



Número: **0809360-38.2019.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **04/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 27.114,18**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
K. L. M. D. L. (AUTOR)	ADRIANO CLEMENTINO BARROS (ADVOGADO) ABEL ICARO MOURA MAIA (ADVOGADO)
JACICLEI MARIA DE MELO (AUTOR)	ADRIANO CLEMENTINO BARROS (ADVOGADO) ABEL ICARO MOURA MAIA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	
MINISTERIO PUBLICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE (CUSTOS LEGIS)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43962 631	04/06/2019 15:31	02 - DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA	Documento de Comprovação
43962 636	04/06/2019 15:31	02 - REPRESENTANTE - DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	Documento de Identificação
43962 648	04/06/2019 15:31	03 - AUTOR - DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	Documento de Identificação
43962 654	04/06/2019 15:31	04 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA	Documento de Comprovação
43962 660	04/06/2019 15:31	05 - BOLETIM DE OCORRÊNCIA	Documento de Comprovação
43962 667	04/06/2019 15:31	06 - SAMU - DELCARAÇÃO DE OCORRÊNCIA	Documento de Comprovação
43962 678	04/06/2019 15:31	07 - DOCUMENTAÇÃO MÉDICO-HOSPITALAR	Documento de Comprovação
43962 683	04/06/2019 15:31	08 - CRLV (2)	Documento de Comprovação
43962 691	04/06/2019 15:31	09 - FORMULÁRIOS compressed (4)	Documento de Comprovação
43962 696	04/06/2019 15:31	10 - AVISO DE SINISTRO	Documento de Comprovação
43962 703	04/06/2019 15:31	11 - PLANILHA DE CÁLCULO	Planilha de Cálculos
43968 790	05/06/2019 10:27	Despacho	Despacho
44711 348	18/06/2019 13:53	Petição	Petição
44711 614	18/06/2019 13:53	EMENDA A INICIAL - KAYO LUCAS MELO DE LIMA e JACICLEI MARIA DE MELO	Documento de Comprovação
44711 607	18/06/2019 13:53	PROCURAÇÃO - JACIELE - KAYO	Procuração
45522 201	03/07/2019 14:23	Petição	Petição

45522 257	03/07/2019 14:23	EMENDA A INICIAL - DESPACHO - KAYO LUCAS MELO DE LIMA e JACICLEI MARIA DE MELO	Documento de Comprovação
45593 623	04/07/2019 08:18	Citação	Citação

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu,

Kays Lucas Melo de Lima, brasileiro, estudante,
maior, portador do RG nº 003.859.420, SSP/RN e
CPF nº 140.652.674-63, residente e domiciliado no
Sítio Boninha, 5/N, zona rural de Mossoró/RN,
veste o presente por sua genitora Jacilci
Maia de Melo, brasileira, solteira, agricultora, por-
tadora do RG nº 003.315.499, SSP/RN e CPF nº 049,
957.134-76, residente e domiciliada no Sítio Bon-
inha, 5/N, zona rural, Mossoró/RN.

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

Por verdade, firmo o presente.

Mossoró-RN, ____/____/____.

JACILCI MARIA DE MELO
DECLARANTE

Mossoró/RN: R. Desembargador Dionísio Figueira, 419, CEP: 59610-090, Centro
Mossoró/RN: Vila Maísa, 12240, CEP: 59649-899, Área Rural
Serra do Mel/RN: R. Colono Severino Lazaro da Costa, 12, CEP: 59663-000, Vila Brasília

(84) 9.9482-4082
(84) 9.9980-4244
☎ (84) 9.8773-3770
abelmaiaadv@gmail.com





Cartão Nacional de Saúde - CNS

Sr. KAYO LUCAS MELO DE LIMA,

Parabéns! Seus dados já constam no Sistema Único de Saúde - SUS. Informe, seu número de CNS quando usar a rede do Sistema Único de Saúde - SUS. Recorte o Cartão abaixo e use-o normalmente. Ele vale em todo o território nacional.



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



www.cosern.com.br

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

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

-Ouvvidoria 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

CPF: 056.302.234-53

TOTAL A PAGAR (RS)

17/05/2019

17/05/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

Série: U

CONTA CONTRATO
007011579170

Nº DO CLIENTE
3000493800

Nº DA INSTALAÇÃO
0002370652

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PO BARRINHA 6788

ZONA RURAL / AREA RURAL

59600-001 MOSSORO 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

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL
Trifásico

RESERVADO AO FISCO

F578.360B.55A0.857D.3BCA.784E.0B99.13D7

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

--	--

Tarifas Aplicadas			HISTÓRICO DO CONSUMO		
Consumo Ativo(kWh)	0,37784800				kWh
			MAI 19		486
			ABR 19		377
			MAR 19		369
			FEV 19		530
			JAN 19		827
			DEZ 18		1117
			NOV 18		1695
			OUT 18		1879
			SET 18		1938
			AGO 18		1778
			JUL 18		1195
			JUN 18		788
			MAI 18		443
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO					
	RS	%			
Geração de Energia	88,44	35,38			
Transmissão	9,38	3,75			
Distribuição (Cosern)	59,03	23,61			
Encargos Setoriais	13,72	5,49			
Tributos	63,58	25,44			
Perdas de Energia	15,82	6,33			
TOTAL	249,97	100			

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
249.97	18.00	44.99	249.97	1.33	3.32	249.97	6.11	15.27

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000002010087328	CAT	17/04/2019	51.091,00	17/05/2019	51.577,00	30	1,00000	0,00	486,00
000000002010087328	CRT	17/04/2019	32.768,00	17/05/2019	33.113,00	30	1,00000	0,00	345,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/06/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
mar/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	MOSSORÓ III	0,00	5,07	10,15	20,30
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,23	6,47	12,95
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,86	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					
Limite DICRI: 12,22					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 92,27					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto do Vogel moto pecas ramos: avenida wilson rosado, aeroporto / super alternativo de alimentos: av bel coelho, 1455, abolicão Ltda completa em www.cosern.com.br.”

O pagamento desta Nota Fiscal/Fabricao deve ser feito somente em espécie.

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.

Cobraça ICMS sobre subvenção CDE, conforme Solução de Consulta N. 58/2013 - COJUP.

A partir de 22/04, tarifa com reajuste médio de 5,48% para Baixa Tensão e 2,81% para Alta Tensão-REH 2.532/19

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pagto, em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês

Desconto Incondicional pela Aplicação da Tarifa B2 RURAL = RS 81,07

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
380	348	396

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007011579170	05/2019	264,56	24/05/2019	<p>Evite dobrar, perfurar ou rasurar.</p> <p>Este canhoto será usado em leitora ótica</p>

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838100000027 645600384070 011579170204 011646705631 AUTENTICAÇÃO MECÂNICA 1/2

5/24/2019

2a Via de Fatura





NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Declarou acidente de trânsito, com moto (Declaração para cumprir fins de solicitação do seguro DPVAT)

LOCAL DO FATO: Declarou, segundo informou, que o fato ocorreu na localidade da barrinha, zona rural, Mossoró/RN.

DATA E HORA DO FATO: Declarou, segundo informou, que o fato ocorreu no dia 03/06/2018, por volta das 19:37hs.

DECLARANTE: Jacileide Maria de Melo
ENDEREÇO RESIDENCIAL: Sítio Barrinha casa s/n, zona rural, Mosoró/RN.
DATA DE NASCIMENTO: 12/12/82
DOCUMENTO: CPF nº 04995713476/RN
VÍTIMA: Segundo relatou a declarante, a vítima é Caio Lucas Melo de Lima, data de nascimento 05/08/2005, RG nº 003852420/RN, filho da comunicante.
NOTÍCIADO: Declarou segundo informação, motociclista desconhecido, placa não sabe nome notificado.

DECLARAÇÃO DO OCORRIDO

Declarou que no dia, hora e local supracitados, a vítima era conduzida na garupa da moto placa OSH0410/RN, RENAVAM nº 1009250687, tipo Honda Bros, em nome de Jailson Freitas da Costa, quando, segundo relata a declarante, o condutor da moto, Sr. Antônio Welton Borges, foi atravessar a via, sendo que o acusado, após passar por uma lombada com a sua moto, colidiu contra a lateral da motocicleta na qual era conduzido a vítima na garupa; Declarou que em razão do ocorrido a vítima sofreu queda da garupa da moto na via; Declarou que a vítima foi atendida no Hospital Regional, embora ao local do ocorrido; Declarou que a vítima foi atendida no Hospital Regional Tarcísio Maia; Declarou que compareceu e relatou o presente BO nesta delegacia para cumprir fins protocolares de solicitação do pagamento do seguro DPVAT; Declarou que não deseja representação criminal ou instauração de procedimento policial investigatório para apurar nesta delegacia o ocorrido relatado; Nada mais disse.

DECLARAÇÃO: 14/09/2018, às 14h35min.

Q35. Todas as informações contidas nesta B.O. são de inteira responsabilidade do declarante.

JACILEI MARIA DO MELO



Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

DECLARAÇÃO DE Ocorrência Registro Nº 510

Mossoró 14 de Agosto de 2018

Em resposta a solicitação do (a) Sr(a): **JACICLEI MARIA DE MELO, 35 anos**

RG 002.315.499 passo a informar o que consta em nosso registro.

Identificação da ocorrência: **SN**

Nome do Paciente: **KAYO LUCAS MELO LIMA, 13 anos.**

Data: **03/06/2018**

Local da ocorrência: **Sítio Barrinha**

Viatura: **UR 05 – Bombeiros**

Hora do Chamado: **18h 37min.**

Natureza da Ocorrência: **Colisão moto x moto**

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

Silvania do Monte Santiago

Matrícula 58682-1

Agente administrativo SAMU/Mossoró

Dixon Fradik Medeiros Lima

Matrícula 405418-2

Diretor do SAMU/ Mossoró

SAMU – Mossoró
Rua: São de Janeiro, 509 – São Antonio – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN
Tel / FAX: (0xx-84) 315-4915
e-mail: samumossoro@hotmail.com

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 13055 - KAYO LUCAS MELO DE LIMA (12 a 9 m 29 d)

Nascimento: 05/08/2005 Natural: MOSSORO BRASIL Sexo: M Cor: PARDAS

CNS: Mãe: JACILEI MARIA DE MELO Prof: Pai: LUIZ DA SILVA LIMA

Logradouro: SITIO BARRINHA, 1 CEP: 59649899 Bairro: AREA RURAL DE MOSSORO Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.94130115 84.94130115 Comp: Tipo: REGULADO

Motivo (elegido pelo paciente): QUEDA - MOTO Empresa:

Origem: SAMU RN

OBS: procedente do sítio Barrinha, conduzido pelo					Classificação: 03/06/2018 19:11:08			PESO:	
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FlO2	F.R.	F.C.	TEMP	Glaegow	RTS
	110	80	99		20	90			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Quixadas: 12 anos, de colisão moto/moto, apresentando fratura fechada de tibia esquerda, escoriações de arrasto.

Horas: 12h

Paciente vitioso, apresentando fratura fechada de tibia esquerda, escoriações de arrasto.

Cicatrizes pós-cirúrgicas de tibia esquerda.

Exame físico: sem alterações.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

Exame de tibia esquerda: fratura fechada de tibia esquerda.

*Saída: - () Decisão médica; () Enc. outro Serviço; () Evasão; () Interna; CID Proc.

Data: / / 18. Hr: Ass. Médico:

Cravado reflete acidente de moto e há uma lesão na
mão e epuratória dor e deformidade no terço
médio da perna esquerda.
Neurovascular normal.
Radiografia de urgência evidenciando fratura do
terço médio da tíbia - fíbula (tipo transverso).
Realiza redução e imobilização com gesso.
Injúria pedal, etc.
Neurovascular após a imobilização normal.
Radiografia de controle após imobilização evidenciando
fratura alinhada com menos de 5° de valgo.
CD: manter tratamento conservado e acompanhamento
semirural ambulatorial.

Fabiano Dantas de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
TEC 015370
CRM 015370

HOSPITAL REGIONAL
ESTÁ CONFORME
SANEAMENTO
2006/2018
SANEAMENTO
B128

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UBS MARINA FERRERA - BARRINHA

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o senhor (a)

Kayo Lucas Melo de Leme
portador RG 003852420 e CPF 140652674 63

CNS 704809562323447 residente na localidade de
Sítio Barrinha Cep: 59642-899 Mossoró-RN, e
usuário (a) do PSF - Programa Saúde Da Família Da Unidade
Da Barrinha (UBS MARINA FERRERA), sob protocolo
nº 3148 e Agente de Saúde Picardo

R. C. Silva

Rita de Cássia Lopes da Silva
Enfermeira - Diretora
COREN 153649

Diretor da UBS

RECIBO

R\$ 25,00

Recebi do paciente **KAYO LUCAS MELO DE LIMA**,
quantia de R\$ 25,00 (Vinte e Cinco Reais) referente a pagamento de copia
do prontuário.

Natal, 07 Agosto de 2018

FATURAMENTO
Abel Icaro Moura Maia
Juiz de Paz e Criminalista da Círculo da Justiça

PRESCRIÇÃO MÉDICA
 PRECISENTE Abel Icaro Moura Maia DATA 20/07/18
 REGISTRO 207 CONVÊNIO

PRESCRIÇÃO	HORARIOS
19/07/18 Fexos para cirurgia	
19/07/18 Sula lina em 19 H	
19/07/18 Cefalotina 1g 8/8h	
19/07/18 Clonazepam 1mg 1x	
19/07/18 Alcatoraz 200mg 2x	
19/07/18 Tiazac 100mg 2x	
19/07/18 Cefurox 500mg 2x	

Ortopedia - Traumatologia
 CRM 3636-RN

DEBITOS
SERINGA 0,5
SERINGA 1,5
SERINGA 0,5
SERINGA 10 cc
SERINGA 20 cc
EQUIPO MICROGOTAS
EQUIPO 2/3
EQUIPO 2/3 SANGUE
JELCO N°
SCALP N°
POLIFIX
LUVA PROCEDIMENTO
LUVA ESTER. N°
GASES PCT
ESPALMADO
MICROPOR
PVP
ETER
ALCOOL 70%ml
ALGODÃO BOLA
AGULHA DESC
CREPOM N°
ALGODÃO ORTOP
CEPACOL ml
POMADA
SONDA DE FOLEY
SONDA URETRAL
SONDA NASO
COLETOR FECHADO
COLETOR ABERTO
AMINA BISTURI
ELETRODO
MAQUINHA
MAQUINHA
MAQUINHA

Nome completo: **KAYO LUCAS RUILO DE LIMA**
 Id: **003852420**
 Código de acesso: **00000000000000000000**

Data: **14/07/2018**
 Hora: **15:05**

Identificação de clientes no Centro Cirúrgico	Antes da indução anestésica Check in	Antes de iniciar a cirurgia Time out	Antes do cliente ser levado Check out
Identificação do cliente <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Confirmação sobre o cliente Identificação do cliente Al. oral da cirurgia a ser feita Procedimento a ser realizado Consentimento anestésico e cirúrgico Sítio cirúrgico certo Montagem da SO de acordo com o procedimento programado <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais Staff <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 1º cirurgião <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 2º cirurgião <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Anestesista <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Circulante <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Procedimento realizado A contagem de compressas, agulhas e instrumentais está correta? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica Peças anatômicas/linhas identificadas adequadas? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica Houve algum problema com equipamentos que deve ser monitorado? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente Cirurgião 7-285
Sítio cirúrgico demarcado <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplica	Revisão dos equipamentos de anestesia Materiais de gás aerossol disponíveis e funcionantes Laringoscópio Fio guia Bougie Guedel Há risco de perda sanguínea >500ml. (Pul/Kg em minutos) <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Reserva sanguínea? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Cirurgiões, anestesiistas e equipe de enfermagem confirmam: Identificação do cliente Sítio cirúrgico Procedimento a ser realizado Pisa de eletrocardíaco Posicionada <input type="checkbox"/> Não aplica Uso de antibiótico profilático <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Exames de imagem estão disponíveis <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplica Revisão do cirurgião Passos críticos Duração estimada / Possíveis perdas sanguíneas <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Revisão do anestesista <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Preparação das compressas / Agulhas / Linhas <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Anestesiista 7-285 Infermeiro 7-285 Obs.

PROTÓTIPO CLÍNICA Dr. Paulo Gurgel

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE: RODO LUCAS DA SILVA
APTO: 101 Nº REGISTRO: 101
CONVEN: 101

USO DE:
BOMBA DE INF. DIL Nº
NEBULIZADOR Nº
ASPIRADOR DIL
CURATIVO

DATA/H
ECG
OXIG./UMIDIF.
BERÇO AQUECIDO
FOTOTERAPIA
INCUBADORA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSINATURA

DATA HORA

19.03.18 17:00
19.03.18 19:00

Paciente apresenta melhora da tosse, porém ainda com secreção espessa e amarelada. Não há febre, nem sinais de desidratação. Mantém-se bem hidratado e alimentado.

19.03.18 12:15

Realizado curativo e posto novo curativo. Paciente apresenta melhora da tosse, porém ainda com secreção espessa e amarelada. Não há febre, nem sinais de desidratação. Mantém-se bem hidratado e alimentado.

Carimbo e Assinatura: _____

[illegible]

for 1000 cm

[illegible]

HORARIO: _____

VENTILACAO: _____

() 302 AMB () MV () M () H () H

() ENTUBADO TOI N° _____

OBS: _____

ELIMINACOES

DIURESE

EVACUAÇÃO

1) POTEREA:	1) CIBO	1) CIBO
2) POTEREA:	2) CIBO	2) CIBO
3) POTEREA:	3) CIBO	3) CIBO
4) POTEREA:	4) CIBO	4) CIBO
5) POTEREA:	5) CIBO	5) CIBO
6) POTEREA:	6) CIBO	6) CIBO
7) POTEREA:	7) CIBO	7) CIBO
8) POTEREA:	8) CIBO	8) CIBO
9) POTEREA:	9) CIBO	9) CIBO
10) POTEREA:	10) CIBO	10) CIBO
11) POTEREA:	11) CIBO	11) CIBO
12) POTEREA:	12) CIBO	12) CIBO
13) POTEREA:	13) CIBO	13) CIBO
14) POTEREA:	14) CIBO	14) CIBO
15) POTEREA:	15) CIBO	15) CIBO
16) POTEREA:	16) CIBO	16) CIBO
17) POTEREA:	17) CIBO	17) CIBO
18) POTEREA:	18) CIBO	18) CIBO
19) POTEREA:	19) CIBO	19) CIBO
20) POTEREA:	20) CIBO	20) CIBO
21) POTEREA:	21) CIBO	21) CIBO
22) POTEREA:	22) CIBO	22) CIBO
23) POTEREA:	23) CIBO	23) CIBO
24) POTEREA:	24) CIBO	24) CIBO
25) POTEREA:	25) CIBO	25) CIBO
26) POTEREA:	26) CIBO	26) CIBO
27) POTEREA:	27) CIBO	27) CIBO
28) POTEREA:	28) CIBO	28) CIBO
29) POTEREA:	29) CIBO	29) CIBO
30) POTEREA:	30) CIBO	30) CIBO
31) POTEREA:	31) CIBO	31) CIBO
32) POTEREA:	32) CIBO	32) CIBO
33) POTEREA:	33) CIBO	33) CIBO
34) POTEREA:	34) CIBO	34) CIBO
35) POTEREA:	35) CIBO	35) CIBO
36) POTEREA:	36) CIBO	36) CIBO
37) POTEREA:	37) CIBO	37) CIBO
38) POTEREA:	38) CIBO	38) CIBO
39) POTEREA:	39) CIBO	39) CIBO
40) POTEREA:	40) CIBO	40) CIBO
41) POTEREA:	41) CIBO	41) CIBO
42) POTEREA:	42) CIBO	42) CIBO
43) POTEREA:	43) CIBO	43) CIBO
44) POTEREA:	44) CIBO	44) CIBO
45) POTEREA:	45) CIBO	45) CIBO
46) POTEREA:	46) CIBO	46) CIBO
47) POTEREA:	47) CIBO	47) CIBO
48) POTEREA:	48) CIBO	48) CIBO
49) POTEREA:	49) CIBO	49) CIBO
50) POTEREA:	50) CIBO	50) CIBO
51) POTEREA:	51) CIBO	51) CIBO
52) POTEREA:	52) CIBO	52) CIBO
53) POTEREA:	53) CIBO	53) CIBO
54) POTEREA:	54) CIBO	54) CIBO
55) POTEREA:	55) CIBO	55) CIBO
56) POTEREA:	56) CIBO	56) CIBO
57) POTEREA:	57) CIBO	57) CIBO
58) POTEREA:	58) CIBO	58) CIBO
59) POTEREA:	59) CIBO	59) CIBO
60) POTEREA:	60) CIBO	60) CIBO
61) POTEREA:	61) CIBO	61) CIBO
62) POTEREA:	62) CIBO	62) CIBO
63) POTEREA:	63) CIBO	63) CIBO
64) POTEREA:	64) CIBO	64) CIBO
65) POTEREA:	65) CIBO	65) CIBO
66) POTEREA:	66) CIBO	66) CIBO
67) POTEREA:	67) CIBO	67) CIBO
68) POTEREA:	68) CIBO	68) CIBO
69) POTEREA:	69) CIBO	69) CIBO
70) POTEREA:	70) CIBO	70) CIBO
71) POTEREA:	71) CIBO	71) CIBO
72) POTEREA:	72) CIBO	72) CIBO
73) POTEREA:	73) CIBO	73) CIBO
74) POTEREA:	74) CIBO	74) CIBO
75) POTEREA:	75) CIBO	75) CIBO
76) POTEREA:	76) CIBO	76) CIBO
77) POTEREA:	77) CIBO	77) CIBO
78) POTEREA:	78) CIBO	78) CIBO
79) POTEREA:	79) CIBO	79) CIBO
80) POTEREA:	80) CIBO	80) CIBO
81) POTEREA:	81) CIBO	81) CIBO
82) POTEREA:	82) CIBO	82) CIBO
83) POTEREA:	83) CIBO	83) CIBO
84) POTEREA:	84) CIBO	84) CIBO
85) POTEREA:	85) CIBO	85) CIBO
86) POTEREA:	86) CIBO	86) CIBO
87) POTEREA:	87) CIBO	87) CIBO
88) POTEREA:	88) CIBO	88) CIBO
89) POTEREA:	89) CIBO	89) CIBO
90) POTEREA:	90) CIBO	90) CIBO
91) POTEREA:	91) CIBO	91) CIBO
92) POTEREA:	92) CIBO	92) CIBO
93) POTEREA:	93) CIBO	93) CIBO
94) POTEREA:	94) CIBO	94) CIBO
95) POTEREA:	95) CIBO	95) CIBO
96) POTEREA:	96) CIBO	96)

PERKUTANEOUS CARDIOPULMONARY

1. TAQUICARDIA (TAQUICARDIA)
 2. BRADICARDIA (BRADICARDIA)
 3. ARRITMIA (ARRITMIA)
 4. CONDUCCIÓN (CONDUCCIÓN)
 5. CONDUCCIÓN (CONDUCCIÓN)
 6. CONDUCCIÓN (CONDUCCIÓN)
 7. CONDUCCIÓN (CONDUCCIÓN)
 8. CONDUCCIÓN (CONDUCCIÓN)
 9. CONDUCCIÓN (CONDUCCIÓN)
 10. CONDUCCIÓN (CONDUCCIÓN)

541 PMACOF9

100

Prontoclínica Dr. Paulo Gurgel
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

MEDICO: Abel

SEÇÃO: 100

DATA: 20/07/18

DOENÇAS PRE-EXISTENTES: DM II

EVOLUÇÃO: 30/07/18 HORÁRIO: 14:30

VENTILAÇÃO

☐ CO2 APTX ☐ INVT ☐ FIO2 21%
☐ ENTUBADO TOT Nº 1

ELIMINAÇÕES

DIURESE
☐ ESPONTÂNEA ☐ JVA A CAUSA
☐ HEMATURIA ☐ GLOMERULOPATIA
☐ POLQUIA ☐ SVO
ASFERC/O CARACTÉRISTICA

EVACUAÇÃO

☐ ESPONTÂNEA
☐ ESTIMULO
☐ AUSINT ☐ PRP
ASPECTO/CARACTERÍSTICA

APARELHO DIGESTIVO

ABDOMEN
RELAXADO ☐ GLOBOSO ☐ SVO
☐ DISTENDIDO ☐ DOR A PALPAÇÃO
ASTIMPARCO ☐ INACCO ☐ RUÍDO GASTRICO

LOCOMOÇÃO

☐ DEAMBULANDO ☐ CADÊNCIA DE PASSOS
☐ SOBRE MACA ☐ MULETA

DIETA

☐ AO SEIO ☐ IDRA/COMPENSAÇÃO
☐ SOC/SGH ☐
☐ HIDROALCOOLICO
VÔMITO ☐ SVO

OBJETIVOS: Adm. de fluidos para manutenção de volume

Telmo M. dos S. Oliveira
ENFERMEIRO
CORENOR 471207

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO: 20/07/18 HORÁRIO: 23:50

VENTILAÇÃO

☐ CO2 APTX ☐ INVT ☐ FIO2 21%
☐ ENTUBADO TOT Nº 1

ELIMINAÇÕES

DIURESE
☐ ESPONTÂNEA ☐ JVA A CAUSA
☐ HEMATURIA ☐ GLOMERULOPATIA
☐ POLQUIA ☐ SVO
ASFERC/O CARACTÉRISTICA

EVACUAÇÃO

☐ ESPONTÂNEA

INSPEÇÃO GERAL

☐ ORIENTADO ☐ TALCO ORIENTADO
☐ SINTOMAS ☐ HIPOTÔNICO
☐ MARCHANDO ☐ SEDADO ☐ JANSARCA ☐ EDEMA

ACÚSO VENOSO (local e data de inserção)

USO DE PRIVAÇÃO

MEDICAMENTOS/ATB

12. Foi monitorado todos solicitados e reservados () sim (X) não () Não aplicável
13. Por que tem a água contida () sim (X) não
14. Aquecimento de água esta testado (X) sim () não
15. Esterilização dos instrumentos com indicadores (X) sim () não

ETAPA II: PRE-INCISÃO

16. Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta (X)
17. Contém preparo da pele com clorexidina devidamente e tópicos (X) sim (X) não
18. Confirma antibiótico profilático administrado (X) sim () não aplicável
19. Percebe em posição adequada (X) sim () não

EQUIPE DE ENFERMAGEM

20. Verifica se a disponibilidade dos materiais e equipamentos solicitados para cirurgia (X)
21. Verifica se a equipe médica se os exames necessários estão disponíveis (X)

22. Verifica se o local e placas instalados corretamente (X)

INÍCIO OPERATÓRIO

Posicionamento: Dorsal (X) Lateral direita () Lateral esquerda () Posição Ginecológica ()

() Decúbito Prone () Decúbito Ventral

Monitoração cardíaca: (X) sim () não PM/Manguito em: M5 E Placa neutra: Local: 21.1.13
Passado faixa de snatch. Não () Sim, em: 21.5 E Início: _____ Término: _____

Calções Antissépticos Usados no Campo Operatório: () Clorexidina () Clorex aquoso
() Clorex Alcolica (X) PVPi degermante

(X) PVPi tintura (X) Alcool 70%
Infusões: SFO 9% 500 ml R. Lactato: _____ ml R. Símiles 5000 ml SGO 5% _____ ml

Ureteros: () Peritosa nº _____ () Porto vac nº _____ () Torax nº _____

Sinais vitais: PA: 80/60 mmHg FC: 90 bpm Sat O₂ % T: _____ °C Hora: _____

Respiração: Inalado 21.30 Termômetro 36.8 () Geral Inalatório () Geral Venoso () Sedação () Inalador
() Peridural (X) Raquí () Bloqueio: _____

OT: () Não () sim - Canela nº _____ IOT aramado: () não () sim nº _____

AUP: () não (X) sim (X) 20 por 21.5 E

Caráter OZ: () não () sim SNG: () NÃO () SIM nº _____ SVD: () NÃO () SIM nº _____

Forma operatória: Curativo

Anal. Patológico: () Não () Sim _____ Unid: _____

Intervenção: Exatidão

Intervenção: Intercorrência _____

ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Verifica se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada () sim () não
Qual a cirurgia realizada não tenha sido a proposta, _____

Medicações administradas (anotar horários) 21.30.30.35.45

CEP () NÃO () SIM, qual

2 PE 24
3 PE 26
3 PE 28
1 PE 30

Medicações de emergência e intercorrências

Unidade em qual: 24 45 Termo da cirurgia: 18 45

INDICAÇÃO: 25 35 ASSISTENTE: ANESTESIOLOGISTA: 25 35
ASISTENTE: 25 35 CIRCUANTE: 25 35 ENFERMEIRA: 25 35

Unidade em qual: 24 45 Termo da cirurgia: 18 45

Condições de admissão do paciente:

Neutro () Sinto () agitado () ambiente () MV 50%

Exatidão de QZ () TOTOPAY () AVC

Integridade e repensão () Bradicardia () Taquicardia () Tremor () Dor () Baixa Saturação

Integridade e Desorientação () Agitação () Dispneia () Broncoespasmo () Outros

Medicações ministradas na URPA (anotar horários)

Encaminhado para o andar

Exatidão de QZ () SVD FECHADA () DRENOS () CURATIVOS LIMPOS ()

GESSO EMI: MSD () MSE () MID () MIE ()

EXAMES: Laboratório () USG () TC () RM () RISCO CIRURGICO () OUTROS

ENCAMINHADO: Enfermaria () UTI () Alta Hospitalar () Outros

Medicações de emergência

ENCAMINHADO POR: 25 35 HORA: 18 45

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO
 Dr. Paulo Gurgel
 Nome: Raye Lucas Vello Nº REGISTRO: _____
 Data Nascimento: 11/05/2007 IDADE: _____ Sexo: _____ LEITO: _____ Data de Admissão: _____
 MEDICO: Dr. Paulo Gurgel

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

1. Realizou teste de inclinação aguçada? () Não (X) Sim início: 2002 PESO: _____ Kg Altura: _____ cm
 2. Realizou testes/ortese/adornos: () SIM () NÃO
 3. Alergias: () NÃO () SIM: Não
 4. Doenças Preexistentes: () DM () HAS () TABAGISMO () HIV () Hep B () Hep C () Parturidas () Dor () Insuficiência Renal () Outros: Não Medicamentos de uso frequente: Não
 5. Consentimento Cirúrgico Preenchido () Não () SIM
 6. Outros: Não () USG () TC () RMN () Risco cirúrgico Outros: _____
 7. Contaminado () Desambulando () Cadeira de Rodas (X) Maca (X) consciente () Inconsciente () Não verbal () Desorientado
 8. Sinal de F. Ferimento: _____
 9. Contendo informação acima por: Clara Francis Amor Admitido na sala: 1 Hora: _____
 10. STAPA e PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA
 11. Cirurgia Proposta: "Tubo Tibial"
 12. POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO: (X) Limpa () Contaminada () Potencialmente Contaminada () Incontaminada
 13. Equip. de limpeza presente (X) Sim () Não
 14. Equip. de desinfecção e cirurgia confirmada (X)
 15. Equip. de monitoramento (X) Cirúrgico () Hemoterápico () Não caso não esteja assinado (contato com o cirurgião)
 16. Rótulo de lixo disponível e testado (X) Sim () Não () não aplicável
 17. Alcoolização de Anestesia (X)
 18. Equipamento de Vidro ()
 19. Monitor Multi-Parâmetro (X)
 20. Sinal de Oxigênio (X) Ar Comprimido () Vácuo ()
 21. Sinal de água disponível e testado (X)
 22. Sinal de água testada (X)

INFORMATIVO

Venho através de esta informar que nossa instituição não poderá disponibilizar os raios-X do paciente **KAYO LUCAS MELO DE LIMA**, pois o SUS (SISTEMA UNICO DE SAUDE) só pagara diante de uma auditoria feita e nela tem que constar ambos, o pré-operatório e o pós – operatorio. Deixando claro o motivo pelo qual não será liberada, conforme solicitação de vossa senhoria.

Natal, 07 Agosto de 2018.

FATURAMENTO,
Francisco Lima
Prontódica da Criança Ltda
Quartá, 964-905
Faturado

PRONTOCLÍNICA
Dr. Paulo Gurgel

REGISTRO DE INTERNAMENTO			
Nº AILH:	Nº ATENDIMENTO:	DATA:	HS:
	ACOMODADO:	CLÍNICO ()	PEDIÁTRICO ()
MATRICULA:	LEITO:	CONVÊNIO:	
ASS. DO RESPONSÁVEL PELO INTERNAMENTO:			

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME:	SEXO () M () F
DATA DE NASCIMENTO:	CNPJ:
FILIAÇÃO MÃE:	CPF:
PAI:	
ENDEREÇO:	Nº:
Bairro:	Cidade:
Estado:	CEP:
RESPONSÁVEL:	PARENTESCO:
FONE:	FONE:

SUMÁRIO DE ALTA	
TIPO DE ALTA:	() MÉDICA () ADMINISTRATIVA () JA PEDIDO () JEVASÃO () ORITO
DATA:	HORA:
ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR:	

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

trave da perna e
w 730 ang.
ps e deficiente
w = fratura terço e
tubula e
tratada
Ortopedia + Ortopedia
17/01/18

PRONTOCLÍNICA DA CRIANÇA LTDA	CARIMBO E ASS. DO MÉDICO
CNPJ: 09.417.742/0001-91	
Confere com o Original	
Data: 08/02/2018	
Prontoclínica da Criança LTDA	Transferência Assist. de 2018
Partida Médica	Ortopedia - Transf. Ortopedia
Faturista	CNPJ 30.15.81

Dr. Jedy Vieira Gomes
 Médico
 CRM/RN 1720
 QP 230.400.001-20

Equipamentos / Tempo de Uso

Equipamentos / Tempo de Uso	Quantidade	Solução	Quantidade	OPME'S
BISTURI ELÉTRICO	01	ABD 1000ML	01	APRUELAS
CAPINÓGRAFO	01	ABD 10ML	01	CIDEX POR ML
INTENS DE IMAGENS	01	FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML	01	CIMENTO ORTÓPEDICO
MONITOR CARDÍACO	01	FISIOLÓGICO 0,9% 250ML	01	FIO DE KIRSCHNER
OXÍMETRO DE PULSO	01	GLICOSADO 5% 250ML	01	FIO DE LUQUE
SERRA ELÉTRICA	01	GLICOSADO 5% 500ML	01	FIXADOR EXTERNO
		GLICOSE 50% AMPOLA	01	GANCHO
		RINGER LACTATO 500ML	01	GEOLFOAM
		RINGER SIMPLES 500ML	01	GRAMPO
				HASTER
				LIGAMENTO SINTÉTICO
				PARAFUSO CORTICAL
				PARAFUSO ESPONIOSO
				PARAF. INTERF. TITANEO
				PINO
				PINO DESLIZANTE
				PLACA
				PARAFUSO CANULADO
				LAMINA DE SHAVER
				PROTESE
				SURGICEI
				DRILL ELÉTRICO
				ASP. RADOR
				PARAFUSO ANCIORA
				PLAST. ANEL 1.4
				PARAFUSO TRANSVERSO
				SONDAS

Medicamentos

Medicamentos	Quantidade	Retenção de Receita	Quantidade
DIPROF	01		01
DOLOANTINA	01		01
PENTANIL	01		01
FLUMAZEN	01		01
SOLTORAN	01		01

PREScrição Médica

PACIENTE: Abel Lucas Melo de Lima

REGISTRO: ABEL

CONVÊNIO: ABEL

DATA: 15/05/2019

PREScrição: Abel Lucas Melo de Lima

HORÁRIOS: ABEL

DEBÍTOS:

SERINGA 01	
SERINGA 03 cc	
SERINGA 05 cc	
SERINGA 10 cc	
SERINGA 20 cc	
EQUIPO MICROGOTAS	
EQUIPO P/ BI	
EQUIPO P/ SANGUE	
JELCO Nº	
SCALP Nº	
POLIFIX	
LUVA PROCEDIMENTO	
LUVA ESTER Nº	
GASES PCT	
ESPARADRAPO	20
MICROPORE	
PVPI	
ETER	
ALCOOL 70%ml	
ALGODÃO BOLA	
AGULHA DESC.	
CREPOM Nº	
ALGODÃO ORTOP	
CEPACO ml	
POMADA	
SONDA DE FOLEY	
SONDA URETRAL	
SONDA NASO	
COLETOR FECHADO	
COLETOR ABERTO	
LAMINA BISTURI	
ELETRODO	
MASC DESCAT	
SORO FISIOL	15
FTA HGT	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012459927730
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CRDD01 VIA 1009250687 RNTRO 0000000000 EXERCÍCIO 2016

JALLISON FREIRE DA COSTA

RUSSAS/CE

CPF / CNPJ 11547919477 PLACA OSH0410

PLACA ANT. UF 9C2KD0550ER205358 CHASSI

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014

CAP / POT / CIL 2F/6CV/149CC CATEGORIA PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1 VENC. COTAS 1

IPVA FAPVA PARCELAMENTO / COTAS 2

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 00/00/0000

SEGURO OBRIGATORIO

RES. DOM. ARARIPE VEICULOS LTDA; *****

RUSSAS LOCAL 07/08/2017

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: ABEL ICARO MOURA MAIA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012459927730 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

11547919477 **ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 07/06/2017

VIA 11547919477 CPF / CNPJ OSH0410 PLACA

RENAVAM 1009250687 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. 2013 CAT. TARIF. 9C2KD0550ER205358

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO

DESPACHANTE
LOTE/DOC. **SEGURADORA LIDER - DPVAT**
MOTOR: KD05E5E205358
www.seguradoralider.com.br

Seguradora
LIDER
Assicuradora de Seguros DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221 204 ou 0800 0221 206 (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 deve 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 Maya Lucas Melo de Lima CPF da Vítima 140.652.674-63 Data do Acidente 03/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal Facioli Maria de Melo CPF do Representante Legal 049.957.134-76

Email abilmiaadva@gmail.com Telefone (DDD) (84) 9.8773-3770

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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



Marcelino, 14 de setembro de 2018
Local e Data

Lucas Melo de Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JALLISON FREIRE DA COSTA, RG nº 3329.007, data de expedição 24/05/2011,
 Órgão SESPAS, portador do CPF nº 415.439.344-77, com
 domicílio na cidade de BARAUNA, no Estado de
PA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
PARA LINDA LIZA DE BUENO, nº 22,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima KATO LUCAS MELO DELIMA, cujo o condutor era
ANTONIO WELTON BORGES.
 Veículo: HONDA/NXR150 BR05 ES
 Modelo: _____
 Ano: 2013
 Placa: 05H0410
 Chassi: YCEK00550ER205358
 Data do Acidente: 03.06.2018
 Local e Data: BARAUNA-PA, 30/08/2018

Jallison Freire da Costa
 Assinatura do Declarante

Antonio Welton Borges

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO
BARAUNA
 Av. Juscelino Kubitschek, 824 - Centro
 CEP: 06.000-000 - Fone: (11) 3300-2277

REC. DE FIRMA Nº 2018-003847
 Reconheço por autenticidade as firmas de
 JALLISON FREIRE DA COSTA
 ANTONIO WELTON BORGES
 BARAUNA-PA, 18/08/2018 16:57:10
 EDNA MARIA JUSTINA DA SILVA FREIRE
 END: R. S. A. 155 N.º 28 FUND. 85
 PRO. Nº 00155-155-28 FUND. 85-85

Valido somente com o selo de fiscalização
 VALOR SOMENTE SEM EMPANHAR O ORIGINAL

FIRMA
 A1U-077812
 A1U-077812



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

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

Nome Completo da Vítima Maya Lucas Melo de Lima CPF da Vítima 140.658.674-63 Data do Acidente 03/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal Francieli Maria de Melo CPF do Representante Legal 049.957.134-76
Email ablmairaadad@gmail.com Telefone (DDD) (84) 9.9773-3770

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Messias da Silva de Setembro de 2018
Local e Data

Francieli Maria de Melo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

JUSTIFICATIVA DA FALTA DE PRONTUÁRIO COMPLETO

Eu Abel ICARO MOURA MAIA brasileiro (a),
portador do Rg nº 003.852.420 e CPF 140.632.674-63,
residente e domiciliado (a) 51100-000, 1511
Bairro Barra da Piraí Município Barra da Piraí/RN venho perante
a seguradora líder dos consórcios, afirmar que não tenho nenhum desses documentos
exigidos pela seguradora líder.

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

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

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

Local Barra da Piraí/RN, Data 14/09/2018

Atenciosamente

Abel ICARO MOURA MAIA

A

SEGURADORA LIDER

A/C Cristina Grasso

Departamento de Sinistros

Prezados Senhores:

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

ATENCIOSAMENTE

JACILEI MARIA DE MELO

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JALLISON FARIAS DA COSTA, RG nº 3.329.003, data de expedição 24/05/2018,
 Órgão SSP/RS, portador do CPF nº 115.479.144-72, com
 domicílio na cidade de BARAUNA, no Estado de
PA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
BRUNO LUCAS MELLO DE OLIVEIRA, nº 22,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima KATO LUCAS MELLO DE OLIVEIRA, cujo o condutor era
ANTONIO WELTON BORGES.
 Veículo: HONDA/UXR150 BROS ES
 Modelo: HONDA/UXR150 BROS ES
 Ano: 2013
 Placa: 05H0410
 Chassi: YCZK0050ER205358
 Data do Acidente: 03.06.2018
 Local e Data: BARAUNA-PA, 03/06/2018

Jallison Farias da Costa
 Assinatura do Declarante

Antonio Welton Borges

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO
PARANÁ

Av. Jordano Borelli, 524 - Centro
CEP: 55.600-000 - Foz de Iguaçu, RN
FONE: (51) 3332.3377

REC. DE FIRMA Nº 2018-003847

Reconheço por autenticidade as firmas de:
 JALLISON FARIAS DA COSTA
 ANTONIO WELTON BORGES
 BARAUNA-PA, 16/08/2018 às 17:00
 EDNA MARIA JUSTINA DA SILVA PEREIRA
 FOLIO Nº 02-152 Nº 25 FOLIO Nº 25
 Substituta

Assinatura: _____
 Valido somente caso o outo do Tabelião

FIRMA 1

AIU-077812

AIU-077812

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JACICLEI MARIA DE MELO**

Nº Sinistro: **3180485400**

Vitima: **KAYO LUCAS MELO DE LIMA**

Data do Acidente: **03/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180485400**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13488847





Pag. 00497/00498 - carta_01 - INVALIDEZ



Cálculo Exato

Cálculo elaborado em: 19-Abril-2019

Passo a passo para salvar o cálculo:

			
SALVE este arquivo em seu computador e altere os parâmetros quando for necessário.	(1) CLIQUE na opção de 'Salvar como...' do seu browser.	(2) RECUPERE esse resultado: clique duas vezes no arquivo que foi salvo e essa página será apresentada.	(3) ALTERE os parâmetros: clique no botão 'Alterar Cálculo' e certifique-se de estar conectado à Internet.

[Alterar cálculo](#)

Atualização de um valor por um índice financeiro

Atualização de R\$13.500,00 de 29-Dezembro-2006 e 01-Abril-2019 pelo índice INPC - Índ. Nac. de Preços ao Consumidor . .

Valor atualizado: R\$27.114,18

Memória do Cálculo

Variação do índice INPC - Índ. Nac. de Preços ao Consumidor . . entre 29-Dezembro-2006 e 01-Abril-2019

Em percentual: 100,8458%

Em fator de multiplicação: 2,008458

Os valores do índice utilizados neste cálculo foram:

Dezembro-2006 = 0,62%; Janeiro-2007 = 0,49%; Fevereiro-2007 = 0,42%; Março-2007 = 0,44%; Abril-2007 = 0,26%; Maio-2007 = 0,26%; Junho-2007 = 0,31%; Julho-2007 = 0,32%; Agosto-2007 = 0,59%; Setembro-2007 = 0,25%; Outubro-2007 = 0,30%; Novembro-2007 = 0,43%; Dezembro-2007 = 0,97%; Janeiro-2008 = 0,69%; Fevereiro-2008 = 0,48%; Março-2008 = 0,51%; Abril-2008 = 0,64%; Maio-2008 = 0,96%; Junho-2008 = 0,91%; Julho-2008 = 0,58%; Agosto-2008 = 0,21%; Setembro-2008 = 0,15%; Outubro-2008 = 0,50%; Novembro-2008 = 0,38%; Dezembro-2008 = 0,29%; Janeiro-2009 = 0,64%; Fevereiro-2009 = 0,31%; Março-2009 = 0,20%; Abril-2009 = 0,55%; Maio-2009 = 0,60%; Junho-2009 = 0,42%; Julho-2009 = 0,23%; Agosto-2009 = 0,08%; Setembro-2009 = 0,16%; Outubro-2009 = 0,24%; Novembro-2009 = 0,37%; Dezembro-2009 = 0,24%; Janeiro-2010 = 0,88%; Fevereiro-2010 = 0,70%; Março-2010 = 0,71%; Abril-2010 = 0,73%; Maio-2010 = 0,43%; Junho-2010 = -0,11%; Julho-2010 = -0,07%; Agosto-2010 = -0,07%; Setembro-2010 = 0,54%; Outubro-2010 = 0,92%; Novembro-2010 = 1,03%; Dezembro-2010 = 0,60%; Janeiro-2011 = 0,94%; Fevereiro-2011 = 0,54%; Março-2011 = 0,66%; Abril-2011 = 0,72%; Maio-2011 = 0,57%; Junho-2011 = 0,22%; Julho-2011 = 0,00%; Agosto-2011 = 0,42%; Setembro-2011 = 0,45%; Outubro-2011 = 0,32%; Novembro-2011 = 0,57%; Dezembro-2011 = 0,51%; Janeiro-2012 = 0,51%; Fevereiro-2012 = 0,39%; Março-2012 = 0,18%; Abril-2012 = 0,64%; Maio-2012 = 0,55%; Junho-2012 = 0,26%; Julho-2012 = 0,43%; Agosto-2012 = 0,45%; Setembro-2012 = 0,63%; Outubro-2012 = 0,71%; Novembro-2012 = 0,54%; Dezembro-2012 = 0,74%; Janeiro-2013 = 0,92%; Fevereiro-2013 = 0,52%; Março-2013 = 0,60%; Abril-2013 = 0,59%; Maio-2013 = 0,35%; Junho-2013 = 0,28%; Julho-2013 = -0,13%; Agosto-2013 = 0,16%; Setembro-2013 = 0,27%; Outubro-2013 = 0,61%; Novembro-2013 = 0,54%; Dezembro-2013 = 0,72%; Janeiro-2014 = 0,63%; Fevereiro-2014 = 0,64%; Março-2014 = 0,82%; Abril-2014 = 0,78%; Maio-2014 = 0,60%; Junho-2014 = 0,26%; Julho-2014 = 0,13%; Agosto-2014 = 0,18%; Setembro-2014 = 0,49%; Outubro-2014 = 0,38%; Novembro-2014 = 0,53%; Dezembro-2014 = 0,62%; Janeiro-2015 = 1,48%; Fevereiro-2015 = 1,16%; Março-2015 = 1,51%; Abril-2015 = 0,71%; Maio-2015 = 0,99%; Junho-2015 = 0,77%; Julho-2015 = 0,58%; Agosto-2015 = 0,25%; Setembro-2015 = 0,51%; Outubro-2015 = 0,77%; Novembro-2015 = 1,11%; Dezembro-2015 = 0,90%; Janeiro-2016 = 1,51%; Fevereiro-2016 = 0,95%; Março-2016 = 0,44%; Abril-2016 = 0,64%; Maio-2016 = 0,98%; Junho-2016 = 0,47%; Julho-2016 = 0,64%; Agosto-2016 = 0,31%; Setembro-2016 = 0,08%; Outubro-2016 = 0,17%; Novembro-2016 = 0,07%; Dezembro-2016 = 0,14%; Janeiro-2017 = 0,42%; Fevereiro-2017 = 0,24%; Março-2017 = 0,32%; Abril-2017 = 0,08%; Maio-2017 = 0,36%; Junho-2017 = -0,30%; Julho-2017 = 0,17%; Agosto-2017 = -0,03%; Setembro-2017 = -0,02%; Outubro-2017 = 0,37%; Novembro-2017 = 0,18%; Dezembro-2017 = 0,26%; Janeiro-2018 = 0,23%;

4/19/2019

Cálculo Exato

Fevereiro-2018 = 0,18%; Março-2018 = 0,07%; Abril-2018 = 0,21%; Maio-2018 = 0,43%; Junho-2018 = 1,43%; Julho-2018 = 0,25%; Agosto-2018 = 0,00%; Setembro-2018 = 0,30%; Outubro-2018 = 0,40%; Novembro-2018 = -0,25%; Dezembro-2018 = 0,14%; Janeiro-2019 = 0,36%; Fevereiro-2019 = 0,54%; Março-2019 = 0,77%.

Atualização

Valor atualizado = valor * fator = R\$13.500,00 * 2,008458
Valor atualizado = R\$27.114,18

Aviso Importante

O site **CÁLCULO EXATO** é um serviço gratuito que se propõe a auxiliar o usuário como simples referência e verificação de cálculos diversos. Este serviço não deve ser utilizado em substituição a um profissional habilitado. O usuário que utiliza os nossos serviços o faz por sua conta e risco, e aceita que não temos qualquer responsabilidade por danos de qualquer natureza resultantes desta utilização.

Saiba Mais

Os resultados podem ser conferidos a partir da memória dos cálculos

Os cálculos podem ser salvos e alterados posteriormente

Os cálculos podem ser exportados para um editor de text

Os cálculos podem ser impressos

2000-2019 Cálculo Exato - todos os direitos reservados



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró
Alameda das Carinaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ/RN - CEP: 59625-410

Processo: 0809360-38.2019.8.20.5106

Ação: PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: KAYO LUCAS MELO DE LIMA, JACICLEI MARIA DE MELO

RÉU: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Vistos em correição.

Intime-se o requerente por seu patrono, para, no prazo de 15 (quinze) dias, emendar a exordial, devendo acostar aos autos o instrumento procuratório, tendo em vista este ser impreterível a demanda.

P.I.

MOSSORÓ/RN, 5 de junho de 2019

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

Juiz(a) de Direito

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

SEGUE EM APENSO EMENDA A INICIAL COM DOCUMENTO REQUISITADO
(PROCURAÇÃO).

AO JUÍZO DA SEXTA VARA CÍVEL DA COMARCA DE MOSSORÓ - RIO GRANDE
DO NORTE

PROCESSO N° 0809360-38.2019.8.20.5106.

KAYO LUCAS MELO DE LIMA e JACICLEI MARIA DE MELO, já qualificados nos autos do processo em epígrafe, vem, perante Vossa Excelência, por seu procurador *infra*-assinado, apresentar EMENDA A INICIAL, satisfazendo este Juízo, juntando aos autos o INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA, outorgando poderes a este procurador.

Nestes termos, confia deferimento.

Mossoró-RN, 18 de junho de 2019.

ABEL ICARO MOURA MAIA
OAB (RN) 12.240

Mossoró/RN: R. Desembargador Dionísio Filgueira, 419, CEP: 59610-090, Centro
Mossoró/RN: Vila Maísa, 12240, CEP: 59649-899, Área Rural
Serra do Mel/RN: R. Colono Severino Lazaro da Costa, 12, CEP: 59663-000, Vila Brasília

(84) 9.9482-4082
(84) 9.9980-4244
☎ (84) 9.8773-3770
abelmaiaadv@gmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Kayo Lucas Melo de Lima, estudante, menor, portador do RG nº 003.852.420 SSP/RN e CPF nº 140.652.674-63, residente e domiciliado no sítio Barrinha, S/N, zona rural de Mossoró/RN, neste ato representado por sua genitora Jacieli Maria de Melo, brasileira, solteira, agricultora, portadora do RG nº 003.315.499 SSP/RN e CPF nº 049.957.134-76, residente e domiciliada no sítio Barrinha, S/N, zona rural de Mossoró/RN.

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

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

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

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

Mossoró-RN, 14 / 09 / 2018.

Jacielei Maria de Melo
OUTORGANTE

Mossoró/RN: R. Desembargador Dionísio Filgueira, 419, CEP: 59610-090, Centro

Mossoró/RN: Vila Maisa, 12240, CEP: 59649-899, Área Rural

Serra do Mel/RN: R. Colono Severino Lazaro da Costa, 12, CEP: 59663-000, Vila Brasília

(84) 9.9482-4082

(84) 9.9980-4244

☎(84) 9.8773-3770

abelmaiaadv@gmail.com

SEGUE CUMPRIMENTO DE DESPACHO EM APENSO:

AO JUÍZO DA SEXTA VARA CÍVEL DA COMARCA DE MOSSORÓ - RIO GRANDE
DO NORTE

PROCESSO N° 0809360-38.2019.8.20.5106.

KAYO LUCAS MELO DE LIMA e JACICLEI MARIA DE MELO, já qualificados nos autos do processo em epígrafe, vem, perante Vossa Excelência, por seu procurador *infra*-assinado, apresentar EMENDA A INICIAL, satisfazendo este Juízo, INFORMANDO que nos autos consta o INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO, vide ID 44711607, outorgando poderes este procurador. Cabe esclarecer que a Sra. Jaciclei Maria De Melo, representante legal do Autor menor Kayo Lucas Melo de Lima é genitora do mesmo.

Nestes termos, confia deferimento.

Mossoró-RN, 03 de junho de 2019.

ABEL ICARO MOURA MAIA
OAB (RN) 12.240

Mossoró/RN: R. Desembargador Dionísio Filgueira, 419, CEP: 59610-090, Centro
Mossoró/RN: Vila Maísa, 12240, CEP: 59649-899, Área Rural
Serra do Mel/RN: R. Colono Severino Lazaro da Costa, 12, CEP: 59663-000, Vila Brasília

(84) 9.9482-4082
(84) 9.9980-4244
☎ (84) 9.8773-3770
abelmaiaadv@gmail.com



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró
Alameda das Carinaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

[Seguro obrigatório - DPVAT]

PROCESSO Nº 0809360-38.2019.8.20.5106

DESPACHO

Vistos etc.

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

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

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

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

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo comum de 15(quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

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

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

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

Adotadas as supraexpostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 1 de julho de 2019

MANOEL PADRE NETO

Juiz de Direito