



PEDRO EMANOEL DOMINGOS LEITE
Advogado

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

JAEDSON DE MEDEIROS SILVA, brasileiro, casado, funcionário publico, portador da cédula de identidade nº 001.975.711-SSP/RN e inscrito no CPF/MF sob o nº 039.696.584-97, residente e domiciliado na Rua Vicente de Paiva, nº 24, Centro de Rafael Godeiro/RN, CEP: 59.740-000.

OUTORGADOS:

PEDRO MARTINS PINTO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 5625; PEDRO EMANOEL DOMINGOS LEITE, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 10152, e RENATO SILVERIO PINTO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 10408, todos com endereço profissional na Rua Antônio Joaquim, nº 13, centro, Almino Afonso/RN - CEP: 59.760-000.

PODERES:

Poderes para o foro em geral, com a clausula "*ad judicium et extra*", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-lo nas contrarias, seguindo umas e outras, ate final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, desistir, renunciar a todo e qualquer valor que exceda o teto de competência dos Juizados Especiais Federais e Estaduais, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda subestabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dar tudo por bom, firme e valioso.

Almino Afonso/RN, 12 de julho de 2019.

Jaedson de Medeiros Silva

OUTORGANTE

1

Rua Antonio Joaquim, nº 13, Centro de Almino Afonso/RN - CEP: 59.760-000 - E-mail: pedroemanoeladv@gmail.com
Fone: (84)9917-8981



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, JAEDSON DE MEDEIROS SILVA,
BRASILEIRO, CASADO, FIN. PÚBLICO, portador(a) da cédula de
identidade nº 001.975.711 -SSP/RN e inscrito(a) no CPF/MF sob o nº
039.696.584-97, residente e domiciliado(o) na(o) RUA VICENTE DE PAIVA
Nº 24 CENTRO DE RAFAEL GODEIRO/RN.

DECLARO, nos termos do art. 5º, LXXIV da CF/88 e, para os devidos fins de direito,
que sou pobre, não dispondo de condições econômicas necessárias para o patrocínio de
ação judicial.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas
declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza
seus efeitos legais.

ALMIR AFONSO /RN, 12 de JULHO de 2019.

Jaedson de medeiros Silva
Declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SEGURANÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
ARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

RN

NOME
JARDSON DE MEDEIROS SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
1975711 SSP RN

CPF
039.696.584-97

DATA NASCIMENTO
17/05/1980

FILIAÇÃO
JOSE MARIA DA SILVA
ANA MARIA DE MEDEIROS SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04666097600

VALIDADE
03/10/2023

1ª HABILITAÇÃO
09/06/2009

OBSERVAÇÕES

Jardson de Medeiros Silva

LOCAL
PATU, RN

DATA EMISSÃO
05/10/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
LUIZ EDUARDO MACHADO PEREIRA
Diretor Geral - Detran/RN

ASSINATURA DO PORTADOR

PROIBIDO PLASTIFICAR
1682980173

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1682980173

RIO GRANDE DO NORTE





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE PATU

Endereço: RUA LUCAS MATIAS, 51, COSTA E SILVA, PATU

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019103000046

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 20/03/2019 11:07:32

1.4 Ligu CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 03/12/2018 08:20:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Em Veículo

2.8 Número: SN

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: CENTRO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RN-074, MUNICÍPIO DE RAFAEL GODEIRO/RN

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: RAFAEL GODEIRO

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JAEDSON DE MEDEIROS SILVA

3.3 Nome Social: TAETA

3.5 Etnia: Parda

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 03969658497

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: FUNCIONÁRIO PÚBLICO

3.15 Telefone(s): 84 999183763

3.17 Número: 24

3.19 Bairro: CENTRO

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: RAFAEL GODEIRO

3.2 Estado civil: União Estável

3.4 Pai: JOSÉ MARIA DA SILVA

3.6 Mãe: ANA MARIA DE MEDEIROS SILVA

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 17/05/1980

3.14 RG: 1975711 - SSP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: PATU/RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA VICENTE DE PAIVA

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

7.1.3 Chassi: *****17874

7.1.5 Placa: MYE1931

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2003

7.1.11 Cor do veículo: AZUL

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: ANA MARIA DE MEDEIROS SILVA

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.8 Modelo: CG 125 TITAN KSE

7.1.10 Ano de Fabricação: 2002

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE DECLAROU QUE ESTAVA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA, QUANDO, NA ENTRADA DESTA CIDADE, FOI DESVIAR DE UM ANIMAL TIPO CÃO (CACHORRO), PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E CAIU. QUE DEVIDO AO ADICENTE O DECLARANTE TEVE VÁRIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO E QUEBROU O PUNHO ESQUERDO. QUE SEU PRIMEIRO ATENDIMENTO MEDICO FOI NO HOSPITAL PÚBLICO DA CIDADE DE RAFAEL GODEIRO/RN, PELA MÉDICA CYNTHIA BELARMINO, CRM/RN Nº 8615.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS

(ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data 20/03/2019 11:07:32

Policial

Interessado

Polegar direito

Atendimento: 1636332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA

Impresso por: 1636332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA em 20/03/2019 11:07:39

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Assinado eletronicamente por: PEDRO EMANOEL DOMINGOS LEITE - 13/07/2019 19:46:05

http://pje1g.trn.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071319445989000000045174824

Número do documento: 19071319445989000000045174824

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 11699 // 00791 Nº 014244173532
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1
COD-RENAVAM 00796852316
RN-TRC *****
EXERCÍCIO 2019

NOME
ANA MARIA DE MEDEIROS SILVA

CPF/CNPJ 625.909.284-91
PLACA ANTI/UF MYE1931/RN

CHASSI 9C2JC30213R617874
PLACA MYE1931

ESPÉCIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/MAO APLICAVE
COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN XSE
ANO FAB 2002 ANO MOD 2003

CAP / POT / OIL OCW/124 CILINDRADAS
CATEGORIA PARTICULAR

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 06/02/2019
1ª ISENTO 2ª ISENTO 3ª ISENTO

FAIXA IPVA 002806 3X R\$ *****
PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)
*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES
MOTOR: JC30E23617874

DATA 06/02/2019

RAFAEL CODE EMBRAN
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - RN

81/02 / 1918

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

RN Nº 014244173532 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

VIA 1
CPF / CNPJ 625.909.284-91
EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 06/02/2019

RENAVAM 00796852316
MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN XSE
PLACA MYE1931

ANO FAB 2002 CAT TARE 9
Nº CHASSI 9C2JC30213R617874

FNS (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)
COTA ÚNICA

PRÊMIO TARIFÁRIO
DENATRAM (R\$)
CUSTO DO SEGURO (R\$)

IOF (R\$)
TOTAL A SER PAG. PELO SEGURO (R\$)
DATA DE QUITAÇÃO

PAGAMENTO
PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 05.248.608/0001-04

81/02 / 1918



PREFEITURA MUNICIPAL DE RAFAEL GODEIRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL E MATERNIDADE MÃE MARIA SERIDÓ

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

DADOS DO ATENDIMENTO

DATA:	03-12-18	HORA DO ATENDIMENTO:	08:30 hs
NOME:	pedron de medeiros silva	IDADE:	38 a
Sexo:	M	Data de Nascimento:	17.05-80
Cartão SUS:	7-00109986772920	Profissão:	
Nº CPF:	039.696.584-97	Nº Identidade:	1975711
Endereço:	R: Vicente de Paiva	Nº:	
Complemento:		Bairro:	Centro
Cidade:	Rafael Godeiro	Estado:	RN
Telefone:		Nome da Mãe:	Ana Maria de M. Silva
Pai:	Jose maria da Silva	Motivo da procura:	Vítima de acidente de motocicleta

ACOLHIMENTO: ☐ Emergência ☐ Urgência ☐ Não Urgência ☐ Acidente de Trabalho ☐ Acidente de Trânsito

ATENDIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

QUEIXAS:

Antecedentes Alérgicos:

Has ()	DM ()	Assinatura:	Classificação:
Exame Físico	Peso:	Temperatura	Cº Fº
		PA:	200x120
		MMHG	FR:
		HGT:	

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

Paciente deu entrada neste setor hospitalar vítima de acidente de motocicleta, onde apresentava escoriações leves, e queixando-se de dor no punho (E), o mesmo foi atendido pela médica de Plantão, foi feita medicação de acordo com prescrição, em seguida encaminhado para o H. R. P. F para melhor avaliação.

Ass: Maria Marcia de Paiva Santos

ANAMNESE: COREN-RN 1084841-TE

EVOLUÇÃO DO MÉDICO

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA APRESENTANDO TRAUMA EM PUNHO (E).

ENCAMINHADO AO HOSPITAL REG. PDF.

CONDUTA: ☐ Medicação ☐ Observação ☐ Tratamento

HIPÓTESE DO DIAGNÓSTICO: FRATURA DE PUNHO? CID:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS: ☐ Laboratório ☐ Radiológico ☐ ECG ☐ Outros

Saída: DIA: 03 às 08 horas: 00 Via Recluido para UBS ☐ Outros

Outras Unidades de Urgências: ☐ Encaminhado ☐ Internação no Hospital

Dra. Cynthia Belarmino
Médica - CRM/RN 8615
CPE: 087.294.014-42





Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO

AO HOSPITAL REGIONAL PAU DOS FERROS

JAEDSON DE MEDEIROS SILVA, 38 ANOS
VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA
APRESENTANDO DOR, LIMITAÇÃO DO
MOVIMENTO DE PUNHO (E).

SOLICITO MELHOR AVALIAÇÃO E
CONDUTA.

JND: FRATURA DE PUNHO (E)?

FEITO: Captopril 50mg
Furosemida 20mg
Dipirona 1g
Voltaren 75mg

Rafael Godeiro, 03 de 12 de 18



Dra. Cynthia Belarmino
Médica - CRM/RN 8615
CPF: 061.294.014-42



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente JAEBSO DE MEDEIROS SILVA apresenta fratura articular cominutiva tipo "die punch" há 17 dias. A cirurgia a este momento não traria o benefício esperado, bem como, pelo SUS, não dispomos de material adequado para sanar esta lesão. Desta forma, sugeri realizar o tratamento conservador, pois trará menos sofrimento e resultado mais satisfatório. Se no futuro permanecer com artrose sintomática, poderá realizar cirurgias complementares. Deve afastar-se de atividades por 4 (quatro) meses, a critério do perito

CID: S52.5

20.12.18

Dr Hélio R P Garcia
CRM 5500

Dr Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão



Nome do Paciente: **JAEDSON DE MEDEIROS SILVA**

Data do Exame: **10/12/2018**

RG: -

Número do Atendimento: **PACS-1709132482**

Convênio: -

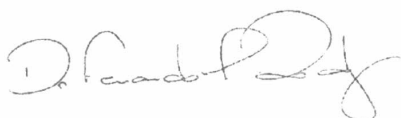
TÓRAX DUAS INCIDÊNCIAS

LAUDO:

Arcos costais visualizados com a cortical preservada.
Transparência normal dos campos pleuro pulmonares.
Cúpulas diafragmáticas livres.
Área cardíaca dentro dos limites da normalidade.
Aorta torácica anatômica.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

Laudo gerado: 11/12/2018 11:29. Para baixar uma cópia, acesse <https://validar.wbsrad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: **rmFsYJic**.



Laudado Por:

Dr. Fernando Mansano Rodrigues
CRM-SP 144983





HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Bairro Arizona, Pau dos Ferros RN, Telefax (84) 3351 - 9640

BOLETIM DE URGÊNCIA

Causa: ontop

38

0301010092

Nome: JAEDSON DE MEDEIROS SILVA				TEL:		Nº REG: 433625	
Nas 17/05/1980	1-Masculino	Casado	AGRICULTOR	Cert.nasc. <input type="checkbox"/> Título <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG <input checked="" type="checkbox"/> Nº	1975711		
Pai: JOSE MARIA DA SILVA				Mãe: ANA MARIA DE MEDEIROS SILVA			
Endereço: VICENTE DE PAIVA		24	CENTRO	RAFAEL GODEIRO		RN	
Responsável: CNS,700109986772420				TEL:			
Endereço do Responsável: 84-9-9616-1108							

Serviço: Urgência / emergência		Enfermaria:		Leito:	
Admissão: 03/12/2018	Hora admissão: 11:05	Data da Alta:		Hora da Alta:	
Dados Clínicos: PA:..... mmHg		Pulso:..... Bpm		Temp:..... FR.....	

Alega Acidente de Trabalho Sim ☐ Não ☐

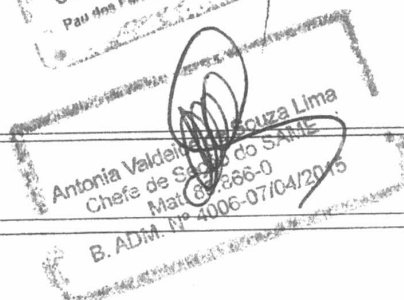
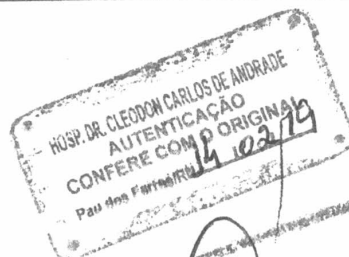
História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

Acidente de trabalho, Rfpe dor no pulso
E 2 vezes anteriores

Lesões ou afecções encontradas

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:



Hora: 11:07

CRM



BOLETIM DE URGÊNCIA

EXAMES COMPLEMENTARES:

CONDUTA:

Velhoam v. sup Jm 10:20
Diek sup

- Fratura do rádio distal de
e/ metacarpo quinto
ulnare no TISREG.

Francisco Robson da Silva Costa
Ortopedista e Traumatologista
CREMERJ 7436/CREMEC 14400
TEOT 16217

Francisco Robson da Silva Costa
Ortopedista e Traumatologista
CREMERJ 7436/CREMEC 14400
TEOT 16217



Médico / Carimbo:

ESTIMO DO PACIENTE :

Data: ____/____/____ hora: ____

Destino: Cl. Médica: ☐ Cl. Cirúrgica: ☐ Cl. Obstétrica: ☐

Alta Médica: ☐ Alta a pedido: ☐ Alta a revelia: ☐

Médico / Carimbo: _____

UTI Adulto: ☐ Pediatria: ☐

Traqsferencia: ☐ Óbito: ☐



AO INES = PERICIA MEDICA



Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO

JACSON MEDINOS SILVA

ATESTADO MEDICO.

PACIENTE VITIMA DE QUEDA
DE MOTO EM 03/12/18, APRESEN-
DO DOR E DEFORMIDADE EM BRACO
ESQUERDO EM VIRTUDE DE TRA-
TURA COMINUTIVA DA EPIFISE
DO RADIO (VIDE RADIOGRAFIA).

PACIENTE ESTA COM IMOBILI-
ZACAO EM ESPERA DE CIRURGIA
A CRITERIO OS PERITOS.

Rafael Godeiro, _____ de _____ de _____

Dr. Carlos Antonio de S. Nunes
MÉDICO. CPF: 034.332.804-60
CRM/RN: 6444 CRM/PB: 9764
MÉDICO
CRM



999/83763

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____ 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____ 4 - CNES _____	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE <i>Joelson de Medeiros Silva</i> 6 - Nº DO PRONTUÁRIO _____ 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 8 - DATA DE NASCIMENTO _____ 9 - SEXO: Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem <input checked="" type="checkbox"/> 3 10 - RAÇA/COR _____ 11 - NOME DA MÃE _____ 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____ 13 - NOME DO RESPONSÁVEL _____ 14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____ 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____ 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO _____ 18 - UF _____ 19 - CEP _____	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Febre, fadiga do membro inferior tipo Dne Punct</i> 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Neumonia do pulmão</i> 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Anamn + Examen + Rx</i> 23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do membro inferior</i> 24 - CID 10 PRINCIPAL _____ 25 - CID 10 SECUNDÁRIO _____ 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____	
PROCEDIMENTO SOLICITADO 27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>ortomedia do membro inferior</i> 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____ 29 - CLÍNICA _____ 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO _____ 31 - DOCUMENTO _____ 32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE _____ 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Robson Costa</i> 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO _____ 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____ <div style="text-align: right;"> <i>Francisco Robson da Silva Costa</i> <i>Ortopedista</i> <i>CREMER 74347</i> <i>TR07 16217</i> </div>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES) 36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 39 - CNPJ DA SEGURADORA _____ 37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 41 - SERIE _____ 38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 42 - CNPJ EMPRESA _____ 43 - CNAE DA EMPRESA _____ 44 - CBOR _____ 45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO	
AUTORIZAÇÃO 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR _____ 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR _____ 48 - DOCUMENTO _____ 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ () CNS () CPF 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____ 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____	



Nome do Paciente: **JAEDSON DE MEDEIROS SILVA**

Data do Exame: **09/01/2019**

RG: -

Número do Atendimento: **PACS-1709132482**

Convênio: -

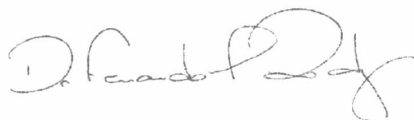
RAIO-X DO PUNHO ESQUERDO

LAUDO:

Fratura cominutiva da epífise distal do rádio, notadamente no aspecto lateral, com extensão para a face articular radiocarpal.

OBS .: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

Laudo gerado: 09/01/2019 18:22. Para baixar uma cópia, acesse <https://validar.wbsrad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: **clMszqjt**.



Laudado Por:

Dr. Fernando Mansano Rodrigues

CRM-SP 144983



Nome do Paciente: **JAEDSON DE MEDEIROS SILVA**

Data do Exame: **08/02/2019**

RG: -

Número do Atendimento: **PACS-1709132482**

Convênio: -

RAIO-X DO PUNHO ESQUERDO

LAUDO:


Controle radiográfico de fratura na epífise distal do rádio, com extensão para a face articular radiocárpica, sem aparente desvio expressivo, em processo de consolidação.

Redução do espaço articular radiocárpico.

Comparar com exames anteriores.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

Laudo gerado: 08/02/2019 19:05. Para baixar uma cópia, acesse <https://validar.wbsrad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: **YdrQHlyH**.



Laudado Por:

Dr. Fernando Mansano Rodrigues

CRM-SP 144983





PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA DA FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Nº da Nota 000035799	Nº da Substituída
Data/Hora de Emissão 08/02/2019 às 16:34:40	Competência FEV/2019
Código de Verificação LCNJ52988	Data Prest. de Serviço 08/02/2019

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CNPJ: 12.827.593/0001-43 **Inscrição Municipal:** 016.388-0
Razão Social: NOSSA CLINICA MEDICA LTDA
Endereço: RUA DOUTOR JOAO MARCELINO, 1.901, 59612-012, ABOLICAO I,II
Município: Mossoró **UF:** RN
Telefone: 84331588 **E-mail:** administrativo@nossaclinicamedica.com.

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: JAEDSON DE MEDEIROS SILVA
CPF/CNPJ: 039.696.584-97 **Inscrição Municipal:**
Endereço: R VICENTE DE PAIVA, 24, 59740-000, CENTO
Município: RAFAEL GODEIRO **UF:** RN
Telefone: 84996161108 **E-mail:**

SERVIÇOS

4.03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÓMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT.	VLR. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	RX PUNHO	1,0000	63,00	63,00
2	TALA LUVA	1,0000	90,00	90,00

VALOR TOTAL DA NFS-e R\$: 153,00

Deduções (R\$) 0,00	Base Cálculo (R\$) 153,00	Alíquota (%) 5,0000	Valor do ISS (R\$) 7,65	Outras Retenções (R\$) 0,00
INSS (R\$) 0,00	IRPJ (R\$) 0,00	CSLL (R\$) 0,00	COFINS (R\$) 0,00	PIS/PASEP (R\$) 0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES



VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS É DE 8,65% LEI 12.741/2012 (LEI DO IMPOSTO NA NOTA FISCAL)





NOSSO RECIBO – NR Nº: 01	SETOR:
RECIBO CUSTEIO	FINANCEIRO
NOSSA CLÍNICA MÉDICA LTDA	

RECIBO

R\$ 153,00

RECEBI (EMOS): JAEDSON DE MEDEIROS SILVA

A IMPORTÂNCIA DE:

CENTO E CINQUENTA E TRÊS REAIS

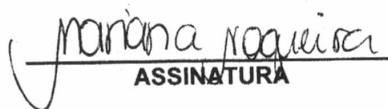
REFERENTE À NF: 35799

EXAME REALIZADO EM: JAEDSON DE MEDEIROS SILVA

POR SER VERDADE, AFIRMO PRESENTE RECIBO.

MOSSORO 08.02.2019

NOME POR EXTENSO:


ASSINATURA

NOSSA CLÍNICA MÉDICA LTDA
12.827.593/0001-43
Rua: Dr. João Marcenno, 1901
Nova Belânia - 53.542-012





PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA DA FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Nº da Nota

000036512

Nº da Substituída

Data/Hora de Emissão

22/03/2019 às 16:15:00

Competência

MAR/2019

Código de Verificação

BVGI68716

Data Prest. de Serviço

22/03/2019

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CNPJ: 12.827.593/0001-43

Inscrição Municipal: 016.388-0

Razão Social: NOSSA CLINICA MEDICA LTDA

Endereço: RUA DOUTOR JOAO MARCELINO, 1.901, 59612-012, ABOLICAO I,II

Município: Mossoró

UF: RN

Telefone: 84331588

E-mail: administrativo@nossaclinicamedica.com.

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: JAEDSON DE MEDEIROS SILVA

CPF/CNPJ: 039.696.584-97

Inscrição Municipal:

Endereço: R VICENTE DE PAIVA, 24, 59740-000, CENTO

Município: RAFAEL GODEIRO

UF: RN

Telefone: 84996161108

E-mail:

SERVIÇOS

4.03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT.	VLR. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	RX TORAX 2 INC	1,0000	80,00	80,00
2	RX PUNHO	1,0000	70,00	70,00
3	CONSULTA ORTOPEDICA	1,0000	180,00	180,00

VALOR TOTAL DA NFS-e R\$: 330,00

Deduções (R\$)	Base Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	330,00	5,0000	16,50	0,00
INSS (R\$)	IRPJ (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS É DE 8,65% LEI 12.741/2012 (LEI DO IMPOSTO NA NOTA FISCAL)

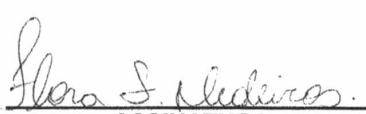




NOSSO RECIBO – NR Nº: 01	SETOR: FINANCEIRO
RECIBO CUSTEIO	
NOSSA CLÍNICA MÉDICA LTDA	

RECIBO

R\$ 330,00

RECEBI (EMOS): JAEDSON DE MEDEIROS SILVA	
A IMPORTÂNCIA DE: TREZENTOS E TRINTA REAIS	
REFERENTE À NF: 36512 EXAME REALIZADO EM: JAEDSON DE MEDEIROS SILVA	
POR SER VERDADE, AFIRMO PRESENTE RECIBO.	
MOSSORO 22.03.2019	
NOME POR EXTENSO:	<div> ASSINATURA</div> <div>NOSSA CLÍNICA MÉDICA LTDA 12.827.593/0001-43 Rua: Dr. João Marcelino, 1901 Nova Betânia - 59.512-012</div>





NOSSO RECIBO – NR Nº: 01	SETOR:
RECIBO CUSTEIO	FINANCEIRO
NOSSA CLÍNICA MÉDICA LTDA	

RECIBO

R\$ 160,00

RECEBI (EMOS): JAEDSON DE MEDEIROS SILVA

A IMPORTÂNCIA DE:
CENTO E SESSENTA REAIS

REFERENTE À NF: 35696
EXAME REALIZADO EM: JAEDSON DE MEDEIROS SILVA

POR SER VERDADE, AFIRMO PRESENTE RECIBO.

MOSSORO 04.02.2019

NOME POR EXTENSO:


ASSINATURA

NOSSA CLÍNICA MÉDICA LTDA
12.827.593/0001-43
Rua: Dr. João Marcelino, 1901
Novo Betânia - 59.612-612





PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
SECRETARIA DA FAZENDA
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Nº da Nota

000035696

Nº da Substituída

Data/Hora de Emissão

04/02/2019 às 09:45:19

Competência

FEV/2019

Código de Verificação

DIDD62120

Data Prest. de Serviço

04/02/2019

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CNPJ: 12.827.593/0001-43

Inscrição Municipal: 016.388-0

Razão Social: NOSSA CLINICA MEDICA LTDA

Endereço: RUA DOUTOR JOAO MARCELINO, 1.901, 59612-012, ABOLICAO I,II

Município: Mossoró

UF: RN

Telefone: 84331588

E-mail: administrativo@nossaclinicamedica.com.

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: JAEDSON DE MEDEIROS SILVA

CPF/CNPJ: 039.696.584-97

Inscrição Municipal:

Endereço: R VICENTE DE PAIVA, 24, 59740-000, CENTO

Município: RAFAEL GODEIRO

UF: RN

Telefone: 84996161108

E-mail:

SERVIÇOS

4.03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.

ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT.	VLR. UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	RX PUNHO	1,0000	70,00	70,00
2	TALA LUVA	1,0000	90,00	90,00

VALOR TOTAL DA NFS-e R\$: 160,00

Deduções (R\$)	Base Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	160,00	5,0000	8,00	0,00
INSS (R\$)	IRPJ (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES



VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS É DE 8,65% LEI 12.741/2012 (LEI DO IMPOSTO NA NOTA FISCAL)



Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190302702

Vítima: JAEDSON DE MEDEIROS SILVA

Data do Acidente: 03/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA FIRMINO LUCENA

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), JAEDSON DE MEDEIROS SILVA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00287/00288 - carta_07 - INVALIDEZ



Carta nº 14309818



SINISTRO 3190302714 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JAEDSON DE MEDEIROS SILVA

COBERTURA DAMS

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO JAEDSON DE MEDEIROS SILVA

CPF/CNPJ: 03969658497

Posição em 09-05-2019 10:47:18

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração Circular SUSEP 445/12	Beneficiário	Não Conforme	ROSANGELA FIRMINO LUCENA





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Vara Única da Comarca de Almino Afonso
Rua Antônio Joaquim, 184, Centro, ALMINO AFONSO - RN - CEP: 59760-000

Processo n.: 0800832-25.2019.8.20.5135

Parte autora: JAEDSON DE MEDEIROS SILVA

Parte ré: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

1. Recebo a inicial e defiro o pedido de gratuidade de justiça.

2. Com o advento do Novo Código de Processo Civil, a audiência de conciliação/mediação passou a constituir regra em todos os processos, ressalvadas pontuais exceções (CPC, art. 334, §4º). Essa mudança se coaduna com o espírito não litigioso do novo diploma processual, que dá ênfase à solução pacífica do processo como o melhor caminho para ambas as partes, sem contar na busca pela rápida solução do problema, máxima do princípio constitucional da celeridade processual (CF, art. 5º, LXXVIII).

3. A par das exceções legais, existem casos em que a audiência de conciliação se mostra completamente inútil antes da realização de perícia, eis que o objeto da lide vem a ser delimitado somente após a produção dessa prova. Ou seja, as partes não possuem conhecimento da abrangência do objeto, dificultando e até mesmo impossibilitando a realização de acordo nesse primeiro momento.

4. Diante desse contexto, a melhor solução é postergar a audiência conciliatória, evitando o trabalho inútil do Juízo. Inclusive, esse posicionamento, antes de contrário ao princípio da celeridade processual, vem ao seu encontro, tendo em vista que as partes e o Juízo somente serão chamados para uma conciliação quando a causa se apresentar mais madura e em momento apto a permitir a conciliação/mediação.

5. Sendo assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação.

6. **Cite-se** a parte ré para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos deduzidos na inicial.

7. Após, **intime-se** a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar manifestação, caso queira, acerca da contestação, inclusive sobre as provas relacionadas a eventuais questões incidentais.

8. Verificada a necessidade de perícia médica, nomeio o **Sr. FÁBIO GONDIM NEPOMUCENO, Médico Ortopedista, inscrito no CRM/RN n. 5.429**, para exercer a função de perito nos autos do presente feito, fixando desde logo os honorários no valor



de R\$ 200,00 (duzentos reais), nos termos do Convênio n. 001/2013, firmado pelo TJ/RN e a Seguradora Líder dos Consórcios de DPVAT S/A, mediante termo de compromisso, devendo o profissional cumprir escrupulosamente o encargo, nos termos do disposto no art. 466 do Código de Processo Civil.

9. Formulo os seguintes quesitos:

- i) Quais as lesões sofridas pelo autor?
- ii) As lesões decorreram de acidente de veículo?
- iii) Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente?
- iv) Totalmente ou em parte?
- v) Em que percentual?
- vi) Das lesões resulta incapacidade para o trabalho?
- vii) A incapacidade é temporária ou permanente?
- viii) Das lesões resultam redução da capacidade laboral?
- ix) A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta?
- x) No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão para a capacitação laborativa é intensa, média, leve ou residual (mais leve)?

10. **Intime-se** o perito para ciência, no prazo de 05 (cinco) dias;

11. **Intimem-se** as partes para que, no prazo de 15 (quinze) dias, indiquem assistente técnico e apresentem outros quesitos diferentes dos formulados por este Juízo, caso ainda não apresentados.

12. Após apresentado o laudo, **intimem-se** as partes para, no prazo comum de 15 (quinze) dias, se pronunciarem sobre o referido documento. Na mesma oportunidade, intime-se a parte ré para, também no prazo de 15 (quinze) dias, depositar em conta judicial o valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), correspondente aos honorários periciais.

13. Realizado o depósito dos honorários periciais, expeça-se alvará para levantamento.

14. Em seguida, designe-se audiência de conciliação.

15. Finalmente, não havendo acordo, intimem-se as partes para informarem, no prazo de 10 (dez) dias, se pretendem produzir outras provas. Salientando-se que o silêncio importará no julgamento antecipado do mérito.

P. I. C.

ALMINO AFONSO/RN, data do sistema.

LARISSA ALMEIDA NASCIMENTO



Juíza de Direito

(documento assinado digitalmente na forma da Lei n. 11.419/06)





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Vara Única da Comarca de Almino Afonso
Rua Antônio Joaquim, 184, Centro, ALMINO AFONSO - RN - CEP: 59760-000

CARTA DE CITAÇÃO/INTIMAÇÃO

Processo n.º 0800832-25.2019.8.20.5135

Ação:PROCEDIMENTO COMUM (7)

Requerente: JAEDSON DE MEDEIROS SILVA

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

MD. Representante Legal da

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Rua Senador Dantas, 74, andares 5,6,9,14,15, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

De ordem do(a) Dr(a). LARISSA ALMEIDA NASCIMENTO, Juíza de Direito da Vara Única da Comarca de Almino Afonso, com a finalidade de CITAR Vossa Senhoria por todo o conteúdo da petição inicial que segue em anexo cópia e do inteiro teor do campo finalidade infratranscrito:

FINALIDADE: Citar Vossa Senhoria para, no prazo de 15 (quinze) dias, contestar a presente, sob pena de revelia e confissão sobre os fatos narrados na inicial, bem como intimá-lo para, no mesmo prazo, efetuar o pagamento dos honorários periciais, mediante depósito judicial.

Almino Afonso/RN, 23 de julho de 2019.

LENIVAN NUNES DE PAIVA

Chefe de Secretaria

