



Número: **0820703-65.2018.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **01/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito,**

**Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOAO VICTOR ELOI VIEIRA DE SOUZA (AUTOR)	KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34391 056	01/11/2018 12:59	<a href="#">JOAO VICTOR ELOI VIEIRA DE SOUZA</a>	Outros documentos
34391 070	01/11/2018 12:59	<a href="#">JOAO VICTOR ELOI VIEIRA DE SOUZA (2)</a>	Outros documentos
34391 442	01/11/2018 18:17	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

**VÍTIMA** JOAO VICTOR ELOI VIEIRA DE SOUZA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Natal-RN

**BENEFICIÁRIO** JOAO VICTOR ELOI VIEIRA DE SOUZA**CPF/CNPJ:** 70366198483**Posição em 05-10-2018 10:57:08**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
-------------------	----------------------	------------------	-------------

26/09/2018	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00
------------	--------------	----------	--------------

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS**  
**COM CLAUSULA "AD EXITUM"**

Pelo presente instrumento de contrato, firmado entre as partes de um lado, doravante identificado como contratante brasileiro(a) José Victor Elói Vieira de Souza, portador do CPF: 703.661.984-83 residente na Rua: João Ferreira de Melo, 92, Bairro: Aeroporto, COMARCA Mossoró, os advogados: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada; WAMBERTO BALBINO SALES, brasileiro, casado, advogado, ambos podendo serem citados na Rua Antonio Vieira de Sá nº 986, Aeroporto, em Mossoró - RN, doravante identificados como contratados, a prestação dos seguintes serviços profissionais:

- 1- A parte contratante celebra com os contratados, a prestação de serviços advocatícios, com objetivo de ajuizar ação própria junto a Comarca de Mossoró - RN, tendo como parte demandada, a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A;
- 2- A parte contratante, não pagará qualquer valor aos contratados de imediato, sendo que, ao final na lide, ocorrendo procedência caberá a parte contratante, pagar aos contratados o valor correspondente à 30% (trinta por cento), sob o valor da condenação, independente da verba sucumbencial a ser arbitrada pelo Juízo da causa;
- 3- Em caso de insucesso da demanda, a parte contratante não desembolsará quaisquer valores aos contratados, o risco será arcado pelos advogados contratados, independente do ônus de deslocamentos, alimentação, contratação de outros advogados, dentre outras despesas até a entrega final da pretensão requerida, sendo que, o presente firma-se na clausula "ad exitum";
- 4- Em caso de desistência da demanda, ou, revogação dos poderes em favor de outros outorgados, deverá a parte contratante, pagar aos contratados, o valor correspondente à 30% (TRINTA POR CENTO) sob o valor da causa;
- 5- Nos termos do art. 22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994, caberá a parte contratada, requerer a expedição do competente alvará judicial, em separado ao da parte contratante, ao fim da lide..

Elegem as partes, para dirimir quaisquer dúvidas, e execução inclusive o presente, a comarca de Mossoró - Rio Grande do Norte.

Nada mais a constar vai o presente devidamente assinado para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Mossoró - Rio Grande do Norte, em 16/10/2018.

Contratante: José Victor Elói Vieira de Souza

Contratado: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO  
OAB/7469

Testemunhas: \_\_\_\_\_

CPF nº \_\_\_\_\_

Testemunhas: \_\_\_\_\_

CPF nº \_\_\_\_\_

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: José Victor Elói Vieira de Souza brasileiro(a) -  
Solteiro, Atendente, portador do RG nº 4.107.114, e do  
CPF nº 403.661.384-83, residente na RUA: José Ferreira de Melo  
BAIRRO: Aeroporto COMARCA Mossoró - Rio  
Grande do Norte, nomeia e outorga poderes a Outorgada: KELLY MARIA  
MEDEIROS DO NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada; DARTWNZ  
WAMBERTO BARBOSA SALES (OAB9822/RN) podendo serem intimados na Rua  
Antonio Vieira de Sá nº 986, Mossoró-RN, ao qual confere amplos e  
gerais poderes para o foro em geral com a cláusula "ad Judicia",  
para ajuizar ação de cobrança na Comarca Mossoró -RN,  
para ajuizar, confessar, assinar, desistir, propor acordo,  
receber intimações, dar quitação, transigir, apresentar réplica,  
oposições, firmar acordo, receber e levantar ALVARA JUDICIAL,  
decorrente da presente ação, apresentar recurso e contra razões, e  
a ainda requererem seguro de vida, junto bem como, substabelecer esta  
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 Rio Grande do Norte, para garantir o direito  
do outorgante, e finalmente, praticar todos os atos necessários ao  
bom e fiel desempenho deste mandato.

Mossoró - Rio Grande do Norte, em 16/10/2018.

Outorgante: José Victor Elói Vieira de Souza.  
• 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 POBREZA

José Vítor Elói Vieira de Souza, brasileiro(a), solteiro, A. Tendente portador do RG nº 4.107.311, e do CPF 703.663.38.83 residente na Jose Ferreira de Melo na Cidade de Mossoró - Rio Grande do Norte. Declara nos termos da Lei n. 1.060/50, que é pobre na forma da Lei, não dispondo de meios que possibilitem a custear as despesas processuais na Ação de Cobrança c/c reparação de danos, na Comarca de Mossoró - Rio Grande do Norte. Afirma ainda ser conhedor das sanções penais, caso a presente não retrate a verdade dos fatos. Nada mais digno de registro, assina o presente.

Comarca de Mossoró-RN em 26/10/2018.

Declarante: José Vítor Elói Vieira de Souza

DECLARAÇÃO DE ISENTO DO IMPOSTO DE RENDA

Eu, José Vítor Eloi Vieira de Souza, brasileiro, sócio,  
Atendente, com CPF nº 303.661.934-83, residente na  
Rua José Ferreira de Souza nº 12, BAIRRO: Aeroporto  
Mossoro - RN, DECLARA, sob as penas da lei que é isento  
de declarar imposto de renda, por não ter meios suficientes,  
fazendo presente declaração nos termos- conforme previsto na Lei  
7.115/83. Estou ciente das sanções administrativas, penais e  
cíveis, nos termos do art. 299 do CPB. Nada mais a constar lavro o  
presente para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Mossoro-RN, em 16/autubro/2028

· Declarante: José Vítor Eloi Vieira de Souza

CP - Decreto Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que devesse constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:  
Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_

RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, Órgão \_\_\_\_\_

CPF nº \_\_\_\_\_ venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de 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)	
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	
Estado	
CEP	
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Declarante: José Victor Elai Viana de Souza



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

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

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

#### Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_  
Local e Data

Francis Victor Elói Vieira de Souza  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_ Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



## 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
---------------------------	---------------	-------------------------

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Endereço	Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado
Email	Telefone (DDD)	

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 type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<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\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.  D/V  CONTA NRO.  D/V  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO  
Nome  NRO.

AGÊNCIA NRO.  D/V CONTA NRO.  D/V  
(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.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_  
Local e Data

José Victor Elói Viana de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

## DECLARAÇÃO DE POBREZA

\_\_\_\_\_, brasileiro(a), \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_, e do CPF \_\_\_\_\_, residente na \_\_\_\_\_, na Cidade de \_\_\_\_\_ - Rio Grande do Norte. Declara nos termos da Lei n. 1.060/50, que é pobre na forma da Lei, não dispondo de meios que possibilitem a custear as despesas processuais na Ação de Cobrança c/c reparação de danos, na Comarca de \_\_\_\_\_ - Rio Grande do Norte. Afirma ainda ser conhecedor das sanções penais, caso a presente não retrate a verdade dos fatos. Nada mais digno de registro, assina o presente.

Comarca de Mossoró-RN em \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018.

Declarante: Jean Victor da Veiga de Souza

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS**  
**COM CLAUSULA "AD EXITUM"**

Pelo presente instrumento de contrato, firmado entre as partes de um lado, doravante identificado como contratante \_\_\_\_\_, brasileiro(a) \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, residente na Rua: \_\_\_\_\_, Bairro: \_\_\_\_\_, portador do

os advogados: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada; WAMBERTO BALBINO SALES, brasileiro, casado, advogado, ambos podendo serem citados na Rua Antonio Vieira de Sá nº 986, Aeroporto, em Mossoró - RN, doravante identificados como contratados, a prestação dos seguintes serviços profissionais:

- 1- A parte contratante celebra com os contratados, a prestação de serviços advocatícios, com objetivo de ajuizar ação própria junto a Comarca de \_\_\_\_\_ -RN, tendo como parte demandada, a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A;
- 2- A parte contratante, não pagará qualquer valor aos contratados de imediato, sendo que, ao final na lide, ocorrendo procedência caberá a parte contratante, pagar aos contratados o valor correspondente à 30% (trinta por cento), sob o valor da condenação, **independente da verba sucumbencial a ser arbitrada pelo Juízo da causa**;
- 3- Em caso de insucesso da demanda, a parte contratante não desembolsará quaisquer valores aos contratados, o risco será arcado pelos advogados contratados, independente do ônus de deslocamentos, alimentação, contratação de outros advogados, dentre outras despesas até a entidade final da pretensão requerida, sendo que, o presente firma-se na clausula **"ad exitum"**;
- 4- Em caso de desistência da demanda, ou, revogação dos poderes em favor de outros outorgados, deverá a parte contratante, pagar aos contratados, o valor correspondente à 30% (TRINTA POR CENTO) sob o valor da causa;
- 5- Nos termos do art. 22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994, caberá a parte contratada, requerer a expedição do competente alvará judicial, em separado ao da parte contratante, ao fim da lide.. Elegem as partes, para dirimir quaisquer dúvidas, e execução inclusive o presente, a comarca de Mossoró - Rio Grande do Norte.

Nada mais a constar vai o presente devidamente assinado para que sirva de seus jurídicos e legais efeitos.

Mossoró - Rio Grande do Norte, em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2018.

Contratante: José Victor Elói Vieira da Souza

Contratado: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO  
OAB/7469

Testemunhas: \_\_\_\_\_

CPF nº \_\_\_\_\_

Testemunhas: \_\_\_\_\_

CPF nº \_\_\_\_\_

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: \_\_\_\_\_, brasileiro(a)-  
\_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_, e do  
CPF nº \_\_\_\_\_, residente na RUA: \_\_\_\_\_,  
BAIRRO: \_\_\_\_\_ COMARCA \_\_\_\_\_ - Rio  
Grande do Norte, nomeia e outorga poderes a Outorgada: KELLY MARIA  
MEDEIROS DO NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada; DARTWNZ  
WAMBERTO BARBOSA SALES (OAB9822/RN) podendo serem intimados na Rua  
Antonio Vieira de Sá nº 986, Mossoró-RN, ao qual confere amplos e  
gerais poderes para o foro em geral com a cláusula "ad Judicia",  
para ajuizar ação de cobrança na Comarca \_\_\_\_\_ -RN,  
podendo a outorgada, confessar, assinar, desistir, propor acordo,  
receber intimações, dar quitação, transigir, apresentar réplica,  
oposições, firmar acordo, receber e levantar ALVARA JUDICIAL,  
decorrente da presente ação, apresentar recurso e contra razões, e  
ainda requererem seguro de vida, junto bem como, substabelecer esta  
ainda requererem seguro de vida, junto bem como, substabelecer esta  
com ou sem reservas de poderes, podendo 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 Rio Grande do Norte, para garantir o direito  
do outorgante, e finalmente, praticar todos os atos necessários ao  
bom e fiel desempenho deste mandato.

Mossoró - Rio Grande do Norte, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018.

Outorgante: José Victor Elói Vieira de Souza.  
• Isento de Reconhecimento de Firma, em face da Lei nº 8.952, de  
13/12/1994, que dá nova redação ao art. 38 do CPC.

DECLARAÇÃO DE ISENTO DO IMPOSTO DE RENDA

Eu, \_\_\_\_\_, brasileiro, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, com CPF nº \_\_\_\_\_, residente na  
Rua \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, BAIRRO: \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, RN, DECLARA, sob as penas da lei que é isento  
de declarar imposto de renda, por não ter meios suficientes,  
fazendo presente declaração nos termos- conforme previsto na Lei  
7.115/83. Estou ciente das sanções administrativas, penais e  
cíveis, nos termos do art. 299 do CPB. Nada mais a constar lavro o  
presente para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

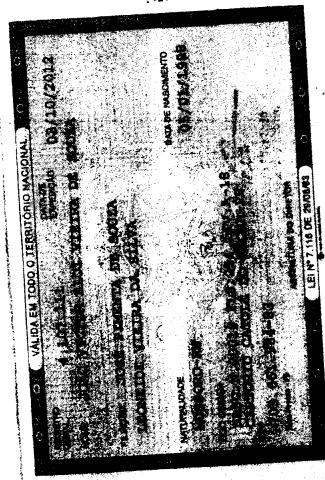
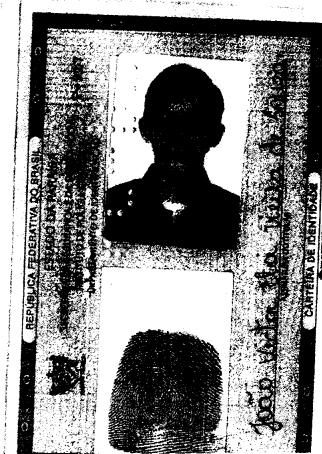
Mosssoro-RN, em \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

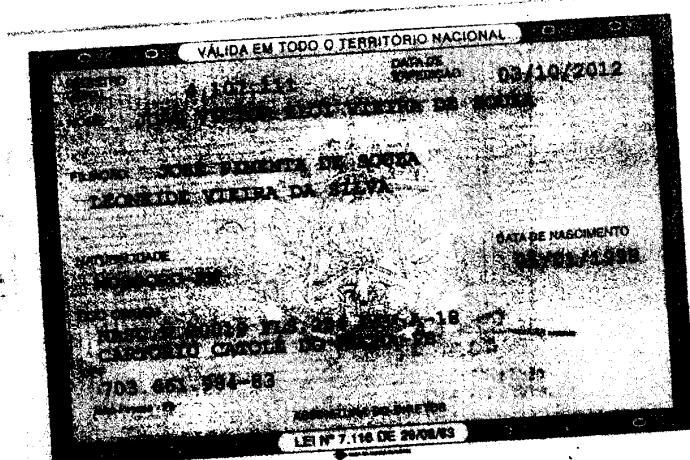
Declarante: José Vítor Eloi Vieira de Souza

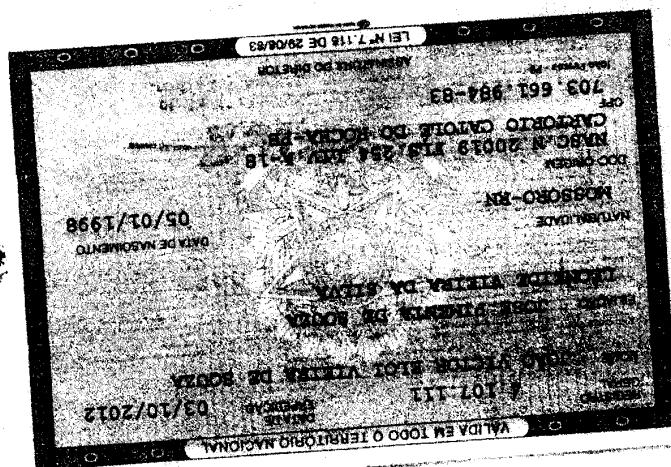
CP - Decreto Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que devesse constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:  
Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.

Parágrafo Único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.  
: also reconhecimento de firma ou letra.







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETTRAN - RN 11094 // 00353		nº 013710288990	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. REGRAVAM.	EL. T.R.C.	EXERCÍCIO
1	01081606370	*****	2018
NOME			
JOÃO VICTOR EL.OL. VIEIRA DE SOUZA			
SÉRIE C/PLA		PLACA	
703.661-364-00		QGF7913	
PLACA ANT. (UE)		CHASSI	
QGF7913 / RN		93F5XKHC0101101	
ESTADO (UF)		COMBUSTÍVEL	
FABRICA (EIRO) / CICLO (KMS) / MÉT. (ADEQUAVEL)		GÁSOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	
RAPEL/EL. / S/OT		ANO MOD.	
CAP / POF / CIL.		CONTRIBUINTE	
0CV/49 CILINDRADAS		VERENELA	
COTA ÚNICA		VEN/COTA	
I	R\$ 0,00	1º ISENTO	
P		2º ISENTO	
V	FAIXA IPVA:	3º ISENTO	
	002.453 3X-	PARCELAMENTO / COTAS	
PRÉMIO TANFÁRIO (R\$) IOF (R\$)		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
** TAXAS DETRAN: PAGO ***		DATA DE PAGAMENTO	
		D/P/VAT	
		PAGO	
OBSERVAÇÕES			
MOTOR: 9XANDO21221			
HOSBOR/ R/N		DATA	
		15/06/2018	
Sistema de Emissões de Slip Coordenação de Emissões de Vídeos - NETTRAN - RN			
EXPEDIDOR			

<b>SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT</b>		
<b>BN N° 013710288970 BILHETE DE SEGURO DPVAT</b>		
<b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b>		
<a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a>		
<b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b>		
<b>EXERCÍCIO</b>		
<b>2018</b>		
<b>DATA EMISSÃO</b>		
<b>15/03/2018</b>		
<b>VA</b>	<b>CPF / CNPJ</b>	
<b>1</b>	<b>703.661.904-83</b>	
<b>PLACA</b>		
<b>OG 7913</b>		
<b>MARCA / MODELO</b>		
<b>KIA MOTORS / SOFT</b>		
<b>Nº CHASSI</b>		
<b>9GFBXVWDCM018101</b>		
<b>ANO-FAB.</b>	<b>CAT. VEÍC.</b>	
<b>2011</b>	<b>B</b>	
<b>PRÊMIO TARIFÁRIO</b>		
<b>FNS (R\$)</b>	<b>DENATRAN (R\$)</b>	<b>CUSTO DO SEGURO (R\$)</b>
<b>CUSTO DO BILHETE (R\$)</b>	<b>IOP (R\$)</b>	<b>TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)</b>
<b>PAGAMENTO</b>		<b>DATA DEQUITAÇÃO</b>
<b>DATA ÚNICA</b>		<b>PARCELADO</b>
<b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b>		
<b>CHV: 09.948.609/0001-04</b>		

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO  
<https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=1811011258438380000033245767>  
Número do documento: 1811011258438380000033245767

Num. 34391070 - Pág. 12



**8. DADOS DA OCORRÊNCIA****9. DOS FATOS****9.1 Histórico**

A COMUNICANTE DECLAROU QUE A VÍTIMA CONDUZIA A SUA MOTO QUANDO A ACUSADA COM A SUA MOTOCICLETA COLIDIU CONTRA A MOTO DA VÍTIMA NO CRUZAMENTO DA VIA; QUE A VÍTIMA SOFREU Queda DA MOTO NA VIA; QUE A VÍTIMA FOI ATENDIDA NO HRTM; QUE DECLAROU O BO PARA FINS DE DPVAT; QUE NÃO HOUVE REPRESENTAÇÃO CRIMINAL OU INVESTIGAÇÃO NESTA DP; NADA MAIS DISSE.

**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.

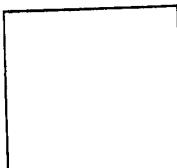
Data 23/05/2018 15:28:26



Policial



Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1690205 - Helder Emerson Nogueira Jerônimo

Impresso por: 1690205 - Helder Emerson Nogueira Jerônimo em 23/05/2018 15:28:43

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS  
Centro  
Rua Santos Dumont, 10  
Natal - RN  
Cidade: (83) 3317-4278

**AUTENTICAÇÃO**  
CERTIFICO que a presente cópia  
é reprodução fiel do original que me  
foi apresentado dou fé.

06 JUN. 2018  
*Assinatura*

Luzuellen S. de Mendonça Fernandes TABELA  
Ruserto Alves C Fernandes SUBSTITUTO  
Francisco José Maximiano SUBSTITUTO  
Luana Kariny Mendonça Fernandes SUBSTITUTO  
Pedro Ramon Mendonça Fernandes SUBSTITUTO

Protocolo: J20180650000428 - Código de autenticação: 26b500ce9d249ef7130fd9106c157fd

Página 2 2



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: 2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ

Endereço: RUA CAMILO DE PAULA, S/N, NOVA BETÂNIA, MOSSORÓ

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2018065000428 1.2 Data de Expedição: 23/05/2018 15:28:26  
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM 1.4 Ligou CIOSP: Não

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 09/05/2018 13:20:00 2.2 Autoria: Conhecida  
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não  
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo 2.6 Logradouro: RUA RUI BARBOSA COM NÍSIA FLORESTA  
2.6 Tipo do local: Via Pública 2.9 CEP:  
2.8 Número: S/N 2.11 Ponto de Referência:  
2.10 Complemento: 2.13 Cidade: MOSSORÓ  
2.12 Bairro: CENTRO  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

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

3.1 Nome Completo: LEONEIDE VIEIRA DA SILVA 3.2 Estado civil: Casado(a)  
3.3 Nome Social: 3.4 Pai:  
3.5 Etnia: Branca 3.6 Mãe: JOSEFA VIEIRA DE MELO  
3.7 Sexo: FEMININO 3.8 Orientação Sexual:  
3.9 CPF: 3.10 Identidade de Gênero:  
3.11 Nacionalidade: 3.12 Data de Nascimento: 17/09/1967  
3.13 Profissão: DO LAR 3.14 RG: 1182294 - ITEP/RN  
3.15 Telefone(s): 84 998899251 3.16 Passaporte:  
3.17 Número: 12 3.18 Naturalidade: CATOLÉ DO ROCHA/PB  
3.19 Bairro: AEROPORTO II 3.20 E-Mail:  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.22 Logradouro: RUA JOSÉ FERREIRA DE MELO  
3.23 Cidade: MOSSORÓ 3.24 CEP:

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)**

4.1.1 Nome Completo: JOÃO VITOR ELOI VIEIRA DE SOUSA 4.1.2 Estado civil: Solteiro(a)  
4.1.3 Nome Social: 4.1.4 Pai: JOSÉ PIMENTA DE SOUSA  
4.1.5 Mãe: LEONEIDE VIEIRA DA SILVA 4.1.6 Identidade de Gênero:  
4.1.7 Orientação Sexual: 4.1.8 Etnia: Branca  
4.1.9 Sexo: MASCULINO 4.1.10 Data de Nascimento: 05/01/1998  
4.1.11 CPF: 4.1.12 RG: 4107111  
4.1.13 Nacionalidade: 4.1.14 Profissão:  
4.1.15 Logradouro: RUA JOSÉ FERREIRA DE MELO 4.1.16 Passaporte:  
4.1.17 Número: 12 4.1.18 E-Mail:  
4.1.19 Bairro: AEROPORTO II 4.1.20 CEP:  
4.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 4.1.21 Cidade: MOSSORÓ

**5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)**

5.1.1 Nome Completo: LUCILENE 5.1.2 Alcunha:  
5.1.3 Nome Social: 5.1.4 Pai:  
5.1.5 Estado civil: 5.1.6 Mãe:  
5.1.7 Etnia: 5.1.8 Identidade de Gênero:  
5.1.9 Data de Nascimento: 5.1.10 Orientação Sexual:  
5.1.11 RG: Não informado 5.1.12 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO  
5.1.13 Profissão: 5.1.14 CPF:  
5.1.15 Passaporte: 5.1.16 Nacionalidade:  
5.1.17 Características: RELATOU: MOTOCICLISTA DE NOME LUCILENE.  
5.1.18 Logradouro:  
5.1.19 Número:  
5.1.20 CEP:  
5.1.21 Bairro:  
5.1.22 Cidade:  
5.1.23 Estado:

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

**7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

7.1.1 Segurado: Não 7.1.2 Seguradora:  
7.1.3 Chassi: 7.1.4 Renavam:  
7.1.5 Placa: nob8355 7.1.6 Estado:  
7.1.7 Marca: HONDA 7.1.8 Modelo: CG 125 FAN ES  
7.1.9 Ano do Modelo: 2012 7.1.10 Ano de Fabricação: 2012  
7.1.11 Cor do veículo: PRETA 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA  
7.1.13 Nota Fiscal:  
7.1.15 Nome do proprietário: SANDOVAL MIGUEL DE GOIS 7.1.14 Número do Motor:  
7.1.17 Nome do condutor: A ACUSADA 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:  
7.1.18 Observações:  
  
7.2.1 Segurado: Não 7.2.2 Seguradora:  
7.2.3 Chassi:  
7.2.5 Placa: qgf7913 7.2.4 Renavam:  
7.2.7 Marca: KASINSKI 7.2.6 Estado:  
7.2.9 Ano do Modelo: 2012 7.2.8 Modelo: SOFT  
7.2.11 Cor do veículo: VERMELHA 7.2.10 Ano de Fabricação: 2011  
7.2.13 Nota Fiscal:  
7.2.15 Nome do proprietário: JOAO VICTOR ELOI VIEIRA DE SOUZA 7.2.12 Tipo do veículo: CICLOMO  
7.2.17 Nome do condutor: A VÍTIMA 7.2.14 Número do Motor:  
7.2.18 Observações:  
7.2.16 Vínculo com a Ocorrência:

SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS  
Rua 300, número 10 Centro  
Mossoró - RN Fone: (84) 3317-4278



**AUTENTICAÇÃO**  
CERTIFICO que a presente cópia  
é reprodução fiel do original que me  
foi apresentado dou fé.

06 JUN 2018

*(Signature)*

Luziene B. de Mendonça Fernandes TABELIÃ  
Roberto Alves G. Fernandes SUBSTITUTO  
Francisco José Maximiano SUBSTITUTO  
Luane Kariny Mendonça Fernandes SUBSTITUTO  
Pedro Ramon Mendonça Fernandes SUBSTITUTO



**Sistema Único de Saúde**      **Ministério da Saúde**

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HRTM</b>			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HRTM</b>		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE <b>José Boitem Pinto Vieira da Silva</b>		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <b>710101201214119151592</b>		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>05/03/1981</b>	
9 - SEXO <b>Masculino</b>		10 - RACA/COR <b>1</b>	
11 - NOME DA MÃE <b>LEONESIDE VIEIRA DA SILVA</b>		12 - TELEFONE DE CONTATO DDD <b>11</b> N° DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO DDD <b>11</b> N° DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) <b>José Boitem Pinto de Melo, 12</b>		16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Resende</b>	
		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO <b>35111</b>	
		18 - UF <b>RJ</b>	
		19 - CEP <b>26200-000</b>	

## **JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO		
<p>paciente vítima de colisão moto x moto há ± 24 horas. Evolui com dor abdominal intensa. Ao exame: Abdome algo rígido, principalmente em flexão E. Indolor à palpação. Bruxismo. R.H.A. TC do abdome e/ou ecdesist. Hemoperitoneo importante. Lesão esplênica.</p>				
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		<p>HOSPITAL REGIONAL DA SERRA DA MATA ESTA CONFORME SAME MASCOTE 21/05/18 VLSR SAME ARQUIVO</p>		
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
<p>Anamnese + exame clínico + TC do abdome com ecdesist.</p>				
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Trauma enxerto		536.0		

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
<i>Enfase e tonus</i>				<b>04101410310123</b>
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
<i>Unimed</i>	<i>Unimed</i>	( ) CNS      ( ) CPF		
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO BONSELHO)	
		<b>10/05/18</b>	<i>BO</i>	

**PREPARAR EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - Nº DO BILHETE		41 - SÉRIE	
37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA		44 - CBOR	
38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO							
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA							
( ) EMPREGADO		( ) EMPREGADOR		( ) AUTÔNOMO		( ) DESEMPREGADO	
						( ) APOSENTADO	
						( ) NÃO SEGURADO	

## AUTORIZAÇÃO

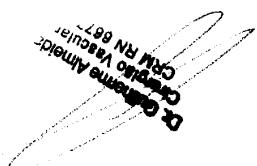




30/02/2018 08:30



10/05/2018 08:44



CRM RN 6871  
CRESCEME ADMINISTRAÇÃO

02/05/2018 - Encaminhado + Digitalizado

Sexta-feira, 04/05/2018, 08:44:00, horário de Brasília

Este documento é digitalizado, assinado e enviado por e-mail.

Assinado por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (CRM RN 6871)

Assinado em: 04/05/2018, 08:44:00, horário de Brasília

Assinado por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO

Assinado em: 04/05/2018, 08:44:00, horário de Brasília

Assinado por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (CRM RN 6871)

Assinado em: 04/05/2018, 08:44:00, horário de Brasília

Assinado por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO

Assinado em: 04/05/2018, 08:44:00, horário de Brasília

Assinado por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO

Assinado em: 04/05/2018, 08:44:00, horário de Brasília

Assinado por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA  
BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 11830 /2018  
Admissão: 09/05/2018 22:04:53

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: **10841 - JOAO VICTOR ELOI VIEIRA DE SOUZA** (20 a 4 m 4 d)

Nascimento: 05/01/1998 Natural: MOSSORÓ.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA  
CNS: CPF: 70366198483 Prof:  
Mãe: LEONEIDE VIEIRA DA SILVA Pai: JOSE PIMENTA DE SOUZA  
Logradouro: JOSE FERREIRA DE MELO, 12 Cidade: MOSSORÓ  
CEP: 59607056 Bairro: AEROPORTO II  
Telefone: 84.998899251 84 998899251 Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: NÃO REGULADO

Origem: FAMILIA

\*Empresa:

OBS:	Classificação: 09/05/2018 22:01:32   PESO:									
	HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
		110 80								

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: 20a,acidente de moto no percurso do trabalho,com capacete,refere dor abdominal.

Hora: \_\_\_\_\_

*Acidente de moto  
refere dor abdominal e  
dor nos costados  
viagem de 90  
minutos.  
Adm. ORG. 0001:*

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
<i>Dr. Gomes</i>			
1- D. eto Jefu			
2- Banho com banho long, EV, 6/6 horas		13:40	<i>Dr. Gomes</i>
3- TC Abdomen no rotule EV			
4- Observar			
<i>ESTA CONFORME ORIGINAIS SAMM 05/05/2018 SANE ARQUIVO</i>			

\*Saída: - ( ) Alta por decisão médica; ( ) Internação; ( ) Enc.outroServiço; ( ) Evasão

Data: \_\_\_/\_\_\_/18. Hr: \_\_\_ Ass. Médico: \_\_\_\_\_

\*Gerado via SX por KLEBER RICARDO DE FRANCA BEZERRA. Impresso em 09 de Maio de 2018.

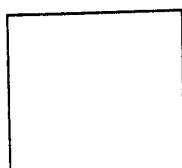
**8. DADOS DA OCORRÊNCIA****9. DOS FATOS****9.1 Histórico**

A COMUNICANTE DECLAROU QUE A VÍTIMA CONDUZIA A SUA MOTO QUANDO A ACUSADA COM A SUA MOTOCICLETA COLIDIU CONTRA A MOTO DA VÍTIMA NO CRUZAMENTO DA VIA; QUE A VÍTIMA SOFREU Queda DA MOTO NA VIA; QUE A VÍTIMA FOI ATENDIDA NO HRTM; QUE DECLAROU O BO PARA FINS DE DPVAT; QUE NÃO HOUVE REPRESENTAÇÃO CRIMINAL OU INVESTIGAÇÃO NESTA DP; NADA MAIS DISSE.

**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: 23/05/2018 15:28:26

  
Policial  
Interessado

Polegar direito

Atendimento: 1690205 - Helder Emerson Nogueira Jerônimo

Impresso por: 1690205 - Helder Emerson Nogueira Jerônimo em 23/05/2018 15:28:43

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Página 22

Protocolo: J2018065000428 - Código de autenticação: 28b410ce9d249cf71308d9106c157fad



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: 2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ  
Endereço: RUA CAMILO DE PAULA, S/N, NOVA BETÂNIA, MOSSORÓ

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2018065000428  
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM  
1.2 Data de Expedição: 23/05/2018 15:28:26  
1.4 Ligou CIOSP: Não

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 09/05/2018 13:20:00  
2.3 Fato: Consumado  
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo  
2.6 Tipo do local: Via Pública  
2.8 Número: S/N  
2.10 Complemento:  
2.12 Bairro: CENTRO  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
2.7 Logradouro: RUA RUI BARBOSA COM NÍSIA FLORESTA  
2.9 CEP:  
2.11 Ponto de Referência:  
2.13 Cidade: MOSSORÓ

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

3.1 Nome Completo: LEONEIDE VIEIRA DA SILVA  
3.3 Nome Social:  
3.5 Etnia: Branca  
3.7 Sexo: FEMININO  
3.9 CPF:  
3.11 Nacionalidade:  
3.13 Profissão: DO LAR  
3.15 Telefone(s): 84 998899251  
3.17 Número: 12  
3.19 Bairro: AEROPORTO II  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
3.23 Cidade: MOSSORÓ  
3.2 Estado civil: Casado(a)  
3.4 Pai:  
3.6 Mãe: JOSEFA VIEIRA DE MELO  
3.8 Orientação Sexual:  
3.10 Identidade de Gênero:  
3.12 Data de Nascimento: 17/09/1967  
3.14 RG: 1182294 - ITER/RN  
3.16 Passaporte:  
3.18 Naturalidade: CATOLÉ DO ROCHA/PB  
3.20 E-Mail:  
3.22 Logradouro: RUA JOSÉ FERREIRA DE MELO  
3.24 CEP:

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)**

4.1.1 Nome Completo: JOÃO VITOR ELOI VIEIRA DE SOUSA  
4.1.3 Nome Social:  
4.1.5 Mãe: LEONEIDE VIEIRA DA SILVA  
4.1.7 Orientação Sexual:  
4.1.9 Sexo: MASCULINO  
4.1.11 CPF:  
4.1.13 Nacionalidade:  
4.1.15 Logradouro: RUA JOSÉ FERREIRA DE MELO  
4.1.17 Número: 12  
4.1.19 Bairro: AEROPORTO II  
4.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
4.1.2 Estado civil: Solteiro(a)  
4.1.4 Pai: JOSÉ PIMENTA DE SOUSA  
4.1.6 Identidade de Gênero:  
4.1.8 Etnia: Branca  
4.1.10 Data de Nascimento: 05/01/1998  
4.1.12 RG: 4107111  
4.1.14 Profissão:  
4.1.16 Passaporte:  
4.1.18 E-Mail:  
4.1.20 CEP:  
4.1.21 Cidade: MOSSORÓ

**5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S)**

5.1.1 Nome Completo: LUCILENE  
5.1.3 Nome Social:  
5.1.5 Estado civil:  
5.1.7 Etnia:  
5.1.9 Data de Nascimento:  
5.1.11 RG: Não informado  
5.1.13 Profissão:  
5.1.15 Passaporte:  
5.1.17 Características: RELATOU: MOTOCICLISTA DE NOME LUCILENE.  
5.1.18 Logradouro:  
5.1.19 Número:  
5.1.21 Bairro:  
5.1.23 Estado:  
5.1.2 Alcunha:  
5.1.4 Pai:  
5.1.6 Mãe:  
5.1.8 Identidade de Gênero:  
5.1.10 Orientação Sexual:  
5.1.12 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO  
5.1.14 CPF:  
5.1.16 Nacionalidade:  
5.1.20 CEP:  
5.1.22 Cidade:

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

**7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

7.1.1 Segurado: Não  
7.1.3 Chassi:  
7.1.5 Placa: nob8355  
7.1.7 Marca: HONDA  
7.1.9 Ano do Modelo: 2012  
7.1.11 Cor do veículo: PRETA  
7.1.13 Nota Fiscal:  
7.1.15 Nome do proprietário: SANDOVAL MIGUEL DE GOIS  
7.1.17 Nome do condutor: A ACUSADA  
7.1.18 Observações:  
7.2.1 Segurado: Não  
7.2.3 Chassi:  
7.2.5 Placa: qgf7913  
7.2.7 Marca: KASINSKI  
7.2.9 Ano do Modelo: 2012  
7.2.11 Cor do veículo: VERMELHA  
7.2.13 Nota Fiscal:  
7.2.15 Nome do proprietário: JOAO VICTOR ELOI VIEIRA DE SOUZA  
7.2.17 Nome do condutor: A VÍTIMA  
7.2.18 Observações:  
7.1.2 Seguradora:  
7.1.4 Renavam:  
7.1.6 Estado:  
7.1.8 Modelo: CG 125 FAN ES  
7.1.10 Ano de Fabricação: 2012  
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA  
7.1.14 Número do Motor:  
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:  
7.2.2 Seguradora:  
7.2.4 Renavam:  
7.2.6 Estado:  
7.2.8 Modelo: SOFT  
7.2.10 Ano de Fabricação: 2011  
7.2.12 Tipo do veículo: CICLOMOTOR  
7.2.14 Número do Motor:  
7.2.16 Vínculo com a Ocorrência:

Protocolo: J2018065000428 - Código de autenticação: 266300ce9d249cf71308d9106c15715d

Página 12

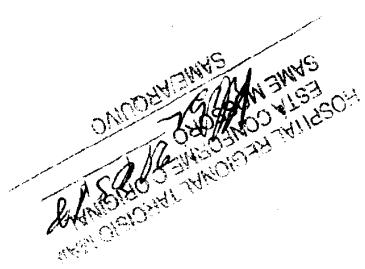


GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

## **EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Nome: João Victor Bloi Viana de Souza Série: 10

## **PRESCRIÇÃO**



2018  
CNPJ 22.000.000/0001-01  
Kelly B. Medeiros

Assunto: Consulta de paciente.  
Referência: Consulta de paciente.  
Consulta: Consulta de paciente.  
Data: 10/05/18  
Assinatura: Kelly B. Medeiros



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Jair Victor Pela Wana Be Sape Reg. Nº \_\_\_\_\_

Diagnóstico pré-operatório: Virus Esplenomegal

Indicação terapêutica: Explenectomia

INTERVENÇÃO

Início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

Operador Dr. Eraldo

1<sup>a</sup> Auxiliar: Dr. Ed Bocei

2<sup>a</sup> Auxiliar: \_\_\_\_\_

3<sup>a</sup> Auxiliar: Vergueiro

Instrumentador: Verdeiro

Anestesista: Dr. Leopoldo

*HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
EST. 1950  
SANEAMENTO  
SAÚDE PÚBLICA  
SALVAMENTO*

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

Limpa  Pot. Contaminada  Contaminada  Infectada

Abordagem e Autonomia  
Operação de Raspagem, Drenagem, supuração local, Rins  
do fígado  
Abordagem: O grande desafio é de  
manusear em campo aberto, dentro a  
única opção: O redondo Exploratório  
languir da cavidade com a prótese,  
Drenagem - da cavidade el paciente 3.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

NOME: *Jair M. Viana*

SERVIÇO: *de Sosse*

IDADE: *20 Anos* N° REG: \_\_\_\_\_

ENF: \_\_\_\_\_

LEITO: \_\_\_\_\_

HISTÓRIA CLÍNICA

10/05/18

*Paciente Viana Jair M. Viana de 20 anos, com chance de alta, com história de grande aperto abdominal, o qual apresenta dor no abdômen central e direito, com intensidade moderada.*

*De centro direção para esquerda.*

*OB*

*DATA: 10/05/18  
SALVAMENTO: 01  
SALVAMENTO: 01*

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA  
*Admissão de Internamento Hospitalar*

Nº FIA: 1297 /2018

Prontuário: 201250

Paciente: 10841 - JOAO VICTOR ELOI VIEIRA DE SOUZA  
Cartão SUS: 700202442955922 CPF: 70366198483  
Idade: 20 anos 4 meses 5 dias Sexo: M Etnia: PARDA  
Nome da mãe: LEONEIDE VIEIRA DA SILVA  
Nome do pai: JOSE PIMENTA DE SOUZA  
Rua/Av: JOSE FERREIRA DE MELO  
Complemento:  
CEP: 59607056  
Telefone: 84 998899251 84 998899251  
Especialidade: CLINICA CIRURGICA  
Responsável: JOAO VICTOR ELOI VIEIRA DE SOUZA -  
Usuário: ANTONIO HELIO DA SILVA

Dt Nasc: 05/01/1998  
Estado Civil: NÃO INFORMADO  
Nº:12  
Bairro: AEROPORTO II  
Cidade: MOSSORO  
Unidade: CLINICA CIRURGICA Leito:215. 02

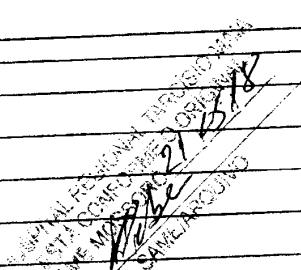
Admissão: 10/05/2018 15:18:40 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S36.0 - TRAUMATISMO DO BAÇO  
407030123 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

**RESUMO DE ALTA**

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM  
MOSSORO, 10 de Maio de 2018.





**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA**

## EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Diego Vitor Ecológico Leito: Diego Vitor

DATA	EVOLUÇÃO
14	4: D-PD. ESCENOCLASIA.
05	DOENÇA: EFETO DE EXPECTORANTE E
20/03	CAUSADO NA VISION. COM ESSE DIA GOSTAR SEM ALGUMA, INFLUÊNCIA. ATIVIDADES: PINTAR, RELEITURA, DORMIR DE CONTEÚDO. VISION E MÍDIA DE ALGUMAS FAZEM DESVIAÇÃO. ATIVIDADES DAS QUAIS
	PREScrição

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
14-1	Dix 400 mg			
05-2	8-Griseo 80. 1000 f		16/3/14	
13-3	5-fenitoacetato 400 f		16/3/14	5-
	00. 28 gotas f/100 ml			
3-	Cefaclor 500 mg			
	ou 810 mg (Glypfero)		(14/3/14)	(14/3/14)
4-	Oxazepam 40 mg 20.00		06	
5-	Doxicova - 02 compr.			
	00. 1000 mg			
6-	Fioric 40 mg. 00.			
	12/12/14			
7-	finst 500 mg			
8-	Resu 400 mg			
	1) 500 mg 05 gotas			
	2) 1000 mg 40 gotas			
	3) 500 mg 10 gotas			
9-	Doxycycl.			
10-	Doxycycl. 000 mg			
	com 1000 mg			
11-	Ceftriaxone 1g 12/12/14			



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA**

## EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: João Vítor César Viana Leito: 305-6

DATA	EVOLUÇÃO
13	3º D.I.O de Coletânea. (Muito lento)
05	Mm paciencia. Foi lenta, mas foi paciente
18	Debido ao drama da paciente.

305/6

## **PRESCRIÇÃO**

*Flávia B. Medeiros*  
Cirurgião Geral  
CRM 2.422



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA**

## EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Jas Weston Blair Warren Leito: 305-6

DATA	EVOLUÇÃO
19	2º DPO de hospitalização, Blodex, Batafel xem excesso, Acentu. Dorso, Dificuldade,
23	Blodex filatelo, fo tempo; mobilidade Drano de permane
18	

## **PRESCRIÇÃO**



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

## EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: João Victor Filho Vieira

- 200x Leito:

DATA	11/05/18	EVOLUÇÃO
FC: 105	1º DPO de exploratormia direta. Trauma abdominal acho	
Sat O <sub>2</sub> : 99%	do + Hemoperitoneu	
	- Paciente encontra-se ótimo + estabil, desacelerado (1+). Edemacul	
	ausentes, fletas +. Diversas N.	
	- ACV: RCR, 2+, BNF, 55. (AR: M) +, vermelhos em AHT.	
	ABD: Exangs, tânde, indolores na palpação. R/HAT +.	
	FO: Limpa, sem sinais higiénicos. Fim de consulta e) encerra	
PRESCRIÇÃO		

## **PRESCRIÇÃO**



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SESAP - Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia

FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

09/05/18	
DATA DE ENTRADA	HORA

Nome do Usuário: <i>João Victor Eloi Vieira de Souza</i>		Naturalidade <i>Mossoró - RN</i>	
Filiação*	<i>José Pimenta de Souza Leonide Vieira da Silva</i>		
Estado Civil: <i>Solteiro</i>	Data de Nascimento: <i>05/10/1998</i>	Idade: <i>20</i>	Sexo: <i>F</i>
Endereço: <i>Rua José Ferreira de Melo</i>		Nº <i>12</i>	
Vaíro: <i>Aeroporto II</i>	Cidade: <i>Mossoró - RN</i>	Profissão:	
Ponto de Referência:			
CNS - Cartão Nacional do SUS: <i>700 2024 4295 5922</i>		CPF: <i>703.661.984-83</i>	RG: <i>4.107.111</i>
Telefone para contato:			
Pessoa Responsável: <i>A mãe</i>	Grau de parentesco: <i>—</i>	Telefone: <i>9.9889-8251</i>	

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

CASA	<input checked="" type="checkbox"/>	PRÓPRIA	<input type="checkbox"/>	ALUGADA	<input checked="" type="checkbox"/>	CEDIDA	<input type="checkbox"/>	TELEFONE	<input type="checkbox"/>
ÁGUA	<input checked="" type="checkbox"/>	LUZ	<input checked="" type="checkbox"/>	TAIPA	<input type="checkbox"/>	ALVENARIA	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
NÚMERO DE PESSOAS QUE RESIDEM	<i>04</i>	CRIANÇA	<input type="checkbox"/>	ADOLESCENTE	<i>01</i>	ADULTO	<i>03</i>	IDOSO	<input type="checkbox"/>

PROCEDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

CRACHÁ	<input checked="" type="checkbox"/>	REFEição	<input type="checkbox"/>	NORMAS E ROTINAS	<input checked="" type="checkbox"/>	ORIENTAÇÃO	<input type="checkbox"/>
--------	-------------------------------------	----------	--------------------------	------------------	-------------------------------------	------------	--------------------------

MOTIVO DA INTERNAÇÃO:	<i>Acidente de Moto</i>		
-----------------------	-------------------------	--	--

CLÍNICA	<i>curvijcca</i>	LEITO	<i>305-06</i>
---------	------------------	-------	---------------

Observações:
--------------

Data: *11/05/18*

DATA: 11/05/18  
SALVADOR  
SAÚDE PÚBLICA

*Andrade*  
Assistente Social

## HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA SETOR DE IMAGEM

Nome do Paciente: Joao Victor Eloi Vieira, 20 anos

Data do Exame: 10/05/2018 às 8:09h

Origem: HRTM

Dados clínicos: Trauma abdominal

### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOME SEM CONTRASTE

#### TÉCNICA:

Aquisição volumétrica, sem contraste.

#### ACHADOS PRINCIPAIS DA URGÊNCIA:

- Moderada ascite com atenuação acentuada, compatível com hemoperitôneo importante (mais evidente periesplênico, nas goteiras parieto-côlicas inferiormente, nas fossas ilíacas e principalmente na cavidade pélvica).
- Baço difusamente heterogêneo, por vezes com contornos irregulares e mal-definidos compatível com lesão esplênica parcial, notando-se fina coleção hemática adjacente.
- Leve hepatoesplenomegalia.
- Ausência de dilatação intestinal, pneumoperitôneo, apendicite, ureterolitíase.

Obs. 1: Exame liberado em caráter de urgência, sem o uso de contraste (o que diminui a acurácia diagnóstica, mas evita riscos inerentes ao uso desta substância).

Obs. 2: Este é um exame complementar usado para auxílio diagnóstico. Assim, os achados e hipóteses aqui descritos não devem ser analisados isoladamente, mas em conjunto com todas as demais informações (dados clínico-laboratoriais +/- outros exames complementares etc) pelo médico solicitante, a quem compete, de posse de todos estes dados, concluir sobre as melhores possibilidades diagnósticas e de conduta a serem seguidas. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

FRANKLIN DE FREITAS TERTULINO  
RADIOLOGISTA / CRM-RN: 5673 / RQE: 1599  
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

## EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Name: Janet Weller Date: 10/16/04 Leito: \_\_\_\_\_

DATA	EVOLUÇÃO
15	Parcial bem, nem piora
16	Dresse piorado + lempo.
18	Abdome inflado.

## **PRESCRIÇÃO**

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: José Victor Elói Vieira de Souza  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro  
Profissão: Atendente Identidade: 4-107-111  
Endereço: Rua: José Ferreira de melo nº 12

### PROCURADOR:

Nome: Leonneide Vieira da Silva  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: casada  
Profissão: Agricultora Identidade: 1-182-294  
CPF: 541058584-20  
Endereço: Rua: José Ferreira de melo nº 12

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Lider dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sinceres e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações, bem como, levantar valores decorrente da indenização do Seguro DPVAT, junto ao Banco do Brasil ou Caixa Econômica Federal ou Bradesco ou qualquer outra agência credenciada, podendo ainda assinar, dar e receber quitação, tudo para o fiel cumprimento deste mandato.

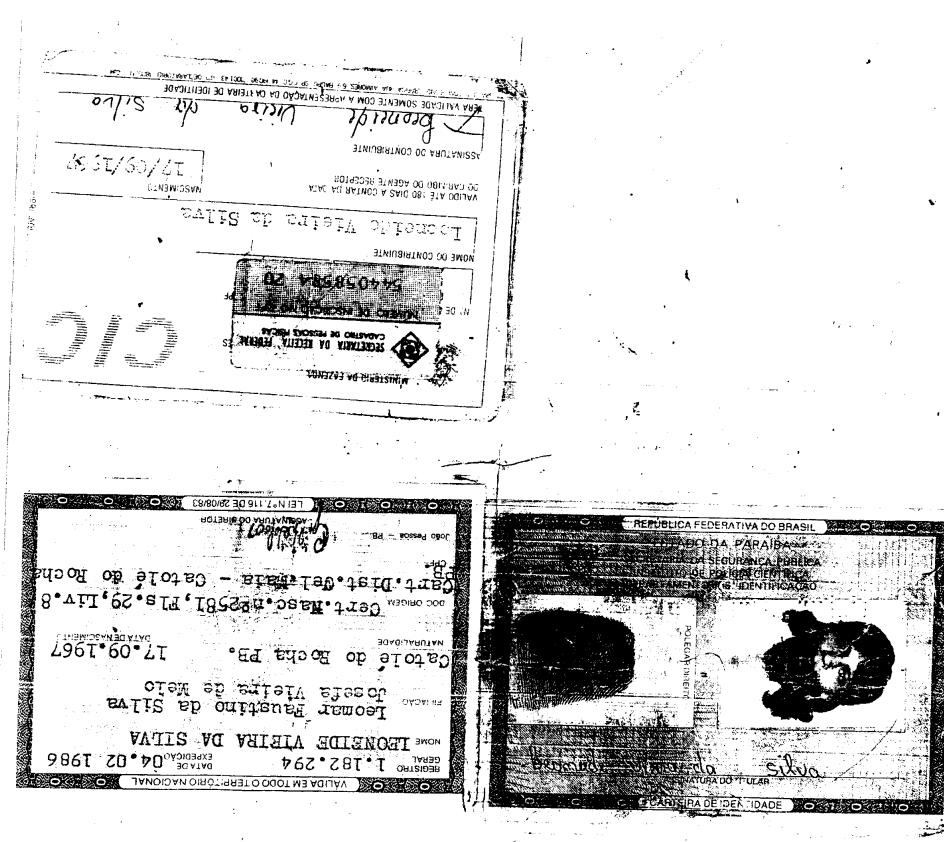
MOSSORÓ,RN 07/06/2018  
Local e data

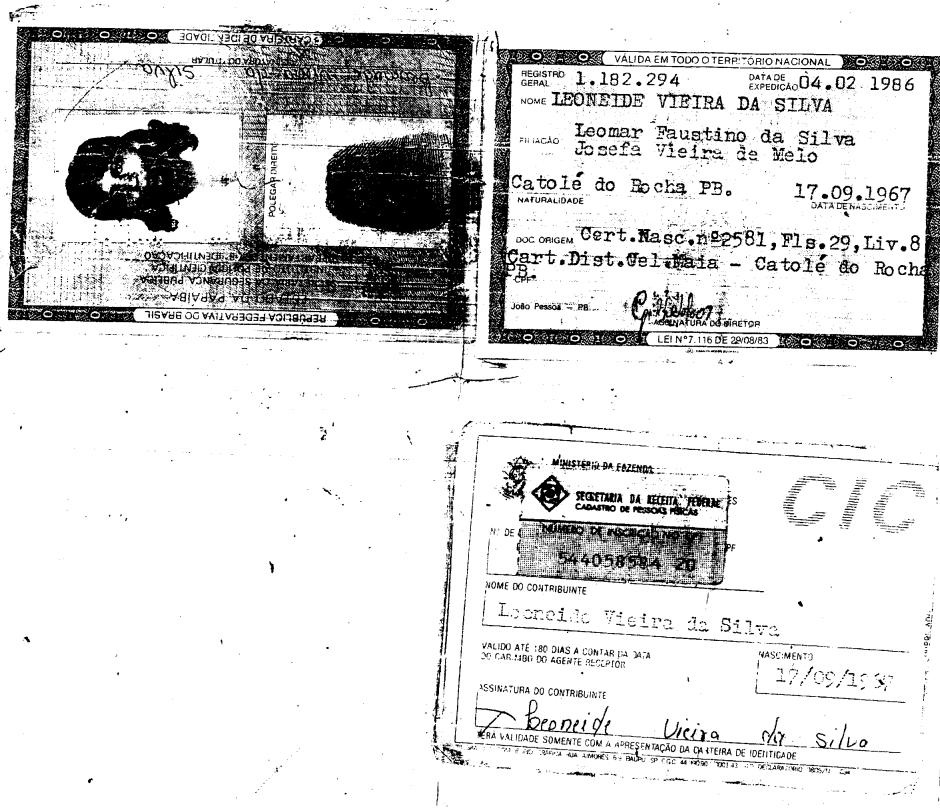


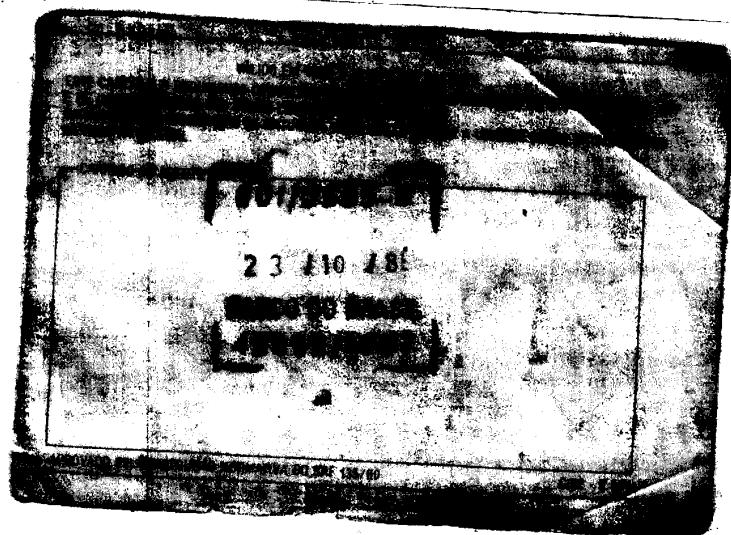
José Victor Elói Vieira de Souza  
Assinatura do Beneficiario/Vitima  
(reconhecer firma por autenticidade)

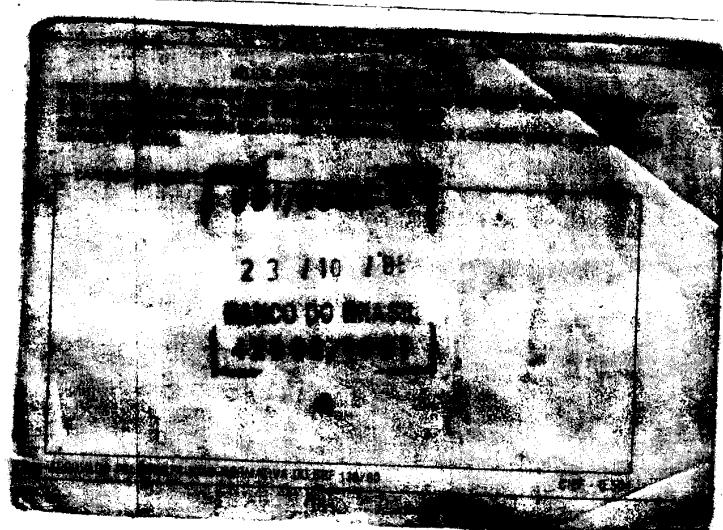


RECONHEÇO por autenticidade, a firma  
José Victor Elói  
Vieira de Souza  
dou fé.  
Mossoró(RN) 07/ JUN/2018  
Em Test<sup>o</sup> Luzineide B. de Mendonça Fernandes - TABELIA  
Roberto Alves C. Fernandes - SUBSTITUTO  
Francisco José Maximiano - SUBSTITUTO  
Luana Kanny Mendonça Fernandes - SUBSTITUTA











## 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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

<sup>2</sup> 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 \_\_\_\_\_ inscrito (a) no CPF/CNPJ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário \_\_\_\_\_ inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ do sinistro de DPVAT cobertura \_\_\_\_\_ da Vítima \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, 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	Número	Complemento
Bairro	Estado	CEP
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local e Data

Isaemeide Vieira da Silva

Assinatura do Declarante

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_,

RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, Órgão \_\_\_\_\_,

CPF nº \_\_\_\_\_, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de 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)	
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	
Estado	
CEP	
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Declarante: Bernardo Viana da Silva



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

Alameda das Carnaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

[Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Seguro obrigatório - DPVAT]

PROCESSO Nº 0820703-65.2018.8.20.5106

**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 sucessivo 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.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 1 de novembro de 2018.

**DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE**

**Juíza de Direito**