



Número: **0860863-25.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **27/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.518,75**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO (AUTOR)</b>	<b>DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES (ADVOGADO)</b>
<b>PORTO SEGURO S/A (RÉU)</b>	
<b>URAI DE OLIVEIRA (TERCEIRO INTERESSADO)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
52113 699	27/12/2019 20:27	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
52113 700	27/12/2019 20:27	<a href="#">1 - Petição inicial</a>	Outros documentos
52113 701	27/12/2019 20:27	<a href="#">2 - Procuração e Contrato de honorários</a>	Procuração
52113 702	27/12/2019 20:27	<a href="#">3 - Documentação pessoal</a>	Documento de Identificação
52113 703	27/12/2019 20:27	<a href="#">4 - Comprovante de Residencia</a>	Documento de Comprovação
52113 704	27/12/2019 20:27	<a href="#">5 - Boletim de ocorrência</a>	Documento de Comprovação
52113 705	27/12/2019 20:27	<a href="#">6 - Documentação médica</a>	Documento de Comprovação
52113 706	27/12/2019 20:27	<a href="#">7 - laudo médico</a>	Documento de Comprovação
52113 707	27/12/2019 20:27	<a href="#">8 - Recebimento administrativo</a>	Documento de Comprovação

Segue anexo Petição inicial e documentos.



Assinado eletronicamente por: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES - 27/12/2019 19:58:26  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122719582485300000050279068>  
Número do documento: 19122719582485300000050279068

Num. 52113699 - Pág. 1

**EXCELENTESSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUÍZO DE DIREITO DE UMA DAS VARAS CÍVEIS ESPECIALIZADAS DA COMARCA DE NATAL, ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE, A QUEM COUBER POR DISTRIBUIÇÃO LEGAL.**

**DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO**, brasileiro, solteiro, auxiliar de secretaria, sem endereço eletrônico, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº 123.665.784-58, residente e domiciliado (a) na Rua São João, Nº 378, Padre João Maria, São Gonçalo do Amarante – CEP. 59.290-000, vem, por intermédio de seu advogado, legalmente habilitado (doc. anexo), que esta subscreve, perante Vossa Excelência, propor

**AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO**

em desfavor da **PORTO SEGURO S/A**, inscrita no CNPJ sob o nº. 02.149.205/0001-69, com endereço para citação na Avenida Prudente de Moraes, nº. 4055, Candelária, Natal/RN, CEP 59063-200, o que faz pelos fatos e fundamentos jurídicos a seguir:

**1. DA JUSTIÇA GRATUITA.**

Antes de adentrar nas razões que impõem à propositura da presente demanda, faz-se necessário aduzir que o (a) requerente não possui meios suficientes para custear a presente ação judicial sem prejuízo de seu sustento e da sua família, razão pela qual requer, desde já, a concessão dos benefícios da justiça gratuita no sentido de dispensar o pagamento de quaisquer custas e emolumentos no curso do procedimento e porventura em eventual recurso, consoante os ditames da Lei nº. 1.060/50, art. 5º da Carta Magna Brasileira e art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil.

---

Rua Antônio Elias de França Neto, 1660 – Lagoa Nova – Natal-RN, Cep. 59.064-170;

e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES - 27/12/2019 19:58:30  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122719583036600000050279069>  
Número do documento: 19122719583036600000050279069

Num. 52113700 - Pág. 1

## **2. DOS FATOS.**

O (A) demandante se envolveu em acidente de trânsito no dia 27/01/2019, por volta das 10h, no município de São Gonçalo do Amarante – RN, conforme descrito em boletim de ocorrência anexo.

Em razão do acidente, **o promovente sofreu fratura/lesão no membro superior esquerdo**, tratando-se, pois, de lesão de natureza grave, sendo socorrido até o Hospital Walfredo Gurgel, onde recebeu os primeiros atendimentos médicos.

Em detrimento do acidente automobilístico, ficou impedido de trabalhar e, atualmente, sente dores e limitação do membro afetado.

É sabido que para o recebimento da indenização DPVAT basta que a vítima comprove a ocorrência do acidente de veículo e o dano consequente, independentemente da existência de culpa (Lei federal n. 6.194, de 1974).

Preenchendo os requisitos para o recebimento da indenização, o (a) autor (a) encaminhou seu pedido administrativo. Juntamente com os documentos pertinentes, legalmente previstos e que são costumeiramente solicitados pela ré, o (a) requerente teve seu pedido autuado com o número de sinistro: **3190410381**.

Certo do recebimento da indenização em conformidade com a gravidade de sua invalidez, a parte autora aguardou resposta da ré, tamanha fora a surpresa desta quando informada do pagamento da indenização, NÃO POR SUA CONFIRMAÇÃO, o que seria inevitável, mas pelo montante pago pela demandada.

De acordo com documento anexado, a ré efetuou o pagamento de valor irrisório, não condizente com a gravidade da lesão sofrida pelo (a) autor (a) e com a invalidez permanente que este (a) adquiriu. Ou seja, após análise do pedido feito administrativamente, o (a) requerente recebeu o valor de R\$ 843,75 (Oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos).

---

Rua Antônio Elias de França Neto, 1660 – Lagoa Nova – Natal-RN, Cep. 59.064-170;

e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES - 27/12/2019 19:58:30  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122719583036600000050279069>  
Número do documento: 19122719583036600000050279069

Num. 52113700 - Pág. 2

Tal entendimento e enquadramento apresentado como caracterizador do pagamento, não é condizente com a previsão legal e com a seriedade da lesão sofrida.

O (A) demandante permaneceu com sérias limitações desencadeadas pelas lesões ocorridas no acidente de trânsito, recebeu atendimento que constatou estas, teve acompanhamento médico, passou por procedimento cirúrgico, foi preciso colocar fios de Kirschner para correção e mesmo assim, restou com acentuadas limitações físicas, comprometendo de forma irreversível a realização de atividades cotidianas simples, bem como o desempenho de determinadas funções que poderia almejar.

Após tratamento conservador e intervenção cirúrgica o quadro do Autor evolui com dor, edema e perda de flexão/extensão do membro afetado, porém, a parte ré realiza avaliação imparcial e unilateral, sem proporcionar ao segurado aquilo que realmente lhe é devido.

Muito embora o primeiro atendimento após o acidente de trânsito ter diagnosticado contusão e fratura do punho esquerdo, **tal afetação acometeu todo a mão esquerda.**

O (A) segurado (a), por ora autor (a), juntou ao seu pedido administrativo, certidão de ocorrência policial relatando o acidente de trânsito, ficha de atendimento ambulatorial, documentação médica atestando as lesões e as limitações, e mesmo assim, teve como resposta da ré, um pagamento ínfimo, não compatível com a sua situação física e nem corretamente enquadrada na tabela de danos segmentares utilizada para este fim.

Dessa forma, resta claro que fora buscado através de procedimento administrativo solucionar a questão e receber a indenização correta, porém, tudo foi em vão, não havendo outra forma do demandante alcançar o seu direito a não ser com a intervenção judicial, através da correta quantificação do valor devido e consequente condenação da ré ao pagamento deste.



Diante da situação posta, o (a) Autor (a) se encontra acometido (a) por invalidez permanente parcial incompleta no membro afetado. Nesse sentido, e assim for o convencimento deste Magistrado (a), **requer que as indenizações sigam a orientação da súmula 474 e 580 do Superior Tribunal de Justiça - STJ, pleiteando os valores de forma decrescente de acordo com a gravidade da repercussão da invalidez, na modalidade de perda anatômica e/ou funcional, ou ainda, perda da mobilidade do membro que este juízo se convencer, amparado pela prova técnica/pericial.**

Por fim, requer ainda, que seja designada por Vossa Excelência a produção de prova pericial, e que constatando a invalidez do Autor em detrimento da ocorrência do acidente automobilístico, pede o recebimento de indenização proporcional, segundo o que atestado em prova pericial, na medida em que, conforme legislação vigente, o seguro DPVAT tem por finalidade em dâ proteção financeira às vítimas de acidente de trânsito, compreendendo indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos moldes do art. 3º da Lei nº. 6.194, de 19 de dezembro de 1974.

### **3. DOS DIREITOS.**

#### **3.1. Da competência jurisdicional para processar e julgar a demanda.**

Constitui faculdade do (a) autor (a) escolher entre qualquer dos foros possíveis para ajuizamento da ação decorrente de acidente de veículos: o do local do acidente ou o do seu domicílio (art. 53, V, do CPC), bem como, ainda, **o do domicílio do réu (art. 46 do CPC).**

Assim já dispôs, recentemente, o Superior Tribunal de Justiça:

*CONFLITO DE COMPETÊNCIA Nº 159.803 - GO (2018/0181431-5)  
RELATOR : MINISTRO LÁZARO GUIMARÃES (DESEMBARGADOR  
CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO) SUSCITANTE : JUÍZO DE  
DIREITO DA 14A VARA CÍVEL E AMBIENTAL DE GOIÂNIA - GO  
SUSCITADO : JUÍZO DE DIREITO DA 1A VARA CÍVEL DE SÃO  
PAULO - SP INTERES. : YAMAHA MOTOR DA AMAZÔNIA LTDA  
ADVOGADOS : FAUSTO MITUO TSUTSUI - SP093982 KARINA DE*

---

Rua Antônio Elias de França Neto, 1660 – Lagoa Nova – Natal-RN, Cep. 59.064-170;

e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com



*SOUSA MARCONDES - SP212020 ANA CLAUDIA MOREIRA PERES E OUTRO (S) - SP289619 INTERES. : OD MOTOS, PECAS E SERVICOS LTDA INTERES. : WILLIAM LEYSER O DWYER INTERES. : CAROLINE LOUISE LEYSER O DWYER ADVOGADOS : THIAGO BRAGA FUJIOKA - GO028232 FLÁVIO MONTEIRO ÁLVARES - GO031861 NATALIA OLIVENCIA E SOUZA - GO042718 DECISÃO Cuida-se de conflito negativo de competência suscitado por JUÍZO DE DIREITO DA 14A VARA CÍVEL E AMBIENTAL DE GOIÂNIA - GO e o do d. JUÍZO DE DIREITO DA 1A VARA CÍVEL DE SÃO PAULO - SP nos autos de ação de execução proposta por YAMAHA MOTOR DA AMAZÔNIA LTDA em face de OD MOTOS, PECAS E SERVICOS LTDA e outros. A ação foi inicialmente proposta perante o d. Juízo de Direito da 1ª Vara Cível da Comarca de São Paulo/SP, foro diversos do eleito contratualmente, que se declarou absolutamente incompetente para processar e julgar o feito e determinou a remessa dos autos à Comarca de Goiânia/GO, sob a alegação de que "a livre escolha desvinculada de qualquer parâmetro, realizada unilateralmente pela parte elaboradora do contrato, seja por conveniência pessoal ou por suposta ineficiência do foro competente, não pode prevalecer, devendo ser admitido, excepcionalmente, a declinação da competência de ofício, mitigando-se a Súmula 33 do C. STJ" (na fl. 97). Recebidos os autos, o d. Juízo de Direito da 14ª Vara Cível e Ambiental da Comarca de Goiânia/GO, foro de eleição, suscitou o conflito negativo de competência, pois, no seu entender, a cláusula de eleição de foro "somente pode ser afastada se constatada abusividade, o que não é o caso dos autos, vez que não vislumbra qualquer hipossuficiência das partes, haja vista que a exequente e a 1ª (primeira) executada são 02 (duas) pessoas jurídicas, e não há nenhuma incidência de relação consumerista, pelo contrário, a relação das partes é estritamente civil, decorrente de contrato e relacionamento comercial oneroso, do qual esta não é destinatária*

---

Rua Antônio Elias de França Neto, 1660 – Lagoa Nova – Natal-RN, Cep. 59.064-170;

e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES - 27/12/2019 19:58:30  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122719583036600000050279069>  
Número do documento: 19122719583036600000050279069

Num. 52113700 - Pág. 5

*final" (na fl. 1.116). O Ministério Público Federal opina pela competência do Juízo de Direito da 1ª Vara Cível da Comarca de São Paulo/SP. É o relatório. Passo a decidir. A hipótese ora analisada é de competência territorial, por via de regra relativa e o d. Juízo suscitado não destacou eventual peculiaridade do caso concreto que permita excepcionar a regra e possibilitar o declínio de ofício da competência. Nesse contexto, a competência só pode ser alterada caso a parte ré apresente exceção de incompetência, após a regular citação, não sendo possível, assim, sua declinação de ofício, nos moldes da súmula 33/STJ, in verbis: "A incompetência relativa não pode ser declarada de ofício". A propósito, confirmam-se os seguintes precedentes: CONFLITO DE COMPETÊNCIA. AÇÃO DE COBRANÇA. ACIDENTE DE VEÍCULOS. SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT. SÚMULA 33/STJ. 1. "A incompetência relativa não pode ser declarada de ofício" (Súmula n. 33/STJ). 2. **Constitui faculdade do autor escolher entre qualquer dos foros possíveis para ajuizamento da ação decorrente de acidente de veículos: o do local do acidente ou o do seu domicílio (parágrafo único do art. 100 do CPC); bem como, ainda, o do domicílio do réu (art. 94 do CPC).** Precedentes. 3. Conflito conhecido para declarar competente o Juízo suscitado. (CC 110.236/MS, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 25/05/2011, DJe 02/06/2011) Ante o exposto, conheço do conflito para declarar a competência do Juízo de Direito da 1ª Vara Cível da Comarca de São Paulo/SP. Publique-se. Brasília, 24 de setembro de 2018. MINISTRO LÁZARO GUIMARÃES (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO) Relator (STJ - CC: 159803 GO 2018/0181431-5, Relator: Ministro LÁZARO GUIMARÃES (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO), Data de Publicação: DJ 26/09/2018).*

A súmula do STJ assim elenca: "Súmula 540 - Na ação de cobrança do seguro DPVAT, constitui faculdade do autor escolher entre os foros do seu domicílio, do local do

---

Rua Antônio Elias de França Neto, 1660 – Lagoa Nova – Natal-RN, Cep. 59.064-170;

e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES - 27/12/2019 19:58:30  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122719583036600000050279069>  
Número do documento: 19122719583036600000050279069

Num. 52113700 - Pág. 6

acidente ou ainda do domicílio do réu. (Súmula 540, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 10/06/2015, DJe 15/06/2015)".

Desta feita, aliando-se ainda pela Lei da Organização Judiciária do RN é competente para processar e julgar a demanda: a 19ª, 20ª, 23ª, 24ª e 25ª Vara Cível desta Comarca, por distribuição legal.

### **3.2. Da legitimidade passiva.**

A súmula 42, da Resolução 11 – TJRN, de 27 de março de 2019, assim estipula: "Súmula 42: **Qualquer seguradora conveniada ao sistema de Seguro DPVAT é parte legítima para figurar no polo passivo da demanda** que pleiteia indenização em decorrência de acidente de trânsito.". (grifo meu)

### **3.3. Da aplicação da Lei nº. 6.194/74 e suas alterações posteriores.**

Diante do que será exposto não restará dúvida do direito do (a) Promovente de receber a indenização do seguro obrigatório DPVAT uma vez que ocorreu debilidade permanente na função do membro inferior direito causado por acidente automobilístico, conforme documentação anexa.

O segurado deve ser beneficiado por motivo de todas as sequelas que sofreu, passando a receber uma quantia justa, nem exorbitante, nem inferior aos traumas a que passou.

Além do mais, ninguém está preparado para a ocorrência de um sinistro, o Seguro Obrigatório DPVAT visa justamente amenizar as despesas financeiras que o vitimado irá despender; que em um caso de invalidez permanente, nunca cessarão.

A legislação vigente: art. 3º da lei nº. 6.194/74, estabelece que os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar, conforme se vê abaixo:

---

Rua Antônio Elias de França Neto, 1660 – Lagoa Nova – Natal-RN, Cep. 59.064-170;

e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES - 27/12/2019 19:58:30  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122719583036600000050279069>  
Número do documento: 19122719583036600000050279069

Num. 52113700 - Pág. 7

*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 - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;*

*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.*

*§ 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:*

*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*

*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.*

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, fazendo jus a parte autora ao recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

*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.*

Note Excelência que a prova documental (documentação médica hospitalar e boletim de ocorrência) foi devidamente juntada aos autos comprovando o direito do (a) autor (a) ao recebimento da indenização pleiteada.

Desta forma é claro notar que: "*O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente*" e mediante a entrega dos seguintes documentos: "*registro da ocorrência no órgão policial competente*" – art. 5º, § 1, a, da Lei 6.194/74.

Percebe-se que a lei não diz se o Boletim de Ocorrência deve ser comunicado ou não, exige-se apenas o Boletim de Ocorrência OU Certidão de Ocorrência sendo, portanto, ônus da Seguradora fazer prova de que as informações contidas no Boletim de Ocorrência, ou na Certidão de Ocorrência, não são verdadeiras, se assim porventura alegar.



Além do Boletim de Ocorrência, outros documentos juntados pela parte autora, corrobora a veracidade das declarações expostas no referido documento. Portanto, o conjunto probatório, atesta o fato como verdadeiro.

Por conseguinte, é dever da Seguradora Requerida, cumprir com o determinado pelo inciso II do artigo 373 do Código de Processo Civil e comprovar a existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito autoral.

Em razão do acima exposto, demonstrado o nexo causal existente entre o acidente automobilístico e a lesão de caráter permanente na vítima, impõe-se o dever de indenizar.

**3.4. Da audiência de conciliação ou mediação após a prova pericial. Aplicação do art. 139, VI do Código de Processo Civil.**

Nos termos do art. 319, VII do CPC, opta a parte autora pela realização de audiência de conciliação e mediação.

Entretanto, Excelência, imprescindível para o resultado da demanda a ocorrência de prova pericial, de modo a conferir maior efetividade do direito tutelado, bem como auxiliar o livre convencimento motivado deste juízo.

Assim dispôs o art. 139, VI do CPC:

*Art. 139. O juiz dirigirá o processo conforme as disposições deste Código, incumbindo-lhe:*

***VI - dilatar os prazos processuais e alterar a ordem de produção dos meios de prova, adequando-os às necessidades do conflito de modo a conferir maior efetividade à tutela do direito;*** (grifo meu).

---

Rua Antônio Elias de França Neto, 1660 – Lagoa Nova – Natal-RN, Cep. 59.064-170;

e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES - 27/12/2019 19:58:30  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122719583036600000050279069>  
Número do documento: 19122719583036600000050279069

Num. 52113700 - Pág. 10

Nesse sentido, requer que seja designada audiência conciliatória, porém que seja aprazada após a juntada do laudo pericial que, desde já se requer.

#### **4. DOS PEDIDOS.**

Por todo exposto, requer a Vossa Excelência:

- a) que sejam concedidos **os benefícios da justiça gratuita** nos termos da Lei n. 1.060/50 e suas devidas alterações, bem como art. 98 e seguintes do CPC por ser o (a) autor (a) pobre nos termos da Lei e não possui condições financeiras favoráveis para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do seu próprio sustento e da sua família;
- b) que determine **a citação inicial do Requerido**, no endereço constante na folha de rosto da presente exordial para, caso pretendam, contestar a presente ação, no prazo legal, sob pena de incorrer nos efeitos da revelia, concedendo ao final, a procedência integral dos pedidos;
- c) nos termos do art. 319, VII do CPC, **opta** a parte autora pela realização de audiência de conciliação e mediação, **porém que seja aprazada após a juntada do laudo pericial** que, desde já se requer, em homenagem aos princípios da celeridade e economia processual, uma vez que a modulação e alteração da ordem de produção dos meios de prova se mostra imprescindível na presente ação (art. 139, VI do CPC), de modo a conferir maior efetividade do direito tutelado, bem como auxiliar o livre convencimento motivado deste juízo;
- d) em razão do acometimento pela parte autora de invalidez permanente parcial incompleta no (s) membro (s) afetado (s) (membro superior), requer a condenação da empresa requerida ao pagamento do seguro DPVAT, em favor do (a) requerente, no valor correspondente **ao grau de invalidez atestado** pelo *Expert* nomeado por este juízo, observando as orientações das súmulas **474 e 580 do Superior Tribunal de Justiça - STJ, pleiteando os valores de forma decrescente (75% > 50% > 25% > 10%) de acordo com a gravidade da repercussão da invalidez, na modalidade de perda anatômica e/ou funcional, ou ainda, perda da mobilidade do (s) membro (s) que este juízo se convencer, amparado pela prova técnica/pericial**, devendo incidir na condenação os devidos acréscimos de juros

---

Rua Antônio Elias de França Neto, 1660 – Lagoa Nova – Natal-RN, Cep. 59.064-170;

e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES - 27/12/2019 19:58:30  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122719583036600000050279069>  
Número do documento: 19122719583036600000050279069

Num. 52113700 - Pág. 11

legais e correção monetária, abatendo-se o valor recebido administrativamente, julgando-se, por fim, a ação **TOTALMENTE PROCEDENTE**;

- e) que seja condenado ainda, o requerido, ao pagamento das **custas processuais e honorários advocatícios**, estes no patamar de 20% (vinte por cento) do valor da causa;
- f) que, em caso de procedência do pedido, **pugna pelo pagamento dos Honorários Advocatícios Contratuais (contrato particular anexo)**, em companhia dos honorários de sucumbência pagos pelo promovido, sendo confeccionado alvará judicial - conjuntamente - em favor do advogado: Diogo Henrique Bezerra Guimarães - OAB/RN 9329, para levantamento dos valores.

Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em Direito admitidas, sem exclusão de nenhum que se fizer necessário ao deslinde da demanda.

Dá-se à causa o valor de R\$ 1.518,75 (Um mil, quinhentos e dezoito reais e setenta e cinco centavos).

Nestes termos,  
pede e espera deferimento.  
Natal/RN, 27 de dezembro de 2019.

**DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES**  
**OAB/RN 9329**

**QUESITOS A SEREM RESPONDIDOS PELO (A) SR. (A) PERITO (A):**

1. Houve lesão à integridade física da parte autora em virtude do acidente de trânsito. Quais as lesões remanescentes na mesma após o acidente?

---

Rua Antônio Elias de França Neto, 1660 – Lagoa Nova – Natal-RN, Cep. 59.064-170;

e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES - 27/12/2019 19:58:30  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122719583036600000050279069>  
Número do documento: 19122719583036600000050279069

Num. 52113700 - Pág. 12

2. Queira o Sr. Perito esclarecer se as lesões são de caráter temporário ou definitivo.
3. Houve perda da força, mobilidade, flexibilidade ou outra limitação em virtude da lesão sofrida no acidente? Favor especificar as mesmas.
4. Das lesões identificadas, quais foram às consequências traumáticas e funcionais dos órgãos/membros afetados.
5. De acordo com a tabela anexa da Lei 11.945/2009, qual o percentual da perda funcional da parte autora em face da (s) lesão (es) ocasionada (s) em decorrência do sinistro?

---

Rua Antônio Elias de França Neto, 1660 – Lagoa Nova – Natal-RN, Cep. 59.064-170;

e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES - 27/12/2019 19:58:30  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122719583036600000050279069>  
Número do documento: 19122719583036600000050279069

Num. 52113700 - Pág. 13

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:**

Nome:	Diogo Henrique Bezerra Guimarães
Nacionalidade:	Brasileira
Estado Civil:	Solteiro
Profissão:	Advogado
CPF nº:	123.665.784-58
Endereço com CEP	Rua São João 378 P.J. Matis S.G. 59291-550

**OUTORGADO:** DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARÃES, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº. 9329, endereço eletrônico: diogoguimaraes.adv@hotmail.com, com endereço profissional na Rua Antônio Elias de França Neto - 1600 - Ed. Maurício Caminha, Unidade II, Lagoa Nova, Cep. 59.064-170 - Natal/RN.

**PODERES:** Das cláusulas "AD JUDICIA" e "EXTRA" para o foro em geral, defender todos os direitos e interesses do (a) outorgante, podendo transigir, desistir, fazer acordos, discordar, concordar, declarar hipossuficiência financeira, requerer justiça gratuita, passar recibos, dar e receber quitação, levantar e sacar alvarás, apresentar, juntar e desembaraçar documentos, papéis, recibos e guias, requerer desistência da ação, interpor e seguir recursos administrativos e judiciais até Superior Instância e finalmente praticar e requerer todos os demais atos necessários ao fiel e cabal desempenho do presente mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte, com ou sem reservas de poderes.

Natal/RN, 27 de 11 do ano 2019.

Diogo Henrique Bezerra Guimarães

**OUTORGANTE**

Rua Antônio Elias de França Neto, 1600 - Lagoa Nova - Natal-RN, Cep. 59.064-170;

e-mail: diogoguimaraes.adv@hotmail.com



## CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS SEGURO DPVAT

Pelo presente instrumento, as partes abaixo qualificadas, contratam a prestação de assistência advocatícia, na forma e para os fins adiante estipulados:

**1. PARTES:** **DIogo Henrique Bezerra Guimaraes**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº. 9329, endereço eletrônico: diogoguimaraes.adv@hotmail.com, com endereço profissional na Rua Antônio Elias de França Neto - 1600 - Ed. Maurício Caminha, Unidade II, Lagoinha Nova, Cep: 59.064-170 - Natal/RN, denominada **CONTRATADO**, e por outro lado:

Nome:	Diogo Henrique Bezerra Guimaraes		
Nacionalidade:	Brasileiro	Estado Civil:	Solteiro
Profissão:	Advogado	CPF nº:	123.665.784-58
Endereço com CEP:	Rua São João 378 P.J. Moinho S.G.R. 59291-550		

aqui denominado(a) **CONTRATANTE**.

**2. FINALIDADE DO CONTRATO:** O(A) CONTRATANTE contrata os serviços profissionais do CONTRATADO, para que este requeira administrativamente e, caso haja necessidade, também ajulze ação de cobrança referente à indenização de seguro DPVAT, junto ao Juizado Especial Cível ou Justiça Estadual.

**3. DESEMPENHO DO MANDATO:** O CONTRATADO postulará, em todas as instâncias, inclusive administrativas, através de recursos adequados, para o fiel cumprimento do mandato outorgado pelo(a) CONTRATANTE.

### **4. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS:**

**4.1** Pele propositura do requerimento administrativo e demanda judicial, o/a CONTRATANTE pagará ao CONTRATADO, a título de honorários advocatícios, o valor de:

**a)** 20% ( Vinte por cento ) sobre todos os valores líquidos recebidos administrativamente, majorando-se o percentual para 30% ( Trinta por cento ), em caso de interposição de recurso administrativo;

**b)** 20% ( Vinte por cento ) sobre todos os valores líquidos recebidos judicialmente, majorando-se o percentual para 30% ( Trinta por cento ), em caso de interposição de recurso para instância superior;

**c)** O/A CONTRATANTE autoriza, expressamente, o desconto dos valores aqui contratados quando da expedição do Alvará Judicial ou ordem de pagamento decorrente da ação proposta.

### **5. DESISTÊNCIA E CONTUMACIA:**

**5.1** No caso de desistência do processo antes da sentença ou ausência injustificada a perícia médica ou audiência, o contratante se compromete a pagar a título de honorários advocatícios, pelo trabalho já então realizado, a importância fixa de um salário mínimo vigente à época, salvo se for reajustar o processo com mesmo patrocínio. Em todo caso deverá o contratante arcar com as custas judiciais fixadas pelo abandono da causa.

**5.2** A verba oriunda da parte adversa, pelo princípio da sucumbência, reverterá ao CONTRATADO.

**5.3** No caso de desistência do processo após prolação de sentença, o (a) contratante fica obrigado a pagar os honorários advocatícios na sua integralidade.

**6.** Agindo o (a) CONTRATANTE de forma dolosa ou culposa em face do CONTRATADO, restará facultado a este, rescindir o contrato, substabelecendo sem reserva de iguais e se exonerando de todas as obrigações.

**7. CLAUSULA DE RISCO:** Em caso de insucesso da ação proposta, o/a CONTRATANTE não desembolsará quaisquer valores ao CONTRATADO, inclusive os gastos havidos com a demanda.

Assim, em 27 de 11 / 2019 elegem o Foro da comarca de Natal/RN e assinam o presente instrumento em duas vias, para que possa produzir seus legais efeitos.

Diogo Henrique Bezerra Guimaraes  
CONTRATANTE

Diogo Henrique Bezerra Guimaraes  
CONTRATADO



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**

**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número

**123.665.784-58**

Nome

**DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO**

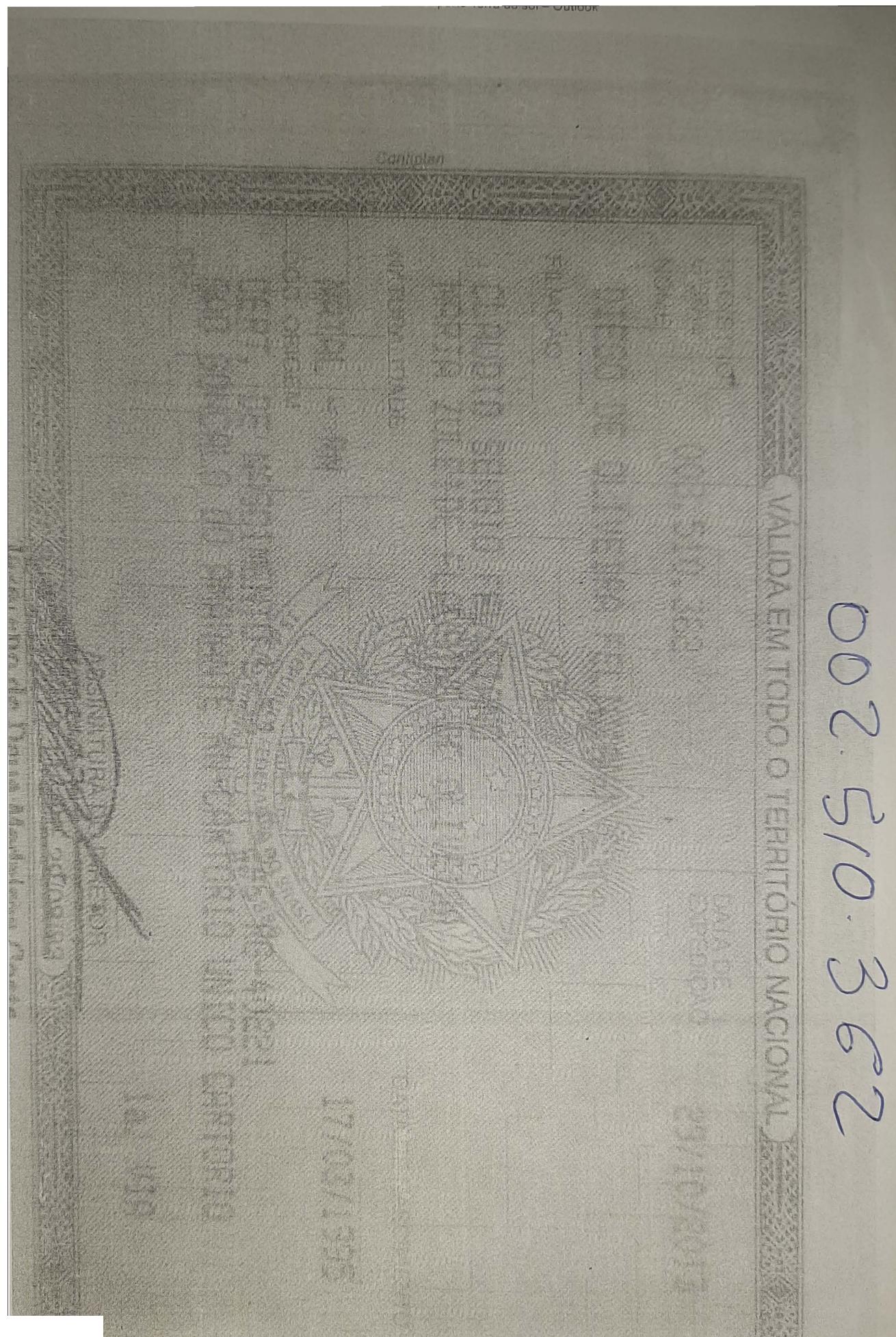
Nascimento

**17/03/1995**

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

002.510.362

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



Assinado eletronicamente por: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES - 27/12/2019 19:58:29  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122719582869800000050279071>  
Número do documento: 19122719582869800000050279071

Num. 52113702 - Pág. 2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

EXAME DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE ESTADUAL

DIogo Henrique Bezerra Guimaraes



## Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1345207606

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTERUA MERMOZ 150, BALDO  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gráuas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte-

ARSEP 0800 727 0167 -Ligaçāo Grāua de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167

Ligaçāo Grāua de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE!  
DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANODATA DE VENCIMENTO  
29/03/2018DATA EMISSÃO DA NOTA  
FISCAL  
19/03/2018CONTA CONTRATO  
7011972254ENDERECO  
RUA SAO JOAO 378PADRE JOAO  
MARIA/AREA RURALTOTAL A PAGAR  
R\$ 15,79DATA DA APRESENTAÇÃO  
22/03/2018  
NÚMERO DA NOTA FISCAL  
003701951CLASSIFICAÇÃO  
RESIDENCIAL  
Monofásico  
B1

## PERÍODO CONSUMO

16/03/2018 a 18/03/2018

## CONSUMO

7

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

## CONTA CONTRATO

7011972254

## MÊS/ANO

03/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 15,79

## VENCIMENTO

29/03/2018

## TALÃO DE PAGAMENTO

**Evite dobrar e perfurar ou rasurar.  
Este canhoto será usado em leitora ótica.**

838400000006 157900384077 011972254205 009612834232



## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES - 27/12/2019 19:58:28  
<https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912271958284270000050279072>  
 Número do documento: 1912271958284270000050279072

12/27/2019, 5:03 PM

Num. 52113703 - Pág. 1



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE - SÃO GONÇALO DO AMARANTE - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007816/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/03/2019 16:55 Data/Hora Fim: 20/03/2019 17:29  
Delegado de Polícia: Luciano Augusto Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de São Gonçalo do Amarante

Data/Hora do Fato: 27/01/2019 10:00

Local do Fato

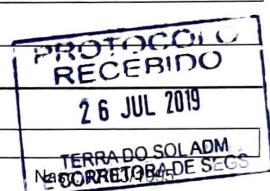
Município: São Gonçalo do Amarante (RN)

Logradouro: RUA PRÓXIMO AO POSTO DE SAÚDE DO PADRE JOÃO MARIA

Bairro: PADRE JOÃO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Veículo



EN VOLVIDO(S)

**Nome Civil: DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO (VÍTIMA , COMUNICANTE )**  
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:RN - Natal Sexo: Masculino  
Profissão: Auxiliar de Serviços  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Maria Zuleide Flausino de Oliveira Nome do Pai: Claudio Sérgio Feliciano



Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 123.665.784-58

Endereço

Município: São Gonçalo do Amarante - RN

Logradouro: RUA SÃO JOÃO

Nº. 378

Bairro: PADRE JOÃO MARIA

Telefone: (84) 98898-6093 (Celular)

**Nome Civil: FLÁVIA DO NASCIMENTO SOUZA (TESTEMUNHA )**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:RN - Arês Sexo: Feminino Nasc. 24/01/1998  
Nome da Mãe: Dalvirene Lima do Nascimento Nome do Pai: Fabio de Oliveira Souza

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 103.037.984-08

Endereço

Município: São Gonçalo do Amarante - RN

Logradouro: R S João

Nº: 3

Bairro: Golandim

CEP: 59.295-841

**Nome Civil: FLÁVIA FLAUSINO DE OLIVEIRA (TESTEMUNHA )**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:RN - Natal Sexo: Feminino Nasc. 10/05/1986





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE - SÃO GONÇALO DO AMARANTE - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007816/2019

Nome da Mãe: Maria Zuleide Flausino de Oliveira

Endereço

Município: São Gonçalo do Amarante - RN

Logradouro: RUA SÃO LUCAS

Nº: 366

Bairro: PADRE JOÃO MARIA

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NNR2647

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Diego de Oliveira Feliciano

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE VEIO ATÉ A ESTA DELEGACIA INFORMAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL, SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO ONDE O MESMO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, VENDO A CAIR EM UMA VALA, QUE A MOTOCICLETA ENVOLVIDA NO ACIDENTE ESTA DESCRIMINADA NESTE BOLETIM: QUE, O COMUNICANTE FOI SOCORRIDO PELO SEU PADRINHO O SR. JOSE SILVA DOS SANTOS, QUE LHE LEVOU PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL, ONDE FOI FEITO O BOLETIM DE ATENDIMENTO DE Nº 5247/2019; QUE, O COMUNICANTE FOI ATENDIDO PELO DR. MARCONI M. BRANDÃO CRM 3642, ONDE FOI FEITO UM RAIO X DO SEU PUNHO ESQUERDO; QUE, O COMUNICANTE FICOU INTERNADO QUATRO DIAS; QUE, FOI FEITO UMA CIRURGIA NO BRAÇO ESQUERDO E COLOCADO DOIS FIOS; QUE, O COMUNICANTE RECEBEU ALTA NO DIA 30/01/2019, PARA AS PROVIDÊNCIAS LEGAIS FORMALIZA A PRESENTE OCORRÊNCIA.

ASSINATURAS

  
Alexandre Wagner de Carvalho Pereira  
Responsável pelo Atendimento

MAT. 220.132-1

"Declaro, para os devidos fins de direito que sou o(a) titular(a) responsável pelas informações acima assinadas e cônscio que poderéi responder civil e criminalmente pela presente declaração, se o fizer de forma intencional, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa do Crime ou do Contravenção do Código Penal Brasileiro."

AGENTE DA POLÍCIA CIVIL

  
Diego de Oliveira Feliciano  
(Comunicante / Vítima)



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



 Sinesp

Delegado de Polícia Civil Luciano Augusto Pereira  
Impresso por: Alexandre Wagner de Carvalho Pereira  
Data de Impressão: 20/03/2019 17:30  
Protocolo nº: Não disponível



Assinado eletronicamente por: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES - 27/12/2019 19:58:28  
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122719582784200000050279073>  
Número do documento: 19122719582784200000050279073

Num. 52113704 - Pág. 2



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 5247 /2019

Admissão: 27/01/2019 15:31:24

BOLETIM COM REGISTRO DE  
SAÍDA  
EM 27/01/19  
P. R. Gurgel

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 112240 - DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO (23 a 10 m 10 d)

Nascimento: 17/03/1995 Natural: NATAL, BRASIL

CNS: 703200664539197

CPF:

Prof:

Mãe: MARIA ZULEIDE FLAUSINO DE OLIVEIRA

Pai:

Logradouro: SAO JOAO, 378

CEP: 59015380

Bairro: CENTRO

Cidade: SAO GONCALO DO  
AMARANTE

Telefone: 84 988986093

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: FAMILIA

\*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 27/01/2019 15:29:14				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HOJE PELA MANHA, APRESENTA EDEMA E REFERE DOR NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Hora: \_\_\_\_\_

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL, 20/03/19  
MAT. N° 1820873

PROTÓCOLO RECEBIDO  
03/01/19  
TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGS.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

01  
ASSINATURA

A	
B	
C	
D	
E	

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

PROTÓCOLO RECEBIDO  
03/01/19  
TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGS.  
29/01/19  
Órgão Hospitalar de Referência  
R. 101/19

\*Saída: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO INICIAL CID

Fractura

RAIOS-X

17/01/19 Horal





**SUS**  
SISTEMA  
ÚNICO  
DE SAÚDE

Sistema  
Único de  
Saúde  
Ministério  
da  
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

*OK*

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA

3515168

**Identificação do Paciente**

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO

164163

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RACA/COR

703 2006 6453 9197

17/03/1995

MASCULINO

PARDA

11- NOME DA MÃE

12- FONE DE CONTATO

MARIA ZULEIDE FRAUSINO DE OLIVEIRA

988986093

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- FONE DE CONTATO

· O MESMO

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

RUA SAO JOAO 378

16- MUNICÍPIO

SAO GONÇALO DO AMARANTE

17- BAIRRO

Pe JOAO MARIA

18- UF

RN

19- CEP

59590000

**Justificativa de Internação**

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Fadiga Pnxa Gde*

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Transtorno Ans*

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

*EFT Rasona*

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**Procedimento Solicitado**

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

36- ( ) AC. TRÂNSITO

37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO

40- N.º DO BILHETE

41- SÉRIE

38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

**Autorização**

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51- ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

*CONFIRMO COM ORIGINAL  
DATA: 29/06/2019  
Assinatura*





Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

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

OKC

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DEOCLEIO MARQUES DE LUCENA

3515188

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO

164163

7- CARTÃO NACIONAL SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RACIAÇÃO

703 2006 6453 9197

17/03/1995

MASCULINO

PARDA

11- NOME DA MÃE

12- FONE DE CONTATO

MARIA ZULEIDE FRAUSINO DE OLIVEIRA

988986093

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- FONE DE CONTATO

· O MESMO

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

RUA SAO JOAO 378

16- MUNICÍPIO

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

SAO GONÇALO DO AMARANTE

Pe JOAO MARIA

RN

59590000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Fadiga Pnico Cde*

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Transtorno Ansioso*

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

*Exame Ressonância*

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

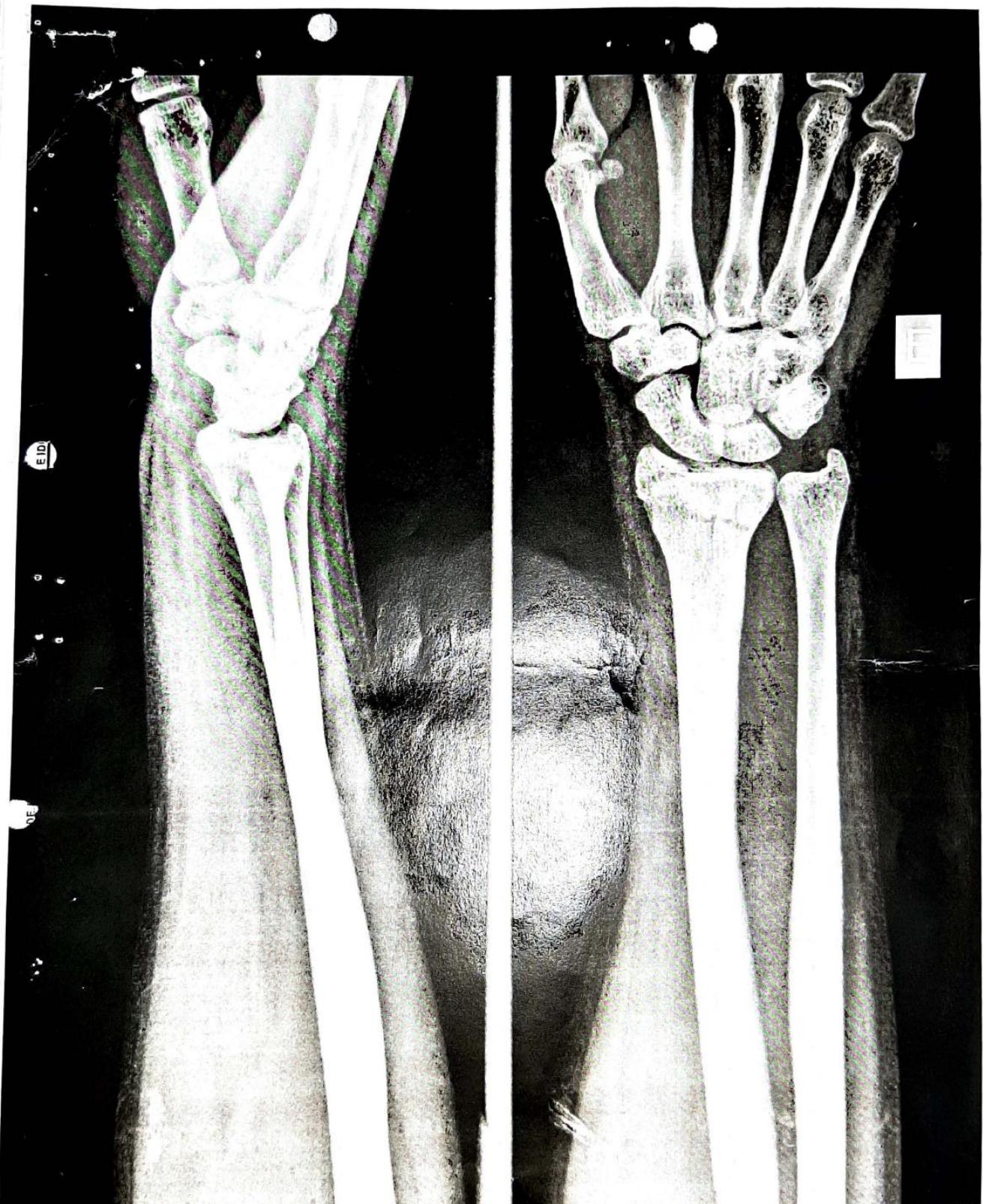
CO



## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA ORTOPEDIA		REGULAÇÃO WALFREDO GURGEL	OBS
ENFERMARIA N°	LEITO	PRONTUÁRIO 184163	
DATA 27/01/2019	HORA 19:55	CATEGORIA	GIH
PACIENTE DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO		DATA DE NASCIMENTO 17/03/1995	
ESTADO CIVIL SOLTEIRO	PROFISSAO FUNC PUBLICO		
ENDEREÇO (RUA, N°) RUA SAO JOAO 378			
MUNICÍPIO SAO GONÇALO DO AMARANTE	BAIRRO Pe JOAO MARIA	UF RN	CEP 59590000
LOCAL DE TRABALHO		TELEFONE	
FILIAÇÃO MARIA ZULEIDE FRAUSINO DE OLIVEIRA	CLAUDIO SERGIO FRAUSINO		
RESPONSÁVEL O MESMO		TELEFONE 988986093	
ENDEREÇO O MESMO			
DIAGNOSTICO PROVISORIO			
DIAGNOSTICO DEFINITIVO			
DATA DE ADMISSAO		ALTA 31-01-2019	OBITO
HISTORIA CLINICA			
CONFERENCIA ORIGINAL			
DATA: 27/01/19 Assinatura: <i>Diego Henrique Bezerra</i>			





Id. Paciente: 5247/2019 Data Exame: 27/01/2019 15:40:44

Paciente: DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: TEC. IVANILDO DE ARA  
PUNHO AP  
Idade: 23 ano(s)  
78,9 %



Assinado eletronicamente por: DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES - 27/12/2019 19:58:27  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122719582681500000050279074>  
Número do documento: 19122719582681500000050279074

Num. 52113705 - Pág. 5

ANAL NESE

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 Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

MAT. N°:

S.A.M.E. DATA:

HORA:

Decisão Médica

À Revella

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 Revella

Transferido para:

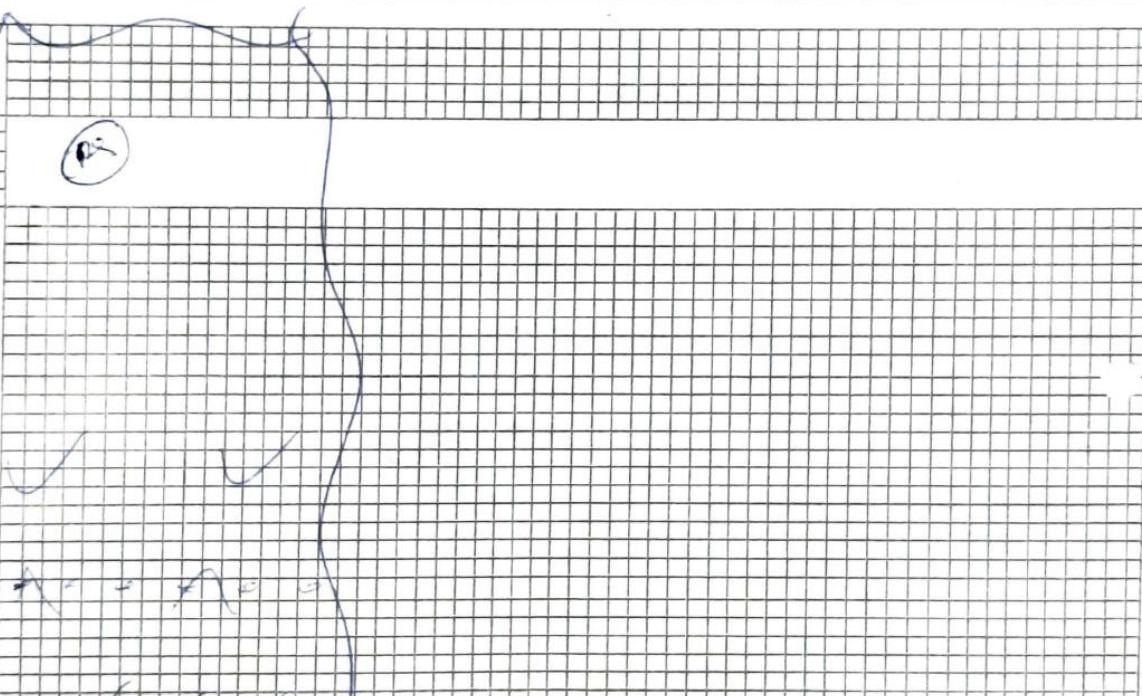
ÓBITO:

DATA:

HORA:



## Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital					Enfermaria	Leito	Nº prontuário																								
Nome <i>Diego de O. Feliciano</i>					Idade	Sexo	Cor																								
Data <i>30.01.19</i>	Pressão arterial	P脉	Respiração	Temperatura	Peso		Outros																								
Tipo sanguíneo	Hematíias	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia																										
	Urina																														
Ap. respiratório					Aasma		Bronquite																								
Ap. circulatorio					Eletrocardiograma																										
Ap. digestivo			Dentes	Pescoço	Ap. urinário																										
Estado mental			Ataracicos	Corticoides	Alergia		Hipotensores																								
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico		Risco																								
Anestesias anteriores																															
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">Agentes Anestésicos</td> <td style="width: 10%;">O<sub>2</sub></td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td colspan="7" style="text-align: center; height: 40px;"><i>02</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center; height: 40px;"><i>02</i></td> </tr> </table>								Agentes Anestésicos	O <sub>2</sub>							<i>02</i>								<i>02</i>							
Agentes Anestésicos	O <sub>2</sub>																														
<i>02</i>																															
<i>02</i>																															
Líquidos																															
Anest.																															
Oper.																															
Anest.																															
O Resp.																															
P Pulse																															
																															
SIMBOLOS																															
<i>E</i> <b>ANOTAÇÕES</b>																															
<b>POSIÇÃO</b> <i>Cirurgia na pg. Dípiorr. sg. Tórax f. ran. Operação Ect.</i> <b>Agentes</b> <i>Tentail secu. Rúcula clav 2us (elam na ran. Propofol 600g)</i> <b>Técnica</b> <i>Endosc.</i> <b>Operação</b> <i>ff.3 abdusus frst. Puplio 6sg</i> <b>Cirurgiões</b> <i>Dr. Edson</i> <b>Anestesistas</b> <i>Diego da Feliciano</i> <b>Observações</b>																															
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias					Perda sanguínea																										



Nome do paciente		Nº prontuário
Diogo de J. feliciano		
Data operação	30/12/2019	Enf.
Operador	Dr. Edson P. Diniz	Lello
2º auxiliar		1º auxiliar
3º auxiliar		Instrumentador
Anestesista	Dr. Inacio	Tipo de anestesia
Diagnóstico pré-operatório	Fratura do fundo e.	
Tipo de operação	Art. dist. fratura fundo e.	
Diagnóstico pós operatório	Osteosí	
Relatório imediato do patologista		
Nome radiológico no ato		
Acidente durante a operação		

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso /ática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

Abd. ant. sub. abd. retin.  
 enxer. de fundo retin.  
 fixar o osso do  
 fision. conti. e  
 fundo

Dr. Edson  
 ERN-942  
 Ortopedia-Traumatologia

CONFERE LUM. ORIGINAL
DATA: 20/12/2019
Assinatura: <i>Edson P. Diniz</i>

<input type="checkbox"/> ) CIRURGIAS MÚLTIPLAS (0415010012)
<input type="checkbox"/> ) POLI/TRAUMATIZADO (0415030013)
<input type="checkbox"/> ) PROC. CLÍNICO
<input checked="" type="checkbox"/> ) PROC. CIRÚRGICO 0405000407
<input type="checkbox"/> ) CBO. 225225
<input type="checkbox"/> ) CBO. 225270
<input checked="" type="checkbox"/> ) DIAS 552.6
<input type="checkbox"/> ) CID 552.6



SUS: 11032006621539194 - CPF: 1036654758-98888-6083



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 211  
HMWG

NOME: Diego de Oliveira Teixeira  
IDADE: 11/03/1995 COR: Roxo SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro  
NATURALIDADE: Brasil PROFISSÃO: Func. Pública PROCEDÊNCIA: Ortopedia  
ENDEREÇO: Rua São João 378 BAIRRO: Frei L. Menezes  
CIDADE: S.G.H DATA: 27/10/19 HORA: 14:05

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM  NÃO

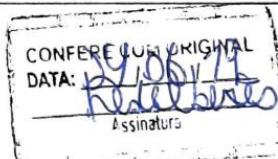
PUPILAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL
---------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------

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

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

EXAME FÍSICO



SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

*Fratura no pulso*



**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	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Ortopedia</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____ / ____ / ____ HORA _____
HORA _____ HS	Marcus Vinícius C. Freire Ortopedia / Traumatologia CRM/RN 5781 TEOT 14910	
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	A REVELIA <input type="checkbox"/>
DATA ____ / ____ / ____	HORA _____	
ÓBITO ____ / ____ / ____	HORA _____	
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)

Ass: *Almeida* Coren: *221952*

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

**HEMOTRANSFUSÃO:**

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

DIPRINONA 2g h: 18:10  
TIZAN 40mg h: 18:10  
ZOFTRAN 8mg h: 18:10

CEFALOTINA 2g h: 18:10  
h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_  
h: \_\_\_\_\_ h: \_\_\_\_\_

**HIDRATAÇÃO VENOSA**

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

**ANÁTOMO PATOLÓGICO**

<input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim Peça:	Peça para sepultamento: <input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim
Swab para cultura:	Líquido:

**CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES**

FO de aspecto:  Limpo ( ) c/ exsudato ( ) Contaminada ( ) Aparelho gessado ( ) Bandagens  Jatas ( ) Outros:

**INTERCORRÊNCIAS:** *Procedimento concordado Sem intercorrências.*

Ass: *Sayonara* Coren: *504067*

**CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO**

Nível de consciência: ( )Consciente ( )Inconsciente  Narcose ( )Coma ( )Vigil ( )Agitado

Respiratório: ( )Intubado ( )Extubado ( )Cânula de Guedel  O<sub>2</sub> ambiente Curativo,  Oclusivo ( )Compressivo ( )Bolsa de colostomia ( )Outro:

Diurese:  Espontânea ( )Normal ( )Hematúria ( )Irrigação Vesical ( )Oligúrico Destino após a cirurgia: *Saída*

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

Hora: \_\_\_\_\_ Data: *30/01/19* Nível de consciência:  Acordado ( )Sonolento ( )Narcose ( )Orientado  
( )Desorientado ( )Agitado ( )Choroso Vias aéreas: ( )Intubado ( )Extubado ( )cânula de Guedel ( )Cateter O<sub>2</sub> ( )O<sub>2</sub> Ambiente Mobilização MMII: ( )Normal ( )Diminuída ( )Sem mobilidade Mobilização MMSS: ( )Normal ( )Diminuída ( )Sem mobilidade Venólise: ( )Não ( )Sim Tipo: *AVP* Local: *HSD* Sondas: ( )Gástrica ( )Enteral ( )Vesical  
Drenos: ( )Sucção ( )Torácico ( )Penrose ( )Kherr Ostomias: ( )Sim ( )Não Especifique: \_\_\_\_\_  
Irrigação vesical contínua: ( )Retorno satisfatório ( )Retorno Insuficiente ( )Coágulos  
Curativo: ( )Oclusivo ( )Descoberto ( )Limpo ( )Sujo Monitorização: ( )ECG ( )Oxímetro ( )PA

**INTERCORRÊNCIAS NA URPA** ( )Náuseas ( )Vômitos ( )Sangramento ( )Dor ( )Bexiga ( )Alteração PA ( )Alteração FC

Relate:

**SINAIS VITAIS**

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão	—	100	120x90	—	100	—
30'	—	88	120x90	—	100	—
60'	—	—	—	—	—	—
Alta	—	70	130x80	—	99	—

**Líquidos administrados na URPA:**

Soro glicosado: \_\_\_\_\_ ml  
Soro Fisiológico: \_\_\_\_\_ ml  
Ringer: \_\_\_\_\_ ml  
Irrigação vesical contínua: \_\_\_\_\_ ml

**Medicações administradas URPA:**

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

**Eliminações:**

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

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:** *Paciente evoluiu com ECG normal e humor M&E. Encaminha os Rx e a depur. ur. para o ORT*

Ass: *Maria* Coren: *127952*



**Evolução de Enfermagem - Centro Cirúrgico**

Nome: <u>DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO</u>		Idade: <u>23</u>	D/N: <u>17/03/1995</u>		
Pront: <u>164783</u>	Município: <u>SÃO BERNARDO</u>	Procedência: <input checked="" type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Externo			
Data da cirurgia: <u>30/01/19</u> Hora Admissão: Bloco: <u>17:30</u> Sala: _____ Hora Saída: _____ Peso: _____					
Alergias: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Comorbidades: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Outras					
Uso de medicações: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Jejum: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim					
SSW Admissão: PA: _____ mmHg Pulso: _____ bpm FL: _____ rpm FC: _____ bpm SpO <sub>2</sub> : _____ % T: _____ °C					
Enfermeiro(a): <u>ARYANNE</u>		Instrumentador (a): <u>GRANAL JÚNIOR</u>	Circulante: <u>SAYONARA</u>		
Cirurgia: <u>TTT CIRÚRGICO DE FRATURA DE PUNHO</u>		Especialidade: <u>ORTOPEDIA</u>	Sala: <u>OL</u>		
Hora Início: <u>20:10</u> Hora Término: <u>20:25</u>		Tipo de cirurgia: <input checked="" type="checkbox"/> Eletriva <input type="checkbox"/> Urgência <input checked="" type="checkbox"/> Limpa <input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/> Infectada			
1º Cirurgião: <u>DR. ESTEVAN D. ALEXANDRE</u> Aux: <u>DR. GUSMÃO</u>		Residente: _____			
Anestesia: <input type="checkbox"/> Local <input checked="" type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Geral TOT: _____ ( ) Bloqueio <input type="checkbox"/> Raquidiana Ag.nº _____ ( ) Peridural <input type="checkbox"/> c/cateter <input type="checkbox"/> s/cateter Ag.nº _____ Cateter nº: _____ Início: _____ Garrote: <input type="checkbox"/> Smarch <input type="checkbox"/> Pneumático Início: _____ Término: _____					
Anestesiologista: <u>DR. VILALDO</u>					
<b>NEUROMUSCULAR</b> <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Letárgico <input type="checkbox"/> Coma <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Ansioso <input checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> t/ dificuldade <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Parapléjico <input type="checkbox"/> Tetrapléjico <input type="checkbox"/> Amputações		<b>PELE/HIGIENE</b> <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Desidratada <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> C/lesões <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória <input type="checkbox"/> Higiene deficiente <input type="checkbox"/> Manchas <input type="checkbox"/> S/Tricotomia	<b>CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO</b> <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Hipotensão <input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> Normoesfígmeno <input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub>	<b>DISPOSITIVOS</b> <input checked="" type="checkbox"/> Jelco <u>750</u> <input type="checkbox"/> Acesso V. Central <input type="checkbox"/> Cat. Diálise <input type="checkbox"/> Fístula <input type="checkbox"/> Arteriovenosa <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Dreno: <input type="checkbox"/> Aparelho gessado <input type="checkbox"/> Tração <input checked="" type="checkbox"/> Talas <u>msc</u>	<b>MONITORIZAÇÃO</b> <input checked="" type="checkbox"/> ECG <input checked="" type="checkbox"/> Oximetria <input type="checkbox"/> Capnógrafo <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Estimul. Nervo <input type="checkbox"/> Dripifusor <input type="checkbox"/> BIC <input type="checkbox"/> Désfibrilador
<b>SINAIS VITAIS</b> FC: <u>67</u> Meio: <u>77</u> Fim: <u>95</u> Unid. Bpm Pulso: <u>65</u> Meio: <u>78</u> Fim: <u>93</u> Bpm Oximetria: <u>98</u> Meio: <u>99</u> Fim: <u>99</u> % Capnografia: _____ PA: <u>140/94 150/93 137/86</u> mmHg		<b>POSIÇÃO</b> <input checked="" type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> Ventral <input type="checkbox"/> Lateral <input type="checkbox"/> Litotômica <input type="checkbox"/> Trendlemburg <input type="checkbox"/> Canivete <input type="checkbox"/> Proclive		<b>COXIM</b> Cabeça PESCOÇO TÓRAX LOMBAR TRÍPTICO LOMBAR	<b>MMSS</b> Anatônicos Abduzidos Fletidos MMII Anatônicos Abduzidos Fletidos
<b>ACESSO VENOSO</b> Puncão Arterial: <u>LUNÉFER</u> Puncão Venosa Periférica: <u>24/65</u> Puncão Venosa Central: <u>herribert</u> Dissecção venosa: <u>Assinatura</u>		<b>PLACA DO BISTURI ELÉTRICO</b> ( ) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Descartável Local: _____			
<b>DEGERMAÇÃO</b> ( ) Sim <input type="checkbox"/> Não		<b>TRICOTOMIA</b> ( ) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			
Local: <u>msc</u>		Solução: <u>PVP</u>		Local: _____	
<b>SONDAGEM GÁSTRICA</b> SNG nº: _____ Retorno: _____					
<b>CATETERISMO VESICAL</b> SVF nº: _____ SVA nº: _____ Diurese: _____ Profissional responsável: _____					
<b>EXAMES SOLICITADOS</b> ( ) Hemograma ( ) Coagulograma ( ) Tipagem Sanguínea ( ) Radioscopia (Raio X)					
<b>ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO</b> Caixa cirúrgica: <u>PSA + PCAF</u> Quant. Material: _____ Val.: <u>55.02.10</u> Contagem de gaze e compressa: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim					





CLÍNICA

OCTÁVIA ROSADO

Brinde Fédico



#Nome: Diego Oliva Feliciano

Idade: 24 anos / Sexo: Masculino

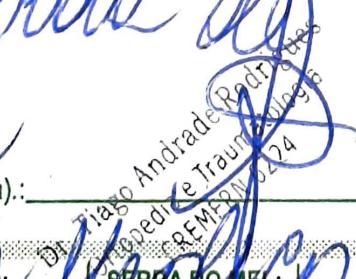
27/01/19

#trouvo nascelista e pulho coque  
do que resultou em cirurgia.

#Alusividade refere-se que o MSB  
com pulo de flexão de pulho enga-  
ido (cerca de 30%)

#192

Dr(a):



27/01/19  
Data:

# Octávia Médico

MISSORÓ:

Rua Juvenal Lamartine, 119

Centro

Fones: (84) 3315-6900 / 3315-6901

SERRA DO MEIO:

Rua Colono Severiano Lázaro da Costa, 2214

Vila Brasília

Fone: (84) 9.8728-1592

ASSÚ:

Av. Senador João Câmara, 1304

Centro

Fone: (84) 9.9839-0438

PARNAMIRIM

Av. Bella Parnamirim, 880

Vila Nova

Fone: (84) 9.9624-2021

NATAL:

Av. Presidente Medice, 256

Igapó - Zona Norte

Fone: (84) 9.9839-0260



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190410381**      **Vítima: DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO**

**Data do Acidente: 27/01/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: HALLISON QUIRINO SOARES DA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

**Recebedor: DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 104**

**Agência: 3470**

**Conta: 000000026532-5**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você