



Número: **0818851-06.2018.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **10/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 27.135,19**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FILLYPE RONIE PINTO FRANCA (AUTOR)	ABEL ICARO MOURA MAIA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32637 561	28/09/2018 15:02	<u>01 - PROCURAÇÃO</u>	Procuração
32637 563	28/09/2018 15:02	<u>02 - DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA</u>	Documento de Comprovação
32637 567	28/09/2018 15:02	<u>04 - DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO</u>	Documento de Identificação
32637 576	28/09/2018 15:02	<u>05 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA</u>	Documento de Comprovação
32637 582	28/09/2018 15:02	<u>06 - BOLETIM DE OCORRÊNCIA - ADITAMENTO AO BOLETIM</u>	Documento de Comprovação
32637 584	28/09/2018 15:02	<u>07 - CRLV</u>	Documento de Identificação
32637 589	28/09/2018 15:02	<u>08 - CNH</u>	Documento de Identificação
32637 593	28/09/2018 15:02	<u>09 - AVISO DE SINISTRO</u>	Documento de Comprovação
32637 596	28/09/2018 15:02	<u>10 - DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR</u>	Documento de Comprovação
32637 600	28/09/2018 15:02	<u>11 - SAMU - DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA (2)</u>	Documento de Comprovação
32637 605	28/09/2018 15:02	<u>13 - CONTA PARA PAGAMENTO</u>	Documento de Comprovação
32637 611	28/09/2018 15:02	<u>14 - FORMULÁRIOS OBRIGATÓRIOS - SEGURADORA LIDER</u>	Documento de Comprovação
33537 882	17/10/2018 19:30	<u>Despacho</u>	Despacho

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Filipe Ronie Pinto França, brasileiro, solteiro, estudante, portador do RG nº 003.285.281 SSP/RN e CPF nº 064.435.824-62, residente e domiciliado na Rua Marechal Floriano, nº 387 A, Paredões, CEP: 59618-080, Mossoró-RN.

OUTORGADO: Dr. ABEL ICARO MOURA MAIA, brasileiro, Solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 12.240, Dr. TIAGO ABDON FELIX, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.022, URBANO GREGÓRIO DE LIMA JÚNIOR, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.776 e Dr. FRANCISCO DAS CHAGAS ARAÚJO, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 15.869, todos com endereço profissional na Rua Desembargador Dionísio Filgueira, nº 419, Centro, Mossoró/RN, onde recebe citações/intimações/notificações de estilo.

OBJETO: representar o (s) Outorgante (s), promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad iuditia et extra*, para o foro em geral, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art.105 da Lei 13.105/2015.

Mossoró-RN, 08 / 06 / 2018.

Filipe Ronie Pinto França
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu,

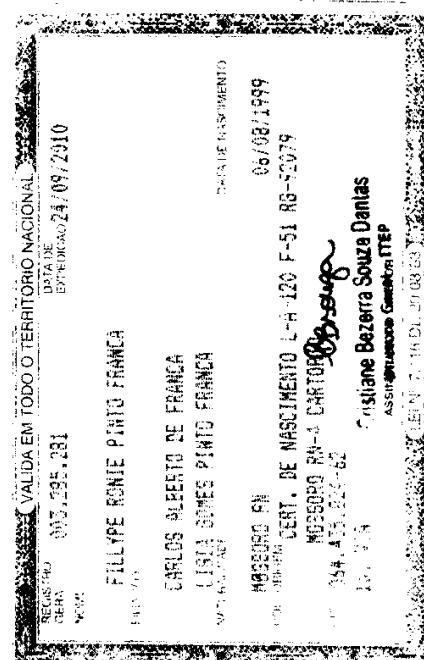
Fillype Ronie Pinto França, brasileiro, solteiro, estudante, Portador do RG nº 003.285.281 SSP/RN, CPF nº 064.435.824-62, Residente e domiciliado na Rua Marechal Floriano, Nº.387A, Pará de São João, CEP: 59618-080, Mossoró/RN.

, Declaro, nos termos do artigo 98, da Lei nº 13.105/2015 – Novo Código de Processo Civil (NCPC), bem como do art. 790, § 3º, da CLT, não ter como arcar com o pagamento de custas e demais despesas processuais sem prejuízo de meu sustento, pelo que REQUEIRO os benefícios da justiça gratuita.

Por verdade, firmo o presente.

Mossoró-RN, 08 / 06 / 2018.


Fillype Ronie Pinto França
DECLARANTE





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1656, Tric. CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.305/0001-33 / INSC. Estadual: 20095.426-3
Admin. Central (84) 2332-4452 / Ouvidoria (84) 2332-4682

ESTRUTURA DE ATENDIMENTO
CIDADES: 1656 - TRIC. CEP: 59015-000
CIDADES: 1656 - TRIC. CEP: 59015-000
CIDADES: 1656 - TRIC. CEP: 59015-000
CIDADES: 1656 - TRIC. CEP: 59015-000

115
115

CONTA DE COMSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
IMPRESSO EM 26/04/2018 AS 07:00:01

MATRÍCULA: 2649889 | MÊS/ANO: 05/2018

DADOS DO CONSUMIDOR
CARLOS ALBERTO DE FRANCA
RUA HAL. FLORTIANO, N. 387 - PAREDÕES MOSSORÓ RN
59618-030

USO/USO	NOTA	SEGUNDA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
301.000L 190.000K 0000	5	978	1
HIDROMETRO	SITUAÇÃO DA ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	
Y1eS308/31	LIGADO	LIGADO	

CONSUNO ÁGUA (m³): 14 | DATA LEITURA: 26/04/2018
LEIT. ATUAL: 280
LEIT. ANT.: 266
DIAS CONSUNO: 31

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MÉDIA
04/2018	16	02/2018	11	12/2017	17	14
03/2018	15	01/2018	14	11/2017	15	

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 39,99 POR UNIDADE	10 M3	39,99
11 M3 A 15 M3 - R\$ 4,46 POR M3	4 M3	17,84
ESGOTO		
70,0% DO VALOR DE ÁGUA		40,48
PARCELAMENTO DE DÉBITOS PARCELA 04/06		58,84
MULTA P/ IMPORTEU DE FATO 2018		3,47
FATURAS EM ATRASO		
REF 201802 L/1-24		

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	98,31	1,65	1,62
COFINS	98,31	7,6	7,47

VENCIMENTO: 13/05/2018 | TOTAL A PAGAR: 160,62

O RELATÓRIO ANUAL DE QUALIDADE DE ÁGUA DE 2018, REFERENTE A 2017, ESTÁ DISPONÍVEL NO SITE DA CAERN, NO MENU DESCRIPTIVO, "INFORMAÇÕES TÉCNICAS."

INFORME MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA					
Parâmetros	Turbidez	pH	Colírio Total	Cloro Residual Livre	Nitrato (Ionic N)
MPE Recomendado	≤ 50 NTU	6,0 a 9,5	25 de Agosto	0,2 a 2,0 mg/L	< 10,0 mg/L
Valores Objetivo					

82680000001 8 60620006301 8 00264988901 7 0520189003 6



MATRÍCULA	MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
2649889	05/2018	13/05/2018	160,62



COMPROVANTE DA CAERN



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
B O A T

1 - LOCAL E DATA

Local R. D. PROFERI, 22, MACEIÓ Bairro PARQUE SÃO JOSÉ
Cidade UF MACEIÓ P. Ref. PROTESTO DE TRÂNSITO
Data 21/01/2024 Hora do acidente 11:30 Hora do registro 11:45 Dia da semana TER

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- Colisão Frontal - Colisão Lateral - Capotamento - Atropelamento
 - Colisão Posterior - Colisão Transversal - Choque - Outros

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi NNN 3016 Cidade MACEIÓ UF PE
Marca Mod. ITAMARÁ 0902 Cor BRANCA Ano 2010
Proprietário LAPIS ALBERTO DE BRASIL Nº de Ocupantes 02
Condutor _____ Data de Nasc. 1/1/1990
Endereço R. MARCELA, 123, CENTRO N^º 123 Fone 33325 4421
Bairro CENTRO Cidade MACEIÓ UF PE
CPF/N^º CNPJ Validade 1/1/2024 Categoria PF
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N^º _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ N^º _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF/N^º CNPJ Validade 1/1/2024 Categoria PF
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N^º _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ N^º _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF/N^º CNPJ Validade 1/1/2024 Categoria PF
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N^º _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ N^º _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF/N^º CNPJ Validade 1/1/2024 Categoria PF
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N^º _____ Bairro _____ Cidade _____



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE
SETOR DE TRAFEGO - 2º DPRE

COMPLEMENTO DO BOLETIM
DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

Nº 0501118

1 – LOCAL DO ACIDENTE

Local:	Rua Prudente de Moraes	Bairro:	Paredões
P. Ref.	Próximo ao Queijo Caicó	Data:	09/05/2018

2 – VEÍCULO: V-2

Placa	N/NY-8692	Cidade	Mossoró		UF	RN
Marca/Mod.	HONDA BROS 150 ESD		Ano	2011		
Proprietário	CARLOS ALBERTO DE FRANÇA		Nº de Ocupantes		02	
Condutor	FILLYPE RONIE PINTO FRANÇA		Data de Nasci.		06/08/1999	
Endereço	Rua Marechal Floriano		nº	387-A	Fone	98825-4181
Bairro	Paredões	Cidade	Mossoró		UF	RN
CPF nº	064.435.824-62	CNH nº	06955983678	Categoria	AB	Validade
Local de Trabalho	Desempregado					

3 – VERSÃO DO CONDUTOR SOBRE O REFERIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO

Onde transitava?	Rua Venceslau Brais	Em que faixa?	DIREITA
Em que sentido?	Centro / Paredões		

Versão do condutor:

"Alega que deslocava na via acima citado, que o mesmo estava indo buscar a sua mãe no trabalho, quando no cruzamento com a Rua Prudente de Moreias olhou para sua direita em seguida continuou sua trajetória, foi quando um veículo não identificado colidiu na sua lateral direita, com o impacto fiquei com varias escoriações e fui socorrido para o HRTM por uma ambulância da SAMU". *****

"As informações contidas na narrativa do CONDUTOR são de sua inteira responsabilidade, sob pena de responder pelos crimes dos Artigos 299 (Falsidade Ideológica) e o 342 (Falso testemunho), Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade como testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial, ou em julgo arbitral do Código Penal Brasileiro".

Assinatura do Condutor: *Fillype Ronie Pinto França*

Observação do Agente de Trânsito:

Versão colhida dia 06/06/2018, na Sede do 2º DPRE.

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
Comando de Policia Rodoviária Estadual
Setor de Trânsito - Mossoró/RN

Assinatura: *Sd. Deyved Thiago Fernandes Dantas*
Matrícula: 202.021-1

Nome do Agente que registrou as informações	Deivid Neimar Siqueira de Oliveira
Posto/Graduação	3º Sgt

3º Sgt Deivid Neimar S. Oliveira
Matrícula: 164.192-1

Responsável Pelo Setor de Trânsito do 2º DPRE.





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE
SETOR DE TRAFEGO - 2º DPRE

COMPLEMENTO DO BOLETIM
DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

Nº 0501118

1 – LOCAL DO ACIDENTE

Local:	Rua Prudente de Moraes	Bairro:	Paredões
P. Ref.	Próximo ao Queijo Caicó	Data:	09/05/2018

2 – VEÍCULO: V-1

Placa	NNY-8692	Cidade	Mossoró	UF	RN
Marca/Mod.	HONDA BROS 150 ESD	Ano	2011		
Proprietário	CARLOS ALBERTO DE FRANÇA			Nº de Ocupantes	02
Passageiro	LÍGIA GOMES PINTO FRANÇA			Data de Nasci.	07/07/1972
Endereço	Rua Marechal Floriano	nº	387-A	Fone	98825-4181
Bairro	Paredões	Cidade	Mossoró	UF	RN
CPF nº	941.298.274-72	RG nº	1.224.774	Categoria	*****
Local de Trabalho	ATENDENTE DE CONSULTÓRIO			Validade	*****

3 – VERSÃO DO PASSAGEIRO SOBRE O REFERIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO

Onde transitava?	Rua Venceslau Brais	Em que faixa?	DIREITA
Em que sentido?	Centro / Paredões		

Versão do condutor:

"Alega que deslocava como passageira do V-1 na via acima citado, que vinha do trabalho com o seu filho, quando passou no cruzamento o sinal estava aberto para os mesmos, quando estava no meio do cruzamento um veículo nos atingiu e não prestou socorro, com o impacto fiquei com varias escoriações e fui socorrido para o HRTM por uma ambulância da SAMU". *****"

"As informações contidas na narrativa do CONDUTOR são de sua inteira responsabilidade, sob pena de responder pelos crimes dos Artigos 299 (Falsidade Ideológica) e o 342 (Falso testemunho), Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade como testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial, ou em julgamento arbitral do Código Penal Brasileiro".

Assinatura do Condutor

Lígia Gomes Pinto França

Observação do Agente de Trânsito:

Versão colhida dia 06/06/2018, na Sede do 2º DPRE.

2º DPRE	Setor de Trânsito	Nome do Agente que registrou as informações	Deivid Neimar Siqueira de Oliveira	Unidade	2º DPRE
Posto/Graduação	3º Sgt	Matrícula	164.192-1	Viatura	*****

A presente é a cópia fiel
do documento que me foi apresentado.
Mossoró - RN, dia 08 de 2018

3507 M Deivid Neimar S. Oliveira
Matrícula: 164.192-1

Responsável Pelo Setor de Trânsito do 2º DPRE.

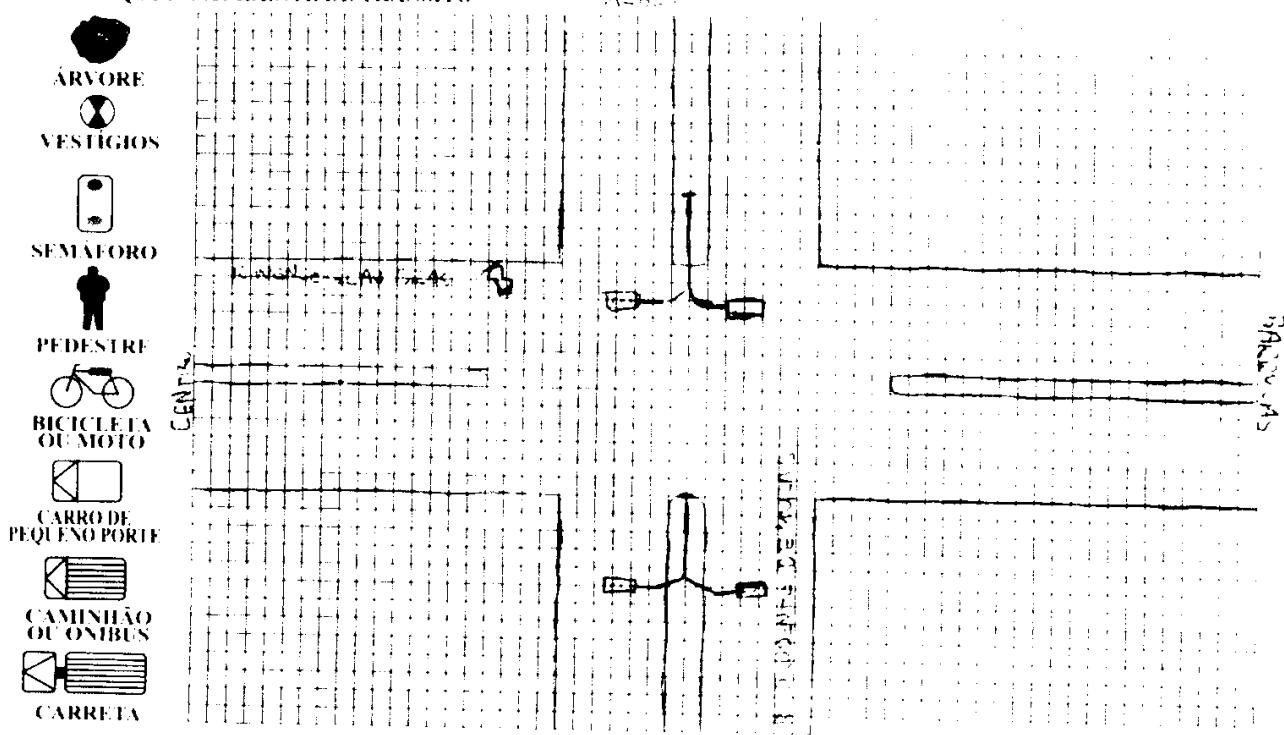
Sd. Deyvid Thiago Fernandes Dantas
Matrícula: 202.021-1



8 - CONDIÇÕES DAVIA

<input type="checkbox"/> Amanhecedo	<input type="checkbox"/> Cond.	<input type="checkbox"/> Tempo	<input type="checkbox"/> Tipo da Pista	<input type="checkbox"/> Custo de Pista	<input type="checkbox"/> Usuário	<input type="checkbox"/> Distância	<input type="checkbox"/> Simplicidade
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente	
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Paralelepipedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Da Agente de Trânsito		
<input type="checkbox"/> Noite e Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulosa	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Active Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input checked="" type="checkbox"/> Do Semeador		
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Active Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Farra de Pedestre		
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Lodo		
		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Encharcada	<input type="checkbox"/> Elevação		
			<input checked="" type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lumbada eletrônica		
			<input checked="" type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Act. Max. Form. - K-4-11		
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> Lembrete de Segurança		
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> Com Barreiras	<input type="checkbox"/> Lembrete de Segurança		
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/> Com Barreiras	<input type="checkbox"/> Lembrete de Segurança		
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> Com Barreiras	<input type="checkbox"/> Lembrete de Segurança		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VÉRUM

RETNUKAN GEL N. SAWANAM AREE.
DUE TO SAWANAM IN TOWN M. 2017

23. SAWANAM PEGAL DR MCG MR
BINH. ANHESU LUTIN UNNATU
CAFF DR HAN U. FATT LAMU MUNLU
ABU DE LUMPERU LAMU LAMU
DIAZERU LANTU LAMU MUNLU
SIT LAMU LAMU LAMU LAMU



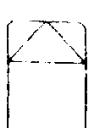
WARIAS DEMONSTRATION



ÁREAS DO VÉRTICE 03



AVARIAS DO VÉRTICE



11 - Vítima condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para _____

Testemunha
Presenciar: Fato Registro

Nome _____ RG N° _____ Orgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / _____ / _____
Endereço _____ N _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
12 Vítima condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para _____

Testemunha
Presenciar: Fato Registro

Nome _____ RG N° _____ Orgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / _____ / _____
Endereço _____ N _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
13 Vítima condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para _____

Testemunha
Presenciar: Fato Registro

Nome _____ RG N° _____ Orgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / _____ / _____
Endereço _____ N _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
14 Vítima condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para _____

Testemunha
Presenciar: Fato Registro

Nome _____ RG N° _____ Orgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / _____ / _____
Endereço _____ N _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____
15 - SOCORRISTA E VÉHICULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca Modelo _____
Nome _____ RG N° _____ Orgão Exp. _____
Endereço _____ N _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____

16 - IMAGENS FOTOS SIM NÃO AUFUCAÇÃO SIM NÃO ALINHADA CÓD. DESD.

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

*Alg. chegar na esq. da serra na nra havia muitos desenhos
individuais de V. havia pelo menos 10 uma grande suspicacia. Vi que estava
na esq. de repouso do liberador na esq. para sair de Franco CNH
013-2575-000*

Nome Completo do Agente FERNANDO SILESTRE JUNIOR
PONTO GRAD. CB PMN 26-339 Ano 2012 Subunid. 2º DIRE
Local e Data Mossoró 01 de Maio de 2013 Assinatura do Agente de Trânsito Fernando Silvestre Junior

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

Sobre o V1 - Em que Rua/Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V1 _____

Sobre o V2 - Em que Rua/Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V2 _____

Sobre o V3 - Em que Rua/Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3 _____

Sobre o V4 - Em que Rua/Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4 _____

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Defesa Social
POLÍCIA MILITAR
Comando de Polícia Rodoviária Estadual
2º Distrito de Polícia Rodoviária Estadual
Setor de Trâfego

ADITAMENTO AO BOLETIM DE ACIDENTE DE TRANSITO N° 0501118.

Eu, DEIVID NEIMAR SIQUEIRA DE OLIVEIRA – 3º SGT PM N° 2000.0086, brasileiro, casado, residente e domiciliado nesta cidade de Mossoró-RN, Matrícula 164.192-1, venho no B.O.A.T. N° 0501118, fazer ADITAMENTO nos seguintes termos:

- 1- Por motivo de no ato do preenchimento do B.O.A.T. N°. 0501118, o condutor veículo denominado V1 foi socorrida para o hospital (HRTM) para atendimento médico, não tendo o policial que registrou a ocorrência, como identificá-lo, deixei de grafar no campo 3 (CONDUTOR), o nome da Sr. FILLYPE RONIE PINTO FRANÇA, CPF:064.435.824-62, RG: 003285281 SSP/RN, CNH N° 06955983678, Validade 21/11/2018 Categoria “AB”.
- 2- Por motivo de no ato do preenchimento do B.O.A.T. N°. 0501118, o passageiro do veículo denominado V1 foi socorrida para o hospital (HRTM) para atendimento médico, não tendo o policial que registrou a ocorrência, como identificá-la e deixei de grafar no campo 11 (Vitimas), o nome da Sra. LÍGIA GOMES PINTO FRANÇA, CPF: 941.298.274-72 E RG1.224.774 SSP/RN, passageira do V-1, que era conduzido por FILLYPE RONIE PINTO FRANÇA, CPF:064.435.824-62, RG: 003285281 SSP/RN, CNH N° 06955983678, Validade 21/11/2018 Categoria “AB”, que o mesmo afirma ela como sendo passageira de seu veículo.
- 3- Que foram apresentados cópia dos documentos de RG, CPF, CNH e entada no HRTM boletim de atendimento N° 11769/2018 do Sr. Fillype Ronie Pinto de França e o boletim de atendimento N° 11768/2018 da Sra. Lígia Gomes Pinto França, devendo o referido documento ser juntado ao B.O.A.T. N° 0501118 registrado no dia 09 de maio de 2018, supramencionado para que surtam os devidos efeitos legais.

RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Defesa Social
POLÍCIA MILITAR

Mossoró-RN, 06 de junho de 2018.

Comando de Polícia Rodoviária Estadual
2º Distrito de Polícia Rodoviária Estadual

A U T O R I T A C A O Fillype Ronie Pinto França
FILLYPE RONIE PINTO FRANÇA (Condutor V-1)

A presente fatura é reprodução feita
do documento que não foi apresentado.

Mossoró - RN, 06 de 06 de 2018

Lígia Gomes Pinto França
LÍGIA GOMES PINTO FRANÇA (Passageira V-1)

Sd. Deyvid Thiago Fernandes Dantas
Matrícula: 202.021-1

DEIVID NEIMAR SIQUEIRA DE OLIVEIRA – 3º SGT PM
RESPONSÁVEL PELO SETOR DE TRÂFEGO.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RN 10759 // 00226 N° 013412477671
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	00308210573	*****	2017

NOME

CARLOS ALBERTO DE FRANCA

CPF / CNPJ

297.174.694-15

PLACA

NNY8692

PLACA ANT / UF

NNY8692/RN

CHASSI

9C2KD0540BR522181

ESPECIE TIPO

COMBUSTIVEL

PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/MAO APENAS

ALCOOL-GÁSOL

MARCA / MODELO

HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB.

2011

ANO MOD.

2011

CAP / POT / CIL.

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

0CV/149 CILINDRADAS

PARTICULAR

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

I

R\$ 0,00

01/08/2017

1º PAGO

P

FAIXA IPVA:

PARCELAMENTO / COTAS

2º PAGO

V

A 014908 3X

R\$ 24,02

3º PAGO

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÉMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

*** TAXAS DETRAN: PAGO ***

DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: KD05E4B522181

DATA

01/08/2017

MOSSORÓ/RN

Sidney Bezerra da Silva
Coordenador do Registro de Veículos
DETRAN - RN
EXPEDITOR

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

RN N° 013412477671 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

— EXERCÍCIO — DATA DA EMISSÃO —

2017

01/08/2017

PLACA

NNY8692

VIA

1

CPF / CNPJ

297.174.694-15

RENAVAM

00308210573

MARCA / MODELO

HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB.

2011

CAT TARIF.

9

ANO CHASSI

9C2KD0540BR522181

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

CUSTO SERVIÇOS PRE-REGISTRO (R\$)

PAGAMENTO

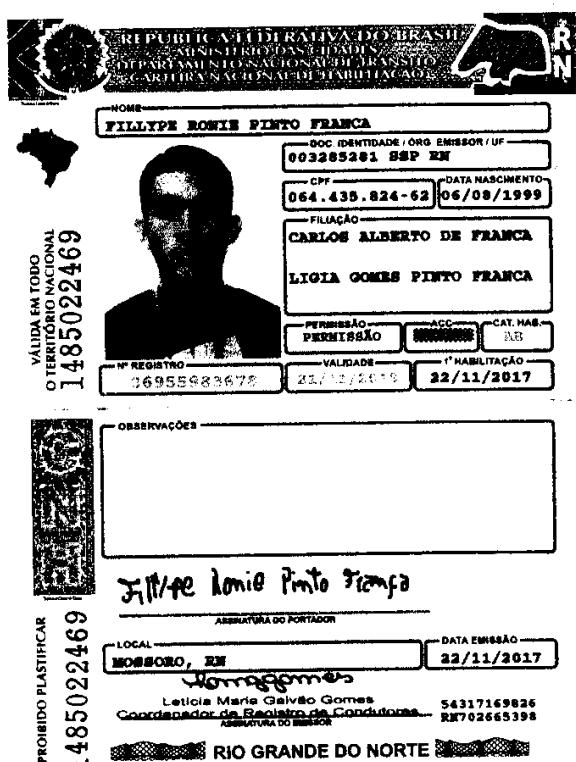
COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04



A

SEGURADORA LIDER

A/C Cristina Grasso

Departamento de Sinistros

Prezados Senhores:

PROCESSO DE SINISTRO DPVAT - INVALIDEZ - Venho comunicar através desta, quê sofri um acidente de transito em consequencia do acidente fiquei com sequelas, Solicito que seja marcada a pericia medica para confirmar minha sequela. Afirmo ainda para os devidos fins, que não possuo mais nenhuma documentação médica, além da acostada ao pleito administrativo em referência, pertinente ao acidente no qual fui vítima.

ATENCIOSAMENTE

X Fábio Roni Pinto Franco

Ortoped. Andrade

Nfn. queda d' motociclet com dor no joelho (l)

Orc Escorregou - Menosvaras nem alterações. Sint. doloroso e agudo
Menosvaras externas sentidas

Pr Sint. agud

QD: Andolle Spray; Analg.; F.I.T.; Ciment

Jr. Guilherme Garcia Rigo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 8187 ATBOT 13541

13/04/06 2018
B1m



SAMU
MOSSORÓ
192

Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO N° 331

Mossoró 25 de Maio de 2018

Em resposta a solicitação do (a) Sr. (a): **CARLOS ALBERTO DE FRANÇA, 57** anos, RG 454.568 passo a informar o que consta em nosso registro.

Identificação da ocorrência: 16

Nome do Paciente: FILLYPE RONE PINTO FRANÇA, 18 anos.

Data: 09/05/2018

Local da ocorrência: Cruzamento das Ruas Wenceslau Brás c/ Prudente de Moraes

Viatura: BRAVO - Unidade de Suporte Básico de Vida – 02.

Hora do Chamado: 11h 16min.

Natureza da Ocorrência: Colisão de moto x carro

Procedimento no Local: Paciente socorrido de acordo com os protocolos SAMU, encaminhado para o Hospital Regional Tarcísio Maia, conforme regulação médica.

[Signature]
Silvana do Monte Santiago
Matrícula 5868-2
Agente administrativo SAMU/Mossoró

[Signature]
Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-2
Diretor do SAMU/ Mossoró

SAMU – Mossoró
Rua: Seis de Janeiro, 509 – Santo Antônio – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN
Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915
e-mail: samumossoro@hotmail.com





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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Antonio Wellington da C. Antunes inscrito (a) no CPF/CNPJ 104.061.604 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fillyne Ronie Pinto Franga inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.435.824 / 62, do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima Fillyne Ronie Pinto Franga, inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.435.824 / 62, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	Cidade	Número	Complemento
Rua Santa Elza Bairro Av. Rural Email <u>abelmaia.adv@gmail.com</u>	<u>Mossoró</u>	<u>14</u> Estado <u>RN</u>	<u>Santa Elza</u> CEP <u>59600-003</u>

Mossoró/RN, 08 de Junho de 2018
Local e Data

Antonio Wellington da C. Antunes
Assinatura do Declarante



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	064.435.824-62	Filipe Ronie Pinto Branca

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Filipe Ronie Pinto Branca</i>	CPF titular da conta <i>064.435.824-62</i>	Profissão <i>Estudante</i>
Endereço <i>Rua marechal Flávio</i>	Número <i>387</i>	Complemento
Bairro <i>Paudóis</i>	Cidade <i>Mossoró</i>	Estado <i>RN</i>
Email <i>abelmaiaadiv@gmail.com</i>	Telefone (DDD) <i>(84)9.8773-3770</i>	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS					
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR		<input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)					
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)					
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)					
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/>	D/V <input type="text"/>	CONTA NRO. <input type="text"/>	D/V <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
BANCO Nome <i>Banco do Brasil</i>		NRO. <i>001</i>			
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/>	D/V <input type="text"/>	CONTA NRO. <input type="text"/>	D/V <input type="text"/>	AGÊNCIA NRO. <i>0036</i>	CONTA NRO. <i>96852</i>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Mossoró/RN, 08 de Junho de 2018
Local e Data

X Filipe Ronie Pinto Branca
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

FAPPF.001 V001/2017

Antonio Wellington da Costa
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Num. 32637611 - Pág. 2



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu, Antonio Walinton da C. L. inscrito (a) no CPF/CNPJ 104.061.604 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Filipe Ronie Pinto França inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.435.824 / 62, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Filipe Ronie Pinto França, inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.435.824 / 62, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Santa Elza</u>	Cidade <u>Mossoró</u>	Número <u>14</u>	Complemento <u>Santa Elza</u>
Bairro <u>Área Rural</u>		Estado <u>RN</u>	CEP <u>59600-001</u>
Email <u>abelmaiaadu@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(84)3316-5699</u>	Telefone celular (DDD) <u>(84)9 8773-3770</u>	

Mossoró/RN 08 de Junho de 2018
Local e Data

X Filipe Ronie Pinto França

Assinatura do Declarante

JUSTIFICATIVA DA FALTA DE PRONTUARIO COMPLETO

Eu, Filipe Roni Pinto França, brasileiro (a),
portador do Rg n° 003.285.281 e CPF 064.435.824-62,
residente e domiciliado (a) Rua Manoel Floriano, 387,
Bairro Paredões, Município Mossoró/RN, venho perante
a seguradora Líder dos consórcios, afirmar que não tenho nenhum desses documentos
exigidos pela seguradora Líder.

1. Relatório de internamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, datas e tratamentos realizados (clínicos, cirúrgico e fisioterapêuticos) e data de alta hospitalar.
2. Relatório de tratamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, datas e locais de tratamento realizados (clínicos, cirúrgicos e fisioterápicos) e data de conclusão do tratamento.

Venho por essa declarar que não tenho nenhum desses documentos acima citados. Pois devidos muitos problemas não fiz o tratamento por completo e nem tenho condições de fazer.

Espero que os senhores compreendam a minha situação e assim possa dar prosseguimento ao meu processo concluindo com a MARCAÇÃO DE PERICIA para confirmar minhas sequelas de acordo o laudo medico.

Local Mossoró/RN, Data 08/06/2018

Atenciosamente

Filipe Roni Pinto França

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Filipe Ronie Pinto França,

RG nº 003.285.281, data de expedição 24/09/2010 Órgão SSP/RN,

CPF nº 064.435.824-62, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Marechal Floriano</u>
Número	<u>387</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Paredões</u>
Cidade	<u>Mossoró</u>
Estado	<u>Rio Grande do Norte</u>
CEP	<u>59618-080</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 9.8773-3770 / (84) 3316-5699</u>
E-mail	<u>abelmaiaadv@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Mossoró / RN 08/06/2018

Assinatura do Declarante: ✓ Filipe Ronie Pinto França



Poder Judiciário do Estado do Rio Grande do Norte

5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

Processo: 0818851-06.2018.8.20.5106

Despacho

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139,VI do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15(quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 15 dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida(CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo de 30(trinta) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz(CPC, art. 178, II), dê-vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05(cinco) dias.

Adotadas as supra-expostas providências, voltem-nos conclusos.

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

Mossoró, 16 de outubro de 2018.

Assinatura digital baseada em certificado digital - infraestrutura de chaves públicas brasileira.

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

Juíza de Direito