

**QUESITOS A SEREM RESPONDIDO PELO PERITO:**

Vide art. 31, II da Lei nº 11.945/2009 e atualizações

a) Se a etiologia ou origem causal das lesões existentes na pessoa requerente é compatível com acidente com veículo automotor de via terrestre? \_\_\_\_\_.

b) Quais as lesões ou disfunções ocorridas? \_\_\_\_\_.

c) Nos termos do art. 3º, *caput*<sup>1</sup>, da Lei nº 6.194/1974, se há **invalidez permanente**, isto é, **dano(s) anatômico e/ou funcional definitivo(s) (sequelas), não passível(is) de reversão terapêutica**, descrevendo-o(s) então detalhadamente; \_\_\_\_\_.

d) Qual(is) o(s) segmento(s) corporal(s) atingidos?; Percentual em desfavor do órgão vinculado? \_\_\_\_\_.

e) Nos termos do art. 3º, § 1º<sup>2</sup>, da Lei nº 6.194/1974, incluído pela Lei nº 11.945/2009, bem como da respectiva tabela anexa que acompanha esta lei, se a **invalidez permanente foi total** (repercussão na íntegra do patrimônio físico e/ou mental) ou **parcial** (repercussões em partes de membros superiores e inferiores); \_\_\_\_\_.

f) Em caso de invalidez total, **quais os segmentos corporais atingidos, nos termos da tabela que menciona os danos sofridos, conforme a Norma Legal supra?** \_\_\_\_\_.

g) De acordo com o art. 3º, § 1º, incisos I e II<sup>3</sup>, da Lei nº 6.194/1974, **em caso de invalidez parcial**, se ocorreu **invalidez parcial completa**, atingindo de forma **completa** todo um segmento corporal (ou mais de um), ou **invalidez parcial incompleta**, atingindo de forma **incompleta**, descrevendo-o(s) então detalhadamente; \_\_\_\_\_.

h) De acordo com esse citado inciso II, da Lei nº 6.194/1974, bem como da respectiva tabela anexa, **em caso de invalidez parcial incompleta**, se a **repercussão da lesão na anatomia e/ou funcionalidade do segmento corporal foi intensa (75%), média (50%), leve (25%) ou residual (10%)**; \_\_\_\_\_.

i) Finalmente, **se, eventualmente, a lesão segmentar foi de tal monta que atingiu a funcionalidade de todo o respectivo membro**: (Exs.: Invalidez permanente em *ombro* comprometedora da funcionalidade de todo o *membro superior*; Invalidez permanente em *joelho* ou *tornozelo* comprometedora da funcionalidade de todo o *membro inferior*, etc). \_\_\_\_\_.

Caicó-RN, 29 de Agosto de 2019.

**Kelly Maria Medeiros do Nascimento**  
Advogada OAB/RN – 7.469

Vba.



## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Luciano Renato Elpidio de Medeiros, brasileiro, divorciado, auxiliar de serviços gerais, portador (a) RG nº 2.108.311 - SSP/RN e CPF nº 709.770.544-26, residente e domiciliado (a) na Rua Severino Gomes da Silva, 122, Centro, Jardim de Piranhas-RN, CEP 59324-000 - telefone nº 84-99813-5959, Nomeia e Constitui poderes a Outorgada: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada com OAB/RN sob o nº 7.469; podendo ser intimada na Rua André Sales, 130, Paulo VI, Caicó-RN - CEP nº 59300-000 - Próximo ao Hospital Regional do Seridó - SESP, Telefones: 84-3417-2265, 84-99801-5199 e 84-98887-0543 - E-mail: [caicoseguros@gmail.com](mailto:caicoseguros@gmail.com) e [caicodpvat@hotmail.com](mailto:caicodpvat@hotmail.com), as quais conferem amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula "ad Judicia", art. 38 parte final do CPC, COM FIM ESPECIAL, DE PATROCINAR A DEFESA DO (A) OUTORGANTE, junto ao processo na Comarca de JARDIM DE PIRANHAS/RN, podendo as outorgadas, confessar, assinar, desistir, propor acordo, receber e dar quitação, receber quaisquer quantias derivada de condenação, transigir, apresentar réplica, oposições, firmar, apresentar recurso e contra razões, e ainda requerer seguro de vida, junto bem como, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo ainda levantar alvará judicial, acompanhar todo processo até o final do julgamento, representado ainda os interesses do outorgante, podendo ajuizar apelação, ou, qualquer outro remédio jurídico competente, junto ao Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte, para garantir o direito do outorgante, e finalmente, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato,

### - CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS -

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

Caicó-RN, 29 de Agosto de 2019.

Outorgante: Luciano Renato Elpidio de Medeiros  
 \* Isento de reconhecimento de Firma, em face da Lei nº 8.952, de 13/12/1994, que dá nova redação ao art. 38 do CPC.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Luciano Renato Elpídio de Medeiros, brasileiro, divorciado, auxiliar de serviços gerais, portador (a) RG nº 2.108.311 - SSP/RN e CPF nº 709.770.544-20, residente e domiciliado (a) na Rua Severino Gomes da Silva, 122, Centro, Jardim de Piranhas-RN, CEP: 59424-000 - telefone nº 84-99813-5959, Declaro para os devidos fins de Direito que se fizerem necessárias em AÇÃO DE INDENIZAÇÃO – INVALIDEZ e ou COMPLEMENTO, que sou pobre na forma da lei, não tendo condições financeiras de prover as despesas e custas processuais com a decisão. Declaro, ainda, ser conhecedora das sanções administrativas, Cíveis e Criminais, caso o presente não retrate a verdade dos fatos. Nada mais a declarar, lavro o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

- Informações Complementares:

DAI - Declaração Anual de Isento. Por Assessoria de Comunicação Social - publicado 26/02/2016 10h54, última modificação 28/06/2019, às 10h29. Informamos que a Declaração Anual de Isento (DAI) da Secretaria da Receita Federal do Brasil foi instituída com o objetivo de manter atualizado o Cadastro de Pessoas Físicas (CPF). Com a edição da Instrução Normativa RFB nº 864/2008, de 25 de julho de 2008, deixou de existir a Declaração Anual de Isento, a partir do ano de 2008. A isenção poderá ser comprovada mediante declaração escrita assinada pelo próprio interessado, conforme previsto na Lei 7.115/83.

Caicó-RN, 29 de Agosto de 2019.

  
Declarante  
CPF nº 709.770.544-20.





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: 3ª DELEGACIA REGIONAL - DE CAICO

Endereço: AVENIDA CEL. MARTINIANO, S/N, JARDIM SATÉLITE, CAICO

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018073000315

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 20/08/2018 10.48.57

1.4 Ligu CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 26/07/2018 20.30.00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Outro

2.8 Número: SN

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: RN 288 - DEP. WILLY SALDANHA

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: JARDIM DE PIRANHAS

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: LUCIANNO RENATO ELPIDIO DE MEDEIROS

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Parda

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 70977054420

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: ASG

3.15 Telefone(s): 84 998135959

3.17 Número: 122

3.19 Bairro: SANTA CECÍLIA

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: JARDIM DE PIRANHAS

3.2 Estado civil: Divorciado(a)

3.4 Pai: MANOEL ELPIDIO NETO

3.6 Mãe: MARIA INES JACOPPE

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 12/08/1974

3.14 RG: 002108311 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: JOAO PESSOA PB

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA SEVERINO GOMES DA SILVA

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: \*\*\*\*\*19460

7.1.5 Placa: QFS9189

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2015

7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: EDINETE ALVES CAVALCANTE

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam: 01070490064

7.1.6 Estado: PARAIBA

7.1.8 Modelo: NXR160 BROS ESDD

7.1.10 Ano de Fabricação: 2015

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 DECLARANTE COMPARECEU NESTA DELEGACIA COM O OBJETIVO DE REALIZAR REGISTRO DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO COM O FIM EXCLUSIVO DE INSTRUIR PEDIDO DE SEGURO OBRIGATÓRIO EM RAZÃO DE DPVAT, RELATANDO O QUE A SEGUIR SE SEGUE: QUE NA DATA DE 26 DE JULHO DO CORRENTE ANO, POR VOLTA DAS 20H30MIN, OI DECLARANTE AO CONDUZIR A MOTOCICLETA DESCRITA NO ITEM ANTERIOR, NA RN 288 - DEP. WILLY SALDANHA - JARDIM DE PIRANHAS/RN, DE PROPRIEDADE DE EDINETE ALVES CAVALCANTE, PERDEU O CONTROLE EM UMA CURVA, VINDO A SOFRER UM ACIDENTE DE TRÂNSITO; QUE O DECLARANTE FORA SOCORRIDO, SENDO CONDUZIDO AO HOSPITAL GERAL FRANCISCA PEREIRA MARIZ, NA CIDADE DE JARDIM DE PIRANHAS/RN, DANDO ENTRADA NO REFERIDO HOSPITAL ÀS 21H16MIN; QUE O DECLARANTE FORA TRANSFERIDO PARA O UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ - UHRS, DANDO ENTRADA NO INDIGITADO HOSPITAL ÀS 08H15MIN DO DIA 27/07/2018. NADA MAIS FORA DITO.

9.2 Informações do CIOSP

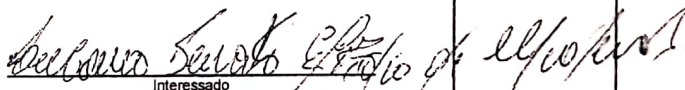
10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

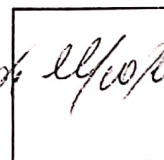
11. DECLARAÇÃO

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

Data 20/08/2018 10.48.57

  
Policial

  
Interessado



Polegar direito

Atendimento: 2201410 - CARLA KATHIRENE VIEIRA COSTA

Impresso por: 2201410 - CARLA KATHIRENE VIEIRA COSTA em 21/08/2018 15:50:39

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

J2018073000315

Protocolo: J2018073000315 - Código de autenticação: 365c251fcaba9a8aa7c972688a998f93

Página 1 1



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 06/09/2019 14:58:10

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090614580972200000046983895

Número do documento: 19090614580972200000046983895

Scanned by CamScanner

Num. 48600060 - Pág. 1



## JARDIM DE PIRANHAS - RN

## Lim de Piranhas

## HISTÓRIA CLÍNICA E EXAMES FÍSICO

## CONDUITA MÉDICA

Mariana Costa Soares  
 OREN-RN-000.784117  
 Enfermagem

RESPO ADMINISTRACÃO DE MEDICACÃO COLON

DESTINO DO PACINETE	
OBJETIVO	MOTIVO DA SAIDA <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> EXATÃO
DEIXA	<input type="checkbox"/> RECUSOU TRATAMENTO PRECISO
ENTREGUE A FAMILIA	

Scanned by CamScanner



**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA**

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		DATA	HORA DA ENTRADA	Nº ATENDIMENTO
		30/07/18	08:15	16
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível				
NOME	Laciano Renato Elpidio de		DATA DE NASCIMENTO	12/08/74
CPF	709770544-20	RG	209108311	SEXO
NATURALIDADE	PAU	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	CARTÃO SUS
NOME DA MÃE	José Jacopo	NOME DO PAI	Yanor Elpidio Neto	102809187035069
ENDEREÇO	R. Severino, Ozeas ap Silva 122		BAIRRO	STª Cecília
CIDADE/ESTADO	J. de Manhas - RN	TELEFONE DE CONTATO	RAÇA/COR	
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS				
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde				
PA	mmHg	FC	bpm	FR
				TEMP. AXILAR
				°C
				SpO2
				%
				Glicemia
				mg/dl
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO				
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista				
Confere com o Original				
Caicó - RN, 30/07/2018				
Assinado eletronicamente por Kelly Maria Medeiros do Nascimento				
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO				
Trauma crânio				
ESCORE DE GLASGOW				

CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
Rx de antebraço esqu.	
CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
Encaminhado ao ortopedista.	
Cytherally L. Saraiva Bessa Médica CREMEC-14.876	
MÉDICO PLANTONISTA/CRM	RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN
CAMPO 6 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE	
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem	
MOTIVO DA SAÍDA	REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA
( ) ALTA MÉDICA	UNIDADE DE DESTINO:
( ) EVASÃO	
( ) RECUSA DO TRATAMENTO	
( ) ÓBITO	DATA: / / HORA DA SAÍDA:

**SIGUS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE CAICÓ/RN**  
**DETALHAR APMC 241810154183-4 - REALIZADA (60)**

---

**USUÁRIO**

**Nome:** LUCIANO RENATO ELPIDIO DE MEDEIROS [ 40694 ]  
**Endereço:** R SEVERINO GOMES DA SILVA, 122, SANTA CECILIA  
[ 240560 ] JARDIM DE PIRANHAS/RN - CEP:59324000  
**Ponto de Ref.:** NC PRONT UHRS Nº 026081  
**Documentos:** CPF: 70977054420 - RG/CN: 2.108.311 - CNS: 702809187035069  
**Obs:** PRONT UHRS Nº 026081  
**Data Nasc.:** 12/08/1974 (43 anos) - **Sexo:** M  
**Nome Mãe:** MARIA INEZ JACOPE  
**Telefone:** 998135959 ( RESIDENCIAL )  
**e-Mail:**

---

**REQUISIÇÃO**

**Procedimento:** 0408020423 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS  
OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SINTESE)  
**Hip. Diagnóst.:** FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO E  
**Prof. Solicit.:** SILVIO SANTOS FILHO [ 0000002172928445 ]  
**Unid. Solicit.:** UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDO [ 6778550 ]  
**Data Solicit.:** 30/07/2018  
**Op. Requisit.:** FRANCISCA BATISTA DE ARAUJO [ 110756 ]  
**Unid. Requist.:** UNIDADE NÃO DEFINIDA [ 0 ]  
**Município:** JARDIM DE PIRANHAS [ 240560 ]  
**Data Requis.:** 06/08/2018 16:08  
**Obs.:** S528

---

**AUTORIZAÇÃO**

**Autorizador:** FRANCISCA BATISTA DE ARAUJO [ 110756 ]  
**Parecer:** AUTORIZADA  
**Realizador:** UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDO [ 6778550 ]  
**Data:** 06/08/2018 16:08  
**Competência:** 08/2018  
**Obs.:** PROCEDIMENTO AUTORIZADO AUTOMATICAMENTE - PA

---

**REALIZAÇÃO**

**Agendada em:** 06/08/2018 16:08  
**Agendada para:** 06/08/2018 16:08  
**Agendada por:** FRANCISCA BATISTA DE ARAUJO [ 110756 ]  
**Realizada em:** 06/08/2018  
**Validada em:** 06/08/2018  
**Validada por:** FRANCISCA BATISTA DE ARAUJO [ 110756 ]

---







Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte  
Unidade Hospitalar Regional do Seridó  
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000  
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0\*\*84) 3421-9630, e 9628

### LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ	2. CNES: 6.778.580
3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: NOME: <u>LUCIANO RENATO OLÍPIO DE ALEMEIDA</u>	4. Nº DO PRONTUÁRIO <u>026081</u>
CPF: <u>70927054420</u>	RG: <u>2108311</u>

5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <u>702809187035069</u>	6. DATA DE NASC. <u>12/08/74</u>	7. SEXO MASC. (X) FEM. ( )
8. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <u>M<sup>te</sup> JNEI JACOPE</u>	DDD <u>84</u>	9. TELEFONE DE CONTATO <u>9.9813.5959.</u>
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <u>JEVENINO GOMES DA SILVA - 122</u>		
11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <u>JARDIM DE PIRANHAS</u>	12. COD. IBGE MUNICÍPIO	13. UF <u>RN</u>
14. CEP: <u>59324000</u>		

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:  
Paciente vítima de acidente de moto, com trauma em artroscopia.

16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:  
Decorrente cirurgia.

17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):  
Rx: fratura de osso do antebraço.

18. DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>fratura de osso do antebraço</u>	19. CID 10 PRINCIPAL: <u>S52B</u>	20. CID 10 SECUNDÁRIO:	21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
---	--------------------------------------	------------------------	-------------------------------

### PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <u>Tratamento cirúrgico de fratura do antebraço</u>	23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <u>0408020423</u>		
24. CLÍNICA <u>Ortopedia</u>	25. CARÁTER DA INTERNAÇÃO <u>U</u>	26. DOCUMENTOS ( ) CNS (X) CPF	27. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLIC./ASSIST. <u>06754777435</u>
28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST. <u>TASSO A. PEREIRA</u>	29. DATA DA SOLICITAÇÃO <u>30/07/18</u>	30. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO) <u>Dr. Tasso Alacort de A. Pereira</u> Ortopedia e Traumatologia TEOT: 15037 / CRM-RN: 6725 CRM-PB: 11243	

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

31. ( ) ACID. DE TRANSITO	34. CNPJ DA SEGURADORA	35. Nº DO BILHETE	36. SÉRIE
32. ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO			
33. ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO	37. CNPJ DA EMPRESA	38. CNAE DA EMPRESA	39. CBOR
40. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			

### AUTORIZAÇÃO

41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	42. COD. ORGÃO EMISSOR	43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
44. DOCUMENTOS ( ) CNS ( ) CPF	45. Nº DOC. (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR	
46. DATA DA AUTORIZAÇÃO	47. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO)	

Scanned by CamScanner









Estado do Rio Grande do Norte  
**Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte**  
Unidade Hospitalar Regional do Seridó  
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000  
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0\*\*84) 3421-9630, e 9628

## SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE:

*LUCIANO RENATO ELPIDIO MEDEIROS*

REGISTRO/PRONTUÁRIO: <i>026081</i>	DATA NASCIMENTO: <i>12.08.74</i>	SEXO: <i>M</i>
ENDEREÇO (Rua, Número) <i>JEFERINO GOMES DA SILVA - 122</i>	BAIRRO: <i>91ª CECILIA</i>	
MUNICÍPIO: <i>ST. DE PIRANHAS</i>	UF <i>RN</i>	CEP: <i>59324000</i>
NOME DO PAI: <i>MANOEL ELPIDIO NETO</i>	TELEFONE:	
RESPONSÁVEL:	NOME DA MÃE: <i>Mª ZNEZ JACOPE</i>	

### PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)

CLÍNICA: <input type="checkbox"/> MÉDICA <input type="checkbox"/> ORTOPÉDIA <input type="checkbox"/> CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> PEDIATRIA	ENFERMARIA/LEITO:	INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE <input type="checkbox"/> DE TRABALHO <input type="checkbox"/> DE TRANSITO <input type="checkbox"/> DE OUTROS FINS <input type="checkbox"/> NÃO
DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>fractura de</i>	MÉDICO SOLICITANTE <i>Dr. Silvio Santos Filho</i> Ortopedista e Traumatologista CRM-RN 4419 - TMT 0225 RPE 021-220.294-46	
INTERNAÇÃO DATA: <i></i> HORA: <i></i>	ORIGEM RESIDÊNCIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE
PROCEDÊNCIA:	CARATÉR DE INTERNAÇÃO: <input type="checkbox"/> ELETIVA <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> EMERGÊNCIA	

### RESUMO DA SAÍDA (Preenchimento médico)

RPOCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição) <i>Trocar</i>	TIPO DE PROCEDIMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> LIMPO <input type="checkbox"/> INFECTADO <input type="checkbox"/> CONTAMINADO <input type="checkbox"/> POTENCIAL M. CONTAMINADO	
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/Descrição)	DATA:	HORA:
APRESENTOU IFECCÃO? <input type="checkbox"/> HOSPITALAR <input type="checkbox"/> COMUNITARIA <i>NÃO</i>	FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO: <input checked="" type="checkbox"/> PROFILATICAMENTE <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> TERAPEUTICAMENTE	
MOTIVO DA SAÍDA (AIH): <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> REMOÇÃO <input type="checkbox"/> ÓBITO ATÉ 24 HORAS <input type="checkbox"/> ÓBITO APÓS 24 HORAS	SE MOTIVADO SAÍDA = 1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTODA ALTA <input checked="" type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> INALTERADO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/> POR INDICIPLINA <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> INTER.P/DIAGNOSTICO <input type="checkbox"/> P/COMPLEMENTAÇÃO F.DE ACIDENTE	

### PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA:	DESTINO:	
PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO	OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECÇÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	MÉDICO RESPONSÁVEL: (carimbo/assinatura) <i>Dr. Silvio Santos Filho</i> Ortopedista e Traumatologista CRM-RN 4419 - TMT 0225 RPE 021-220.294-46
CAUSA MORTE:		

Scanned by CamScanner





Estado do Rio Grande do Norte  
**Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte**  
Unidade Hospitalar Regional do Seridó  
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000  
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0\*\*84) 3421-9630, e 9628

## ANAMNESE E EXAME FISICO

Nº DE REGISTRO: 026 081

DATA: 30-07-18

NOME DO PACIENTE: LUCIANO RENATO G. MEDEIROS

### QUEIXA PRINCIPAL, HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, ANTECEDENTES, EXAMES FISICO.

Posta 11/18  
C12.40  
Dolores crônicas

HIPOTESE DIAGNÓSTICA:

ASSINATURA DO MÉDICO:

Dr. Silvio Santos Filho  
Ortodontista e Radiologia  
CRM-RN 4419 - 1207-9921  
CPF 021.720.284-00

Scanned by CamScanner







Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

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

CNPJ (MF): 08.220.899/000160 - Telefax: (0\*\*84) 3421-9626, 9427 e 9628



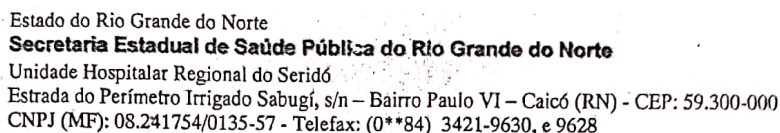
NOME: <u>Luciano Renato Espírio de Medeiros</u>		D.N: <u>12/08/1974</u>
IDADE COMPLETA: <u>43 anos</u>		ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>
ESCOLARIDADE: ( ) Fundamental (x) Médio ( ) Superior ( ) Não Alfabetizado		
ENDEREÇO: <u>R. Severino Gomes de Silva, 122</u>		BAIRRO: <u>Santa Cecília</u>
CIDADE: <u>Jardim de Pinarhos</u>		TELEFONE: <u>99843-5959</u>
CLÍNICA: ( ) Médica (x) Cirúrgica ( ) Saúde Mental		Enf/Leito: <u>105-02</u> ( ) UTI Leito:
PACIENTE COM ACOMPANHANTE: (x) Sim ( ) Não		COM DOCUMENTAÇÃO: (x) Sim ( ) Não
SITUAÇÃO SOCIOFAMILIAR		
PACIENTE RESIDE:		
(x) Sozinho ( ) Com familiares ( ) Família ampliada ( ) Em abrigo ( ) Em situação de rua		
( ) Com apoio efetivo e emocional dos familiares ( ) Apoio parcial ( ) Sem apoio familiar		
DOMICÍLIO:		SITUAÇÃO TRABALHISTA:
(x) Próprio ( ) Alugado ( ) Cedido		( ) Autônomo (x) Empregado ( ) Desempregado
( ) Cohabitado ( ) Outro		( ) Do lar ( ) Outro
SANEAMENTO:		PROFISSÃO/OCUPAÇÃO: <u>Operador de máquina</u>
( ) Rede Geral (x) Fossa ( ) Vala		BENEFÍCIO SOCIAL/PREVIDENCIÁRIO:
( ) Céu Aberto ( ) Outros		( ) Aposentadoria ( ) Pensionista ( ) BPC
RENDA FAMILIAR:		( ) Seguro desemprego ( ) PBF
( ) Sem renda ( ) Menor que 01 SM		(x) De 1 a 2 SM ( ) Maior de 2 SM
PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS:		
( ) Sim (x) Não Qual? _____		
ENCAMINHAMENTO: _____		
DEPENDENTE QUÍMICO:		
( ) Sim ( ) Não Qual? <u>Fuma e bebe</u>		
ENCAMINHAMENTO: _____		
VÍTIMA DE ALGUM TIPO DE VIOLAÇÃO DE DIREITOS:		
( ) Sim (x) Não Qual? _____		
ENCAMINHAMENTO: _____		

Caicó/RN, 12/08/2018

Laryssa  
Laryssa Kelly Medeiros Silva  
Assistente Social  
CRESS 14ª 3650



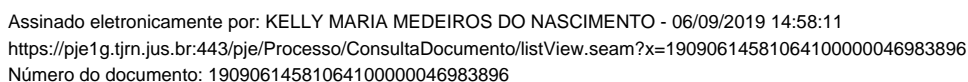




## EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE: <u>LUCIANO RENATO E. Med.</u>	Nº de Registro				Data Admissão						
	0	2	6	0	8	1	3	0	0	7	1

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
30.07.18	16:00h	Paciente EBR, consciente, orientado, deambulando, admitido na clínica cirúrgica, vindo da urgência com HD: fratura de antebraço esquerdo. Negs alergia medicamentosa, aguardando avaliação do ortopedista, internado, segue internado.	Dr. Ana Patrícia de Araújo Enfermeira COREN/RN 019.400.994
31.07.18	15:00	Paciente evolui em EBR, consciente, orientado, eupneico em O2 ambiente, normotenso, com tala em MSE. Sono e repouso adequado. Em jejum para procedimento. Eliminação vesical e intestinal presentes (SRC). Segue hospitalizado aguardando procedimento cirúrgico em MSE e coordenação da equipe de enfermagem.	Carliane Enfermeira COREN/RN 004.724
31.07.18	16:20	Paciente deu entrada no CC proveniente da clínica cirúrgica, consciente, orientado, deambula, para realização de tta cirúrgica de fratura do antebraço esquerdo, foi realizado procedimento com placa e parafuso, concluído com sucesso. Paciente retorna a enfermagem após o rx.	Thayne THAYNE MORGANA DE LUCENA Enfermeira COREN/RN 259853
02/08/18	06h	PA 124x80 mmHg Tec 15 G/L	







Estado do Rio Grande do Norte

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

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

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

### ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM TRAUMA E ORTÓPEDIA

DATA DO ATENDIMENTO: 30 / 7 / 18. INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
PACIENTE: Luciano Renato Elpidio de Azevedo DN: 12 / 08 / 1974  
RG: 002.128.311 CPF: 703.770.544-20 SUS: 702.8091.8703.5000  
ESTADO CIVIL: Casado SEXO: M IDADE: 43 TELEFONE: 9.9813.5959  
PAI: Manoel Elpidio Neto MÃE: Maria Inês Jacoppe  
ENDERÇO: R. Severino Gomes de Silva Nº 122  
BAIRRO: Santa Cecília CIDADE: J. de Pirenha UF: RN  
MÉDICO: Dr. Tasso

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: \_\_\_\_\_

### LAUDO MÉDICO

#### PRINCIPAIS SINAIS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de moto, com trauma em antebraço E.

#### PRINCIPAIS RESULTADOS DA PROVA DIAGNÓSTICA:

Rx: fratura do antebraço E.

#### DIAGNÓSTICO INICIAL:

fratura antebraço E.

#### PROCEDIMENTO INDICADO:

Intervenção pl. cirúrgica.

Dr. Tasso Alacón P. de A. Dant  
Ortopedia e Traumatologia  
TEOT: 15037 / CRM-RN: 6725  
CRM-PR: 11113

### RELATÓRIO DE ATENDIMENTO

TRATAMENTO REALIZADO: \_\_\_\_\_  
CID: \_\_\_\_\_ CODIGOSIA/SUS: \_\_\_\_\_  
EQUIPE MÉDICA: CIRÚRGIO: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
AUXILIAR: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ AUDITOR: \_\_\_\_\_

Scanned by CamScanner



**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

REGISTRO GERAL 002.108.311 DATA DE EXPEDIÇÃO 31/07/2017

NOME LUCIANO RENATO ELPIDIO DE MEDEIROS

FILIAÇÃO MANDEL ELPIDIO NETO  
MARIA INES JACOPPE

NATURALIDADE JOAO PESSOA PB DATA DE NASCIMENTO 12/08/1974

DOC. ORDEM CERT. DE CAS-DIV L-2-93 F-114 RG-741  
JARDIM DE PIFANHAS RN-CARTORIO UNICO CARTORIO

CPF 709.770.544-20

Josebas Ferreira do N. JUNIOR  
Secretaria de Identificação

LEI Nº 7.116 DE 26/08/83

**CARTERA DE IDENTIDADE**

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANCA PUBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE PERICIA

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO

Scanned by CamScanner





Num. 48600061 - Pág. 4





Scanned by CamScanner





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA  
Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Mermoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055189-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE  
LOCAL: RUA DO ELPIDIO DE MEDEIROS

ENDEREÇO: RUA SEVERINO GOMES DA SILVA 122

CPF: 709 770 544-20

CENTRO/ÁREA URBANA  
JARDIM DE PIRANHAS RN  
59324-000

CLASSIFICAÇÃO  
BT RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

CONTA CONTRATO 7012383686 06/2018  
DATA DE VENCIMENTO 13/06/2018 DATA DE EMISSÃO DA FATURA 05/07/2018  
TOTAL A PAGAR (R\$) 45,78

Nº DA NOTA FISCAL 007470248 SÉRIE ÚNICA EMISSÃO 06/06/2018  
APRESENTAÇÃO 06/06/2018 Nº DO CLIENTE 3010315184 Nº DA INSTALAÇÃO 327186

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	68,0000000	0,62337611	42,38
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,70
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,88
Multa por atraso NF 006043623 - 07/05/18			1,01
Juros por atraso NF 006043623 - 07/05/18			0,35
Atualização IGPM NF 006043623 - 07/05/18			0,48
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>45,78</b>

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MÊS	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LETURA	ATUAL DATA	LETURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
11/2017	RES	01/12/2017	1075	01/01/2018	1187	31	1,0000		66,00
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO									
MÊS	TIPO	CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)	%					
JAN 18	RES	88	17,02	38,71%					
MAR 18	RES	64	2,03	4,52%					
ABR 18	RES	55	9,59	21,32%					
MAR 18	RES	45	2,58	5,87%					
FEV 18	RES	78	2,70	6,14%					
JAN 18	RES	66	10,04	22,84%					
DEZ 17	RES	83	43,86	100%					
NOV 17	RES	65							
OUT 17	RES	48							
SET 17	RES	41							
AGO 17	RES								
JUL 17	RES								
JUN 17	RES								
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					TARIFAS APLICADAS				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	0,62337611						
ICMS	16,00	7,51							
PIS	0,00	0,38							
COFINS	4,00	1,75							
Consumo Ativo (kWh)									
0C7F 6CB1 9585 B8BA 6842 08E4 4355 FB5E									

NECESSÁRIOS IMPORTANTES  
Esta conta pode ser paga no credenciado mais próximo de você. Confira a lista completa em www.cosern.com.br. O pagamento desta Nota Fiscal de Energia Elétrica não garante a continuidade do fornecimento de energia elétrica. O cliente é responsável por manter o nível de tensão de fornecimento adequado para a utilização da energia elétrica. O cliente é responsável por manter o nível de tensão de fornecimento adequado para a utilização da energia elétrica. O cliente é responsável por manter o nível de tensão de fornecimento adequado para a utilização da energia elétrica.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO	
TIPO DE INTERRUPÇÃO	VALOR APLICADO	LIMITE ANUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE SEMESTRAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
DIC	0,00	5,61	10,00	21,73	220	202 - 234
FIG	0,00	3,34	6,72	13,45		
EMIC	0,00	3,11	0,00	0,00		

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 416/2010), tarifas, preços, serviços prestados e a forma de acesso ao sistema de distribuição de energia elétrica estão disponíveis em www.cosern.com.br





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

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180437461

Vítima: LUCIANNO RENATO ELPIDIO DE MEDEIROS

Data do Acidente: 26/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LUCIANNO RENATO ELPIDIO DE MEDEIROS

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01977/01978 - carta\_16 - INVALIDEZ

00010989



Carta nº 14080517





## ANEXO 2

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

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



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
Vara Única da Comarca de Jardim de Piranhas  
Praça Getúlio Vargas, 100, Vila do Rio, JARDIM DE PIRANHAS - RN - CEP: 59324-000

**PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7): 0800282-09.2019.8.20.5142**  
**AUTOR: LUCIANNO RENATO ELPIDIO DE MEDEIROS**

**RÉU: SEGURADORA DPVAT**

**DESPACHO**

**Recebo** a inicial por estarem devidamente preenchidos os requisitos dos arts. 319 e 320, ambos do Código de Processo Civil.

**Defiro** o pedido de justiça gratuita.

O art. 139 do Novo Código de Processo Civil, inciso VI, dispõe:

Art. 139. O juiz dirigirá o processo conforme as disposições deste Código, incumbindo-lhe:

(...)

VI - dilatar os prazos processuais e alterar a ordem de produção dos meios de prova, adequando-os às necessidades do conflito de modo a conferir maior efetividade à tutela do direito;

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo de aprazar, neste momento, a audiência de conciliação.

Ressalte-se a dificuldade de acordo nos processos de DPVAT, uma vez que a produção de prova pericial faz-se imprescindível, comprometendo a utilidade da designação de audiência em momento anterior à prolação do laudo.

Assim, verifica-se a necessidade de perícia técnica para deslinde da causa.

**Determino** a realização de perícia.

**Oficie-se** ao Núcleo de Perícias do TJRN para indicar perito cadastrado, conforme resolução nº 233 do CNJ, ficando desde já nomeado o perito indicado. Fixo os honorários no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais) como honorários periciais.

**Intime-se** o perito para informar se aceita o encargo e, em caso, positivo, informar o dia, horário e local para realização do ato.

O laudo pericial deverá conter, nos termos do art. 473 do NCPC:

I - a exposição do objeto da perícia;





II - a análise técnica ou científica realizada pelo perito;

III - a indicação do método utilizado, esclarecendo-o e demonstrando ser predominantemente aceito pelos especialistas da área do conhecimento da qual se originou;

IV - resposta conclusiva a todos os quesitos apresentados pelo juiz, pelas partes e pelo órgão do Ministério Público.

O valor da perícia será pago pela Seguradora ré, que deve ser INTIMADA para depositar o valor em conta judicial, seguindo o que determina o Termo de Convênio Institucional de nº 39/2019.

Incumbe às partes, dentro de **15 (quinze) dias** contados da intimação deste despacho de nomeação do perito arguir o impedimento ou a suspeição do perito, se for o caso, indicar assistente técnico e apresentar quesitos, conforme artigo 465, §1º, NCPC.

Intimem-se as partes da data da perícia, horário e local.

Após apresentado o laudo, **expeça-se** Alvará de Autorização Judicial para levantamento dos honorários periciais.

Com o laudo acostado aos autos, **remetam-se** os autos ao CEJUSC para realizar audiência de conciliação.

**Cite-se** a parte ré para ciência dos termos da exordial.

Caso não haja acordo, o prazo para contestação **15 (quinze dias úteis)** será contado a partir da realização da audiência.

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

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

JARDIM DE PIRANHAS/RN, 21 de fevereiro de 2020

**TÂNIA DE LIMA VILLAÇA**

**Juíza de Direito em Substituição**

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



Nesta data, procede-se à citação da parte ré, bem como sua intimação acerca da decisão proferida (ID 53645288).





Nesta data, intima-se a advogada da parte autora acerca da decisão proferida (ID 53645288).

