

## QUESITOS PARA PERÍCIA

1. O(A) autor(a) é portador(a) de doença ou lesão? Em caso positivo indique a CID e o início da doença.

2. Se o quesito anterior for respondido positivamente, qual a causa da doença?

3. A doença ou lesão reduziu a capacidade laborativa do(a) autor(a)? Em que percentual?

4. A(O) autor(a) está incapacitado(a) de exercer alguma atividade laborativa? Quais?

5. A incapacidade do(a) autor(a) é definitiva para o exercício da atividade que antes exercia?





## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

**OUTORGANTE: CLEGITON VIEIRA DA SILVA**, brasileiro, solteiro, agricultor, RG nº 37.417.583 e CPF/MF nº 011.395.184-10, residente e domiciliada na rua Antonia Garapa, 25, centro, Severiano Melo/RN.

**OUTORGADO: FRANCISCO GETÚLIO DE OLIVEIRA ANDRADE**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN 5.128, com endereço profissional situado na rua Pedro Leopoldo, 04, Aeroporto – Mossoró-RN.

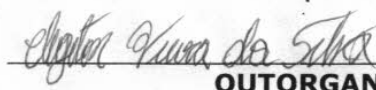
### PODERES:

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

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

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

Mossoró (RN), 8 de setembro de 2019.

  
**OUTORGANTE**

Rua Pedro Leopoldo, 04, Aeroporto – Mossoró/RN  
Fone (84) 3317-3956





**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTERIO DAS CIDADES**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO**  
**CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO**

**VALIDA**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
**1461701928**

**NOME**  
**CLEGITON VIEIRA DA SILVA**

**DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF**  
**37417583 SSP/SP**

**CPF**  
**011.395.184-10**

**DATA NASCIMENTO**  
**23/10/1980**

**FILIAÇÃO**  
**PEDRO VIEIRA NETO**

**MARIA EDILEUZA DA SILVA A VIEIRA**

**PERMISSÃO**  
**ACC**  
**CAT. HAB. AB**

**Nº REGISTRO**  
**04123198708**

**VALIDADE**  
**06/01/2022**

**1ª HABILITAÇÃO**  
**19/06/2007**

**OBSERVAÇÕES**  
**EAR**

**VALIDA**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
**1461701928**

**LOCAL**  
**SAO PAULO, SP**

**ASSINATURA DO PORTADOR**  
*Clegiton Vieira da Silva*

**DATA EMISSÃO**  
**15/07/2017**

**ASSINATURA DO EMISSOR**  
*Maxwell*  
**Maxwell Borges de Moura Vieira Diretor Presidente do Detran-SP**

**71895174469**  
**SP754559190**

**SÃO PAULO**

Scanned with CamScanner





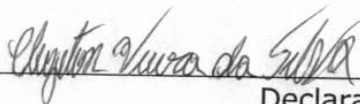
**Declaração de Residência**

Eu, **CLEGITON VIEIRA DA SILVA**, brasileiro, solteiro, agricultor, RG nº 37.417.583 e CPF/MF nº 011.395.184-10, residente e domiciliada na rua Antonia Garapa, 25, centro, Severiano Melo/RN.

Declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração para que surta seus efeitos legais.

Severiano Melo/RN, 8 de setembro de 2019.



Declarante





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

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  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
Ligações Gratuitas:  
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116  
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
-Ouvidoria 0800 084 0404  
Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte  
ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167  
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>DADOS DO CLIENTE</b><br>MARIA EDILEUZA DA SILVA VIEIRA<br>CPF: 020.983.654-70 | <b>DATA DE VENCIMENTO</b><br><b>16/12/2019</b><br>TOTAL A PAGAR (R\$)<br><b>0,00</b>                                 | <b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b><br>09/12/2019<br><b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b><br>09/12/2019<br><b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b><br>034152242<br>Série: U | <b>CONTA CONTRATO</b><br>000516973013<br><b>Nº DO CLIENTE</b><br>3000359388<br><b>Nº DA INSTALAÇÃO</b><br>0001498482 |
|  | <b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b><br>RUA ANTONIA GARAPA 25<br>CENTRO/AREA URBANA<br>59856-000 SEVERIANO MELO RN |  |  |
| <b>CLASSIFICAÇÃO</b><br>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL<br>Monofásico               |  |  |  |
| <b>RESERVADO AO FISCO</b><br>4142.3FEA.2E1D.BF8D.7DDD.2FFB.0F0D.E263             |  |  |  |

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br)

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

| DESCRIÇÃO                        | QUANTIDADE | PREÇO      | VALOR (R\$)  |
|----------------------------------|------------|------------|--------------|
| Consumo Ativo(kWh)               | 69,00      | 0,64678863 | 44,62        |
| Acréscimo Bandeira AMARELA       |            |            | 0,33         |
| Acréscimo Bandeira VERMELHA      |            |            | 2,63         |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal |            |            | 10,00        |
| <b>TOTAL DA FATURA</b>           |            |            | <b>57,58</b> |

| INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS |       |                  |                 |      |                  |                 |      |                  |
|-------------------------|-------|------------------|-----------------|------|------------------|-----------------|------|------------------|
| ICMS                    |       |                  | PIS             |      |                  | COFINS          |      |                  |
| BASE DE CÁLCULO         | %     | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | %    | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | %    | VALOR DO IMPOSTO |
| 47,58                   | 18,00 | 8,56             | 47,58           | 0,68 | 0,32             | 47,58           | 3,16 | 1,50             |

| Tarifas Aplicadas  |            | HISTÓRICO DO CONSUMO |    |
|--------------------|------------|----------------------|----|
| Consumo Ativo(kWh) | 0,50553000 | DEZ 19               | 69 |
|                    |            | NOV 19               | 46 |
|                    |            | OUT 19               | 61 |
|                    |            | SET 19               | 42 |
|                    |            | AGO 19               | 30 |
|                    |            | JUL 19               | 54 |
|                    |            | JUN 19               | 30 |
|                    |            | MAI 19               | 30 |
|                    |            | ABR 19               | 39 |
|                    |            | MAR 19               | 31 |
|                    |            | FEV 19               | 30 |
|                    |            | JAN 19               | 33 |
|                    |            | DEZ 18               | 30 |

| COMPOSIÇÃO DO CONSUMO |              |            |  |
|-----------------------|--------------|------------|--|
| Geração de Energia    | R\$ 17,78    | % 37,36    |  |
| Transmissão           | 1,86         | 3,91       |  |
| Distribuição (Cosern) | 11,70        | 24,59      |  |
| Encargos Setoriais    | 2,72         | 5,72       |  |
| Tributos              | 10,38        | 21,82      |  |
| Perdas de Energia     | 3,14         | 6,60       |  |
| <b>TOTAL</b>          | <b>47,58</b> | <b>100</b> |  |

| <b>DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL</b> |                |            |           |            |           |         |           |        |             | <b>DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES</b> |          |               |             |            |                     |
|---|----------------|------------|-----------|------------|-----------|---------|-----------|--------|-------------|--|----------|---------------|-------------|------------|---------------------|
| NÚMERO DO MEDIDOR                                 | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR   |           | ATUAL      |           | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh | DESCRIÇÃO                                    | CONJUNTO | VALOR APURADO | META MENSAL | META TRIM. | META ANUAL          |
|   |                | DATA       | LEITURA   | DATA       | LEITURA   |         |           |        |             |  |          |               |             |            |                     |
| E632928   | CAT            | 07/11/2019 | 13.970,00 | 09/12/2019 | 14.039,00 | 32      | 1,00000   | 0,00   | 69,00       | DIC-No.de horas sem Energia                  | 0,00     | 5,19          | 10,38       | 20,77      |                     |
|   |                |            |           |            |           |         |           |        |             | FIC-No.de vezes sem Energia                  | 0,00     | 3,30          | 6,60        | 13,20      |                     |
|   |                |            |           |            |           |         |           |        |             | DMIC-Duração máxima de interrupção contínua  | 0,00     | 2,94          | 0,00        | 0,00       |                     |
|   |                |            |           |            |           |         |           |        |             | DICRI-Duração de interrupção em dia crítico  |          |               |             |            | Limite DICRI: 12,22 |
|   |                |            |           |            |           |         |           |        |             | EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 17,57     |          |               |             |            |                     |

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 09/01/2020

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

| <b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b><br>Pague no ponto mais perto de você! casa do boi: av bevenuto holanda 110, centro / drogaria santa terezinha: rua castelo branco, 134, centro. Lista completa em <a href="http://www.cosern.com.br">www.cosern.com.br</a> .<br>O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.<br>Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a> .<br>O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.<br>Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.<br>O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. | <b>NÍVEIS DE TENSÃO</b><br><table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </table> <b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b> | TENSÃO NOMINAL(V) | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) |  |  | MÍNIMO | MÁXIMO | 220 | 202 | 231 |
|--|---|-------------------|-----------------------|--|--|--------|--------|-----|-----|-----|
| TENSÃO NOMINAL(V)  | LIMITE DE VARIAÇÃO(V)   |                   |                       |  |  |        |        |     |     |     |
|  | MÍNIMO  | MÁXIMO            |                       |  |  |        |        |     |     |     |
| 220  | 202   | 231               |                       |  |  |        |        |     |     |     |

DESTAQUE AQUI

|                                       |                           |                                   |                                 |  |
|---------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--|
| <b>CONTA CONTRATO</b><br>000516973013 | <b>MÊS/ANO</b><br>12/2019 | <b>TOTAL A PAGAR(R\$)</b><br>0,00 | <b>VENCIMENTO</b><br>16/12/2019 | <b>TALÃO DE PAGAMENTO</b><br>Evite dobrar, perfurar ou rasurar.<br>Este canhoto será usado em leitora ótica. |
|---------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--|

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA







**AVISO IMPORTANTE!**  
Utilizar a opção "TÍTULO" quando for pagar em  
terminais de Auto-Atendimento.

Comprovante do Cliente

Autenticação Mecânica

DESTAQUE AQUI

|                     | Vencimento<br>00/00/0000        | Agência/Cod.Cedente | Espécie<br>R\$            | Quantidade | Valor do Documento<br>0,00 | (-)Desconto/Abatimento |
|---------------------|---------------------------------|---------------------|---------------------------|------------|----------------------------|------------------------|
| (-) Outras deduções | (+) Mora/multa p/ dia de atraso |                     | (+) Outros acréscimos     |            | Ficha do Caixa             | Autenticação Mecânica  |
| Nosso Número        | Nº do Documento                 |                     | (=) Valor Cobrado<br>0.00 |            |                            |                        |

DESTAQUE AQUI

|                              |                 |                  |                      |                                     |   |
|------------------------------|-----------------|------------------|----------------------|-------------------------------------|---|
| Local de Pagamento           |                 |                  |                      |                                     | Vencimento<br>00/00/0000                    |
| PAGÁVEL NA REDE BANCÁRIA     |                 |                  |                      |                                     | Agência/Cod.Cedente                         |
| Cedente                      |                 |                  |                      |                                     | COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE |
| Data Documento<br>00/00/0000 | Nº do Documento | Espécie<br>Moeda | Aceite<br>Quantidade | Data do Processamento<br>00/00/0000 | Nosso Número                                |
| Uso Banco                    | Carteira        | R\$              |                      | Valor                               | (=) Valor do Documento<br>0,00              |
| Instruções                   |                 |                  |                      |                                     | (-) Desconto/Abatimento                     |
|                              |                 |                  |                      |                                     | (-) Outras Deduções                         |
|                              |                 |                  |                      |                                     | (+) Mora/Multa p/dia de atraso              |
|                              |                 |                  |                      |                                     | (+) Outros acréscimos                       |
|                              |                 |                  |                      |                                     | (=) Valor Cobrado<br>0,00                   |

Sacado

MARIA EDILEUZA DA SILVA VIEIRA  
020.983.654-70  
O PAGAMENTO DESTA NOTA FISCAL/FATURA  
DEVE SER FEITO SOMENTE EM ESPÉCIE

000516973013

Sacador/Avalista

Ficha do Caixa

Autenticação Mecânica





**DECLARAÇÃO DE POBREZA**

**CLEGITON VIEIRA DA SILVA**, brasileiro, solteiro, agricultor, RG nº 37.417.583 e CPF/MF nº 011.395.184-10, residente e domiciliada na rua Antonia Garapa, 25, centro, Severiano Melo/RN, declaro para os devidos fins que se fizerem necessário que sou pobre, nos termos do art. 5º, LXXII da Magna Carta, e art. 1º da lei 7.115/83, e que no momento não tenho condições de arcar com as despesas do processo e honorários advocatícios.

Severiano Melo-RN, 01 de julho de 2018.

  
**CLEGITON VIEIRA DA SILVA**  
declarante







**POLÍCIA MILITAR  
DO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

v. 2.0.0

☒ BO/PM ☐ TC/PM

**SUBTIPO DE OCORRÊNCIA**

☐ TRÂNSITO ☐ AMBIENTAL ☒ OUTROS

DATA DE ELABORAÇÃO:  
25/05/2018

CÓDIGO DA OPM:  
520012000

NÚMERO:  
201805250115304

**ORIGEM DA COMUNICAÇÃO**

Hora da Comunicação:  
**20:36:55**

Solicitante:  
**Anônimo**

Endereço Fornecido:  
**AVENIDA MARGINAL DO RIO PINHEIROS, 1000**

Município/Estado:  
**SAO PAULO / SP**

Telefone para contato:  
**11 953378789**

Forma de Solicitação:  
**VIA SIOPM**

Bairro:  
**MORUMBI**

Complemento:  
**Não Informado**

Ponto de Referência:  
**EM FRENTE A LEROY MERLIN/SENTIDO**

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Natureza da ocorrência:  
**ACIDENTE DE TRANSITO COM MOTO**

Data do fato:  
**25/05/2018**

Dia da Semana:  
**Sexta - Feira**

Logradouro (Av, rua, número, etc.):  
**AVENIDA MARGINAL DO RIO PINHEIROS PISTA**

Município:  
**SAO PAULO / SP**

Ponto de referência:  
**SAO PAULO**

Latitude: **0** Longitude: **0**

CTRF:  
**Não Informado**

Código ocorrência:  
**L12**

Unidade de Serviço:  
**T-02325**

Hora do Fato: **20:36:00** Hora Local: **21:13:00** Hora Final: **01:46:00**

Bairro:  
**MORUMBI**

Complemento (Andar, Apto, Bloco, Etc):  
**KM 13**

Outro local relacionado a ocorrência:  
**ENTRE PONTE OTAVIO F. DE OLIVEIRA E PONTE**

Documentos relacionados ao fato:

**CARACTERÍSTICAS DO LOCAL**

Local:  
**VIA**

Iluminação:  
**NOITE C/ LUZ ARTIFICI**

Ambiente:  
**Externo**

Complemento:  
**Não Informado**

Tempo:  
**Bom**

Preservado:  
**Não**

**ANEXOS**

| TIPO ANEXO   | QUANTIDADE ANEXO |
|--|------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS        | 2                |
| <input type="checkbox"/> REGISTRO DE APREENSÕES                        | 0                |
| <input checked="" type="checkbox"/> REGISTRO DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO | 1                |
| <input type="checkbox"/> REGISTRO DE OCORRÊNCIA AMBIENTAL              | 0                |
| <input checked="" type="checkbox"/> REGISTRO FOTOGRÁFICO               | 1                |
| <input type="checkbox"/> AUTO DE INFRAÇÃO AMBIENTAL                    | 0                |
| <input type="checkbox"/> REQUISIÇÃO DE EXAMES PERICIAIS                | 0                |
| <input type="checkbox"/> NOTIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIA (NOc)               | 0                |
| <input checked="" type="checkbox"/> RELATÓRIO DE AUTORIDADE POLICIAL   | 1                |
| <input type="checkbox"/> OUTROS  | 0                |
| <b>TOTAL DE ANEXOS</b>   |                  |
| <b>5</b>   |                  |

Scanned with CamScanner







**POLÍCIA MILITAR  
DO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS**

NÚMERO

201805250115304

**PESSOA FÍSICA**

Nº: 1 Condição: CONDUTOR Nome completo: JOSE CRISPIM SANTOS FILHO RG: 36433587 UF: SP

Nome social:  
Não informado

Pai:  
JOSE CRISPIM SANTOS

Mãe:  
ERENISIA PATRICIA DA SILVA

Sexo: MASCULINO  
Gênero: Não Informado

Apresenta deficiência:  
NÃO

Nacionalidade:  
BRASILEIRA

Naturalidade:  
ITAPETINGA

UF: BA Data de Nascimento: 27/05/1967

Cúpis (Pele): Parda Estado civil: CASADO

Profissão:  
ENCANADOR(A)

Outro DOC: CIC / CPF 41522095500 UF: SP

Endereço (av, rua, número, etc):

Complemento (andar, apto, bloco, etc):

RUA ARIGUGU, 550

AP 12B

Bairro:

Município:  
SAO PAULO

UF: SP CEP: 5844020

Telefone:  
11976836624

Email:  
Não Informado

Nível de instrução:  
Básico

CAT da CNH: B Número do registro: 05411514110

Validade do exame:  
30/11/2016

Socorrido para:  
Não informado

Socorrido por:  
Não informado

**FUNCIONAL**

Dados funcionais não cadastrados







**POLÍCIA MILITAR  
DO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**RELATÓRIO AUTORIDADE POLICIAL**

NÚMERO

Nº FL:

201805250115304

1/1

**DESCRIÇÃO**

VITIMA PERMANECEU SOB CUIDADOS MÉDICOS.  
DOCUMENTAÇÃO DO VEICULO E CONDUTOR EM ORDEM.  
NUMERO BILHETE DPVAT013431192822  
VEICULO ENTREGUE AO SR VALCÍDES PAULINO DE SOUSA, RG32753658 SEM CONDIÇÕES DE LOCOMOÇÃO.  
NÃO HOUE DANOS ESTRUTURAIS NO VEICULO.  
CONDUTOR QUALIFICADO E LIBERADO DO D.P.  
DOCUMENTAÇÃO DO VEICULO EM ORDEM E DOCUMENTAÇÃO DO CONDUTOR IRREGULAR, SENDO ELABORADO AIT.  
VEICULO ENTREGUE AO SR HERBERT GREGORY F. DE ALENCAR, REG :03800297852, CAT B E VAL.11-08-2020.  
NÃO HOUE DANOS ESTRUTURAIS NO VEICULO.  
DADOS E PARTE AO DP ONDE A AUTORIDADE DE PLANTÃO TOMOU CIÊNCIA DOS FATOS AGUARDANDO POSTERIOR COMPARECIMENTO DA VITIMA.

**LOCAIS INTERMEDIÁRIOS - 1**

Local: **PS OU HOSPITAL**

Data/ Hora Inicial: **25/05/2018 22:33**

Data/ Hora Final: **Não Informado**

**DESTINO DA OCORRÊNCIA**

Juizado Especial Criminal: **Não Informado**

Delegacia de Polícia: **Não Informado**

Delegado Compareceu ao Local:

**NÃO**

Número do BO/PC:

**Não Informado**

**AUTORIDADE POLICIAL-MILITAR**

RE: **153392**

Posto/Grad: **SD PM - 1C**

Nome de Guerra: **MARCELO**

Assinatura:

**AUTORIDADE POLICIAL-MILITAR FUNCIONALMENTE SUPERIOR**

RE: **941487**

Posto/Grad: **SD PM - 1C**

Nome de Guerra: **ALEXANDRE**

Assinatura:

**COMANDANTE/ OFICIAL RESPONSÁVEL**

Providências Complementares:

Despacho:

**\* O logradouro da ocorrência foi pelo local informado, sentido Interlagos.**

RE: **108366**

Posto/Grad: **CAP PM**

Nome de Guerra: **ANG**

Scanned with CamScanner





**POLÍCIA MILITAR  
DO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**REGISTRO DE OCORRÊNCIA  
DE TRÂNSITO**

☐ RODOVIÁRIO ☒ URBANO

NÚMERO:  
201805250115304

Nº  
1/5

**DADOS GERAIS**

Via: **URBANA**

Sentido da Via: **SUL**

Velocidade Max. Permitida: **90**

Concessionária: **OUTROS**

Tipo de Acidente: **COLISÃO LATERAL**

Número de Veículos Envolvidos:

Número de Passageiros

**2** Danificados **0** Sem Danos **0** Evadidos

**0** Mortos **0** Feridos **0** Ilesos

Número de Condutores:

Número de Pedestres:

**0** Mortos **1** Feridos **1** Ilesos

**0** Mortos **0** Feridos **0** Ilesos

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO LOCAL**

Via com Pista:

Faixas de Rolamento:

Mão de direção:

Traçado da Pista:

**MÚLTIPLA**

**5**

**ÚNICA**

**RETA**

Relevo da Pista:

Separação Física Central:

Defesa/Barreira:

**PLANO**

**NÃO**

**NÃO**

Tipo de Pavimento:

Condições da Pista:

Superfície da Pista:

**ASFALTO**

**BOA**

**SECA**

Obras de Arte:

Condições do(s) Acostamento(s):

Condições da(s) Calçadas:

**NÃO HÁ**

**NÃO HÁ**

Largura: **Não Informado**

**NÃO HÁ**

Largura: **Não Informado**

Obras na Pista:

Semáforo:

Fumaça:

**NÃO HÁ**

**INEXISTENTE**

**NÃO**

Sinalização Vertical

Sinalização Horizontal:

**BOA**

**BOA**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO QUALIFICADO-1**

Condição:  
**CONDUTOR**

Nome Completo:  
**JOSE CRISPIM SANTOS FILHO**

Uso de Cinto:  
**SIM**

Gravidade das Lesões:  
**ILESO**

Capacete:  
**Não Informado**

Posição no Veículo:  
**Não Informado**

Condições Adversas Alegadas:  
**NÃO HOUVE**

Infração(ões) Constatada(s): **NÃO**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO QUALIFICADO-2**

Condição:  
**CONDUTOR**

Nome Completo:  
**CLEGITON VIEIRA DA SILVA**

Uso de Cinto:  
**Não Informado**

Gravidade das Lesões:  
**GRAVE**

Capacete:  
**Não Informado**

Posição no Veículo:  
**Não Informado**

Condições Adversas Alegadas:  
**NÃO HOUVE**

Infração(ões) Constatada(s): **NÃO**

Scanned with CamScanner







**POLÍCIA MILITAR  
DO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS**

NÚMERO

201805250115304

Nº FL

4/4

**VERSÃO DA PESSOA QUALIFICADA**

DECLARA QUE TRANSITAVA PELA VIA QUANDO UM VEÍCULO CONDUZIDO POR UMA PESSOA DO SEXO FEMININO COLIDIU EM MEU VEÍCULO ME LANÇANDO SOBRE OUTRO VEÍCULO.

**ASSINATURA**

Pessoa qualificada:

Autoridade policial militar:

Scanned with CamScanner







**POLÍCIA MILITAR  
DO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**REGISTRO FOTOGRÁFICO**

NÚMERO  
201805250115304

Nº FL:  
1/2

**FOTOS DA OCORRÊNCIA**



(Foto Veículo) DXF7929 - FIAT/IDEA ELX FLEX



(Foto Veículo) DXF7929 - FIAT/IDEA ELX FLEX



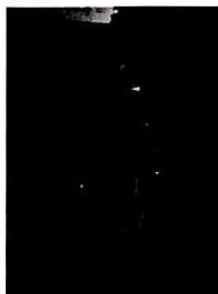
(Foto Veículo) FSP7590 - HONDA/CG 150 TITAN  
ESD



(Foto Veículo) FSP7590 - HONDA/CG 150 TITAN  
ESD



(Foto Veículo) DXF7929 - FIAT/IDEA ELX FLEX



(Foto Veículo) FSP7590 - HONDA/CG 150 TITAN  
ESD

Scanned with CamScanner







**POLÍCIA MILITAR  
DO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**REGISTRO FOTOGRÁFICO**

NÚMERO

201805250115304

Nº FL:

2/2



(Foto Veículo) DXF7929 - FIAT/IDEA ELX FLEX



(Foto Veículo) FSP7590 - HONDA/CG 150 TITAN ESD

**AUTORIDADE POLICIAL-MILITAR**

Data: 26/05/2018

RE: 153392

Posto/Grad: SD PM - 1C

Nome de Guerra: MARCELO

Assinatura:

*[Handwritten signature]*

Scanned with CamScanner





**POLÍCIA MILITAR  
DO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS**

NÚMERO

201805250115304

Nº FL:

2/4

**VERSÃO DA PESSOA QUALIFICADA**

DECLARA QUE TRANSITAVA PELA VIA QUANDO A MOTOCICLETA COLIDIU EM MEU VEICULO.

**ASSINATURA**

Pessoa qualificada:

*João*

Autoridade policial militar:

*mar*

Scanned with CamScanner







**POLÍCIA MILITAR  
DO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS**

NÚMERO

201805250115304

Nº FL

3/4

**PESSOA FÍSICA**

|                                     |                     |                          |  |                     |     |
|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|--|---------------------|-----|
| Nº:                                 | Condição:           | Nome completo:           | RG:                                    | UF:                 |     |
| 2                                   | VÍTIMA              | CLEGITON VIEIRA DA SILVA | 37417583                               | SP                  |     |
| Nome social:                        |                     | Pai:                     | Mãe:                                   |                     |     |
| Não informado                       |                     | PEDRO VIEIRA NETO        | MARIA EDILEUZA DA SILVA VIEIRA         |                     |     |
| Sexo:                               | Gênero              | Apresenta deficiência:   |  |                     |     |
| MASCULINO                           | Não Informado       | NÃO                      |  |                     |     |
| Nacionalidade                       | Naturalidade:       |                          | UF:                                    | Data de Nascimento: |     |
| BRASILEIRA                          | ITAU                |                          | RN                                     | 23/10/1980          |     |
| Cúlis (Pele):                       | Estado civil:       | Profissão:               | Outro DOC                              | Número              | UF: |
| BRANCA                              | SOLTEIRO            | PORTEIRO(A)              | CIC / CPF                              | 01139518410         | SP  |
| Endereço (av, rua, número, etc):    |                     |                          | Complemento (andar, apto, bloco, etc): |                     |     |
| RUA FRANCISCO XAVIER DE SALES, 1031 |                     |                          | BLOCO 22 B AP.2                        |                     |     |
| Bairro:                             |                     |                          | UF:                                    | CEP:                |     |
| CHACARA SANTANA                     |                     |                          | SP                                     | 5813250             |     |
| Telefone:                           | Email:              |                          |  |                     |     |
| 11977071477                         | Não Informado       |                          |  |                     |     |
| Nível de instrução:                 |                     |                          |  |                     |     |
| Básico                              |                     |                          |  |                     |     |
| CAT da CNH:                         | Número do registro: | Validade do exame:       |  |                     |     |
| AB                                  | 04123198708         | 06/01/2022               |  |                     |     |
| Socorrido para:                     |                     | Socorrido por:           |  |                     |     |
| HOSP. UNIVERSITÁRIO                 |                     | SAMU 980-8               |  |                     |     |

**FUNCIONAL**

Dados funcionais não cadastrados

Scanned with CamScanner





**POLÍCIA MILITAR  
DO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**REGISTRO DE OCORRÊNCIA  
DE TRÂNSITO**

☐ RODOVIÁRIO ☒ URBANO

NÚMERO:  
201805250115304

Nº  
2/5

**VEÍCULO - 1**

Cod. Renavan: **1012698154** Placa: **FSP7590** Município: **SAO PAULO** UF: **SP** Chassi: **9C2KC1650ER032979**  
Espécie/Tipo: **MOTOCICLO** Marca/Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ESD** Ano Fabricação: **2014** Categoria: **MOTOCICLETA** Cor Predominante: **VERMELHA**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO VEÍCULO - 1**

Nome do Proprietário: **CLEGITON VIEIRA DA SILVA**  
Tipo Carga: **SEM CARGA**  
Configuração da Carga: **Não Informado**  
Manobra do Veículo: **CIRCULANDO**  
Estado Geral do Veículo: **BOA** Estado dos Pneus: **BOA**  
Nº de Passageiros: **Não Informado**  
Estado das Luzes: **BOA** Estado das Luzes Trazelras: **BOA**  
Irregularidades: **NAO**  
Extensão da Marca de Frenagem em: **0**  
Infração(ões) Constatada(s): **NÃO**  
Danos no veículo: **SIM**  
Classificação de Danos: **PEQUENO**  
Objeto(s) no Interior do veículo: **NAO**  
Removido Para: **RESIDENCIA**  
Removido Por: **GUINCHO**  
Meio de Remoção: **GUINCHADO** Situação: **LIBERADO**

**CLASSIFICAÇÃO DE DANOS DO VEÍCULO - 1**

| Descrição do componente avariado |                                      | Avaliação                |                                     |                          |
|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Item                             | Nome da peça                         | SIM                      | NÃO                                 | NA                       |
| 1                                | GARFO DIANTEIRO                      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2                                | MESA SUPERIOR DA SUSPENSÃO DIANTEIRA | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3                                | MESA INFERIOR DA SUSPENSÃO DIANTEIRA | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4                                | COLUNA DE DIREÇÃO                    | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5                                | CHASSI                               | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6                                | GARFO TRASEIRO                       | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7                                | EIXO TRASEIRO (TRICICLOS)            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Classificação de danos           |                                      | PEQUENO                  |                                     |                          |

Observação:

**Não Informado**

Scanned with CamScanner







**POLÍCIA MILITAR  
DO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**REGISTRO DE OCORRÊNCIA  
DE TRÂNSITO**

☐ RODOVIÁRIO ☒ URBANO

NÚMERO:  
201805250115304

Nº  
3/5

**VEÍCULO - 2**

|                                   |  |                                |                              |                                     |
|-----------------------------------|--|--------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| Cod. Renavan:<br><b>925000221</b> | Placa:<br><b>DXF7929</b>                   | Município:<br><b>SAO PAULO</b> | UF:<br><b>SP</b>             | Chassi:<br><b>9BD13561372047119</b> |
| Espécie/Tipo:<br><b>AUTOMOVEL</b> | Marca/Modelo:<br><b>FIAT/IDEA ELX FLEX</b> | Ano Fabricação:<br><b>2007</b> | Categoria:<br><b>VEICULO</b> | Cor Predominante:<br><b>CINZA</b>   |

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO VEÍCULO - 2**

Nome do Proprietário: **JOSE CRISPIM SANTOS FILHO**

Tipo Carga:

**SEM CARGA**

Configuração da Carga:

**Não Informado**

Manobra do Veículo:

**CIRCULANDO**

Estado Geral do Veículo: Estado dos Pneus:

**BOA**

**BOA**

Nº de Passageiros:

**Não Informado**

Estado das Luzes

**BOA**

Estado das Luzes Trazeiras:

**BOA**

Irregularidades:

**NAO**

Extensão da Marca de Frenagem em

**0**

Infração(ões) Constatada(s):

**SIM**

AI(S) Nº:

**3881968**

Código(s):

**5045-0 DIRIGIR VEICULO COM VALIDADE DA CNH OU PPD VENCIDA HA MAIS DE 30 DIAS**

**6912-0 CONDUZIR VEICULO SEM OS DOCUMENTOS DE PORTE OBRIGATORIO REFERIDOS NO CTB**

Danos no veículo:

**SIM**

Classificação de Danos:

**PEQUENO**

Objeto(s) no Interior do veículo:

**NAO**

Removido Para:

**RESIDENCIA**

Removido Por:

**CONDUTOR**

Meio de Remoção:

**GUINCHADO**

Situação

**LIBERADO**





**CLASSIFICAÇÃO DE DANOS DO VEÍCULO - 2**

| Item                   | Nome da peça                           | Avaliação                |                                     |                          |
|------------------------|--|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|                        |  | SIM                      | NÃO                                 | NA                       |
| 1                      | PAINEL CORTA-FOGO                      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2                      | LONGARINA DIANTEIRA ESQUERDA           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3                      | CAIXA DE RODA DIANTEIRA ESQUERDA       | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4                      | ESTRUTURA DA SOLEIRA ESQUERDA          | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5                      | AIR BAGS FRONTAIS                      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6                      | AIR BAGS LATERAIS                      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7                      | ESTRUTURA DA COLUNA DIANTEIRA ESQUERDA | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8                      | ESTRUTURA DA COLUNA CENTRAL ESQUERDA   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9                      | ESTRUTURA DA COLUNA TRASEIRA ESQUERDA  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10                     | CAIXA DE RODA TRASEIRA ESQUERDA        | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11                     | ASSOALHO CENTRAL ESQUERDO              | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12                     | LONGARINA TRASEIRA ESQUERDA            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13                     | ASSOALHO PORTA-MALAS OU CAÇAMBA        | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14                     | LONGARINA TRASEIRA DIREITA             | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15                     | CAIXA DE RODA TRASEIRA DIREITA         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16                     | ESTRUTURA DA COLUNA TRASEIRA DIREITA   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17                     | ESTRUTURA DA SOLEIRA DIREITA           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18                     | ESTRUTURA DA COLUNA CENTRAL DIREITA    | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19                     | ESTRUTURA DA COLUNA DIANTEIRA DIREITA  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20                     | ASSOALHO CENTRAL DIREITO               | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21                     | CAIXA DE RODA DIANTEIRA DIREITA        | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22                     | LONGARINA DIANTEIRA DIREITA            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Classificação de danos |  | PEQUENO                  |                                     |                          |

Observação:

Não Informado







**POLÍCIA MILITAR  
DO  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**REGISTRO DE OCORRÊNCIA  
DE TRÂNSITO**

☐ RODOVIÁRIO ☒ URBANO

NÚMERO:  
201805250115304

Nº  
5/5

CROQUI

**VEÍCULOS ENVOLVIDOS**

| VEÍCULO 1                               | VEÍCULO 2                               | VEÍCULO 3                               |
|---|---|---|
|   |   |   |
| <input type="checkbox"/> PERICULOSIDADE | <input type="checkbox"/> PERICULOSIDADE | <input type="checkbox"/> PERICULOSIDADE |
| <input type="checkbox"/> MANEIO         | <input type="checkbox"/> MANEIO         | <input type="checkbox"/> MANEIO         |
| <input type="checkbox"/> VELOCIDADE     | <input type="checkbox"/> VELOCIDADE     | <input type="checkbox"/> VELOCIDADE     |

**LOCAL DO ACIDENTE**

*Inteligência*

*LOCAL PROIBIDIDO*

*maquina de escrever 13*

**PREENCHER EM LETRA DE FORMA**

**AUTORIDADE POLICIAL-MILITAR:**

Posto/Grad: SD PM - 1C

Assinatura: *[assinatura]*







HU - USP  
Sistema Paciente

# FICHA DE PRONTO SOCORRO

SENHA: F2012  
SILVA, CLEGITON VIEIRA DA

Loc. Atend.: CLAS Data: 09/06/2018 Hora: 10:16 Registrante

Arq.: \*HU\*

Nome Paciente: SILVA, CLEGITON VIEIRA DA

DN: 23/10/1980  
TIPO ARQ.: RH2248484

02248484 E



Atend.: 12849210



Dt nasc: 23/10/1980 Id: 37a,7m,1 S: M Cor: BRC EC: SOLTEIRO

Procedência: 118 - Fora da Comunidade - SANTO AMARO

Filiação: PEDRO VIEIRA NETO  
MARIA EDILEUZA DA SILVA VIEIRA

Cartão USP: CNS: 801440464546139 Telefone 97707-1477

Endereço: R FRANCISCO XAVIER DE SALES 1031  
CHACARA SANTANA - SAO PAULO - SP - 05830250

Motivo da procura: AVALIACAO

ATENDIMENTOS PS: ORT-04/06/2018 ORT-01/06/2018 CIR-25/05/2018

TRIAGEM

TRIAGEM MÉD.: [ ] MED [ ] CIR [ ] ORT [ ] PED CLASS. RISCO: [ ] BRANCO [ ] AZUL [ ] VERDE

Conduta: Orientação e encaminhamento para: [ ] UBS [ ] AMA [ ] Outros recursos SUS

[ ] Atendimento HU - PORTA 2 [ ] PORTA 2 - reavaliação pós-medicação [ ] PORTA 2 - checar exames

HD:

Assinatura e carimbo médico

ATENDIMENTO MÉDICO

Atendimento Clínica [ ] MED [ ] CIR [ ] ORT [ ] PED CLASS. RISCO: [ ] Amarelo [ ] Laranja [ ] Vermelho

QD / HMA: HORA INÍCIO ATENDIMENTO:

Caso de RCC a seguir planto

EF: P= T= FR= PA=

Rob,

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Tumor de uretêr

CONDUTA:

Plantado em Dr. Stöp que analisou o caso 298  
na reunião - por isso não há de imediato

DESTINO ALTA: UBS [ ] AMA [ ] Resid [ ] Transf [ ] Ambulat [ ]

Aluno/ Residente CRM discutido o caso com o(a) dr(a).

Concordo que este atendimento poderá ser realizado por alunos sob supervisão dos respectivos assistentes.

Assinatura do Paciente ou Responsável: Clegiton Vieira da Silva

NÃO LEVE ESTA FICHA PARA SUA RESIDÊNCIA. ELA É PARTE DO SEU PRONTUÁRIO MÉDICO.

Scanned with CamScanner







HU - USP  
Sistema Paciente

# FICHA DE PRONTO SOCORRO

SENHA: X1011

Loc. Atend.: ORT

Data: 11/06/2018

Hora: 10:06

Registrante: LEVI GONCALVES

Arq.: \*HU\*

Pront.: \*\*\*

Nome Paciente: SILVA, CLEGITON VIEIRA DA

Matric.: 0002248484-E

Dt nasc: 23/10/1980 Id: 37a,7m,1 S: M Cor: BRC EC: SOLTEIRO

Procedência: 118 - Fora da Comunidade - SANTO AMARO

Atend.: 12849691

Filiação: PEDRO VIEIRA NETO  
MARIA EDILEUZA DA SILVA VIEIRA

Cartão USP: CNS: 801440464546139

Telefone 97707-1477

Endereço: R FRANCISCO XAVIER DE SALES 1031  
CHACARA SANTANA - SAO PAULO - SP - 05830250

Motivo da procura: AVALIACAO GUIA EM ANEXO

ATENDIMENTOS PS: ORT-09/06/2018 ORT-04/06/2018 ORT-01/06/2018 CIR-25/05/2018

TRIAGEM

TRIAGEM MÉD.: [ ] MED [ ] CIR [ ] ORT [ ] PED CLASS. RISCO: [ ] BRANCO [ ] AZUL [ ] VERDE

Conduta: Orientação e encaminhamento para: [ ] UBS [ ] AMA [ ] Outros recursos SUS

[ ] Atendimento HU - PORTA 2 [ ] PORTA 2 - reavaliação pós-medicação [ ] PORTA 2 - checar exames

HD:

Assinatura e carimbo médico

ATENDIMENTO MÉDICO

Atendimento Clínica [ ] MED [ ] CIR [ ] ORT [ ] PED CLASS. RISCO: [ ] Amarelo [ ] Laranja [ ] Vermelho

QD / HMA:

HORA INÍCIO ATENDIMENTO:

Reavaliação de feridas de partes moles após debridamento 09/06.

EF: BEG, CHAAAE.

P=

T=

FR=

PA=

Feridas secas s/ sinais de secreção.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Ferida de partes moles pé direito.

Sau3

CONDUTA

Reav. 13/06. HA c/orientação.

DESTINO ALTA: UBS [ ] AMA [ ] Resid. Dr. Jorge Antonio de Souza

Transf [ ]

Ambulat [ ]

Aluno/ Residente CRM 182.818 discutido o caso com o(a) dr(a).

Concordo que este atendimento poderá ser realizado por alunos sob supervisão dos respectivos assistentes.

Assinatura do Paciente ou Responsável: *[Assinatura]*

NÃO LEVE ESTA FICHA PARA SUA RESIDÊNCIA. ELA É PARTE DO SEU PRONTUÁRIO MÉDICO.

Scanned with CamScanner







## DECLARAÇÃO

Eu, abaixo assinado: Regilton Vieira da Silva

(Paciente ou Responsável)

autorizo os senhores médicos do

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO** a

procederem a amputação

Pé direito

(esclarecer o órgão a ser amputado)

se assim julgarem necessário do paciente REGILTON VIEIRA DA

SILVA

registro

2248484

internado na

CLÍNICA

CLÍNICA

leito

620-21

São Paulo, 01 de Julho de 2018

### TESTEMUNHAS:

1. Amanda B. Gimenes

Amanda B. Gimenes  
Enfermeira  
COREN/SP 503.242

Regilton

(Paciente ou Responsável)

2. Benato Akira Iwashita  
Ortopedista  
CRM 120341-580712095

Benato Akira Iwashita  
Ortopedista  
CRM 120341-580712095  
MÉDICO (C.R.M.)

Regilton  
Enfermeira (COREN)

Enfermeira  
COREN - SP 53.300

av. professor lineu prestes, 2566 cidade universitária - são paulo-sp cep 05508-900 fone 3091.92.00







## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Parar de fumar é uma  
batalha diária.  
**Vença esta guerra!**

Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 – São Paulo – Capital – CEP 05508-900 – ☎ 3091-9200

### # ORTOPEDIA # 28 de maio de 2018

**Paciente (matrícula):** Clegilton Vieira da Silva – 37 anos (A1022746)

**Diagnóstico (DIH):** Descolante pé esquerdo sem fratura (26/05).

**Antecedentes Pessoais:** NEGA ANTECEDENTES / COMORBIDADES.  
NEGA SEGUIMENTO MEDICO.

**Mecanismo do Trauma (DATA):** Moto x Auto (25/05)

**Evolução:** Paciente sem queixas no momento. Controle algico adequado.

**Controles:** afebril, normocardico, normotenso

**Exame Físico:** Bom estado geral. Corado, hidratado, acianótico, anictérico, afebril, eupnéico.

Boa perfusão periférica, inclusive do hálux esquerdo, pulsos periféricos presentes e simétricos.

Sem sinais de Trombose Venosa Profunda ou síndrome compartimental.

Sem déficit neurológico ou motor aparente.

**Plano (Data):** Reavaliar diariamente partes moles e manter antibioticoterapia.

**Conduta:** Reavaliar diariamente partes moles e manter antibioticoterapia.

Dr. Jorge Antonio Basilio de Souza  
Medico  
CRM-SP 182.818







## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Parar de fumar é uma  
batalha diária.  
**Vença esta guerra!**

Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 – São Paulo – Capital – CEP 05508-900 – ☎ 3091-9200

**# ORTOPEDIA #** 29 de maio de 2018

**Paciente (matrícula):** Clegilton Vieira da Silva – 37 anos (A1022746)

**Diagnóstico (DIH):** Descolante pé esquerdo sem fratura (26/05).

**Antecedentes Pessoais:** **NEGA ANTECEDENTES / COMORBIDADES.**  
**NEGA SEGUIMENTO MEDICO.**

**Mecanismo do Trauma (DATA):** Moto x Auto (25/05)

**Evolução:** Paciente sem queixas no momento. Controle algíco adequado.

**Controles:** afebril, normocárdico, normotenso

**Exame Físico:** Bom estado geral. Corado, hidratado, acianótico, anictérico, afebril, eupnéico.

Boa perfusão periférica, inclusive do hálux esquerdo, pulsos periféricos presentes e simétricos.

Sem sinais de Trombose Venosa Profunda ou síndrome compartimental.

Sem déficit neurológico ou motor aparente.

**Plano (Data):** Reavaliar diariamente partes moles e manter antibioticoterapia.

**Conduta:** Reavaliar diariamente partes moles e manter antibioticoterapia.

Dr. Brian G. M.M. Coimbra  
Médico  
CRM-SP 102.750

Scanned with CamScanner







HU - USP

Sistema Paciente

## FICHA DE PRONTO SOCORRO

SENHA: 9999

SILVA, CLEGITON VIEIRA DA

Loc. Atend.: CIR

Data: 25/05/2018

Hora: 21:56

Registrant

DN: 23/10/1980

TIPO ARQ.: \*\*\*

Arq.: \*HU\*

Nome Paciente: SILVA, CLEGITON VIEIRA DA

02248484 E



Dt nasc: 23/10/1980 Id: 37a,7m,2 S: M Cor: BRC EC: IGNORADO

Procedência: 137 - Fora da Comunidade - OUTRAS CIDADES

Atend.: 12842644



Filiação: PEDRO VIEIRA NETO

MARIA EDILEUZA DA SILVA VIEIRA

Cartão USP:

CNS: 801440464546139

Telefone 9 52839 089 (Nelo)

Endereço:

R. Rinaldo de Handel, 165 - Bloco 22 Ap 23B - 10582-140

Motivo da procura: AVALIACAO CARRO X MOTO

TRIAGEM

TRIAGEM MÉD.: [ ] MED [ ] CIR [ ] ORT [ ] PED

CLASS. RISCO: [ ] BRANCO [ ] AZUL [ ] VERDE

Conduta: Orientação e encaminhamento para: [ ] UBS [ ] AMA [ ] Outros recursos SUS

[ ] Atendimento HU - PORTA 2 [ ] PORTA 2 - reavaliação pós-medicação [ ] PORTA 2 - checar exames

HD:

Assinatura e carimbo médico

ATENDIMENTO

Atendimento Clínica [ ] MED [ ] CIR [ ] ORT [ ] PED

CLASS. RISCO: [ ] Amarelo [ ] Laranja [ ] Vermelho

QD/HMA:

HORA INÍCIO ATENDIMENTO:

Paciente trazido pelo resgate em punção rígida e com ceder cervical. Vítima de acidente moto vs moto na margem a 110 km/h quando foi pego por um c. ro. Não perde de consciência ou vômitos. Não trauma em cabeça. Edema do pescoço e referem que o pescoço não perdeu ou perdeu nível de consciência. Repete gest. e não comorbidade - em uso de amepazol. Não alergias. Última refeição às 13 hrs.

EF:

T=

FR=

PA=

A: ceder cervical e punção rígida, punção

B: MVO bilateralmente, S+C2: 95%, expunção de punção

C: PA 130x80, abdome doloroso lateralmente à palpação (paciente não relaxa com o trauma), expunção de punção

D: ECG 15, nítido, sem desvio focal grosseiro

E: lesão em ombro esquerdo, dor em ombro esquerdo, dor em região lateral - não se abrandam em punção

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: lesão lombo sacra, dor em pé esquerdo - lesão crânio esterno, sinais de miopatia.

Tumor

CONDUTA:

Solicito exames de imagem

Dr. Leonardo E. Corti  
CRM 19.792  
CRM 19.792

593  
(1838)

DESTINO ALTA: UBS [ ] AMA [ ] Resid [ ] Intern [ ] Transf [ ] Ambulat [ ]

Aluno/ Gabriel Jo Residente CRM discutido o caso com o(a) dr(a).

Concordo que este atendimento poderá ser realizado por alunos sob supervisão dos respectivos assistentes.

Assinatura do Paciente ou Responsável: X

NÃO LEVE ESTA FICHA PARA SUA RESIDÊNCIA. ELA É PARTE DO SEU PRONTUÁRIO MÉDICO.

AUDITORIA HOSPITALAR

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO GETULIO DE OLIVEIRA ANDRADE - 08/01/2020 09:26:05

https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010809260405700000050353645

Número do documento: 20010809260405700000050353645

Num. 52192833 - Pág. 19



Revisão 26/05 00:50

- Checa exames solicitados: TC de crânio sem alterações; TC de coluna com fratura de processo transverso esquerdo de L4.

### # Análise Ortopédica #

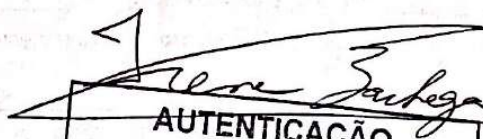
- Nos exames de imagem apresenta fr do processo transverso esquerdo de L4 e ausência de fraturas em região do pé esquerdo, tornozelo e perna.
- Ao exame físico apresenta déficit sensitivo do polegar e região medial plantar, além de lesões profundas em partes moles na região do médio-pé e antepé com exposição de estruturas profundas. Apresenta flexão dos dedos dos pés preservada.
- Discuto caso com Dr. Fabrício que orienta aproximação das bordas e realinhamento de partes moles + ATB (espis) + observação.

Dr. Jorge Antonio Bastos de Souza  
Médico  
CRM-SP 182.818

30/05 Ortopedia

Dimiteu a Dr. Al. Doni que analisou o ltr  
em ATB e relatou a cod 2 dos pontos de  
unidade e nervos.

CD: Orienta sobre unidade e unidades  
Alta em 15 dias

  
**AUTENTICAÇÃO**  
Declaro que a presente cópia (xerox) é produção  
autêntica do original, arquivado no S.A.M.E. deste  
Hospital, junto à documentação médica do(a) paciente.

CPF 135623218-70

Oscar Makoto Takayanagi  
Médico  
CRM-SP 180.989  
14/06/2020  
Trenha e chega  
Chefe da Seção de Estatística  
e Laudos  
Nº 2314287 - 11111111





**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTERIO DAS CIDADES**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO**  
**CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO**

**VALIDA**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
**1461701928**

**NOME**  
**CLEGITON VIEIRA DA SILVA**

**DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF**  
**37417583 SSP/SP**

**CPF**  
**011.395.184-10**

**DATA NASCIMENTO**  
**23/10/1980**

**FILIAÇÃO**  
**PEDRO VIEIRA NETO**

**MARIA EDILEUZA DA SILVA A VIEIRA**

**PERMISSÃO**  
**ACC**  
**CAT. HAB. AB**

**Nº REGISTRO**  
**04123198708**

**VALIDADE**  
**06/01/2022**

**1ª HABILITAÇÃO**  
**19/06/2007**

**OBSERVAÇÕES**  
**EAR**

**VALIDA**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
**1461701928**

**LOCAL**  
**SAO PAULO, SP**

**ASSINATURA DO PORTADOR**  
**Clegiton Vieira da Silva**

**DATA EMISSÃO**  
**15/07/2017**

**ASSINATURA DO EMISSOR**  
**Maxwell Borges de Moura Vieira Diretor Presidente do Detran-SP**

**71895174469**  
**SP754559190**


**SÃO PAULO**

Scanned with CamScanner





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



**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA • FATURA • NOTA FISCAL**

Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Mermoz, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.199/0001-81 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

MARIA EDILEUZA DA SILVA VIEIRA

CPF 020.983.654-70

**CLASSIFICAÇÃO**

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA ANTONIA GARAPA 25

CENTRO/ÁREA URBANA  
SEVERIANO MELO RN  
58856-000

**CONTAS ANTERIORES**

| Nº DA NOTA FISCAL | SÉRIE      | EMIÇÃO     |
|-------------------|------------|------------|
| 028682655         | 1155       | 06/09/2019 |
| 06/09/2019        | 3000359388 | 1498482    |

**CONTA CONTRATO**

| DATA DE INÍCIO DO CONTRATO | MÊS/ANO    |
|----------------------------|------------|
| 05/09/2013                 | 09/2019    |
| 13/09/2019                 | 08/10/2019 |

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

| DESCRIÇÃO                   | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$)  |
|-----------------------------|------------|-------------|--------------|
| Consumo Ativo(kWh)          | 42,0000000 | 0,53410459  | 22,43        |
| Acréscimo Bandeira VERMELHA |            |             | 1,77         |
| <b>TOTAL DA FATURA</b>      |            |             | <b>24,20</b> |

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | DATA ANTERIOR | LEITURA ANTERIOR | DATA ATUAL | LEITURA ATUAL | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (kWh) |
|---------------|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|------------|-----------|--------|---------------|
| E532926       | CAT            | 07/09/2019    | 13 821,00        | 06/09/2019 | 13 863,00     | 30         | 1,00000   |        | 42,00         |

**HISTÓRICO DE CONSUMO**

| Mês/Ano | kWh |
|---------|-----|
| SET 19  | 42  |
| AGO 19  | 30  |
| JUL 19  | 54  |
| JUN 19  | 30  |
| MAY 19  | 30  |
| ABR 19  | 39  |
| MAR 19  | 31  |
| FEV 19  | 30  |
| JAN 19  | 33  |
| DEZ 18  | 30  |
| NOV 18  | 33  |
| OUT 18  | 34  |
| SET 18  | 30  |

**INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS**

| BASE DE CÁLCULO | %     | VALOR DO IMPOSTO |
|-----------------|-------|------------------|
| ICMS            | 24,00 | 0,95             |
| PIS             | 24,00 | 4,40             |
| COFINS          |       | 0,22             |
|                 |       | 1,06             |

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

| Descrição                | R\$          | %           |
|--------------------------|--------------|-------------|
| Geração de Energia       | 11,54        | 47,89%      |
| Transmissão              | 1,09         | 4,50%       |
| Distribuição (Cosern)    | 6,86         | 28,35%      |
| Perdas de Energia        | 1,84         | 7,60%       |
| Energia Soterial         | 1,59         | 6,57%       |
| Tributos                 | 1,28         | 5,29%       |
| <b>TARIFAS APLICADAS</b> | <b>24,20</b> | <b>100%</b> |

**RESERVAÇÃO AO FISCO**

50FD 66D4 F0D0 773D F544.79DF 5CCB 408E

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Pague no ponto mais perto de você: casa do box e/ou venha pessoalmente 110, centro / drogaria Santa Ierezinha - rua Castelo Branco, 134, centro. Justa completa em www.cosern.com.br. O pagamento desta Nota Fiscal deve ser feito somente em espécie. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), juros 1% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no pré. mês, segundo do ICMS conforme Art. 14, do RICMS-RN. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo de tempo para os pedidos de atendimento comercial.

**DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES**

| CONJUNTO | VALOR APURADO | LIMITE MENSAL | LIMITE TRIMESTRAL | LIMITE ANUAL |
|----------|---------------|---------------|-------------------|--------------|
| DIS      | 0,00          | 5,18          | 10,38             | 20,77        |
| FIS      | 0,00          | 3,30          | 8,80              | 13,20        |
| DMH      | 0,00          | 2,84          | 0,00              | 0,00         |

**NÍVEL DE TENSÃO**

| TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) |        |
|--------------------|------------------------|--------|
|                    | MÍNIMO                 | MÁXIMO |
| 220                | 202                    | 231    |

Limite DIS: 12,22 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 10,69

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta, em nossas Unidades de Atendimento e no site [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br)

Scanned with CamScanner







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, 03 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180510887**

**Vítima: CLEGITON VIEIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 25/05/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUANA FAGUNDES DA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), CLEGITON VIEIRA DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 1.012,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 15%

% Invalidez Permanente DPVAT: (15% de 50%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

**Recebedor: CLEGITON VIEIRA DA SILVA**

**Valor: R\$ 1.012,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000004051**

**Conta: 00000106426-7**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





**VÍTIMA** CLEGITON VIEIRA DA SILVA  
**COBERTURA** Invalidez  
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**  
VITORAM - CORRETORA DE SEGUROS EIRELI - EPP  
**BENEFICIÁRIO** CLEGITON VIEIRA DA SILVA  
**CPF/CNPJ:** 01139518410

**Posição em 07-01-2020 10:58:10**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 16/11/2018        | R\$ 675,00           | R\$ 0,00         | R\$ 675,00   |
| 25/01/2019        | R\$ 1.012,50         | R\$ 0,00         | R\$ 1.012,50 |







**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**2ª Vara da Comarca de Apodi**  
BR 405, KM 76, Portal da Chapada, APODI - RN - CEP: 59700-000

Processo nº 0800038-39.2020.8.20.5112

**CHECKLIST INICIAL DE PROCESSO**

Em análise inicial do presente feito foram verificados os requisitos necessários abaixo descritos, com a informação "OK", não sendo identificada qualquer irregularidade:

- [ OK ] Documentos pessoais da parte autora;
- [ OK ] Comprovante de residência da parte autora;
- [ OK ] Instrumento procuratório em favor do(a) subscritor(a) da inicial;
- [ OK ] Assinatura do autor no instrumento procuratório;
- [ OK ] Endereço completo da parte requerida;
- [ OK ] Pagamento de custas processuais (FDJ e/ou FRMP) ou Pedido de Gratuidade Judiciária;
- [ OK ] Declaração de hipossuficiência ou outro documento hábil (em caso de Pedido de Gratuidade Judiciária);
- [ OK ] Valor da causa.

Apodi/RN, 9 de janeiro de 2020.

**MADSON VINICIUS FIGUEIREDO LOPES**  
Servidor







PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
**2ª Vara da Comarca de Apodi**  
BR 405, KM 76, Portal da Chapada, APODI - RN - CEP: 59700-000

Processo: 0800038-39.2020.8.20.5112

Ação: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: CLEGITON VIEIRA DA SILVA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

## **DESPACHO**

### **Vistos.**

Nos moldes do art. 321 do CPC, **intime-se** parte autora, por seu patrono, para, no prazo de 15 (quinze) dias, providenciar a emenda da inicial, **sob pena de indeferimento**, no sentido de **adequar o valor da causa**, considerando o recebimento da quantia na seara administrativa.

Cumpra-se.

Apodi/RN, 9 de janeiro de 2020.

*(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)*

**ANTONIO BORJA DE ALMEIDA JUNIOR**

Juiz(a) de Direito em Substituição Legal





**AO JUÍZO DA SEGUNDA VARA DA COMARCA DE APODI - ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE.**

**CLEGITON VIEIRA DA SILVA**, já devidamente qualificado nestes autos, através de seu advogado, vem a este Douto Juízo, esclarecer que os valores das causas em ações que se discutem o Seguro DPVAT, devem levar em consideração o valor máximo da indenização, qual seja R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

É que o perito, quando do momento da avaliação dos danos causados ao recorrente, deverá avaliar a incapacidade como um todo, e não apenas proporcionalmente à diferença da projeção do que já foi reconhecido na esfera administrativa.

E ainda, não obstante, é imperioso destacar que no caso de procedência da presente demanda, o que desde já se espera, não há qualquer mácula infligida pelo valor da causa, uma vez que será debatido os valores pagos na esfera administrativa.

Destarte, reitera todos os termos lançados na peça exordial.

Mossoró/RN, 10 de fevereiro de 2020.

**FRANCISCO GETÚLIO DE OLIVEIRA ANDRADE**

**OAB/RN 5.128**







PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
2ª Vara da Comarca de Apodi  
BR 405, KM 76, Portal da Chapada, APODI - RN - CEP: 59700-000

Processo: 0800038-39.2020.8.20.5112

Ação: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: CLEGITON VIEIRA DA SILVA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

#### **DESPACHO**

#### **Vistos.**

Trata-se de Ação ordinária para cobrança de seguro DPVAT.

**Considerando o conteúdo da petição de ID. 53197615, e em atenção à inevitável compensação com os valores pagos na esfera administrativa em caso de eventual condenação, corrijo, de ofício, o valor da causa apresentado, com fundamento no art. 292, §3º do Código de Processo Civil. Em razão disso, determino à Secretaria Judiciária que retifique o montante arbitrado no sistema, fazendo nele constar a diferença entre o valor máximo de indenização previsto em lei, e o valor pago na via administrativa, identificado em ID. 52192836.**

Defiro a gratuidade judiciária em favor da parte autora.

Da análise da inicial, verifica-se de logo a necessidade de prova pericial, motivo pelo qual as circunstâncias fático-jurídicas da lide inviabilizam a conciliação neste momento.

Demais disso, consigno que a Seguradora Líder adotou a política de não conciliar nas ações que discutem a cobrança e/ou diferenças do pagamento de indenizações do Seguro DPVAT, alegando a existência de fraudes, razão pela qual deixo de marcar audiência prévia de conciliação prevista no art. 334 do CPC, nada impedindo a designação posterior.

Dito isto, Cite-se a parte requerida para contestar no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial.





Havendo questões preliminares, reconvenção e/ou alegação de fatos impeditivos, modificativos ou extintivos do direito autoral, ouça-se a parte autora, no prazo de 15 (quinze) dias.

Em seguida, designe-se perícia técnica a ser realizada por profissional com especialidade de ortopedia/traumatologia, nos termos do Convênio nº 39/2018, fixando-se honorários no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), a serem pagos pela Seguradora Líder, no prazo de 15 (quinze) dias após realizada a perícia, contados da data da intimação, independente do resultado.

Oficie-se ao NUPEJ para indicar o profissional, remetendo-se os quesitos do Juízo e aqueles elaborados pelas partes, ou, alternativamente, inclua-se no Mutirão para realização de perícias do DPVAT, adotando-se a providência mais célere.

Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pela parte autora? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5- Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 9- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média(50%), leve (25%) ou residual(10% ou menos)?

Intimem-se as partes para indicarem assistente técnico e, querendo, apresentarem outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de quinze dias.

Designada a data, intimem-se pessoalmente as partes para se fazerem presentes, devendo os advogados serem intimados pelo DJe/PJe.

Apresentado o laudo, intimem-se os advogados das partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de quinze dias, expedindo-se imediatamente o Alvará para levantamento dos honorários periciais.

Após, retornem os autos conclusos, nos termos do art. 352 e 353 do CPC.

APODI/RN, 18 de fevereiro de 2020

**ANTONIO BORJA DE ALMEIDA JUNIOR**

Juiz de Direito em Substituição Legal

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)

