

Vide art. 31, II da Lei nº 11.945/2009 e atualizações

a) Se a etiologia ou origem causal das lesões existentes na pessoa requerente é compatível com acidente com veículo automotor de via terrestre?

b) Quais as lesões ou disfunções ocorridas?

c) Nos termos do art. 3º, *caput*¹, da Lei nº 6.194/1974, se há **invalidez permanente**, isto é, **dano(s) anatômico e/ou funcional definitivo(s) (sequelas), não passível(is) de reversão terapêutica**, descrevendo-o(s) então detalhadamente;

d) Qual(is) o(s) segmento(s) corporal(s) atingidos?; Percentual em desfavor do órgão vinculado?

e) Nos termos do art. 3º, § 1º², da Lei nº 6.194/1974, incluído pela Lei nº 11.945/2009, bem como da respectiva tabela anexa que acompanha esta lei, se a **invalidez permanente foi total** (repercussão na íntegra do patrimônio físico e/ou mental) ou **parcial** (repercussões em partes de membros superiores e inferiores);

f) Em caso de invalidez total, **quais os segmentos corporais atingidos, nos termos da tabela que menciona os danos sofridos, conforme a Norma Legal supra?**

g) De acordo com o art. 3º, § 1º, incisos I e II³, da Lei nº 6.194/1974, **em caso de invalidez parcial**, se ocorreu **invalidez parcial completa**, atingindo de forma **completa** todo um segmento corporal (ou mais de um), ou **invalidez parcial incompleta**, atingindo de forma **incompleta**, descrevendo-o(s) então detalhadamente;

h) De acordo com esse citado inciso II, da Lei nº 6.194/1974, bem como da respectiva tabela anexa, **em caso de invalidez parcial incompleta**, se a **repercussão da lesão na anatomia e/ou funcionalidade do segmento corporal foi intensa (75%), média (50%), leve (25%) ou residual (10%);**

i) Finalmente, se, eventualmente, a lesão segmentar foi de tal monta que atingiu a **funcionalidade de todo o respectivo membro**: (Exs.: Invalidez permanente em *ombro* comprometedora da funcionalidade de todo o *membro superior*; Invalidez permanente em *joelho* ou *tornozelo* comprometedora da funcionalidade de todo o *membro inferior*, etc).

Caicó-RN, 18 de Outubro de 2019.

Kelly Maria Medeiros do Nascimento
Advogada OAB/RN – 7.469

Vdo.



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Geraldo Silvano de Lima, brasileira, casado, vendedor, Portador do RG de nº 755.189 – SSP/RN e, Inscrito no CPF/MF sob o nº 369.911.804-59, residente e domiciliado na Rua Major Lula, 782, Paraíba, Caicó, CEP.: 59300-000, telefone nº 84 – 99645-9797. Nomeia e Constitui poderes a Outorgada: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada com OAB/RN sob o nº 7.469; podendo ser intimada na Rua André Sales, 130, Paulo VI, Caicó-RN – CEP nº 59300-000 - Próximo ao Hospital Regional do Seridó - SESP, Telefones: 84-3417-2265, 84-99801-5199 e 84-98887-0543 - E-mail: caicoseguros@gmail.com e caicodpvat@hotmail.com, as quais conferem amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula "ad Judicia", art. 38 parte final do CPC, COM FIM ESPECIAL DE PATROCINAR A DEFESA DO (A) OUTORGANTE, junto ao processo na Comarca de CAICÓ/RN, podendo as outorgadas, confessar, assinar, desistir, propor acordo, receber e dar quitação, receber quaisquer quantias derivada de condenação, transigir, apresentar réplica, oposições, firmar, apresentar recurso e contra razões, e ainda requerer seguro de vida, junto bem como, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo ainda levantar alvará judicial, acompanhar todo processo até o final do julgamento, representado ainda os interesses do outorgante, podendo ajuizar apelação, ou, qualquer outro remédio jurídico competente, junto ao Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte, para garantir o direito do outorgante, e finalmente, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato.

- CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS -

Pelo presente contrato firmado entre os contratantes, fica estabelecido o pagamento dos honorários advocatícios, pagos pelo outorgante, em favor da outorgada, os quais deverão ser pagos na base de **30% (trinta por cento)**, sobre o valor bruto da condenação final apurado em liquidação de sentença, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, em favor do contratado, conforme pacto através do presente instrumento, nos termos do **art.22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994**. Contratam ainda as partes que em caso de desistência da ação, ou, ainda renuncia dos poderes do (a) contratante em favor de outro (a) causídico (a), nada impede e obsta o pagamento dos honorários contratuais, nos mesmos valores acima citados, tudo em conformidade com o disposto no art. 14 do Estatuto da OAB, sem prejuízo dos honorários sucumbenciais, conforme determina a Lei. Nada mais a constar lavro o presente para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Caicó-RN, 09 de Abril de 2019.

Outorgante: Geraldo Silvano de Lima

* Isento de reconhecimento de Firma, em face de Lei nº 8.952, de 13/12/1994, que dá nova redação ao art. 38 do CPC.



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

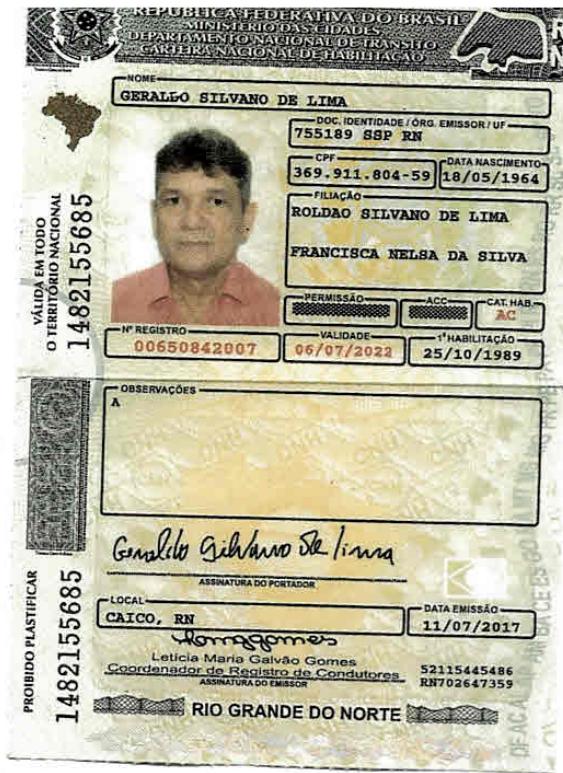
Geraldo Silvano de Lima, brasileira, casado, vendedor, Portador do RG de nº 755.189 – SSP/RN e, Inscreto no CPF/MF sob o nº 369.911.804-59, residente e domiciliado na Rua Major Lula, 782, Paraíba, Caicó, CEP.: 59300-000, telefone nº 84 – 99645-9797. Declaro para os devidos fins de Direito que se fizerem necessários, em **AÇÃO DE INDENIZAÇÃO – INVALIDEZ/COMPLEMENTO**, que sou pobre na forma da lei, não tendo condições financeiras de prover as despesas e custas processuais com a demanda. Declaro, ainda, ser conhecedor das sanções administrativas, Cíveis e Criminais, caso o presente não retrate a verdade dos fatos. Nada mais a declarar, lavro o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Caicó-RN, 09 de Abril de 2019.


Declarante
CPF nº 369.911.804-59.

Via





Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 23/10/2019 09:37:58
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19102309375748800000048403261>
Número do documento: 19102309375748800000048403261

Num. 50117407 - Pág. 1



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senator Salgado Filho, 1550 - Centro, 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
LIGAR 115 - 34219993
115
34219993

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 04/10/2018 AS 07:11:31

MATRÍCULA: 916985 MÊS/ANO: 10/2018

DADOS DO CLIENTE

GERALDO SILVANO DE LIMA
RUA MAJOR LULA, N. 782 - PARAIBA CAICO RN
59300-000

INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
	25	6549	RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO
411.003.420.0121.000			1

HIDRÔMETRO Y13T352240 SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO SITUAÇÃO ESGOTO FÁCTIVEL

CONSUMO ÁGUA (MB): 2 DATA LEITURA: 04/10/2018
LEIT. ATUAL: 305
LEIT. ANT.: 303
DIAS CONSUMO: 29

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MÉDIA
09/2018	3	07/2018	0	05/2018	4	1
08/2018	1	06/2018	0	04/2018	3	

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)	2 MB	39,99
CONSUMO DE ÁGUA		0,39
JUROS DE MORA 07/2018		

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	39,99	1,65	0,66
COFINS	39,99	7,6	3,04

VENCIMENTO: 15/10/2018 TOTAL A PAGAR: 40,38

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	≤ 5,0 UT	6,0 a 9,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Obtidos	2,9	7,54	92,45 %	1,02	--



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 CURRAIS NOVOS

Endereço: RUA RIO GRANDE DO NORTE, 216, STA MARIA GORETE, CURRAIS NOVOS

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J201909700052 1.2 Data de Expedição: 14/01/2019 10:59:08
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO 1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 29/11/2018 16:00:00 2.2 Autoria: Conhecida
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Outros
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.8 Número: -
2.10 Complemento: próximo a iná
2.12 Bairro: RADIR PEREIRA
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
2.13 Cidade: CURRAIS NOVOS

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: GERALDO SILVANO DE LIMA
3.3 Nome Social:
3.5 Etnia: Parda
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF: 36991180459
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: VENDEDOR
3.15 Telefone(s): 84 996459797
3.17 Número: 782
3.19 Bairro: PARAÍBA
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.23 Cidade: CAICÓ
3.2 Estado civil: Casado(a)
3.4 Pai: ROLDÃO SILVANO DE LIMA
3.6 Mãe: FRANCISCA NELSON DA SILVA
3.8 Orientação Sexual:
3.10 Identidade de Gênero:
3.12 Data de Nascimento: 18/05/1964
3.14 RG: 755189 - SSP RN
3.16 Passaporte:
3.18 Naturalidade: CAICÓ RN
3.20 E-Mail:
3.22 Logradouro: RUA MAJOR LULA
3.24 CEP: 59300000

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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: *****15529
7.1.5 Placa: NOF9035
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.9 Ano do Modelo: 2012
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: HERBLEY MEDEIROS DE LUCENA
7.1.17 Nome do condutor: GERALDO SILVANO DE LIMA
7.1.18 Observações:
7.1.2 Seguradora:
7.1.4 Renavam:
7.1.6 Estado:
7.1.8 Modelo: NXR150 BROS ES
7.1.10 Ano de Fabricação: 2012
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.14 Número do Motor:
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A VÍTIMA RELATA QUE IA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCrita, QUANDO UM SENHOR NA BICICLETA CRUZOU DE REPENTE NA FREnte DA VÍTIMA, TEVE QUE FREAR BRUSCAMENTE E VEIO A CAIR NA RUA QUE NÃO É CALÇADA; QUE, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E DEU ENTRADA NO HOSPITAL REGIONAL DR. MARIANO COELHO DE ACORDO COM O BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGENCIA/EMERGÊNCIA Nº 3333, COM A TÍbia DA Perna DIREITA QUEBRADA; QUE, FOI ENCaminhado e CIRURGIADO NA CIDADE DE CAICÓ NO HOSPITAL REGIONAL; QUE, REGISTRou O BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA FINS DO SEGURO DPVAT; QUE, POSSUI CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO NADA MAIS A DECLARAR.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO Foi COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data: 14/01/2019 10:59:08

Maria das Vitorias Bezerra de Oliveira
Assinante: Maria das Vitorias Bezerra de Oliveira
Número: 1172379
Policia

Geraldo Silvano de Lima
Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1172379 - MARIA DAS VITORIAS BEZERRA DE OLIVEIRA
Impresso por: 1172379 - MARIA DAS VITORIAS BEZERRA DE OLIVEIRA em 14/01/2019 10:59:15

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU - METROPOLITANO/RN



AFIRMAÇÃO

Afirmamos para os devidos fins que o (a) paciente, Genolde Silvano de Lima, 57 anos, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192/RN) Currais Novos/RN, no dia 29/11/18, no endereço via pública. Paciente vítima de acidente de moto.

Currais Novos, 28 de dezembro de 2018.


Bagno Medeiros de Moraes
ENFERMEIRO
COLEGEN/RN 347143

Enfermeira de plantão/Coordenadora de Enfermagem





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Heribley Medeiros de Lucena,
RG nº 876722, data de expedição ___/___/___,
Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 523.786.674-34,
com domicílio na cidade de Caicó, no Estado de
Rio Grande do Norte, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Abreostinho Santos, Vila Ulíva, nº 75,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Geraldo Silvano de Lima, cujo o condutor era
Geraldo Silvano de Lima.
Veículo: Motocicleta Modelo: NXR 150 Bros ES Ano: 2012
Placa: NOF 9035 Chassi: 9C2KD0550CR015529
Data do Acidente: 29/11/2018

Local e Data: CAICÓ - RN 15 de Fevereiro de 2019.

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



RECONHEÇO, por autenticidade, a(s)
firma(s) de Geraldo Silvano de
Lima e Heribley Medeiros
de Lucena, dou fé
Em, 15 de Fevereiro de 2019
Pela Assinatura do Declarante



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA – SESAP
 UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ – UHRS
 Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, S/N – Paulo VI – Caicó/RN
 CEP.: 59.300-000 – Telefones: (84) 3421-9628
 CNPJ: (MF): 08.241.754/0135-57

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	DATA	29/11/18	HORA DA ENTRADA	21:35	Nº ATENDIMENTO	178		
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE								
Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível								
NOME	GENERAL SIMEÃO DE Lima		DATA DE NASCIMENTO	18.05.63	IDADE	54		
CPF	369.911804-59	RG	755189	DATA DE EXPEDIÇÃO				
NATURALIDADE	Caicó	ESTADO CIVIL	CAS.	PROFISSÃO	VENDEDOR	CARTÃO SUS		
NOME DA MÃE	Faustina Nelson Simeão			NOME DO PAI	RODRIGO S. Lima			
ENDEREÇO	R. MAT. LIMA 782		BAIRRO		Parque das Rosas			
CIDADE/ESTADO	Caicó		TELEFONE DE CONTATO		96459777			
CAMPO 2 – SINAIS VITAIS								
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde								
PA	mmhg	FC	bpm	FR	irpm	TEMP. AXILAR °C	SpO2 %	Glicemia mg/dl
CAMPO 3 – ANAMNESE/EXAME FÍSICO								
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista								
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO	fausto Lima						ESCORE DE GLASGOW	

CAMPO 4 – EXAMES COMPLEMENTARES	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
Conferência com o Original Caicó - RN, 07/12/18 J. A. D. de S. [Signature]	
CAMPO 5 – PRESCRIÇÃO MÉDICA	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista mais 152-273-6	

MÉDICO PLANTONISTA/CRM	RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN
CAMPO 6 – CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE	
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem	
MOTIVO DA SAÍDA	REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA
ALTA MÉDICA	UNIDADE DE DESTINO:





**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 Sabugó, s/n – Bairro Paulo VI – Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0155-57 - Telefax: (084) 3421-9630, e 9628**

LAUDO DE CIRURGIA

Nome do Paciente:	Nº Registro	Data de Admissão
Fernando Silveira da Silva -	027351291118	

Nome do Procedimento Cirúrgico: Teclejado de laringe

Descrição do Ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Descrição do Ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)						
Data	Início	Término	Duração	Gazes	Compr.	Dreno
06/12/18	14:00	18:40h	40min			
	D DCA					
	A4+C					
	Inserção mediolateral de Dr. Reducción					
	Craque					
	Hemostasia					
	Sutura					
	Inserção lateral de Dr. Reducción					
	Craque					
	Hemostasia					
	Sutura					
	Parafuso					





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 Sabugí, s/n – Bairro Paulo VI – Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (ME): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

DADO PACIENTE: <i>GERALDO SILVANO DE LIMA</i>			
NISTRO/PRONTUÁRIO: <i>027351</i>		DATA NASCIMENTO: <i>18/05/64</i>	SEXO: <i>Masc.</i>
DIREÇÕ (Rua, Número) <i>MAJOR LULA - 782</i>		BAIRRO: <i>PARAIBA</i>	
NÍCPIO: <i>CAICÓ</i>		UF <i>RN</i>	CEP: <i>59300-000</i> TELEFONE: <i>96459777</i>
NEDO PAI: <i>KELORÃO SILVANO LIMA</i>		NOME DA MÃE: <i>FC. NELSON SILVA</i>	
PONSAVEL: <i>CICERO DURANTE</i>		PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)	
NICA: <input checked="" type="checkbox"/> ORTOPÉDIA <input type="checkbox"/> IRÚRGICA		ENFERMARIA/LEITO: <input type="checkbox"/> DE TRABALHO <input checked="" type="checkbox"/> DE TRANSITO <input type="checkbox"/> DE OUTROS FINS <input type="checkbox"/> NÃO <i>Dr. Silvio Santos Filho Médico - Traumatologista CRM-RN SOLICITANTE CPF 92.129.284-48</i>	
GNÓSTICO INICIAL: <i>Post ferreto da Di</i>			
INTERNAÇÃO		ORIGEM RESIDÊNCIA? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
TA HORA		UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE	
OCEDÊNCIA:		CARATÉR DE INTERNAÇÃO: <input type="checkbox"/> ELETIVA <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> EMERGÊNCIA	
RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)			
OCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição) <i>Trauma</i>		TIPO DE PROCEDIMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> LIMPO <input type="checkbox"/> INFECTADO <input type="checkbox"/> CONTAMINADO <input type="checkbox"/> POTENCIAL M. CONTAMINADO	
OCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/Descrição)		DATA: HORA:	
RESENTOU INFECÇÃO? <input type="checkbox"/> HOSPITALAR <input checked="" type="checkbox"/> COMUNITARIA <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO: <input checked="" type="checkbox"/> PROFILATICAMENTE <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> TERAPEUTICAMENTE	
ITIVO DA SAÍDA (AIH): <input type="checkbox"/> ALTA <input checked="" type="checkbox"/> REMOÇÃO <input type="checkbox"/> ÓBITO ATÉ 24 HORAS <input type="checkbox"/> ÓBITO APÓS 24 HORAS		SE MOTIVADO SAÍD =1(remoção) ASSINAL DETALHAMENTO A ALTA <input checked="" type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> INALTERADO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/> POR INDICIPLINA <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> INTER.P/DIAGNOSTICO <input type="checkbox"/> P/COMPLEMETAÇÃO F. DE ACIDENTE	
PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)			
DIACÃO CLINICA:		DESTINO:	
SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO		OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECÇÃO:	MÉDICO RESPONSÁVEL: (carimbo/assinatura)





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): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR-AIH

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR-AIH									
1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ									
2. CNES: 6.778.580									
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:									
4. Nº DO PRONTUÁRIO									
NOME: GERALDO SILVANO de Lima 027351									
CPF: 369 911 864 59 RG: 755189									

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6. DATA DE NASC.	7. SEXO
	06/105/1974	MASC. () FEM. ()
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL FRANCISCA NELSON SILVA	DDD 84	9. TELEFONE DE CONTATO 96459787
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) MAJOR LIMA 782		
11. MUNICIPIO DE RESIDENCIA GARCA	12. COD. IBGE MUNICIPIO 13. UF TRN	14. CEP: 59300-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- #### **15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:**

MÁS CLÍNICOS:
Fistulopexia Díz
Type B y efer
Dermolipomad
O/ cholesteat
O/ Aloca 1/3 tibular 3,5 cm
O/ parafibrocarcina
O/ Ranefri

- #### **16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:**

TERNAÇÃO:
Le *Leopoldo G. am*

- 17 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

18. DIAGNÓSTICO INICIAL:	19. CID 10 PRINCIPAL:	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
Doença de Hashimoto	H00		

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Trajetória</i>		23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
24. CLÍNICA	25. CARÁTER DA INTRNAÇÃO	26. DOCUMENTOS () CNS () CPF	27. Nº DO DOCUMENTO Br. SINDICATO SANTOS FILHOS e CONSULTORIA LTD	28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST.
		29. DATA DA SOLICITAÇÃO 17/11/98	30. ASSINATURA E CRIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)				
31. () ACID. DE TRANSITO	34.CNPJ DA SEGURADORA	35.Nº DO BILHETE	36. SÉRIE	
32. () ACID. TRABALHO TÍPICO				
33. () ACID. TRABALHO TRAJETO	37.CNPJ DA EMPRESA	38.CNAE DA EMPRESA	39.CBOR	
40.VINCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTONOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO				

AUTORIZAÇÃO

41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR		42. COD. ORGÃO EMISSOR								43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
44. DOCUMENTOS		45. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR									
✓ NS	() CPF										
47. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)											

Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 23/10/2019 09:37:58
<https://pjef.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1910230937574880000048403261>
Número do documento: 1910230937574880000048403261

Num. 50117407 - Pág. 9



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 Sapuçá - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-0000
CNPJ (MF): 08.241.754/0135-57 - Telefax: (084) 3421-9630, e 9628

 <p>Estado do Rio Grande do Norte Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte Unidade Hospitalar Regional do Searid Estrada do Perímetro Irrigado Sábuli s/n – Bairro Paulo VI – Caiçara (RN) - CEP: 59.300-000 CNPJ (MF): 08.241.754/0135-57 - Telefax: (084) 3421-9630, e 9628</p>		PRESCRIÇÃO MÉDICA E CONTROLE DE APLICAÇÃO	
		PACIENTE: <i>Ricardo Lopes</i>	
DIA: <u>29/11/88</u>	Nº DO REGISTRO <u>227357</u>	DATA DE ADMISSÃO <u>29-11-88</u>	Nº DIA <u>10</u>
DIA <u>29/11/88</u>	DIA <u>01/12/88</u>	DIA	DIA

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HC
1) Sf 1050 J IV Sf - 1050 J							
2) Procainamida - 400 mg IV	250	IV	16-04-16-22-04-				
3) Colchicina - 1/4 grm IV	25	IV					
4) Valeren - 30 mg IV	30	IV					
5) Dose de 1000 mg de paracetamol IV bolus	1000	IV	16-04-16-22-04-				
OUTROS CUIDADOS							
6) Bt do fio							
7) Bt do fio							
ASSINATURA DO MÉDICO							
<i>Gabriel Domingos de M. Gomes</i>							

ASSINATURA DO MÉDICO

Padre Donato de M. Gómez
Mexico
1855

Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 23/10/2019 09:37:58
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1910230937574880000048403261>
Número do documento: 1910230937574880000048403261

Núm. 50117407 - Pág. 10



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 (ME): 08.241.754/0035-57 - Telefax: (0884) 3421-9630 e 9628

 <p>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 Serra Branca s/n – Bairro Paulo VI – Caicó (RN) - CEP: 59.300-000 CNPJ (IMF): 08.241.754/0135-57 - Telefax: (084) 3421-9630, e 9628</p>		<p>PRESCRIÇÃO MÉDICA E CONTROLE DE APLICAÇÃO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PACIENTE:</th> <th>Nº DO REGISTRO</th> <th>DATA DE ADMISSÃO</th> <th>Nº DO DIÁRIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>Ricardo</u></td> <td><u>D 27 351</u></td> <td><u>29-11-2003</u></td> <td><u>103</u></td> </tr> <tr> <td><u>Ricardo</u></td> <td><u>D 29 118</u></td> <td><u>29-11-2003</u></td> <td><u>104</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td><u>DIA</u></td> <td><u>DIA</u></td> <td><u>DIA</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td><u>DIA</u></td> <td><u>DIA</u></td> <td><u>DIA</u></td> </tr> </tbody> </table>			PACIENTE:	Nº DO REGISTRO	DATA DE ADMISSÃO	Nº DO DIÁRIO	<u>Ricardo</u>	<u>D 27 351</u>	<u>29-11-2003</u>	<u>103</u>	<u>Ricardo</u>	<u>D 29 118</u>	<u>29-11-2003</u>	<u>104</u>		<u>DIA</u>	<u>DIA</u>	<u>DIA</u>		<u>DIA</u>	<u>DIA</u>	<u>DIA</u>
PACIENTE:	Nº DO REGISTRO	DATA DE ADMISSÃO	Nº DO DIÁRIO																					
<u>Ricardo</u>	<u>D 27 351</u>	<u>29-11-2003</u>	<u>103</u>																					
<u>Ricardo</u>	<u>D 29 118</u>	<u>29-11-2003</u>	<u>104</u>																					
	<u>DIA</u>	<u>DIA</u>	<u>DIA</u>																					
	<u>DIA</u>	<u>DIA</u>	<u>DIA</u>																					

Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 23/10/2019 09:37:58
<https://pie1g.tjrn.jus.br:443/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19102309375748800000048403261>
Número do documento: 19102309375748800000048403261

Num. 50117407 - Pág. 11



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 Sabugí, s/n – Bairro Paulo VI – Caicó (RN) – CEP: 59.300-000
 CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR-AIH

1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	2. CNES: 6.778.580
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: NOME: GERALDO SILVANO DE LIMA CPF: 569 911 804 59 RG: 755189	4. Nº DO PRONTUÁRIO 027 357

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6. DATA DE NASC.	7. SEXO
	105/1974	MASC. () FEM. ()

8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL FRANCISCA NELSON SILVA	DDD 84	9. TELEFONE DE CONTATO 96459992
---	--------	------------------------------------

10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) MAJOR LIMA 782
--

11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA CAICÓ	12. COD. IBGE MUNICÍPIO	13. UF RN	14. CEP: 59300-000
--------------------------------------	-------------------------	-----------	--------------------

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Febre angolo dia Tipe B gengiva Dental sensibili	Osteoartrose Osteoartrose Osteoartrose Osteoartrose Osteoartrose
--	--

16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Re
--

17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Febre
--

18. DIAGNÓSTICO INICIAL: Febre angolo dia	19. CID 10 PRINCIPAL:	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
--	-----------------------	------------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Febre	23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
24. CLÍNICA	25. CARATER DA INTERNAÇÃO	26. DOCUMENTOS () CNS () CPF	27. Nº DO DOCUMENTO B1. SIND. SANTOS FILHOS Assinatura e Carimbo da Clínica	28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST.	29. DATA DA SOLICITAÇÃO b/12/178	30. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

31. () ACID. DE TRANSITO	34. CNPJ DA SEGURADORA	35. Nº DO BILHETE	36. SÉRIE
32. () ACID. TRABALHO TÍPICO			
33. () ACID. TRABALHO TRAJETO	37. CNPJ DA EMPRESA	38. CNAE DA EMPRESA	39. CBOR

40. VINCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTONOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	42. COD. ORGÃO EMISSOR	43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
44. DOCUMENTOS () CNS () CPF	45. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	47. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)





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 Sabugí, s/n – Bairro Paulo VI – Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE: <i>Geraldo Silvano de Lima</i>				
REGISTRO/PRONTUÁRIO: <i>027351</i>		DATA NASCIMENTO: <i>18/05/64</i>		SEXO: <i>Mas.</i>
ENDEREÇO (Rua, Número) <i>MAJOR LULA - 782</i>		BAIRRO: <i>PARAIBA</i>		
MUNICÍPIO: <i>CAICÓ</i>		UF <i>RN</i>	CEP: <i>59300-000</i>	TELEFONE: <i>96459797</i>
NOME DO PAI: <i>Koloão Silvano Lima</i>		NOME DA MÃE: <i>FC. Nelson Silva</i>		
RESPONSÁVEL: <i>Cícero Duarte</i>				
PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)				
CLÍNICA: <input checked="" type="checkbox"/> MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> ORTOPÉDIA <input checked="" type="checkbox"/> CIRÚRGICA <input checked="" type="checkbox"/> PEDIATRIA		ENFERMARIA/LEITO:		INTERAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE <input checked="" type="checkbox"/> DE TRABALHO <input checked="" type="checkbox"/> DE TRANSITO <input checked="" type="checkbox"/> DE OUTROS FINS <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <i>Dr. Silvio Santos Filho</i> <i>Medicina e Traumatologia</i> <i>CRM-RN 18147</i> <i>CPF 024.729.284-43</i>
DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Fractura de braço</i>				
INTERAÇÃO		ORIGEM RESIDÊNCIA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE	
DATA	HORA			
PROCEDÊNCIA:		CARATÉR DE INTERNAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> ELETIVA <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> EMERGÊNCIA		
RESUMO DA SAIDA (Preenchimento médico)				
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição) <i>Trauma</i>		TIPO DE PROCEDIMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> LIMPO <input type="checkbox"/> INFECTADO <input type="checkbox"/> CONTAMINADO <input checked="" type="checkbox"/> POTENCIAL M. CONTAMINADO		
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/Descrição)		DATA: _____ HORA: _____		
APRESENTOU INFECÇÃO? <input checked="" type="checkbox"/> HOSPITALAR <input type="checkbox"/> COMUNITARIA <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO: <input checked="" type="checkbox"/> PROFILATICAMENTE <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> TERAPEUTICAMENTE		
MOTIVO DA SAÍDA (AIH): <input checked="" type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> REMOÇÃO <input type="checkbox"/> ÓBITO ATÉ 24 HORAS <input checked="" type="checkbox"/> ÓBITO APÓS 24 HORAS		SE MOTIVADO SAÍD =1(remoção) ASSINAL DETALHAMENTO DA ALTA <input checked="" type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> INALTERADO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/> POR INDICIPLINA <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> INTER.P/DIAGNOSTICO <input type="checkbox"/> P/COMPLEMETAÇÃO F. DE ACIDENTE		
PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)				
INDICAÇÃO CLINICA:		DESTINO:		
PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO		OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECÇÃO:	MÉDICO RESPONSÁVEL: (carimbo/assinatura)	





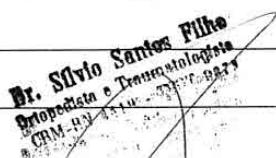
Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perimetral Irrigado Sabugá, s/n – Bairro Paulo VI – Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

LAUDO DE CIRÚRGIA

Nome do Paciente:	Nº Registro	Data de Admissão
<i>Leandro Silveira da Silva -</i>	027351291118	

Nome do Procedimento Cirúrgico: Intervenção na laringe

Descrição do Ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA – SESAP
 UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ – UHRS
 Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, S/N – Paulo VI – Caicó/RN
 CEP: 59.300-000 – Telefax: (84) 3421-9628
 CNPJ: (MF): 08.241.754/0135-57

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		DATA 29/11/18	HORA DA ENTRADA 21:35	Nº ATENDIMENTO 178							
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível											
NOME GENERAL SIRWAN SO DE Lima		DATA DE NASCIMENTO 18.05.63		IDADE 54							
CPF 369 91804-59		RG 755189		DATA DE EXPEDIÇÃO							
NATURALIDADE Caicó	ESTADO CIVIL cas.	PROFISSÃO VEND.	CARTÃO SUS								
NOME DA MÃE FELICIANA NELSON SIRWA		NOME DO PAI RODRIGO S. Lima									
ENDERECO R. MAT. LIMA 782		BAIRRO Paraisópolis									
CIDADE/ESTADO Caicó		TELEFONE DE CONTATO 96459777		RAÇA/COR B							
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde											
PA	mmhg	FC	bpm	FR	irpm	TEMP. AXILAR	*C	Spo2	%	Glicemia	mg/dl
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista											
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO <i>febre</i>		ESCORE DE GLASGOW <i>10</i>									

CAMPO 4 – EXAMES COMPLEMENTARES Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista		<i>Conferência com o Original Caicó - RN, 01/12/18 Jair S. de S. MAT. 182-273-6</i>	
CAMPO 5 – PRESCRIÇÃO MÉDICA Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista			
MÉDICO PLANTONISTA/CRM		RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN	
CAMPO 6 – CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem			
MOTIVO DA SAÍDA LTA MÉDICA	REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA		
		UNIDADE DE DESTINO:	



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DR. MARIANO COELHO
Currais Novos/RN

RECEITUÁRIO MÉDICO

Geraldo S. de Souza
Ao SBSP

Paciente com
fratura em tornozelo (D)
com fratura de maléolo
medial, necessitando
de avaliação do
ortopedista.
Respeitado seu Dr. Sílvio Filho

Jr. Franco Márcio
MEDICO
CRM/RN - 5483

29/11/18





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA - SESAP
HOSPITAL REGIONAL DR. MARIANO COELHO - HRMC



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA Nº 3333

Identificação	Responsável pelo preenchimento:	Data: 29/33/2018	Hora: 16:
	Nome: Geraldo Silvano de Lima	Idade: 54	Sexo: M
	Nº Cartão SUS: 100904970386893	CPF/RG: 755.183	Data Nasc. 18/10/51
	Endereço: R. Mayos bula, 722		Cidade: Caicó
	Bairro: Paraíba	Ocupação:	FONE: 99645-963
Forma de chegada: ()Meio próprio ()SAMU ()Outras ambulâncias			

Classificação de Risco	Sinais vitais	PA:	x	FC:	FR:	T:	HGT:	Sat ₂ :	
	Dor:	()Aguda	()Crônica	()Recorrente	Tipo de dor:	()Leve	()Moderada	()Forte	()Severa
	Estado Geral:	()Aparentemente BEM							
		()REGULAR							
		()GRAVE							
		()Inconsciente							
		()Consciente							
		()Orientado							
	()Confuso								
	()Convulsão								
	()Hemorragias								
	()Politraumatizado								
Queixa principal:	<i>Acidente de Moto</i>								
Comorbidades:									
Medicamentos em uso:									
Alergia medicamentos:									
Classificação:	()Azul	()Verde	()Amarelo	()Vermelho	()Não classificado	Glasgow:			
Enfermeiro(a):					Coren:	Hora:			

História da doença atual/Exame clínico

ACIDENTE

Diagnóstico

Avaliação Médica	Conduta/prescrição	Anotações de enfermagem
	<p>① Vomitem + náuseas / fm 1 = ② Diarreia crônica / Anorexia / fome ③ Dílirium + apneias / fm ④ Peso: ± 100 kg Sf 0,9% - EV.</p> <p style="text-align: right;">Faz 15 dias</p>	

do site	Alta Hospitalar:	<input type="checkbox"/> Decisão médica	<input type="checkbox"/> Cura	<input type="checkbox"/> À pedido	<input type="checkbox"/> À revelia	<input type="checkbox"/> Óbito
	Internamento	<input type="checkbox"/> Clínica médica	<input type="checkbox"/> Clínica cirúrgica	<input type="checkbox"/> Pediatria	<input type="checkbox"/> UTI geral	<input type="checkbox"/> UCI
	Transferência	Destino:				

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA - SESAP
 UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ - UHRS
 Estrada do Perimetral Irrigado Sabugi, S/N – Paulo VI – Caicó/RN
 CEP.: 59.300-000 – Tel/fax: (84) 3421-9628
 CNPJ: (MF): 08.241.754/0135-57

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	DATA 29/11/18	HORA DA ENTRADA 21:35	Nº ATENDIMENTO 178								
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível											
NOME G. FRALDO SIlva no de Lima		DATA DE NASCIMENTO 18.05.63	IDADE 54								
CPF 369 911804-59	RG 755189	SEXO M									
NATURALIDADE Caicó	ESTADO CIVIL cas.	PROFISSÃO VEND.	CARTÃO SUS								
NOME DA MÃE F. NELSON SIlva	NOME DO PAI RODRIGO S. Lima										
ENDERECO R. MAST. LIMA 782	BAIRRO Parauá										
CIDADE/ESTADO Caicó	TELEFONE DE CONTATO 96459297										
CAMPO 2 – SINAIS VITAIS Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde											
PA	mmhg	FC	bpm	FR	lpm	TEMP. AXILAR	*C	SpO2	%	Glicemia	mg/dl
CAMPO 3 – ANAMNESE/EXAME FÍSICO Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista											
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO <i>fraldo</i>		ESCORE DE GLASGOW <i>10</i>									
Confere com o Dr. i ai Caicó - RN, 27/11/18 11:18 <i>José S. X</i> m. 152.273 6											
CAMPO 4 – EXAMES COMPLEMENTARES Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista											
CAMPO 5 – PRESCRIÇÃO MÉDICA Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista											
MÉDICO PLANTONISTA/CRM						RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN					
CAMPO 6 – CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem											
MOTIVO DA SAÍDA ALTA MÉDICA	REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA UNIDADE DE DESTINO:										



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 Sabugí, 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

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR-AIH

1.NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ		2. CNES: 6.778.580
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: NOME: GERALDO SILVANO DE LIMA CPF: 369 911 804 59		4. Nº DO PRONTUÁRIO 027 357
5.CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6. DATA DE NASC. 08/10/1974 MASC. ()
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL FRANCISCA NELSON SILVA		DDD 84 96459777 9. TELEFONE DE CONTATO
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) MAJOR LIMA 782		
11. MUNICIPIO DE RESIDENCIA Caicó		12. COD. IBGE MUNICIPIO 13. UF RN 14.CEP: 59300-000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Febre gelo dia Tipe B febre Dor de hemólise		
16.CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Re		
17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Feb		
18. DIAGNÓSTICO INICIAL: Febre gelo dia		19. CID 10 PRINCIPAL: S823
20. CID 10 SECUNDÁRIO:		21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS		
22.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Febre		23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 04628050497
24. CLÍNICA	25. CARATER DA INTERNAÇÃO Dr. Silvio Santos Filho	26. DOCUMENTOS () CNS () CPF
28.NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST. Dr. Silvio Santos Filho CRM-RN 4419 - TIN 8628 CPF 021.729.284-45		29.DATA DA SOLICITAÇÃO 6/12/18
30.ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO) Br. Silvio Santos Filho Presidente e Conselheiro 14/12/2018		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)		
31. () ACID. DE TRANSITO	34.CNPJ DA SEGURADORA	35.Nº DO BILHETE
32. () ACID. TRABALHO TÍPICO		36. SÉRIE
33. () ACID. TRABALHO TRAJETO	37.CNPJ DA EMPRESA	
40.VINCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTONOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	38.CNAE DA EMPRESA	39.CBOR
AUTORIZAÇÃO		
41.NOME DO PROF. AUTORIZADOR		42.COD. ORGÃO EMISSOR
44. DOCUMENTOS IS () CPF		43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
		45.Nº DOC.(CNS/CPF)DOPROF. AUTORIZADOR



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): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE: *GERALDO SILVANO DE LIMA*

REGISTRO/PRONTUÁRIO: <i>027351</i>	DATA NASCIMENTO: <i>18/05/64</i>	SEXO: <i>Mas.</i>
ENDEREÇO (Rua, Número) <i>MAJOR LULA - 782</i>	BAIRRO: <i>PARAIBA</i>	
MUNICÍPIO: <i>CAICÓ</i>	UF <i>RN</i>	CEP: <i>59300-000</i>
NOME DO PAI: <i>KOLOÁO SILVANO LIMA</i>	NOME DA MÃE: <i>EC. NELSON SILVA</i>	
RESPONSÁVEL: <i>CICERO DUARTE</i>		

PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)

CLÍNICA: (<input type="checkbox"/> MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/> ORTOPÉDIA (<input type="checkbox"/> CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> PEDIATRIA)	ENFERMARIA/LEITO:	INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE (<input type="checkbox"/> DE TRABALHO <input checked="" type="checkbox"/> DE TRANSITO (<input type="checkbox"/> DE OUTROS FINS <input type="checkbox"/> NÃO <i>Dr. Silvio Santos Filho</i> <i>Medicina e Traumatologia</i> <i>Maternidade e Colaborante CRM-RN 04229-284-49</i> <i>CPF 021-229.284-49</i>
DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Art. fernandes Dr</i>		
INTERAÇÃO DATA: <i>07/10/18</i> HORA: <i>11:40</i>	ORIGEM RESIDÊNCIA? (<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO)	UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE
PROCEDÊNCIA:	CARATÉR DE INTERNAÇÃO: (<input type="checkbox"/> ELETIVA <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> EMERGÊNCIA	
RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)		

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/Descrição) <i>Tietec</i>	TIPO DE PROCEDIMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> LIMPO (<input type="checkbox"/> INFECTADO <input type="checkbox"/> CONTAMINADO (<input type="checkbox"/> POTENCIAL M. CONTAMINADO)		
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/Descrição)	DATA: <i>07/10/18</i>	HORA: <i>11:00h</i>	
APRESENTOU INFECÇÃO? (<input type="checkbox"/> HOSPITALAR <input type="checkbox"/> COMUNITARIA <input checked="" type="checkbox"/> NÃO)	FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO: <input checked="" type="checkbox"/> PROFILATICAMENTE (<input type="checkbox"/> NÃO (<input type="checkbox"/> TERAPEUTICAMENTE)		
MOTIVO DA SAÍDA (AIH): <input checked="" type="checkbox"/> ALTA (<input type="checkbox"/> REMOÇÃO (<input type="checkbox"/> ÓBITO ATÉ 24 HORAS (<input type="checkbox"/> ÓBITO APÓS 24 HORAS	SE MOTIVADO SAÍD =1(remoção) ASSINAL DETALHAMENTO DA ALTA <input checked="" type="checkbox"/> CURADO (<input type="checkbox"/> MELHORADO (<input type="checkbox"/> INALTERADO (<input type="checkbox"/> A PEDIDO (<input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVO (<input type="checkbox"/> POR INDICIPLINA (<input type="checkbox"/> EVASÃO (<input type="checkbox"/> INTER.P/DIAGNOSTICO (<input type="checkbox"/> P/COMPLEMETAÇÃO F.DE ACIDENTE		
PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)			
INDICAÇÃO CLÍNICA:	DESTINO:		
PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO		OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECÇÃO:	MÉDICO RESPONSÁVEL: (carimbo/Assinatura)





Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perimetral Irrigado Sabugi, s/n – Bairro Paulo VI – Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

LAUDO DE CIRÚRGIA

Nome do Paciente:	Treviso Silveira da Silva -	Nº Registro	Data de Admissão
		027357291118	

Nome do Procedimento Cirúrgico:

Inserção medial fêmoral Dr.

Redução

Fixação

Anestesia

Sutura

Exsangue

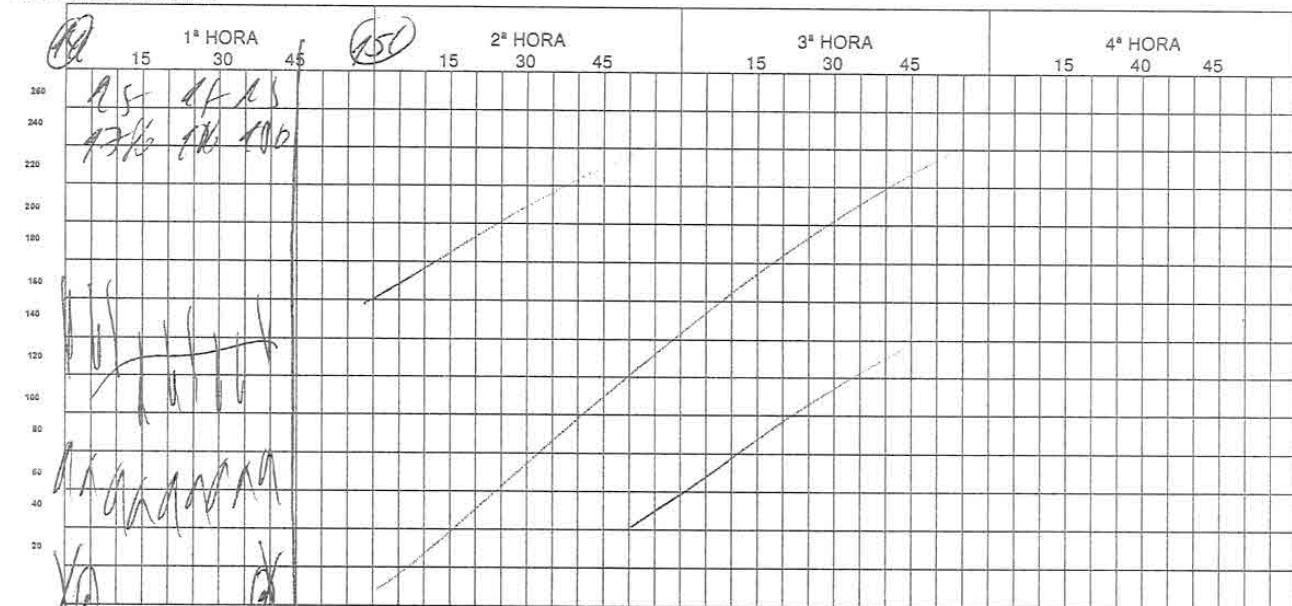
Enxerto

Assinatura

LAUDO DE ANESTESIA

Data	Início	Término	Duração
06/12/18	14:30 oh	14:40h	10m

PRESSÃO ARTERIAL



Tipo Anestesia	Agente	Volume
RAPIC	(g) Neostamin 95% jcs — 10mls	
	(g) Diazep — 11	
	(g) Oxaci jax — 40mls	

Cirurgião





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): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

ANAMNESE E EXAME FISICO

Nº DE REGISTRO:	027351	DATA:	22/11/18
NOME DO PACIENTE: Genival Silvano Lima			
QUEIXA PRINCIPAL, HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, ANTECEDENTES, EXAMES FISICO.			
<p>Almoço</p> <p>No Hospital Dr.</p> <p>Bat de fundo do b</p> <p>Já de cunhagem</p>			
HIPOTÉSE DIAGNÓSTICA:			
<p>Genival Silvano Dr.</p>			
ASSINATURA DO MÉDICO:			





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): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

ATENDIMENTO AMBULATÓRIAL EM TRAUMA E ORTOPÉDIA

DATA DO ATENDIMENTO:	10/12/2018	INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL:	U H R S
PACIENTE:	Juvaldo Silvano de Lima	DN:	18.05.1964
RG:	755.189	CPF:	369.911.804-59
ESTADO CIVIL:	Casado	SEXO:	M
PAI:	Rafaelo Selvano de Lima	MÃE:	Francisca Nelson da Silva
ENDERÇO:	R. Major Vila	CIDADE:	Caicó
BAIRRO:	Parauá	Nº:	782
MÉDICO:	Gilvio	UF:	R.N
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: <u>Kelly</u>			

LAUDO MÉDICO

PRINCIPAIS SINAIS CLÍNICOS:

Post parto Dr

PRINCIPAIS RESULTADOS DA PROVA DIAGNÓSTICA:

DIAGNÓSTICO INICIAL:

PROCEDIMENTO INDICADO:

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO

TRATAMENTO REALIZADO:

Belferrodrado CÓDIGO/SUS: 0303090073

CID:

CIRÚRGICO:

CRM:

EQUIPE MÉDICA:

AUXILIAR:

CRM:

*Dr. Gilvio Santos Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 4414 - TBOF 9878
CPF 021.720.294-48*

CRM:

AUDITOR:





Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública 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): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:	Nº de Registro	Data Admissão
Geraldo Sávio de Lima.	027351291118	

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
29/11/18	21:40	Paciente admitido neste setor da Clínica Cirúrgica, com fratura em Tornozelo D. negra. Ausência de base. O mesmo evoluía-se consciente, orientado, normopelorado, sistema respiratório normal, eliminações vesicais e intestinais presentes S.S.P. Aux. Luis Galena Coren RR 2130B.	
06/12/18	14:15	Paciente deu entrada no ce, proveniente da clínica cirúrgica, para realizar tratamento cirúrgico em tornozelo direito devido à fratura. Consciente, orientado, não reporta queixas, nega doenças crônicas. Realizado procedimento, paciente segue para enfermaria.	Thayanne THAYNE MORGANA DE LUCENA Enfermeira COREN/RN 259858
06/12/18	17:00	Paciente explui PCB, consciente, orientado, laci hipotônico, não levigado, nem queixas nos cintilares da equipe.	Dr. Ricardo Alexandre dos Santos Enfermeiro COREN/RN 478907
07/12/18	18:00h.	Paciente: liberado por alta hospitalar. Após Visita Médica, o mesmo saiu Desta Unidade, consciente, orientado sem queixas. Aux. Luis Galena - Coren RR 2130B	



Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190280243 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GERALDO SILVANO DE LIMA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Natal-RN

BENEFICIÁRIO GERALDO SILVANO DE LIMA

CPF/CNPJ: 36991180459

Posição em 23-10-2019 09:08:19

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
06/05/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,5



ANEXO 2

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

1ª Campanha de Acordos de 2014 – fl. 13 de 19

by CamScanner



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 23/10/2019 09:37:59
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19102309375875500000048403263>
 Número do documento: 19102309375875500000048403263

Num. 50117409 - Pág. 1



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
2ª Vara da Comarca de Caicó
Avenida Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, CAICÓ - RN - CEP: 59300-000

Processo: 0803921-61.2019.8.20.5101

Ação: Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório -DPVAT

AUTOR: GERALDO SILVANO DE LIMA

RÉ: SEGURADORA DPVAT

D E S P A C H O

Prevê o art. 334 do Código de Processo Civil de 2015 que caso a petição inicial preencha os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o magistrado 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. A presente demanda, por sua vez, trata-se de procedimento comum na qual a parte autora alega ter sido vítima de acidente de trânsito, vindo a sofrer intervenções em membro do corpo permanentemente comprometedoras de suas funções, fazendo jus, portanto, à quantia monetária referente à demonstrativo do seguro DPVAT.

Conforme enunciado da súmula 474 do Superior Tribunal de Justiça "a indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez".

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, extremamente necessária a realização de perícia médica que determine com absoluta precisão a graduação da debilidade da parte do corpo humano atingida, para que se possa quantificá-la de acordo com a tabela vigente à lei nº 6.194/74 e conforme ao teor da súmula apontada. Assim, antes do processo ser iniciado, o segurado já tentou, por vias administrativas, receber o valor monetário pertinente à sua debilidade, muitas vezes insuficiente por não se saber com precisão a extensão do dano sofrido.

No presente caso, portanto, se incubir de realizar uma prévia tentativa de conciliação e mediação, ressalte-se já antes tentada comprovadamente por vias administrativas, sem saber com exatidão a extensão do dano para adaptá-lo à tabela oficial resulta-se em medida ineficaz, tanto que a usual prática de mutirões de conciliação referentes à ações judiciais envolvendo seguro DPVAT acontecem com a realização simultânea de perícia médica para determinar a lesão no requerente. A partir da quantificação do dano é que as partes envolvidas lançarão suas propostas, comparando-a com a referida tabela.

Nestas situações, 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/15, postergando a sua realização para momento oportuno quando já realizada a perícia médica, em especial quando a parte autora já se manifestou contrariamente à sua realização de maneira prévia.

Pelo exposto, deixo de agendar momentaneamente a audiência de conciliação e mediação.

Defiro o requerimento de justiça gratuita.



Assinado eletronicamente por: LUIZ ANTONIO TOMAZ DO NASCIMENTO - 14/02/2020 10:22:23
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410222361700000051390564>
Número do documento: 20021410222361700000051390564

Num. 53302306 - Pág. 1

Proceda-se à citação da parte ré, para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, alertando-o da regra do art. 344 do CPC.

Caso haja contestação e havendo nesta arguição de preliminar ou fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (CPC, artigos 350 e 351), intime-se a parte autora, 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 CPC.

Na hipótese de a citação não ser levada a efeito, intime-se igualmente a parte demandante, 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.

Diligências necessárias.

CAICÓ, 14 de fevereiro de 2020

LUIZ ANTONIO TOMAZ DO NASCIMENTO

Juiz(a) de Direito

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)



Assinado eletronicamente por: LUIZ ANTONIO TOMAZ DO NASCIMENTO - 14/02/2020 10:22:23
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410222361700000051390564>
Número do documento: 20021410222361700000051390564

Num. 53302306 - Pág. 2



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
2ª Vara da Comarca de Caicó
Avenida Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, CAICÓ - RN - CEP: 59300-000

Processo: 0803921-61.2019.8.20.5101

Ação: Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório -DPVAT

AUTOR: GERALDO SILVANO DE LIMA

RÉ: SEGURADORA DPVAT

D E S P A C H O

Prevê o art. 334 do Código de Processo Civil de 2015 que caso a petição inicial preencha os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o magistrado 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. A presente demanda, por sua vez, trata-se de procedimento comum na qual a parte autora alega ter sido vítima de acidente de trânsito, vindo a sofrer intervenções em membro do corpo permanentemente comprometedoras de suas funções, fazendo jus, portanto, à quantia monetária referente à demonstrativo do seguro DPVAT.

Conforme enunciado da súmula 474 do Superior Tribunal de Justiça "a indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez".

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, extremamente necessária a realização de perícia médica que determine com absoluta precisão a graduação da debilidade da parte do corpo humano atingida, para que se possa quantificá-la de acordo com a tabela vigente à lei nº 6.194/74 e conforme ao teor da súmula apontada. Assim, antes do processo ser iniciado, o segurado já tentou, por vias administrativas, receber o valor monetário pertinente à sua debilidade, muitas vezes insuficiente por não se saber com precisão a extensão do dano sofrido.

No presente caso, portanto, se incubir de realizar uma prévia tentativa de conciliação e mediação, ressalte-se já antes tentada comprovadamente por vias administrativas, sem saber com exatidão a extensão do dano para adaptá-lo à tabela oficial resulta-se em medida ineficaz, tanto que a usual prática de mutirões de conciliação referentes à ações judiciais envolvendo seguro DPVAT acontecem com a realização simultânea de perícia médica para determinar a lesão no requerente. A partir da quantificação do dano é que as partes envolvidas lançarão suas propostas, comparando-a com a referida tabela.

Nestas situações, 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/15, postergando a sua realização para momento oportuno quando já realizada a perícia médica, em especial quando a parte autora já se manifestou contrariamente à sua realização de maneira prévia.

Pelo exposto, deixo de agendar momentaneamente a audiência de conciliação e mediação.

Defiro o requerimento de justiça gratuita.



Assinado eletronicamente por: LUIZ ANTONIO TOMAZ DO NASCIMENTO - 14/02/2020 10:22:23
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410222361700000051390564>
Número do documento: 20021410222361700000051390564

Num. 55246144 - Pág. 1

Proceda-se à citação da parte ré, para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, alertando-o da regra do art. 344 do CPC.

Caso haja contestação e havendo nesta arguição de preliminar ou fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (CPC, artigos 350 e 351), intime-se a parte autora, 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 CPC.

Na hipótese de a citação não ser levada a efeito, intime-se igualmente a parte demandante, 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.

Diligências necessárias.

CAICÓ, 14 de fevereiro de 2020

LUIZ ANTONIO TOMAZ DO NASCIMENTO

Juiz(a) de Direito

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)



Assinado eletronicamente por: LUIZ ANTONIO TOMAZ DO NASCIMENTO - 14/02/2020 10:22:23
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410222361700000051390564>
Número do documento: 20021410222361700000051390564

Num. 55246144 - Pág. 2



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
2ª Vara da Comarca de Caicó
Avenida Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, CAICÓ - RN - CEP: 59300-000

Processo: 0803921-61.2019.8.20.5101

Ação: Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório -DPVAT

AUTOR: GERALDO SILVANO DE LIMA

RÉ: SEGURADORA DPVAT

D E S P A C H O

Prevê o art. 334 do Código de Processo Civil de 2015 que caso a petição inicial preencha os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o magistrado 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. A presente demanda, por sua vez, trata-se de procedimento comum na qual a parte autora alega ter sido vítima de acidente de trânsito, vindo a sofrer intervenções em membro do corpo permanentemente comprometedoras de suas funções, fazendo jus, portanto, à quantia monetária referente à demonstrativo do seguro DPVAT.

Conforme enunciado da súmula 474 do Superior Tribunal de Justiça "a indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez".

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, extremamente necessária a realização de perícia médica que determine com absoluta precisão a graduação da debilidade da parte do corpo humano atingida, para que se possa quantificá-la de acordo com a tabela vigente à lei nº 6.194/74 e conforme ao teor da súmula apontada. Assim, antes do processo ser iniciado, o segurado já tentou, por vias administrativas, receber o valor monetário pertinente à sua debilidade, muitas vezes insuficiente por não se saber com precisão a extensão do dano sofrido.

No presente caso, portanto, se incubir de realizar uma prévia tentativa de conciliação e mediação, ressalte-se já antes tentada comprovadamente por vias administrativas, sem saber com exatidão a extensão do dano para adaptá-lo à tabela oficial resulta-se em medida ineficaz, tanto que a usual prática de mutirões de conciliação referentes à ações judiciais envolvendo seguro DPVAT acontecem com a realização simultânea de perícia médica para determinar a lesão no requerente. A partir da quantificação do dano é que as partes envolvidas lançarão suas propostas, comparando-a com a referida tabela.

Nestas situações, 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/15, postergando a sua realização para momento oportuno quando já realizada a perícia médica, em especial quando a parte autora já se manifestou contrariamente à sua realização de maneira prévia.

Pelo exposto, deixo de agendar momentaneamente a audiência de conciliação e mediação.

Defiro o requerimento de justiça gratuita.



Assinado eletronicamente por: LUIZ ANTONIO TOMAZ DO NASCIMENTO - 14/02/2020 10:22:23
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410222361700000051390564>
Número do documento: 20021410222361700000051390564

Num. 57002450 - Pág. 1

Proceda-se à citação da parte ré, para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, alertando-o da regra do art. 344 do CPC.

Caso haja contestação e havendo nesta arguição de preliminar ou fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (CPC, artigos 350 e 351), intime-se a parte autora, 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 CPC.

Na hipótese de a citação não ser levada a efeito, intime-se igualmente a parte demandante, 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.

Diligências necessárias.

CAICÓ, 14 de fevereiro de 2020

LUIZ ANTONIO TOMAZ DO NASCIMENTO

Juiz(a) de Direito

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)

