

QUESITOS A SEREM RESPONDIDO PELO PERITO:

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

1º) - Se a etiologia ou origem causal das lesões existentes na pessoa requerente é compatível com acidente com veículo automotor de via terrestre?

2º) Quais as lesões ou disfunções ocorridas?

3º) Nos termos do art. 3º, *caput*<sup>1</sup>, 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; Qual(is) o(s) segmento(s) corporal(s) atingidos?; Percentual em desfavor do órgão vinculado?

4º) Nos termos do art. 3º, § 1º<sup>2</sup>, 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) ?

5º) **Em caso de invalidez total, quais os segmentos corporais atingidos, nos termos da a tabela quemenciona os danos sofridos**, conforme a Norma Legal supra?

6º) De acordo com o art. 3º, § 1º, incisos I e II<sup>3</sup>, 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 ?

7º) 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%)**?

8º) 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, 23 de dezembro de 2020.

**Kelly Maria Medeiros do Nascimento**  
Advogada OAB/RN – 7.469



## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Jessé Barbosa da Costa, brasileiro (a), solteiro (a), atendente técnico, portador (a) RG nº 3.019.654 - SSP/RN e CPF nº 092.799.164-08, residente e domiciliado (a) na Rua Quintino Bocaiúva, 10, Paraiba, Caicó/RN, CEP. 59300-000 - telefone nº 84-99606-7500. 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](mailto:caicoseguros@gmail.com) e [caicodpvt@hotmail.com](mailto:caicodpvt@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 renúncia 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, 23 de Agosto de 2019.

Outorgante:



\* 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

Jessé Barbosa da Costa, brasileiro (a), solteiro (a), atendente técnico, portador (a) RG nº 3.019.654 - SSP/RN e CPF nº 092.799.164-08, residente e domiciliado (a) na Rua Quintino Bocaiúva, 10, Paraíba, Caicó/RN, CEP. 59300-000 - telefone nº 84-99606-7500. 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 conhecedora 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, 23 de Agosto de 2019.

  
Declarante

CPF nº 092.799.164-08.





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: J2019129000532

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 22/08/2019 14.23.24

1.4 Ligou CIOSP: Não

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 30/07/2019 21.00.00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Em Veículo

2.8 Número: S/N

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: PENEDO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RUA MANOEL ELPIDIO

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: CAICÓ

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: JESSE BARBOSA DA COSTA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Parda

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 09279916408

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: ATENDENTE TÉCNICO

3.15 Telefone(s): 84 996097500

3.17 Número: 30B

3.19 Bairro: PARAIBA

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: CAICÓ

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: PEDRO SERGIO BARBOSA

3.6 Mãe: MARIA DAS VITORIAS DA COSTA

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 05/10/1992

3.14 RG: 3019654 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: CAICÓ RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA JOÃO DINIZ

3.24 CEP:

**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) (NÃO FORAM INCLuíDOS VEÍCULOS)**

**8. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**9. DOS FATOS**

**9.1 Histórico**

O COMUNICANTE FAZ ESTE REGISTRO COM INTUITO PRIMEIRO DE SOLICITAR SEGURO DPVAT. QUE TRAFEGAVA NA RUA MANOEL EUPIDIO, PRÓXIMO AO CELEBRE E UM CIDADÃO DE NOME DAMIÃO, TRAFEGAVA EM OUTRA MOTOCICLETA À SUA FRENTE. O COMUNICANTE INFORMA AINDA QUE IA ULTRAPASSAR A MOTO, SINALIZOU, MAS NO MOMENTO DA ULTRAPASSAGEM O OUTRO CONDUTOR JOGOU A MOTO PARA A FRENTE DO COMUNICANTE. HOVE ENTÃO COLISÃO ENTRE AS DUAS MOTOS, CAÍRAM E NA QUEDA O COMUNICANTE SOFREU FRATURA NO DEDO MÍNIMO DA MÃO ESQUERDA, CORTE PROFUNDO NO JOELHO ESQUERDO E PÉ ESQUERDOS E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. QUE O CONDUTOR DA OUTRA MOTOCICLETA SOFREU UM CORTE NO PÉ. QUE AMBOS FORAM SOCORRIDOS POR POPULARES, PRIMEIRO DAMIÃO QUE FOI SOCORRIDO POR UM CIDADÃO QUE PASSAVA DE MOTO NO MOMENTO E O COMUNICANTE LIGOU PARA CONHECIDOS VIREM SOCORRÊ-LO. QUE NA MOTO DO COMUNICANTE HOVE OS SEGUINTE DANOS: EMPENOU O GUIDOM E O SUPORTE DO FAROL, QUEBROU A SINALEIRA ESQUERDA DIANTEIRA, A PEDALEIRA ESQUERDA E O BLOCO DO FAROL.

**9.2 Informações do CIOSP**

**10. COMPLEMENTOS**

Data do Complemento: 26/09/2019

Usuário: 1702009 - DEMERVAL DE SOUZA FILHO

Complemento: EM TEMPO FAÇO COMPLEMENTAR PARA INFORMAR OS DADOS DO VEÍCULO QUE ANTERIORMENTE NÃO FORAM INFORMADOS NO CAMPO OBRIGATÓRIO E SÃO: MOTO MARCA YAMAHA, MODELO FAZER YS250, DE COR BRANCA, ANO FAB.MOD. 2015, PLACA OWF4I04, CHASSI 9C6KG0460F011804, CUJO PROPRIETÁRIO É JESSICA TAYRINE DE ANDRADE

**11. DECLARAÇÃO**

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

Data: 22/08/2019 14.23.24

Policial

Interessado

Polegar direito

Atendimento: 1702009 - DEMERVAL DE SOUZA FILHO

Impresso por: 1702009 - DEMERVAL DE SOUZA FILHO em 26/09/2019 16:29:18

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
JESSE BARBOSA DA COSTA

DOC IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF  
3019654 SSP RN

CPF  
092.799.164-08 DATA NASCIMENTO  
05/10/1992

FILIAÇÃO  
PEDRO SERGIO BARBOSA  
MARIA DAS VITORIAS DA COSTA

PERMISSÃO  
ACC CATIAA  
AS

Nº REGISTRO  
05475744071 VALIDADE  
08/12/2021 1ª HABILITACAO  
25/04/2012

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL  
CAICO, RN DATA EMISSAO  
12/12/2016

ASSINATURA DO EMISSOR

52155564418  
RN702518511

DETRAN RN (RIO GRANDE DO NORTE)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1350872243

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1350872243





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA • FATURA • NOTA FISCAL**

Companhia Energética de Rio Grande do Norte  
Rua Mermoz, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 58025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE  
**PEDRO SERGIO BARBOSA**

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
**RUA QUINTINO BOCAIÚVA 10**

CPF: 703.310.904-06

PARAIBA/AREA URBANA  
CAICO RN  
59300-000

CLASSIFICAÇÃO  
B3 COMERCIAL  
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADE

CÓDIGO POSTAL 0855819970  
DATA DE VENCIMENTO 15/08/2019  
DATA DE FÉTIMA LEITURA 09/09/2019  
TOTAL A PAGAR (R\$) 60,89

Nº DA ROTA FISCAL 025257833  
SÉRIE ÚNICA  
EMISSÃO 08/08/2019  
Nº DO CLIENTE 3000929342  
Nº DA INSTALAÇÃO 113886

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	78,0000000	0,84944758	66,06
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,08
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,08
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,16
Multa por atraso-NF 026781080 - 08/07/19			1,32
Juros por atraso-NF 026781080 - 08/07/19			0,33
Atualização IGPM-NF 026781080 - 08/07/19			0,30
Compensação DIC Trimestral 02/19			-0,02

TOTAL DA FATURA

60,89

**DEMONSTRATIVO DE LOMBADO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
7056921	CAT	09-07-2019	11 881,00	08-08-2019	11 889,00	30	1,00000		78,00

**USUÁRIO DE CONSUMO**

USUÁRIO DE CONSUMO	VALOR (R\$)
AGO 19 78	
SET 19 102	
OUT 19 81	
NOV 19 84	
DEZ 19 79	
JAN 19 100	
FEB 19 137	
MAR 19 168	
ABR 19 121	
MAY 19 104	
JUN 19 84	
JUL 19 89	

**INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS**

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	62,80	18,00	9,50
PIB	62,80	0,74	0,39
COFINS	62,80	3,42	1,80

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	VALOR (R\$)	PERCENTUAL
Geração de Energia	20,70	39,30%
Transmissão	1,85	3,88%
Distribuição (Cosern)	12,30	23,30%
Perdas de Energia	3,30	6,26%
Energias Renováveis	2,85	5,42%
Tributos	11,88	22,14%
Total	62,88	100%

Variação Aplicada 0,40853000

521E 6F03 C8ED B252 F4F0 6A29 1819 72FD

Pequeno resumo sobre o que você precisa saber sobre a conta de energia elétrica. Leia com atenção, pois ela contém informações importantes sobre o seu consumo e o valor a pagar. Se você não estiver satisfeito com o valor da conta, pode recorrer ao Procon ou ao Juízo da Fazenda Pública. O cliente é responsável por manter a conta em dia e por não interromper o fornecimento de energia elétrica. O cliente também deve manter a conta em dia e por não interromper o fornecimento de energia elétrica. O cliente também deve manter a conta em dia e por não interromper o fornecimento de energia elétrica.

**ATENÇÃO! A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO**

DATA DE VENCIMENTO	VALOR	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
Vencido 14/08/19	67,31	Vencido 18/07/19	68,73

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis em: www.cosern.com.br

Para comunicar a COSERN sobre o seu consumo de energia elétrica, você deve manter a conta em dia e por não interromper o fornecimento de energia elétrica. O cliente também deve manter a conta em dia e por não interromper o fornecimento de energia elétrica. O cliente também deve manter a conta em dia e por não interromper o fornecimento de energia elétrica.

**DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERMISSÕES**

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERMISSÕES	VALOR (R\$)
CAIXA	0,00
CAIXA	0,00
CAIXA	0,00

**REGRAS DE TENSÃO**

REGRAS DE TENSÃO	VALOR (V)
TENSÃO NOMINAL (V)	220
LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	20

CÓDIGO 0855819970  
MÊS 08/2019  
DATA 15/08/2019  
TOTAL A PAGAR (R\$) 60,89





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: J2019129000532 1.2 Data de Expedição: 22/08/2019 14.23.24  
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: 30/07/2019 21.00.00 2.2 Autoria: Conhecida  
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não  
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo  
2.6 Tipo do local: Em Veículo 2.7 Logradouro: RUA MANOEL ELPIDIO  
2.8 Número: S/N 2.9 CEP:  
2.10 Complemento: 2.11 Ponto de Referência:  
2.12 Bairro: PENEDO 2.13 Cidade: CAICÓ  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JESSE BARBOSA DA COSTA 3.2 Estado civil: Solteiro(a)  
3.3 Nome Social: 3.4 Pai: PEDRO SERGIO BARBOSA  
3.5 Etnia: Parda 3.6 Mãe: MARIA DAS VITÓRIAS DA COSTA  
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 Orientação Sexual:  
3.9 CPF: 09279916408 3.10 Identidade de Gênero:  
3.11 Nacionalidade: 3.12 Data de Nascimento: 05/10/1992  
3.13 Profissão: ATENDENTE TÉCNICO 3.14 RG: 3019654 - ITEP/RN  
3.15 Telefone(s): 84 996097500 3.16 Passaporte:  
3.17 Número: 30B 3.18 Naturalidade: CAICÓ RN  
3.19 Bairro: PARAIBA 3.20 E-Mail:  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.22 Logradouro: RUA JOÃO DINIZ  
3.23 Cidade: CAICÓ 3.24 CEP:

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) (NÃO FORAM INCLuíDOS VEÍCULOS)

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE FAZ ESTE REGISTRO COM INTUITO PRIMEIRO DE SOLICITAR SEGURO DPVAT. QUE TRAFEGAVA NA RUA MANOEL EUPIDIO, PRÓXIMO AO CELEBRE E UM CIDADÃO DE NOME DAMIÃO, TRAFEGAVA EM OUTRA MOTOCICLETA À SUA FRENTE. O COMUNICANTE INFORMA AINDA QUE IA ULTRAPASSAR A MOTO, SINALIZOU, MAS NO MOMENTO DA ULTRAPASSAGEM O OUTRO CONDUTOR JOGOU A MOTO PARA A FRENTE DO COMUNICANTE. HOUE ENTÃO COLISÃO ENTRE AS DUAS MOTOS, CAÍRAM E NA QUEDA O COMUNICANTE SOFREU FRATURA NO DEDO MÍNIMO DA MÃO ESQUERDA, CORTE PROFUNDO NO JOELHO ESQUERDO E PÉ ESQUERDOS E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. QUE O CONDUTOR DA OUTRA MOTOCICLETA SOFREU UM CORTE NO PÉ, QUE AMBOS FORAM SOCORRIDOS POR POPULARES, PRIMEIRO DAMIÃO QUE FOI SOCORRIDO POR UM CIDADÃO QUE PASSAVA DE MOTO NO MOMENTO E O COMUNICANTE LIGOU PARA CONHECIDOS VIREM SOCORRÊ-LO. QUE NA MOTO DO COMUNICANTE HOUE OS SEGUINTE DANOS. EMPENOU O GUIDOM E O SUPORTE DO FAROL, QUEBROU A SINALEIRA ESQUERDA DIANTEIRA, A PEDALEIRA ESQUERDA E O BLOCO DO FAROL.

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 22/08/2019 14.23.24

Policial

Interessado

Polegar direito

Atendimento: 1702009 - DEMERVAL DE SOUZA FILHO

Impresso por: 1702009 - DEMERVAL DE SOUZA FILHO em 22/08/2019 14:29:13

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

J2019129000532



Não encontrar na base de dados

<b>S</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ</b>	
	<b>Telecila Freitas Fontes</b>	
Estrada do Perímetro Irrigado do Sabugi, S/N Paulo VI - Caicó - RN   Contatos: 84 3421-9630 / 3421-9628 CNPJ : 08.241.754/0135-57		

Q

### BOLETIM DE ATENDIMENTO PRONTO SOCORRO

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	ANGELMO	DATA	30 07 19	HORA DE ENTRADA	22:10	Nº ATENDIMENTO	212
---	---------	------	----------	-----------------	-------	----------------	-----

<b>CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b> Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviaturas e de forma legível.							
NOME				DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO	
JESSE BARBOSA DA SILVA				05 10 92	26	M	
CPF	RG	DATA DE EXPEDIÇÃO	CARTÃO SUS				
092 799 164-08	301 9654	-					
NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	RAÇA/COR				
CAICÓ	S	ATENDENTE TEC	M				
NOME DA MÃE			NOME DO PAI				
MARIA DAS VITÓRIAS DA COSTA			PEDRO SERGIO BARBOSA				
ENDEREÇO				BAIRRO			
RUA: JOÃO DINIZ 30				PARAIBA			
CIDADE/ESTADO		TELEFONE DE CONTATO	ESCOLARIDADE				
CAICÓ RN		99609 7500	ENS MÉDIO INC.				
FORMA DE CHEGADA			PACIENTE REGULADO?				
<input checked="" type="checkbox"/> ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA/MUNICÍPIO			<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
<input checked="" type="checkbox"/> CORPO DE BOMBEIROS <input type="checkbox"/> POLÍCIA MILITAR <input type="checkbox"/> OUTRO:							

<b>CAMPO 2 - SINAIS VITAIS</b> Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de saúde.							
PA: 144 x 99 mmHg	FC: 92 bpm	FR: irpm	Temp. axilar: °C	SpO2: 99 %	Glicemia:	mg/dl	

<b>CAMPO 3 - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</b> Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro responsável pelo ACCR.													
<div><div><input type="radio"/></div><div><input type="radio"/></div><div><input type="radio"/></div><div><input type="radio"/></div></div> <div>VERMELHO AMARELO VERDE AZUL</div>				ESCALA DE GLASGOW			ESCORE DE DOR						
				AO	RV	RM	AP	TOTAL	1	2	3	4	5
				04	05	06	-	15	6	7	8	9	10
QUEIXA PRINCIPAL				HISTÓRIA BREVE									
ferimento em MSE				colisão moto com onito									
ALERGIAS				COMORBIDADES									
Nega													
OBSERVAÇÃO OBJETIVA													
AVALIAÇÃO		HORA	22:15	REAValiação		HORA							
		1º											
Confere com o Original													

<b>CAMPO 4 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO</b> Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.		Caicó - RN, 22/08/19
Paciente vit. no 80040-0		
Assidente de Moto CI		
e Scomas e Ferimentos		
DIAGNÓSTICO INICIAL		

<b>CAMPO 5 - EXAMES SOLICITADOS</b> Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.			
<input type="checkbox"/> HEMOGRAMA + PLAQUETAS	<input type="checkbox"/> TGO + TGP	<input type="checkbox"/> GASOMETRIA ARTERIAL	<input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA
<input type="checkbox"/> UREIA + CREATININA	<input type="checkbox"/> CKMB + CPK	<input type="checkbox"/> COAGULOGRAMA	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X: Rx de M&S
<input type="checkbox"/> EMIA	<input type="checkbox"/> TROPONINA	<input type="checkbox"/> EAS	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA: E







# BOLETIM DE ATENDIMENTO PRONTO SOCORRO

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	DATA	HORA DE ENTRADA	Nº ATENDIMENTO
Apresenta	06/08/2019	06:55	16

## CAMPO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviaturas e de forma legível.

NOME		DATA DE NASCIMENTO		IDADE	SEXO
Jesse Barbosa da Silva		05/10/92		26	M
CPF	RG	DATA DE EXPEDIÇÃO	CARTÃO SUS		
092.799.164-08	003.019.654	30/08/2012	162.1640.5300.0007		
NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	RAÇA/COR		
Curu	Solteiro	Autônomo	Branca		
NOME DA MÃE		NOME DO PAI			
Marcelo dos Vitorais da Costa		Pedro Sergio Barbosa			
ENDEREÇO		BAIRRO			
R. João Pinheiro 30 AB		Paraná			
CIDADE/ESTADO		TELEFONE DE CONTATO	ESCOLARIDADE		
Curu		96097500	Médio Incompleto		
FORMA DE CHEGADA			PACIENTE REGULADO?		
<input checked="" type="radio"/> ESPONTÂNEA <input type="radio"/> CORPO DE BOMBEIROS			<input type="radio"/> SAMU <input type="radio"/> POLÍCIA MILITAR		
<input type="radio"/> AMBULÂNCIA/MUNICÍPIO <input type="radio"/> OUTRO:			<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO		

## CAMPO 2 – SINAIS VITAIS

Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de saúde.

PA: 142x124 mmHg	FC: 88 bpm	FR: irpm	Temp. axilar: °C	SpO2: 100 %	Glicemia: mg/dl
------------------	------------	----------	------------------	-------------	-----------------

## CAMPO 3 – ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro responsável pelo ACCR.

<input type="radio"/> VERMELHO <input type="radio"/> AMARELO <input checked="" type="radio"/> VERDE <input type="radio"/> AZUL				ESCALA DE GLASGOW					ESCORE DE DOR				
				AO	RV	RM	AP	TOTAL	1	2	3	4	5
									6	7	8	9	10
QUEIXA PRINCIPAL				HISTÓRIA BREVE									
Dor e vermelhidão no joelho E				Lesão proveniente de acidente automobilístico há 07 dias.									
ALERGIAS				COMORBIDADES									
NÃO				NÃO									
OBSERVAÇÃO OBJETIVA													
AVALIAÇÃO				HORA		REAVIAÇÃO		HORA					
				04:30									

Amândia Cristiane de M. Batista  
COREN/RN 149718  
ENFERMEIRO PLANTONISTA/COREN

## CAMPO 4 – ANAMNESE/EXAME FÍSICO

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.

CAICÓ - RN, 22/08/19
86070-0
Exame físico: joelho E + edema + ante mal e não E por oculto
DIAGNÓSTICO INICIAL
Urol x urol

## CAMPO 5 – EXAMES SOLICITADOS

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.

<input type="checkbox"/> HEMOGRAMA + PLAQUETAS	<input type="checkbox"/> TGO + TGP	<input type="checkbox"/> GASOMETRIA ARTERIAL	<input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA
<input type="checkbox"/> UREIA + CREATININA	<input type="checkbox"/> CKMB + CPK	<input type="checkbox"/> COAGULOGRAMA	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X: joelho E + ante mal e não E por oculto
<input type="checkbox"/> GLICEMIA	<input type="checkbox"/> TROPONINA	<input type="checkbox"/> EAS	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA:



<b>S</b>	<b>HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ</b>	
	<b>Telecila Freitas Fontes</b>	
Estrada do Perímetro Irrigado do Sabugi, S/N Paulo VI - Caicó-RN   Contatos: 84 3421-9630 / 3421- 9628 CNPJ : 08.241.754/0135-57		
GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE		

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR-AIH			
1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ		2. CNES: 6.778.580	
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: NOME: <u>Ferreira Barbosa da Costa</u>		4. Nº DO PRONTUÁRIO <u>029985</u>	
CPF: <u>09279926408</u>		RG: <u>00302905</u>	
5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <u>162167033000007</u>		6. DATA DE NASC. <u>05/10/1972</u>	
7. SEXO MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM. ( )		9. TELEFONE DE CONTATO <u>99090556</u>	
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <u>Maria Das Vitórias da Costa</u>		DDD <u>84</u>	
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <u>R. João Pinho 30B</u>		11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <u>Caicó</u>	
12. COD. IBGE MUNICÍPIO		13. UF <u>RN</u>	14. CEP: <u>59.300-00</u>
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <u>Dor no tórax inferior, aperto no tórax, febre, elevação de enzimas, lesões na pele no tórax, suor, náuseas</u>			
16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <u>Aspiração ciliada</u>			
17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <u>Exame clínico</u> Confere com o Original Caicó - RN, <u>22/08/19</u> <u>Assinado eletronicamente</u>			
18. DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Estabilização</u>	19. CID 10 PRINCIPAL: <u>A490</u>	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS			
22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <u>Internamento Clínico</u>		23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <u>030308006</u>	
24. CLÍNICA <u>Meche Urgência</u>	25. CARATER DA INTERNAÇÃO <u>Urgência</u>	26. DOCUMENTOS ( ) CNS ( ) CPF <u>09650053401</u>	27. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLIC./ASSIST.
28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST. <u>João Batista de Brito</u>		29. DATA DA SOLICITAÇÃO <u>06/08/19</u>	
30. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)		31. Nº DO BILHETE	
32. SÉRIE		33. CBOR	
34. PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)			
31. ( ) ACID. DE TRANSITO	34. CNPJ DA SEGURADORA	35. Nº DO BILHETE	
32. ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO	37. CNPJ DA EMPRESA	38. CNAE DA EMPRESA	
33. ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO		39. CBOR	
40. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) O EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR		42. COD. ORGÃO EMISSOR	
44. DOCUMENTOS ( ) CNS ( ) CPF		45. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	
46. DATA DA AUTORIZAÇÃO		47. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)	
43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR			







## SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE:

*Isis Barboza da Costa*

REGISTRO/PRONTUÁRIO:	029 985	DATA NASCIMENTO:	05/10/92	SEXO:	M
ENDEREÇO (Rua, Número)	R. João Pinho 303	BAIRRO:	Paraná		
MUNICÍPIO:	Calco	UF:	RN	CEP:	59.300-00
				TELEFONE:	99090556
NOME DO PAI:	Sérgio Sérgio Barboza	NOME DA MÃE:	Maria das Vitórias da Costa		
RESPONSÁVEL:	Maria das Vitórias da Costa (Mãe)				

PRECHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)

CLÍNICA:	ENFERMARIA/LEITO:	INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE
<input type="checkbox"/> N ICA <input type="checkbox"/> ORTOPÉDIA <input type="checkbox"/> CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> PEDIATRIA		<input type="checkbox"/> DE TRABALHO <input type="checkbox"/> DE TRANSITO <input type="checkbox"/> DE OUTROS FINS <input type="checkbox"/> NÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL:

MÉDICO SOLICITANTE

INTERNAÇÃO	ORIGEM RESIDÊNCIA?	UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE
DATA: 06.08.19	HORA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

PROCEDÊNCIA:

CARATÊ DE INTERNAÇÃO:

☐ ELETIVA ☐ NORMAL ☐ EMERGÊNCIA

RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)

RPOCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição)	TIPO DE PROCEDIMENTO:
	<input type="checkbox"/> LIMPO <input type="checkbox"/> INFECTADO <input type="checkbox"/> CONTAMINADO <input type="checkbox"/> POTENCIAL M. CONTAMINADO
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/Descrição)	DATA: 12.08.2019
APRESENTOU IFECCÃO?	HORA:
<input type="checkbox"/> HOSPITALAR <input type="checkbox"/> COMUNITARIA <input type="checkbox"/> NÃO	FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO: <input type="checkbox"/> PROFILATICAMENTE <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> TERAPEUTICAMENTE
MOTIVO DA SAÍDA ( AIH ):	SE MOTIVADO SAID =1(remoção) ASSINAL DETALHAMENTO DA ALTA
<input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> REMOÇÃO <input type="checkbox"/> ÓBITO ATÉ 24 HORAS <input type="checkbox"/> ÓBITO APÓS 24 HORAS	<input 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 MOTIVA SAÍDA = ÓBITO	OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECCÃO:
	MÉDICO RESPONSÁVEL:

(carimbo/assinatura)







## ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Nº DE REGISTRO: 029985

DATA: 06/08/2019

NOME DO PACIENTE: Jesse Barbosa da Costa

### QUEIXA PRINCIPAL, HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, ANTECEDENTES, EXAMES FÍSICO.

Paciente internado  
apresentando febre elevadas  
e lesões infecciosas nos  
locos de sutura, dor  
trazida

Confere com o Original  
Caicó - RN, 22/08/19

João Batista de  
86040-0

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Estafilocócica

### ASSINATURA DO MÉDICO:

João Batista de  
CRM 181-  
TPE 095





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

## EVOLUÇÃO MÉDICA – CLÍNICA MÉDICA

NOME:	JOSE BARBOSA DA COSTA	IDADE:	26
DATA: 07.07.2019	LEITO: <b>205-01</b>	ADMISSÃO: 06.07.2019	

# FERIDA INFECTADA EM JOELHO ESQUERDO

**ADMISSÃO:** Paciente procedente de Caicó, relata queda de moto há 08 dias, onde sofreu varias escoriações pelo corpo, dentra ela em joelho E, onde teve que suturar – com o passar dos dias evolui com dor em joelho esquerdo, edema local, supuração purulenta, nega febre, sem outras queixas.

**COMORBIDADES:** Nega comorbidades prévias.

**HÁBITOS DE VIDA:** Nega tabagismo. nega etilismo, sedentária.

**EXAMES:**

**RAIO DE JOELHO E.: SEM ANORMALIDADES.**

(07/08/2019): LEUCO: 6,900 HB: 16,4 HM: 5,33 PLAQ: 278 MIL CR: 0.88 UREIA: 31 PCR: 12

**EVOLUÇÃO:** Evolui bem, estável hemodinamicamente, eupneica, afebril, vigil e orientada, alimenta- se por vo, bem, eliminações preservadas, sono preservado, nega dor. sem queixas no relato momento, consciente e responsivo.

### AO EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL BOM, CONSCIENTE E ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO, NORMOCORADO, ACIANÓTICO, HIDRATADO, EUPNEICO, AFEBRIL. GLASGOW 15.

SSVV: T °C máx: 36,8 // FC: 85 bpm // FR: 18 irpm // PA: 120X80 // SatO2: 98% EM AR AMBIENTE

AC: RC REGULAR, EM 2T, BULHAS NORMOFONÉTICAS. TEC < 3s.

AR: MV+, EM AMBOS HTX, SEM RA.

ABDOMEN: FLACIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO

EXTREMIDADES: SEM EDEMAS; PANTURRILHAS LIVRES.

### # CONDUTA:

1. Prescrevo ceftriaxone/ oxacilina/ analgesia.
2. Retirar pontos de sutura

Confere com o Original

Caicó - RN, 28 / 08 / 19

*[Assinatura]*  
860709





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

### EVOLUÇÃO MÉDICA – CLÍNICA MÉDICA

NOME:	JOSE BARBOSA DA COSTA		IDADE:	26
DATA: 08.07.2019	LEITO:	<b>205-01</b>		
		ADMISSÃO: 06.07.2019		

#### # FERIDA INFECTADA EM JOELHO ESQUERDO

**ADMISSÃO:** Paciente procedente de Caicó, relata queda de moto há 08 dias, onde sofreu varias escoriações pelo corpo, dentro ela em joelho E, onde teve que suturar – com o passar dos dias evolui com dor em joelho esquerdo, edema local, supuração purulenta, nega febre, sem outras queixas.

**COMORBIDADES:** Nega comorbidades prévias.

**HÁBITOS DE VIDA:** Nega tabagismo. nega etilismo, sedentária.

#### EXAMES:

RAIO DE JOELHO E.: SEM ANORMALIDADES.

(07/08/2019): LEUCO: 6,900 HB: 16,4 HM: 5,33 PLAQ: 278 MIL CR: 0.88 UREIA: 31 PCR: 12

**EVOLUÇÃO:** Evolui bem, estável hemodinamicamente, eupneica, afebril, vigil e orientada, alimenta-se por vo, bem, eliminações preservadas, sono preservado, nega dor. sem queixas no relato momento, consciente e responsivo.

Retirado ponto de sutura.

#### AO EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL BOM, CONSCIENTE E ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO, NORMOCORADO, ACIANÓTICO, HIDRATADO, EUPNEICO, AFEBRIL. GLASGOW 15.

SSVV: T °C máx: 36,0 // FC: 70 bpm // FR: 18 irpm // PA: 120X80 // SatO2: 98% EM AR AMBIENTE

AC: RC REGULAR, EM 2T, BULHAS NORMOFONÉTICAS. TEC < 3s.

AR: MV+, EM AMBOS HTX, SEM RA.

ABDOMEN: FLACIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO

EXTREMIDADES: SEM EDEMAS; PANTURRILHAS LIVRES.

#### # CONDUTA:

1. Continuo ceftriaxone/ oxacilina/ analgesia.

Confere com o Original

Caicó - RN, 22/08/19  
*[Assinatura]*  
86070-D







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

## EVOLUÇÃO MÉDICA – CLÍNICA MÉDICA

NOME:	JOSE BARBOSA DA COSTA	IDADE:	26
DATA:	LEITO: <b>205-01</b>	ADMISSÃO: 06.07.2019	
09.07.2019			

### # FERIDA INFECTADA EM JOELHO ESQUERDO

**ADMISSÃO:** Paciente procedente de Caicó, relata queda de moto há 08 dias, onde sofreu varias escoriações pelo corpo, dentra ela em joelho E, onde teve que suturar – com o passar dos dias evolui com dor em joelho esquerdo, edema local, supuração purulenta, nega febre, sem outras queixas.

**COMORBIDADES:** Nega comorbidades prévias.

**HÁBITOS DE VIDA:** Nega tabagismo. nega etilismo, sedentária.

### EXAMES:

**RAIO DE JOELHO E.: SEM ANORMALIDADES.**

(07/08/2019): LEUCO: 6,900 HB: 16,4 HM: 5,33 PLAQ: 278 MIL CR: 0.88 UREIA: 31 PCR: 12

**EVOLUÇÃO:** Evolui bem, estável hemodinamicamente, eupneica, afebril, vigil e orientada, alimenta- se por vo, bem, eliminações preservadas, sono preservado, nega dor. sem queixas no relato momento, consciente e responsivo. Ferida com fundo sujo, no momento sem supuração, em processo de cicatrização.

### AO EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL BOM, CONSCIENTE E ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO, NORMOCORADO, ACIANÓTICO, HIDRATADO, EUPNEICO, AFEBRIL. GLASGOW 15.

SSVV: T °C máx: 36,0 // FC: 70 bpm // FR: 18 irpm // PA: 120X80 // SatO2: 98% EM AR AMBIENTE

AC: RC REGULAR, EM 2T, BULHAS NORMOFONÉTICAS. TEC < 3s.

AR: MV+, EM AMBOS HTX, SEM RA.

ABDOME: FLACIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO

EXTREMIDADES: SEM EDEMAS; PANTURRILHAS LIVRES.

### # CONDUTA:

1. Continuo ceftriaxone/ oxacilina/ analgesia/ curative diário.

Confere com o Original

Caicó - RN, 22 / 08 / 19

*[Assinatura]*  
860700



PRESCRIÇÃO DA CLÍNICA MÉDICA		HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ											
NOME:	JESSE BARBOSA DA COSTA												
DATA:	8/8/2019	LEITO:	205-01										
DIAGNÓSTICO:	FERIDA INFECTADA/ ARTRITE SEPTICA												
ADMISSÃO:	6/8/2019												
1	DIETA LIVRE	8h	10h	12h	14h	16h	18h	20h	22h	24h	02h	04h	06h
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000 ML PARA 24 HORAS					2 <sup>o</sup>				3 <sup>o</sup>			
3	OMEPRAZOL 01 AMPOLA + DILUENTE EV 24/24 HORAS SE EPIGASTRALGIA									2 <sup>o</sup>			4 <sup>o</sup>
4	DIPIRONA - 01 AMP + 08ML ABD, IV, 6/6H - FIXO									2 <sup>o</sup>			2 <sup>o</sup>
5	PLASIL - 01 AMP + 18 ML ABD, IV, 8/8H - SN												
6	CAPTOPRIL 25MG - 01 COM, VO, SE TAS= 160 OU TAD= 110 MMHG.												
7	HGT - 8/8H - 1 VEZ NO DIA												
8	GLICOSE 50% - 03 AMP, IV, SE HGT <= 70MG/DL.												
9	INSULINA REGULAR CONFORME HGT:												
10	0 - 200UI: 0 UI; 201-250: 04UI; 251 - 300: 06UI; 301-350: 08UI;												
11	CEFTRIAXONA 1 GR 01 FA + 100ML SFO, 9% EV 12/12 HORAS D2									2 <sup>o</sup>			2 <sup>o</sup>
12	OXACILINA 500MG 04 FA + 100ML SFO, 9% EV 6/6 HORAS D1.									2 <sup>o</sup>			2 <sup>o</sup>
13	CLEXANE 40 MG 01 AMP. SC 1 X DIA 24/24 HORAS												
14	RETIRAR OS PONTOS DA FERIDA EM JOELHO - CURATIVO DIÁRIO												
15	SOLICITO RAIOS X JOELHO E:												
16	SOLICITO PARECER DO CIRURGIÃO GERAL												
17	SSV 6/6 HORAS									(24)			2 <sup>o</sup>
18													
19													
20													
21													

OK

Confere com o Original

Caicó - RN, 22/08/19  




PRESCRIÇÃO DA CLÍNICA MÉDICA				HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ												
NOME:	JESSE BARBOSA DA COSTA															
DATA:	9/8/2019	LEITO:	205-01													
DIAGNÓSTICO:	FERIDA INFECTADA/ ARTRITE SEPTICA															
ADMISSÃO:	6/8/2019			HORÁRIOS												
				8h	10h	12h	14h	16h	18h	20h	22h	24h	02h	04h	06h	
1	DIETA LIVRE	SND														
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000 ML PARA 24 HORAS															
3	OMEPRAZOL 01 AMPOLA + DILUENTE EV 24/24 HORAS SE EPIGASTRALGIA															
4	DIPIRONA - 01 AMP + 08ML ABD, IV, 12/12 H - FIXO															
5	PLASIL - 01 AMP + 18 ML ABD, IV, 8/8H - SN															
6	CAPTOPRIL 25MG - 01 COM, VO, SE TAS >= 160 OU TAD >= 110 MMHG.															
7	HGT - 8/8H - 1 VEZ NO DIA															
8	GLICOSE 50% - 03 AMP, IV, SE HGT <= 70MG/DL.															
9	INSULINA REGULAR CONFORME HGT:															
10	0 - 200UI: 0 UI; 201-250: 04UI; 251 - 300: 06UI; 301-350: 08UI;															
11	CEFTRIAXONA 1 GR 01 FA + 100ML SFO, 9% EV 12/12 HORAS D3															
12	OXACILINA 500MG 04 FA + 100ML SFO, 9% EV 6/6 HORAS D2															
13	CLEXANE 40 MG 01 AMP. SC 1 X DIA 24/24 HORAS															
14	SSV 6/6 HORAS															
15																
16																
17																
18																

Empenhado  
Marimar

Conferir com o Original  
Calço = RN. 22 / 08 / 19  
Mariane da Silva  
R. 60-70-71





VI

PRESCRIÇÃO DA CLÍNICA MÉDICA				HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ												
NOME:		JESSE BARBOSA DA COSTA														
DATA:		10/08/19		LEITO:		205-01										
DIAGNÓSTICO:		FERIDA INFECTADA/ ARTRITE SEPTICA														
ADMISSÃO:		6/8/2019														
				HORÁRIOS												
				8h	10h	12h	14h	16h	18h	20h	22h	24h	02h	04h	06h	
1	DIETA LIVRE															
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000 ML PARA 24 HORAS															
3	OMEPRAZOL 01 AMPOLA + DILUENTE EV 24/24 HORAS SE EPIGASTRALGIA															
4	DIPIRONA - 01 AMP + 08ML ABD, IV, 12/12 H - FIXO															
5	PLASIL - 01 AMP + 18 ML ABD, IV, 8/8H - SN															
6	CAPTOPRIL 25MG - 01 COM, VO, SE TAS >= 160 OU TAD >= 110 MMHG.															
7	HGT - 8/8H - 1 VEZ NO DIA															
8	GLICOSE 50% - 03 AMP, IV, SE HGT <= 70MG/DL.															
9	INSULINA REGULAR CONFORME HGT:															
10	0 - 200UI: 0 UI; 201-250: 04UI; 251 - 300: 06UI; 301-350: 08UI;															
11	CEFTRIAXONA 1 GR 01 FA + 100ML SFO, 9% EV 12/12 HORAS D3															
12	OXACILINA 500MG 04 FA + 100ML SFO, 9% EV 6/6 HORAS D2															
13	CLEXANE 40 MG 01 AMP. SC 1 XDIA 24/24 HORAS															
14	SSV 6/6 HORAS															
15																
16																
17																
18																

Dr. Luciana A. Vieira  
CRM-PV 4454


Infirma de Assinatura Luciana  
COREN-PV 371-ENF

Confere com o Original  
Caio - RN, 12/08/19  
Assinatura de Kelly Maria Medeiros do Nascimento



V I

PRESCRIÇÃO DA CLÍNICA MÉDICA		HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ															
NOME:		JESSE BARBOSA DA COSTA															
DATA:		11/08/19		LEITO:		205-01											
DIAGNÓSTICO:		FERIDA INFECTADA/ ARTRITE SEPTICA															
ADMISSÃO:		6/8/2019		HORÁRIOS													
		8h	10h	12h	14h	16h	18h	20h	22h	24h	02h	04h	06h				
1	DIETA LIVRE																
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000 ML PARA 24 HORAS																
3	OMEPRAZOL 01 AMPOLA + DILUENTE EV 24/24 HORAS SE EPIGASTRALGIA																
4	DIPIRONA - 01 AMP + 08ML ABD, IV, 12/12 H - FIXO																
5	PLASIL - 01 AMP + 18 ML ABD, IV, 8/8H - SN																
6	CAPTOPRIL 25MG - 01 COM, VO, SE TAS >= 160 OU TAD >= 110 MMHG.																
7	HGT - 8/8H - 1 VEZ NO DIA																
8	GLICOSE 50% - 03 AMP, IV, SE HGT <= 70MG/DL.																
9	INSULINA REGULAR CONFORME HGT:																
10	0 - 200UI: 0 UI; 201-250: 04UI; 251 - 300: 06UI; 301-350: 08UI;																
11	CEFTRIAXONA 1 GR 01 FA + 100ML SFO, 9% EV 12/12 HORAS D3																
12	OXACILINA 500MG 04 FA + 100ML SFO, 9% EV 6/6 HORAS D2																
13	CLEXANE 40 MG 01 AMP. SC 1 X DIA 24/24 HORAS																
14	SSV 6/6 HORAS																
15																	
16																	
17																	
18																	

  
 Dr. Kelly Maria Medeiros do Nascimento  
 Neurologia Clínica Médica  
 CRM-MG 6149 - C.R. 880016171381488

32 18 19  
 L. Almeida



PRESCRIÇÃO DA CLÍNICA MÉDICA		HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ											
NOME:	JESSE BARBOSA DA COSTA												
DATA:	12/8/2019	LEITO:	205-01										
DIAGNÓSTICO:	FERIDA INFECTADA/ ARTRITE SEPTICA												
ADMISSÃO:	6/8/2019												
1	DIETA LIVRE	8h	10h	12h	14h	16h	18h	20h	22h	24h	02h	04h	06h
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000 ML PARA 24 HORAS			10				20					
3	OMEPRAZOL 01 AMPOLA + DILUENTE EV 24/24 HORAS SE EPIGASTRALGIA												
4	DIPIRONA - 01 AMP + 08ML ABD, IV, 12/12 H - FIXO						18						06
5	PLASIL - 01 AMP + 18 ML ABD, IV, 8/8H - SN												
6	CAPTOPRIL 25MG - 01 COM, VO, SE TAS>= 160 OU TAD>= 110 MMHG.												
7	HGT - 8/8H - 1 VEZ NO DIA												
8	GLICOSE 50% - 03 AMP, IV, SE HGT <= 70MG/DL.												
9	INSULINA REGULAR CONFORME HGT:												
10	0 - 200UI: 0 UI; 201-250: 04UI; 251 - 300: 06UI; 301-350: 08UI;												
11	CEFTRIAXONA 1 GR 01 FA + 100ML SFO, 9% EV 12/12 HORAS D6			10					24				
12	OXACILINA 500MG 04 FA + 100ML SFO, 9% EV 6/6 HORAS D5			12			18		24				06
13	CLEXANE 40 MG 01 AMP. SC 1 X DIA 24/24 HORAS					18							
14	CURATIVO DIÁRIO + COMISSÃO DE PELE												
15	SSV 6/6 HORAS			12			18		24				06
16	Alto Medicação.												
17													
18													

Confere com o Original

Cálculo - RN, 22/08/19

*[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<sup>800</sup>84) 3421-9630 e 9628

### RESUMO DE ALTA – CLÍNICA MÉDICA

NOME:	JESSE BARBOSA DA COSTA	IDADE:	26
DATA: 12/08/2019	LEITO: <b>205.01</b>	ADMISSÃO: 06/07/2019	

### RESUMO DE ALTA

Paciente procedente de Caicó, relata queda de moto há 08 dias, onde sofreu várias escoriações pelo corpo, dentre elas em joelho E, onde teve que suturar – com o passar dos dias evolui com dor em joelho esquerdo, edema local, supuração purulenta, nega febre, sem outras queixas. Nega comorbidades prévias. Nega tabagismo. nega etilismo, sedentária.

#### EXAMES:

RAIO DE JOELHO E.: SEM ANORMALIDADES. 10/08/2019: LEUCO: 6,900 HB: 16,4 HM: 5,33  
PLAQ: 278 MIL CR: 0.88 UREIA: 31 PCR: 12

**EVOLUÇÃO:** Evolui bem, estável hemodinamicamente, eupneica, afebril, vigil e orientada, alimenta-se por vo, bem, eliminações preservadas, sono preservado, nega dor. sem queixas no relato momento, consciente e responsivo. Ferida em cicatrização, sem sinais flogísticos, sem edema, com melhora progressiva do quadro.

#### AO EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL BOM, CONSCIENTE E ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO, NORMOCORADO, ACIANÓTICO, HIDRATADO, EUPNEICO, AFEBRIL. GLASGOW 15.

SSVV: T °C: 36,0 // FC: 75 bpm // FR: 18 irpm // PA: 120X80 // SatO2: 98% EM AR AMBIENTE

AC: RC REGULAR, EM 2T, BULHAS NORMOFONÉTICAS. TEC < 3s.

AR: MV+, EM AMBOS HTX, SEM R. A.

ABDOMEN: FLACIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO

EXTREMIDADES: SEM EDEMAS; PANTURRILHAS LIVRES.

**CONDUTA:** Prescrevo cefalexina por mais 7 dias.

**DIAGNOSTICO PRINCIPAL:** FERIDA DE JOELHO ESQUERDO INFECTADA

**PROCEDIMENTOS CIRURGICOS:** NÃO





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

**RESUMO DE ALTA – CLÍNICA MÉDICA**

DE ALTA: MELHORADO

DATA: 12.08.2019

DESTINO: RESIDENCIA









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

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200203402

Vítima: JESSE BARBOSA DA COSTA

Data do Acidente: 30/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JESSE BARBOSA DA COSTA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 06/08/2019, emitida pelo Dr. JOAO BATISTA DE BRITO, CRM nº 1837 - RN, da Instituição HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01549/01550 - carta\_31 - INVALIDEZ

00040775



Carta nº 15852009



## 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	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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 esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
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	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 superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
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					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

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

1 hv 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 0804089-29.2020.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: JESSE BARBOSA DA COSTA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

**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.

Caicó/RN, data da assinatura eletrônica.

*(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº. 11.419/06)*

Luiz Cândido de Andrade Villaça

Juiz de Direito





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 0804089-29.2020.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: JESSE BARBOSA DA COSTA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

**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.

Caicó/RN, data da assinatura eletrônica.

*(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº. 11.419/06)*

Luiz Cândido de Andrade Villaça

Juiz de Direito







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 0804089-29.2020.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: JESSE BARBOSA DA COSTA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

**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.

Caicó/RN, data da assinatura eletrônica.

*(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº. 11.419/06)*

Luiz Cândido de Andrade Villaca

Juiz de Direito

