



Procuração

Outorgante: Fernando Junior da Silva, brasileiro, casado, comerciante, portando cédula de identidade RG nº 951474, e inscrito no CPF sob o nº 596.291.344-20, residente e domiciliado a Rua Germano Caenga, 27, Doze Anos, Mossoró/RN.

Outorgado(s): Jerônimo Azevedo B. Neto, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil OAB/RN 12096, Marcelo Vitor Jales Rodrigues, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 9732 OAB/RN, todos com escritório profissional localizado a Rua Das Mangueiras, nº 34, Costa e Silva Mossoró/RN.

Poderes

A quem concede amplos poderes para assistir a todo o deslinde de efeitos de interesse do mandante, podendo representar o outorgante perante juízo, instância ou tribunal, propor quaisquer ação, com cláusula "ad juditia", com poderes especiais para ajuizar, contestar e defender toda e qualquer demanda que seja do seu interesse, podendo para tanto, recusar e contra-arrozoar, firmar acordos, desistir, renunciar o crédito excedente do juizado especial comum ou federal, assinar recibo, dar quitação, retirar alvará judicial da vara que tramitar o processo, podendo ainda substabelecer total ou parcialmente, com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Mossoró/RN

Outorgante

FERNANDO JUNIOR DA SILVA

Fernando Junior da Silva

CPF: 596.291.344-20



Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190568011 **Vítima: FERNANDO JUNIOR DA SILVA**

Data do Acidente: 06/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: RICARDO MAIA FERNANDES

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), FERNANDO JUNIOR DA 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.

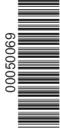
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0013700138 - carta_07 - INVALIDEZ



00050069

Carta nº 14855814



301-5

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: FRM

2 - CNES: _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: _____

4 - CNES: _____

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: FRANCISCO JERSON DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 48759

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____

8 - DATA DE NASCIMENTO: 1/1

9 - SEXO: Masc. 1 Fem. 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: MOSSORÓ

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: _____

18 - UF: RN

19 - CEP: _____

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: FR - LA CAVALAZZI em ambiente esportivo. Hx de lesão - nota no foto

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: AGUARDAR UNIDADE ORTOPÉDICA + Hx.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Exame clínico + radiol. (Rx)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FR - LA CAVALAZZI

24 - CID 10 PRINCIPAL: S52.3

25 - CID 10 SECUNDÁRIO: _____

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento cirúrgico

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 014108102041518

29 - CLÍNICA: _____

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: _____

31 - DOCUMENTO () CNS () CPF: _____

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: _____

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: _____

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 10/07/19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Guilherme Garcia Ruggini Ortopedia e Traumatologia CRM/RN 8437 TEOT 13541

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA: _____

40 - Nº DO BILHETE: _____

41 - SÉRIE: _____

42 - CNPJ EMPRESA: _____

43 - CNAE DA EMPRESA: _____

44 - CBOR: _____

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR: _____

48 - DOCUMENTO () CNS () CPF: _____

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 1/1

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SEME MOSSORÓ 11/10/2019

BIM

CARIMBO ARQUIVO





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

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

Fernando Junior da Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 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

Paciente sofreu acidente de moto e apresenta fratura de galga em antebraço esquerdo

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento cirúrgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico + raios x

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Frat. da diáfise do rádio

S52.3

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Trat. cirúrgico da fratura da diáfise do rádio

408020431

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS

(X) CPF

04863980985

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Leandro Rogno Costa Freire

07/09/19

Dr. Leandro M. C. Freire
Ortopedista e Traumatologista
CRM RJ 7439 / SBOF 18085

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

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)

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 11/09/2019

SAME / ARQUIVO



HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 4697 /2019

Prontuário: 209503

Paciente: 48759 - FERNANDO JUNIOR DA SILVA

Cartão SUS: 702907562436072

CPF: 59629134420

Dt Nasc: 24/11/1969

Idade: 49 anos 9 meses 12 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: RITA DE CASSIA MAIA FERNANDES

Nome do pai: RAIMUNDO FERNANDES DA SILVA

Rua/Av: ALBERTO MARANHÃO

Nº: 2928

Bairro: BOM JARDIM

Complemento:

Cidade: MOSSORO

CEP: 59618700

Telefone: 84 987782449 84 987782449

Unidade: OBS MASCULINA

Leito: 1. 39E

Especialidade: CLINICA ORTOPEDICA

Responsável: FERNANDO JUNIOR DA SILVA -

Usuário: SONIA MARIA DA SILVA

Admissão: 06/09/2019 19:45:41 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S52.3 - FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO
408020431 -

HISTORIA CLINICA

Acidente motorizado
com fratura e entorse
diag. Fratura luxação adlocos &
ed. talocrileal + (Galeotti)
Internado

Dr. Galério Genival de S. J. J. J.
Médico Responsável

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
CAME MOSSORO 11/07/2019

SAME / ARQUIVO

MOSSORO, 06 de Setembro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Fernando Júnior da Silva Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório: Fratura luxação Galeazi (Frat. diafisária do rádio e luxação rádio-ulnar distal esquerda)
Indicação terapêutica: _____

INTERVENÇÃO

Início: 16:20 Fim: 18:00 Duração: _____

Operador Dr. Leandro

1ª Auxiliar: Dr. Fabiano

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
DE MOSSORÓ 11/10/2019
S.M.S.
SAME / ARQUIVO

INTERVENÇÃO

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

Limpa () Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia em plexo braquial e anestesia geral; colocação de garrote em braço esquerdo, aspirar antissepsia; colocação de campos estéreis; incisão longitudinal em parte dorsal do antebraço de \approx 12 cm; direção por planos; redução da fratura e fixado com placa DCP de pequenos fragmentos de 6 furos com 6 parafusos. Fixado o rádio e ulna distal com fio de K 25; sutura por planos; curativo estéril; retirado o garrote e imobilizado com tala braquiopalmor

07/09/19

Dr. Leandro M.C. Freire
Ortopedista e Traumatologista
CRM RN 7439 / SBOF 16086

Fabiano Dantas de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
TEOT: 15176
CRM RN: 6672





DÉBITO CIRÚRGICO

Nome do paciente: Fernando Jeneiro da Silva N° do Pront.: _____
 Cirurgia: Frat. do crânio MSE - III - Cirurg. Data: 07.09.15
 Cirurgião: Dr. Fabiano Auxiliar: Dr. Leandro Instrumentadora: _____
 Anestesista: Dr. João Evangelista Anestesia: Geral
 Início da Cirurgia: 16:40hs Término: 17:45h

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	10 unid
* GASES	05 ptes
* ESPARADRAPO	
* COMPRESSAS	
* LÂMINA DE BISTURI N° 24	01 unid
* LUVAS 8.0	03 unid
* EQUIPO PARA SORO	
* S CALPS N°	
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	02 unid
* SERINGAS DE 05 ML	02 unid
* SERINGAS DE 10 ML	
* SERINGAS DE 20 ML	
* AGULHAS DESCARTÁVEIS 40x22	02 unid
* SONDA ENDOTRAQUEAL N°	
* TRAQUEOSTOMO	
* SONDA URETRAL N°	
* SONDA FOLEY N°	
* SONDA NASOGÁSTRICA N°	
* CATETER PARA O2	
* SONDA PARA ASPIRAÇÃO N°	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENO DE PENROSE N°	
* DRENO DE TORAX N°	
* ATADURA GESSADA	
* FAIXA DE CREPOM 15cm	02 unid
* ALGODÃO ORTOPÉDICO	
* CATGUT CROMADO	
* CATGUT SIMPLES	
* FIO DE ALGODÃO	
* MONONYLON 3.0ch	02 unid
* OUTROS FIOS 3.0ch	02 unid
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	
* USO DE OXIGÊNIO	Sim
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCÓOLICA	
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	100ml
* SOLUÇÃO DE ETER	
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%	500ml
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	
* MANITOL 20% 100ml	02 unid
* XILOCAINA A 2%	
* Elettrodos	05 unid
	05 unid de cada

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 11/09/2019
BICW
SAME / ARQUIVO



DATA: 08/09/2019

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: FERNANDO JUNIOR DA SILVA 49 ANOS
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 301-5
DATA DA ADMISSÃO: 06/09/19 MOSSORÓ - RN CODIGO: 48759

DATA	EVOLUÇÃO
Nºfraturas:	2º DIH: FX-LX DE GALEAZZI EM ANTEBRAÇO ESQUERDO (HAS +) QP: SEM QUEIXAS NO MOMENTO EF: BEG, COTE, AFEBRIL, ACIANOTICO E ANICTERICO, NORMOCORADO E HIDRATADO. ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO, SEM ESTALIDOS. BNF AR: MV+ EM AMBOS OS HEMITORAX, SRA ABDOM: ATÍPICO, FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. RHA + NEUROVASCULAR DO MEMBRO PRESERVADO SITUAÇÃO: LAB 06/09/2019: HB:13.2 LEUCO 7400 PLAQ:250000 GLICOSE:91 GUIA DE SOLICITAÇÃO DE SISREG *** SOLICITO RISCO CIRURGICO CD: SOLICITO RISCO CIRURGICO + RX DE CONTROLE VPM <i>Rx conforme em Anexo!</i>

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA VO PARA HAS	
2	SF 2000 ML EV PARA 24 HORAS	
3	D2 OXACILINA 1G EV 6/6 HORAS	2º 3º 4º
4	DIPIRONA 1G + ABD EV 6/6H SN	10 18 22 04
5	TRAMADOL 100MG + 100ML SFO,9% EV 8/8 HORAS SN	
6	OMEPRAZOL 40MG - 01 AMPOLA EV 1XDIA	AO
7	PLASIL 01 AMPOLA NO SORO 8/8 HORAS SE NECESSARIO	
8	CURATIVO DIARIO	
9	SSVV + CCGG	

10 Alta Hospitalar

Fabiano Dantas de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
TEOT: 15176
CRM/RN: 6672

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
DE MOSSORÓ 11/09/2019
BIM
SAME / ARQUIVO





ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado Fernando Junior da Silva

foi examinado nesta Unidade às _____ horas, necessitando

de 20 (vinte) dias de afastamento do trabalho, a partir

desta data.

CID = 552.3

08/09/19

LOCALIDADE E DATA

Fabiano Dantas de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia

~~TEOF: 15176~~

CRM/RN: 6672

ASS. DO MÉDICO E CARIMBO COM CRM

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificatividade de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



Fernando Junior da Silva

laudo

Paciente sofreu acidente de moto e fraturas do direito e luxação da articulação nácleo-ular. Realizar tratamento cirúrgico no dia 07/09/19 e está com limitação de amplitude de movimento no punho e cotovelo.
CID = 552.3

08/09/19

Fabiano Dantas de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
TEOF: 15176
CRM/RN: 6672

Prontuário: 209503



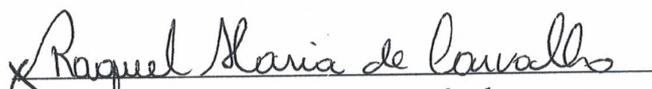
SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **FERNANDO JUNIOR DA SILVA** (Fia: 4697/2019), CPF:59629134420.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 06 de Setembro de 2019.


Paciente ou responsável

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 11/09/2019
Bim
SAME / ARQUIVO



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	2 - CNES 2503689
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	4 - CNES 2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE FERNANDO JUNIOR DA SILVA (8 - 4697/2019)		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 209503	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 702907562436072	8 - DATA DE NASCIMENTO 24/11/1969	9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	10 - RAÇA/COR PARDA
11 - NOME DA MÃE RITA DE CASSIA MAIA FERNANDES		DDD 84	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 987782449
13 - NOME DO RESPONSÁVEL FERNANDO JUNIOR DA SILVA		DDD 84	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 987782449
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) ALBERTO MARANHÃO, 2928 - BOM JARDIM			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA MOSSORO	17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 240800	18 - UF RN	19 - CEP 59618700

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Acidente moto e dor no braço e antebraço e dor e limitação funcional</i>			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO <i>Tratamento longo</i>			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Sem ologia e Rx e eletro</i>			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO	24 - CID 10 PRINCIPAL S52.3	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

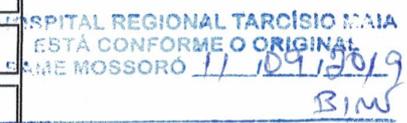
PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO / DA ULNA	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 408020431		
29 - CLÍNICA ORT	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 2	31 - DOCUMENTO () CNS (X) CPF	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE 94201889491
33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE GALERIO GENUINO DE SOUZA JALES	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 06/09/2019	35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR LIGINEY LINO DE OLIVEIRA	47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 980016001835565	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	



TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por Intermediário do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-Lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CTT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos, como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

132.69964.64-0

1518311

003-0

RN

FERNANDA JUNIA DA SILVA





QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

FERNANDO JUNIOR DA SILVA

FILIAÇÃO.....: RAIMUNDO FERNANDES DA SILVA
RITA DE CÁSSIA MAIA FERNANDES
NASCIMENTO.....: 24/11/1969 SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO
NATURALIDADE: MOSSORÓ - RN
DOCUMENTO.....: L 26 F 303 4 CAR MOSSORÓ RN

LEI Nº 9.049, DE 16 DE MAIO DE 1995
CPF: 596.291.344-20 CNH:
TÍT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATE DE EMISSÃO: GRTE/ MOSSORÓ - 16/04/2009

[Handwritten Signature]
ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /
DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

L E G E N D A
A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

03





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO
RUA GERMANO CAENGA - N. 27 - BELO MOSSORO - RN 59600-000
115
115

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 03/06/2019 AS 09:43:33

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 2716234	MÊS / ANO 06/2019
ADONIAS VIDAL DE MEDEIROS JUNIOR RUA GERMANO CAENGA, N, 27 - CEP 59605-570 - DOZE ANOS MOSSORO RN 59600-000			
INSCRIÇÃO 301.004.450.0113.000	ROTA 7	SEQ.ROTA 1828	QUANTIDADE DE ECONOMIAS RESIDENCIAL 1 COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO
HIDRÔMETRO Y16S157740	SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	
CONSUMO ÁGUA (M3): 7		DATA LEITURA: 03/06/2019 LEIT. ATUAL: 247 LEIT. ANT.: 240 DIAS CONSUMO: 31	
HISTÓRICO DE CONSUMO			
REF	CONSUMO	REF	CONSUMO
05/2019	5	03/2019	5
04/2019	6	02/2019	3
01/2019	16	12/2018	8
DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)	
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA	7 M3	39,99	
ESGOTO			
70.0% DO VALOR DE ÁGUA		27,99	
TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	67,98	1.65	1,12
COFINS	67,98	7.6	5,17
VENCIMENTO:	13/06/2019	TOTAL A PAGAR:	67,98
O RELATORIO ANUAL DE QUALIDADE DE AGUA DE 2019. REFERENTE A 2018, ESTA DISPONIVEL NO SITE DA CAERN, NO MENU DESCRITIVO "INFORMACOES TECNICAS".			
MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA			
Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Totais
VMP e Recomendações	≤ 5.0 uT	6,0 a 9,5	% de Ausência
Valores Obtidos	2.46	7.4	100.0 %
			Cloro Residual Livre
			0,2 a 2,0 mg/L
			Nitrato (como N)
			≤ 10.0 mg/L

82650000000 3 67980006301 9 00271623401 4 06201950003 2



MATRÍCULA 2716234	MÊS / ANO 06/2019	VENCIMENTO 13/06/2019	TOTAL A PAGAR 67,98
----------------------	----------------------	--------------------------	------------------------



COMPROVANTE DA CAERN



Assinado eletronicamente por: ANA KAROL CASTRO BEZERRA - 16/12/2019 16:52:04

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121616520344700000050077908

Número do documento: 19121616520344700000050077908



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 047120/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/09/2019 15:12 Data/Hora Fim: 27/09/2019 15:21
Origem: Data: 27/09/2019
Delegado de Polícia: Valtair Camilo de Paiva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró
Data/Hora do Fato: 06/09/2019 17:00

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Logradouro: Avenida Diocesana

Bairro: Nova Betânia

Ponto de Referência: Bom Preço
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MOTOCICLISTA DESCONHECIDO, NÃO SABE A PLACA OU TIPO DO VEÍCULO (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Mossoró - RN

Nome Civil: FERNANDO JUNIOR DA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Mossoró Sexo: Masculino Nasc: 24/11/1969

Profissão: Auxiliar Administrativo

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Rita de Cássia Maia Fernandes

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 596.291.344-20

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: Germano Caenga
Bairro: Doze Anos
Telefone: (84) 98733-7809 (Celular)

Nº: 27

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Subgrupo
Veículo	Motocicleta/Motoneta
Placa OKB3062	Renavam 00995407231
Ano/Modelo Fabricação 2014/2014	Cor preta
Marca/Modelo Pop Honda 100	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------

Delegado de Polícia Civil: Valtair Camilo de Paiva
Impresso por: Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Data de Impressão: 27/09/2019 15:22
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





**SAMU
MOSSORÓ
192**

**Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192**

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 523

Mossoró 25 de Setembro de 2019

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **FERNANDO JUNIOR DA SILVA, 49 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Colisão Moto x Moto

Data da Ocorrência: 06/09/2019

Local da ocorrência: Avenida: Diocesana prox.: ao Hiper Bom Preço

Viatura: Bravo – Unidade de Suporte Básico de Vida - 02

Hora do Chamado: 17h 21min.

Procedimento no Local: Na cena, vítima foi submetida à imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes), e foi encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do **SAMU 192 Mossoró.**

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: Fernando Junior da Silva, 49 anos, portador de **RG: 951.474.**

Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO
DIRETORA SAMU
MAT. 58682-1

Silvania do Monte Santiago
Matrícula 58682-1
Diretora Administrativa do **SAMU/Mossoró**

Dr. Dixon F. Medeiros Lima
Diretor SAMU
Mat. 405418-3
CRM/RN 5797

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-3
Diretor Geral do **SAMU/ Mossoró**

SAMU – Mossoró
Rua: Seis de Janeiro, 509 – Santo Antonio – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN
Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915
e-mail: samumossoro@hotmail.com



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014527581330
EXERCÍCIO 2019

VIA 1
COD. RENAVAM 00995407231
R.N.T.R.C.
NOME FERNANDO JUNIOR DA SILVA

CPF / CNPJ 596.291.344-20
PLACA ANT / UF OXB3062 / RN
CHASSI 9C2HB0210BR434692
PLACA OXB3062

ESPECIE TIPO PASSAGEIRO / MOTOCICLETA / MAO A BILHETE
COMBUSTIVEL GASOLINA
MARCA / MODELO HONDA / POP100

CAP / POT / CIL 100 / 100 / 4
CATEGORIA PARTICULAR
COR PREDOMINANTE PRETA

VENO / COOTA UNICA 12/03/2019
VENO / COOTAS 1º PAGO
2º PAGO
3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00
I.O.F. (R\$) 0,00
PREMIO TOTAL (R\$) 0,00
DATA DE PAGAMENTO 07/05/2019

MOTOR: HB03E11434692 DE PORTE OBRIGATORIO
MAO A BILHETE PARA TRANSFERENCIA
MOTORISTA: MOSSORO / RN
DATA 07/05/2019

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

RN Nº 014527581330 BILHETE DE SEGURO DPVAT 2019

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
RENAVAM 00995407231
CPF / CNPJ 596.291.344-20
EXERCÍCIO 2019
DATA EMISSÃO 07/05/2019
PLACA OXB3062

ESPECIE TIPO HONDA / POP100
CHASSI 9C2HB0210BR434692
MARCA / MODELO HONDA / POP100

PREMIO TARIFARIO
DENATRAM (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)
CUSTO DO SEGURO (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)
DATA DE PAGAMENTO
PARCELADO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

SET / 2019



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: FERNANDO JUNIOR DA SILVA, brasileiro(a),
estado civil: CASADO, Profissão: COMERCIANTE, Data do Acidente 06/09/19
Cobertura INVALIDEL, portador(a) do RG 951474, órgão expedidor
ITEP e do CPF: 596 291 364-20 residente no(a)
RUA GERLYANO CAENGA nº 27,
bairro: DOZE ANOS, município: MOSSORÓ / RN.

OUTORGADO:

Nome: RICARDO MAIA FERNANDES, brasileiro(a)
estado civil: SOLTEIRO Profissão: COMERCIANTE, portador(a) do RG
1643401, órgão expedidor ITEP e do CPF: 026 448 134-84, residente
no(a) RUA Frei MIGUELIM nº 1128,
bairro: DOZE ANOS, município: MOSSORÓ / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

MOSSORÓ, 01/10/2019
Local e Data

x FERNANDO JUNIOR DA SILVA
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Santos Dumont, 92 - Centro - Mossoró-RN - CEP: 59600-170 - Fones: (84) 3221-4367/3321-2266
Bel. Francisco Araújo Fernandes - Tabelião

Reconhecimento de Firma 2019-010393

Reconheço por autenticidade a firma de:
FERNANDO JUNIOR DA SILVA*****

Assinado na presença. Dou fé.
Em testemunho da verdade. Mossoró-RN, 02/10/2019 09:55:44.

Selo Digital: RN2019009493800198045XZ

Para consultar o selo, OFÍCIO DE NOTAS
acesse <https://selodigital.tjrn.jus.br>
EMOL: R\$ 2,03 FCRCPN: R\$ 0,00
FDJ: R\$ 5,60 ISS: R\$ 0,14 FUNAF: R\$ 0,00

RAJJO FERNANDES - SUBSTITUTO



01/10/2019 - BANCO DO BRASIL S.A. - 15.13.47
0836073174 - AUTO-ATENDIMENTO

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 4391-5 - CONTA: 20.379-3
CLIENTE: FERNANDO JUNIOR DA SILVA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
30/08/2019		551,96C
Saldo Anterior		
02/09/2019		100,00C
Deposito Online TAA	073457	
31/08 07:34 SOP-MOSSORO	090938	80,00C
Deposito Online TAA		
01/09 09:09 SOP-MOSSORO	090201	109,80D
Pagamento de Boleto		
TCM TV CABO MOSSORO - SISTEMA OESTE DE		521,10D
Pagto conta telefone	090202	
OI MOVEL		101,06C
Saldo		
04/09/2019		



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 596 291 344-20 4 - Nome completo da vítima: Fernando Junior Da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Fernando Junior Da Silva 6 - CPF: 596 291 344-20
7 - Profissão: COMERCIANTE 8 - Endereço: RUA. GERMANO GENOA 9 - Número: 27 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: DOZE ANOS 12 - Cidade: MOSSORÓ 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59600-000
15 - E-mail: fernandojunior@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): _____

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, MOSSORÓ - RN 08/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) X FERNANDO JUNIOR DA SILVA

43 - Assinatura do Procurador (se houver) X Ricardo Maria Fernandes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

CONTRANTE: FERNADO JUNIOR DA SILVA, brasileiro, casado, comerciante, inscrito no **RG sob o nº 951474** e inscrito no **CPF sob o nº 596.291.344-20**, residente e domiciliado na Rua Germano Caenga, 27, Doze Anos, Mossoró/RN.

CONTRATADOS: JERÔNIMO AZEVEDO B. NETO, brasileiro, casado, advogado, OAB/RN nº 12.096, e **MARCELO VITOR JALES RODRIGUES**, brasileiro, casado, OAB/RN n. 9.732, com endereço profissional constante na nota de rodapé.

As partes acima qualificadas, por este instrumento particular convencionam e contratam o seguinte:

1) **Os Contratados se obrigam a prestarem ao Contratante os serviços advocatícios cabíveis para fins de recebimento do seguro DPVAT;**

2) **O contratante é o responsável pela veracidade e legalidade de todos os documentos apresentados aos contratados para o ajuizamento da ação;**

3) O contratante se compromete a pagar por tais serviços a quantia de **30%**, do que vier a ser recebido pelo contratante a título de indenização.

4) Os honorários ora pactuados compreendem o patrocínio das causas e os recursos utilizáveis, inclusive sustentação oral até o encerramento da demanda no âmbito Estadual, com a exclusão de interposição de defesa em Recursos para os Tribunais de Brasília;

4) Os honorários Advocatícios aqui fixados são líquidos, sendo de responsabilidade da Contratante os impostos incidentes.

5) O Contratante obriga-se a fornecer as Contratadas todos os recursos pecuniários que forem necessários para pagamento de custas judiciais, periciais, contadores, emolumentos e diligências, assim como os documentos e informações solicitadas pelas Contratadas a fim de não prejudicar o bom andamento da causa ou da cobrança.

Parágrafo Único: As Contratadas não poderão ser responsabilizadas no caso do Contratante sofrer algum prejuízo processual em virtude da demora no envio dos recursos necessários para o andamento do processo ou da cobrança.

6) Fica eleito o Foro da Comarca de Mossoró-RN para dirimir quaisquer questões judiciais resultantes deste contrato renunciando as partes Contratantes a qualquer outro por mais privilegiado que seja, obrigando-se as partes por si herdeiros e sucessores.

Mossoró/RN.

JERÔNIMO AZEVEDO B. NETO
CONTRATADO

FERNADO JUNIOR DA SILVA
CPF: 596.291.344-20
CONTRATANTE

MARCELO VITOR JALES
RODRIGUES
CONTRATADO



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

4ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

Alameda das Carnebeiras, 355, Presidente Costa e Silva, Mossoró - RN - CEP: 59625-410

0822421-63.2019.8.20.5106

AUTOR: FERNANDO JUNIOR DA SILVA

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

DESPACHO

Nos termos do Anexo VIII, da Lei Complementar nº 643, de 21 de dezembro de 2018, a competência para processar e julgar os feitos relacionados ao Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT), pertence a 5ª e 6ª varas Cíveis desta Comarca, por distribuição.

Isto posto, remetam-se estes autos, por distribuição, ao Juízo da Quinta ou Sexta Varas Cíveis desta Comarca, com as cautelas legais e a necessária baixa na distribuição.

C u m p r a - s e .

Mossoró/RN, 16 de dezembro de 2019

Manoel Padre Neto

Juiz de Direito

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







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

[Acidente de Trânsito, Seguro obrigatório - DPVAT]

PROCESSO Nº 0822421-63.2019.8.20.5106

DESPACHO

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

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivo, 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-vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05(cinco) dias.

Adotadas as supra-expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 15 de janeiro de 2020.

UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES

Juíza de Direito em substituição legal



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

[Acidente de Trânsito, Seguro obrigatório - DPVAT]

PROCESSO Nº 0822421-63.2019.8.20.5106

DESPACHO

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

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivo, 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-vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05(cinco) dias.

Adotadas as supra-expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 15 de janeiro de 2020.

UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES

Juíza de Direito em substituição legal