



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                           |                            |
|---|--------------------|---|----------------------------|
| DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO (AUTOR)     |                    | DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES (ADVOGADO)             |                            |
| PORTO SEGURO S/A (RÉU)                  |                    |   |                            |
| URAI DE OLIVEIRA (TERCEIRO INTERESSADO) |                    |   |                            |
| Documentos                              |                    |   |                            |
| Id.                                     | Data da Assinatura | Documento   | Tipo                       |
| 52113699                                | 27/12/2019 20:27   | <a href="#">Petição Inicial</a>                         | Petição Inicial            |
| 52113700                                | 27/12/2019 20:27   | <a href="#">1 - Petição inicial</a>                     | Outros documentos          |
| 52113701                                | 27/12/2019 20:27   | <a href="#">2 - Procuração e Contrato de honorários</a> | Procuração                 |
| 52113702                                | 27/12/2019 20:27   | <a href="#">3 - Documentação pessoal</a>                | Documento de Identificação |
| 52113703                                | 27/12/2019 20:27   | <a href="#">4 - Comprovante de Residencia</a>           | Documento de Comprovação   |
| 52113704                                | 27/12/2019 20:27   | <a href="#">5 - Boletim de ocorrência</a>               | Documento de Comprovação   |
| 52113705                                | 27/12/2019 20:27   | <a href="#">6 - Documentação médica</a>                 | Documento de Comprovação   |
| 52113706                                | 27/12/2019 20:27   | <a href="#">7 - laudo médico</a>                        | Documento de Comprovação   |
| 52113707                                | 27/12/2019 20:27   | <a href="#">8 - Recebimento administrativo</a>          | Documento de Comprovação   |

Segue anexo Petição inicial e documentos.



**EXCELENTÍSSIMO (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 n.º 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

**ACÃO 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



## **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).





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 dá 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*



*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 vislumbro 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*



*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



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 despendar; 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:



*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).*





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



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



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?



**INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE:**

|                  |   |               |                |
|------------------|---|---------------|----------------|
| Nome:            | Diogo de Oliveira Filcôrino               |               |                |
| Nacionalidade:   | Brasileira                                | Estado Civil: | Solteiro       |
| Profissão:       | Advogado                                  | CPF nº:       | 123.665.789-58 |
| Endereço com CEP | Rua São João 378 P.O. Maria SGA 59291-550 |               |                |

**OUTORGADO:** DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARÃES, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº. 9329, endereço eletrônico: diogogulmaraes.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 desembargar 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 de Oliveira Filcôrino*

**OUTORGANTE**

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

e-mail: diogogulmaraes.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 Caminho, Unidade II, Lagoa Nova, Cep. 59.064-170 - Natal/RN, denominada **CONTRATADO**, e por outro lado:

|                  |   |               |                |
|------------------|---|---------------|----------------|
| Nome:            | Diogo de Oliveira Filiziano               |               |                |
| Nacionalidade:   | Brasileira                                | Estado Civil: | Solteiro       |
| Profissão:       | Auxiliar Judiciário                       | CPF nº.       | 123.665.784-58 |
| Endereço com CEP | Rua São João 378 P J Mafra, CGA 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 ajuíze 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** Pela 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 CONTUMÁCIA:

**5.1** No caso de desistência do processo antes da sentença ou ausência injustificada à 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 reajulzar 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, subestabelecendo 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 de Oliveira Filiziano  
**CONTRATANTE**

[Assinatura]  
**CONTRATADO**

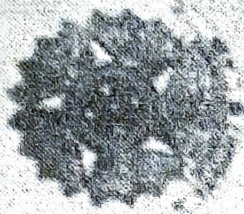




MINISTÉRIO DA FAZENDA



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





Cartão

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

002.510.362



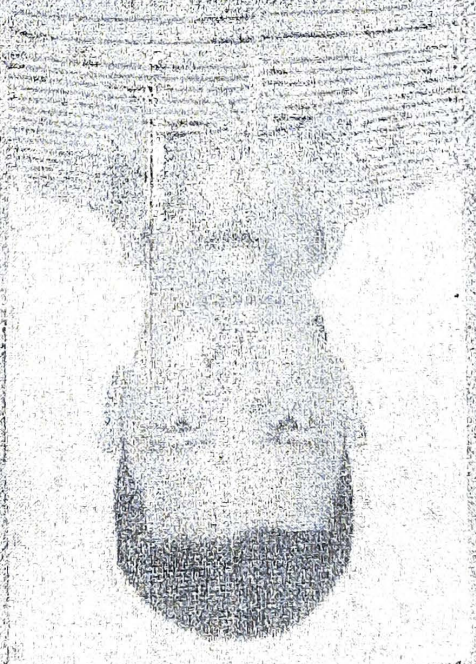


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOIÁS DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO



Diogo do Couto Falcão

IDENTIDADE





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 20055199-0Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
Ligações Gratuitas:  
-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 -Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167  
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis**DADOS DO CLIENTE!**  
**DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO****DATA DE VENCIMENTO**  
**29/03/2018****DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL**

19/03/2018

**DATA DA APRESENTAÇÃO**

22/03/2018

**NÚMERO DA NOTA FISCAL**

003701951

**CONTA CONTRATO**  
**7011972254****CLASSIFICAÇÃO**RESIDENCIAL  
Monofásico  
B1**ENDEREÇO**  
RUA SAO JOAO 378PADRE JOAO  
MARIA/AREA RURAL**TOTAL A PAGAR**  
**R\$ 15,79****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**



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)

Bairro: PADRE JOÃO

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

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(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 Sergio 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: 10/08/1986



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

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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, VIDO 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 WOLFRED 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 RAO 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*

Alexandre Wagner de Carvalho Pereira  
Responsável pelo Atendimento

*Diego de Oliveira Feliciano*

Diego de Oliveira Feliciano  
(Comunicante / Vítima)

\*Declaro, para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e de que não poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração, em caso de origem, conforme previsto nos Artigos 330-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção, do Código Penal Brasileiro.\*

AGENTE DA POLÍCIA CIVIL



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

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos







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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **5247 /2019**  
Admissão: **27/01/2019 15:31:24**



BOLETIM COM REGISTRO DE

SAÍDA

EM: **27/01/19**

*Res. Registrado*

**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:

Sexo: M Cor: PARDA

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

Origem: FAMILIA

Tipo: NÃO REFERENCIADO

\*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: \_\_\_\_\_

*Doar ao* *PCTE KS*

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL, 20/03/19

NAT. Nº. 1520823

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

ASSINATURA

PROTOCOLO  
RECEBIDO

19 ABR 2019

TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGS.

|   |  |
|---|--|
| A |  |
| B |  |
| C |  |
| D |  |
| E |  |

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

\*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL CID

*Frustr* *Revisão*

RAIOS-X

27/01/19 Hora



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



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<br>HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA                             |   | 4- CNES<br>3515168                                    |  |
| Identificação do Paciente   |   |   |  |
| 5- PACIENTE<br>DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO  |   | 6- NUMERO DO PRONTUÁRIO<br>164163                     |  |
| 7- CARTÃO NACIONAL/SUS<br>703 2006 6453 9197  | 8- DATA DE NASCIMENTO<br>17/03/1995   | 9- SEXO<br>MASCULINO                                  | 10- RAÇA/COR<br>PARDA                        |
| 11- NOME DA MÃE<br>MARIA ZULEIDE FRAUSINO DE OLIVEIRA   |   | 12- TELEFONE DE CONTATO<br>988986093                  |  |
| 13- NOME DO RESPONSÁVEL<br>O MESMO  |   | 14- TELEFONE DE CONTATO                               |  |
| 15- ENDEREÇO (RUA, Nº)<br>RUA SAO JOAO 378  |   |   |  |
| 16- MUNICÍPIO<br>SAO GONÇALO DO AMARANTE  | 17- BAIRRO<br>Pe JOAO MARIA   | 18- UF<br>RN  | 19- CEP<br>59590000                          |
| Justificativa de Internação   |   |   |  |
| 20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br>fratura punho (de)                                   |   |   |  |
| 21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br>fratura punho  |   |   |  |
| 22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)<br>EFT + RAIA |   |   |  |
| 23- DIAGNÓSTICO INICIAL<br>fratura punho (de)   | 24- CID 10 PRINCIPAL<br>S62.01  | 25- CID 10 SECUND.<br>S62.01                          | 26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                 |
| 27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br>osteossíntese punho                                   |   | 28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                            |  |
| 29- CLÍNICA   | 30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO   | 31- DOCUMENTO<br>( ) CNS ( ) CPF                      | 32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE |
| 33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE   | 34- DATA DA SOLICITAÇÃO   | 35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) |  |
| Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)                                     |   |   |  |
| 36- ( ) AC. TRANSITO  | 37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO   | 38- ( ) AC. TRABALHO TRAJETO                          | 39- CNPJ DA SEGURADORA                       |
| 40- Nº DO BILHETE   | 41- SÉRIE   | 42- CNPJ DA EMPRESA                                   | 43- CNAE DA EMPRESA                          |
| 44- CBOR  | 45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA<br>( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO |   |  |
| Autorização   |   |   |  |
| 46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  |   | 47- COD. ORGAO EMISSOR                                |  |
| 48- DOCUMENTO<br>( ) CNS ( ) CPF  |   | 52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR        |  |
| 50- DATA DA AUTORIZAÇÃO   | 51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)   |   |  |

CONFERE COM ORIGINAL  
DATA: 29/06/19  
Assinatura





**SUS**  
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 DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

**Identificação do Paciente**

5- PACIENTE

6- NUMERO DO PRONTUÁRIO

DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO

164163

7- CARTÃO NACIONAL/SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RAÇA/COR

703 2006 6453 9197

17/03/1995

MASCULINO

PARDA

11- NOME DA MAE

12- TELEFONE DE CONTATO

MARIA ZULEIDE FRAUSINO DE OLIVEIRA

988986093

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

O MESMO

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA SÃO JOÃO 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

*fratura punho de*

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Tratamento Cirúrgico*

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

*Exif + Razona*

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

*fratura punho (Exif)*

**Procedimento Solicitado**

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

*osteossíntese punho*

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

36- ( ) AC. TRANSITO  
37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO  
38- ( ) AC. TRABALHO TRAJETO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

36- ( ) AC. TRANSITO

37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO

38- ( ) AC. TRABALHO TRAJETO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

**Autorização**

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

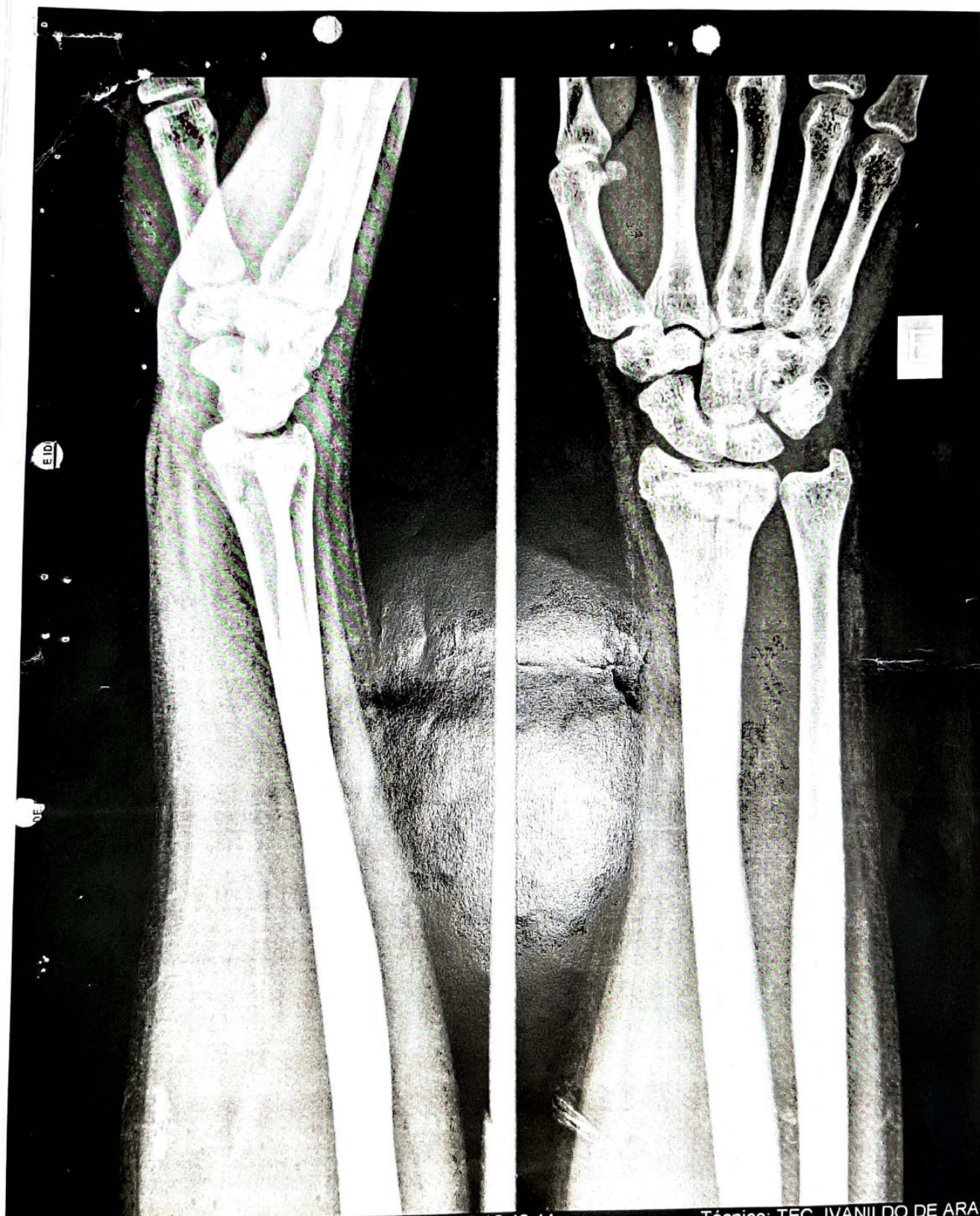
51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

*CONFERE COM ORIGINAL  
DATA: 27/12/2019  
Assinatura*









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  
Idade: 23 ano(s) PUNHO AP  
78,9 %





|  |  |                                     |  |
|--|--|-------------------------------------|--|
| ANAI NESE  |  |                                     |  |
| EXAME FÍSICO   |  |                                     |  |
| IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA  |  |                                     |  |
| EXAMES COMPLEMENTARES; (RADIOLOGIA E IMAGEM)****   |  | LABORATÓRIO                         |  |
| CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)   |  | OUTROS                              |  |
| ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM  |  | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM             |  |
| Assinatura e Carimbo do Responsável  |  | Assinatura e Carimbo do Responsável |  |
| DÊSTINO DO PACIENTE:   |  |                                     |  |
| INTERNAMENTO NA CLÍNICA:   |  |                                     |  |
| SAÍDA:   |  |                                     |  |
| Decisão Médica <input type="checkbox"/> Á Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:                               |  |                                     |  |
| ÓBITO: DATA: HORA:   |  |                                     |  |
| Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/> |  |                                     |  |

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

|   |                                    |                              |       |
|---|------------------------------------|------------------------------|-------|
| DESTINO DO PACIENTE:                    |                                    | Nºdo Boletim de Atendimento: |       |
| INTERNAMENTO NA CLÍNICA:                | DATA:                              | / /                          | HORA: |
| SAÍDA:                                  | DATA:                              | / /                          | HORA: |
| Deolção Médica <input type="checkbox"/> | A Revella <input type="checkbox"/> | Transferido para:            |       |
| ÓBITO:                                  | DATA:                              | / /                          | HORA: |



## Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

|  |  |                   |  |             |  |               |  |
|--|--|-------------------|--|-------------|--|---------------|--|
| Hospital   |  | Enfermaria        |  | Leito       |  | Nº prontuário |  |
| Nome <u>Diogo de O. Feliciano</u>  |  |                   |  | Idade       |  | Sexo          |  |
| Data <u>30.01.19</u>   |  | Pressão arterial  |  | Pulso       |  | Respiração    |  |
|  |  | Temperatura       |  | Peso        |  | Outros        |  |
| Tipo sanguíneo   |  | Hemoglobina       |  | Hematócrito |  | Glicemia      |  |
|  |  | Hemoglobina       |  | Hematócrito |  | Glicemia      |  |
|  |  | Hemoglobina       |  | Hematócrito |  | Glicemia      |  |
| Ap. respiratório   |  | Aama              |  | Bronquite   |  |               |  |
| Ap. circulatório   |  | Eletrocardiograma |  |             |  |               |  |
| Ap. digestivo  |  | Dentes            |  | Pescoço     |  | Ap. urinário  |  |
| Estado mental  |  | Atarácicos        |  | Corticoides |  | Alergia       |  |
|  |  |                   |  |             |  | Hipotensores  |  |
| Diagnóstico pré-operatório   |  | Estado físico     |  | Risco       |  |               |  |
| Anestesias anteriores  |  |                   |  |             |  |               |  |
| Medicação pré-anestésica   |  | Aplicada às       |  | Efeito      |  |               |  |
|  |  |                   |  |             |  |               |  |
| Agentes Anestésicos  |  |                   |  |             |  |               |  |
| Líquidos   |  |                   |  |             |  |               |  |
| Oper   |  |                   |  |             |  |               |  |
| Anest.   |  |                   |  |             |  |               |  |
| O Resp.  |  |                   |  |             |  |               |  |
| P Pulso  |  |                   |  |             |  |               |  |
| SIMBOLOS   |  |                   |  |             |  |               |  |
| E  |  |                   |  |             |  |               |  |
| ANOTAÇÕES  |  |                   |  |             |  |               |  |
| POSIÇÃO  |  |                   |  |             |  |               |  |
| Agentes  |  |                   |  |             |  |               |  |
| Técnica  |  |                   |  |             |  |               |  |
| Operação   |  |                   |  |             |  |               |  |
| Cirurgião  |  |                   |  |             |  |               |  |
| Anestesiologista   |  |                   |  |             |  |               |  |
| Observações  |  |                   |  |             |  |               |  |
| Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias |  |                   |  |             |  |               |  |

Dra. Finguel Rodrigues  
Médica Anestesiologista  
CRM 5614







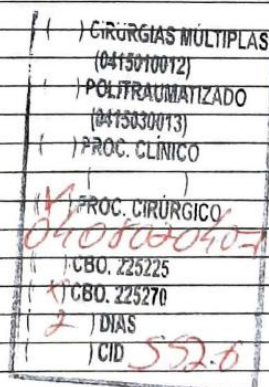
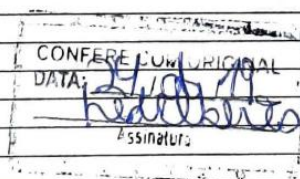
|  |                   |
|--|-------------------|
| Hospital                                   |                   |
| Nome do paciente                           | Nº prontuário     |
| Diogo de J. Feliciano                      |                   |
| Data operação                              | Enf.              |
| 30/12/2019                                 |                   |
| Operador                                   | 1º auxiliar       |
| 2º auxiliar                                | 3º auxiliar       |
| Anestesiista                               | Tipo de anestesia |
| Dr. Edmar M. Dantas                        |                   |
| Diagnóstico pré-operatório                 |                   |
| fratura do fêmur e.                        |                   |
| Tipo de operação                           |                   |
| Osteotomia e fixação com placa e parafusos |                   |
| Diagnóstico pós-operatório                 |                   |
| Osteotomia                                 |                   |
| Relatório imediato do patologista          |                   |
| Imagem radiológica no ato                  |                   |
| Acidente durante a operação                |                   |

#### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Abordagem cirúrgica por via anterior, com incisão em S, expondo a fratura do fêmur. Realizada a osteotomia e fixação com placa e parafusos.

Dr. Edmar M. Dantas  
CRM - 942  
Ortopedia-Traumatologia





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

HMMWG

NOME: Diego de Oliveira Feliciano  
IDADE: 14/03/95 COR: Parda SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro  
NATURALIDADE: Natal PROFISSÃO: Func. Publica PROCEDÊNCIA: Ortopedia  
ENDEREÇO: Rua São João 378 BAIRRO: Parque J. Moura  
CIDADE: S.G.A DATA: 27/10/19 HORA: 14:25

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

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

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

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

EXAME FÍSICO

CONFERE COM ORIGINAL

DATA:

27/10/19  
Resposta  
Assinatura

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

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

DIAGNÓSTICO INICIAL

Proteus no pulso (E)

Marcus Vinicius C. Freire  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM/RN 5781  
TEOT 14910



## 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"/>            |

## CONDUCTA

Ass. do Responsável

## DESTINO DO PACIENTE

|   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL<br>HORA _____ HS      | <input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE<br><i>OK ortoped</i><br>MARCUS VINÍCIUS C. FREITAS<br>Ortopedia / Traumatologia<br>CRM/RN 5781<br>TEOT 14910 | <input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____<br>HORA _____<br>PARA _____   |
| RETIROU-SE POR<br>DATA ____/____/____<br>ÓBITO ____/____/____ | DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/><br>HORA _____<br>HORA _____  | A REVELIA <input type="checkbox"/><br>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. *Diogo Henrique Bezerra Guimaraes*

Coren: 327952







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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

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

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

Dipirona 2g h: 18:10 Cefalotina 2g h: 18:10  
Morfina 4mg h: 18:10  
Zofran 8mg h: 18:10

HIDRATAÇÃO VENOSA

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

ANATOMO PATOLÓGICO

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

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: ☒ Limpo ( ) / exsudato ( ) Contaminada ( ) Aparelho gessado ( ) Bandagens ☒ Talas ( ) Outros:

INTERCORRÊNCIAS: Procedimento concluído sem intercorrências.

Ass: Sayonara Coren: 50467

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: SAPA

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

Hora: \_\_\_\_\_ Data: 30/01/19 Nível de consciência: ☒ Acordado ( ) Sonolento ( ) Narcose ( ) Orientado  
( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choro 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  
Venoclise: ( ) Não ☒ Sim Tipo: AVP Local: M3D 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 ( ) Bexigoma ( ) Alteração PA ( ) Alteração FC  
Relate:

SINAIS VITAIS

Líquidos administrados na URPA:

| Hora     | T°C | P         | PA            | FR | Sat.%      | Dor | Soro glicosado: _____ ml             |
|----------|-----|-----------|---------------|----|------------|-----|--------------------------------------|
| Admissão | -   | <u>80</u> | <u>120x90</u> | -  | <u>100</u> | -   | Soro Fisiológico: _____ ml           |
| 30'      | -   | <u>88</u> | <u>130x92</u> | -  | <u>100</u> | -   | Ringer: <u>1000</u> ml               |
| 60'      | -   | -         | -             | -  | -          | -   | Irrigação vesical contínua: _____ ml |
| Alta     | -   | <u>70</u> | <u>130x86</u> | -  | <u>99</u>  | -   |                                      |

Medicações administradas URPA:

Eliminações:

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: Paciente acordado e ECG na H univ  
MSC. Encaminhada ao PA e depois de volta ao p/ótopo 02

Ass: Henrique Coren: 327956







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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: DIEGO DE OLIVEIRA FELICIANO Idade: 23 D/N: 17/03/1995  
Pront.: 164763 Município: SÃO GONÇALO DO AMARAL Procedência: ( ) Externo  
Data da cirurgia: 30/04/19 Hora Admissão: Bloco: 17:30 Sala: 01 Hora Saída: 18:30 Peso: 70  
Alergias: (X) Não ( ) Sim Comorbidades: ( ) HAS ( ) DM ( ) Outras  
Uso de medicações: (X) Não ( ) Sim Jejum: ( ) Não (X) Sim  
SSW Admissão: PA: 110/70 mmHg Pulso: 70 bpm FL: 95 rpm FC: 70 bpm SpO<sub>2</sub>: 98 % T: 36 °C

Enfermeiro(a): ARYANNE Instrumentador(a): EDUARDO JÚNIOR Circulante: SAYONARA

Cirurgia: TTT CIRÚRGICO DE FRATURA DE PUNTO ESQUILHO Especialidade: ORTOPEDIA Sala: 01  
Hora Início: 20:10 Hora Término: 20:25 Tipo de cirurgia: (X) Eletiva ( ) Urgência (X) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada  
1º Cirurgião: DR. EDUARDO JÚNIOR Aux.: DR. GUSTAVO JÚNIOR Residente: DR. GUSTAVO JÚNIOR

Anestesia: ( ) Local (X) Sedação ( ) Geral TOT: 01 ( ) Bloqueio ( ) Raquidiana Ag.nº 01 ( ) Peridural ( ) Cateter ( ) s/cateter  
Ag.nº 01 Cateter nº 01 Início: 20:10 Garrote: ( ) Smarch ( ) Pneumático Início: 20:10 Término: 20:25  
Anestesiologista: DR. HENRIQUE

| NEUROMUSCULAR                                  | PELE/HIGIENE   | CARDIOVASCULAR/<br>RESPIRATÓRIO                     | DISPOSITIVOS   | MONITORIZAÇÃO                           |
|--|--|---|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Consciente | <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada          | <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso      | <input checked="" type="checkbox"/> Jelco <u>750</u> | <input checked="" type="checkbox"/> ECG |
| <input type="checkbox"/> Letárgico             | <input type="checkbox"/> Hipocorada                      | <input type="checkbox"/> Hipotensão                 | <input type="checkbox"/> Acesso V. Central           | <input type="checkbox"/> Oximetria      |
| <input type="checkbox"/> Coma                  | <input type="checkbox"/> Cianótica                       | <input type="checkbox"/> Hipertensão                | <input type="checkbox"/> Cat. Diálise                | <input type="checkbox"/> Capnógrafo     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Orientado  | <input type="checkbox"/> Ictérica                        | <input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão     | <input type="checkbox"/> Fístula                     | <input checked="" type="checkbox"/> PA  |
| <input type="checkbox"/> Desorientado          | <input type="checkbox"/> Desidratada                     | <input type="checkbox"/> Normocárdico               | <input type="checkbox"/> Arteriovenosa               | <input type="checkbox"/> Estimul. Nervo |
| <input type="checkbox"/> Sedado                | <input checked="" type="checkbox"/> Íntegra              | <input type="checkbox"/> Bradicardia                | <input type="checkbox"/> SNG                         | <input type="checkbox"/> Diprifusor     |
| <input type="checkbox"/> Ansioso               | <input type="checkbox"/> C/lesões                        | <input type="checkbox"/> Taquicardia                | <input type="checkbox"/> SVD                         | <input type="checkbox"/> BIC            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Deambula   | <input type="checkbox"/> Sudorese                        | <input type="checkbox"/> Choque                     | <input type="checkbox"/> Colostomia                  | <input type="checkbox"/> Desfibrilador  |
| <input type="checkbox"/> t/ dificuldade        | <input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica              | <input type="checkbox"/> Normoesfígmico             | <input type="checkbox"/> Cistostomia                 |   |
| <input type="checkbox"/> Acamado               | <input checked="" type="checkbox"/> Higiene Satisfatória | <input checked="" type="checkbox"/> Eupnéia         | <input type="checkbox"/> Dreno:                      |   |
| <input type="checkbox"/> Paraplégico           | <input type="checkbox"/> Higiene deficiente              | <input type="checkbox"/> Dispneia                   | <input type="checkbox"/> Aparelho gessado            |   |
| <input type="checkbox"/> Tetraplégico          | <input type="checkbox"/> Manchas                         | <input type="checkbox"/> Dispositivo O <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> Tração                      |   |
| <input type="checkbox"/> Amputações            | <input type="checkbox"/> S/Tricotomia                    |   | <input checked="" type="checkbox"/> Talas <u>MSG</u> |   |

| SINAIS VITAIS | Início        | Meio          | Fim           | Unid. |
|---------------|---------------|---------------|---------------|-------|
| FC            | <u>67</u>     | <u>79</u>     | <u>95</u>     | Bpm   |
| Pulso         | <u>65</u>     | <u>78</u>     | <u>93</u>     | Bpm   |
| Oximetria     | <u>98</u>     | <u>99</u>     | <u>99</u>     | %     |
| Capnografia   | <u>—</u>      | <u>—</u>      | <u>—</u>      | %     |
| PA            | <u>110/70</u> | <u>110/70</u> | <u>110/70</u> | mmHg  |

| POSIÇÃO                                    | COXIM                            | MMSS   |
|--|----------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Dorsal | <input type="checkbox"/> Cabeça  | <input type="checkbox"/> Anatômicos            |
| <input type="checkbox"/> Ventral           | <input type="checkbox"/> Pescoço | <input checked="" type="checkbox"/> Abduzidos  |
| <input type="checkbox"/> Lateral           | <input type="checkbox"/> Tórax   | <input type="checkbox"/> Fletidos              |
| <input type="checkbox"/> Litotômica        | <input type="checkbox"/> Lombar  | <input type="checkbox"/> MMII                  |
| <input type="checkbox"/> Trendlemburg      |                                  | <input checked="" type="checkbox"/> Anatômicos |
| <input type="checkbox"/> Canivete          |                                  | <input type="checkbox"/> Abduzidos             |
| <input type="checkbox"/> Proclive          |                                  | <input type="checkbox"/> Fletidos              |

| ACESSO VENOSO                                  |
|--|
| Punção Arterial <u>CONFERIR</u>                |
| Punção Venosa Periférica DATA: <u>24/05/19</u> |
| Punção Venosa Central <u>CONFERIR</u>          |
| Dissecção venosa <u>CONFERIR</u>               |
| Local: <u>CONFERIR</u>                         |
| Cateter: <u>CONFERIR</u>                       |

| PLACA DO BISTURI ELÉTRICO                 |              |                 |
|---|--------------|-----------------|
| ( ) Sim (X) Não ( ) Metal ( ) Descartável |              |                 |
| Local:                                    |              |                 |
| DEGERMAÇÃO                                |              | TRICOTOMIA      |
| (X) Sim ( ) Não                           |              | ( ) Sim (X) Não |
| Local: MSG                                | Solução: PVP | Local:          |

| SONDAGEM GÁSTRICA                             |
|---|
| SNG nº <u>CONFERIR</u>                        |
| Retorno: <u>CONFERIR</u>                      |
| CATETERISMO VESICAL                           |
| SVF nº <u>CONFERIR</u> SVA nº <u>CONFERIR</u> |
| Diurese: <u>CONFERIR</u>                      |
| Profissional responsável: <u>CONFERIR</u>     |

| IMPLANTE CIRÚRGICO   |
|--|
| Drenos: <u>CONFERIR</u>  |
| Tela: <u>CONFERIR</u>  |
| Cateter: <u>CONFERIR</u>   |
| Ostomia: <u>CONFERIR</u>   |
| Fio de KC: <u>2 FIOS Nº 2,0</u> Parafuso - tipo: <u>CONFERIR</u> |
| Placa - Tipo: <u>CONFERIR</u>                                    |
| Outros: <u>CONFERIR</u>  |

| EXAMES SOLICITADOS                                       |                    |
|--|--------------------|
| ( ) Hemograma  | ( ) Gasometria     |
| ( ) Coagulograma   | ( ) Outros         |
| ( ) Tipagem Sanguínea                                    | ( ) Glicosimetria: |
| <input checked="" type="checkbox"/> Radioscopia (Raio X) |                    |

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO  
Caixa cirúrgica: PQA + PAF Quant. Material: CONFERIR  
Val.: 05.02.19 Contagem de gaze e compressa: (X) Não ( ) Sim





CLÍNICA

OITAVA ROSADO

Luís Felício



#Nome: Dúgo Olívia Felício

Idade: 29ans / Data Admissão:

27/01/19

#Trauma rotacional do pulso esquerdo que resultou em cirurgia.

#Atualmente refere sequelas em M88 com perda de flexão de pulso esquerdo (perda de 30%)

#192

Dr(a):

Data:

06/06/19

MOSSORÓ:

Rua Juvenal Lamartine, 119  
Centro  
Fones: (84) 3315.6900 / 3315-6901

SERRA DO MEL:

Rua Colonel 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, retorne 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

