



Número: **0800362-64.2019.8.20.5144**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Monte Alegre**

Última distribuição : **10/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 5.062,50**

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO BATISTA FERREIRA (AUTOR)		ERONDINA MARIA DANTAS PRAXEDES DO AMARAL (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
42859 924	10/05/2019 22:26	Petição Inicial	Petição Inicial
42859 926	10/05/2019 22:26	PI JOÃO BATISTA	Outros documentos
42859 927	10/05/2019 22:26	PROCURAÇÃO	Procuração
42859 928	10/05/2019 22:26	DECLARAÇÃO DE POBREZA	Documento de Comprovação
42859 930	10/05/2019 22:26	DOCUMENTOS PESSOAIS DO AUTOR	Documento de Identificação
42859 931	10/05/2019 22:26	PROVAS PARA JUSTIÇA GRATUITA	Documento de Comprovação
42859 934	10/05/2019 22:26	BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO AUXÍLIO DOENÇA	Documento de Comprovação
42859 936	10/05/2019 22:26	LAUDO MÉDICO MAIO DE 2019	Outros documentos
42859 939	10/05/2019 22:26	RECEITAS MÉDICAS MAIO DE 2019	Outros documentos
42859 941	10/05/2019 22:26	PROTOCOLO DE ABERTURA DE SINISTRO	Documento de Comprovação
42859 944	10/05/2019 22:26	PAGAMENTO DO DPVAT ADMINISTRATIVO	Documento de Comprovação
42859 946	10/05/2019 22:26	B.O.	Documento de Comprovação
42859 947	10/05/2019 22:26	I 1º ATENDIMENTO DE URGÊNCIA VERA CRUZ	Documento de Comprovação
42859 948	10/05/2019 22:26	II BOL DE ATENDIMENTO ORTOPEDIA AMARELO WOLFREDO GURGEL 02 OUTUBRO 2018	Documento de Comprovação
42859 951	10/05/2019 22:26	III LAUDO P SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR N 3368 2018 WOLFREDO GURGEL	Documento de Comprovação
42859 953	10/05/2019 22:26	IV BOLETIM OPERATÓRIO	Documento de Comprovação
42859 954	10/05/2019 22:26	V REQUISIÇÃO DE PARECER	Documento de Comprovação
42859 955	10/05/2019 22:26	VI EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR	Documento de Comprovação
42859 956	10/05/2019 22:26	VII BOLETIM DE URGÊNCIA DO HDML	Documento de Comprovação

42859 958	10/05/2019 22:26	XI DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO	Documento de Comprovação
42859 960	10/05/2019 22:26	X PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO	Documento de Comprovação
42859 961	10/05/2019 22:26	DOCUMENTO DA MOTO	Documento de Comprovação
42859 963	10/05/2019 22:26	DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO.	Documento de Comprovação
42859 965	10/05/2019 22:26	DOCUMENTOS DO CONDUTOR	Documento de Comprovação
42859 973	10/05/2019 22:26	DOCUMENTOS PESSOAIS DO PROPRIETÁRIO	Documento de Comprovação
42859 976	10/05/2019 22:26	DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DE IML	Outros documentos
42859 978	10/05/2019 22:26	DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO	Outros documentos

Segue petição inicial em PDF





Erondina Praxedes

OAB/RN: 12.258

**EXCELENTÍSSIMA SENHORA DOUTORA JUIZA DE DIREITO DA COMARCA
DE MONTE ALEGRE/RN.**



JOÃO BATISTA FERREIRA, brasileiro, casado, agricultor, portador do RG: 1.305.158 SSP/RN, CPF: 851.432.274-53, residente e domiciliado a TV Joaquim Xavier, 11, Centro, Lagoa Salgada/RN, CEP 59.247-000, por meio de sua advogada, legalmente constituída, conforme procuração em anexo, vem respeitosamente perante Vossa Excelência, mover à presente ação com fulcro na Lei nº 6.194/74:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT

Em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO - DPVAT**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 09.248.608/0001-04, companhia de seguros de danos pessoais causados por veículo de via terrestre, com endereço na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.031-205, pelos fatos e fundamentos adiante delineados:

Rua Praia de Maracajaú, nº 8933, Ponta Negra
Email: praxedeserondina@hotmail.com
Fone: (84) 9982-2968





Erondina Praxedes

OAB/RN: 12.258

I – PRELIMINARMENTE:

I.I – DA JUSTIÇA GRATUITA:

2

Inicialmente, afirma a parte autora que de acordo com o artigo 5º, LXXIV da Constituição Federal e artigo 98 e seguintes da Lei nº 13.105/2015(CPC), **que é pobre no sentido legal**, não podendo arcar com as custas e despesas processuais, requerendo a gratuidade da justiça.

Assim, faz uso da presente declaração de hipossuficiência, do IRPF, do comprovante de situação cadastral regular do CPF, CTPS, da única fatura da cartão de crédito (é a primeira fatura mensal), da Carteira do Sindicato Rural e benefício previdenciário auxílio doença rural, por não ter condições de arcar com o ônus das custas processuais. Não foi acostado extratos bancários, em razão do requerente não possuir conta corrente.

Requer o demandante desde já o benefício da Justiça Gratuita.

I.II – DA EXISTÊNCIA DE AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO:

A Parte Autora requer seja designada a audiência de conciliação, nos termos do artigo 334, CPC. Senão vejamos:

“Art.334. Se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, devendo ser citado o réu com pelo menos 20 (vinte) dias de antecedência. –

§ 3º A intimação do autor para a audiência será feita na pessoa de seu advogado.

I.III - DA COMPETÊNCIA DO JUÍZO:

Cumpre inicialmente destacar o reconhecimento da competência deste juízo para processamento e julgamento do feito, uma vez que se trata de

Rua Praia de Maracajaú, nº 8933, Ponta Negra
Email: praxedeserondina@hotmail.com
Fone: (84) 9982-2968





Erondina Praxedes

OAB/RN: 12.258

faculdade da parte autora a escolha do foro para propositura da ação, destarte o artigo 46 do CPC, senão vejamos:

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

Tratando-se de faculdade da parte autora, o artigo 53 do CPC elenca mais opções para a escolha:

“Art.53. É competente o foro:

(...)

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

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

I.IV - DO INTERESSE DE AGIR:

De acordo com a Lei Magna, em seu artigo 5º, XXXV, que aduz: “A Lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito.”

Destarte, o preceito insculpido no referido artigo, a parte autora não precisava se submeter a procedimento administrativo das Seguradoras partes do Convênio DPVAT para ter seu direito atendido por se tratar de direito legal.

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

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

Rua Praia de Maracajaú, nº 8933, Ponta Negra
Email: praxedeserondina@hotmail.com
Fone: (84) 9982-2968





Erondina Praxedes

OAB/RN: 12.258

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

Portanto, segue cópia do protocolo do prévio requerimento em anexo, caracterizando-se o interesse de agir da parte autora.

II – DOS FATOS:

Em 02/10/2018, aproximadamente às 13:30 horas, estava o requerente na garupa da motocicleta Honda/CG 150 FAN, placa QGF 1916/RN, quando o condutor do veículo perdeu o controle ao tentar desviar de um transeunte, conforme o Boletim de Ocorrência de trânsito nº 1631/2018, em anexo.

Em decorrência do acidente, o demandante ficara ferido, o qual foi socorrido, no primeiro atendimento hospitalar, no Hospital Maternidade Aida Ramalho Cortez Pereira, em Vera Cruz; e conduzido, em seguida, ao Hospital Walfredo Gurgel, Pronto Socorro Clóvis Sarinho, cujo Boletim de Atendimento de nº 51.089/2018, de cor amarelo, consoante provas anexadas.

Ressalte-se que de acordo com a documentação anexada, e em especial os documentos médicos, há lesões, debilidades e deformidades permanente suportadas pela parte ora requerente.

Insta mencionar que a parte autora teve fratura exposta do calcâneo direito, com principais sinais e sintomas clínicos: trauma no pé direito com desenluvamento do retopé, mais abrasão óssea. Até os dias atuais, o demandante encontra-se incapacitado para atividade laboral, em razão de ferimento infectado do tornozelo direito, com CID 10 S 91.0 (FERIMENTO DO TORNOZELO), necessitando de proteção previdenciária, cuja a data de cessação do benefício é 06 de novembro de 2019, podendo ser prorrogado, conforme provas em anexo.

Desse modo, conforme a vasta documentação acostada aos autos, a parte autora sofreu perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés, em face das lesões suportadas e ainda permanentes.

Ocorre que, ao pleitear o seguro DPVAT administrativamente, **cujo sinistro nº 3190081410**, o demandante teve reconhecida somente a perda

Rua Praia de Maracajaú, nº 8933, Ponta Negra
Email: praxedeserondina@hotmail.com
Fone: (84) 9982-2968





Erondina Praxedes

OAB/RN: 12.258

funcional completa de um dos pés (50%), em grau leve (25%), recebendo apenas, o montante de R\$ **1.687,50 (um mil, seiscientos e oitenta e sete reais, e cinquenta centavos)**, de acordo com o extrato ora acostado.



Destarte, o valor recebido é bem inferior ao que a parte autora tem direito, tendo em vista, que a perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés máxima (100%) é no importe de R\$ 6.750,00 (seis mil, setecentos e cinquenta reais), segundo provas em anexo.

Entretanto, a invalidez acometida na Parte autora revela-se muito superior ao que foi reconhecido e pago pela parte demandada.

Assim, diante da realidade fática da parte autora e da omissão da requerida em indenizar o quanto devido, requer a intervenção do poder judiciário para que possa mensurar a verdadeira indenização devida pela ré, em face da debilidade permanente decorrente do acidente.

III – DO DIREITO:

O Seguro Obrigatório DPVAT foi criado pela Lei nº 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que determina que todos os veículos automotores de via terrestre, sem exceção, paguem o seguro anualmente, com o objetivo de garantir às vítimas de acidentes causados por veículos, ou por suas cargas, indenizações em caso de morte e invalidez permanente, e o reembolso de despesas médicas.

Assim, dispões o artigo 3º da Lei 6.194/74:

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: (Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos)

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

II- até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

Rua Praia de Maracajaú, nº 8933, Ponta Negra

Email: praxedeserondina@hotmail.com

Fone: (84) 9982-2968





Erondina Praxedes

OAB/RN: 12.258

II - 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. (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)



No caso em tela, a parte autora faz jus ao recebimento proporcional a 100% do valor total, tendo em vista sua lesão se enquadrar no rol estabelecido na tabela da Lei já mencionada e dispositivos elencado a seguir:

Art.3º,§ 1º N o caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente, como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo: (Incluído pela Lei 11.945/2009) (Produção de efeitos)

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;

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 a s perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais; (Incluído pela Lei 11.945/2009) (Produção de efeitos)

§ 2º Assegura-se à vítima o reembolso, no valor de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais), previsto no inciso III do caput deste artigo, de despesas médico-hospitalares, desde que devidamente comprovadas, efetuadas pela rede credenciada junto ao Sistema único de Saúde, quando em caráter privado, vedada a cessão de direitos. (Incluído pela Lei 11.945/2009) (Produção de efeitos)

§ 3º As despesas de que trata o § 2º deste artigo em nenhuma hipótese poderão ser reembolsadas quando o atendimento for realizado pelo SUS, sob pena de descredenciamento do

Rua Praia de Maracajaú, nº 8933, Ponta Negra

Email: praxedeserondina@hotmail.com

Fone: (84) 9982-2968





Erondina Praxedes

OAB/RN: 12.258

estabelecimento de saúde do SUS, sem prejuízo das demais penalidades previstas em lei. (Incluído pela Lei 11.945/2009) (Produção de efeitos)

7

Assim, resta claro que a parte autora, perfaz o direito de ser indenizada em face da invalidez permanente, total ou parcial. Por ter direito a indenização, a parte autora requereu administrativamente. Contudo, não lhe fora pago o valor devido quanto indenizatório. Motivo este que vem a juízo requerer a diferença indenizatória.

Como medida de direito, 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, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro obrigatório nos termos do artigo 5º da Lei 6.194/74, que assim dispõe:

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

Assim, instruído de todos os documentos hábeis à sua pretensão, têm o requerente direito à indenização. Dessa forma, a parte Autora busca junto aos braços do Poder Judiciário o reconhecimento de sua justa indenização.

Ademais, a matéria resta exaustivamente analisada e pacificada:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. INDENIZAÇÃO. CORRESPONDENTE A VALOR CERTO E DETERMINADO - TARIFADO EM LEI PARA OS CASOS DE INVALIDEZ PERMANENTE. MEDIDA PROVISÓRIA 340/2006. PAGAMENTO PARCIAL. COMPLEMENTAÇÃO DO VALOR DEVIDO. 1. Não há que se falar em graduar a invalidez permanente com base na Resolução n.º 1/75 de 03/10/75, editada pelo Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, pois, em se tratando de norma regulamentar, não pode esta dispor de modo diverso da Lei n.º 6.194/74, de hierarquia superior. 2. A percepção dos valores referentes ao seguro DPVAT na esfera administrativa a título de liquidação de sinistro não importa em abdicar do direito de receber indenização tarifada, havendo saldo a ser satisfeito, resultante da diferença entre o valor recebido e

Rua Praia de Maracajaú, nº 8933, Ponta Negra
Email: praxedeserondina@hotmail.com
Fone: (84) 9982-2968





Erondina Praxedes

OAB/RN: 12.258

aquele efetivamente devido em face do previsto em lei.

3. A parte autora possui direito à complementação do valor da indenização tarifado em R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), devendo ser abatido o valor atinente ao pagamento parcial efetuado na esfera administrativa montante este que deve ser corrigido monetariamente pelo IGP-M, a contar daquele termo, acrescidos de juros moratórios a partir da citação. 4. Honorários advocatícios. Majoração para 15% do valor da condenação. Dado parcial provimento aos recursos. (Apelação Cível Nº 70028013035, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luiz Lopes do Canto, Julgado em 21/01/2009).

8

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

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

Ademais, não há que se falar em graduar a invalidez permanente com base na Resolução nº 1/75 de 03/10/75, editado pelo Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP, pois em se tratando de norma regulamentar não pode dispor de modo diverso da Lei nº 6.194/74, de hierarquia superior, de sorte que é incabível a limitação da indenização com base na resolução precitada. Nesse sentido são os arestos a seguir transcritos:

SEGURO OBRIGATÓRIO.DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE Preliminar de carência de ação, por falta de interesse processual afastada. A quitação dada pelo autor não tem o condão de obstar o direito de cobrar a diferença entre o valor efetivamente indenizado e o previsto na Lei nº 6.194/74. Conforme o art. 5º da Lei nº 6.194/74, com a redação anterior à Lei 11.482/2007, o pagamento da indenização está condicionado apenas à prova do acidente e do dano decorrente. Outrossim, comprovada a invalidez permanente, o valor da indenização deve corresponder a até 40 vezes o salário mínimo vigente na época da liquidação do sinistro, porquanto a alínea `b do art. 3º da Lei nº 6.194/74 não faz diferenciação quanto ao grau da invalidez. Fixação da indenização em salários mínimos como critério de cálculo. Apelação desprovida. (Apelação Cível Nº

Rua Praia de Maracajaú, nº 8933, Ponta Negra
Email: praxedeserondina@hotmail.com
Fone: (84) 9982-2968





Erondina Praxedes

OAB/RN: 12.258

70023264666, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS,
Relator: Leo Lima, Julgado em 21/05/2008).



SEGURO OBRIGATÓRIO.DPVAT.INVALIDEZ PERMANENTE.Preliminar de ilegitimidade passiva rejeitada. A indenização atinente ao Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) pode ser exigida de qualquer seguradora integrante do consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as seguradoras que operam no referido seguro. Preliminar de falta de interesse processual rejeitada. A quitação dada pelo autor não tem o condão de obstar o direito de cobrar a diferença entre o valor efetivamente indenizado e o previsto na Lei nº 6.194/74. Preliminar de falta de documento imprescindível ao exame da lide, também repelida, diante dos documentos juntados aos autos. **Estando presente o nexo de causalidade entre o acidente e a invalidez permanente da parte autora, reconhecida pela seguradora na seara administrativa**, é de 40 salários mínimos o valor da indenização, segundo o artigo 3º, alínea b da Lei nº 6.194/74. **A Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92, é o único texto legal que confere competência para fixação dos valores das indenizações do seguro obrigatório**, não havendo autorização legal que legitime as Resoluções do CNSP ou de qualquer outro órgão do Sistema Nacional de Seguros Privados para fixar ou alterar os valores indenizatórios cobertos pelo seguro obrigatório sobre danos pessoais causados por veículos automotores. À unanimidade, preliminares rejeitadas. Apelo desprovido, por maioria. (Apelação Cível Nº 70023291230, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Umberto Guaspari Sudbrack, Julgado em 23/04/2008).(grifei)

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

No caso em tela, a parte autora recebeu pequeno percentual ao qual lhe é devido, valor de **R\$ 1.687,50 (um mil, seiscentos e oitenta e sete reais, e cinquenta centavos)**.Portanto, é jurídica e perfeitamente possível a pretensão deduzida, que diz respeito à cobrança da indenização assegurada pelo referido seguro, diante do implemento do risco contratado, em se tratando de

Rua Praia de Maracajaú, nº 8933, Ponta Negra
Email: praxedeserondina@hotmail.com
Fone: (84) 9982-2968





Erondina Praxedes

OAB/RN: 12.258

responsabilidade objetiva a que está sujeita a empresa seguradora.

Nesse sentido, é assentado o entendimento jurisprudencial tanto no STJ quanto nesta Corte, cujos julgados são transcritos a seguir:



CIVIL. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). VALOR QUANTIFICADO EM SALÁRIOS MÍNIMOS. INDENIZAÇÃO LEGAL. CRITÉRIO. VALIDADE. LEI N. 6.194/74. RECIBO. QUITAÇÃO. SALDO REMANESCENTE. I. O valor de cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor (DPVAT) é de quarenta salários mínimos, assim fixado consoante critério legal específico, não se confundindo com índice de reajuste e, destarte, não havendo incompatibilidade entre a norma especial da Lei n. 6.194/74 e aquelas que vedam o uso do salário mínimo como parâmetro de correção monetária. Precedente da 2ª Seção do STJ (REsp n. 146.186/RJ, Rel. P/ Acórdão Min. Aldir Passarinho Junior, por maioria, julgado em 12.12.2001). II. O recibo dado pelo beneficiário do seguro em relação à indenização paga a menor não o inibe de reivindicar, em juízo, a diferença em relação ao montante que lhe cabe de conformidade com a lei que rege a espécie. III. Recurso especial conhecido e provido. (REsp 296.675/SP, Rel. Ministro ALDIR PASSARINHO JUNIOR, QUARTA TURMA, julgado em 20.08.2002, DJ 23.09.2002 P. 367)

SEGURO DPVAT. INVALIDEZ. QUITAÇÃO DO VALOR RECEBIDO. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO NOS LIMITES DA TABELA DO CNSP. VINCULAÇÃO DO VALOR AO SALÁRIO MÍNIMO. PRESCRIÇÃO. INOCORRÊNCIA. A renúncia só se opera quanto aos valores já recebidos, não atingindo a diferença a que ainda tem direito o autor. Não há falar em prescrição, que, no caso, se houvesse, deveria contar da data do pagamento parcial, uma vez que foi quando o autor teve ciência do resultado do processo administrativo, passando a ter direito à complementação postulada. É de 40 salários mínimos o valor da indenização para o evento invalidez, segundo o artigo 3º, letra a da Lei nº 6.194/74. A Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92, é o único texto legal que confere competência para fixação dos valores das indenizações do seguro obrigatório, não havendo autorização legal que legitime as Resoluções do CNPS ou de qualquer outro órgão do Sistema Nacional de Seguros Privados para fixar ou alterar os valores indenizatórios cobertos pelo seguro obrigatório sobre danos pessoais causados por veículos automotores. Juros de mora de 1%

Rua Praia de Maracajaú, nº 8933, Ponta Negra
Email: praxedeserondina@hotmail.com
Fone: (84) 9982-2968





Erondina Praxedes

OAB/RN: 12.258

ao mês, a contar da citação. Preliminares rejeitadas. Apelo provido, em parte. (Apelação Cível Nº 70020452140, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Umberto Guaspari Sudbrack, Julgado em 01/08/2007).

11

Destaca-se então o grau de reduções das funcionalidades da parte Autora, tendo em vista a fratura exposta do calcâneo, com trauma no pé direito com desenlramento do retropé mais abrasão óssea como já foi descrita acima, tornando-se evidente assim a impossibilidade de voltar ao serviço (agricultura), uma vez que permanece debilitado.

Vale mencionar que o demandante está em gozo de benefício auxílio doença até novembro deste ano corrente, que ainda poderá ser prorrogado..

Destarte, não há falar em aplicação de limitadores no valor da indenização, estabelecidos mediante gradação de invalidez permanente, arbitrados em normas de hierarquia inferior, pois não é dado à Resolução restringir benefício se a lei ordinária regulamentada não o fez. Atende-se. Com tal entendimento, a interpretação história da norma legal, valorando o verdadeiro e original espírito da lei, segundo almejado na “mens legislatoris”, bem assim a hermenêutica sistemática do dispositivo legal em análise, adequando-o aos princípios da Constituição Federal.

Nesse sentido são os arestos a seguir transcritos:

SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. Preliminar de carência de ação, por falta de interesse processual afastada. A quitação dada pelo autor não tem o condão de obstar o direito de cobrar a diferença entre o valor efetivamente indenizado e o previsto na Lei nº 6.194/74. Conforme o art. 5º da Lei nº 6.194/74, com a redação anterior à Lei 11.482/2007, o pagamento da indenização está condicionado apenas à prova do acidente e do dano decorrente. Outrossim, comprovada a invalidez permanente, o valor da indenização deve corresponder a até 40 vezes o salário mínimo vigente na época da liquidação do sinistro, porquanto a alínea `b do art. 3º da Lei nº 6.194/74 não faz diferenciação quanto ao grau da invalidez. Fixação da indenização em salários mínimos como critério de cálculo. Apelação desprovida. (Apelação Cível Nº 70023264666, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Leo Lima, Julgado em 21/05/2008)

Rua Praia de Maracajaú, nº 8933, Ponta Negra
Email: praxedeserondina@hotmail.com
Fone: (84) 9982-2968





Erondina Praxedes

OAB/RN: 12.258

12

SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. Preliminar de ilegitimidade passiva rejeitada. A indenização atinente ao Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) pode ser exigida de qualquer seguradora integrante do consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as seguradoras que operam no referido seguro. Preliminar de falta de interesse processual rejeitada. A quitação dada pelo autor não tem o condão de obstar o direito de cobrar a diferença entre o valor efetivamente indenizado e o previsto na Lei nº 6.194/74. Preliminar de falta de documento imprescindível ao exame da lide, também repelida, diante dos documentos juntados aos autos. Estando presente o nexo de causalidade entre o acidente e a invalidez permanente da parte autora, reconhecida pela seguradora na seara administrativa, é de 40 salários mínimos o valor da indenização, segundo o artigo 3º, alínea b da Lei nº 6.194/74. A Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92, é o único texto legal que confere competência para fixação dos valores das indenizações do seguro obrigatório, não havendo autorização legal que legitime as Resoluções do CNSP ou de qualquer outro órgão do Sistema Nacional de Seguros Privados para fixar ou alterar os valores indenizatórios cobertos pelo seguro obrigatório sobre danos pessoais causados por veículos automotores. À unanimidade, preliminares rejeitadas. Apelo desprovido, por maioria. (Apelação Cível Nº 70023291230, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Umberto Guaspari Sudbrack, Julgado em 23/04/2008).

Tendo em vista todo o exposto, bem como, os exames, os prontuários e laudos médicos periciais colacionados a exordial, entende-se que o valor arbitrado para o DPVAT merecido pela parte autora não foi o valor que lhe depositaram, restando demonstrado as presentes sequelas em caráter permanente em que a parte autora se encontra.

IV – DOS PEDIDOS:

Diante do exposto, requer de Vossa Excelência:

Rua Praia de Maracajaú, nº 8933, Ponta Negra
Email: praxedeserondina@hotmail.com
Fone: (84) 9982-2968





Erondina Praxedes

OAB/RN: 12.258

13

I – A concessão dos benefícios da assistência judiciária gratuita, com o objetivo de consagrar o princípio do acesso à justiça, uma vez que a **PARTE AUTORA** é pobre na forma da lei, não podendo arcar com eventuais custas e despesas judiciais sem prejuízo do sustento próprio e da sua família, nos termos do artigo 98 do CPC e antigo 5º, LXXIV da CF/88;

II – A designação de audiência prévia de conciliação, nos termos do artigo 319, VII do CPC;

II - A citação da Demandada, por Carta com Aviso de Recebimento, no endereço declinado no preâmbulo, para contestar a presente ação, sob pena de revelia quanto aos fatos alegados, devendo acompanhar o processo até a sentença final;

III - A total procedência da presente demanda, com a condenação da Requerida ao pagamento da diferença do Seguro DPVAT, o valor de R\$ 5.062,50 (cinco mil, sessenta e dois reais, e cinquenta centavos) a parte Autora, conforme previsto pela Lei nº 6.194/73, corrigidos pelo IGP-M desde a data do pagamento administrativo e juros de 1% ao mês desde a citação;

IV - A condenação da Requerida em custas e honorários advocatícios em 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação.

Protesta provar o alegado através de todos os meios de prova em Direito admitido, especialmente pelos documentos inclusos e prova pericial.

Dá-se a causa o valor de R\$ 5.062,50 (cinco mil, sessenta e dois reais, e cinquenta centavos)

Nestes termos,

Espera deferimento.

Natal/RN, 08 de maio de 2019.

ERONDINA MARIA DANTAS PRAXEDES DO AMARAL

OAB/RN: 12.258

Rua Praia de Maracajaú, nº 8933, Ponta Negra

Email: praxedeserondina@hotmail.com

Fone: (84) 9982-2968





Erondina

OAB/RN: 12.258

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

JOÃO BATISTA FERREIRA, brasileiro, casado,
agricultor, Id: 1306158, CPF: 851.432.274
53, residente e domiciliado a TV Joaquim
Xavier, 11, Centro, Lagoa Solgada/RN

Nomeia e constitui sua procuradora **ERONDINA MARIA DANTAS PRAXEDES DO AMARAL**, inscrita na OAB/RN sob o nº 12.258, com endereço profissional à Rua Praia de Maracajaú, 8933, Ponta Negra, Natal/RN, CEP: 59.154-190, a quem conferem poderes judiciais e extrajudiciais, a fim de que defenda seus direitos em juízo ou fora dele, conferindo-lhes poderes especiais para requerer, contestar, recorrer, receber, desistir, quitar, transigir, **acordar**, prestar compromissos e declarações, requerer laudos periciais, **requerer e pegar alvará judicial para levantamento de depósito judicial, RPV ou precatório, dar recebimento e quitação para fins de levantamento de valores existentes em contas judiciais, precatórios ou RPV**, deduzindo e compensando os seus créditos por despesas de verba honorária contratual e as decorrentes da sucumbência, nas respectivas prestações de contas, podendo ainda substabelecer, com ou sem reserva de poderes. Especialmente para propor ação de

COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO
DPVAT

Lagoa Solgada, 31 de dezembro de 2018.

João Batista Ferreira
OUTORGANTE

Rua Praia de Maracajaú, nº 8933, Ponta Negra
Email: Praxedeserondina@hotmail.com
Fone: (84) 9982-2968



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, JOÃO BATISTA FERREIRA, brasileira(o),
Estado Civil: casado, profissão: agricultor,
portadora do RG: 1305158, CPF:
851432274-53, residente e domiciliado na Rua
AV Joaquim Xavier, 11, Centro, Cidade/UF:
Wagão Salgada/RN, declaro, para os devidos fins, de acordo com
a Constituição Federal, artigo 5º LXXIV, e artigo 98 e seguintes da Lei
13.105/2015 (CPC), que sou pobre no sentido legal, não podendo arcar com as
custas e despesas processuais, requerendo a gratuidade da justiça. Declaro,
ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso
inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 229 do Código
Penal.

Wagão Salgada/RN, 31 de dezembro de 2018.

x João Batista Ferreira

DECLARANTE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.305.158 DATA DE EXPEDIÇÃO 29.07.1990

NOME JOÃO BATISTA FERREIRA

FILIAÇÃO LUIZ JOSÉ FERREIRA

MARIA JOSÉ FERREIRA

NATURALIDADE LAGOA SALGADA RN 01.05.1972

CERT. NASC. 1200 FLs. 135v Liv.5

DOC. ORDEM CART. DE LAGOA DE PEDRAS RN

CPF

João Batista Ferreira
Coordenador de Identificação
LEI Nº 7.16 DE 1966

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO TÉCNICO CENTRICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

João Batista Ferreira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

RECEITA DE RENDAS

INSCRIÇÃO DE RENDAS NO CPF

851432274 53

851 432 274 53

NOME COMPLETO

João Batista Ferreira

ASSINADO

01-05-72

ASSINATURA

João Batista Ferreira

1995 - VALIDAR BOMMENTE COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.408/02



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150. Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA FRANCINEIDE FERREIRA

CPF 012 788 534-05 NIS 16392873108

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV JOAQUIM XAVIER 11

CENTRO/ÁREA URBANA
LAGOA SALGADA RN
59247-000

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
015235394	ÚNICA	14/11/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
14/11/2018	3010287685	379244

CONTA CONTRATO **MÊS/ANO**

7009443635 11/2018

DATA DE VENCIMENTO DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA

22/11/2018 14/12/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

76,00

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,20854034	6,25
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,35749774	25,02
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	49,0000000	0,53624661	26,27
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,59
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,21
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,75





Situação das Declarações IRPF 2019

Prezado Contribuinte (CPF 851.432.274-53),

JOAO BATISTA FERREIRA

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF 07/05/2019 - 14:48:50

Voltar

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, [clique aqui](#).



BRASIL

Serviços Barra GovBr

(HTTP://BRASIL.GOV.BR)



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **851.432.274-53**

Nome: **JOAO BATISTA FERREIRA**

Data de Nascimento: **01/05/1972**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **30/01/1991**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:59:44** do dia **08/05/2019** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **9178.B448.984E.2589**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

[rvicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublicaExibir.asp](http://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublicaExibir.asp)

1/2





12	CONTRATO DE TRABALHO	13	CONTRATO DE TRABALHO
Empregador <u>TOCELIN MARQUES</u> <u>CAMPOS</u>		Empregador <u>TOCELIN MARQUES</u> <u>CAMPOS</u>	
CGCMF <u>016.145844-00</u>		CGCMF <u>016.145844-00</u>	
Rua Nº		Rua Nº	
Município <u>MACAIBA</u> Est. <u>RN</u>		Município <u>MACAIBA</u> Est. <u>RN</u>	
Esp. do estabelecimento <u>CHACARA</u>		Esp. do estabelecimento <u>CHACARA</u>	
Cargo <u>CASEIRO</u>		Cargo <u>CASEIRO</u>	
CBO nº		CBO nº	
Data admissão <u>01</u> de <u>DEZEMBRO</u> de 19 <u>95</u>		Data admissão <u>04</u> de <u>NOVEMBRO</u> de 19 <u>95</u>	
Registro nº Fls./Ficha		Registro nº Fls./Ficha	
Remuneração especificada <u>100.00 (cem reais)</u>		Remuneração especificada <u>R\$ 112.00 (cento e doze reais) por mês</u>	
Ass. do empregador ou a rogo c/test. 		Ass. do empregador ou a rogo c/test. 	
1º 2º		1º 2º	
Data saída <u>29</u> de <u>FEVEREIRO</u> de 19 <u>96</u>		Data saída <u>04</u> de <u>DEZEMBRO</u> de 19 <u>95</u>	
Ass. do empregador ou a rogo c/test. 		Ass. do empregador ou a rogo c/test. 	
1º 2º		1º 2º	
Com. Dispensa CD Nº		Com. Dispensa CD Nº	

24	ALTERAÇÕES DE SALÁRIO	25	ALTERAÇÕES DE SALÁRIO
Aumentado em <u>01.05.97</u> Para R\$ <u>120.00</u>		Aumentado em / / Para R\$	
Na função de <u>CASEIRO</u>		Na função de	
CBO por motivo de <u>REAJUSTE</u>		CBO por motivo de	
<u>DE SALARIO MINIMO</u>			
Assinatura do empregador 		Assinatura do empregador	
Aumentado em <u>01.05.98</u> Para R\$ <u>130.00</u>		Aumentado em / / Para R\$	
Na função de <u>CASEIRO</u>		Na função de	
CBO por motivo de <u>REAJUSTE</u>		CBO por motivo de	
<u>DE SALARIO MINIMO</u>			
Assinatura do empregador 		Assinatura do empregador	
Aumentado em / / Para R\$		Aumentado em / / Para R\$	
Na função de		Na função de	
CBO por motivo de		CBO por motivo de	
Assinatura do empregador		Assinatura do empregador	
Aumentado em / / Para R\$		Aumentado em / / Para R\$	
Na função de		Na função de	
CBO por motivo de		CBO por motivo de	
Assinatura do empregador		Assinatura do empregador	



Gozou férias relativas ao período de 1997/1998
de 01/04/98 a 30/04/98

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de 1998/1999
de 04/11/98 a 04/12/98

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
de / / a / /

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
de / / a / /

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
de / / a / /

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
de / / a / /

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
de / / a / /

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
de / / a / /

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
de / / a / /

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de.....
de / / a / /

Assinatura do empregador



Cart. Identidade nº 1.305.158
Título de Eleitor nº 134.248.016148
CPF ou CIC nº 851.432.244-53
Cart. Profissional nº 4.144 S.00013-RN
INSCRIÇÃO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
Benefício nº _____ Esp.: _____
João Batista B. Brício
Ass. do Sócio

29 / 08 / 2000
João Batista B. Brício
Presidente
Fundação 13/07/72 Reconhecimento em 07/03/74





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 16218908845

Número do Benefício: 6253865262

Espécie: 31

Número do Requerimento: 192540747

Ao Sr. (a): JOAO BATISTA FERREIRA

Endereço: TRAVESSA JOAQUIM XAVIER 11, CENTRO

CEP: 59247000

Município: LAGOA SALGADA

UF: RN

Assunto: Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade.

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991; Artigos 71 e 77 e § 2º do Art. 78 do Decreto nº 3.048, de 06/05/1999; § 6º do Art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016.

Em atenção à sua Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade, apresentada no dia 29/04/2019, informamos que foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício.

O pagamento do seu benefício será mantido até o dia 06/11/2019.

Caso considere o prazo insuficiente, o(a) senhor(a) poderá solicitar prorrogação do benefício, dentro do prazo de 15 dias antes de sua cessação, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br.

Caso considere o prazo suficiente, o(a) senhor(a) poderá retornar voluntariamente ao trabalho, não sendo necessário novo exame médico pericial, conforme parágrafo 6º do art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016.

Desta decisão poderá interpor Recurso, no prazo de 30 dias do recebimento desta comunicação, à Junta de Recurso do Conselho de Recursos do Seguro Social - JR/CRSS, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br.

Data, 6 de Maio de 2019

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: SANTO ANTONIO

Endereço: RUA ONORINA MARIA DE OLIVEIRA SN
BAIRRO SÃO DOMINGOS, CENTRO

CEP: 59255000

Município: SANTO ANTONIO

UF: RN

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

Assinatura do Requerente / Representante Legal



pag!

App Meu Pag!

Mais praticidade e segurança

O pagamento poderá ser efetuado no aplicativo meu pag! ou você pode pagar o boleto no seu internet banking, lotéricas, caixas eletrônicos ou qualquer agência bancária.

Caso o boleto esteja vencido, acesse o aplicativo para gerar um novo ou efetuar o pagamento.

Dicas para ter sucesso com seu pagamento:

Pague o boleto uma única vez e não edite o código de barras.



Joao Batista Ferreira

fatura Abr/2019 | Vencimento em 20/Abr

RECIBO DO PAGADOR

Nome do Beneficiário PAG MEIOS DE PAGAMENTO SA	CNPJ/CPF 04.533.779/0001-61	Vencimento 24/04/2019	Valor Cobrado 164,14
Agência / Cód. Cedente 2271 / 6980775	Nosso Número 0000814003850	Autenticação Mecânica no Verso	





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 16218908845

Número do Benefício: 6253865262

Espécie: 31

Número do Requerimento: 192540747

Ao Sr. (a) : JOAO BATISTA FERREIRA

Endereço: TRAVESSA JOAQUIM XAVIER 11, CENTRO

CEP: 59247000

Município: LAGOA SALGADA

UF: RN

Assunto: Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade.

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991; Artigos 71 e 77 e § 2º do Art. 78 do Decreto nº 3.048, de 06/05/1999; § 6º do Art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016.

Em atenção à sua Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade, apresentada no dia 29/04/2019, informamos que foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício.

O pagamento do seu benefício será mantido até o dia 06/11/2019.

Caso considere o prazo insuficiente, o(a) senhor(a) poderá solicitar prorrogação do benefício, dentro do prazo de 15 dias antes de sua cessação, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br.

Caso considere o prazo suficiente, o(a) senhor(a) poderá retornar voluntariamente ao trabalho, não sendo necessário novo exame médico pericial, conforme parágrafo 6º do art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016.

Desta decisão poderá interpor Recurso, no prazo de 30 dias do recebimento desta comunicação, à Junta de Recurso do Conselho de Recursos do Seguro Social - JR/CRSS, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br.

Data, 6 de Maio de 2019

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: SANTO ANTONIO

Endereço: RUA ONORINA MARIA DE OLIVEIRA SN
BAIRRO SÃO DOMINGOS, CENTRO

CEP: 59255000

Município: SANTO ANTONIO

UF: RN

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

Assinatura do Requerente / Representante Legal



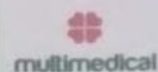
Especialidades Médicas

Alergologia
Angiologia
Endocrinologia
Mastologia
Cardiologia
Cardiologia Pediátrica
Gastroenterologia
Geriatria
Clínico Geral
Dermatologia
Exames laboratoriais
Exames toxicológicos
Ginecologia
Infectologia
Medicina do Trabalho
Oftalmologia
Ortopedia
Otorrinolaringologia
Pediatria
Proctologia
Pneumologia
Psicologia
Psiquiatria
Reumatologia
Nefrologia
Neurologia
Nutrição
Urologia

Exames de Imagem

Densitometria Óssea
Ecocardiograma
Eletroneurofisiograma
Holter
Mamografia
Mapa
Raio X
Ressonância Magnética
Teste Ergométrico
Tomografia
Computadorizada
Ultrassonografia
Urografia Excretora

Av. Presidente Bandeira, 375 - Alecrim
CEP 59031-200 | Natal | Tel.: 4009.7777



Receituário

Lesão Medial
O Sr. João Ba-
tista Siqueira é
portador de ferimen-
to infectado
do tornozelo
direito S910
necessita de
tratamento
com
60 (sessenta) dias.
2/05/19

Dr. Edni Saldanha da Câmara
Prof. Adjunto em Ortopedia
CRM 396 - CPF: 019.885.144-8



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: ENOI SALDANHA DA CÂMARA

CRM: 0396 UF: RN NÚMERO: RUA JOAQUIM

ENDEREÇO COMPLETO E TELEFONE: MANOEL, 654 - PETRÓPOLIS - CEP 53012-350/3545-5363

CIDADE: NATAL UF: RN

1ª VIA - FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Dr. Enoi Saldanha da Câmara
Prof. Adjunto em Ortopedia
CRM 396 - CPF: 019.885.144-67

Nome do Paciente: João Astolfo

Endereço: Rua Joaquim

Prescrição: Astho 500 90cp
1 cp 3x/dia
2/05/19

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____

Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

CRM: 0396 UF RN NÚMERO:

0396

ENDEREÇO COMPLETO E TELEFONE

BUK JOURNAL

CIDADE: _____
ESTADO: _____

NATAL

조

조

Nome do Paciente: _____

Endereço:

Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.:

Org. Emissor:

End...

Cidade: _____

Telephone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

2ª VIA - FARMÁCIA
Dr. Tensai Saldanha de Azeite
Prof Adjunto em Ortopedia
CRM 396 - CPF: 019.885.146



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 05 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190081410

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA

Data do Acidente: 02/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERONDINA MARIA DANTAS PRAXEDES DO AMARAL

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO BATISTA FERREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13902348





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 08 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190081410

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA

Data do Acidente: 02/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERONDINA MARIA DANTAS PRAXEDES DO AMARAL

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO BATISTA FERREIRA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOAO BATISTA FERREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002008

Conta: 0000090085-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Fls _____

POLÍCIA CIVIL

1ª DRP – São Paulo do Potengi/RN

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL – MONTE ALEGRE/RN

Av. Alfredo Xavier, s/nº - Centro - CEP: 59.182-000 - fone: 3276-2884

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 1631/2018– DPMA

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE VEÍCULO

Local: Sítio Cobé, Vera Cruz/RN

Data e Hora do Fato: 02/10/2018 por volta 13:30 horas

Comunicante/Vítima: JOÃO BATISTA FERREIRA

Filiação: Luiz José Ferreira e Maria José Ferreira

Natural de: Lagoa Salgada/RN

Nascido em: 01/05/1972

Idade: 46 anos

RG: 1.305.158 SSP/RN

CPF: 851432274-53

Endereço: Trav. Joaquim Xavier, Centro, Lagoa Salgada/RN

Profissão: Agricultor

Telefone: 99828-1883

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA:

O Comunicante compareceu a esta Delegacia para comunicar que no dia e local supracitado, estava na garupa do veículo HONDA CG 150 FAN, RENAVAL 01095788954, PLACA QGF1916/RN, COR PRETA; QUE o veículo supracitado está em nome de Marcilio Fernandes de Lima; QUE o condutor do veículo supracitado, Francisco Miguel da Silva perdeu o controle do veículo ao tentar desviar de um transeunte; QUE foi socorrido para o hospital Walfredo Gurgel, conforme o Boletim de Atendimento de Urgência de Nº 51089/18, datado em 02/10/2018. Nada mais declarou.

informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do comunicante.

Providências Adotadas: Registro do Boletim de Ocorrência. Dado ciência à Autoridade Policial.

Monte Alegre/RN,
05 de dezembro de 2018, às 09h28min

João Batista Ferreira

Comunicante

Ricardo Wagner Constantino

Ricardo Wagner Constantino
Agente de Polícia Civil – Mat. 97.898-1





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE VERA CRUZ

HOSPITAL
MATERNIDADE
AIDA RAMALHO CORTEZ PEREIRA

HOSPITAL MATERNIDADE AIDA RAMALHO CORTEZ PEREIRA

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGENCIA Nº

DATA 02/10/18

HORA DE ENTRADA 13:46 h

Nome: João Batista Ferreira SUS:
Idade: 47 a Cor: Sexo: M Estado civil:
Naturalidade: Profissão: Agricultor Instituto:
Residência: Travessa Joaquim Xavier, nº 11 Bairro:
Cidade: Lagoa Salgada UF: RN Telefone:

Peso: P.A. 100X100 TEMP: FC: FR: HGT: SPO2:

PRICIPAIS SINTOMAS
- Acidente envolvendo um batedor, com
as colunas do dorso, com fratura de bacia e
de se do pé. Necessitando de avaliação UBS
Encaminhado ao fl. Domicílio Marques.

Ibiapino G. de Sa Filho
Médico
CRM/RN 9301

Médico

Hora de saída: ; h

URGENCIA ()

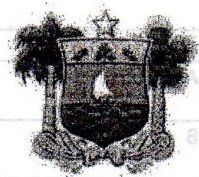
AMBULATORIO ()

Contar com a original
José Carlos da Silva
Diretor Geral
Matricula 1614





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **51089 /2018**

Admissão: **02/10/2018 20:40:55**

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: **95390 - JOAO BATISTA FERREIRA** (46 a 5 m 1 d)

Nascimento: 01/05/1972

Natural: LAGOA SALGADA, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 898004118636443

CPF: 85143227453

Prof:

Mãe: MARIA JOSE FERREIRA

Pai:

Logradouro: JOAQUIM XAVIER, 105

CEP: 59247000

Bairro: LAGOA SALGADA

Cidade: LAGOA SALGADA

Telefone: 84 .986219901

Compl:

Motivo: MOTO X MOTO - COLISÃO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 02/10/2018 20:36:01

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: vítima de atropelamento por moto com corte em pé direito

Hora: ____:____

*Paciente vítima de
colisão moto x moto
em rua no pç*

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A	
B	
C	
D	
E	

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

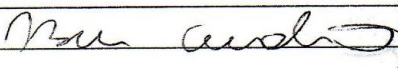
DATA:	HORA:	ESPECIALISTA 1
DATA:	HORA:	ESPECIALISTA 2
DATA:	HORA:	ESPECIALISTA 3

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por WELLINGTON GOMES DO NASCIMENTO. Impresso em 02 de Outubro de 2018.



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)		
A		
B		
C		
D		
E		
A(ALERGIAS) _____		
M(MEDICAÇÃO EM USO) _____		
P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) _____		
L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) _____		
A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) _____		
V (PASSADO VACINAL) _____		
EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)		LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
		OUTROS
CONDUTA PRIMARIA@MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
 		
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL		ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3	HORA:	DATA:
DESTINO DO PACIENTE:		
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:	DATA / /	HORA
SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:		
OBITO: DATA / / HORA		
ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP		



SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar**
Nº 3368 / 2018**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou: _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **95390 JOAO BATISTA FERREIRA**

Prontuário: _____

CNS: 898004118636443

Nascimento: 01/05/1972 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA JOSE FERREIRA

Pai: _____

Endereço: TRAVESSA JOAQUIM XAVIER, 105 - LAGOA SALGADA - LAGOA SALGADA

Fone: 986219901 /

Município: LAGOA SALGADA

Código Municipal IBGE: 240660

UF: RN

CEP: 59247-000

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:**

TRAUMA NO PÉ DIREITO COM DESENLUVAMENTO DO RETROPÉ + ABRASÃO ÓSSEA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S92.0 FRATURA DO CALCÂNEO*408050454. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIAL DE OSSOS DO MÊDIO

Profissional Solicitante / Assinante:

MICHEL FREIRE DE ARAUJO

CRM: 4423 / RN

Data da Solicitação 02/10/2018

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)☐ Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____ Série: _____

☐ Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

☐ Acidente de Trabalho TrajetadoVínculo com previdência: ☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Documento: ☐ CNS ☐ CPF nº _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

Nº Autorização da AIH:



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RELATÓRIO DE
HISTÓRIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome:

João Batista

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADICIONAIS

Data:

Hora:

03/10/2016

Prontuário do Acidente
m.b.

Hs. resuscitando e em observação

no Pronto Socorro
relato sintomático

Dr. Luiz L. Borges
CRM 5916-88013842
Ortopedia/Traumatologia

CONF. COM ORIGEM
04/12/18

MAF. Nº.

ASSINATURA

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**BOLETIM
OPERATÓRIO****IDENTIFICAÇÃO**Nome: SOAS B. FERNANDES

Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório: fratura exposta do osso da perna esquerdaIndicação terapêutica: fixação com

Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃOData: 02/10/17

Início:

Término:

Duração:

Operador: Bruno Muniz

CRM/CRO:

1º Auxiliar:

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista:

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

PAUENTE EM DOENÇA VENTRAL SOB TRATAMENTO
ASSÉPTICO + ANTIBIÓTICO
APOIADO NA GATAS OBTENDO
NORMAIS LIMPAS EXISTEM COM SUTURA
SUTURA DO PUNTO ESTERIL

Bruno Muniz L. Borges
Ortopedia/Traumatologia
CRM 5975 - SBOT 13842

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



21:00

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: Ortopedia

ANAMNESE Tram rodar D Hr 8 Hrs.

EXAME FÍSICO Apesar de ponto de vista - a parte do corpo do paciente

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA Falta de força no membro D

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA:

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA: I.T.E.P. ☐

Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação.

DESTINO DO PACIENTE: Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA:

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA: I.T.E.P. ☐

Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: <u>João Batista Lemos</u>	Idade: _____	Nº Reg.: _____
Serviço: <u>Ortopedia</u>	Enfª _____	Leito: <u>226</u>

AO SERVIÇO: Cirurgia Plástica

MOTIVO DA CONSULTA: - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

Prontidão para a cirurgia de remoção de queixo duplo (região plástica)
Soluto avaliação e conduta de emergência

Natal/RN, 03 de 10 de 18

Dr. Fábio Roberto A. de Lima
Ortopedia/Traumatologia
CRM: 70367-07
Médico que solicita o parecer

PARECER:

Parecer já respondido. Paciente admitido
para Cir. Plástica.

Yuri Lourenço Rodrigues
MÉDICO
CRM-RN 8766

+ Dr. Wagner

Natal/RN, _____ de _____ de _____

Médico que emite o parecer





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

e 20

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: João B. F. Amaral

Idade: _____ Nº Reg: _____

Serviço: _____

Enfº 20 Leito: 423

AO SERVIÇO Ortopedia

MOTIVO DA CONSULTA - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

Desenvolvimento de lesões no metacarpo ①

Natal 03 de 10 de 20 18

Medico que solicita o parecer

PARECER Paciente com história de acidente de moto, com lesão em desenvolvimento de região plantar de calcâneo ①. Retalho com pedículo muito pequeno e já apresentando sinais de necrose.

Cd: - Admitido pela Cirurgia Plástica
- Aguardar delimitação de lesão para programar conduta subsequente.

Yuri Lourenço Rodrigues
MÉDICO
CRM-RN 2706

+ Dr. Wagner

010.019.106.2





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

EVOLUÇÃO
MULTIDISCIPLINAR

Nome

Jon. Batista

Leito:

Idade:

Nº Registro:

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

03/10/18 02:15

Procedente com queixa
de dor

04.12.18

CD AU - com
Ribeiro

09/10/18

queixa
de dor
articular
col. VPM

Dr. Fábio Roberto A. de Lima
Ortopedia/Traumatologia
Chirurgia da Joelho
CRM: 7036 TEOT-14816

Bruno Muniz L. Borges
Ortopedia/Traumatologia
CRM: 5975-SBO-13842

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



SUSLaudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar
Nº 3368 / 2018

226

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou: _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **95390 JOAO BATISTA FERREIRA**

Prontuário: _____

CNS: 898004118636443

Nascimento: 01/05/1972 Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA JOSE FERREIRA

Pai: _____

Endereço: TRAVESSA JOAQUIM XAVIER, 105 - LAGOA SALGADA - LAGOA SALGADA

Fone: 986219901 /

Município: LAGOA SALGADA

Código Municipal IBGE: 240660

UF: RN

CEP: 59247-000

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

TRAUMA NO PÉ DIREITO COM DESENLUVAMENTO DO RETROPÉ + ABRASÃO ÓSSEA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
TRATAMENTO CIRÚRGICORESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX**Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:**

S92.0 FRATURA DO CALCÂNEO*408050454. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DE OSSOS DO MED.

Profissional Solicitante / Assistente:

MICHEL FREIRE DE ARAUJO

CRM: 4423 / RN

Data da Solicitação 02/10/2018

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)☐ Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____

☐ Acidente de Trabalho Típico☐ Acidente de Trabalho Trajeto

CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

Vínculo com previdência: ☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

Nº Autorização da AIH: _____

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Documento: ☐ CNS ☐ CPF nº _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

0969214
JOAQUIM
de batista
CONFERE COM ORIGINAL
5 batista



SUS: 89800412636443



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

MÃE: MARIA JOSÉ FERREIRA

F: 86219901

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 67

NOME: IDÃO BATISTA FERREIRA

IDADE: 01/05/1972

SEXO: M

ESTADO CIVIL: CAS.

NATURALIDADE: LAGOA SALGADA/RN

PROCEDÊNCIA: ORT.

ENDEREÇO: RUA: SÍTIO BARBATANA, SIN

BAIRRO: CENTRO

CIDADE: LAGOA SALGADA/RN

DATA: 11/10/2018

HORA: 12:30

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐

REGULAR ☐

COM DISPNEIA ☐

CHOCADO ☐

COMATOSO ☐

C/ HEMORRAGIA ☐

EM CONVULSÃO ☐

POLITRAUMATIZADO ☐

AGITADO ☐

OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐

NÃO ☐

PUPILAS

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

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

TEMP.

RESPIRAÇÃO

PULSO

T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura de fêmur D + Medula



EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

☐ HEMATOLOGIA	☐ NEUROLOGIA	☐ NEFROLOGIA	☐ CIR. VASCULAR	☐ ENDOSCOPIA
☐ CLÍNICA MÉDICA	☐ CIRURGIA GERAL	☐ ORTOPEDIA	☐ BUCO-FACIAL	☐ UROLOGIA
☐ NEUROCIRURGIA	☐ OTORRINO	☐ OFTALMOLOGIA	☐ C. PLÁSTICA	☐

CONDUTA

Dr. Edmar M. S. Reis
CRM 9422
Ortopedia-Traumatologia

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE	☐ REMOVIDO EM ____/____/____
HORA ____ HS	Dr. Edmar M. S. Reis CRM 9422 Ortopedia-Traumatologia	HORA ____ PARA ____
RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA	A REVELIA ☐
DATA ____/____/____	HORA ____	
ÓBITO ____/____/____	HORA ____	
ENTREGUE	À FAMÍLIA ☐	S.V.O. ☐
		I.T.E.P. ☐

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)





Hospital		Nº prontuário	
Nome do paciente: JOÃO BATISTA FERREIRA			
Data operação: 18/10/18	Enf. peso	Leito carlos magno	
Operador	1º auxiliar	Instrumentador	
2º auxiliar	3º auxiliar		
Anestesiista	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório: NECROSE EM PARTES MOLES DE			
Tipo de operação: CALCANÇO DIREITO			
Diagnóstico pós-operatório: DESBRANQUECIMENTO DE PARTES MOLES			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Paciente sob anestesia, ASSURVA CAMPOS, RETIRADO PONTOS, RESISTIDO DESBRANQUECIMENTO, LAVAGEM COM S.F 0,9% CURATIVO COM PLACA DE ALGUMATO.

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

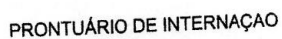
☐	CIRURGIAS MÚLTIPLAS (0415010012)
☐	POLITRAUMATIZADO (0415030013)
☐	PROC. CLÍNICO
☒	PROC. CIRÚRGICO (0415040031)
☐	CBO 225225
☒	CBO 225270
☐	DIAS
☐	CID

096424
de de 2018
CONFERE COM ORIGINAL
3 dias

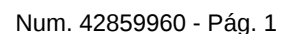


Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital <u>UNIL</u>		Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome <u>João Batista Fereira</u>					
Data <u>18/10/2018</u>		Pressão arterial <u>120x80</u>	Pulso <u>75 bpm</u>	Respiração	Temperatura
Tipo sanguíneo	Hematias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia
Urina					
Ap. respiratório <u>S1 alta</u>			Asma		
Ap. circulatório <u>S1 alta</u>			Bronquite		
Ap. digestivo			Dentes	Pescoço	Ap. urinário
Estado mental <u>LOTC, Vagal</u>			Atarácicos	Corticoides	Alergia
Diagnóstico pré-operatório <u>Neoplasia em Pele nos mols em Glândula</u>			Estado físico <u>Neg</u>		
Anestesias anteriores			Risco		
Medicação pré-anestésica		Aplicada às	Efeito		
Agentes Anestésicos	<u>Midazolam 0.5g</u> <u>Fentanil 50mcg</u> <u>85m</u>				
Líquidos					
Oper	<u>260</u> <u>250</u> <u>240</u> <u>230</u> <u>220</u> <u>210</u> <u>200</u> <u>190</u> <u>180</u> <u>170</u> <u>160</u> <u>150</u> <u>140</u> <u>130</u> <u>120</u> <u>110</u> <u>100</u> <u>90</u> <u>80</u> <u>70</u> <u>60</u> <u>50</u> <u>40</u> <u>30</u> <u>20</u> <u>10</u>				
Anest.	<u>Agente:</u> <u>1) Propofol</u> <u>2) Fentanil</u> <u>3) Midazolam</u> <u>4) Succinilcolina</u> <u>5) Dexametasona</u> <u>6) Amiodarona</u> <u>7) Etomidato</u> <u>8) Clonitazem</u> <u>9) Nitrogênio</u> <u>10) Oxigênio</u>				
P Pulso					
O Resp.:					
SIMBOLOS					
E					
ANOTAÇÕES					
POSIÇÃO					
Agentes					
Técnica <u>A+A: BSA (PUL L4/L5 C1 A8-776cc, leve + 100cc)</u>					
Operação <u>Relaxamento de Pele nos mols</u>					
Cirurgiões <u>Peles Luis + Carlos</u>					
Anestesistas <u>João Fereira</u>					
Observações <u>Perda sanguínea</u>					



096421-4
Salvador
de Janeiro
CONFERE COM ORIGINAL
S. Baileiro



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 11226 // 00225 Nº 013971177050
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 01095788954 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME

MARCELO FERNANDES DE LIMA

CPF / CNPJ

101.190.374-16

PLACA

QGF1916

PLACA ANT / UF

CHASSI

QGF1916/RW

9C2KC22006R057446

ESPÉCIE TIPO

COMBUSTÍVEL

PASSEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE

ALCOOL-GASOE

MARCA / MODELO

ANO FAB

ANO MOD

HONDA/CG 160 FAN ESDI

2016

2018

CAP / POT / CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

OCV/162 CILINDRADAS

PARTICULAR

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

R\$ 0.00

21/05/2018

1º PAGO

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

2º PAGO

A 002892 3X

R\$ 32.32

3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

*** TAXAS DETRAN: PAGO ***

DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: KC22E0G057458

LAGCA SALGADO

DATA

21/05/2018

Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - RN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN Nº 013971177050 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

1

101.190.374-16

QGF1916

RENAVAM

MARCA / MODELO

01095788954

HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB

CAT. TARIF.

Nº CHASSI

2016

9

9C2KC22006R057446

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA

PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marcelio Fernandes de Lima,
RG nº 3.045.694, data de expedição 13/03/08,
Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 101.190.344-16, com
domicílio na cidade de Lagoa Salgada, no Estado de
RN, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Estrada para o Oniseo, nº S/N,
complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima João Batista Ferreira, cujo o condutor era
Francisco Miguel da Silva.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA / CG 160 FAN
Ano: 2016
Placa: QGF 1936/RN
Chassi: 9C2XC2200GN05X446
Data do Acidente: 02/10/18
Local e Data: —

CARTÓRIO ÚNICO
LAGOA SALGADA-RN

Marcelio Fernandes de Lima
Assinatura do Declarante

CARTÓRIO ÚNICO
LAGOA SALGADA-RN

Francisco Miguel da Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Alane Danielle da Silva Pessoa
Tabelia Interina

Reconheço a(s) assinatura(s) de:
Marcelio Fernandes de Lima
Francisco Miguel da Silva

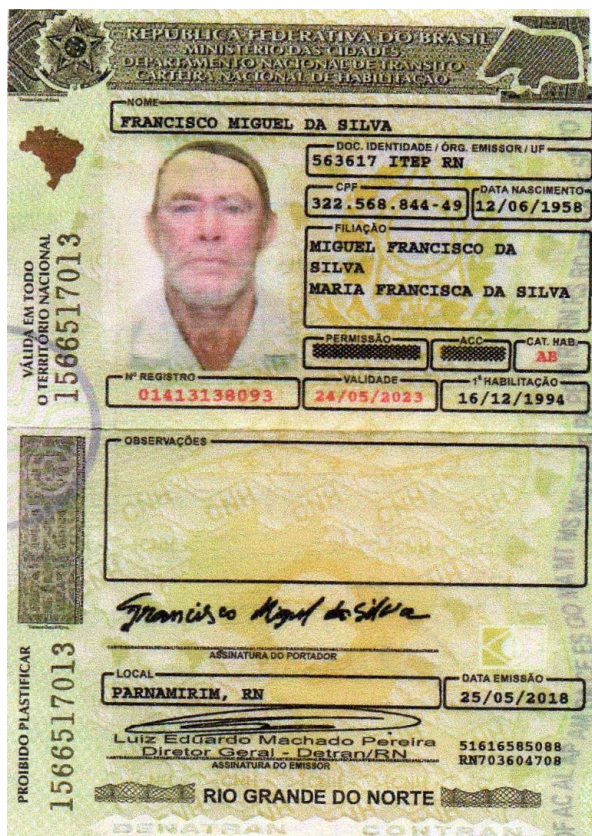
Lagoa Salgada/RN 14/10/2019

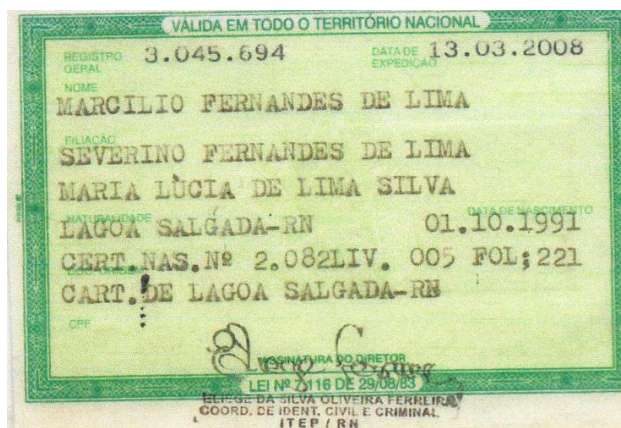
Alane Danielle da Silva Pessoa
Tabelia Interina

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

Alane Danielle da Silva Pessoa
Tabelia Interina
CPF: 101.848.334-93







caern

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE

Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000

CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3

Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO

115

32570950

CORTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 10/11/2018 ÀS 08:41:17

MATRÍCULA: 9872760

MÊS/ANO: 11/2018

DADOS DO CLIENTE

MARCILIO FERNANDES DE LIMA

EST. PARA O ARISCO, S/N - LAGOA SALGADA LAGOA

SALGADA RN 59247-000

INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS			
			RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
533.001.440.0575.000	10	5828	1			

HIDROMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO
Y165318323	LIGADO	POTENCIAL

CONSUMO ÁGUA (M3): 10

DATA LEITURA: 10/11/2018

LEIT. ATUAL: 194



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

João Batista Ferreira

CPF da Vítima

858.432.274-53

Data do Acidente

02/10/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Luca Salgado 27 de dezembro de 2018

Local e Data

x João Batista Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Erondina Maria Dantas Praxedes do Amaral inscrito (a) no CPF/CNPJ 654.386.984 - 49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Batista Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 851.432.274 / 53, do sinistro de DPVAT cobertura da Vítima José Batista Ferreira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 851.432.274 / 53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Praia de Maracajá</u>		Número <u>8933</u>	Complemento _____
Bairro <u>Ponta Negra</u>	Cidade <u>Natal</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59.094-190</u>
Email <u>praxedeserondina@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(84) 99982-2968</u>

Natal, 28 de dezembro de 2018
Local e Data

Erondina Maria Dantas Praxedes do Amaral
Assinatura do Declarante

