



Número: **0801214-23.2019.8.20.5101**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **3ª Vara da Comarca de Caicó**

Última distribuição : **03/04/2019**

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

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>RITA DA CONCEICAO PAIVA DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
41535 087	03/04/2019 16:52	<a href="#"><b>DOCUMENTOS - PJ - RITA DA CONCEIÇÃO PAIVA DA SILVA - CAICÓ-RN - 06.11.2018</b></a>	Documento de Comprovação
41535 090	03/04/2019 16:52	<a href="#"><b>Demonstrativo do PA - DPVAT - Rita da Conceição Paiva da Silva - 03.04.2019</b></a>	Documento de Comprovação
41535 111	03/04/2019 16:52	<a href="#"><b>Tabela do DPVAT - GRAADAÇÃO - TODOS OS PROCESSOS - JUSTIFICADO</b></a>	Documento de Identificação
41860 664	25/04/2019 11:50	<a href="#"><b>Despacho</b></a>	Despacho

## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

**Outorgante:** Rita da Conceição Paiva da Silva, brasileira, casada, prendas do lar, residente e domiciliada na Travessa Professora Marta Araújo, 799, Samanaú, Caicó-Rn - CEP.: 59300-000, portador (a) do RG nº 1.577.522 – SSP/RN, Inscrito (a) no CPF/MF 023.065264-60 - telefone nº 84-98601-7867 e 98810-9014. Nomeia e Constitui poderes a **Outorgada:** KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada com OAB/RN sob o nº 7.469; podendo ser intimada na Rua André Sales, 130, Paulo VI, Caicó-RN – CEP nº 59300-000 - Próximo ao Hospital Regional do Seridó - SESP, Telefones: 84-3417-2265, 84-99801-5199 e 84-98887-0543 - E-mail: [caicoseguros@gmail.com](mailto:caicoseguros@gmail.com) e [caicodpvat@hotmail.com](mailto:caicodpvat@hotmail.com), as quais conferem amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula “ad Judicia”, art. 38 parte final do CPC, COM FIM ESPECIAL DE PATROCINAR A DEFESA DO (A) OUTORGANTE, junto ao processo na Comarca de CAICÓ/RN, podendo as outorgadas, confessar, assinar, desistir, propor acordo, receber e dar quitação, receber quaisquer quantias derivada de condenação, transigir, apresentar réplica, oposições, firmar, apresentar recurso e contra razões, e ainda requerer seguro de vida, junto bem como, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo ainda levantar alvará judicial, acompanhar todo processo até o final do julgamento, representado ainda os interesses do outorgante, podendo ajuizar apelação, ou, qualquer outro remédio jurídico competente, junto ao Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte, para garantir o direito do outorgante, e finalmente, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato.

### - CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS -

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

Caicó-RN, 16 de Agosto de 2018.

Outorgante: Rita da Conceição Paiva 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.

vba

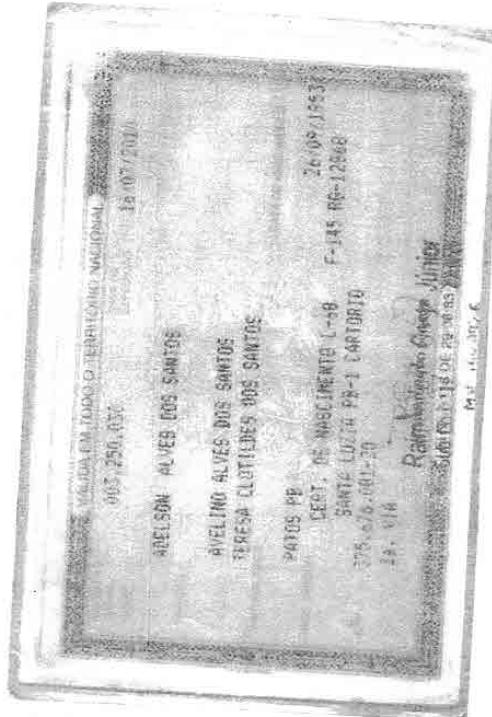
**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA**

Eu, Rita da Conceição Paiva da Silva, brasileira, casada, prendas do lar, residente e domiciliada na Travessa Professora Marta Araújo, 799, Samanaú, Caicó-Rn - CEP.: 59300-000, portador (a) do RG nº 1.577.522 – SSP/RN, Inscrito (a) no CPF/MF 023.065264-60 - telefone nº 84-998601-7867 e 98810-9014. Declaro para os devidos fins de Direito que se fizerem necessários, em **AÇÃO DE COBRANÇA E OU COMPLEMENTAÇÃO DO SEGURO DPVAT – INVALIDEZ/COMPLEMENTO**, que sou pobre na forma da lei, não tendo condições financeiras de prover as despesas e custas processuais com a demanda. Declara, ainda, ser conhecedor das sanções administrativas, Cíveis e Criminais, caso o presente não retrate a verdade dos fatos. Nada mais a declarar, lavro o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Caicó-RN, 16 de Agosto de 2018.

Rita da conceição Paiva da Silva  
Declarante  
CPF nº 023.065264-60.

via





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 003.250.030 DATA DE EXPEDIÇÃO 16/07/2010  
NOME ADELSON ALVES DOS SANTOS  
RESIDÊNCIA  
AVELINO ALVES DOS SANTOS  
TERESA CLOTILDES DOS SANTOS  
NATURALIDADE PATOS PB DATA DE NASCIMENTO 26/09/1953  
DOC. ORIGEM CERT. DE NASCIMENTO L-68 F-145 RG-12868  
SANTA LUZIA PB-1 CARTORIO  
CPF 375.676.081-20  
LA. VIA *Raimundo Júnior*  
SELINR 7-16 DE 29/06/83  
Mat. 169.982-6

REPUBÉLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR ADELSON ALVES DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO 26/09/1953 Nº INSCRIÇÃO 0055 6945 1210 DV 025 ZONA 025 SEÇÃO 0102

MUNICÍPIO / UF CAICÓ/RN DATA DE EMISSÃO 04/05/2016

JUIZ ELEITORAL *Maria Zenilda Detorla*  
DOS S. MARIA ZENILDA DETORLA  
Presidente do TRE/RN

VALIDO SOMENTE PARA AS ELEIÇÕES DA JUSTIÇA ELEITORAL



29 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL  
COMPROMISSO DE INSCRIÇÃO NO  
PIS/PASEP

CÓDIGO PIS 12138816364

NOME DO EMPREGADO (PARTICIPANTE DO FUNDO) 893

ADELSON ALVES DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO 26.09.53 SEXO MASCULINO X 1 FEMININO 2

DOMICÍLIO BANCÁRIO  
NOME DO BANCO C.E.F. GOIAS CODIGO BANCO/AGÊNCIA 902 /

ATENÇÃO  
ENDERECO DO DOMÍCILIO BANCÁRIO NO VERSO  
É VALIDO COM CARIMBO PADRONIZADO DO CGC OU CPF  
DO EMPREGADOR NO VERSO E COM APPARELHAMENTO

(CARIMBO PADRONIZADO CGC)  
00360305/1945-90  
12453250  
MARATAQUEIRA AG. 0 FLORIANÓPOLIS  
Fazenda Espero -- CEP-87660  
MOQUEIRÃO - 60.  
AGÊNCIA RECEPÇÃO  
(CARIMBO PADRONIZADO CGC)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
Av. Brasil 16. 04. o 07. Gl. 10. S. Bala V  
CEP 87.77.60  
Moqueirão

DATA DA ENTRADA DO DOCUMENTO PREENCHIDO NA AGÊNCIA  
*29/04/2010*

16/08/2018

2a Via de Fatura

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE  
RUA MERMOZ, 150, BALDÓ,  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvíndia 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

RITA DA CONCEICAO PAIVA DA SILVA  
CPF: 023.065.264-60 NIS: 16612414082

## ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV PROFESSORA MARTA ARAUJO 799  
SAMANAU/AREA URBANA  
59300-000 CAICO RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO

20/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

67,19

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

13/07/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

13/07/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

009399678

Série: U

CONTA CONTRATO

007002326641

Nº DO CLIENTE

3010240646

Nº DA INSTALAÇÃO

0000120768

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

A7EA.B271.58CD.969C.64AC.521C.C665.921C

## DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):					
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,21386983	6,41	Vencido	Dt Reav	Valor			
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,36683400	25,66	21/06/18	13/07/18	66,82			
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	26,00	0,54995100	14,29						
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,01						
Contribuição Iluminação Pública			5,82						
ICMS-Parcela Subvençionalizada			6,58						
Multa por atraso-NF 006518504 - 15/05/18			1,60						
Juros por atraso-NF 006518504 - 15/05/18			0,77						
Atualização IGPM-NF 006518504 - 15/05/18			1,05						
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>67,19</b>						
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS									
ICMS		PIS		HISTÓRICO DO CONSUMO					
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOR	kWh			
51,37	18,00	9,24	51,37	1,15	0,59	0,16151450			
						30 até 100 kWh			
						0,27682200			
						100 até 220 kWh			
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL DATA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE			
000000000020083700	CAT	14/06/2018 15:143,00	13/07/2018 16:269,00	28	1,00000	0,00			
					126,00				
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 14/08/2018									
INFORMAÇÕES IMPORTANTES									
Pague no ponto mais perto de você! ag correios cairu: rua coronel gorgonio, centro / medfarmá: rua presidente nilo pecanha, 204, bôa passagemLista completa em www.cosern.com.br."									
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.									
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.									
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.									
Pago, em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1‰.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no prôx. mês									
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 37,18.									
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.									
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.									
DESTAQUE AQUI									
CONTÁ CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO					
007002326641	07/2018	67,19	20/07/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.					
838200000002 671900384074 002326641200 011214184230									
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA									

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		mai/2018			
DIC-No de horas sem Energia	CAICÓ	0,00	5,43	10,86	21,73
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,11	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Límite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 16,51					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

## NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
220	202
	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	



CONTRAN		DENATRAN	
Tabela Cadastral			
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETTRAN - RN		Nº 013711123145	
VIA	CÓD. RENAVAM	R. NITRC	EXERCÍCIO
1	01059529560		2018
ADELSON ALVES DOS SANTOS			
NOME:			
WWW.SEGURADORAALIDER.COM.BR			
CPF / CNPJ		PLACA	
375.676.091-20		CGC7119	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
0GC7119 / RN		951BXR0A9BR00332	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PASSEGEIRO/PILOTADOR/NAO APPLICAVEL		GASOLINA	
MARCAS / MODELO			
MOTO TRAXX/J150Q-8		ANO FAB.	
CAP / PILOT / CHL		ANO MOD.	
OCV/49 CLINDRADAS		COR PREDOMINANTE	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
I	R\$ 0,00	09/07/2018	
P	FAIXA I (RVA)	1º VENCO COTAS	
V	019442 3K	2º ISENTO	
A	PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	3º ISENTO	
PREMIO TOTAL (R\$) 0,00			
*** * LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO ***			
OBSERVAÇÕES			
MOTOR: JLLP39FMB13T016254			
CALCO/RN			
Sistema de Recuperação de Veículos			
Coordenação da Recuperação de Veículos			
DENATRAN - RN			
ESTE É SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA CONSULTA DE INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO 19 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA WWW.SEGURADORAALIDER.COM.BR			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
RNº 013711123145 BILHETE DE SEGURO DPVAT		2018	
EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2018		27/05/2018	
VIA		PLACA	
1		375.676.091-20	
RENAVAM		MATRIZ / MODELO	
01059529560		MOTO TRAXX/J150Q-8	
ANO FAB.		DATA/TAREFA	
2013		3	
COTA ÚNICA		NR CHASSI	
951BXR0A9BR00332			
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FINS (R\$)		DETRAN (R\$)	
		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		OF (R\$)	
		TODA A ESPIGA DE SEGURANÇA	
PAGAMENTO		DATA DE OUTURAÇÃO	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELA DO	
SEGURADORA LIDER - DPVAT			
CNPJ 09.248.608/0001-04			
JUN/2017			
SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, QUI POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT			

## DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Adelson Alves dos Santos, Inscrito (a) no CPF/MF sob o nº 375.676.081-20 e portador do RG nº 3.250.030 – SSP/RN, com domicílio na Cidade de Caicó/RN, onde resido na Travessa Professora Marta Araújo, 799, Samanaú, Caicó/RN – CEP 59300-000, telefone nº 84-98601-7867 e 98810-9014. DECLARO, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente, ocorrido com a Vítima, Rita da Conceição Paiva da Silva, cujo (a) condutor (a) era, Adelson Alves dos Santos, em 01.08.2018, por volta das 12:25, Caicó-RN.

### DADOS DO VEÍCULO

Veículo: Moto Traxx – JL50Q-8.

Ano: 2013.

Modelo: 2014.

Placa: QGC-7119/RN.

Chassi: 951BXKBA9EB003332.

Renavam: 01059529650.

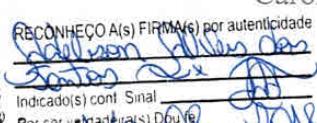
Data do Acidente: 01.08.2018, por volta das 12:25 - Caicó/RN.

Caicó/RN, 16 de Agosto de 2018.

  
Assinatura do (a) Declarante/Proprietário/Condutor (a)  
Reconhecimento por AUTENTICIDADE

  
Rita da Conceição Paiva da Silva  
Carona – CPF 023.065.264-60



RECONHEÇO A(s) FIRMA(s) por autenticidade  
  
Indicado(s) conf. Sinal  
Por ser verdadeira(s) Dou a  
data de 01/08/2018

Ressonância Magnética  
Densitometria Óssea  
Raios-x Digital - CR  
Mamografia de Alta Resolução Digital - CR  
Tomografia Computadorizada Multislice  
Ultrasoundografia Geral e com Doppler



INSTITUTO  
DE RADIOLÓGIA  
DE CAICÓ

RITA DA CONCEIÇÃO PAIVA DA SILVA

CAICÓ – RN

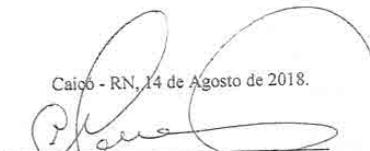
DR. (A) IRAMI ARAÚJO

14 08 2018

RX DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

RAIOS-X DIGITAL COMPUTADORIZADO

- Sinais de fratura na extremidade distal do rádio esquerdo.
- Presença de tala gessada.

Caicó - RN, 14 de Agosto de 2018.  
  
DR. VALDEMAR CORDEIRO FILHO  
CPF: 043.991.374-87  
CRM: 613/RN  
Ass. Digitalizada

Hospital Tiago Dias  
Rua Manoel Elpidio S/N - Penedo - Caicó/RN  
84 3417-1252 | 99668-1661 | 98726-4722



Estado do Rio Grande do Norte  
**Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte**  
Unidade Hospitalar Regional do Seridó  
Estrada do Perímetro Irrigado Subúrbio, s/n – Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000  
CNPJ (MP): 08.241.754/0135-57 - Telefax: (084) 3421-9630, e 9628

Atesto que o segurado Lilia da C. R. V. S. V. foi  
examinado nesta Unidade Hospitalar Regional do Seridó, às 08 horas, necessitando  
de 60 (30 dias de afastamento do trabalho por motivo de moléstia no CID com  
Nº 562) a partir desta data.

ATESTADO MÉDICO

Dr. Silviano Barreto Filho  
CRM/RN 4419

Assinatura do Médico-CRM

Caicó RN, 2 / 8 / 14.

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

### BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO <i>Dra. Iraíni Araújo</i>	DATA <i>01.08.18</i>		HORA DA ENTRADA <i>12:12:28</i>	Nº ATENDIMENTO <i>73</i>							
<b>CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b> Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível											
NOOME <i>Raimunda Conceição Pavao da Silva</i>	DATA DE NASCIMENTO <i>16.03.1963</i>	IDADE <i>55</i>	SEXO <i>F</i>	CPF <i>023.065.264-60</i>	RG <i>001.577.522</i>	DATA DE EXPEDIÇÃO <i>29/08/2014</i>					
NATURALIDADE <i>Olinda/Belo Horizonte</i>	ESTADO CIVIL <i>Casada</i>	PROFISSÃO <i>Doméstica</i>	CARTÃO SUS <i>405.003896348309</i>	ENDERECO <i>Rua Professora Nanci Amorim, 799</i>	BAIRRO <i>Santana</i>						
NOOME DA MÃE <i>LEOPOLDINA PAVAO DA SILVA</i>	NOOME DO PAI <i>FAMILIA SANTOS DA SILVA</i>										
CIDADE/ESTADO <i>Ceará/RN</i>	TELEFONE DE CONTATO <i>(85) 3326-65</i>		RAÇA/COR								
<b>CAMPO 2 - SINAIS VITAIS</b> Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde											
PA.	mmhg	FC	bpm	FR	Irpm	TEMP. AXILAR	"C	SpO2	%	Glicemia	mg/dl
<b>CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO</b> Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista											
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO <i>RX das mãos e pulos &amp; Enxaqueca</i>			ESCORÉ DE GLASGOW <i>15</i>								

<b>CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES</b> Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista											
<i>RX das mãos e pulos &amp; Enxaqueca</i>											
<b>CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA</b> Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista											
<i>Enc no atendente</i>											
 <b>Dr. Iraíni Araújo</b> Médico CRM/RN MÉDICO PLANTONISTA CRM/RN 27.424-68											
RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN											
<b>CAMPO 6 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE</b>											



Estado do Rio Grande do Norte

**Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte**

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000

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

### ATENDIMENTO AMBULATÓRIO EM TRAUMA E ORTOPÉDIA

DATA DO ATENDIMENTO: 02/08/18 INSTIUIÇÃO RESPONSÁVEL: V.H.R.S.  
PACIENTE: RITA DA CONCEIÇÃO PAIVA DA SILVA 16/03/1963  
RG: 001577522 CPF: 023.063.264-683 SUS: 70500383634833  
ESTADO CIVIL: CASADA SEXO: F IDADE: 55 TELEFONE: 33332463  
PAI: FRANCISCO SANTOS DA SILVA MOPOLIZIO PAIVA DA SILVA  
ENDERÇO: R. PROFESSOR MANTA ANALJO N° 799  
BAIRRO: SAMANAU CIDADE: CAICÓ UF: RN  
MÉDICO: DNISILVIO FILHO

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: D. Silvio

### LAUDO MÉDICO

PRINCIPAIS SINAIS CLÍNICOS:

*Lactante E*

PRINCIPAIS RESULTADOS DA PROVA DIAGNÓSTICA:

DIAGNÓSTICO INICIAL:

PROCEDIMENTO INDICADO:

### RELATÓRIO DE ATENDIMENTO

TRATAMENTO REALIZADO:

CID:

CODIGOSUS/SUS: 0303090227

EQUIPE MÉDICA:

CIRURGIAO:

CRM:

AUXILIAR:

CRM:

*Dr. Silvio Santos Filho*

*TEOT 9075 CRM/RN 4419*

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

### BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO <i>Dra. Irami Araujo</i>	DATA <i>01.08.18</i>		HORA DA ENTRADA <i>12:12S</i>	Nº ATENDIMENTO <i>75</i>							
<b>CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b> Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível											
NOME <i>Rita da Conceição Prativa dasilva</i>	DATA DE NASCIMENTO <i>16.05.1963</i>	IDADE <i>55</i>	SEXO <i>F</i>								
CPF <i>023.065.264.60</i>	RG <i>001.577.522</i>	DATA DE EXPEDIÇÃO <i>29/08/2014</i>									
NATURALIDADE <i>Belo Horizonte</i>	ESTADO CIVIL <i>Casada</i>	PROFISSÃO <i>Doméstica</i>	CARTÃO SUS <i>F05 00389634882</i>								
NOME DA MÃE <i>LEOPOLDINA PRATIVA DASILVA</i>	NOME DO PAI <i>FRANCISCO STEVANO DA SILVA</i>										
ENDERECO <i>R. Profissão n° 100 apto 733</i>	BAIRRO <i>Samambaia</i>										
CIDADE/ESTADO <i>Caicó RN</i>	TELEFONE DE CONTATO <i>33332469</i>		RAÇA/COR								
<b>CAMPO 2 - SINAIS VITAIS</b> Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde											
PA.	mmhg	FC	bpm	FR	Irpm	TEMP. AXILAR	"C	SpO2	%	Glicemia	mg/
<b>CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO</b> Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista											
<i>tx de mto e pulm &amp; dor quebra no</i>											
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO					ESCORE DE GLASGOW						

Confere com o Original

Caicó - RN, *23/08/2018*

*Dr. Irami Araujo*

**CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES**  
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista

*RX de mto e pulm & dor quebra no*

**CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA**  
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista

*enc no estagio*

~~Dr. Irami Araujo~~  
MÉDICO  
CRM-RN  
MÉDICO PLANTONISTA CRM 27.424-68

RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN

**CAMPO 6 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE**

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

### BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	DATA	HORA DA ENTRADA	Nº ATENDIMENTO
D. M. V. V.	01.08.18	12:28	73

#### CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível

NOME	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO
Rita da Conceição Pava Dauiva	16.03.1963	55	F
CPF	DATA DE EXPEDIÇÃO		
023.065.264-60	001.577.522	24/08/2014	
NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	CARTÃO SUS
Auto Branco no Ceará	Solteira	docente	405003896348853
NOME DA MÃE	NOME DO PAI		
LEOPOLDINA PAVIA DAUIVA	FRANCISCO STEPHANO DA SILVA		
ENDERECO	BAIRRO		
R. Professora Nísia Andrade 733	Samaral		
CIDADE/ESTADO	TELEFONE DE CONTATO		
Caicó RN	55932469		
CAMPON 2 – SINAIS VITIAIS			

Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde

PA	mmhg	FC	bpm	FR	Irpm	TEMP. AXILAR	°C	SpO2	%	Glicemia	mg/dl

#### CAMPO 3 – ANAMNESE/EXAME FÍSICO

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO	ESCORÉ DE GLASGOW
------------------------	-------------------

*Conferir com o Original  
Caicó - RN - 16/08/2018  
Manoel Henrique da Costa*

#### CAMPO 4 – EXAMES COMPLEMENTARES

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista

*RX de mão e pulso é em APOL.*

#### CAMPO 5 – PRESCRIÇÃO MÉDICA

Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista

*enc no ortopedista*

~~Dr. Iratâni Araújo~~  
 Médico  
 CRM RN - RN

MÉDICO PLANTONISTA / CRM 27.424-68

RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN

#### CAMPO 6 – CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE

Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem

MOTIVO DA SAÍDA	REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA
( <input checked="" type="checkbox"/> ) ALTA MÉDICA	UNIDADE DE DESTINO:
( <input checked="" type="checkbox"/> ) EVASÃO	

**Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte**

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

Estrada do Perímetro Irrigado Sabugí, s/n – Bairro Paulo VI – Caicó (RN) - CEP: 59.300-000

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

**ATENDIMENTO AMBULATÓRIAL EM TRAUMA E ORTÓPEDIA**

DATA DO ATENDIMENTO: 02/08/18 INSTIRUIÇÃO RESPONSÁVEL: V. H. N. S.  
PACIENTE: RITA DA CONCEIÇÃO PAIVA DASILVA ID: 16.103.1963  
RG: 001577522 CPF: 023.068.264-608 SUS: 705003896348389  
ESTADO CIVIL: CASADA SEXO: F IDADE: 55 TELEFONE: 93332469  
PAI: FRANCISCO SERMÃO DA SILVEIRA MOPOLIZZI PAIVA DA SILVA  
ENDERÇO: R. PROFESSORA MARIA ANALDO N° 739  
BAIRRO: SAMANHAU CIDADE: CAICÓ UF: RN  
MÉDICO: DRA SÍLVIA FILHO

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: Dra Sílvia**LAUDO MÉDICO**

PRINCIPAIS SINAIS CLÍNICOS:

*Pelos antigos E*

PRINCIPAIS RESULTADOS DA PROVA DIAGNÓSTICA:

DIAGNÓSTICO INICIAL:

PROCEDIMENTO INDICADO:

*Trot Pt*

**RELATÓRIO DE ATENDIMENTO**

TRATAMENTO REALIZADO:

CID:

CODIGOSIA/SUS:

0303090227

CIRÚRGIAO:

CRM:

EQUIPE MÉDICA:

Dr. Sílvio Santos Filho

AUXILIAR:

CRM:

TEOT 9075 CRM/RN 4419

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE:

CRM:

AUDITOR:



Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte  
Unidade Hospitalar Regional do Seridó  
Estrada do Perimetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000  
CNPJ (MF): 08.241.754/0135-57 - Telefax: (084) 3421-9630, e 9628

## RECEITUÁRIO

Dr. Ribeiro

Conselho

Pessoal

Custo grão - Sêmola  
Peneira elástica - milho  
Peneira sepiolita  
de farinha 25-8-18 7:30h

Programa 100 m3 +  
+ aveia 01 kg a 10/100

Sem gergo

Dr. Lúcio Antônio  
Medico  
CRM 812-RN  
CP 050-42-42-68

Oruço RN 01.08.18

Governo do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social  
Policia Civil  
Delegacia Eletrônica



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Unidade Policial: DELEGACIA DE PLANTÃO CAICÓ EQUIPE 2  
Endereço: AV. CEL. MARTINIANO, 20, JARDIM SATÉLITE, CAICÓ

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2018175000300      1.2 Data de Expedição: 16/08/2018 15:42:40

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 01/08/2018 10:30:00      2.2 Autoria: Desconhecida  
2.3 Fato: Consumado      2.4 Flagrante: Não  
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo      2.6 Local: CRUZAMENTO DA RUA JOSÉ MILTON COM RUA ZECO DINIZ  
2.6 Tipo do local: Via Pública      2.7 CEP:  
2.8 Número: SN      2.9 Ponto de Referência: PROX. APAE E CIEAF  
2.10 Complemento: na esquina      2.11 Cidade: CAICÓ  
2.12 Bairro: PENEDO      2.13 Cidade: CAICÓ  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

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

3.1 Nome Completo: ADELSON ALVES DOS SANTOS      3.2 Estado civil: Solteiro(a)  
3.3 Nome Social:      3.4 Pai: AVELINO ALVES DOS SANTOS  
3.5 Etnia: Parda      3.6 Mãe: TERESA CLOTILDES DOS SANTOS  
3.7 Sexo: MASCULINO      3.8 Orientação Sexual:  
3.9 CPF: 37567608120      3.10 Identidade de Gênero:  
3.11 Nacionalidade:      3.12 Data de Nascimento: 26/09/1953  
3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)      3.14 RG: 003250030 - ITEP/RN  
3.15 Telefone(s): 84 986017867      3.16 Passaporte:  
3.17 Número: 799      3.18 Naturalidade: PATOS PB  
3.19 Bairro: SAMANAÚ      3.20 E-Mail:  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE      3.22 Logradouro: RUA PROFESSORA MARTA ARAÚJO  
3.23 Cidade: CAICÓ      3.24 CEP:

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)**

4.1.1 Nome Completo: RITA DA CONCEICAO PAIVA DA SILVA      4.1.2 Estado civil: União Estável  
4.1.3 Nome Social: CEIÇA      4.1.4 Pai: FRANCISCO SEVERINO DA SILVA  
4.1.5 Mãe: LEOPOLDINA PAIVA DA SILVA      4.1.6 Identidade de Gênero:  
4.1.7 Orientação Sexual:      4.1.8 Etnia:  
4.1.9 Sexo: FEMININO      4.1.10 Data de Nascimento: 16/03/1963  
4.1.11 CPF: 02306526460      4.1.12 RG: 001577522  
4.1.13 Nacionalidade:      4.1.14 Profissão: DO LAR  
4.1.15 Logradouro: O DO DECLARANTE      4.1.16 Passaporte:  
4.1.17 Número:      4.1.18 E-Mail:  
4.1.19 Bairro:      4.1.20 CEP:  
4.1.21 Estado:      4.1.21 Cidade:

**5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)**

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

**7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

7.1.1 Segurado: Não      7.1.2 Seguradora:  
7.1.3 Chassi: \*\*\*\*\*03332      7.1.4 Renavam: 01059529650  
7.1.5 Placa: QGC719      7.1.6 Estado:  
7.1.6 Marca: MOTO TRAXX      7.1.8 Modelo: JL50Q-8  
7.1.9 Ano do Modelo: 2014      7.1.10 Ano de Fabricação: 2013  
7.1.11 Cor do veículo: CINZA      7.1.12 Tipo do veículo: CICLOMOTOR  
7.1.13 Nota Fiscal:      7.1.14 Número do Motor:  
7.1.15 Nome do proprietário: ADELSON ALVES DOS SANTOS      7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:  
7.1.17 Nome do condutor: O PROPRIETÁRIO  
7.1.18 Observações: VEÍCULO ENVOLVIDO EM ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA DE LESÃO CORPORAL

**8. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**9. DOS FATOS**

**9.1 Histórico**

O DECLARANTE DISSE QUE ERA O CONDUTOR DO VEÍCULO SUPRACITADO E QUE A VÍTIMA, SUA ESPOSA, VINHA COMO PASSAGEIRA NA GARUPA. QUE; NO CRUZAMENTO DAS RUAS CITADAS, OUTRO VEÍCULO MOTOCICLETA TRAXX DE COR PRETA, A QUAL NÃO IDENTIFICOU A PLACA E NEM O CONDUTOR, VINHA NA RUA ZECO DINIZ PARA ENTRA NA RUA JOSÉ MILTON NO BAIRRO PENEDO, SENDO QUE ELE ENTROU COM O VEÍCULO, PASSANDO PELA CONTRA MÃO INDO DE ENCONTRO AO VEÍCULO DESTE DECLARANTE, AONDE PARA SE LIVRAR DE UM ACIDENTE MAIOR DESVIOU DO OUTRO VEÍCULO, VINDO ASSIM, SEU VEÍCULO DERRAPAR COM A FREAGEM E CÁIREM AO CHÃO.QUE; SUA ESPOSA TEVE UMA MACHUCAÇÃO NA MÃO E PUNHO DO BRAÇO ESQUERDO. QUE; NO MOMENTO A VÍTIMA SENTIA APENAS DORES FORTES, ENTÃO RESOLVEU AJUDAR ELA SE LEVANTAR DO CHÃO E MONTARAM NO VEÍCULO E FORAM PARA CASA.QUE; COMO ELA SENTIA MUITAS DORES E INCHAÇO, SÓ RESOLVERAM IREM AO HOSPITAL REGIONAL -UHRS ÁS 12H25MIN E LA FOI CONSTATADO QUE O PUNHO ESTAVA QUEBRADO , O QUAL FOI ENGESSADO. QUE; NÃO TEVE ATENDIMENTO MÉDICO OU POLICIAL NO LOCAL.QUE; O OUTRO CONDUTOR QUE PROVOCOU O ACIDENTE NÃO PRESTOU SOCORRO E SE EVADIU DO LOCAL.

**9.2 Informações do CIOSP**

**9.3 Outras Providências**

FEITO BOLETIM PARA SEGURO DPVAT

**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 16/08/2018 15:42:40



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

---

Rio de Janeiro, 07 de Março de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3180562843      Vítima: RITA DA CONCEICAO PAIVA DA SILVA

Data do Acidente: 01/08/2018      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADELSON ALVES DOS SANTOS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RITA DA CONCEICAO PAIVA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00097/0098 - carta\_04 - INVALIDEZ



00050049

Carta nº 14027310

**ANEXO 2**  
**TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE**

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

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



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
3ª Vara da Comarca de Caicó  
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0801214-23.2019.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: RITA DA CONCEICAO PAIVA DA SILVA

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

**DESPACHO**

Inicialmente, defiro o pedido de assistência judiciária gratuita, por entender que a parte autora preenche os requisitos do art. 98 e seguintes do CPC/2015.

Ademais, prevê o art. 334 do Código de Processo Civil que caso a petição inicial preencha os requisitos essenciais e não seja o caso de improcedência liminar do pedido, a requerida será citada e intimada para audiência de conciliação ou mediação (CPC, art. 334).

Não obstante, na presente demanda a parte autora alega ter sido vítima de acidente de trânsito e que em razão disso sofreu intervenções em membro do corpo comprometedoras de parte ou da totalidade de suas funções, fazendo jus, portanto, ao recebimento de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT.

A prática forense demonstra que, em demandas desse tipo, somente são ajuizados os casos em que os seguros não foram pagos ou, se pagos, não atenderam à expectativa dos envolvidos quanto ao grau de invalidez pertinente, tendo em vista que não há nenhuma informação ao beneficiário dos critérios médicos usados.

É, portanto, necessário ao esclarecimento do caso a realização de perícia médica que determine, com precisão, a graduação da debilidade do postulante, para que se possa quantificá-la de acordo com a tabela anexa à Lei nº 6.194/74 e Súmula 474 do STJ.

No presente caso, portanto, afigurar-se-ia infrutífera uma prévia tentativa de conciliação e mediação antes de saber a extensão exata do dano, a fim de adaptá-lo à tabela oficial, o que resultaria em medida ineficaz, tanto a usual prática de mutirões

de conciliação referentes à ações judiciais envolvendo seguro DPVAT acontecem com a realização simultânea de perícia médica para determinação do tipo e grau de lesão.

Neste contexto, a perícia não é apenas essencial para a solução do mérito, mas sim para a própria conciliação prévia, sendo então medida elementar para a celeridade processual dispensar, momentaneamente, a audiência a que se refere o art. 334 do CPC, postergando a sua realização para momento oportuno.

Ante o exposto, proceda-se à citação da parte ré, para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, alertando-a da regra do art. 344 do NCPC.

Caso haja contestação e havendo nesta arguição de preliminar ou fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (NCPC, artigos 350 e 351), dê-se vistas ao autor, através de seu advogado, a fim de que se pronuncie a respeito, no prazo de 15 (quinze) dias, procedendo sempre a Secretaria conforme o disposto no art. 203, § 4º, do NCPC.

Na hipótese de a citação não ser levada a efeito, intime-se igualmente o autor, por seu advogado, no prazo supra, para se pronunciar sobre a diligência negativa.

Com ou sem contestação ou, após a manifestação sobre a contestação, se for o caso, faça-se conclusão.

Publique-se. Intimem-se. Cumpra-se.

Diligências e expedientes necessários.

Juiz LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA

Titular da 3ª Vara de Caicó