

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, *caput¹*, 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, § 1º², 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 II³, 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.

7



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Lucianno Renato Elpídio de Medeiros, brasileiro, divorciado, auxiliar de serviços gerais, portador (a) RG nº 2.108.311 - SSP/RN e CPF nº 709.770.544-26, residente e domiciliado (a) na Rua Severino Gomes da Silva, 122, Centro, Jardim de Piranhas-RN, CEP 59300-000 - 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 e caicodnvat@hotmail.com, as quais conferem amplos e gerais poderes para o todo 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 pacto através do presente instrumento, nos termos do art.22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994. Contratam ainda as partes que em caso de desistência da ação, ou, ainda renúncia dos poderes do (a) contratante em favor de outro (a) causídico (a), nada impede e obste 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 levou o presente para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Caicó-RN, 29 de Agosto de 2019.

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

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Luciano Renato Elpidio de Medeiros, brasileiro, divorciado, auxiliar de serviços gerais, portador (a) RG nº 2.108.311 - SSP/RN e CPF nº 709.770.544-20, residente e domiciliado (a) na Rua Severino Gomes da Silva, 122, Centro, Jardim de Piranhas-RN, CEP 59024-000 - 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 demanda. Declaro, ainda, ser conhecedor das sanções administrativas, Civis e Criminais, caso o presente seja retratado 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 e assinada pelo próprio interessado, conforme previsto na Lei 7.115/83..

Cajicó-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 CAICÓ
Endereço: AVENIDA CEL. MARTINIANO, S/N, JARDIM SATÉLITE, CAICÓ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018073000315 1.2 Data de Expedição: 20/08/2018 10:48:57

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 26/07/2018 20:30:00 2.2 Autoria: Conhecida
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Outros 2.7 Logradouro: RN 288 - DEP. WILLY SALDANHA
2.6 Tipo do local: Outro 2.9 CEP:
2.8 Número: SN 2.11 Ponto de Referência:
2.10 Complemento: 2.13 Cidade: JARDIM DE PIRANHAS
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: LUCIANNO RENATO ELPIDIO DE MEDEIROS 3.2 Estado civil: Divorciado(a)
3.3 Nome Social: 3.4 Pai: MANOEL ELPIDIO NETO
3.5 Etnia: Parda 3.6 Mãe: MARIA INES JACOPPE
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF: 70977054420 3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Nacionalidade: 3.12 Data de Nascimento: 12/08/1974
3.13 Profissão: ASG 3.14 RG: 002108311 - ITEP/RN
3.15 Telefone(s): 84 998135959 3.16 Passaporte:
3.17 Número: 122 3.18 Naturalidade: JOAO PESSOA PB
3.19 Bairro: SANTA CECÍLIA 3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.22 Logradouro: RUA SEVERINO GOMES DA SILVA
3.23 Cidade: JARDIM DE PIRANHAS 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 7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: *****19460 7.1.4 Renavam: 01070490064
7.1.5 Placa: QFS9189 7.1.5 Estado: PARAÍBA
7.1.7 Marca: HONDA 7.1.6 Modelo: NXR160 BROS ESDD
7.1.9 Ano do Modelo: 2016 7.1.10 Ano de Fabricação: 2015
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal: 7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: EDINETE ALVES CAVALCANTE 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor:
7.1.18 Observações:

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, O 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 FOA SOCORRIDO, SENDO CONDUZIDO AO HOSPITAL GERAL FRANCISCA PEREIRA MARIZ, NA CIDADE DE JARDIM DE PIRANHAS/RN, DANDO ENTRADA NO REFERIDO HOSPITAL ÁS 21H16MIN; QUE O DECLARANTE FOA TRANSFERIDO PARA O UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ - UHRS, DANDO ENTRADA NO INDIGITADO HOSPITAL ÁS 08H15MIN DO DIA 27/07/2018. NADA MAIS FORA DITO.

9.2 Informações do CIOSP

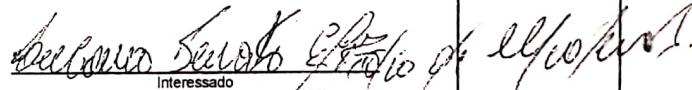
10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

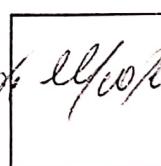
11. DECLARAÇÃO

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 11

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
HOSPITAL GERAL FRANCISCA PEREIRA MARIZ**

FONE: (84)3423-2322 OU (84)99832-2121

JARDIM DE PIRANHAS - RN

an de Piranhas

DATA 26/07/18 HORA 10:16

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CUECINO RONATO	EDUARDO DEMEDEOS	DATA DE NASCIMENTO	11/08/77	IDADE	41
CPF	70297702544-20	CARTÃO SUS	70297702544-20	SEXO	M
ESALADO CIVIL	PROFISSAO	OB. DE MASCULINO			
JOAO BONITO - 00	5965				

NAME D'AVÓ

M³ JOAO JA CO

NAME DO PAI

NAME DO MÃE

SEVERINO GOMES SICILIANO

38

BAIRRO	8 ¹ PEC.01A
TELEFONE DE CONTA	()

SINAIS VITAIS

PA	NÍVEL	FC	BPM	FR	IRPM	LAXÍLAR.	C	SPO2:	%	GLICEMIA
----	-------	----	-----	----	------	----------	---	-------	---	----------

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAMES FÍSICO

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

EXAMES SOLICITADOS

CONDUTA MÉDICA

Atendente: 2476
Enfermeira: LAMPUM

Correia Costa Soares

OREN-RN-000.784117

Enfermagem

RESPO ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO ORAL

DESTINO DO PACINETE

OBITO EM

DESA

REGRESSE À FAMÍLIA

MOTIVO DA SAIDA	[] ALTA	[] LEVASÃO
[] RECUSOU TRATAMENTO PRECRETO		

Scanned by CamScanner



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

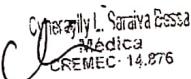
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090614580972200000046983895>

Número do documento: 19090614580972200000046983895

Num. 48600060 - Pág. 2

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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	DATA	HORA DA ENTRADA	Nº ATENDIMENTO								
	30/07/18	08:13	16								
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE											
Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível											
NOME	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO								
Kaciano Kenuto Elpidio da Silva	13/08/1946	71/31	M								
CPF	RG	DATA DE EXPEDIÇÃO									
709770544-20	009108311	31/07/18									
NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	CARTÃO SUS								
Caicó	casado	funcionário	10.2809183035069								
NOME DA MÃE	NOME DO PAI										
Edna Lúcia Souza	Yanocel Elpidio Neto										
ENDERECO	BAIRRO										
RJ Severino Góes ap Selvão 122	JT3 Cecília										
CIDADE/ESTADO	TELÉFONE DE CONTATO	RAÇA/COR									
Caicó - RN											
CAMPO 2 - SINAIS VITais											
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde											
PA	mmhg	FC	bpm	FR	lpm	TEMP. AXILAR	°C	SpO2	%	Glicemia	mg/dl
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO				Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista							
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO				Confere com o Original Caicó - RN, 30/07/2018 Yanocel Elpidio Neto							
				ESCORE DE GLASGOW							
Tremor brusco											
CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES				Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista							
				Rx de autobraso esq.							
CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA				Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista							
				Encaminho ao ortopedista.							
 Kelly L. Saraiva Bessa Médica CRM/CEC: 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							
<input type="checkbox"/> ALTA MÉDICA <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> RECUSA DO TRATAMENTO <input type="checkbox"/> ÓBITO				UNIDADE DE DESTINO: _____							
				DATA: ____/____/____ HORA DA SAÍDA: _____							

Scanned by CamScanner

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. Requisit.: 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: <i>HUCIANO RENATO CIPRIANO DE MEDEIROS</i> CPF: <i>70927054420</i>		4. Nº DO PRONTUÁRIO <i>026081</i>
5. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>702809187035069</i>		6. DATA DE NASC. <i>12/08/74</i>
7. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Mª INES JACOPÉ</i>		8. DDD <i>24</i>
9. TELEFONE DE CONTATO <i>9.9813.5959.</i>		
10. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>SEVERINO GOMES DA SILVA - 122</i>		
11. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA. <i>JALOIM DO PIAUÍ</i>	12. COD. IBGE MUNICÍPIO	13. UF <i>PI</i>
		14. CEP: <i>59324000</i>
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
15. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <i>Paciente c/ fratura de acidente de moto, com hemicrânio e antebraço E.</i>		
16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <i>Decimita cirurgia.</i>		
17. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <i>Rx: fractura de ossos do antebraço E.</i>		
18. DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Fratura de ossos do antebraço E. S528</i>	19. CID 10 PRINCIPAL: <i>S528</i>	20. CID 10 SECUNDÁRIO:
21. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: <i></i>		
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS		
22. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Tratamento cirúrgico de fratura do antebraço E -</i>	23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0408020423</i>	
24. CLÍNICA <i>Ortopédica</i>	25. CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>O</i>	26. DOCUMENTOS <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF <i>067543777435</i>
27. Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF.SOLIC./ASSIST. <i>Tasso A. PERINHA</i>	28. NOME DO PROF. SOLIC./ASSIST. <i>Tasso A. PERINHA</i>	
29. DATA DA SOLICITAÇÃO <i>30/07/18</i>	30. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REG. DO CONSELHO) <i>Dr Tasso Alacan P. de Almeida Ortopedista Traumatologista</i>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)		
31. <input type="checkbox"/> ACID. DE TRANSITO	34. CNPJ DA SEGURADORA <i></i>	35. Nº DO BILHETE <i>CRM-PB: 11245</i>
32. <input type="checkbox"/> ACID. TRABALHO TÍPICO		36. SÉRIE
33. <input type="checkbox"/> ACID. TRABALHO TRAJETO	37. CNPJ DA EMPRESA <i></i>	38. CNAE DA EMPRESA <i></i>
39. CBOR		
40. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTONOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO		
41. NOME DO PROF. AUTORIZADOR	42. COD. ORGÃO EMISSOR	43. Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR
44. DOCUMENTOS <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> 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



Luciano Renato Gysel de

LAUDO DE ANESTESIA

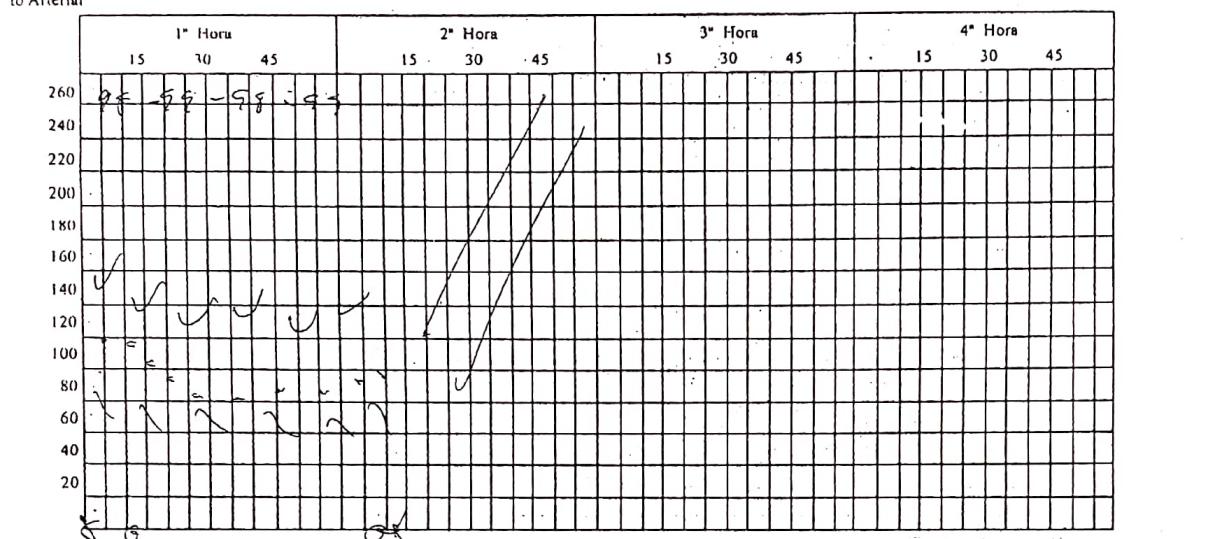
Data

Inicio

Térinino

Duração

To Anterior



de Anestesia	Agente	Volume
	ALG. I.C + A.I.N.	
	T.Dante. Cx de f & de Atalanta (C)	

	Medicamentos Utilizados na Sala e Outras Observações	Anestesia
①	Axelina 2g	
②	Lido 4,5% 50cc	
③	Bup, 0,3335 mg	
④	Depoca 2g	
⑤	Desonidesc 5mg	

BAE (B4) 3417-2206

Cinque

S. L. - Fullc

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 Sabugí, s/n – Bairro Paulo VI – Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOME DO PACIENTE: <i>Júlio Renato Eça Medeiros</i>				
REGISTRO/PRONTUÁRIO: <i>026081</i>		DATA NASCIMENTO: <i>12.08.79</i>		SEXO: <i>M</i>
ENDERECO (Rua, Número) <i>Teixeiro Gomes da Silva - 122</i>		BAIRRO: <i>Stº Cecílio</i>		
MUNICÍPIO: <i>Caicó - RN</i>		UF <i>RN</i>	CEP: <i>59324000</i>	TELEFONE: <i>-</i>
NOME DO PAI: <i>Manoel Eça Medeiros Neto</i>		NOME DA MÃE: <i>Maria Zilda Jacob</i>		
RESPONSÁVEL:				
PREENCHIMENTO MÉDICO (Preenchimento médico)				
CLINICA: (<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>Psoríase</i>		MÉDICO SOLICITANTE <i>Dr. Silvio Santos Filho Ortopedista e Traumatologista CRM-RN 1419 - TBOT 9225 RPE 621-129.284-65</i>		
INTERNAÇÃO DATA HORA		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)				
PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH- Código/ Descrição) <i>Treatment</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 INFECÇÃO? (<input type="checkbox"/> HOSPITALAR <input type="checkbox"/> COMUNITÁRIA <input checked="" type="checkbox"/> NÃO)		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 SAÍD = 1 (remoção) ASSINAL DETALHAMENTO DA 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/COMPLEMETAÇÃO F. DE ACIDENTE		
PREENCHER SE MOTIVO 2 = (REMOCÃO)				
INDICAÇÃO CLINICA:		DESTINO:		
PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO		OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECÇÃO:	MÉDICO RESPONSÁVEL: (carimbo/assinatura)	
CAUSA MORTE:		(<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO)	<i>Dr. Silvio Santos Filho Ortopedista e Traumatologista CRM-RN 1419 - TBOT 9225 RPE 621-129.284-65</i>	

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 Perimetral 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 FÍSICO

Nº DE REGISTRO:	026 081	DATA:	30-07-18
-----------------	---------	-------	----------

NOME DO PACIENTE: *Lucrânia Renato G. Medeiros*

QUEIXA PRINCIPAL, HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, ANTECEDENTES, EXAMES FÍSICO.

Pelos fios

C12 AD

Início crúvio

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

ASSINATURA DO MÉDICO:

Dr. Silvio Sátilo Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 4419 - MAT 9921
CPF 091.720.284-44

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 Perimetral Irrigado Sabugi, s/n – Bairro Pauló VI – Caicó (RN) - CEP: 59.300-000

CNPJ (MF): 08.220.899/000160 - Telefax: (084) 3421-9626, 9427 e 9628



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

Caicó/RN, 10/08/2018

Laryssa Kelly Medeiros Silva
 Laryssa Kelly Medeiros Silva
 Assistente Social
 CRESS 14ª 3650



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 06/09/2019 14:58:10
<https://pjefg.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090614580972200000046983895>
Número do documento: 19090614580972200000046983895

Num. 48600060 - Pág. 10



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

CNPJ (MF): 08.241.754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630. e 9628

EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:	Nº de Registro	Data Admissão
<u>Luciano Renato E. Med.</u>	026081300778	





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 AMBULATÓRIAL EM TRAUMA E ORTOPÉDIADATA DO ATENDIMENTO: 30/7/18 INSTIRUIÇÃO RESPONSÁVEL:PACIENTE: Jucianas Pimentel Elpidio da Silva N° 12.081.474RG: 002.178.311 CPF: 103.770.544-20 SUS: 702.8091.8703.506ESTADO CIVIL: casado SEXO: M IDADE: 43 TELEFONE: 9.98135959PAI: Mansel Epídio Neto MÃE: Maria Inês JacoppeENDERÇO: R. Silvino Gomes de SIlva N° 122BAIRRO: Santa Cecília CIDADE: T. J. de Pirenópolis UF: RNMÉDICO: Dr. Tassio

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: _____

LAUDO MÉDICO

PRINCIPAIS SINAIS CLÍNICOS:

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

PRINCIPAIS RESULTADOS DA PROVA DIAGNÓSTICA:

Rx: Fratura do antebraço E.

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Fratura antebraço E.

PROCEDIMENTO INDICADO:

Intervento - pl cimbra.

Dr. Tasso Alacón P. de A. Dant
Ortopedia e Traumatologia
TEOT: 150-21 / CRM-RN: 6725
CRM-PB: 113

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO

TRATAMENTO REALIZADO:

CID:

CODIGOSIA/SUS:

CIRÚRGIAO: _____ CRM: _____

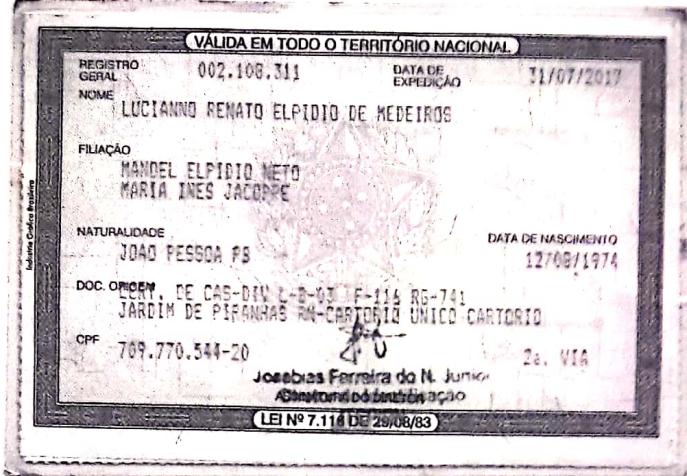
EQUIPE MÉDICA:

AUXILIAR: _____ CRM: _____

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ AUDITOR: _____

Scanned by CamScanner



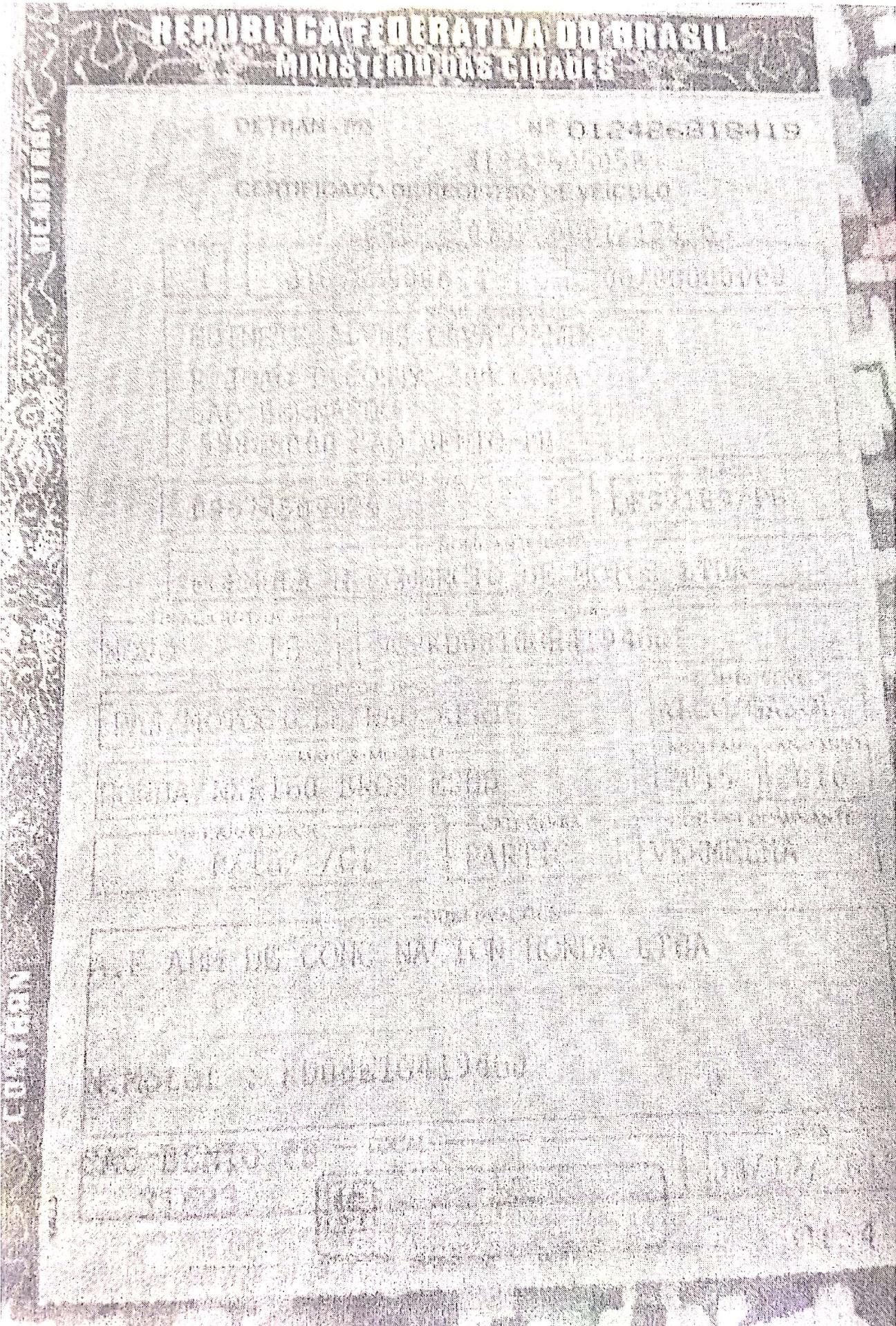


Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 06/09/2019 14:58:11
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090614581064100000046983896>
Número do documento: 19090614581064100000046983896

Num. 48600061 - Pág. 3



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 06/09/2019 14:58:11
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090614581064100000046983896>
Número do documento: 19090614581064100000046983896

Num. 48600061 - Pág. 4



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 06/09/2019 14:58:11
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090614581064100000046983896>
Número do documento: 19090614581064100000046983896

Num. 48600061 - Pág. 5



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

• FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE
LUCIANO RENATO ELPIDIO DE MEDEIROS

ENDERECO DA IMPA DE CONSUMIDORA
RUA SEVERINO GOMES DA SILVA 122

CFF: 709 770 544

CENTRO/AREA URBANA
JARDIM DE PIRANHAS RM
59324-000

Nº DA NOTA FISCAL 007470248 | SÉRIE UNICA | EMISSÃO 06/06/2018

APRESENTAÇÃO 06/06/2018 | Nº DO CLIENTE 3010315193 | Nº DA INSTALAÇÃO 327186

CONTA CONTRATO	06/2018
7012383686	
DATA DE VENCIMENTO	DATA REFERENCIAL PAGAMENTO FEBR.
13/06/2018	05/07/2018

Cunsumo Ativo (Wh) DESC
Acrescimo Bandera AMARELA
Acrescimo Bandera VERMELHA
Multa por excesso NF 006043623 - 07/05/18
Juros por excesso-NF 006043623 - 07/05/18
Atualização IGPM-NF 006043623 - 07/05/19

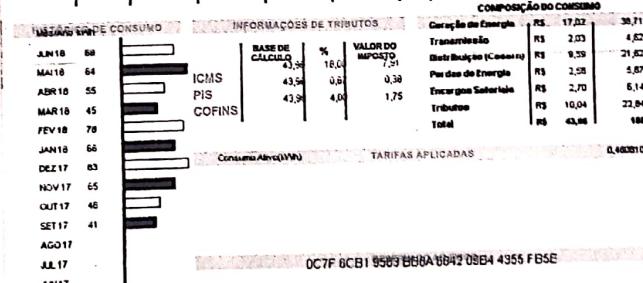
QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
68.0000000	0,62337611	42,36
		0,70
		0,89
		1,01
		0,35
		0,46

TOTAL DA FATURA

45.78

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DA									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUMIGAD.	ANTERIOR	ATUAL	LEITURA DATA	LEITURA DATA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MW)
21-11-12022	U100A16	4.297,44	4.347,44	2020-12-10	2021-01-04	144-5	1.000,00		66,00



MESSEGAGENS IMPORTANTES

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Esta conta poderá ser paga no crédito ou na data de vencimento da fatura correspondente ao período em que o pagamento de uma fatura anterior não foi pago. O cliente é responsável por todas as taxas e juros que forem gerados devido ao não pagamento de uma fatura anterior. Pago em dia só ganha 2% (dois e cinquenta centavos) de desconto sobre o valor da fatura devido. Pode ser feita a quitação de uma fatura anterior com o pagamento de uma nova fatura.

As consultas para o fornecimento (realização ANDES 4140010), tarifas, preços, serviços prestados e tributos são encaminhados à disponibilização, para consulta, em todas as unidades de atendimento e no site.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEIS DE TENSÃO	
JARDIM- PRIMAS	VALOR (S)	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
DIG	0,00	5,45	10,80	21,73	220	-20/+20
FIG	0,00	3,34	6,72	13,45		
FIMC	0,00	3,11	0,00	0,00		





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.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 e 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. 019977/01978 - carta 16 - INVALIDEZ

Carta n° 14080517



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 06/09/2019 14:58:11
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090614581135400000046983897>
Número do documento: 19090614581135400000046983897

Nº 48600062 - Pág. 1

ANEXO 2

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

by CamScanner



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 06/09/2019 14:58:12
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090614581196700000046984398>
 Número do documento: 19090614581196700000046984398

Num. 48600063 - Pág. 1



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 perícias.

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;



Assinado eletronicamente por: TANIA DE LIMA VILLACA - 27/02/2020 11:51:35
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022711513546500000051710024>
Número do documento: 20022711513546500000051710024

Num. 53645288 - Pág. 1

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 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 nº11.419/06)



Assinado eletronicamente por: TÂNIA DE LIMA VILLACA - 27/02/2020 11:51:35
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022711513546500000051710024>
Número do documento: 20022711513546500000051710024

Num. 53645288 - Pág. 2

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



Assinado eletronicamente por: ALCIMAR DA SILVA ARAUJO - 27/02/2020 14:53:28
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022714532839300000051777193>
Número do documento: 20022714532839300000051777193

Num. 53716951 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: ALCIMAR DA SILVA ARAUJO - 27/02/2020 14:53:28
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022714532865200000051777194>
Número do documento: 20022714532865200000051777194

Num. 53716952 - Pág. 1