



Número: **0800332-53.2018.8.20.5115**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Caraúbas**

Última distribuição : **17/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO GOMES DE QUEIROZ (AUTOR)		KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33786647	17/10/2018 16:00	Procuração e requerimento administrativo	Procuração
33786711	17/10/2018 16:00	LAUDO MEDICO	Documento de Comprovação
33786725	17/10/2018 16:00	Documentos do sinistro	Documento de Comprovação
34263505	30/10/2018 15:56	Despacho	Despacho
41586983	05/04/2019 07:57	Intimação	Intimação

SINISTRO 3180257733 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** FRANCINALDO GOMES DE QUEIROZ**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev

Previdência S/A-Filial Natal-RN

BENEFICIÁRIO FRANCINALDO GOMES DE QUEIROZ**CPF/CNPJ:** 09620379403**Posição em 15-10-2018 13:41:39**

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
02/10/2018	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 Francinaldo Gomes de Aguiar brasileiro(a) Agricultor, portador do CPF: 088.539.84-27, residente na Rua: Sebastião Gomes de Sá 243, Bairro: Beatório Pequeno COMARCA Carauabas com

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 Carauabas -RN, tendo como parte demandada, a Seguradora Lider 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 cláusula "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 15/10/2018.

Contratante: Francinaldo Gomes de Aguiar

Contratado: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO
OAB/7469

Testemunhas: _____

CPF nº _____

Testemunhas: _____

CPF nº _____

P R O C U R A Ç Ã O "AD JUDICIA"

Outorgante: Francinaldo Gomes de Queiroz brasileiro(a) - solteiro, Agricultor, portador do RG nº 002.933.347, e do CPF nº 088.537.384-47 residente na RUA: Sebastião Honório de Souza BAIRRO: Leonardo Bezerra COMARCA Carauabas - 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 Carauabas -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 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 15/10/2018.

Outorgante:

Francinaldo Gomes de Queiroz

- 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

Francinaldo Carlos de Queiroz, brasileiro(a), Solteiro, Agricultor
portador do RG nº 002.333.311/7 e do CPF 088.534.1844/7, residente na
Sebastião Gonçalves, na Cidade de Caravelas - 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 Caravelas - 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 25/10/2018.

Declarante: Francinaldo Carlos de Queiroz

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

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia 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.

Falso reconhecimento de firma ou letra.

DECLARAÇÃO DE ISENTO DO IMPOSTO DE RENDA

Eu, Francinaldo Gomes de Oliveira, brasileiro, solteiro,
Agricultor, com CPF nº 088.537.184-47 residente na
Rua Sebastião Honório nº 243, BAIRRO: Imatiba,
Caraubas -RN, ^{seu}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 13/ Setembro 2018

Declarante: Francinaldo Gomes de Oliveira

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

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia 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.

Falso reconhecimento de firma ou letra.



Ortotrauma

Ortopedia e Traumatologia

Nome: _____

Francisco Roberto Ferraz

Declino por o doador não ter a
presente causa relatada no período anterior
de sete a noventa dias de 2017 onde
após período com contatos ex post primum
do antecessor e a Estima do Jaleco
onde apresenta esse dano corporal
com lesão de nível médio, sendo de
necessidade por compensação dispendiosa.

[Handwritten signature]
KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO
Médico

Mossoró/RN 19/07/18

Médico

CLÍNICA ORTOTRAUMA

Rua: Duodécimo Rosado, 1518, Nova Betânia, Mossoró /RN
Agendamento de Consulta: (84) 3061-5000 / 3316-0430
www.orto-trauma.com

- ① Def.
- ① SF 0,8% 1500d
- ② Dipirona 1mg W 5662330
- ④ Ssuve 666
- ⑤ Dos.
- ⑥ MM BMT
- ⑦ MA NR. Vis G.S.

MUNICÍPIO DE GRANAIS DO SUL
 ESTA CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 0004/2018
 SAME ARQUIVO

1204
 Bateria com uma e uma

GCS 15, 100 BPP, 51 Dufkin D-SC

TC CABELO: FATORIA MEX COM DENTINAR + ONB-10
 DENTINAR + PAINEL MEX COM DENTINAR. Sem cura

INTRODUÇÃO DE DENTINAR

PLM DA NR.

[Handwritten signature]

5621



C

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 4121 - FRANCINALDO GOMES DE QUEIROZ (27 a 1 m 2 d)

Nascimento: 23/01/1991 Natural: CARAUBAS BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 808002967658873 CPF: 09620379403 Prof: Pai: EDMILSON GOMES DE PAULA
Mãe: MARIA MADALENA DE QUEIROZ GOMES Logradouro: SEBASTIAO HONORIO DE SOUSA, 244
CEP: 55760000 Bairro: CARAUBAS Cidade: CARAUBAS
Telefone: 84.96932236 84.96932236 Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO
Origem: AMBULANCIA OUTRO

Tipo: REGULADO
Empresa:

OBS: vindo de Caraubas não regulado. (SIC) Dr Yvis
vai receber o paciente

Classificação: 25/02/2018 22:40:39 PESO

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	FR	FC	TEMP	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: trauma em face

Hora: _____

Trazido sem calor ou
presença

Vaginal e anor

Grande edema de face, no

cl. pup. (Sut + rty

Diagn. Inicial:

ECG = 15pt

PRESCRIÇÃO:

VIA HORARIO ASSIN.

Duodenal drip
Cuidado AL

Deber edema

dt hi = 10a

Vaginal e anor

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SOME MOSSORO 05/07/2018
Bim

SOME/ARQUIVO

*Saída: () Alta por decisão médica (X) Internação () Enc. outro Serviço () Evasão

Data: ____/____/18. Hora: ____ Ass. Médico: _____

Gerado via SX por ANTONIO CAVALCANTE NEGREIROS - 25/02/2018 22:47:54
Dr. Valmir Braga
CRM RR 3571

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
Francinaldo Gomes de Queiroz	096.203.791/03	23.02.2018

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:

Assinar 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.

Assinatura de 17 de Abril de 2018
Local e Data

Francinaldo Gomes de Queiroz
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

[illegible]

②

②

五、二、三

Benjamin Franklin

625 15, 1st 1st, 3rd 1st, 2nd 1st

[illegible]

INTERPOLATORY ALGEBRA

Dec 25 2000
 Mr. [unclear]
 [unclear]



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 4367 /2018

Admissão: 25/02/2018 22:47:54

Atto declaratório

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **4121 - FRANCINALDO GOMES DE QUEIROZ** (27 a 1 m 2 d)

Nascimento: 23/01/1991

Natural: CARAUBAS, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 898002967658873

CPF: 09620379403

Prof:

Mãe: MARIA MADALENA DE QUEIROZ GOMES

Dg: EDMUNSON GOMES DE PAULA

Logradouro: SEBASTIAO HONORIO DE SOUSA, 143

Cidade: CARAUBAS

CEP: 55780000

Bairro: CARAUBAS

Telefone: 84.96932236 84 96932236

CEP:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tip: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

Empresa:

OBS: vindo de Caraubas não regulado. (SIC) Dr Yvis
vai receber o paciente

Classificação: 25/02/2018 22:40:39 PESO

HOPA	P.A	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C	TEMP	Glasgow

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: trauma em face

Hora: _____

*Traxado sem calor a
presença*

Virgil e cou

Grande edem de face

cc pop

Diagn. Inicial:

Fratura de 15º

PRESCRIÇÃO

VIA HOSPITAL

*Duodenal dup
Culduro de*

*Pele e edem
de face*

Virgil e cou

HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
- SAME MOSSORO 02/07/2018

SAME ARGUINO

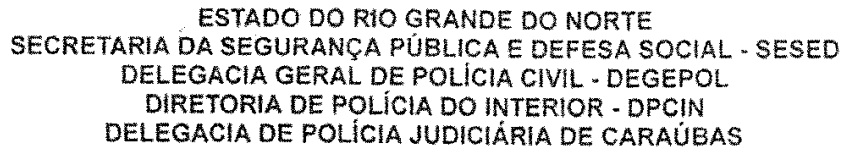
Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO

Data: 25/02/2018

Dr. Valmir Braga
CRM 3671

Gerado via SX por ANTONIO DA SILVA NEGRÃO

EM BRANCO



ATUAÇÃO DA OCORRÊNCIA:						ACIDENTE DE TRÂNSITO						
Local:	RN-117, Estrada que liga a cidade de Caraúbas/RN à Olho D'água do Borges/RN											
Data fato:	25/02/2018						Hora do Fato:		19h00min			
COMUNICANTE	Nome	Gustavo Ferreira de Queiroz										
	Naturalidade:	Mossoró/RN	Nascido (a) em:	11/08/1969	Doc.	RG: 367.170.231 SSP/RN						
	Filho (a):	Antonio José de Queiroz e Irene Ferreira Cavalcante										
	Estado civil:	Casado	Telefone:	(84) 9 96932236								
	Endereço	Rua Gregório Pessoa,304, Sebastião Maltez, Caraúbas/RN										
VÍTIMA	Nome	O Comunicante é Francinaldo Gomes de Queiroz										
	Naturalidade:	Caraúbas/RN	Nascido em:	23/01/1991	Doc.	RG: 003.022.150 SSP/RN						
	Filho (a) de:	Edmilson Gomes de Paula e Maria Madalena de Queiroz Gomes										
	Estado civil:	Solteiro	Telefone	9 99184958								
	Endereço:	Rua Sebastião Onorio de Souza, 243, Leandro Bezerra, Caraúbas/RN										
NOTIADO	Nome:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										
	Naturalidade:	xxxxxxxxxxxxxxxxxx	Nascido em:	xxxxxxxxxx	Doc.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
	Filho (a) de:	XX										
	Estado civil:	Xxxxxxxx	Telefone	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX								
	Endereço:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										

Relata o (a) comunicante QUE trafegava conduzindo uma motocicleta do tipo HONDA/NXR 160 BROS ESDD PLACA: QGM9003, CHASSI: 9C2KD0810GR452161, RENAVAL: 01087560485, ANO FAB/MOD: 2016 COR: VERMELHA licenciada em nome da vítima, quando caiu em um buraco e acabou por perder o controle da MOTOCICLETA vindo a cair, QUE foi socorrido por populares, QUE em decorrência deste acidente, a vítima(garupa), FRANCINALDO FRATUROU A MANDÍBULA E TEVE ESCORIAÇÕES PELO CORPO. QUE a vítima já realizou um procedimento cirúrgico como demonstra os boletins de atendimento em anexo, QUE o comunicante não teve escoriações, motivo pelo qual não deu entrada no Hospital Regional de Caraúbas-RN: QUE possui Carteira Nacional de Habilitação (CNH), e Nada mais disse. As informações prestadas neste B.O. São de inteira responsabilidade do (a) comunicante. O (A) comunicante se responsabiliza civil e criminalmente por suas declarações.

Data e hora da comunicação: Caraúbas/RN, 02.04.2018 às 09horas00min.

Gustavo Ferreira de Lencastre Alysson Bruno de Sá Godeiro
 COMUNICANTE Alysson Bruno de Sá Godeiro
 Agente de Polícia Civil
 Mat.: 207.229-7



03 APR 2018

1. Carlos Gomes Gurgel
 2. Maria Aparecida Gomes Gurgel
 3. Leonilda Gomes da Silva
 4. José Luiz de Oliveira
 5. Cleudson Rogério Gomes da Silva

[illegible]

Rua José de Anchieta Praxedes, S/N, Sebastião Maltez - Caraúbas/RN, CEP 59780-000



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
SESAP-HOSPITAL REGIONAL Dr. AGUINALDO PEREIRA DA SILVA-CARAÚBAS-RN
O Amigo da Criança

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

DADOS DO ATENDIMENTO		Data: 25/01/2018	Hora: 18h45min	Atendimento nº:
Nome: Agnivaldo Gomes da Silva		Idade: 27 anos		Sexo: M
Data de Nascimento: 23/1/1991	Cartão SUS: 898.000.2916768.8.873			
Profissão: Advogado	Nº Identidade:			
Endereço (Rua/Av/Sítio): Rua Sebastião Gonçalves de Souza	Nº: 243	Complemento:		
Bairro: Santo Antônio	Cidade: Caracaras	Estado: RN	Telefone: 99169-4430	
Nome da Mãe: Marlene da Silva Gomes	Motivo da Procura: Acidente de trânsito			
Assinatura do Servidor: [Assinatura]				

ACOLHIMENTO:	() Emergência	() Urgência	() Não Urgência	() Acidente de Trabalho	() Acidente de Trânsito
Acolhimento com Classificação de Risco:					
Queixas:					
Antecedentes Alergicos:					
HAS ()	DM ()	Assinatura:	Classificação:		

ANAMNESE:	Acidente de trânsito
-----------	----------------------

EXAME FÍSICO:	Peso: _____	Temperatura: _____	Cº F. O: _____	PA: _____	MHG: _____	FR: _____	HGT: _____
Rafina de Náuf com sangramento							

CONDUTA:	() Medicação	() Observação	() Laudo para AIIH
D RUGU LACADO - RUGU G. S. DE - ACERVO 13-14 B. DE - 14-15			

HIPÓTESE DO DIAGNÓSTICO: RUGU de Náuf	CID:
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS: () Laboratório () Radiológico () EGG () Outros:	Médico (Carimbo/Assinatura)
Saída: Data/Hora: _____ as _____ h. () Alta Referido para USB () Óbito	Dr. Francisco José de S. Costa Médico - CRM 857
() Outra Unidade de Urgência () Especialidade () Internação no Hospital	

INCUIR NO SisReg

 SUS 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			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	


Identificação do Paciente		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		9 - SEXO	
81918101012191617161518181713		Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 1 Feminino <input type="checkbox"/> 2	
8 - DATA DE NASCIMENTO		10 - RAÇA/COR	
23/01/1971			
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
MARIA NADELA DE QUEIROZ GOMES		DDD	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
		DDD	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
R. SERRA D'ÁGUA HONÓRIO DE FONSECA 244			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
CARAÚBAS		18 - UF	
		19 - CEP	

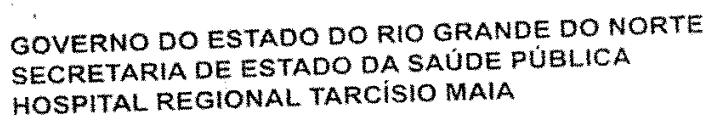
JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
1º episódio de acidente de auto e trauma facial, apresentando deformidade anteroposterior de 1/3 médio do face, fratura ossea unilocal, deslocada, sintoma de insuficiência respiratória por obstrução nasal. TC de face mostra múltiplos fraturas de 1/3 médio do face.	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
Necessidade de Hx Cirúrgico reconstrutivo	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
Exames Clínicos + Tomográfico	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	24 - CID 10 PRINCIPAL
Fratura múltipla de face	S02.4
25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Reconstrução de face complexa de Maxila		0141019101205115	
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
	CLÍNICA	() CNS () CPF	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
Dr. Adriano de Fátima		28/02/18	
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
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			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - COD. EMISSÃO EMISSOR	
48 - DOCUMENTO	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
() CNS () CPF			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			

 SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES
5 - NOME DO PACIENTE <i>Francisco Carlos de Queiroz</i>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO / /	9 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3
10 - RAÇA/COR		11 - NOME DA MÃE
12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD		13 - NOME DO RESPONSÁVEL
14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD		15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO
18 - UF		19 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO		
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>paciente fraturizado de face, vertigem de origem não sófeno, froturas múltiplas</i>		
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>o quadro clínico</i>		
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exame clínico e tomografico</i>		
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura osses maxilares e maxilares</i>	24 - CID 10 PRINCIPAL <i>S024</i>	25 - CID 10 SECUNDÁRIO
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>osteossintese de fratura de maxila</i>		
28 - CLÍNICA <i>União</i>	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>urgente</i>	30 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF
31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Valmir Braga</i>		32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>934113187814331</i>
33 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>27/02/18</i>		34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Valmir Braga</i>
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	38 - CNPJ DA SEGURADORA 39 - CNPJ EMPRESA	40 - Nº DO BILHETE 41 - SÉRIE 42 - CNAE DA EMPRESA 43 - CBOR
44 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO		
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		46 - COD. EMISSÃO EMISSOR
47 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR HOSPITAL REGULAR ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORO 02042018 BIN SAME/ARQUIVO		



EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: FRANIVALDO GOMES DE ARAUJO Leito: _____

Dr. Ramilindo
Cinabao Puchan
CRO-1179

26/02/2018

ESTÁ CONFORME O QUE
 COME MOSCOW 0204/2018
 DIN

~~Dr. Kamilo Rodriguez
Cirujano Bucodental
CRO-BR 3179~~



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

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Francois Carlos G de Souza Leito: 305-B

DATA	EVOLUÇÃO
<u>21</u> <u>12</u> <u>18</u>	BMT Pouco fortalecimento músculos dos membros inferiores na fase. Presença de infirmary subclavicular de peso em fase. Muito mais acordado p/1

PRESCRIÇÃO

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
①	meta Branca.		- at	
②	SF 99% 100ml EV		- 1.2°	
③	cefalotina 1g EV 6/6h		- ⑩, ⑫, ⑭, ⑯	
④	exocelina 2g EV 4/4h		- ⑩, ⑫, ⑭, ⑯, ⑰, ⑱	
⑤	clorazepato 4mg EV		- 10.2°	
⑥	clonazepam 4mg EV 8/8h		- 10.2° 06	
⑦	clonazepam 1g EV 6/6h		- 10.2° 04	
⑧	SSU + CCB		- RH	
⑨	anticoagulante		- at	
⑩	nebulização SF 3x7e		- ⑩, ⑫, ⑭, ⑯	

Dr. Valmir Braga
CRO-PB 3671

ASSINADO ELETRONICAMENTE
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ

SAME/ARATINGA

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

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Francis de Gama de Oliveira

Leito: 305 - 6

DATA	EVOLUÇÃO
28/02/18	<p>At no lito, estor/ e/ column fecif an refussão, parte froth múltiplos de 1/3 médio de fee com indicação civo fco eletivo.</p> <p>Solicitado inclusão no SisReg p/ Hto Operatório.</p>

PRESCRIÇÃO

Prescrição		Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
1	Dietr Brandt	VO		
2	SFO 9% 1500 ml EV 24h		1 ^o 2 ^o 3 ^o	
3	Cefazolina 1g + ABD EV 8/8h	F	14 22 06	
4	Decadron 4mg + ABD EV 8/8h		14 22 06	
5	Amprazol 60 mg EV 1x/dia		06	
6	Dipirona 200 + 100 mg ABD EV 6/6h	<u>SN</u>		
7	SSV TCC 66			
8	Hifen oral 4x/dia			
9	Checar claudas 30°			
10	Solicitar inclinação no SisReg			

Dr. Adriano B. de Souza

GERENTE DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

EM

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

DATA: 03/04/2018

SANITÁRIO



EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Francivaldo Gomes de Oliveira Leito: 305-6

DATA	EVOLUÇÃO
01/03/18	Pte no leito, estável, q melhora de quadro clínico. Pte fratur de 1/3 médio do fêmur com indicação cirúrgica eletiva. Pte incluído no SisReg p/ H Cirúrgica

PRESCRIÇÃO

Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
		HORÁRIO	ASSINATURA
1) Dieta branda	VO		
2) SFO, 81. 1500ml EV - 24h		18:30 - 4:00	
3) Qfazolina 1g + ABD EV 8/8h		18:30 - 22:00	
4) Dexametazona 4mg + ABD EV 8/8h		18:30 - 22:00	
5) Dexametazona 4mg + ABD EV 1x/dia		06:00	
6) Dexametazona 2mg + ABD EV 6/6h SN			
7) SSN + CCGG			
8) Aspirina 100mg 1x/dia			
9) Pte incluído no SisReg			

Dr. Edson Fernandes Jales
Cirurgião Geral
CRM 1471

* 02/03/2018

01 PACIENTE EM ESTADO GERAL BOM

02 ORIENTADO A PROCURAR

SERVIÇO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL DA ABO-RN
PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA ELETIVA

03 ALTA DA CIRURGIA BMA

Dr. Kamilo Gomes
Cirurgião Bucal
CRM 1471

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SOME MODOLO

02/03/2018

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fernando Gomes de Queiroz

RG nº 008.022.150 data de expedição 23/01/1991 Órgão SSP/RJ

CPF nº 096.263.794-03 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)	<u>Sebastião Honório de Souza</u>
Número	<u>243</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Leandro Bezerra</u>
Cidade	<u>Corumbá</u>
Estado	<u>RJ</u>
CEP	<u>59.780.000</u>
Telefone de Contato	<u>18419-9852-8474</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Mossoró RJ 17/04/2018

Assinatura do Declarante: Fernando Gomes de Queiroz



Grupo Sotol de Energia Elétrica: Criado pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Manoel, 160, Balaio, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 06.324.195/0001-01 | Insc. Est. 20060198-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA MADALENA DE QUEIROZ GOMES

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SEBASTIAO HONORIO DE SOUZA 243

CPF 010.061.674-71

LEANDRO BEZERRA AREA URBANA
CARALBAS RN
59780-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofaseco

Nº DA UNIDADE	TIPO	DATA
00286611	UNICA	28/03/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DE CONTADOR	Nº DE INSTALAÇÃO
28/03/2018	3000706606	7466880

CODIGO DE BARRAS	DATA
7008847415	02/2018
DATA DE VENCIMENTO	28/03/2018
TOTAL DA FATURA	68,36

Consumo Ativo (kWh)
Contribuição Iluminação Pública
Multa por atraso NF 001302649 - 28/12/17
Juros por atraso NF 001302649 - 28/12/17
Atualização IGPM NF 001302649 - 28/12/17

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
110.000.000	0.63306058	68,73
		8,88
		1,70
		0,51
		0,53

TOTAL DA FATURA

68,36

DESPESAS DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

TIPO	Nº DE CONTADOR	AJUSTE	CONSUMO (kWh)

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/04/2018 - Autoatendimento - 07:51:16
103872478 0998

SALDO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA:	1038-3
CONTA:	18291-5
CLIENTE:	FRANCINALDO GOMES DE QUEI
=====	
VARIACAO: 51 Poupanca	
SALDO ATUAL	3,27 C

SALDO POUPANCA	3,27 C

SALDO POUPEX	0,00 C

SALDO TOTAL	3,27 C

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.



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: 096.203.794-03 Nome completo da vítima: Francinaldo Gomes de Queiroz

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
<u>Francinaldo Gomes de Queiroz</u>	<u>096.203.794-03</u>	<u>Recuso</u>
Endereço	Número	Complemento
<u>Rua: Sebastião Manoel de Souza</u>	<u>243</u>	<u>Casa</u>
Bairro	Cidade	CEP
<u>Beatriz Regina</u>	<u>Carauara</u>	<u>59.780.000</u>
Email	Estado	Telefone (DDD)
	<u>RU</u>	<u>(34) 3382-8771</u>

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

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ 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)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

AGÊNCIA NRO. 3038 D/V 3 CONTA NRO. 58294 D/V 5
(Informar dígito se existir)

BANCO Nome _____ NRO. _____
AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____
(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.

Caruaru 17 de Abril de 2017
Local e Data

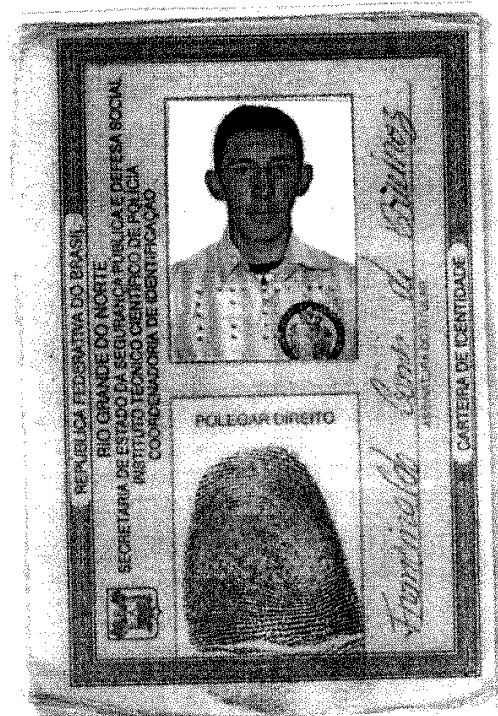
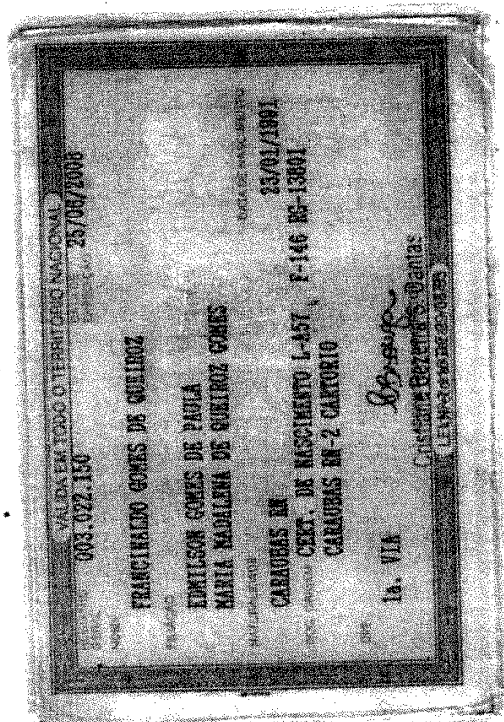
Francinaldo Gomes de Queiroz
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

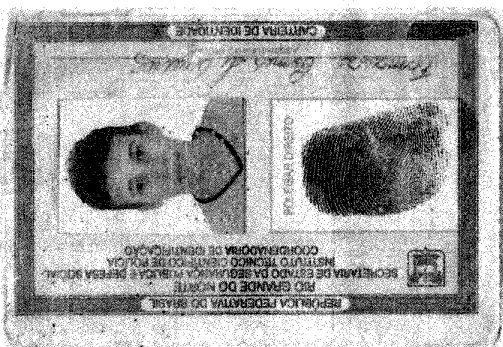
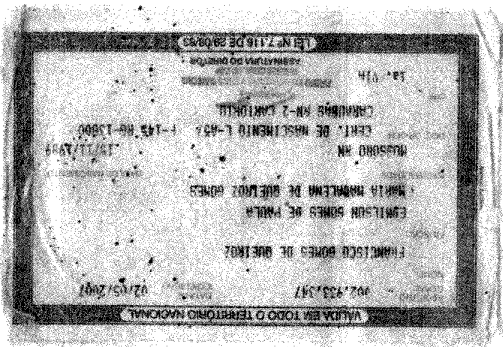
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - RN Nº 013708219090 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	RN TRAC	EXERCÍCIO
1	01087560485		2018
NOME			
FRANCINALDO GOMES DE OLIVEIRA			
CPF / CNPJ		PLACA	
096.203.794-03		QGM9003	
PLACA ANT. / UF		CHASSI	
QGM9003 / RN		9C2KD0810GR452161	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APPLICAVS		ALCOOL-GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
HONDA/NXR160 BROS ESDD		2016 2016	
CAP. / POT. / CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
162 CILINDRADAS	PARTICULAR	VERMELHA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS	
R\$ 0.00	09/04/2018	1º PAGO	
FAIXA ÚNICA	PARCELAMENTO / COTAS	2º PAGO	
014920 3X	R\$ *****	3º PAGO	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*** LICENCIAMENTO DEPRON. PAGO ***		DPVAT: PAGO	
OBSERVAÇÕES			
ALIM. FID. EM FAVOR DE: 45.443.789/0001-54			
ADMINISTRAÇÃO DE CONTRATO NACIONAL, RUA DEBIA			
MOTOR: RD08ET0452173			
CARTEIRAS / FN		DATA	
		28/03/2018	
Assinatura Eletrônica do Titular Coordenador de Registro de Veículos DETRAN - RN			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU. SEGURO DPVAT			
RN Nº 013708219090 - BILHETE DE SEGURO DPVAT			
2018 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			
VIA	CPF / CNPJ	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
1	096.203.794-03	2018	28/03/2018
RENAVAM	PLACA		
01087560485	QGM9003		
ANO FAB.	CHASSI		
2016	9C2KD0810GR452161		
PRÊMIO TARIFÁRIO			
PRIS (R\$)	DEPRON (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	COTA ÚNICA	
PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO		
COTA ÚNICA	PARCELADO		
SEGURADORA LIDER - DPVAT CNPJ 08.248.608/0001-04			





6068-4666
9938-4938
8966-8866

cosern
neoenergia

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mariz, 130, Bairro, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 58020-250
CPF 08.584.989/0001-81 | Loc. Ext. 20059159-4 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA MADALENA DE QUEIROZ GOMES
CPF: 010.061.874-71

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SEBASTIAO HONORIO DE SOUZA 243
LEANDRO BEZERRA AREIA URBANA
CARALBAS RN
59780-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MONTESOL

CÓDIGO CONTADOR
7006847415
DATA DE VENCIMENTO
06/03/2018
28/03/2018
VALOR DA FATURA
68,36

CONSUMO	QUANTIDADE	PREÇO UN.	VALOR UN.
Consumo Ativo (kWh)	110.000000	0.5396058	59.35
Contribuição de Manutenção e Reparação			6.88
Multa por atraso NF 01108/2017 - 28/12/17			1.70
Juros por atraso NF 01108/2017 - 28/12/17			0.51
Atualização ICMS NF 01108/2017 - 28/12/17			0.53

TOTAL DA FATURA 68,36

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisco Gomes de Queiroz

RG n°: 002.933.347 data de expedição 02/05/2007 Órgão SSP/RN

CPF n°: 088.537.184-47 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:

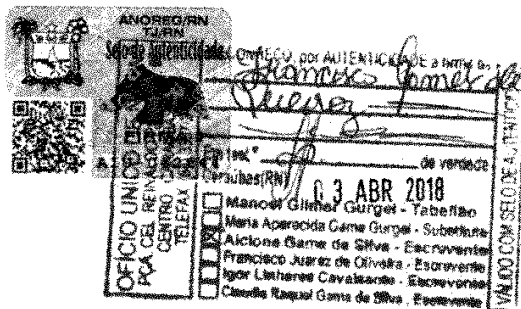
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sebastião Honório de Souza</u>
Número	<u>243</u>
Apto/Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Leandro Bezerra</u>
Cidade	<u>Caracaras</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59.780.000</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 9.3862-8771</u>
E-mail	

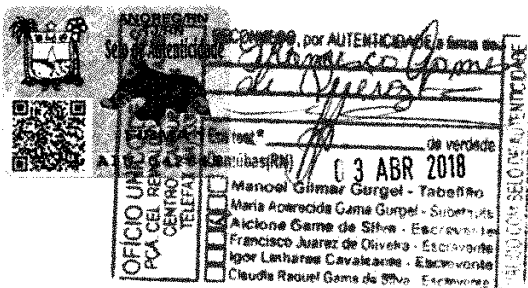
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Mossoró/RN 17/04/2018



Assinatura do Declarante: Francisco Gomes de Queiroz





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 COAF**².

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 Francisco Gomes de Queiroz inscrito (a) no CPF/CNPJ 088.537.384 / 47 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francinaldo Gomes de Queiroz inscrito (a) no CPF sob o Nº 096.203.794 / 03 do sinistro de DPVAT cobertura Invalida da Vítima Francinaldo Gomes de Queiroz inscrito (a) no CPF sob o Nº 096.203.794 / 03 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso
☒ 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>Sebastião Monteiro de Souza</u>		Número <u>243</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Leandro Aguiar</u>	Cidade <u>Carauabas</u>	Estado <u>59</u>	CEP <u>59.780-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>(84) 9-2852872</u>

Carauabas de Abril de 2017
Local e Data
Francisco Gomes de Queiroz
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017

CARAUBAS
OFÍCIO ÚNICO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

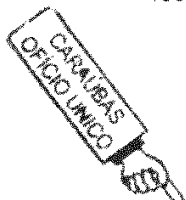
BENEFICIÁRIO/VITIMA:

Nome: Francinaldo Gomes de Queiroz
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: Agricultor Identidade: 003.022.150
Endereço: Rua Sebastião Honório de Souza 243

PROCURADOR:

Nome: Francisco Gomes de Queiroz
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: Agricultor Identidade: 002.933.347
CPF: 088.537.184-47
Endereço: Rua Sebastião Honório de Souza 243

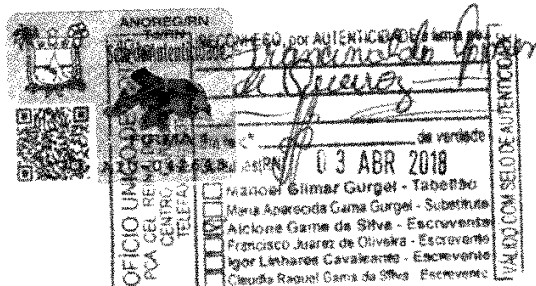
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Lider dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincores 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.



ASSÚ, RN 03/04/2018
Local e data

Francinaldo Gomes de Queiroz

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)



EM BRANCO



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPO
DIRETORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR - DPCIN
DELEGACIA DE POLÍCIA JUDICIÁRIA DE CARAÚBAS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 210/2018

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:		ACIDENTE DE TRÂNSITO	
Local:	RN-117, Estrada que liga a cidade de Caraúbas/RN à Olho D'água do Borges/RN		
Data fato:	25/02/2018	Hora do Fato:	19h00min
Comunicante	Nome	Gustavo Ferreira de Queiroz	
	Naturalidade:	Mossoró/RN	Nascido (a) em: 11/08/1969 Doc RG: 367.170.231 SSP/RN
	Filho (a):	Antonio José de Queiroz e Irene Ferreira Cavalcante	
	Estado civil:	Casado	Telefone: (84) 9 96932236
	Endereço	Rua Gregório Pessoa, 304, Sebastião Maltez, Caraúbas/RN	
VÍTIMA	Nome	O Comunicante e Francinaldo Gomes de Queiroz	
	Naturalidade:	Caraúbas/RN	Nascido em: 23/01/1991 Doc. RG: 003.022.150 SSP/RN
	Filho (a) de:	Edmilson Gomes de Paula e Maria Madalena de Queiroz Gomes	
	Estado civil:	Solteiro	Telefone 9 99184958
	Endereço:	Rua Sebastião Onório de Souza, 243, Leandro Bezerra, Caraúbas/RN	
NOTICIADO	Nome:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
	Naturalidade:	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	Nascido em: xxxxxxxxxx Doc. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
	Filho (a) de:	XX	
	Estado civil:	XXXXXXXXXX	Telefone XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
	Endereço:	XX	

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA:

Relata o (a) comunicante QUE trafegava conduzindo uma motocicleta do tipo HONDA/NXR 160 BROS ESDD, PLACA: QGM9003, CHASSI: 9C2KD0810GR452161, RENAVAM: 01087560485, ANO FAB/MOD: 2016, COR: VERMELHA licenciada em nome da vítima, quando caiu em um buraco e acabou por perder o controle da MOTOCICLETA vindo a cair, QUE foi socorrido por populares, QUE em decorrência deste acidente, a vítima(garupa), FRANCINALDO FRATUROU A MANDÍBULA E TEVE ESCORIAÇÕES PELO CORPO. QUE a vítima já realizou um procedimento cirúrgico como demonstra os boletins de atendimento em anexo, QUE o comunicante não teve escoriações, motivo pelo qual não deu entrada no Hospital Regional de Caraúbas-RN; QUE possui Carteira Nacional de Habilitação (CNH), e Nada mais disse. As informações prestadas neste B.O. São de inteira responsabilidade do (a) comunicante. O (A) comunicante se responsabiliza civil e criminalmente por suas declarações.

TESTEMUNHA: Mateus e Dedê, ambos moradores do bairro Leandro Bezerra

Providências adotadas:

Registrado o presente B.O. entregue a 1ª via a (o) comunicante

Data e hora da comunicação: Caraúbas/RN, 02.04.2018 às 09horas00min.

Gustavo Ferreira de Queiroz
COMUNICANTE

Alysson Bruno de Sá Godeiro
Alysson Bruno de Sá Godeiro
Agente de Polícia Civil
Mat.: 207.229-7

03 ABR 2018

ANEXO 01
Selo de Autenticação
AUTENTICAÇÃO
AON-076483

TELEFAX (94) 3257-1111

Comando de Defesa Civil
Mário Almeida Gomes
Mário Almeida Gomes
Francisco José da Silva
Francisco José da Silva

Taboão
Substituto
Escritório
Escritório

Rua José de Anchieta Praxedes, S/N, Sebastião Maltez - Caraúbas/RN, CEP 59780-000

DECLARAÇÃO DE ISENTO DO IMPOSTO DE RENDA

Eu, _____, brasileiro, _____,
_____, com CPF nº _____, residente na
Rua _____ nº _____, 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.

Mossoro-RN, em ____/____/____.

Declarante: _____

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

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia 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.

Falso reconhecimento de firma ou letra.

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: _____

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

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia 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.

Falso reconhecimento de firma ou letra.

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) _____, portador do CPF: _____, residente na Rua: _____,

_____, Bairro: _____, COMARCA _____, com 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 entrega final da pretensão requerida, sendo que, o presente firma-se na cláusula "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 ____/____/2018.

Contratante: Francinaldo Gomes de Oliveira

Contratado: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO
OAB/7469

Testemunhas: _____

CPF nº _____

Testemunhas: _____

CPF nº _____

P R O C U R A Ç Ã O "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
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: Francivaldo Gomes da Silva
• 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.



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Vara Única da Comarca de Caraúbas
Praça Ubaldo Fernandes Neto, 212, Centro, CARAÚBAS - RN - CEP: 59780-000

Processo: 0800332-53.2018.8.20.5115

Ação: PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: FRANCISCO GOMES DE QUEIROZ

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

DESPACHO

Defiro a gratuidade judiciária.

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, ante a necessidade da realização de perícia, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação. (CPC, art. 139, VI e Enunciado n. 35 da ENFAM).

Assim, cite-se e intime-se a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial.

Outrossim, ante a necessidade de prova pericial, NOMEIO perito(a) o(a) Dr(a). **ANDRÉ FERNANDEZ DE OLIVEIRA**, médico(a) especializado em ortopedia e traumatologia, com endereço profissional na Clínica Feldman, localizada à Rua João Gomes de Oliveira, Bairro Sebastião Maltez, Caraúbas/RN, determinando a intimação do(a) mesmo(a) para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico.

Tendo em vista que a parte autora é beneficiária da assistência judiciária gratuita, caberá ao réu antecipar as despesas com a perícia, resguardado o direito de requerer a devolução do montante em fase de cumprimento de sentença caso seja julgado improcedente o pedido do autor.

Arbitro os honorários periciais em R\$ 200,00 (duzentos reais), mediante depósito prévio a ser realizado pela parte ré.

Intime-se a parte ré para no prazo de dez dias, a contar do decurso do prazo de contestação, depositar em conta judicial o valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

Formulo os seguintes quesitos:

1- Quais as lesões sofridas pelo autor?

2- As lesões decorreram de acidente de veículo?

3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente?

4- Totalmente ou em parte?

5 – Em que percentual?

6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica?

7- A incapacidade é temporária ou permanente?

8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica?

9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta?

10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média(50%), leve (25%) ou residual(10% ou menos)?

Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação. A parte autora já teve tal oportunidade na inicial. Os quesitos devem ser apresentados em duas vias para serem entregues em secretaria, além da via de protocolo do advogado, sendo uma via para ficar no processo e outra via para ser remetida ao perito.

Após apresentado o laudo, intinem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 10 (dez) dias e informarem se têm interesse em audiência de conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais.

Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença.

P. I.

CARAÚBAS/RN, 29 de outubro de 2018

PEDRO PAULO FALCÃO JUNIOR

Juiz(a) de Direito

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



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Vara Única da Comarca de Caraúbas

Praça Ubaldo Fernandes Neto, 212, Centro - Caraúbas - RN - CEP: 59780-000

ATO ORDINATÓRIO

Ao Dra.

KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO

De ordem do Exmo(a). Sr(a). Dr(a). DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE, MM Juiz(a) de Direito desta Vara, na forma da lei, etc.

MANDA, pela presente, extraída dos autos do processo abaixo especificado, INTIMAR Vossa Senhoria para tomar conhecimento do inteiro teor do despacho da MM. Juíza de Direito desta Comarca, datado de 29 de outubro de 2018, como consta no ID 34263505.

Processo: 0800332-53.2018.8.20.5115

Ação: PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: FRANCISCO GOMES DE QUEIROZ

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

Caraúbas/RN, 5 de abril de 2019.

REGINALDO FERNANDES DE OLIVEIRA

Auxiliar Técnico

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