



Dr. Handerson Araújo  
Ortopedia - Cirurgia do Joelho - Traumatologia

Ronny Oliveira Ferreira

Paciente portador de síndrome de  
nódo. com história de pleto lateral  
durante estudo sub-ativo - Lateral  
Cirurgico. Exatui em uma série  
lateral que não revelou um histórico  
lindebravético. Nacento de histórico  
cirurgico. Enquanto não se resolve o  
histórico cirurgico, enciente-se  
mesmo para as atividades laborais  
por tempo indeterminado.

CID - 5821

M232

Dr. Handerson Araújo  
Ortopedia - Cirurgia de Joelho  
CRM-PR 14238

12.09.17

Unimed Caicó (Hospital Tiago Dias)  
Rua Manoel Elpidio, S/N  
Penedo, Caicó/RN  
Fones: (84) 3421-2582/3417-3563  
Celular: (84) 9 9649-5051

CardioKid  
Rua Augusto Monteiro, 1248  
Centro, Caicó/RN, Fone: (84) 3417-1016  
Celular: (84) 9 8726-3987 | 9 8890-1015  
9 8729-3989



SERIDÓ  
CLÍNICA

RECEITUÁRIO  
MÉDICO

Dr. Ronny Oliveira Ferreira

Paciente portador de  
lesão de fratura do  
platô tibial direito,  
causada por acidente em  
motocicleta.

Tratamento empírico-  
fisiológico.

Paciente com déficit  
funcional do M.T.D., atropia e  
diminuição de força muscular.  
Aposarado no momento de 4 dias  
do ferimento.

De crônica recente e  
chamadas ao atendimento.

Dr. Rawlinson Oliveira Santos  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM RN 3366

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

Dr. Edmar Medeiros Dantas  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM RN 942

Rua José Carlos Ferreira, 68-A, Manoel Salustino - Currais Novos/RN - Fone: (84) 3412-2420 / 3412-3898





Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte  
Unidade Hospitalar Regional do Seridó  
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000  
CNPJ (MF): 08.241.754/0135-57 - Telefax: (0\*\*84) 3421-9630, e 9628

### RECEITUÁRIO

LAUDO MÉDICO

O paciente Ronny Oliveira Ferreira apresenta Fratura consolidada do plavisto humeral, associada a lesão meniscal em joelho direito. Apresenta dor e travamento articular e necessita de tratamento por videoscopia. Apresenta ainda gonartrose secundária ao trauma em joelho direito.

OD-10 : S41 : M17

Caicó, 30-10-2017





Número do documento: 19061216033082300000042859558

Num. 44330440 - Pág. 4





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR  
COMANDO DE POLÍCIA RODoviÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
**BOAT** 3672 2016

### 1 - LOCAL E DATA

Local RUA: FRANCISCO DE ASSIS MEDEIROS Bairro CASTELO BRANCO  
Cidade/UF CASCO RN P. Ref. EM FRENTE A RES. N° 06  
Data 06/12/2016 Hora do acidente 07:00 Hora do registro 07:30 Dia da semana TERÇA - FEIRA

### 2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento  
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☒ - Outro(s) COMBUSTIONAMENTO

### 3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi NNQ 2049 Cidade CASCO UF RN  
Marca/Mod. HONDA BIZ 125 ES Cor VERMELHA Ano 2004 / 2010  
Proprietário ARNY CRISTY GARCIA DE MEDEIROS N° de Ocupantes 01  
Condutor RONNY OLIVEIRA FERREIRA Data de Nasc. 22/03/1967  
Endereço RUA: VILMAR DAMAS DA COSTA N° 21 Fone (84) 99606-6197  
Bairro NOVA DESCOBERTA Cidade CASCO UF RN  
CPF N° 598.020.814-34 CNH N° 00520124545 Validade 22 / 05 / 2019 Categoria A2  
Local de Trabalho ASIAO Fone (84) 3421-1526  
End. RUA: JOÃO FLORENCIO N° 889 Bairro PARAIBA Cidade CASCO

### 4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ N° de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF N° \_\_\_\_\_ CNH N° \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

### 5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ N° de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF N° \_\_\_\_\_ CNH N° \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

### 6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Proprietário \_\_\_\_\_ N° de Ocupantes \_\_\_\_\_  
Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF N° \_\_\_\_\_ CNH N° \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_



## 7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? RUA FRANCISCO DE ASSIS MEDEIROS

Em que sentido?

Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor DISSSE QUE SEGUIA NO END ACIMA CITADO, CHEGANDO AO LOCAL SENTIU  
UMA CORTE IMPACTO NA LATERAL DIREITA, ONDE O MESMO PERDEU O CONTROLE DO  
VEICULO VINDO A DIREITA. DISSSE QUE O IMPACTO FOZ PROVOCADO POR UM PARALELELEPÍ-  
DO QUE SE ENCONTRAVA-SE SÓTO SOBRE A VIA.

Assinatura do Condutor de V1

*Paulo Oliveira Ferreira*

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor de V2

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor de V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor de V4





## 8 - CONDIÇÕES DA VIA

<b>Luminosidade</b>	<b>Cond./ Tempo</b>	<b>Tipo da Pista</b>	<b>Caract./ Pista</b>	<b>Cond./ Pista</b>	<b>Sinalização</b>
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input checked="" type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Active Ingrema	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite e/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulosa	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Active Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingrema	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros	<input checked="" type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s)
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lambada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. <u>    </u> KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Arcia	
			<input type="checkbox"/> Retorno		
			<input type="checkbox"/> Entrancamento		
			<input type="checkbox"/> Bifurcação		

## 9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO CASTELO BRANCO

ARVORE VESTÍGIOS SEMÁFORO PEDESTRE BICICLETA OU MOTO CARRO DE PEQUENO PORTE CAMINHÃO OU ÔNIBUS CARRETA	SAZÃO DO ARAÚJO  TERRENO BALDEO  RESIDÊNCIA Nº 223  NOVA DESCOBERTA	LOMBADA  RESIDÊNCIA Nº 08  RESIDÊNCIA Nº 06  RESIDÊNCIA Nº 06 A
---	--	---

## 10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

### AVARIAS DO VEÍCULO 1

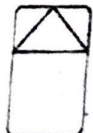
BALCO ESPELHO RETROVISOR DIREITO;  
 CARRANQUELA FRONTAL; MANEJO DIREITA;  
 PEDAL DE FREIO.



### AVARIAS DO VEÍCULO 2



### AVARIAS DO VEÍCULO 3



### AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☒ Testemunha  
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presença: ☐ Foto ☐ Registro

Nome ROSANGELA SIMAS DA SILVA RG Nº - Órgão Expedidor - Data de Nascimento - / - / -  
 Endereço RUA FRANCISCO MEDEIROS Nº 08 Fone - UF RN  
 Bairro CASTELO BRANCO Cidade CAJICÓ  
 Versão DISSE QUE MUI O CONDUTOR DA MOTOCICLETA VINDO EM BAIXA VELOCIDADE PASSOU SOBRE PARALELEPÍPEDOS SOLIDOS NA VIA, PERDEU O CONTROLE DE SEU VEÍCULO E CAIU.

Assinatura x Hora 07:35

12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☒ Testemunha  
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presença: ☐ Foto ☐ Registro

Nome ACIÃO MORAES DOS SANTOS RG Nº - Órgão Expedidor - Data de Nascimento - / - / -  
 Endereço RUA FRANCISCO DE ASSIS MEDEIROS Nº 08 Fone - UF RN  
 Bairro CASTELO BRANCO Cidade CAJICÓ  
 Versão DISSE QUE VIU QUANDO O CONDUTOR PASSOU SOBRE ALGUNS PARALELEPÍPEDOS SOLIDOS NA VIA, ONDE O MESMO PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, VINDO A CAIR.

Assinatura Hora

13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha  
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presença: ☐ Foto ☐ Registro

Nome RG Nº Órgão Expedidor Data de Nascimento / /  
 Endereço Nº Fone UF  
 Bairro Cidade  
 Versão

Assinatura Hora

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Testemunha  
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presença: ☐ Foto ☐ Registro

Nome RG Nº Órgão Expedidor Data de Nascimento / /  
 Endereço Nº Fone UF  
 Bairro Cidade  
 Versão

Assinatura Hora

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa Cidade UF Marca/Modelo  
 Nome RG Nº Órgão Exp. Nº  
 Endereço Nº Fone  
 Bairro Cidade

16 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

A DOCUMENTAÇÃO DO VEÍCULO E DO SEU CONDUTOR SE ENCONTRAVAM DEACORDO COM O CTB.  
 O CONDUTOR DO VEÍCULO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL PELA EQUIPE DO SAMU ONDE APÓS EXAME DE RAIO-X FOI CONSTATADA UMA FRATURA NA COLUNA DO LOMBO DREITA DO CONDUTOR.  
 O VEÍCULO FOI ENTREGUE AO SEU PROPRIETÁRIO.

Nome Completo do Agente PAULO CESAR DA SILVA  
 POSTO/GRAD.: CG PM Nº 2004.0050 Viatura TOR Subunid.: 3ª DORE  
 Local e Data CAJICÓ RJ de 26/06/2019 de 16

Assinatura do Agente de Trânsito







Governo do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social  
Polícia Civil  
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE CAICÓ  
Endereço: Av. Cel Martiniano, 20, Jardim Satellite, CAICÓ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2017129000268

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 12/01/2017 08.00.00

2.3 Fato: Consumado

2.4 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: 06

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: CASTELO BRANCO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: RONNY OLIVEIRA FERREIRA

3.3 Etnia: Sem Informação

3.5 Mãe: MARLUCE DE OLIVEIRA FERREIRA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 59802081434

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: ALMOXARIFE

3.15 Telefone(s): 84 996066745

3.17 Número: 21

3.19 Bairro: NOVA DESCOBERTA

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

1.2 Data de Expedição: 08/02/2017 10.42.30

1.4 Lgou CLOSP: Sim

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RUA FRANCISCO DE ASSIS MEDEIROS

2.9 CEP: 59.300-000

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: CAICÓ

3.2 Estado civil: Casado(a)

3.4 Pai: GERALDO FERRIRA

3.6 Data de Nascimento: 22/03/1967

3.8 RG: 1049459 - ITEP/RN

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: CAICÓ/RN

3.14 E-Mail:

3.16 Logradouro: RUA VILMAR DANTAS DA COSTA

3.18 CEP: 59300000

3.20 Cidade: CAICÓ

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: \*\*\*\*\*00100

7.1.5 Placa: NNQ2049

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano de Modelo: 2010

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.13 Nota Fiscal: -

7.1.15 Nome do proprietário: JANNY CRISTTY GARCIA DE MEDEIROS

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: BIZ 125 ES

7.1.10 Ano de Fabricação: 2009

7.1.12 Tipo do veículo: MOTONETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a

Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE COMPARECEU ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL PARA INFORMAR QUE TRAFEGAVA NO ENDEREÇO CITADO E PERDEU O EQUILIBRIO AO PASSAR POR CIMA DE UMA PEDRA (PARALELEPIPEDO), VINDO A CAIR, QUE FOI SOCORRIDO PELA EQUIPE DO SAMU E CONDUZIDO AO HOSPITAL REGIONAL, QUE O COMUNICANTE FRATUROU A TÍBIA DIREITA. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações de CLOSP

9.3 Outras Providências

REGISTRO DE B.O.

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s) sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 08/02/2017 10.42.30

Policial

Interessado

Polegar direito

Atendimento: 1668781 - MARCELO MURILO GOMES DOS SANTOS

Impresso por: 1668781 - MARCELO MURILO GOMES DOS SANTOS em 08/02/2017 10:42:37

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Assinado eletronicamente por: PATRICIA BARBOSA DE LIMA - 28/06/2019 15:36:47

https://pje1g.trj.m.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061216034545800000042859569

Número do documento: 19061216034545800000042859569





SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPO  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN/3º DRPC  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DE CAICÓ

**SOLICITAÇÃO DE EXAME DE CORPO DE DELITO**

Ilmo. Sr. Médico Plantonista,

**SOLICITO A REALIZAÇÃO DO EXAME DE CORPO DE DELITO NA MODALIDADE:**

(X) Lesão Corporal, ( ) Conjunção carnal, ( ) Embriaguez alcoólica  
( ) Outros (especificar) \_\_\_\_\_

Na pessoa abaixo qualificada:

Nome: Ronny Oliveira Fereira

C.I. RG. N.º 3049459 e CPF/MF.N.º 598020834-34

Naturalidade: Caicó-RN

Nacionalidade: Brasileira

Filiação: Genivaldo Fereira e Marlene de Oliveira Fereira

Data de Nascimento: 22/03/1967

Data do Fato e hora: 32/03/2017 às 8:00hs

**FINALIDADE DO EXAME:** para constatação de lesão em acidente de trânsito

Após o referido exame, solicito ainda que o Ilmo. Sr. Médico Plantonista responda aos seguintes quesitos, caso lhe seja possível:

1. Há Lesões na vítima examinada? Se sim, favor descrevê-las.

há lesões de natureza leve, sem risco de vida  
sem risco de vida  
sem risco de vida  
sem risco de vida

2. São as lesões acima descritas de natureza leve?

sim

3. Há algo que este Ilustre profissional necessite observar?

Assinatura do Perito + CRM:

[Assinatura]

OBS: Entregar esta guia no CDP juntamente com o preso.

**RICARDO FERREIRA DE BRITO**  
Delegado Regional de Polícia Civil  
Matricula n.º 207.594-6





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**ATESTADO  
MÉDICO**

**ATESTADO**

Atestado para os devidos fins, que o(a) segurado(a)

Ranny  
Olivera Ferreira

foi examinado(a) nesta Unidade de Saúde às \_\_\_\_\_ horas, e necessita

afastar-se de suas atividades profissionais / estudantis, durante um período

de 15 (quinze) dia(s), por motivo de doença

a partir desta data.

Autorização do paciente para  
divulgação do CID.

S82.

CID. 10 nº \_\_\_\_\_

06/12/16

Local e data

Dr. Kleidson Bastos  
ORTOPEDISTA  
CRM 4421

Assinatura e carimbo do profissional

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				LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH	
<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b>					
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE			2 - CNES		
			4 - CNES		
5 - NOME DO PACIENTE			IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS			6 - Nº DO PROTOCOLO		
8 - DATA DE NASCIMENTO			9 - SEXO		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO		
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)			13 - MUNICÍPIO		
14 - BAIRRO			15 - UF		
16 - CEP					
<b>LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID INICIAL		22 - CID SECUNDÁRIO	
23 - LAUDOS ASSOCIADOS					
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - LEROT / CLÍNICA		26 - CARATER DA INTERNAÇÃO	
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		29 - DT SOLICITAÇÃO	
		30 - CNS / CPF		31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>					
32 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		33 - CNPJ DA SEGURADORA		34 - Nº DO BILHETE	
35 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO		36 - CNPJ		37 -	
38 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO		39 - CID PRINCIPAL		40 -	
41 - CID SECUNDÁRIO		42 -		43 - ( ) 44 - ( ) GRAVE 45 - ( ) GRAVÍSSIMA	
<b>AUTORIZAÇÃO</b>					
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO		47 - DT AUTORIZ.		48 - CNS / CPF	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO		51 - DT AUTORIZ.	
		52		53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	
				54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	

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



Assinado eletronicamente por: PATRICIA BARBOSA DE LIMA - 28/06/2019 15:36:49

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061216040621800000042859580>

Número do documento: 19061216040621800000042859580



Município de  
**CAICÓ**

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAICÓ  
SAMU METROPOLITANO

#### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o usuário dos serviços de saúde Ronny Oliveira Ferreira, 49a anos, foi atendido pela equipe do serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU-192-RN da cidade de Caicó –RN no dia 06.12.16 às 08:10 horas, no endereço Povoado Castelo Branco, paciente vítima de Queda da moto.

A presente declaração expressa a verdade

Caicó-RN 12 de Janeiro de 2017

Victor Medeiros de Araújo Xavier  
Coren-RN 432299  
*[Assinatura]*

P/P

Jardênia Azevedo da Silva Noronha  
Coordenadora da base descentralizada do SAMU metropolitano em Caicó/RN  
COREN-RN 264.657





Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168  
PARNAMIRIM - RN

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 58 ORT**

MATRICULA  
161 323-5

DATA  
12/12/2016

HORA  
16:11

**DADOS DO PACIENTE**

PACIENTE  
**RONNY OLIVEIRA FERREIRA**

SEXUALIDADE  
**BRASILEIRO**

IDADE DA MÃE

**MARLUCE DE OLIVEIRA FERREIRA**

598 020 814-34

ENDERECO

**RUA VILMAR DANTAS DA COSTA, 21**

**NOVA DESCOBERTA**

RESPONSÁVEL OU ACOMPANHANTE

**JANNY CRISTTY**

DATA DE NASCIMENTO  
**22/03/1967**  
ESTADO CIVIL  
**CASADO**

RG  
**1049459**

ORG EXP.  
**SSP**

IDADE  
**50**  
PROFISSÃO  
**CHEFE DE ALMOXARIFADO**  
NOME DO PAI  
**GERALDO FERREIRA**

UF  
**RN**

CARTÃO DO SUS  
**705.0092.3189.2657**  
COMPLEMENTO

UF  
**RN**  
CEP  
**59300-000**

PARENTESCO  
**ESPOSA**

RAÇA/COR  
**MASCULINO**  
TELEFONE  
**996066747**

TELEFONE  
**996548031**

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

MOTIVO

DESCRIMINADOR

ALERGIAS

PESO \_\_\_\_\_ ALTURA \_\_\_\_\_ SSVV \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ T \_\_\_\_\_ SO2 \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ GLICEMIA \_\_\_\_\_

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

COREN

DATA

HORA

**ESCALA DE INTENSIDADE DA DOR:**



PRIORIDADE

( ) AZUL ( ) VERDE ( ) AMARELO ( ) LARANJA ( ) VERMELHO

**ACOLHIMENTO**

**COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

- ☐ SALA VERMELHA
- ☐ URGÊNCIA
- ☐ ORTOPEDIA
- ☐ CONSULTA MÉDICA
- ☐ BUCOMAXILO
- ☐ PEQUENA CIRURGIA
- ☐ ACIDENTE DE TRABALHO
- ☐ VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
- ☐ QUEDA
- ☐ OUTROS

Abertura Ocular	Esportânea	4
	À voz	3
Resposta Verbal	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
	Pede comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

**HISTÓRIA CLÍNICA**

*Transtorno de ansiedade*

**EXAME FÍSICO**

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA**

CONFERE COM ORIGINAL  
*[Assinatura]*  
Servidor  
161 552



EXAMES COMPLEMENTARES			
<input type="checkbox"/> LABORATORIAL	<input type="checkbox"/> RADIOLÓGICO	<input type="checkbox"/> ECO	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA
<input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> OUTROS			
CONDUTA MÉDICA PARA REGULAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO - NIR			
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CLÍNICA PSIQUIÁTRICA	<input type="checkbox"/> CLÍNICA ORTOPÉDICA	<input type="checkbox"/> PEDIATRIA/NEO
<input type="checkbox"/> CLÍNICA OBSTÉTRICA	<input type="checkbox"/> CLÍNICA GERAL	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> OUTROS
DIAGNÓSTICO			
CONDUTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA		ABERTURA DE HORÁRIO / CHECAGEM	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
DESTINO DO PACIENTE			
<input type="checkbox"/> OBITO <input type="checkbox"/> ITEP <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO	<input type="checkbox"/> EVASÃO	<input type="checkbox"/> SOLICITADO INTERNAMENTO NO SERVIÇO DE <div style="text-align: center; font-family: cursive; font-size: 1.2em;">OUTROS</div>	

Lima

Manoel Correia Neto  
Ortopedia-Traumatologia  
CRM 549





Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DEOCLEGO MARQUES DE LUCENA

4- CNES

3515168

5- PACIENTE

Identificação do Paciente

RONNY OLIVEIRA FERREIRA

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

146248

7- CARTÃO NACIONAL SUS

705009231892857

8- DATA DE NASCIMENTO

22/03/1967

9- SEXO

MASCULINO

10- RAÇA/COR

PARDA

11- NOME DA MÃE

MARLUCE DE OLIVEIRA FERREIRA

12- TELEFONE DE CONTATO

996066747

13- NOME DO RESPONSÁVEL

JANNY CRISTY

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO (RUA Nº)

R. VILMAR DANTAS DA COSTA, 21

16- MUNICÍPIO

CAICO

17- BAIRRO

NO DESCOBERTA

18- UF

RN

19- CEP

59300000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Prima gravida*

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*2.º. Curso*

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

*S. 2.º*

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

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)

*Manoel Corrêa Neto*  
*Ortopedia - Traumatologia*  
**CRM: 849**

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- CNPJ DA SEGURADORA

40- Nº DO BILHETE

41- SÉRIE

37- AC - TRANSITO

38- AC - TRABALHO TÍPICO

39- AC - TRABALHO TRAVEJO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NAO SEGURADO

Autorização

46- COD. ÓRGÃO EMISSOR

52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49- DOCUMENTO

50- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

51- CNES (CPF)

53- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

CONFERE COM ORIGINAL

Servidor

1615521





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

*Uso 5*  
*Purum 74*

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Romy Oliveira Ferreira Idade: 49 D/N: 22/03/1967  
Pront.: 546248 Município: Caico Procedência: ☒ Interno ( ) Externo  
Data da cirurgia: 16/12/16 Hora Admissão: Bloco: 15.18 Sala: 03 Hora Saída: 17.00 Peso: 84 K  
Alergias: ☒ Não ( ) Sim Não Comorbidades: ( ) H ( ) S ( ) DM ( ) Outras Purum 74  
Uso de medicações: ( ) Não ☒ Sim Jejum: ( ) Não ☒ Sim  
SSVV Admissão: PA: 120/80 mmHg Pulso: 79 bpm FI: 88 rpm FC: 88 bpm SpO<sub>2</sub>: 99 % T: 36 °C  
Enfermeiro(a): Lidiane Instrumentado (a): Irani Circulante: Ana Paula  
Cirurgia: Ortopedia Especialidade: Ortopedia Sala: 03  
Hora Início: 16.00 Hora Término: 17.00 Tipo de cirurgia: ☒ Eletiva ( ) Urgência ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Infectada  
1º Cirurgião: Dr. Pedro Aux.: Dr. Rogério Residente: Dr. Rogério  
Anestesia: ( ) Local ☒ Sedação ( ) Geral TOT: 15.50 ( ) Bloqueio ☒ Raquidiana Ag. nº 27 ( ) Peridural ( ) c/cateter ( ) s/cateter  
Ag. nº 27 Cateter nº: 15.50 Garrot: ( ) Smarch ( ) Pneumático Início: 15.50 Término: 17.00  
Anestesiologista: Dr. Rogério

NEUROMUSCULAR

☒ Consciente  
☐ Letárgico  
☐ Coma  
☒ Orientado  
☐ Desorientado  
☐ Sedado  
☐ Ansioso  
☐ Deambula  
☐ t/dificuldade  
☐ Acamado  
☐ Paraplégico  
☐ Tetraplégico  
☐ Amputações

PELE/HIGIENE

☒ Normocorada  
☐ Hipocorada  
☐ Cianótica  
☐ Ictérica  
☐ Desidratada  
☐ Íntegra  
☐ C/lesões  
☐ Sudorese  
☐ Cicatriz cirúrgica  
☐ Higiene Satisfatória  
☐ Higiene deficiente  
☐ Manchas  
☐ S/Tricotomia

CARDIOVASCULAR/  
RESPIRATÓRIO

☒ Normotenso  
☐ Hipotensão  
☐ Hipertensão  
☒ Normocárdico  
☐ Bradicardia  
☐ Taquicardia  
☐ Choque  
☐ Normoesfígmico  
☐ Eupnéu  
☐ Dispnéia  
☐ Dispositivo O<sub>2</sub>

DISPOSITIVOS

☐ Jelco  
☐ Acesso V. Central  
☐ Cat. Diálise  
☐ Fístula  
☐ Arteriovenosa  
☐ SNG  
☐ SVD  
☐ Colostomia  
☐ Cistostomia  
☐ Dreno  
☐ Aparelho gessado  
☐ Tração  
☐ Talas

MONITORIZAÇÃO

☒ ECG  
☒ Oximetria  
☐ Capnógrafo  
☒ PA  
☐ Estimul. Nervo  
☐ Diprifusor  
☐ BIC  
☐ Desfibrilador

SINAIS VITAIS	Início	Meio	Fim	Unid.
FC	79	78	79	Bpm
Pulso	88	88	89	Bpm
Oximetria	100	100	99	%
Capnografia	-	-	-	%
PA	138/7	-	-	mmHg

ACESSO VENOSO

☐ Punção Arterial  
☒ Punção Venosa Periférica  
☐ Punção Venosa Central  
☐ Dissecção venosa

Local: MSO

Cateter: Jul 0020

SONDAGEM GÁSTRICA

SNG nº: 150

Retorno: 150

CATETERISMO VESICAL

SVF nº: 150 SVA nº: 150

Diurese: 160

Profissional responsável: 160

EXAMES SOLICITADOS:

☐ Hemograma ( ) Gasometria  
☐ Coagulograma ( ) Outros  
☐ Tipagem Sanguínea ( ) Glicosimetria  
☒ Radioscopia (Raio X)

POSIÇÃO

☒ Dorsal  
☐ Ventral  
☐ Lateral  
☐ Litômica  
☐ Trendlemburg  
☐ Canivete  
☐ Proclive

COXIM

☐ Cabeça  
☐ Pescoço  
☐ Tórax  
☐ Lombar

MMSS

☐ Anatômicos  
☐ Abduzidos  
☐ Fletidos  
☐ MMII  
☐ Anatômicos  
☐ Abduzidos  
☐ Fletidos

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO

( ) Sim ☒ Não ( ) Metal ( ) Descartável

Local: Joelhos

DEGERMAÇÃO

☒ Sim ( ) Não

Local: Joelhos

TRICOTOMIA

( ) Sim ( ) Não

Local: Joelhos

IMPLANTE CIRÚRGICO

Drenos: CONFERE COM ORIGINAL

Tela: 161521

Cateter: CONFERE COM ORIGINAL

Ostomia: 161521

Fio de KC: CONFERE COM ORIGINAL

Placa - Tipo: CONFERE COM ORIGINAL

Outros: CONFERE COM ORIGINAL

ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO

Caixa cirúrgica: caixa + 36 Quant. Material: 161521

Val.: 21/12/16 Contagem de gaze e compressa: ( ) Não ( ) Sim







HOSPITAL REGIONAL DE OCLÉCIO MARQUES DE CENA  
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**

Medicação	h:	h:	h:
Hydralazine 20mg	16:40		
Diclofenol 50mg	16:40		
Indometacina	16:40		

**HIDRATAÇÃO VENOSA**  
( ) Soro Fisiológico: ml ( ) Soro Ringer Simples: 1000 ml  
( ) Soro Glicosado: ml ( ) Soro Ringer Lactato: ml

Quantidade total de volume administrado: ml

**ANATOMO PATOLÓGICO**  
( ) Não ( ) Sim Peça:   
Peça para sepultamento: ( ) Não ( ) Sim  
Swab para cultura:   
Líquido:

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

**INTERCORRÊNCIAS:**

Ass: Dra. Paula Coren: 36424

**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: ( ) En-ontânea ( ) Normal ( ) Hematúria ( ) Irrigação Vesical ( ) Oligúrico Destino após a cirurgia: SRPA

**UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO**  
Hora: 17:00 Data: 17/12/16 Nível de consciência: ( ) acordado ( ) Sonolento ( ) Narcose ( ) Orientado  
( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Choro Vias aéreas: ( ) Intubado ( ) Extubado ( ) cânula de Guedel ( ) Cateter O<sub>2</sub> 40 Ambiente  
Mobilização MMII: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade Mobilização MMSS: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Sem mobilidade  
Venoclise: ( ) Não ( ) Sim Tipo: APP Local: MSD 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**

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão		72			99	
30'		78			100	
60'		75			100	
Alta		74			100	

**Líquidos administrados na URPA:**

Soro glicosado: ml  
Soro Fisiológico: ml  
Ringer: 1 ml  
Irrigação vesical contínua: ml

**Medicações administradas URPA:**

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

**Eliminações:**

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

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:** Paciente em recuperação anestésica sem sequelas, liberado pelo anestesiologista para clínica ortopédica.

Ass: Gilmara Coren: 656575





## FICHA INDIVIDUAL DO PACIENTE

6

CNS 705 0092 3189 2857

REG. SOCIAL	N.º E DOCUMENTO APRESENTADO	DATA DE ENTRADA	CLÍNICA / LEITO
146248	RG 1049459	12/12/16	CC
NOME: Rammi Oliveira Ferreira, 49a			
DATA DE NASCIMENTO	NATURALIDADE:	PROFISSÃO:	
22/03/1967	Caico - RN	Chefe de Almacém	
ESTADO CIVIL: Casado			
OCUPAÇÃO ATUAL:			
ESCOLARIDADE	ANALFABETO <input type="checkbox"/>	ENSINO FUND. Compl. <input type="checkbox"/> SÉRIE: Inc. <input type="checkbox"/>	ENSINO FUND. Compl. <input type="checkbox"/> SÉRIE: Inc. <input type="checkbox"/>
GRAU SUPERIOR Compl. <input checked="" type="checkbox"/> Inc. <input type="checkbox"/>			
ENDEREÇO: Rua Vilanova D. da Costa, 21 - Nazar Descoberta - Caico - RN			
PONTO DE REFERÊNCIA:			
FILIAÇÃO	PAI: Euricélio Ferreira	MÃE: Marlene de Oliveira Ferreira	
RESPONSÁVEL: Janny C. Garcia de Medeiros (Esposa)			
ENDEREÇO:			
PONTO DE REFERÊNCIA E TELEFONE: 99654-8031			
SITUAÇÃO FAMILIAR	POSIÇÃO NA FAMÍLIA: Pai	GRUPO FAMILIAR: 03	
N.º DE FILHOS: 02			
MENORES:			
MAIORES:			
SITUAÇÃO HABITACIONAL			
FORMA DE OCUPAÇÃO	TIPO DE CONSTRUÇÃO	PROCEDÊNCIA DA ÁGUA	TRATAMENTO DA ÁGUA
<input checked="" type="checkbox"/> PRÓPRIA <input type="checkbox"/> FINANCIADA <input type="checkbox"/> ALUGADA <input type="checkbox"/> NÃO POSSUI <input type="checkbox"/> CEDIDA	<input checked="" type="checkbox"/> ALVENARIA <input type="checkbox"/> MISTA <input type="checkbox"/> TAIPA <input type="checkbox"/> PALHA	<input checked="" type="checkbox"/> ENCANADA <input type="checkbox"/> RIO <input type="checkbox"/> POÇO <input type="checkbox"/> LAGOA <input type="checkbox"/> CACIMBA	<input type="checkbox"/> FILTRADA <input checked="" type="checkbox"/> MINERAL <input type="checkbox"/> FERVIDA <input type="checkbox"/> SEM TRATAMENTO
ENERGIA ELÉTRICA <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
DESTINOS DOS DEJETOS <input type="checkbox"/> REDE DE ESGOTO <input checked="" type="checkbox"/> FOSSA			
SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA			
RENDA FAMILIAR	<input checked="" type="checkbox"/> FORMAL <input type="checkbox"/> INFORMAL <input type="checkbox"/> SEM RENDA FIXA	AJUDA FINANCEIRA DE TERCEIRO	
<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ 1 SM <input type="checkbox"/> 2 A 3 SM <input type="checkbox"/> 4 A 5 SM <input type="checkbox"/> 6 A 7 SM <input type="checkbox"/> 8 A 10 SM <input type="checkbox"/> ACIMA DE SM			
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			
ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	NOME: Crisiano Múcio	<input type="checkbox"/> PERMANENTE <input type="checkbox"/> REVERSAMENTO
<input type="checkbox"/> PARENTE <input type="checkbox"/> VIZINHO <input type="checkbox"/> AMIGO <input type="checkbox"/> PROFISSIONAL CONTRATADO			
AUTORIZADO ALIMENTAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	MOTIVO:	
OBSERVAÇÃO: paciente internado p/ cirurgia ortopédica			
FLUXO DO PACIENTE			
SETORES	TRANSFERÊNCIA / DATA	ALTA / DATA	RETORNO / DATA
ÓBITO / DATA			
DATA: 12/12/16	ASSISTENTE SOCIAL CRESS / CARIMBO: SDF		

CONFERE COM ORIGINAL  
Assinado  
Servidor  
1615521





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

ENFERMARIAS		CLINICA ORTOPEDIA		PRONTUÁRIO	
DATA	LEITO	CATEGORIA	146248		
12/12/2016	HORA			GIH	
PACIENTE	17:25			DATA DE NASCIMENTO	
RONNY OLIVEIRA FERREIRA		PROFISSÃO		22/03/1967	
ESTADO CIVIL		CHEFE DE ALMOXARIFADO			
CASADO					
ENDEREÇO (RUA Nº)		BAIRRO	UF	CEP	
R. VILMAR DANTAS DA COSTA, 21		NO DESCOBERTA	RN	59300000	
MUNICÍPIO				TELEFONE	
CAICO					
LOCAL DE TRABALHO					
FILIAÇÃO					
MARLUCE DE OLIVEIRA FERREIRA					
RESPONSÁVEL		GERALDO FERREIRA			
JANNY CRISTTY					
ENDEREÇO				TELEFONE	
O MESMO				996066747	
DIAGNOSTICO PROVISORIO					
DIAGNOSTICO DEFINITIVO					
DATA DE ADMISSAO		ALTA		OBITO	
		13-12-2016			
		HISTORIA CLINICA			

CONFERE COM ORIGINAL  
\_\_\_\_\_  
Servidor  
1615521





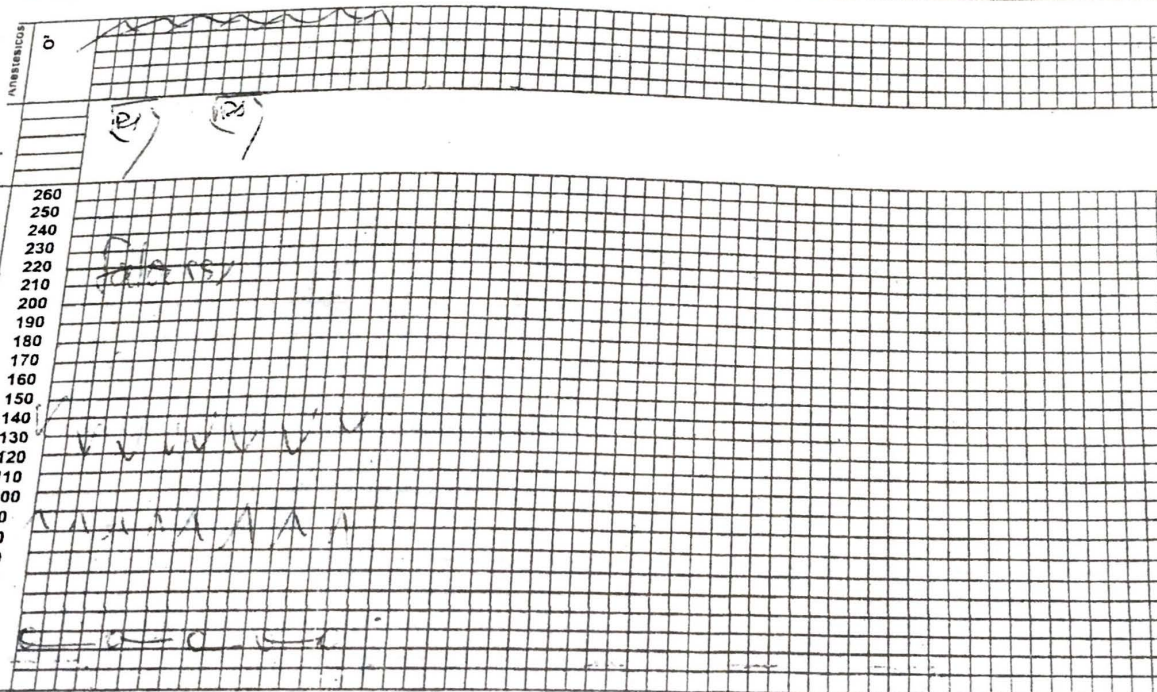


foi  
itando  
com

CM

## Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

hospital	HEPRL	Enfermaria	Leito	Nº prontuário
Nome	Rony Oliveira Ferreira			
Idade	Sexo	Cor		
6/12/16	M	F		
Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso
120/80	70	18/min	36,5°C	65kg
Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia	Outros
12g/dL	35%	100mg/dL	10mg/dL	
Hermatias	Urina			
respiratório	Siaib		Asma	Bronquite
circulatório	Siaib		Eletrocardiograma	
digestivo	Siaib		Ap. urinário	
estado mental	Siaib		Alergia	
diagnóstico pré-operatório	Fígado normal		Hipotensores	
testes anteriores	NKA		Estado físico	
colocação pré-anestésica	Aplicada às		Efeito	



WBOLOS

E

OTAÇÕES

OSIÇÃO

entes

cnica

eração

urgões

etacietas

Cátia V. Bis Mendes  
Anestesiologista  
CRM 4184 CPF: 027950097-14

CONFERE COM ORIGINAL  
16/05/2019  
16/05/2019

RONNY OLIVEIRA FERREIRA  
16/05/2019

RONNY OLIVEIRA FERREIRA, : DX from 06/12/2016



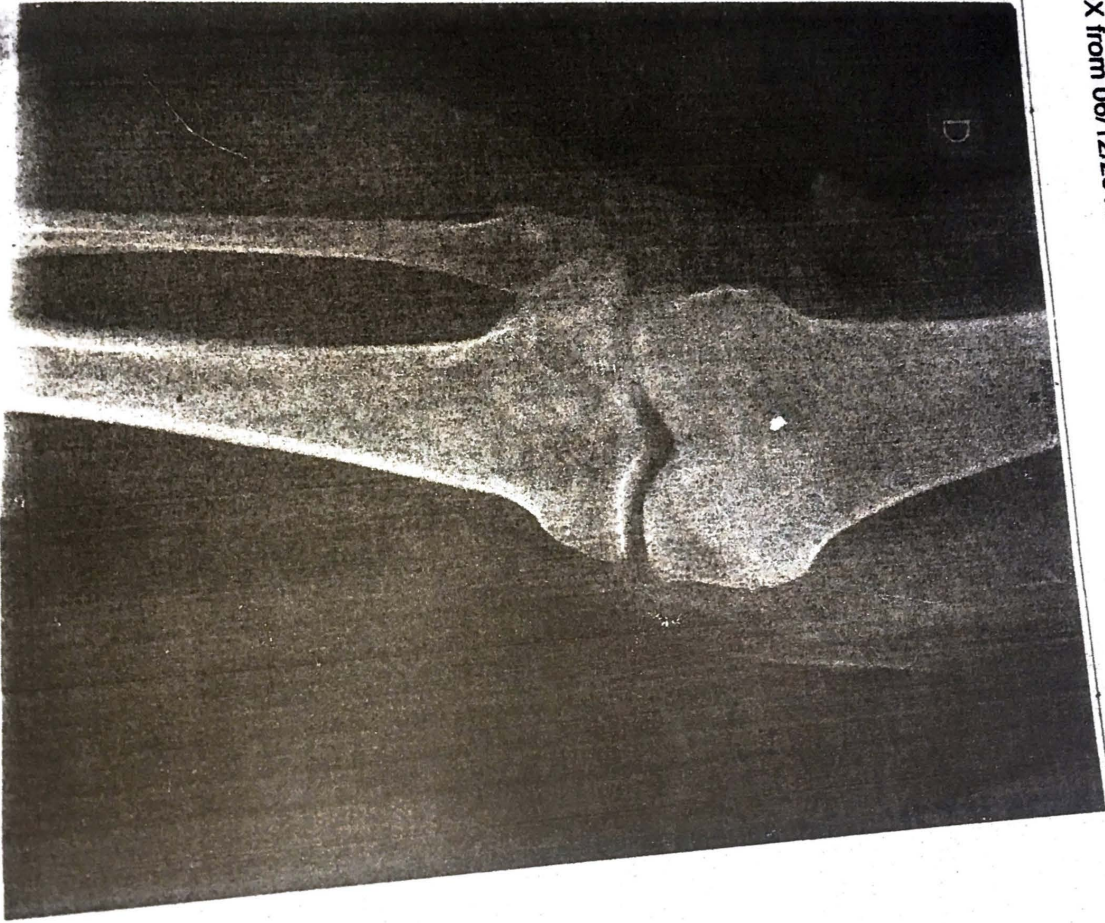
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO VALDEMAR  
SAÚDE ORTÓ: 0123456789





16  
RONNY OLIVEIRA FERREIRA, : DX from 06/12/2016

HOSPITAL LUCAS MOURA  
ID: 200001



HOSPITAL LUCAS MOURA  
Rua 1º de  
Setembro, 1000  
São Paulo, SP

CONFERE COM ORIGINAL  
*[Signature]*  
Sent for  
1615521





Densitometria Óssea  
Raio-x Digital - CR  
Mamografia de Alta Resolução Digital - CR  
Tomografia Computadorizada Multislice  
Ultrassonografia Geral e com Doppler



**INSTITUTO  
DE RADIOLOGIA  
DE CAICÓ**

Nome do Paciente: **RONNY OLIVEIRA FERREIRA**

Médico Solicitante: -

Data do Exame: **29/06/2017 - 17:07**

Número do Atendimento: **N 6710**

Procedimento: **MUSCULO  
ESQUELETICO^JOELHO**

### **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA**

sugerindo parafuso de fixação, estendendo-se pelo platô tibial lateral até o medial. Destaca-se irregularidade cortical e condral na superfície articular do platô tibial lateral, com difícil avaliação no presente estudo devido aos artefatos de susceptibilidade magnética, sugerindo provável área de infradesnvelamento central na superfície articular.

- Alteração de sinal e irregularidade do contorno notadamente do corpo anterior e corpo do menisco lateral, estando o corpo extruso em relação interlinha articular, com amputação da margem livre, sugerindo rotura meniscal, associado a edema perimeniscal.
- Pequeno derrame articular, associado a espessamento sinovial na região suprapatelar, com pequenos corpos livres.
- Condropatia patelar grau II; condropatia em moderado grau na tróclea femoral.
- Edema do tecido subcutâneo predominando na região anterior do joelho.

Laudado gerado no dia: 07/07/2017 15:33. Uma cópia digital encontra-se disponível acessando o link <https://validar.wbsrad.com.br/> e utilize a data/hora e chave: **wEbWAJpA** para acesso.

*Flávio C. Medeiros*

Laudado Por:

**Flávio Cunha de Medeiros**  
CRM-RN 5515 / RADIOLOGISTA

Hospital Tiago Dias  
Rua Manoel Elpídio, S/N - Penedo - Caicó/RN  
(84) 3417 - 1252

Pag. 2 d



Assinado eletronicamente por: PATRICIA BARBOSA DE LIMA - 28/06/2019 15:36:52

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061216043430400000042859604>

Número do documento: 19061216043430400000042859604

Num. 44330488 - Pág. 1

Resonância Magnética  
Tomografia Óssea  
Raio X Digital - CR  
Tomografia de Alta Resolução Digital - CR  
Tomografia Computadorizada Multislice  
Ultrassonografia Geral e com Doppler



**INSTITUTO  
DE RADIOLOGIA  
DE CAICÓ**

Nome do Paciente: **RONNY OLIVEIRA FERREIRA**

Médico Solicitante: -

Data do Exame: **29/06/2017 - 17:07**

Número do Atendimento: **N 6710**

Procedimento: **MUSCULO  
ESQUELETICO^JOELHO**

### RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

#### RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

##### TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de ressonância magnética de 0,35 Tesla, com aquisição de imagens em seqüências multiplanares com bobinas específicas, ponderadas em T1, T2, DP e STIR.

##### RELATÓRIO:

Ligamentos cruzados e colaterais íntegros.

Meniscos medial com morfologia e intensidade de sinal habitual.

Sequela de fratura cominutiva na região metafisária do platô tibial lateral, consolidada, com artefato de susceptibilidade magnética sugerindo parafuso de fixação, estendendo-se pelo platô tibial lateral até o medial. Destaca-se irregularidade cortical e condral na superfície articular do platô tibial lateral, com difícil avaliação no presente estudo devido aos artefatos de susceptibilidade magnética, sugerindo provável área de infra-desnívelamento central na superfície articular.

Alteração de sinal e irregularidade do contorno notadamente do corpo anterior e corpo do menisco lateral, estando o corpo extruso em relação interlinha articular, com amputação da margem livre, sugerindo rotura meniscal, associado a edema perimeniscal.

Pequeno derrame articular, associado a espessamento sinovial na região suprapatelar, com pequenos corpos livres nessa região, medindo até 0,8 cm.

Tendão do quadríceps femoral e ligamento patelar preservados.

Patela normoposicionada com o joelho em extensão. Patela do tipo II de Wiberg.

Irregularidade condral superficial no terço inferior da patela, sem edema subcondral, denotando condropatia grau II.

Moderado afinamento e irregularidade condral na tróclea femoral, sem edema subcondral, denotando condropatia em moderado grau.

Demais superfícies condrais preservadas.

Fossa poplítea livre.

Ventres musculares tróficos.

Demais estruturas ósseas preservadas.

Edema do tecido subcutâneo predominando na região anterior do joelho.

##### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Sequela de fratura cominutiva na região metafisária do platô tibial lateral, consolidada, com artefato de susceptibilidade magnética

*Flávio C. Medeiros*

Laudado Por:

**Flávio Cunha de Medeiros**  
CRM-RN 5515 / RADIOLOGISTA

Hospital Tiago Dias  
Rua Manoel Elpídio, S/N - Penedo - Caicó/RN  
(84) 3417 - 1252

Pag. 1 de



Assinado eletronicamente por: PATRICIA BARBOSA DE LIMA - 28/06/2019 15:36:52

<https://pje1g.trjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061216043430400000042859604>

Número do documento: 19061216043430400000042859604

Num. 44330488 - Pág. 2

Densitometria Magnética  
Densitometria Óssea  
 Raios-x Digital - CR  
Mamografia de Alta Resolução Digital - CR  
Tomografia Computadorizada Multislice  
Ultrassonografia Geral e com Doppler



INSTITUTO  
DE RADIOLOGIA  
DE CAICÓ

RONNY OLIVEIRA FERREIRA

CAICÓ - RN

DR. (A) ?

09 01 2018

RX DO JOELHO DIREITO

**RAIOS-X DIGITAL COMPUTADORIZADO**

- Lesão lítica no platô tibial lateral do joelho direito.
- Presença de parafuso metálico.
- Redução dos espaços articulares.

H.D.: CONDILARTROSE.

Sugerimos melhor avaliação com TC.

Caicó - RN, 10 de Janeiro de 2018.

  
DR. VALDEMAR CORDEIRO FILHO  
CPF: 043.991.374-87  
CRM: 613/RN  
Ass. Digitalizada

Hospital Tiago Dias  
Rua Manoel Elpidio, S/N - Penedo - Caicó/RN  
(84) 3417 - 1252





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 013971968030  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 00181088371 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME  
JANNY CRISTTY GARCIA DE MEDEIROS

CPF / CNPJ 024.802.004-85 PLACA NNQ2049

PLACA ANT / UF NNQ2049 / RN CHASSI 9C2JC4220AR100100

ESPÉCIE TIPO PASSAGEIRO/MOTONETA/NAO APLICAVEL COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2010

CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE OCV/124 CILINDRADAS PARTICULAR VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º VENC. / COTAS R\$ 0.00 22/08/2018 1º PAGO

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2º PAGO 002006 3X R\$ \*\*\*\*\* 3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO \*\*\* LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO \*\*\* DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: JC42E2A100100

DATA 23/08/2018

Assinado eletronicamente por: PATRICIA BARBOSA DE LIMA - 28/06/2019 15:36:53

Assinado eletronicamente por: PATRICIA BARBOSA DE LIMA - 28/06/2019 15:36:53

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061216044348200000042859615

Número do documento: 19061216044348200000042859615

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 013971968030 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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 23/08/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 024.802.004-85 PLACA NNQ2049

RENAVAM 00181088371 MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB. 2009 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2JC4220AR100100

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRA (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04





MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
RONNY OLIVEIRA FERREIRA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMITIDA UF  
1049459 SSP RN

CPF DATA NASCIMENTO  
598.020.814-34 22/03/1967

FILIAÇÃO  
GERALDO FERREIRA

MARLUCE DE OLIVEIRA  
FERREIRA

PERMISSÃO ACC CILHAR  
AD

Nº REGISTRO  
00580114545

VALIDADE  
22/05/2019

1ª HABILITAÇÃO  
19/08/1994

OBSERVAÇÕES

A ;

*Ronny Oliveira Ferreira*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
CAICO, RN

DATA EMISSÃO  
15/07/2014

*[Signature]*  
ASSINATURA DO DETRAN

88846432609  
RN701975269

DETRAN RN (RIO GRANDE DO NORTE)

VÁLIDA EM TODOS  
O TERRITÓRIO NACIONAL

958419487

PROIBIDO PLASTIFICAR

958419487





Sistema Único de Saúde

**RONNY OLIVEIRA FERREIRA**

Data Nasc.: 22/03/1967 - Sexo: M

**705 0092 3189 2857**



DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.  
Em caso de roubo ou perda comunique ao Disque Saúde.  
VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL







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

ENDEREÇO: RUA VILMAR DANTAS DA COSTA, N. 21  
CIDADE: NOVA DESCUBERTA - RN  
CEP: 59300-000  
TELEFONE: 115 34219993

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS  
IMPRESSO EM 15/01/2019 AS 07:18:47

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA:	MÊS/ANO			
RONNY OLIVEIRA FERREIRA RUA VILMAR DANTAS DA COSTA, N. 21 NOVA DESCOBERTA CAICO RN 59300-000		8772380	01/2019			
INSCRIÇÃO 411.001.039.0185.000	ROTA 16	SEQ.ROTA 1017	QUANTIDADE DE ECONOMIAS RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO 1			
HIDRÔMETRO Y171025862	SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL				
CONSUMO ÁGUA (M3): 15		DATA LEITURA: 15/01/2019 LEIT. ATUAL: 43 LEIT. ANT.: 28 DIAS CONSUMO: 32				
HISTÓRICO DE CONSUMO						
REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
12/2018	14	10/2018	10	08/2018	8	11
11/2018	14	09/2018	12	07/2018	10	
DESCRIÇÃO		CONSUMO		TOTAL(R\$)		
ÁGUA						
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(=)						
ATE 10 M3 - 39,99 POR UNIDADE		10 M3		39,99		
11 M3 A 15 M3 - R\$ 4,46 POR M3		5 M3		22,30		
TRIBUTOS		BASE DE CÁLCULO		PERCENTUAL(%)		VALOR DO IMPOSTO
PIS		62,29		1.65		1,03
COFINS		62,29		7.6		4,73
VENCIMENTO:		23/01/2019		TOTAL A PAGAR:		62,29



Assinado eletronicamente por: PATRICIA BARBOSA DE LIMA - 28/06/2019 15:36:53

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061216044348200000042859615>

Número do documento: 19061216044348200000042859615

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2017

Carta n°: 10772667

A/C: RONNY OLIVEIRA FERREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170170957 ASL-0117433/17

Vítima: RONNY OLIVEIRA FERREIRA

Data Acidente: 06/12/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 20/03/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 06/12/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusiva

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVINDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Sinistro: 31701709557 ASL - 0117433/17  
Vilma Ronny de Oliveira Ferreira  
CPF: 598.020.614-34

Prezados,

Venho através desta, fazer uma reclamação quanto ao andamento do meu processo Sinistro nº 31701709557 ASL - 0117433/17, visto que o mesmo arrasta-se há mais de um ano sem que até o momento vislumbre chances de ver meu direito assegurado.

O setor técnico deste órgão não tem tomado as medidas urgentes e necessárias para assegurar o meu direito, pedindo constantemente e repetidamente documentos, os quais busco apresentar sempre com a maior brevidade possível, somente para posteriormente ser solicitado o envio dos mesmos documentos novamente.

Infelizmente o que está sendo demonstrado por parte deste órgão é o descaso com a situação em que se encontra um cidadão de bem que busca unicamente um direito que lhe assiste em razão de um acidente ao qual fora acometido.

O meu caso tem a necessidade de ser averiguado através de perícia deste órgão e até o momento não foi encaminhado para a mesma com a alegação de que tenho que comprovar que o IML da cidade onde ocorreu o acidente, no caso Caicó/RN, não realiza perícia para o DPVAT, o que já comprovei através de declaração emitida pelo IML de Caicó/RN e que enviei para setor técnico deste órgão, a qual anexo nesta oportunidade, sem no entanto obter marcação da perícia necessária.

Solicito dos Ilustres senhores o agendamento da perícia a qual tenho direito, com a maior brevidade possível, para que assim sejam comprovadas as sequelas provenientes do acidente de trânsito que sofri e dessa forma ver meu direito ser assegurado.

Agradeço antecipadamente a atenção prestada na solução do meu processo.

Ronny de Oliveira Ferreira

IN, 05 de Fevereiro de 2018.



Assinado eletronicamente por: PATRICIA BARBOSA DE LIMA - 28/06/2019 15:36:54

<https://pje1g.trjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061216045736300000042859627>

Número do documento: 19061216045736300000042859627



Governo do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria de Estado de Segurança Pública e da Defesa Social  
Instituto Técnico-Científico de Polícia  
SUBCOORDENADORIA REGIONAL DO SERIDO - CAICORN

## DPVAT

### Lesão Corporal

Informamos que os Exames de Lesão Corporal  
- DPVAT somente serão realizados se estiverem  
relacionados com PROCEDIMENTOS CRIMINAIS.

Na guia de solicitação da Polícia Civil, deverá  
vir especificado o procedimento criminal (nº do IP -  
**Inquérito** Policial ou Termo Circunstancial de  
Ocorrência - **TCCO**) o qual o exame faz parte.

Os exames DPVAT que não relação com  
procedimentos criminais e são provenientes de  
causas cíveis deverão ser realizados por médicos  
prestadores de serviços da própria Seguradora.







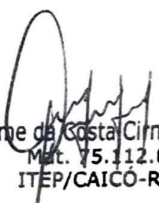
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE PERÍCIA  
SUBCOORDENADORIA REGIONAL DO SERIDÓ-CAICÓ/RN



## INFORMAÇÃO

Informamos ao Sr Ronny Oliveira Ferreira, RG nº 1.049.459, CPF nº 598.020.814-34, que os Exames de Lesão Corporal – DPVAT somente serão realizados se estiverem relacionados com “Procedimentos Criminais”.

Informamos ainda, que os exames DPVAT que não são relacionados com procedimentos criminais e são provenientes de causas cíveis deverão ser realizados por médicos prestadores de serviços da própria seguradora.

  
Jaime da Costa Cirne Filho  
Mat. 75.112.0  
ITEP/CAICÓ-RN

---

Rua Severiano A. da Costa, S/N – Bairro Samanaú – Cep: 59-300-000 - Caicó-RN  
Contatos: Fone: (84) – 3421-6130/e-mail: itepregionalcaico@gmail.com

---



Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12380516

A/C: RONNY OLIVEIRA FERREIRA

Nº Sinistro: 3170170957  
Vítima: RONNY OLIVEIRA FERREIRA  
Data do Acidente: 06/12/2016  
Cobertura: INVALIDEZ

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: RONNY OLIVEIRA FERREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000006586

Conta: 0000000706-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





MUNICÍPIO DE CAICÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE TRIBUTAÇÃO E FINANÇAS  
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Nº da Nota 000003541	Nº da Substituída
Data/Hora de Emissão 09/01/2018 às 16:34:24	Competência JAN/2018
Código de Verificação IJFM67578	Data Prest. de Serviço 09/01/2018

### PRESTADOR DE SERVIÇOS



**CNPJ:** 09.376.435/0001-00 **Inscrição Municipal:** 000.283-6  
**Razão Social:** INSTITUTO DE RADIOLOGIA DE CAICÓ LTDA - EPP  
**Endereço:** RUA MANOEL ELPIDIO 178 59300-000 PENEDO PAVILHAO 2  
**Município:** CAICÓ **UF:** RN  
**Telefone:** 84-34171252 **E-mail:** institutoderadiologia10@hotmail.com

### TOMADOR DE SERVIÇOS

**Nome/Razão Social:** RONNY OLIVEIRA FERREIRA  
**CPF/CNPJ/PAS:** 598.020.814-34 **Inscrição Municipal:**  
**Endereço:** RUA VILMAR DANTAS 21 59300-000 NOVA DESCOBERTA  
**Município:** CAICÓ **UF:** RN  
**Telefone:** 84996060647 **E-mail:**

### SERVIÇOS

4.03-HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT.	VL.R. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	RX DO JOELHO DIREITO	1.0	60,00	60,00

VALOR TOTAL DA NFS-e R\$: 60,00

<b>Deduções (R\$)</b> 0,00	<b>Base Cálculo (R\$)</b> 60,00	<b>Alíquota (%)</b> 5,00	<b>Valor do ISS (R\$)</b> 3,00	<b>Outras Retenções (R\$)</b> 0,00
<b>INSS (R\$)</b> 0,00	<b>IRPJ (R\$)</b> 0,00	<b>CSLL (R\$)</b> 0,00	<b>COFINS (R\$)</b> 0,00	<b>PIS/PASEP (R\$)</b> 0,00

### OUTRAS INFORMAÇÕES

PAG C/CARTÃO REDE MASTERCARD CREDITO A VISTA







MUNICÍPIO DE CAICÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE TRIBUTAÇÃO E FINANÇAS  
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Nº da Nota 000002995	Nº da Substituída
Data/Hora de Emissão 16/06/2017 às 15:20:01	Competência JUN/2017
Código de Verificação NUXA66194	Data Prest. de Serviço 16/06/2017

### PRESTADOR DE SERVIÇOS



**CNPJ:** 09.376.435/0001-00 **Inscrição Municipal:** 000.283-6  
**Razão Social:** INSTITUTO DE RADIOLOGIA DE CAICO LTDA - EPP  
**Endereço:** RUA MANOEL ELPIDIO S/N 59300-000 PENEDO PAVILHAO 2  
**Município:** CAICÓ **UF:** RN  
**Telefone:** 84-34171252 **E-mail:** institutoderadiologia10@hotmail.com

### TOMADOR DE SERVIÇOS

**Nome/Razão Social:** RONNY OLIVEIRA FERREIRA  
**CPF/CNPJ/PAS:** 598.020.814-34 **Inscrição Municipal:**  
**Endereço:** RUA VILMAR DANTAS 21 59300-000 NOVA DESCOBERTA  
**Município:** CAICO **UF:** RN  
**Telefone:** 84996060647 **E-mail:**

### SERVIÇOS

4.03-HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT.	VLR. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	RX PERNA D	1.0	80,00	80,00

VALOR TOTAL DA NFS-e R\$: 80,00

<b>Deduções (R\$)</b> 0,00	<b>Base Cálculo (R\$)</b> 80,00	<b>Alíquota (%)</b> 5,00	<b>Valor do ISS (R\$)</b> 4,00	<b>Outras Retenções (R\$)</b> 0,00
<b>INSS (R\$)</b> 0,00	<b>IRPJ (R\$)</b> 0,00	<b>CSLL (R\$)</b> 0,00	<b>COFINS (R\$)</b> 0,00	<b>PIS/PASEP (R\$)</b> 0,00

### OUTRAS INFORMAÇÕES

PGTO C/CARTÃO REDE MASTER - CRÉD. A VISTA



**Recibo Médico**

**R\$ 200,00**

Recebi de **Ronny Oliveira Ferreira** com **CPF 598.020.814-34** á importância de **R\$200,00 (Duzentos reais )** consulta particular com a **Ortopedista**, no Pronto Atendimento da Unimed.  
Para constar firmo o presente recibo.  
Caicó/RN 05 de Junho de 2017.

**Dr. Handerson Araujo**  
Ortopedia -  
CRM-RN 6293 TEOT 14238

---

**Dr. Handerson Araujo**  
**CPF 046.237.014-33**  
**CRM 6293/RN**

**Rua Manoel Elpídio S/N -Penêdo**  
**Caicó RN**







MUNICÍPIO DE CAICÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE TRIBUTAÇÃO E FINANÇAS  
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Nº da Nota	000003552	Nº da Substituída
Data/Hora de Emissão	11/01/2018 às 14:00:03	Competência
		JAN/2018
Código de Verificação	MAPF19371	Data Prest. de Serviço
		11/01/2018

### PRESTADOR DE SERVIÇOS



CNPJ: 09.376.435/0001-00 Inscrição Municipal: 000.283-6  
Razão Social: INSTITUTO DE RADIOLOGIA DE CAICÓ LTDA - EPP  
Endereço: RUA MANOEL ELPÍDIO 178 59300-000 PENEDO PAVILHAO 2  
Município: CAICÓ UF: RN  
Telefone: 84-34171252 E-mail: institutoderadiologia10@hotmail.com

### TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: RONNY OLIVEIRA FERREIRA  
CPF/CNPJ/PAS: 598.020.814-34 Inscrição Municipal:  
Endereço: RUA VILMAR DANTAS 21 59300-000 NOVA DESCOBERTA  
Município: CAICÓ UF: RN  
Telefone: 84996060647 E-mail:

### SERVIÇOS

4.03-HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT.	VLR. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	RX DO ABDOMEN	1,0	60,00	60,00

VALOR TOTAL DA NFS-e R\$: 60,00

Deduções (R\$)	Base Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	60,00	5,00	3,00	0,00
INSS (R\$)	IRPJ (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

### OUTRAS INFORMAÇÕES

PAG C/CARTAO REDE MASTERCARD CREDITO A VISTA



## PROCURAÇÃO

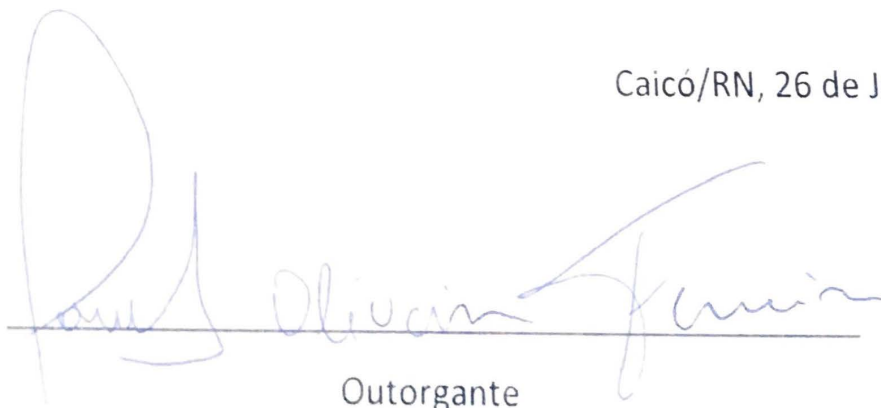
Outorgante: **RONNY OLIVEIRA FERREIRA**, brasileiro, casado, maior, capaz, cédula de Identidade nº 1049459 SSP/RN, CPF nº 598.020.814-34, residente e domiciliado na Rua Vilmar Dantas, nº 21, bairro Nova Descoberta, Caicó-RN, CEP 59.300-000, celular (84) 99606-0647; representado por sua procuradora e Advogada, com procuração junta, **PATRÍCIA BARBOSA DE LIMA**, brasileira, solteira, Advogada inscrita na OAB/RN 15657-B;

Outorgados: **LEONARDO RONNY FERNANDES**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN Nº 16.489, telefone (84) 9.9623-1188; **PATRÍCIA BARBOSA DE LIMA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/RN Nº 15657-B, telefone (84) 9.9818-1445; todos com Escritório Profissional infraescrito.

Poderes: O(a) Outorgante concede aos Outorgados a cláusula *ad judicia et extra*, dando-lhes amplas e gerais poderes, a fim de que possam defende-lo(a) perante qualquer juízo, instância, tribunal, repartições públicas municipais, estaduais, federais, autarquias, fundações ou paraestatais, podendo propor contra quem de direito *in solidum*, as ações competentes até final do julgamento, usando os recursos legais, acompanhando o feito em todos os seus trâmites, podendo para tanto, apresentarem declarações, cederem ou transferirem direitos, promoverem propostas, confessarem, darem quitação, assinarem inclusive substabelecerem a presente, com ou sem reservas de poderes, com igual teor e validade, e em especial, proporem o que de direito se fizer necessário no Processo Cível que move perante a \_\_\_\_ª Vara da Comarca de Caicó-RN.

Poderes específicos: A presente Procuração outorga aos Advogados acima citados, os poderes para, em nome do Outorgante, receberem citação, confessarem, reconhecerem a procedência do pedido, transigirem, desistirem, renunciarem a valores, renunciarem ao direito sobre o qual se funda a ação, receberem, darem quitação, firmarem compromisso, pedirem a Justiça Gratuita e assinarem declaração de hipossuficiência econômica, podendo substabelecerem os poderes específicos acima outorgados, sem prévia notificação ao Outorgante.

Caicó/RN, 26 de Junho de 2019



Outorgante







PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
3ª Vara da Comarca de Caicó  
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0802368-76.2019.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: RONNY OLIVEIRA FERREIRA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

**DESPACHO**

Considerando o teor do art. 99, §2º do CPC/15, intime-se o(a)(s) requerente(s) para que, no prazo de 15 (quinze) dias, junte(m) aos autos comprovante de rendimentos e/ou outros documentos que comprovem a sua condição de parte economicamente hipossuficiente.

Decorrido o prazo com ou sem manifestação, retornem os autos conclusos para decisão.

Publique-se. Intime-se. Cumpra-se.

Diligências e expedientes necessários.

Caicó/RN, data do sistema.

**Juiz LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA**

Titular da 3ª Vara de Caicó





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
3ª Vara da Comarca de Caicó  
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0802368-76.2019.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: RONNY OLIVEIRA FERREIRA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

**DESPACHO**

Considerando o teor do art. 99, §2º do CPC/15, intime-se o(a)(s) requerente(s) para que, no prazo de 15 (quinze) dias, junte(m) aos autos comprovante de rendimentos e/ou outros documentos que comprovem a sua condição de parte economicamente hipossuficiente.

Decorrido o prazo com ou sem manifestação, retornem os autos conclusos para decisão.

Publique-se. Intime-se. Cumpra-se.

Diligências e expedientes necessários.

Caicó/RN, data do sistema.

**Juiz LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA**

Titular da 3ª Vara de Caicó





EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA DA COMARCA  
DE CAICÓ- RN

Processo nº 0802368-76.2019.8.20.5101

RONNY OLIVEIRA FERREIRA, já qualificado nos autos da AÇÃO que move em face de SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., por sua procuradora subscrita, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência requerer a *juntada da declaração de hipossuficiência*.

Termos em que pede deferimento.

Caicó, 25 de novembro de 2019

---

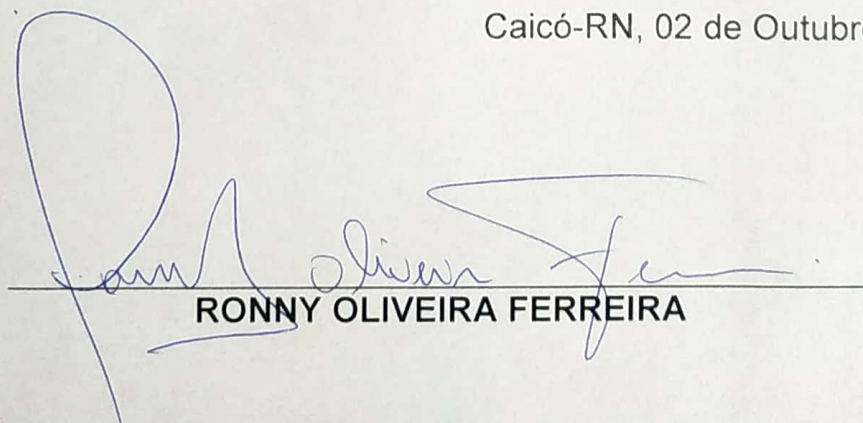
PATRÍCIA BARBOSA DE LIMA  
OAB/RN 15657B



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **RONNY OLIVEIRA FERREIRA**, brasileiro, casado, almotaxarife maior, capaz, portador do RG nº 1049459 SSP/RN e CPF nº 598.020.814-34, residente e domiciliado na Rua Vilmar Dantas, nº 21, bairro Nova Descoberta, Caicó-RN, CEP 59.300-000; DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil. Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Caicó-RN, 02 de Outubro de 2019



**RONNY OLIVEIRA FERREIRA**

Scanned by CamScanner





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
3ª Vara da Comarca de Caicó  
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0802368-76.2019.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: RONNY OLIVEIRA FERREIRA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

**DESPACHO**

Inicialmente, defiro o pedido de assistência judiciária gratuita, por entender que a parte autora preenche os requisitos do art. 98 e seguintes do CPC/2015.

Ademais, prevê o art. 334 do Código de Processo Civil que caso a petição inicial preencha os requisitos essenciais e não seja o caso de improcedência liminar do pedido, a requerida será citada e intimada para audiência de conciliação ou mediação (CPC, art. 334).

Não obstante, na presente demanda a parte autora alega ter sido vítima de acidente de trânsito e que em razão disso sofreu intervenções em membro do corpo permanentemente comprometedoras de parte ou da totalidade de suas funções, fazendo jus, portanto, ao recebimento de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT.

A prática forense demonstra que, em demandas desse tipo, somente são ajuizados os casos em que os seguros não foram pagos ou, se pagos, não atenderam à expectativa dos envolvidos quanto ao grau de invalidez pertinente, tendo em vista que não há nenhuma informação ao beneficiário dos critérios médicos usados.

É, portanto, necessário ao esclarecimento do caso a realização de perícia médica que determine, com precisão, a graduação da debilidade do postulante, para que se possa quantificá-la de acordo com a tabela anexa à Lei nº 6.194/74 e Súmula 474 do STJ.

No presente caso, portanto, afigurar-se-ia infrutífera uma prévia tentativa de conciliação e mediação antes de saber a extensão exata do dano, a fim de para adaptá-lo à tabela oficial, o que resultaria em medida ineficaz, tanto que a usual prática de mutirões de conciliação referentes às ações judiciais envolvendo seguro DPVAT acontecem com a realização simultânea de perícia médica para determinação do tipo e grau de lesão.

Neste contexto, a perícia não é apenas essencial para a solução do mérito, mas sim para a própria conciliação prévia, sendo então medida elementar para a celeridade processual dispensar, momentaneamente, a audiência a que se refere o art. 334 do CPC, postergando a sua realização para momento oportuno.



Ante o exposto, proceda-se à citação da parte ré, para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, alertando-a da regra do art. 344 do NCPC.

Caso haja contestação e havendo nesta arguição de preliminar ou fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (NCPC, artigos 350 e 351), dê-se vistas ao autor, através de seu advogado, a fim de que se pronuncie a respeito, no prazo de 15 (quinze) dias, procedendo sempre a Secretaria conforme o disposto no art. 203, § 4º, do NCPC.

Na hipótese de a citação não ser levada a efeito, intime-se igualmente o autor, por seu advogado, no prazo supra, para se pronunciar sobre a diligência negativa.

Com ou sem contestação ou, após a manifestação sobre a contestação, se for o caso, faça-se conclusão.

Publique-se. Intimem-se. Cumpra-se.

Diligências e expedientes necessários.

Juiz LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA

Titular da 3ª Vara de Caicó



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
3ª Vara da Comarca de Caicó  
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0802368-76.2019.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: RONNY OLIVEIRA FERREIRA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

**ATO ORDINATÓRIO**

Considerando o que consta no Código de Normas da Corregedoria de Justiça do RN (Provimento nº 154/2016 - CJ/TJRN), na forma da lei e conforme determinação judicial prolatada nestes autos, de ordem do Juiz LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA, fica Vossa Senhoria **citado(a)** acerca do inteiro teor da petição inicial e de eventuais documentos que a instruem, com prazo de 15 dias para resposta.

**ADVERTÊNCIA:** Nos termos do artigo 344 do Código de Processo Civil, se o réu não contestar a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor.

**MARCUS CESAR DOS SANTOS BEZERRA**

Chefe de Secretaria

De ordem do MM. Juiz de Direito, conforme disposto no artigo 250 do CPC/15



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
3ª Vara da Comarca de Caicó  
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0802368-76.2019.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: RONNY OLIVEIRA FERREIRA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

**DESPACHO**

Inicialmente, defiro o pedido de assistência judiciária gratuita, por entender que a parte autora preenche os requisitos do art. 98 e seguintes do CPC/2015.

Ademais, prevê o art. 334 do Código de Processo Civil que caso a petição inicial preencha os requisitos essenciais e não seja o caso de improcedência liminar do pedido, a requerida será citada e intimada para audiência de conciliação ou mediação (CPC, art. 334).

Não obstante, na presente demanda a parte autora alega ter sido vítima de acidente de trânsito e que em razão disso sofreu intervenções em membro do corpo permanentemente comprometedoras de parte ou da totalidade de suas funções, fazendo jus, portanto, ao recebimento de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT.

A prática forense demonstra que, em demandas desse tipo, somente são ajuizados os casos em que os seguros não foram pagos ou, se pagos, não atenderam à expectativa dos envolvidos quanto ao grau de invalidez pertinente, tendo em vista que não há nenhuma informação ao beneficiário dos critérios médicos usados.

É, portanto, necessário ao esclarecimento do caso a realização de perícia médica que determine, com precisão, a graduação da debilidade do postulante, para que se possa quantificá-la de acordo com a tabela anexa à Lei nº 6.194/74 e Súmula 474 do STJ.

No presente caso, portanto, afigurar-se-ia infrutífera uma prévia tentativa de conciliação e mediação antes de saber a extensão exata do dano, a fim de para adaptá-lo à tabela oficial, o que resultaria em medida ineficaz, tanto que a usual prática de mutirões de conciliação referentes às ações judiciais envolvendo seguro DPVAT acontecem com a realização simultânea de perícia médica para determinação do tipo e grau de lesão.

Neste contexto, a perícia não é apenas essencial para a solução do mérito, mas sim para a própria conciliação prévia, sendo então medida elementar para a celeridade processual dispensar, momentaneamente, a audiência a que se refere o art. 334 do CPC, postergando a sua realização para momento oportuno.



Ante o exposto, proceda-se à citação da parte ré, para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, alertando-a da regra do art. 344 do NCPC.

Caso haja contestação e havendo nesta arguição de preliminar ou fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (NCPC, artigos 350 e 351), dê-se vistas ao autor, através de seu advogado, a fim de que se pronuncie a respeito, no prazo de 15 (quinze) dias, procedendo sempre a Secretaria conforme o disposto no art. 203, § 4º, do NCPC.

Na hipótese de a citação não ser levada a efeito, intime-se igualmente o autor, por seu advogado, no prazo supra, para se pronunciar sobre a diligência negativa.

Com ou sem contestação ou, após a manifestação sobre a contestação, se for o caso, faça-se conclusão.

Publique-se. Intimem-se. Cumpra-se.

Diligências e expedientes necessários.

Juiz LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA

Titular da 3ª Vara de Caicó