorrência do órgão policial competente, consoante o disposto no art. 5º, da Lei 6.194/74, vejamos:

***"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". (Destacamos).***

30. Ressalte ainda que, a indenização será paga independentemente da existência de culpa, mesmo que não haja pagamento do resseguro, ficando abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

31. Contudo, a indenização que faz jus o Autor deve ser apurada por perícia técnica levando-se em considerando a natureza ou extensão das lesões, bem como o grau da incapacidade de acordo com a Súmula 474 do STJ que aduz: *"A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez"*.

32. Nesse sentido são os arestos a seguir transcritos:

**"TJ-RS - Apelação Cível AC 70058958216 RS (TJ-RS)"**



**Ementa: APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. INVALIDEZ PERMANENTE. INDENIZAÇÃO PROPORCIONAL. GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE. Afigura-se indispensável a perícia técnica para graduação da alegada invalidez permanente, a fim de estabelecer o patamar indenizatório. Súmula 474 do e. STJ. Sentença desconstituída. RECURSO PROVIDO, EM DECISÃO MONOCRÁTICA. (Apelação Cível Nº 70058958216, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 22/04/2014) ”. Data de publicação: 28/04/2014. (grifamos).**

**“TJ-RS - Apelação Cível AC 70059835223 RS (TJ-RS)**

**Ementa: APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. INVALIDEZ PERMANENTE. INDENIZAÇÃO PROPORCIONAL. GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE. 1. Conhecimento das razões recursais. Atendidos os requisitos estabelecidos no artigo 514 do CPC. Preliminar contrarrecursal afastada. 2. Afigura-se indispensável a perícia técnica para graduação da alegada invalidez permanente, a fim de estabelecer o patamar indenizatório. Súmula 474 do e. STJ. Sentença desconstituída. AFASTADA A PRELIMINAR CONTRARRECURSAL E RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO, EM DECISÃO MONOCRÁTICA. (Apelação Cível Nº 70059835223, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 01/06/2014”. Data de publicação: 05/06/2014. (destacamos).**

33. Tendo em vista todo o exposto, bem como toda documentação médica e o boletim de ocorrência colacionados a exordial, bem como os demais exames que, se assim fizerem necessários ao caso, entende-se que o valor arbitrado pela Seguradora não corresponde as sequelas em caráter permanente em que o Autor se encontra.

34. Nesse sentido, resta somente apuração técnica da graduação da invalidez, o que se requer desde agora, para tanto segue quesitos para perícia médica em anexo (doc. 05).

35. Salientando-se, contudo, que, mesmo que a condenação seja proporcional, nos termos do que apurar o r. laudo, não haverá que se falar em sucumbência recíproca, vez que o pedido estar condicionado a graduação do laudo médico.

36. Contudo, a parte autora é consumidora hipossuficiente e que alegações aqui formuladas tem aparência de verdade, o que satisfaz os



pressupostos do artigo 6º, VIII, do CDC, requer a inversão do ônus da prova em favor do Autor.

## VII - DOS PEDIDOS

Diante do exposto, requer a Vossa Excelência:

- a) A citação da Porto Seguro CIA. de Seguros Gerais, no endereço acima citado, para contestar a presente ação, sob pena de revelia quanto aos fatos alegados, devendo acompanhar o processo até a sentença final.
- b) A condenação da Requerida ao pagamento da complementação do Seguro DPVAT ao Autor, conforme previsto pela Lei nº 6.194/73, corrigidos pelo IGP-M desde a data do evento danoso e, juros de 1% ao mês a contar da citação, consoante a Súmula 426 do STJ.
- c) A condenação da Requerida em custas e honorários advocatícios em 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação.
- d) Requer apuração técnica da graduação da invalidez, destarte a Súmula 474 do STJ, para tanto, segue quesitos para perícia médica anexo e, requer a inversão do ônus da prova em favor do Autor.
- e) Os benefícios da Justiça Gratuita nos termos da lei 1.060/50, a as alterações trazidas pelas leis 7.115/1983 e 13.105/2015.
- f) **Consoante o disposto no art. 319, VII e o artigo 334 e seus parágrafos, o autor não se submeter à audiência de conciliação ou mediação por tratar-se de matéria cuja prova é exclusivamente pericial, salvo perito no local para este fim.**
- g) Requer finalmente que, na confecção do ALVARÁ, seja descontado das verbas indenizatórias do Autor o valor de 30% (trinta por cento), conforme o contrato (doc. 09) anexo e, somando ao valor das verbas sucumbenciais.

Requer a produção de todos os meios de prova em direito admitidas, a prova testemunhal, prova documental e, em especial a perícia médica.

Ao final, que seja julgado procedente o pedido do Autor, condenando-se a Ré, a pagar uma complementação da indenização no percentual apurado pelo laudo médico.



Atribuindo-se a causa o valor de R\$ 5.906,25 (cinco mil, novecentos e seis reais e vinte cinco centavos), para efeito de alçada.

Salientando-se, contudo, que, mesmo que a condenação seja proporcional, nos termos do que apurar o r. laudo, não haverá que se falar em sucumbência recíproca, vez que o pedido estar condicionado a graduação do laudo médico.

Nestes termos,  
Pede deferimento.

Parnamirim/RN, 26 de agosto de 2019

João Roberto Ferreira das Neves  
OAB/RN 11239

(documento assinado digitalmente conforme a Lei 11.419/06)

**ROL DE DOCUMENTOS:**

- 1) Procuração;
- 2) Boletim Policial;
- 3) Documentos Médicos;
- 4) Valor recebido;
- 5) Quesitos;
- 6) Documentos Pessoais;
- 7) Declaração de Pobreza;
  
- 9) Contrato de honorários.



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE: JOSE LUIZ MEIRELES DA SILVA LIMA**, brasileiro (a), portador (a) da Cédula de Identidade nº 2739816, expedida pela SSP/RN, inscrito (a) no CPF sob 016.845.694-00, residente e domiciliado (a) à Rua Pedro Paulino da Silva nº 293, Santa Fe, Jundia/RN, CEP: 59189-000.

**OUTORGADO: JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES**, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.239, com escritório profissional à Rua Dr. Sadi Mendes Lucena, nº 1022-A, Monte Castelo - Parnamirim/ RN, CEP 59.146.110, E-mail: jrfneves@outlook.com.

**PODERES:** amplos e ilimitados para o foro em geral, junto ou separadamente, em qualquer juízo ou grau de jurisdição, podendo propor e variar de ações civis e criminais, em quaisquer medidas preliminares ou assecuratórias dos nossos direitos e interesses, defende-lhe nas que lhe forem propostas, usar de todos os recursos em Direito admitidos, receber citações e notificações, louvar-se em peritos ou impugná-los, cobrar honorários, inclusive do(s) outorgante(s), referente à presente ação, fazer impugnação, adjudicações, arrematações, transigir, desistir, receber e dar quitações, reconhecer ou não o procedimento do pedido, renunciar ao direito sobre ação, firmar compromissos e substabelecer, podendo ainda usar dos poderes da cláusula “**AD JUDICIA ET EXTRA**” para requerer e receber junto aos **Hospitais o boletim do primeiro atendimento e prontuário cirúrgico**, o que tudo dará por firme e valioso e, em especial para presente ação de cobrança do **Seguro DPVAT**.

Parnamirim/RN, 26 de agosto de 2019.

  
JOSE LUIZ MEIRELES DA SILVA LIMA





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR  
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE SANTO ANTÔNIO/RN  
Tel.: 3282-4927

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA n.º 0722/2018**

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA:** ACIDENTE DE TRÂNSITO

**Local:** RN que liga Espírito Santo/RN a Jundiá/RN.

**Data e Horário:** 19/09/2018, às 18:15h



**Nome do(a) Comunicante( X ) e/ou Vítima( X ):**

**COMUNICANTE:** JOSÉ LUIZ MEIRELES DA SILVA LIMA, brasileiro, casado, estoquista, nascido aos 07/08/1991, natural de Santo Antonio/RN, filho de Luiz Meireles de Lima e Maria Marliete Alves da Silva Lima, portador da RG nº 002.739.816/RN, CPF nº 016.845.694-00/MF, residente no Sítio Santa Fé - Jundiá/RN. Tel. 8822-6115

**ACUSADOS(A):** Prej.

**HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA**

**DISSE O(A) COMUNICANTE/VITIMA:** QUE conduzia sua motocicleta tipo HONDA CG-150 TITAN EX. DE COR VERMELHA, DE PLACA NOG-1625, RENAVAN Nº 00475415868, CHASSI Nº 9C2KC1660CR551362, DE3 PROPRIEDADE DE JOSÉ LUIZ MEIRELES DA SILVA LIMA, (vítima); quando de repente, apareceu na pista de rolamento, várias animais tipo BOVINO; QUE a vítima ainda tentou desviar dos animais, não conseguindo colidindo com um animal; QUE a vítima devido a colisão, perdeu o controle da motocicleta e caiu no acostamento; QUE devido ao acidente de trânsito, a vítima sofreu lesões pelo corpo, e foi socorrida para o Hospital Walfredo Gurgel em Natal/RN, pelo seu tio materno JOSÉ EDSON ALVES DA SILVA; QUE a vítima possui CNH - (Carteira Nacional de Habilitação), categoria "AB". Nada mais disse.

**TESTEMUNHAS:**

Nome: José Edson Alves da Silva, RG nº 368.529/RN, residente no Sítio Santa Fé – Jundiá/RN.

Documentos pertinentes

**PROVIDÊNCIAS ADOTADAS:** Registro de ocorrência policial, para as medidas cabíveis.

**OBS:** TODO CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES, É DE RESPONSABILIDADE DO COMUNICANTE.

<p><i>José Luiz Meireles da Silva Lima</i> Assinatura do(a) Comunicante/vítima</p>	<p>Data/hora: 17/10/2018 – às: 09:30h. <i>Edgar Fabrício Neto</i> APC. Edgar Fabrício Neto Mat. 157.320-9</p>
--	---



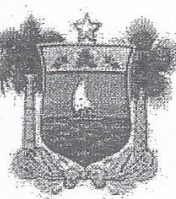


SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 48339 /2018

Admissão: 19/09/2018 20:42:06

CIRURGIA GERAL - AMARELO



Paciente: **93365 - JOSE LUIZ MEIRELES DA SILVA LIMA** (27 a 1 m 12 d)

Nascimento: 07/08/1991

Natural: SANTO ANTONIO.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 898001190045496

CPF: 01684569400

Prof:

Mãe: MARIA MARLIETE ALVES DA SILVA LIMA

Pai:

Lugar: POVOADO SANTA FE, 1

CEP: 59188000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: JUNDIA

Telefone: 84.988226115

Compl:

Motivo: MOTO X ANIMAL

Tipo: REFERENCIADO

Origem: FAMILIA

\*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: ACOMPANHANTE NAO SABE INFORMAR OS TRAUMAS

Classificação: 19/09/2018 20:32:48

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
21h			93		20	81			
21h			94	LA	20	82			

### HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO MOTO ANIMAL/ TRAUMA EM MAOS...

Hora: 21:50

Paciente vítima de acidente entre moto e animal (boi). Paciente estava de cabeça no momento do acidente. Não perda de consciência ou vômitos. Apresenta edema e dor em mão D e escoriações em joelho D. No momento encontra-se com tontura, mal estar e ansiedade.

### EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A Vios acima, pevides

B MVT, simétrico, sem RA. Boa expansibilidade. Endor e

C Distúrbio respiratório em joelho D. Bem perfundido

D Consciente, orientado, Glasgow 15

E Exame físico sem distúrbio de

### OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Dor à mobilização de MSE, sem coriza ou

Dificuldade de mobilizar MSE, dor em mão direita

Dor em coxa direita/ quadril

\*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

ULTRA

FAST

DATA: 19/09/18

HORA: 22:55

Tipo de Exame: FAST

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL: 11/11/18  
ASSINADO  
Enviado S. 19/09/2018  
Código de Verificação: 19082616122286100000046576944

\*Gerado via SX por FRANCISCO BEZERRA DE MACEDO. Impresso em 19 de Setembro de 2018.

Assinado eletronicamente por: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES - 26/08/2019 16:12:24

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082616122286100000046576944

Número do documento: 19082616122286100000046576944

Num. 48166646 - Pág. 1

4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER: CUIR, SENTIR), 5 - SE APNÉIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA VALVULA MÁSCARA), 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO OU FEMORAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), 7 - SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSIONES TORÁXICAS, 100MIN (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEA, 8 - DEA DISPONÍVEL: ANALISE O RÍTIMO, 9 - RÍTIMO CHOCÁVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 360 J (200 J P/ DEA BIFÁSICO), E REINICIE RCP 10 - RÍTIMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP(30:2), 11 - AVALIE O RÍTIMO A CADA 5 CICLOS, 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUporte AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MOVIMENTAR, 13 - COLOQUE-A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

## ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

### ANAMNESE

### EXAME FÍSICO

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

### LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

### OUTROS

### CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

### ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM.

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRIA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA DE GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem por estímulo doloroso	3
Olhos não se abrem.	2
Resposta verbal (MRV)	
Orientado: Responde coerentemente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, estado, o porquê, a data e etc.	5
Confuso: Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão.	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca conversacional).	3
Sons Ininteligíveis. (Quando sem articular palavras).	2
Ausente.	1
Resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faça coisas simples quando lhe é ordenado).	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica a dor.	4
Padrão flexão à dor (Decorticação).	3
Padrão extensão à dor (Decerebração).	2
Sem resposta motora.	1

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	
3 - 120	= 3
4 - 80	= 2
5 - 50	= 1
6 - 30	= 0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	
10 - 20	= 4
>20	= 3
6 - 10	= 2
1 - 5	= 1
0	= 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	
>90	= 4
76-90	= 3
50-70	= 2
1-40	= 1
0	= 0

\*\*Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.I. Copes, et al: A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO DEGRAU  
03 - 08 = grave (necessidade de intubação imediata)  
09 - 3 = moderado  
14 - 15 = leve

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

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

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

FIQUE ATENTO A SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL A CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS. DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NUTRIÇÃO

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

Ortopedia

ANAMNESE

Paciente vítima de acidente de queda de altura do telhado do apartamento 02, aderiu e

EXAME FÍSICO

início do edema na perna

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura x. da tíbia

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

- Tabo. 100mg. 4x  
- Tabo. 200mg. 1x  
- 100ml. de solução de  
NIR  
- Adm. 100ml. de solução de  
em casa

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

1. 10/10/18  
2. 10/10/18  
3. 10/10/18  
4. 10/10/18  
5. 10/10/18  
6. 10/10/18  
7. 10/10/18  
8. 10/10/18  
9. 10/10/18  
10. 10/10/18

Assinatura e Carimbo do Responsável

Dr. Ricardo Emmanuel M. Monteiro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 5387 - TET 12425

Assinatura e Carimbo do Responsável

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 liberação

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:

I.T.E.P. ☐

D		
E		
A(ALERGIAS) <u>Descartada</u>		
M(MEDICAÇÃO EM USO) <u>Não</u>		
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) <u>Cirurgia em pulso há 15 anos</u>		
L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)		
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)		
V (PASSADO VACINAL) <u>há 8 anos (vac)</u>		
<b>EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)</b> Raio X tórax AP Raio X mão D AP e oblíquo Raio X punho esquerdo AP e perfil Raio X bacia AP		<b>LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS</b> Ht
<b>CONDUTA PRIMARIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS</b> ① Tramal 100 mg + 100 ml s/s 3x E.V. opor 22/10		<b>OUTROS</b> <b>ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL		ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-10deg); display: inline-block;">           CONFERE COM ORIGINAL            NATAL, 11/10/15            MAT. Nº. 5117         </div>
<b>ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE</b>		
ESPECIALISTA 1 <u>Dr. J. P. d. i.</u>	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3 <u>João Medeiros</u> MR Cirurgia Geral CRM/RN - 7988	HORA:	DATA:
<b>DESTINO DO PACIENTE:</b>		
<b>INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:</b> DATA / / HORA		
SAÍDA: ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) REVELIA ( ) TRANSFERIDO PARA:		
OBITO: DATA / / HORA		
ENTREGUE À FAMÍLIA ( ) COM ATESTADO ( ) S.V.O ( ) ITEP		





Cirurgia da Mão de Natal

**CIMAN**

DR. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA – CRM 5500  
CIRURGIA DA MÃO • MICROCIRURGIA • ARTROSCOPIA

## RELATÓRIO MÉDICO

Nome: José L Meireles da S Lima

Diagnóstico: Pop fratura dos 4 e 5 metacarpos D  
Fratura do punho E conservadora

Prognóstico: Moderado. Ainda com dor e limitação. Segue em reabilitação. Se permanecer com instabilidade da radioulnar distal E, poderá ser submetido à cirurgia reconstrutiva

Recomendação: Deve afastar-se de suas atividades de carga por 4 (quatro) meses, a critério de avaliação pericial

CID: S62 / Z98.8 / S52.5

11.10.18

Dr Hélio R P Garcia  
CRM 5500

Dr Hélio Rubens Polido Garcia  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia da Mão  
CRM 5500

Dr. Hélio R. Polido Garcia  
Cirurgia da Mão  
Microcirurgia  
CRM - 5500

Hospital Memorial – Av. Gov Juvenal Lamartine, 979 – Tirol – Natal – RN – F: 31334200





**Cirurgia da Mão de Natal**

**CIMAN**

DR. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA – CRM 5500  
CIRURGIA DA MÃO - MICROCIRURGIA - ARTROSCOPIA

José L Meireles da S Lima

Solicitito

Fisioterapia 10 sessões

HD: Fratura do punho E com lesão rádioulnar distal

- ADM total
- **analgesia** – tens, calor
- massagem
- controle do edema

*Dr Hélio R P Garcia*  
CRM 5500

**Dr Hélio Rubens Polido Garcia**  
**Ortopedia e Traumatologia**  
**Cirurgia da Mão**  
**CRM 5500**





**Cirurgia da Mão de Natal**

**CIMAN**

DR. HÉLIO RUBENS POLIDO GARCIA – CRM 5500  
CIRURGIA DA MÃO - MICROCIRURGIA - ARTROSCOPIA

José L Meireles da S Lima

Solicito

Fisioterapia 10 sessões

HD: Fratura do punho E com lesão rádioulnar distal

- ADM total
- **analgesia** – tens, calor
- massagem
- controle do edema

*Dr Hélio R P Garcia*  
CRM 5500

**Dr Hélio Rubens Polido Garcia**  
**Ortopedia e Traumatologia**  
**Cirurgia da Mão**  
**CRM 5500**





## Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228

hmemorial@veloxmail.com.br



Data: 01/10/2018 10:04

### FICHA DE INTERNAMENTO

Paciente: **JOSE LUIZ MEIRELES DA SILVA LIMA**

Registro: **131934**

um. RG: **002739816** CPF: **016.845.694-00** Nascimento: **07/08/1991** 27 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Casado(a)**

Endereço: **PEDRO PAULIJO DA SILVA**

N.: **293**

Bairro: **SANTA FE**

Idade: **JUNDIÁ**

UF: **RN**

CER: **59188000**

Fone: **84988226115**

Profissão:

Mãe: **MARIA MARLIETE ALVES DA SILVA LIMA**

#### Dados do Internamento

um. Internamento: **1** Entrada: **01/10/2018 10:04** Previsão saída: **03/10/2018 11:00** Atendente: **JAISIAK**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matrícula/CNS: **706509379044290**

Médico: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**

CRM: **5500**

**LEITO RESERVA 03**

#### Dados do Responsável

Responsável: **MARIA MARLIETE ALVES DA SILVA LIMA**

CPF: **406.694.404-34**

RG: **004397947**

Parentesco: **MAE**

#### Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora esta autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Autorizo a liberação da documentação do meu caso médico, através de fotografia, ou de exames gráficos ou de imagens, bem como o seu arquivamento por meio digital, papéis, fotografias ou quaisquer meios para os seguintes fins:

- a. Diagnóstico;
- b. Planejamento e Terapêutico;
- c. Ensino e Pesquisa.

Assinatura: [ ] Paciente [ X ] Responsável

*Maria Marliete Alves da Silva Lima*

**HOSPITAL MEMORIAL**  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tirol 59.022-020 Natal / RN  
Confere com original  
Em, *28/10/18*

#### Observações

**ACIENTE COM 1 RX**





## Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN.

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228

hmemorial@veloxmail.com.br

### FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 01/10/2018 10:04

#### Dados do Paciente

Paciente: JOSE LUIZ MEIRELES DA SILVA LIMA

Registro: 131934

Num. RG: 002739816 CPF: 016.845.694-00 Nascimento: 07/08/1991 27 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Casado(a)

Endereço: PEDRO PAULINO DA SILVA

N.: 293

Bairro: SANTA FE

Cidade: JUNDIÁ

UF: RN

CEP: 59188000

Fone: 84988226115

Profissão:

Mãe: MARIA MARLIETE ALVES DA SILVA LIMA

#### Dados do Internamento

Num. Internamento: 1

Entrada: 01/10/2018 10:04 Previsão saída: 03/10/2018 11:00 Atendente: JAISIAK

Convênio: SUS ESTADUAL

Matrícula/CNS: 706509379044290

Médico: Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM: 5500

**LEITO RESERVA 03**

#### Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Data da Baixa: \_\_\_\_\_ No. de dias de hospitalização: \_\_\_\_\_ No. de US: \_\_\_\_\_

Doc. Apresentado: \_\_\_\_\_ Diagnostico Definitivo: \_\_\_\_\_

Procedencia: \_\_\_\_\_

História da Doença atual: \_\_\_\_\_

Interrogatorio sobre diversos aparelhos: \_\_\_\_\_

Antecedentes pessoais: \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares: \_\_\_\_\_

Estado geral: \_\_\_\_\_

Ap. Cardiorespiratorios: \_\_\_\_\_

Ap. digestivo: \_\_\_\_\_

Ap. Locomotor e Neurológico: \_\_\_\_\_

Ap. Urinario e Ginecológico: \_\_\_\_\_

Impressão geral: \_\_\_\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tirol 59.022-020 Natal / RN  
Confere com original  
Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_





## Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN  
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228  
hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 01/10/2018 10:04

### Dados do Paciente

Paciente: **JOSE LUIZ MEIRELES DA SILVA LIMA** Registro: **131934**  
Num. RG: **002739816** CPF: **016.845.694-00** Nascimento: **07/08/1991** 27 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Casado(a)**  
Endereço: **PEDRO PAULINO DA SILVA** N.: **293** Bairro: **SANTA FE**  
Cidade: **JUNDIÁ** UF: **RN** CEP: **59188000** Fone: **8498822611**  
Profissão: Mãe: **MARIA MARLIETE ALVES DA SILVA LIMA**

### Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **01/10/2018 10:04** Previsão saída: **03/10/2018 11:00** Atendente: **JAISIAK**  
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **706509379044290**  
Médico: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA** CRM: **5500**

**LEITO RESERVA 03**

### Dados do Responsável

Responsável: **MARIA MARLIETE ALVES DA SILVA LIMA** CPF: **406.694.404-34** RG: **004397947**  
Parentesco: **MAE**

### TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: S7883 FRATURA DA MÃO
2. - O(A) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização.  
Preenchido pelo responsável do paciente

Maria Marliete Alves da Silva Lima  
Assinatura: [ ] Paciente [ ] Responsável

### DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA - CRM 5500

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tirol 59.022-020 Natal / RN  
Confere com original  
Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Código Solicitação: 257640495

Número AIH: 241810084105-7

**IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**

Unidade Solicitante:  
HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL  
Unidade Executante:  
HOSPITAL MEMORIAL  
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro  
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL

CNES:  
2653923  
CNES:  
2408252  
Município Executante  
NATAL

Central Reguladora  
Data de Solicitação  
Data de Autorização  
Data de Reserva  
Data de Internação  
Data Prevista de Alta  
Data de Alta  
Motivo de Alta

NATAL  
20.09.2018 - 09:58:27  
28/09/2018 - 16:15:43  
02.10.2018  
01.10.2018  
02.10.2018  
02/10/2018 - 09:20:51  
1.1 ALTA CURADO

Operador  
Operador  
Operador  
Operador

59738685400MATA  
62725246334WENDEL  
33391521449FRANCISCA  
18129862204LUCIMAR

**DADOS DO PACIENTE**

CNS:  
706509379044290  
Nome do Paciente  
JOSE LUIZ MEIRELES DA SILVA LIMA  
Nome da Mãe  
MARIA MARLIETE ALVES DA SILVA LIMA  
Sexo:  
MASCULINO  
Data de Nascimento:  
07/08/1991 (27 anos)  
Tipo Logradouro:  
RETIRO  
Número:

Nome Social/Apelido:

---  
Naturalidade:  
SANTO ANTONIO - RN  
Raça:  
BRANCA  
Tipo Sanguíneo:  
---

Logradouro:  
GRAVATA  
Bairro:  
ZONA RURAL  
Município de Residência:  
JUNDIA

Complemento:  
CEP:  
59188-000  
UF:  
RN

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(84) 3285-2306 (Exibir Lista Detalhada)

**DADOS DA SOLICITAÇÃO**

CPF do Médico Solicitante:  
80999050753  
CPF do Médico Executante:  
19561917807  
Diagnóstico Inicial - CID:  
S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS  
Caráter  
11 - Urgência  
Clínica:  
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA  
Procedimento Solicitado:  
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METACARPO-  
FALANGIANA

Nome do Médico Solicitante:  
CLAUDIO JOSE POLEY GUZZO  
Nome do Médico Executante:  
HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

Status da Solicitação:  
APROVADA

Classificação de Risco  
Prioridade 0 - Emergência, necessidade de atendimento imediato  
Clínica Complementar:  
Nenhuma  
Código:  
0408020539

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:  
VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM PUNHOS D e E/td>  
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:  
RX E EXAME FÍSICO  
Condições que Justificam a Internação:  
TTT CIRURGICO

**PARECER**

Motivo de Impedimento do Regulador:

---

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:  
20.09.2018 - 09:58:27

HOSP'TAL MEMORIAL  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tirol 59.022-020 Natal / RN  
Confere com original,  
Em, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



**SUS**

Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar  
Nº 2999 / 2018

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou: \_\_\_\_\_

CNES: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: **93365 JOSE LUIZ MEIRELES DA SILVA LIMA** - *col = 27 anos*

Prontuário: \_\_\_\_\_

CNS: 898001190045496

Nascimento: 07/08/1991 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA MARLIETE ALVES DA SILVA LIMA

Pai: \_\_\_\_\_

Endereço: SÍTIO POVOADO SANTA FE, 1 - ZONA RURAL - JUNDIA

Fone: 988226115

Município: JUNDIA

Código Municipal IBGE: 240615

UF: RN

CEP: 59188-000

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X ANIMAL NA PISTA

TRAUMA EM PUNHOS DIR E ESQ

RX - TRA FX DE ULNA DISTAL ESQ E DE FD POLEGAR ESQ

RX - TRA FX COLO 4º E 5º MTC DIR

INDICADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM MAO DIR

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

ANAMNESE EX FÍSICO + RX

**Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:**

S62.3 FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO\*408020539. TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LU

Profissional Solicitante / Assistente:

MARCILIO MARIANO DE OLIVEIRA

*Dr. Marcilio Mariano de Oliveira  
Cirurgião de Mão e Cotovelo  
CRM/RN 4788*

CRM: 4788 / RN

Data da Solicitação 19/09/2018

**PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

( ) Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_ Nº do bilhete: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_

( ) Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_ CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_ CBOR: \_\_\_\_\_

Vínculo com previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

**AUTORIZAÇÃO**

Nº Autorização da AIH: \_\_\_\_\_

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Documento: ( ) CNS ( ) CPF nº \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_

**HOSPITAL MEMORIAL**  
Av. Juvenal Lamartine, 979  
Tirol 59.022-020 Natal / RN  
Confere com original  
Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## SINISTRO 3190401103 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JOSE LUIZ MEIRELES DA SILVA LIMA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

**BENEFICIÁRIO** JOSE LUIZ MEIRELES DA SILVA LIMA

**CPF/CNPJ:** 01684569400

**Posição em 10-07-2019 09:23:59**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
11/07/2019	R\$ 945,00	R\$ 0,00	R\$ 945,00

## **Quesitos**

- 1- Quais as lesões sofridas pelo autor?
- 2- As lesões decorreram de acidente de veículo?
- 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente?
- 4- Totalmente ou em parte?
- 5 - Em que percentual?
- 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho?
- 7- A incapacidade é temporária ou permanente?
- 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral?
- 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta?
- 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão para a capacitação laborativa é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
JOSE LUIZ MEIRELES DA SILVA LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
2739816 ITEP RN

CPF 016.845.694-00 DATA NASCIMENTO 07/08/1991

FILIAÇÃO  
LUIZ MEIRELES DE LIMA  
MARIA MARLIETE ALVES  
DA SILVA LIMA

PERMISSÃO ACC CAT/HAB  
AB

Nº REGISTRO 05556650642 VALIDADE 10/01/2022 1ª HABILITAÇÃO 03/08/2012

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL NATAL, RN DATA EMISSÃO 11/01/2017

ASSINATURA DO EMISSOR

66276010156  
RN702543523

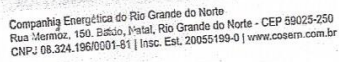
RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1410752714

1410752714

1410752714





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA PEDRO PAULINO DA SILVA 293

SANTA FE/AREA RURAL  
JUNDIA RN  
59189-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7008032232	07/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
27/07/2018	21/08/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
009800073	UNICA	20/07/2013
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
2000775318	3010742936	2464721

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 331 kWh	30,0000000	0,21388368	6,41
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,36663406	25,66
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	8,0000000	0,54695160	4,39
Acrescimo Bandeira VERMELHA			3,94
ICMS-Parcela Sobre o valor do ativo			0,39

Consumo Ativo até 30 kWh  
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh  
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh  
Acréscimo Bandeira VERMELHA  
ICMS Parcela Subvenção

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
224-0342	RES	21.05.2018	5.163,00	23.07.2018	5.271,20	29	1.000,00		109,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

PERÍODO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
JUL 16 100	40,40	18,00	7,27
JUN 19 100	40,40	1,15	0,46
MAR 18 111	40,40	5,53	2,15
ABR 18 111			

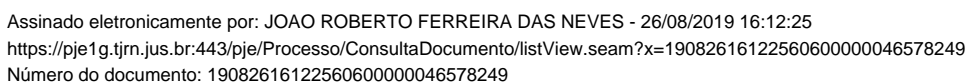
Mesa Verde KPH	
JUL 16	108
AUG 19	108
MAY 18	111
APR 18	121
MAR 18	119
FEB 10	115
JAN 16	116
DEC 17	103
NOV 17	99
OCT 17	57
SEP 17	85
AUG 17	80
JUL 17	79

Consumo Ativo até 30 kWh  
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh  
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

7469 4851 BFE2 41CF 5835 5FBC C219 ADC6

[illegible]

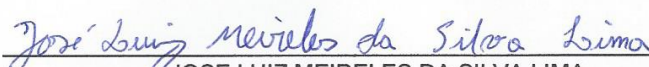
As condições gerais de  
fortalecimento (Resolução ANEP  
414/2010), todas, produtores,  
serviços prestados e tributos se  
encontram à disposição, para  
consulta, em nossas unidades de  
atendimento ou no site  
[www.casem.com.br](http://www.casem.com.br)



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **JOSE LUIZ MEIRELES DA SILVA LIMA**, brasileiro (a), portador (a) da Cédula de Identidade nº 2739816, expedida pela SSP/RN, inscrito (a) no CPF sob 016.845.694-00, residente e domiciliado (a) à Rua Pedro Paulino da Silva nº 293, Santa Fe, Jundia/RN, CEP: 59189-000. Declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não tendo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu próprio sustento e o da minha família, consoante o que dispõe a Lei 1.050/1960, e por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Parnamirim/RN, 26 de agosto de 2019.

  
JOSE LUIZ MEIRELES DA SILVA LIMA

### LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e das outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. . 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. . 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. . 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. . 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. . 5º - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 29 de agosto de 1983; 162º da Independência e 95º da República.

JOÃO FIGUEIREDO



## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS DPVAT

**OUTORGANTE:** JOSE LUIZ MEIRELES DA SILVA LIMA, brasileiro (a), portador (a) da Cédula de Identidade nº 2739816, expedida pela SSP/RN, inscrito (a) no CPF sob 016.845.694-00, residente e domiciliado (a) à Rua Pedro Paulino da Silva nº 293, Santa Fe, Jundia/RN, CEP: 59189-000.

**II - CONTRATADOS:** JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES, brasileiro, advogado, inscrito na OAB (RN) sob o nº. 11239 com cadastro no CPF sob o nº 413.039.704-49, com endereço profissional sito à Rua Dr. Sadi Mendes de Lucena, 1022-A, Monte Castelo, Parnamirim/RN, aqui denominado CONTRATADO.

### III - OBJETO DO CONTRATO:

**Cláusula 1ª.** O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços advocatícios, para propositura da Ação de Cobrança do Seguro Obrigatório (DPVAT), na seara ADMINISTRATIVA e, JUDICIAL; se for o caso, junto as Seguradoras responsáveis pelo pagamento de seguro.

### IV - DAS ATIVIDADES e OBRIGAÇÕES DOS CONTRATADOS:

**Cláusula 1ª.** As atividades incluídas na prestação de serviços objeto deste instrumento são todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam: praticar quaisquer atos e medidas necessárias e inerentes à causa, em todas as repartições públicas da União, dos Estados e Municípios, bem como Órgãos a estes ligados direta ou indiretamente, seja por delegação, concessão ou outros meios, bem como de estabelecimentos particulares e, praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os específicos no Instrumento Procuratório, parte deste;

**Cláusula 2ª** As obrigações do(a) CONTRATADO no cumprimento do presente contrato, de posse das procurações que lhe forem outorgadas, prestará a atividade jurídica que for necessária ao caso com zelo, prezando sempre para o bom cumprimento do mandato.

### V - DA DESISTÊNCIA e OBRIGAÇÕES DOS CONTRATANTES:

**Cláusula 1ª.** Fica acordado que, em caso de desistência, o(a) CONTRATANTE, pagará um salário mínimo a título de despesas, consultoria e/ou assessoria jurídica, no ato da desistência;

**Cláusula 2ª.** Em caso de falta/ou ausência não justificada por parte do(a) CONTRATANTE aos atos judiciais ou administrativos, este fica ciente da multa do art. 334, § 8º do CPC, bem como, fica ciente que deverá comunicar mudanças de endereços e telefones durante o curso do processo;

**Cláusula 3ª.** Os serviços e/ou despesas realizados fora da comarca-sede do(a) CONTRATADO, que careça de deslocamento, ficará ressalvado a este o direito de executá-los pessoalmente ou por advogado substabelecido, correndo por conta do(a) CONTRATANTE as despesas de viagem, estadia, transporte e honorários do substabelecido.

### VI - DOS HONORÁRIOS:

**Cláusula 1ª.** Ficam acordadas entre as partes que os honorários a título de prestação de serviços, em caso de procedência da causa ou acordo firmado no curso do processo, mesmo em caso de substabelecimento com ou sem reserva de poderes, serão pagos da seguinte forma: **25% (vinte e cinco por cento)**, sobre todos os valores recebidos na seara administrativa e, **30% (trinta por cento)** sobre todo valor devido na judicial ou acordo realizado entre as partes, se for o caso;

**Cláusula 2ª.** Caso o pagamento não seja realizado na data ou na etapa prevista, será cobrada multa equivalente a 2% (dois por cento), bem como juros de mora, no percentual de 1% (um por cento) por mês de atraso;

**Cláusula 3ª.** Fica estipulado entre as partes que, se o(a) CONTRATADO optar em separar o valor devido a título de honorários advocatícios contratuais e/ou sucumbenciais, seja no âmbito administrativo ou judicial, poderá juntar o contrato de prestação de serviços advocatícios no processo para que se cumpra a finalidade pretendida, tudo, nos exatos termos do art. 22, § 4º, da Lei 8.906/94 e do Provimento 128/2015 do TJRN;

**Cláusula 4ª.** Caso haja morte ou incapacidade civil do(a) CONTRATADO, seus sucessores ou representantes legais receberão os honorários na proporção do trabalho realizado;

**Cláusula 5ª** Os honorários de sucumbência pertencem ao(s) CONTRATADOS, nos termos do art. 23 do EOAB, Lei 8.906/94, que será pago de imediato em juízo, ou fora dele, ao final da ação.

### VII - DA COBRANÇA PELOS SERVIÇOS PRESTADOS:

**Cláusula 1ª.** As partes acordam que em caso de não pagamento dos valores contratados e/ou sucumbenciais, facultará ao(s) CONTRATADO, promoverá competente ação de execução em seu próprio nome, tudo nos exatos termos da Lei.

### VIII - DO FORO:

**Cláusula 1ª.** Para a solução de questões decorrentes deste Contrato, fica eleito o foro da Cidade de Parnamirim/RN.

E por estarem justas e acertadas, assinam o presente em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Parnamirim/RN, 26 de agosto de 2019

Jose Luiz Meireles da Silva Lima  
JOSE LUIZ MEIRELES DA SILVA LIMA

JOÃO ROBERTO F. DAS NEVES

Testemunha

Ana Carla da Silva

Testemunha

monima caxiao Bogenia

CPF: 500.777.954-31

CPF: 204.457.384-30

