



Número: **0820304-36.2018.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **25/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCIVALDO DE LIMA SOUZA (AUTOR)		MANOEL MACHADO JUNIOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34179 857	25/10/2018 11:00	<a href="#">PROCURAÇÃO</a>	Procuração
34179 891	25/10/2018 11:00	<a href="#">DOCUMENTO PESSOAL</a>	Documento de Identificação
34179 953	25/10/2018 11:00	<a href="#">BOLETIM DE OCORRÊNCIA</a>	Documento de Comprovação
34179 991	25/10/2018 11:00	<a href="#">PRONTUARIO DE ATENDIMENTO</a>	Documento de Comprovação
34180 041	25/10/2018 11:00	<a href="#">DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA</a>	Documento de Comprovação
34180 243	25/10/2018 11:00	<a href="#">DOCUMENTO DE COMPROVAÇÃO</a>	Documento de Comprovação
34180 273	25/10/2018 11:00	<a href="#">DOCUMENTO DIVERSO</a>	Documento de Comprovação
34180 354	25/10/2018 11:00	<a href="#">EXTRATO</a>	Extrato Bancário
34180 651	25/10/2018 11:00	<a href="#">CARTA</a>	Documento de Comprovação
34182 333	29/10/2018 11:47	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
34507 683	06/11/2018 09:41	<a href="#">MANIFESTAÇÃO</a>	Petição
34507 695	06/11/2018 09:41	<a href="#">DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA E DE ENDEREÇO</a>	Documento de Comprovação
35567 542	17/12/2018 16:09	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

**PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE(S)**

**LUCIVALDO DE LIMA SOUZA**, brasileiro, casado, autônomo, portador do CPF/MF 026.478.384-02, residente e domiciliado a rua Camilo Porto Figueiredo, nº 14, Walfredo Gurgel, CEP 59628-300, Mossoró – RN (9 8722 1835).

**OUTORGADO(S)**

**MANOEL MACHADO JÚNIOR**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil - Seccional do Estado do Rio Grande do Norte (OAB/RN) sob o nº. 7359 integrante do escritório **MACHADO E MARCIEL ADVOGADOS ASSOCIADOS**, sociedade de advogados inscrita na OAB/RN sob o nº. 480, e no CNPJ/MF sob o nº 21631066000150, com sede na Rua Dr. Almeida Castro, nº 39, Centro, Mossoró – RN, CEP: 59.600-040, Mossoró – RN.

**PODERES:**

A quem concede amplos poderes para assistir a todo o deslinde de feitos de interesse do mandante, podendo representá-lo perante qualquer juízo, instância ou tribunal, com a cláusula “ad iudicia et extra”, especialmente para propor **TODA E QUALQUER AÇÃO**, conferindo-lhes ainda poderes especiais para, renunciar, recorrer e contra-arrazoar, fazer acordos, transigir, desistir, dar quitação, podendo ainda substabelecer total ou parcialmente, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

**PODERES ESPECIFICOS:**

A presente procuração outorga ao(s) Advogado(s) acima descrito(s), os poderes especiais para **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir à justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015.**

Mossoró/RN, 15 de outubro de 2018.

LUCIVALDO DE LIMA SOUZA

**OUTORGANTE**

Rua Dr. Almeida Castro, nº 39, Centro, Mossoró – RN  
Tel: (84) 3314-2500 e Cel: (84) 9411-3507  
Email: [manochado@uol.com.br](mailto:manochado@uol.com.br)





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR  
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

020281

Local RIO BRANCO / DA JARD MARCELINO Bairro CS. TM  
Cidade/UF MOSSORÓ P. Ref. CURAL VESTRIWARM  
Data 15/02/2017 Hora do acidente 20:00 Hora do registro 20:30 Dia da semana Quarta

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal  
☐ - Colisão Posterior

☐ - Colisão Lateral  
☐ - Colisão Transversal

☐ - Capotamento  
☐ - Choque



Placa ou Chassi MYU 0424 Cidade MOSSORÓ UF RN  
Marca/Mod. HONDA CG RITA Cor VERMELHA Ano 1998 / 199  
Proprietário LUCIVALDO DE LIMA SOUZA N° de Ocupantes 02  
Condutor LUCIVALDO DE LIMA SOUZA Data de Nasc. 22/09/1  
Endereço R. CAMILO PORTO DE FEVEREIRO N° 14 Fone 3312 1033  
Bairro WALFREDO GURGEL Cidade MOSSORÓ UF RN  
CPF N° 026.438.384-02 CNH N° 03836035268 Validade 25/04/2017 Categoria 1  
Local de Trabalho AV. N. M. D. Fone   
End.  N°  Bairro  Cidade

3 - VEICULO 02

Placa ou Chassi  Cidade  UF   
Marca/Mod.  Cor  Ano  /   
Proprietário  N° de Ocupantes   
Condutor  Data de Nasc.  /  /   
Endereço  N°  Fone   
Bairro  Cidade  UF   
CPF N°  CNH N°  Validade  /  /  Categoria   
Local de Trabalho  Fone   
End.  N°  Bairro  Cidade

4 -

Placa ou Chassi  Cidade  UF   
Marca/Mod.  Cor  Ano  /   
Proprietário  N° de Ocupantes   
Condutor  Data de Nasc.  /  /   
Endereço  N°  Fone   
Bairro  Cidade  UF   
CPF N°  CNH N°  Validade  /  /  Categoria   
Local de Trabalho  Fone   
End.  N°  Bairro  Cidade

5 - VEICULO 03

Placa ou Chassi  Cidade  UF   
Marca/Mod.  Cor  Ano  /   
Proprietário  N° de Ocupantes   
Condutor  Data de Nasc.  /  /   
Endereço  N°  Fone   
Bairro  Cidade  UF   
CPF N°  CNH N°  Validade  /  /  Categoria   
Local de Trabalho  Fone   
End.  N°  Bairro  Cidade

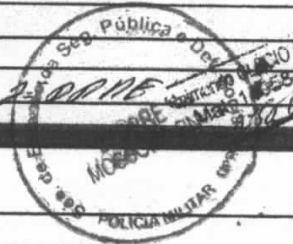
SS00000001 - Em que Rua/ Av. Transitava? Rua Dr. João Manoel de Sá

Em que sentido? Estado autárquico / central

- Em que faixa? Pinos 1TS

Versão do condutor: LISSA RUI TRANQUILIN, JA VIA CIDADIA E COM  
CEATO, AUMENTO NA CARGA RUI TRANQUILIN EJA SE  
TIO CONTINUO FEZ COM CONVERSAS A ESQUERDA DIDA-  
VESSANDO NA SUA FRENTE, RUI FOI AUMENTO NA RUI E HOUVE  
A POLICIA, COM O IMPACTO SOBRE VARIAS PESSOAS E FOI  
CONVENCIDO AO HOSPITAL PELA POLICIA.

Verses written on 22/02/2017 at 10:30 AM in 2009



**SUBREV22- Em que Rua/ Av. Transitava?**

**Em que sentido?**

**— Em que faixa?**

**Versão do condutor.**

**SOBRE V33 - Em que Rua/ Av. Transitava?**

### Em que sentido?

**— Em que faixa?**

**Versão do condutor**

**SUBREV44- Em que Rua/ Av. Transitava?**

**Em que sentido?**

**— Em que faixa?**

**Versão do condutor**

Vel. Máx. Perm. KM/h

2ª DUPE  
MOSCOW-RNN

Sec. de Estado da Seg. Pública e Def. Social

  
 ÁRVORE  
  
 VESTÍGIOS  
  
 SEMÁFORO  
  
 PEDESTRE  
  
 BICICLETA  
 OU MOTO  
  
 CARRO DE  
 PEQUENO PORTE  
  
 CAMINHÃO  
 OU ÔNIBUS  
  
 CARRETA

FRITO COM PRETO E TAPIOCA  
EITRUBLI


---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



de Nascimento da Seg. Pública e D. M. Social

### Assintura

### Assintura

Hora

**Assintura****Hora**

## Assintura

Hora

16 - IMAGENS / FOTOS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NAO	AUTUACAO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NAO	ATI N	COD/DESD
----------------------	------------------------------	------------------------------	----------	------------------------------	------------------------------	-------	----------

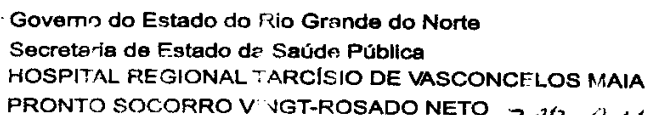
3. AO CASAR NO LOCAL DA OC O VEHICULO SE ENCONTRAVA NO LUGAR DE EMPACAO E REPOSICAO

2: 0 CO-DITOR FOR CO-ORDINATOR PARA O NRTM PELA SAMU

3- U melnu rādītāju kontroli ne da puse

42 Foi liberado o veículo para família e diretores para o mesmo veículo ativos w-ti w-2, vem até o DPR-PI verem.

Assinatura do Agente de Trânsito



2590.749

Nome: LUCILIA DE LIMA SOUSA D. N. 22/9/2 Idade: 31  
Profissão: \_\_\_\_\_ Cartão SUS n° \_\_\_\_\_  
Endereço: Rua: JOSEFINA VINET ROSSO N° 40 Bairro: ATAÍDE NOBRE  
Cidade: NOVO AURORA U.F. GO Fone: \_\_\_\_\_  
Filiação: Mãe: FRANCISCA ROSA DE SOUZA Pai: LUIS ALBERTO DE LIMA

**A.C.C.R.:**

Tawito Chhues a: colchon vento-concho  
 mupon pinda de mupon de mupon de mupon de mupon  
 Chhues en mupon de mupon

120190

- A: deux axes potentiels, deux slots  
B: MUB, mUB u 3 RP te: 101ms  
C: RCR-2T, BMT, 5120m deux axes X-axis te: 1004ms  
E: de potentiels avec MSPC plus 2 pour (E)  
P: deux axes, deux axes pour (P)

SAME/ARQUIVO

Продолжение



#### 4 - CONDUTA MÉDICA

Data: 11/02/2014

Hora: 20:00

- 1) DR. de torção, relaxar, massagem e pomada.
- 2) US de abdome.
- 3) Rast. e Apg 6
- 4) Acolher o paciente.

*[Handwritten signature]*

2) osteopatia por causa de dor na parte lateral, lombalgia na parte dos músculos max e lombares / na do pescoço / que o paciente com MIE não conseguia fazer, também a manobra do MIE, autorizando sedação, referiu que não precisava mais fazer cirurgia quando chegou a hora de ir para o PC.

Relatar, explicar com linguagem simples o que foi feito e o que será feito em 15.

*[Handwritten signature]*

#### 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO	VIA	ENF	RMAGEM
			HORÁRIO	ASSINATURA
	1) Fito oral zero			
	2) Fito - 200mg			
	3) Dipirona - 200mg + 200mg, IV, 6h		20:50	
	4) Ureteral - 200mg, IV, 12h		20:45	
	5) + 200mg de 200mg + 100mg de 200mg, IV, 12h		20:50	
	6) Fito oral zero			
	7) SAT - 500mg, IV, 12h			
	8) Ureteral - 200mg			

*[Handwritten signature]*

HOSPITAL REGIONAL TARCISÓPOLIS  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 17/02/2014  
SAME/ARQUIVO

#### 6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S)

#### 7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

( ) ALTA DO PRONTO SOCORRO ( ) INTERVENÇÃO HOSPITALAR ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) OUTROS (descrever)

Observações:

*Intermittente*

*[Handwritten signature]*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 6756 TEOT 1421


Data:

/ /

Hora:

:

Identificação: Médica

		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b>	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: <b>H. R. T. M.</b>		2 - CNES:	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:		4 - Códigos:	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE: <b>Adriano de Souza</b>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO:	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <b>7080018176013199</b>		8 - DATA DE NASCIMENTO: <b>22/09/1977</b>	
9 - SEXO: <b>M</b>		10 - RAÇA/COR:	
11 - NOME DA MÃE: <b>Adriana de Souza</b>		12 - TELEFONE DE CONTATO:	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL:		14 - TELEFONE DE CONTATO:	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): <b>R. Joaquim José R. M. 40</b>		16 - CEP:	
17 - Cód. de Residência:		18 - UF:	
19 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:		20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:	
<p><i>Adriano de Souza</i></p>			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:			
<p><i>Aspiração de conteúdo gástrico</i></p>			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):			
<p><i>Normal</i></p>			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL:			
<p><i>Aspiração de conteúdo gástrico</i></p>			
24 - CID 10 PRIM:			
25 - CID 10 SECUNDÁRIO:			
26 - Cód. de Causas Associadas:			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:			
<p><i>Aspiração de conteúdo gástrico</i></p>			
28 - Código do Procedimento:			
29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:			
31 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:			
32 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:			
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:			
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO:			
35 - ASSINATURA E C. R. (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):			
36 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			
37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			
38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			
39 - CNPJ DA SEGURADORA:			
40 - Nº DO BILHETE:			
41 - SÉRIE:			
42 - CNPJ IMPRESSA:			
43 - CNPJ DA EMPR. A:			
44 - CBOA:			
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA:			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR:			
48 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			
51 - ASSINATURA E C. R. (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):			
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:			
53 - Nº DO BILHETE:			
54 - SÉRIE:			
55 - CNPJ IMPRESSA:			
56 - CNPJ DA EMPR. A:			
57 - CBOA:			
58 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA:			
59 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
60 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
61 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
62 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			
63 - ASSINATURA E C. R. (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):			
64 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:			
65 - Nº DO BILHETE:			
66 - SÉRIE:			
67 - CNPJ IMPRESSA:			
68 - CNPJ DA EMPR. A:			
69 - CBOA:			
70 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA:			
71 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
72 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
73 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
74 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			
75 - ASSINATURA E C. R. (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):			
76 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:			
77 - Nº DO BILHETE:			
78 - SÉRIE:			
79 - CNPJ IMPRESSA:			
80 - CNPJ DA EMPR. A:			
81 - CBOA:			
82 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA:			
83 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
84 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
85 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
86 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			
87 - ASSINATURA E C. R. (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):			
88 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:			
89 - Nº DO BILHETE:			
90 - SÉRIE:			
91 - CNPJ IMPRESSA:			
92 - CNPJ DA EMPR. A:			
93 - CBOA:			
94 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA:			
95 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
96 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
97 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
98 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			
99 - ASSINATURA E C. R. (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):			
100 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:			
101 - Nº DO BILHETE:			
102 - SÉRIE:			
103 - CNPJ IMPRESSA:			
104 - CNPJ DA EMPR. A:			
105 - CBOA:			
106 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA:			
107 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
108 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
109 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
110 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			
111 - ASSINATURA E C. R. (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):			
112 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:			
113 - Nº DO BILHETE:			
114 - SÉRIE:			
115 - CNPJ IMPRESSA:			
116 - CNPJ DA EMPR. A:			
117 - CBOA:			
118 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA:			
119 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
120 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
121 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
122 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			
123 - ASSINATURA E C. R. (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):			
124 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:			
125 - Nº DO BILHETE:			
126 - SÉRIE:			
127 - CNPJ IMPRESSA:			
128 - CNPJ DA EMPR. A:			
129 - CBOA:			
130 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA:			
131 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
132 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
133 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
134 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			
135 - ASSINATURA E C. R. (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):			
136 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:			
137 - Nº DO BILHETE:			
138 - SÉRIE:			
139 - CNPJ IMPRESSA:			
140 - CNPJ DA EMPR. A:			
141 - CBOA:			
142 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA:			
143 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
144 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
145 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
146 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			
147 - ASSINATURA E C. R. (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):			
148 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:			
149 - Nº DO BILHETE:			
150 - SÉRIE:			
151 - CNPJ IMPRESSA:			
152 - CNPJ DA EMPR. A:			
153 - CBOA:			
154 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA:			
155 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
156 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
157 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
158 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			
159 - ASSINATURA E C. R. (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):			
160 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:			
161 - Nº DO BILHETE:			
162 - SÉRIE:			
163 - CNPJ IMPRESSA:			
164 - CNPJ DA EMPR. A:			
165 - CBOA:			
166 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA:			
167 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
168 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
169 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
170 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			
171 - ASSINATURA E C. R. (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):			
172 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:			
173 - Nº DO BILHETE:			
174 - SÉRIE:			
175 - CNPJ IMPRESSA:			
176 - CNPJ DA EMPR. A:			
177 - CBOA:			
178 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA:			
179 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
180 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
181 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
182 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			
183 - ASSINATURA E C. R. (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):			
184 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:			
185 - Nº DO BILHETE:			
186 - SÉRIE:			
187 - CNPJ IMPRESSA:			
188 - CNPJ DA EMPR. A:			
189 - CBOA:			
190 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA:			
191 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
192 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
193 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
194 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			
195 - ASSINATURA E C. R. (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):			
196 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:			
197 - Nº DO BILHETE:			
198 - SÉRIE:			
199 - CNPJ IMPRESSA:			
200 - CNPJ DA EMPR. A:			
201 - CBOA:			
202 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA:			
203 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
204 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
205 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
206 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			
207 - ASSINATURA E C. R. (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):			
208 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:			
209 - Nº DO BILHETE:			
210 - SÉRIE:			
211 - CNPJ IMPRESSA:			
212 - CNPJ DA EMPR. A:			
213 - CBOA:			
214 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA:			
215 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
216 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
217 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
218 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			
219 - ASSINATURA E C. R. (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):			
220 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:			
221 - Nº DO BILHETE:			
222 - SÉRIE:			
223 - CNPJ IMPRESSA:			
224 - CNPJ DA EMPR. A:			
225 - CBOA:			
226 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA:			
227 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
228 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
229 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
230 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			
231 - ASSINATURA E C. R. (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):			
232 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:			
233 - Nº DO BILHETE:			
234 - SÉRIE:			
235 - CNPJ IMPRESSA:			
236 - CNPJ DA EMPR. A:			
237 - CBOA:			
238 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA:			
239 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
240 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
241 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
242 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			
243 - ASSINATURA E C. R. (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):			
244 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:			
245 - Nº DO BILHETE:			
246 - SÉRIE:			
247 - CNPJ IMPRESSA:			
248 - CNPJ DA EMPR. A:			
249 - CBOA:			
250 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA:			
251 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
252 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
253 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
254 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			
255 - ASSINATURA E C. R. (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):			
256 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:			
257 - Nº DO BILHETE:			
258 - SÉRIE:			
259 - CNPJ IMPRESSA:			
260 - CNPJ DA EMPR. A:			
261 - CBOA:			
262 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA:			
263 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
264 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
265 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
266 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			
267 - ASSINATURA E C. R. (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):			
268 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:			
269 - Nº DO BILHETE:			
270 - SÉRIE:			
271 - CNPJ IMPRESSA:			
272 - CNPJ DA EMPR. A:			
273 - CBOA:			
274 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA:			
275 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
276 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
277 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
278 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			
279 - ASSINATURA E C. R. (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):			
280 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:			
281 - Nº DO BILHETE:			
282 - SÉRIE:			
283 - CNPJ IMPRESSA:			
284 - CNPJ DA EMPR. A:			
285 - CBOA:			
286 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA:			
287 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
288 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
289 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
290 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			
291 - ASSINATURA E C. R. (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):			
292 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:			
293 - Nº DO BILHETE:			
294 - SÉRIE:			
295 - CNPJ IMPRESSA:			
296 - CNPJ DA EMPR. A:			
297 - CBOA:			
298 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA:			
299 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
300 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
301 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
302 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			
303 - ASSINATURA E C. R. (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):			
304 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:			
305 - Nº DO BILHETE:			
306 - SÉRIE:			
307 - CNPJ IMPRESSA:			
308 - CNPJ DA EMPR. A:			
309 - CBOA:			
310 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA:			
311 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
312 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
313 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
314 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			
315 - ASSINATURA E C. R. (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):			
316 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:			
317 - Nº DO BILHETE:			
318 - SÉRIE:			
319 - CNPJ IMPRESSA:			
320 - CNPJ DA EMPR. A:			
321 - CBOA:			
322 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA:			
323 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
324 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
325 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
326 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			
327 - ASSINATURA E C. R. (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):			
328 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:			
329 - Nº DO BILHETE:			
330 - SÉRIE:			
331 - CNPJ IMPRESSA:			
332 - CNPJ DA EMPR. A:			
333 - CBOA:			
334 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA:			
335 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
336 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
337 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
338 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:			
339 - ASSINATURA E C. R. (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):			
340 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:       </			





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CIP

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CIP

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

LUCIVALDO LIMA SOUSA

6 - Nº PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO  
DDD Nº TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO  
DDD Nº TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DR. E DEFERUIDADE NO PUNTO  
HISTÓRIA DE TRAUMA  
RADIOG: LESÃO 30 RADIO APICAL C/  
LUXAÇÃO RADIO-CARPO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRAT. CIRURGICO DE URGENCIA

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

RADIOGRAFIAS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FR - LV. DO PUNTO D

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRAT - CIR

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

TR - ORT

30 - CARÁTER DA INTERVENÇÃO

URG.

31 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

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

2791-121151-01914-191

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

João Firmino do Amaral

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16/02/2017

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

João Firmino do Amaral

36 - REEN: HEREMC SO DE CAUSAS EXTERNAS ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DO SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ E PRESTA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

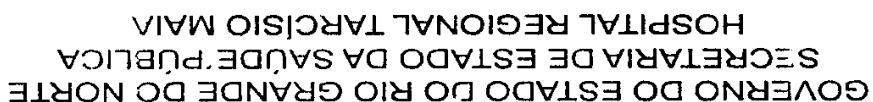
( ) CNS ( ) CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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





NOME	SERVIÇO:
IDADE	ENF:
Nº REG:	LEITO

104DE  
ENF:

Nº REG: \_\_\_\_\_  
LEITO \_\_\_\_\_

off weeks / 5.7.2020

Ref. No. : 1225 of 1050245

Further down ⑤ (Horse)

Page 6 No. 51

File - Joe Wolf 1/17/2007 08:00:00

(Auftrag Nr. 6. (10))

Ref: Adh Co Account & Sol Ar: 1/11

③ Joint venture of Indian firms

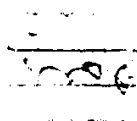
the first is the system for the first

of Town Dept. work as per attached

«Auf dem

Kallisto 6000  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CORNEN 6755 1801-1







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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome LUCIVALDO LIMA SOUSA Reg N° \_\_\_\_\_

Diagnóstico pré-operatório: FRAT - LUXAÇÃO DO PUNHO D.

Indicação terapêutica: TRAT - CIR.

qui 16.02.2017

INTERVENÇÃO

Início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

Operador: JOÃO

1° Auxiliar: VICENTE

2° Auxiliar: \_\_\_\_\_

3° Auxiliar: \_\_\_\_\_

Instrumentador: — JANDYRA — ENF. BILIANA

Anestesista: JULIELISSON

INTERVENÇÃO

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

☒ Limpa ☐ Pot. Contaminada ☐ Contaminada ☐ Infectada

1- PACIENTE EM DD SOB ANESTESIA

2- ASSEPSIA E ANESSEPSIA

3- RED. VALERO DA FRATURA

4- FIXAÇÃO C/ 2 FIOS K S/ CONTROLE

DIRETO - RADIOSCÓPIO INATIVA

5- CUBERTURA DAS FERIDAS

6- LG TALH





## EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: MICHAEL DO LIMA SOUSA Leito: \_\_\_\_\_

DATA	EVOLUÇÃO
plu LG 02	= FR - Lx ponto D.
20 LG	
	= VISTO RADIOLOG.
DT	= Bort EVOLUÇÃO
PO IMED:	

João F. ... 2517

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
1-	DRETA - LIVRE			
2-	D-CL. SIDA 75 - /MP	IM		
3-	DIFERONAL 1g - C-CAH	EV		
4-	ASSIST. MULTIP.			
	X			[Signature]
	BOM EVOLUÇÃO			
	MELHORADO			
	ALTA HOSPITALAR			
	X			[Signature]





**SAMU  
MOSSORÓ  
192**

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

**DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 100**

Mossoró 22 Fevereiro de 2017

Em resposta a solicitação do (a) Sr. (a) **LUCIVALDO DE LIMA SOUZA,**

**RG 001.462.138** passo a informar o que consta em nosso registro.

**Identificação da ocorrência: 45**

**Nome do Paciente: LUCIVALDO DE LIMA SOUZA, 39 anos.**

**Data: 15/02/2017**

**Local da ocorrência:** Rua: João Marcelino.

**Viatura:** USB – Unidade de Suporte Básico 01.

**Hora do Chamado:** 20h 15min.

**Natureza da Ocorrência:** Colisão de moto x carro.

**Procedimento no Local:** Paciente socorrido de acordo os protocolos SAMU, encaminhado para o Hospital Regional Tarcísio Maia, conforme regulação médica.

**Silvania do Monte Santiago**

Agente administrativo SAMU/Mossoró

Dr. Dixon Fradik M. Lima  
Clínico Geral / Cardiologia  
CRM 9997

**Dixon Fradik Medeiros de Lima**  
Matrícula 405418-2  
Diretor do SAMU/ Mossoró

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





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

ATESTADO MÉDICO

Atesto PARA FINS  
DE PERÍCIA MÉDICA  
QUE LUCIVALDO DE  
LIMA SOUSA É  
PORTADOR DE  
SEQUELA DE  
FRATURAS COM  
DEFICIT FUNCIONAL.

CID S52.5 - T92.2

Nossoro, 11-05-2017

Assinado eletronicamente  
em 11/05/2017

Assinado eletronicamente  
em 11/05/2017



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

HERNANDEZ DE LIMA SOUSA

o ENCAMINHADO P/  
ASSISTÊNCIA EM  
FISIOTERAPIA.

INDICADO

= REABILITAÇÃO  
FUNCIONAL P/  
O PUNHO DIREITO

DIAG

= FRATURA DO  
PUNHO DIREITO  
(SS2)

30-03-2017

João Francisco da S. Maia  
C.R.M. nº 2.517

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
11/10/2018 - Autoatendimento - 16:19:39  
836070980 0720

EXTRATO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA  
EXTRATO DE POUPANCA OURO/POUPEX

AGENCIA: 4391-5  
CONTA: 33.744-7  
VARIACAO: 51  
CLIENTE: LUCIVALDO DE LIMA SOUZA

DATA	DT.BS	HISTORICO	VALOR
3006		Junho/2017- Saldo ant.	
		Julho/2017-	461,54 C
0407	05	REAJ.MON. BC	
0407	05	JUROS	0,26 C
0707	05	SAQUE	1,75 C
1707	17	Recebimentos Di	200,00 D
2107	22	REAJ.MON. BC	1.687,50 C
2107	22	JUROS	0,01 C
3107	01	REAJ.MON. BC	0,05 C
3107	01	JUROS	0,06 C
		DISPONIVEL	0,51 C
		VLR. BLOQUEADO	0,00 C
		SALDO TOTAL	0,00 D
			1.951,68 C

MENSAGENS DIVERSAS

SELIC igual/menor que 8,5% A.A.: TR+70% DA SELIC  
SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.  
Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informações.

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2017

Carta nº: 11056668

A/C: LUCIVALDO DE LIMA SOUZA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170284366 ASL-0200008/17  
Vitima: LUCIVALDO DE LIMA SOUZA  
Data Acidente: 15/02/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:



Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.



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

Processo: 0820304-36.2018.8.20.5106

Ação: PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: LUCIVALDO DE LIMA SOUZA

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

#### **DESPACHO**

INTIME-SE a parte autora para, no prazo de **15 (quinze) dias**, emendar a exordial, juntando aos autos comprovante de rendimentos e comprovante de residência, **sob pena de extinção**.

P.I.

MOSSORÓ/RN, 25 de outubro de 2018

**DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE**

**Juiz(a) de Direito**

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

**COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA EM PDF A SEGUIR EM ANEXO.**



---

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

**Eu, LUCIVALDO LIMA DE SOUZA** brasileiro, casado, portadora do CPF/MF sob o nº 026.478.384-02, residente e domiciliada na Rua Camilo Porto Figueredo, nº 14, Walfredo Gurgel, CEP: 59.628-300, Mossoró – RN, declaro que, em função da minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV da Constituição da República e da lei nº 1.060/50.

Mossoró 05 de novembro de 2018

LUCIVALDO DE LIMA SOUZA

**LUCIVALDO LIMA DE SOUZA**

**Declarante**

---

Rua Dr. Almeida Castro, nº 39, Centro, Mossoró – RN  
Tel: (84) 3314:2500 e Cel: (84) 9 8751-2070  
Email:




PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
Unidade de Saúde Vereador Durval Costa  
Rua Ralph Soppo, s/n, Conjunto Walfredo Gurgel, Alto de São Manoel, Mossoró/RN.  
Fone: (84) 3315-4873

### DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

ORIGEM: U.B.S. VEREADOR DURVAL COSTA

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários que o  
senhor(a) Maurovaldo Lima de Sousa  
reside na Rua: Camilo Porto de Figueiredo Nº 14  
bairro: Alto S. Manoel - W. Gurgel CEP: 59628-300 sendo cadastrada na  
Área 146, Prontuário: 064, Agente de Saúde: Elida.

Mossoró, 05 de Novembro de 2018.

  
Emmanuele Cinthia da C. e Silva  
GERENTE  
UBS Vereador Costa  
Emmanuele Cinthia da C. e Silva  
Gerente



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

[Seguro obrigatório - DPVAT]

PROCESSO Nº 0820304-36.2018.8.20.5106

### DESPACHO

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

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15(quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 15 dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida(CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo sucessivo de 30 (trinta) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz(CPC, art. 178, II), dê-vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05 (cinco) dias.

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

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 17 de dezembro de 2018.

**DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE**

**Juíza de Direito**