



Número: **0818660-58.2018.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **10/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 27.237,04**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LIGIA GOMES PINTO FRANCA (AUTOR)		ABEL ICARO MOURA MAIA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32454 670	26/09/2018 18:11	01 - PROCURAÇÃO	Procuração
32454 677	26/09/2018 18:11	02 - DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA	Documento de Comprovação
32454 684	26/09/2018 18:11	03 - DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	Documento de Identificação
32454 688	26/09/2018 18:11	04 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA	Documento de Identificação
32454 698	26/09/2018 18:11	05 - COMUNICAÇÃO DE SINISTRO	Documento de Comprovação
32454 705	26/09/2018 18:11	06 - BOLETIM DE OCORRÊNCIA - ADITAMENTO AO BOLETIM	Documento de Comprovação
32454 711	26/09/2018 18:11	07 - CRLV	Documento de Identificação
32454 726	26/09/2018 18:11	08 - DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR	Documento de Comprovação
32454 728	26/09/2018 18:11	09 - FORMULÁRIOS OBRIGATÓRIOS - SEG LÍDER	Documento de Comprovação
32454 729	26/09/2018 18:11	10 - NOTA FISCAL - COMPROVAÇÃO DE GASTOS COM MEDICAMENTOS	Documento de Comprovação
32454 731	26/09/2018 18:11	11 - SAMU - DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA	Documento de Comprovação
32454 734	26/09/2018 18:11	12 - PLANILHA DE CÁLCULO - CÁLCULO EXATO	Documento de Comprovação
32546 954	17/10/2018 19:31	Despacho	Despacho

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Ligia Gomes Pinheiro França, brasileira, casada, recepcionista, portadora do RG nº 1.224.774 SSP/RN e CPF nº 941.298.274-72, residente e domiciliada na Rua marechal Floriano, nº 387, Paudões, CEP: 59618-080, Mossoró/RN.

OUTORGADO: Dr. ABEL ICARO MOURA MAIA, brasileiro, Solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 12.240, Dr. TIAGO ABDON FELIX, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.022, URBANO GREGÓRIO DE LIMA JÚNIOR, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 13.776 e Dr. FRANCISCO DAS CHAGAS ARAÚJO, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 15.869, todos com endereço profissional na Rua Desembargador Dionísio Filgueira, nº 419, Centro, Mossoró/RN, onde recebe citações/intimações/notificações de estilo.

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, 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 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 a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art.105 da Lei 13.105/2015.

Mossoró-RN, 08 / 06 / 2018.

Ligia Gomes Pinto Flores
OUTORGANTE

Mossoró/RN: R. Desembargador Dionísio Filgueira, 419, CEP: 59610-090, Centro
Mossoró/RN: Vila Maisa, 12240, CEP: 59649-899, Área Rural
Serra do Mel/RN: R. Colono Severino Lazaro da Costa, 12, CEP: 59663-000, Vila Brasília

(84) 9.9482-4082
(84) 9.9980-4244
☎ (84) 9 8773-3770
abelmaiaadv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu,

Ligia Gomes Pinheiro Franca, brasileira, casada, recepcionista, portadora do RG nº 1.224.774.55P/RN e CPF nº 941.298.274-72, residente e domiciliada na Rua Marchal Floriano, Nº 387, Paradoón, CEP: 59638-080, Mossoró/RN.

, Declaro, nos termos do artigo 98, da Lei nº 13.105/2015 - Novo Código de Processo Civil (NCPC), bem como do art. 790, § 3º, da CLT, não ter como arcar com o pagamento de custas e demais despesas processuais sem prejuízo de meu sustento, pelo que REQUEIRO os benefícios da justiça gratuita.

Por verdade, firmo o presente.

Mossoró-RN, 08 / 06 / 2018.

X Ligia Gomes Pinto Franca

DECLARANTE

Mossoró/RN: R. Desembargador Dionísio Filgueira, 419, CEP: 59610-090, Centro

Mossoró/RN: Vila Maísa, 12240, CEP: 59649-899, Área Rural

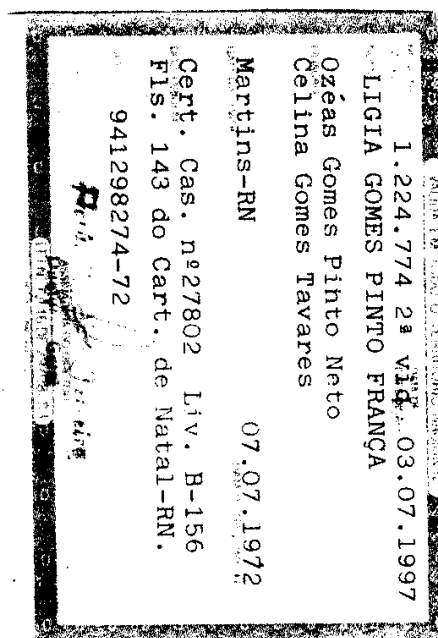
Serra do Mel/RN: R. Colono Severino Lázaro da Costa, 12, CEP: 59663-000, Vila Brasília

(84) 9.9482-4082

(84) 9.9980-4244

☎ (84) 9.8773-3770

abelmaiaadv@gmail.com





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.388/0001-33 FONE: (51) 3332-4422
Admin. Central (20) 3332-4422 Ouvidoria: (51) 3332-4682

ESTRUTURA DE ATENDIMENTO
115
115

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 26/04/2018 ÀS 07:00:01

MATRICULA: 2649889 MÊS/ANO: 05/2018

DADOS DO CLIENTE

CARLOS ALBERTO DE FRANCA
RUA MAL. FLORIANO, N. 387 - PAREDES MOSSORO RN
59618-080

INSCRIÇÃO	NOTA	SERVIÇO	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
001.002.190.0098.000	5	978	1
HIDROMETRO	SITUAÇÃO	SITUAÇÃO	SITUAÇÃO
Y16S308/91	LIGADO	LIGADO	LIGADO

CONSUMO AGUA (M3): 14

DATA LEITURA: 26/04/2018
LEIT. ATUAL: 280
LEIT. ANT.: 266
DIAS CONSUMO: 31

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
04/2018	16	02/2018	11	12/2017	17	14
03/2018	15	01/2018	14	11/2017	15	

DESCRIÇÃO

AGUA	CONSUMO	TOTAL(R\$)
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 39,99 POR UNIDADE	10 M3	39,99
11 M3 A 15 M3 - R\$ 4,46 POR M3	4 M3	17,84
ESGOTO		
70.0% DO VALOR DE AGUA		40,48
PARCELAMENTO DE DÉBITOS PARCELA 04/06		58,84
MULTA P/IMPRONÚNCIA 04/2018		3,47
FATURAS EM ATRASO		
REF 201802 111.24		

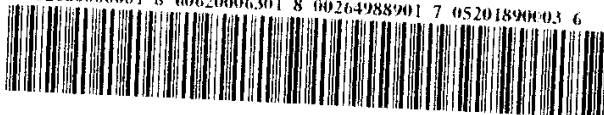
TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	98,31	1.65	1,62
COFINS	98,31	7.6	7,47

VENCIMENTO: 13/05/2018 TOTAL A PAGAR: 160,62

O RELATÓRIO ANUAL DE QUALIDADE DE AGUA DE 2018, REFERENTE A 2017, ESTÁ DISPONÍVEL NO SITE DA CAERN, NO MENÚ DESCRITIVO "INFORMAÇÕES TÉCNICAS."

Parâmetros	Turbidez	PH	Cloro Total	Cloro Residual Livre	Nitrito (mg/L)
VMP - Recomendação	≤ 5.0 NT	6.0 a 9.5	0.2 a 2.0 mg/L	0.2 a 2.0 mg/L	≤ 10.0 mg/L
Valor Obtido					

82680000001 8 60620006301 8 00264988901 7 05201890003 6



MATRICULA	MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
2649889	05/2018	13/05/2018	160,62



COMPROVANTE DA CAERN

A

SEGURADORA LIDER

A/C Cristina Grasso

Departamento de Sinistros

Prezados Senhores:

PROCESSO DE SINISTRO DPVAT - INVALIDEZ - Venho comunicar através desta, que sofri um acidente de trânsito em consequência do acidente fiquei com sequelas, Solicito que seja marcada a perícia médica para confirmar minha seqüela. Afirmando ainda para os devidos fins, que não possuo mais nenhuma documentação médica, além da acostada ao pleito administrativo em referência, pertinente ao acidente no qual fui vítima.

ATENCIOSAMENTE

X Leigis Gomes Pinto Franey



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT

1 - LOCAL E DATA

Local PRADO DO RIO GRANDE Bairro PARQUE
Cidade/UF PARANÁ/RN P. Ref. QUILÔMETRO 10, QUE
Data 27/07/2018 Hora do acidente 11:30 Hora do registro 11:30 Dia da semana 2

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☒ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outros

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi NNY 3012 Cidade MOSSORÓ UF RN
Marca/Mod. FORDA FORD Cor BRANCA Ano 2011
Proprietário SARAI, ALBERTO DE FRANCO Nº de Ocupantes 02
Condutor SARAI, ALBERTO DE FRANCO Data de Nascimento 1/1/1971
Endereço R. MARCELO DE FRANCO Nº 147 A Fone 33825 481
Bairro PARQUE Cidade MOSSORÓ UF RN
CPF Nº 000.000.000-00 CNH Nº 000.000.000 Validade 1/1/1 Categoria 1
Local de Trabalho --- Fone ---
End. --- Nº --- Bairro --- Cidade ---

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi --- Cidade --- UF ---
Marca/Mod. --- Cor --- Ano ---
Proprietário --- Nº de Ocupantes ---
Condutor --- Data de Nascimento ---
Endereço --- Nº --- Fone ---
Bairro --- Cidade --- UF ---
CPF Nº --- CNH Nº --- Validade --- Categoria ---
Local de Trabalho --- Fone ---
End. --- Nº --- Bairro --- Cidade ---

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi --- Cidade --- UF ---
Marca/Mod. --- Cor --- Ano ---
Proprietário --- Nº de Ocupantes ---
Condutor --- Data de Nascimento ---
Endereço --- Nº --- Fone ---
Bairro --- Cidade --- UF ---
CPF Nº --- CNH Nº --- Validade --- Categoria ---
Local de Trabalho --- Fone ---
End. --- Nº --- Bairro --- Cidade ---

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi --- Cidade --- UF ---
Marca/Mod. --- Cor --- Ano ---
Proprietário --- Nº de Ocupantes ---
Condutor --- Data de Nascimento ---
Endereço --- Nº --- Fone ---
Bairro --- Cidade --- UF ---
CPF Nº --- CNH Nº --- Validade --- Categoria ---
Local de Trabalho --- Fone ---
End. --- Nº --- Bairro --- Cidade ---



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE
SETOR DE TRÁFEGO - 2º DPRE

COMPLEMENTO DO BOLETIM
DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

Nº 0501118

1 - LOCAL DO ACIDENTE

Local:	Rua Prudente de Moraes	Bairro:	Paredões
P. Ref.	Próximo ao Queijo Caicó	Data:	09/05/2018

2 - VEÍCULO: V-2

Placa	NNY-8692	Cidade	Mossoró	UF	RN
Marca/Mod.	HONDA BROS 150 ESD	Ano	2011	Nº de Ocupantes	02
Proprietário	CARLOS ALBERTO DE FRANÇA	Data de Nasci.	06/08/1999		
Condutor	FILLYPE RONIE PINTO FRANÇA	nº	387-A	Fone	98825-4181
Endereço	Rua Marechal Floriano	Cidade	Mossoró	UF	RN
Bairro	Paredões	CPF nº	064.435.824-62	CNH nº	06955983678
		Categoria	AB	Validade	21/11/2018
Local de Trabalho	Desempregado				

3 - VERSÃO DO CONDUTOR SOBRE O REFERIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO

Onde transitava?	Rua Venceslau Brais	Em que faixa?	DIREITA
Em que sentido?	Centro / Paredões		

Versão do condutor:

"Alega que deslocava na via acima citado, que o mesmo estava indo buscar a sua mãe no trabalho, quando no cruzamento com a Rua Prudente de Moraes olhou para sua direita em seguida continuou sua trajetória, foi quando um veículo não identificado colidiu na sua lateral direita, com o impacto fiquei com varias escoriações e fui socorrido para o HRTM por uma ambulância da SAMU". *****

"As informações contidas na narrativa do CONDUTOR são de sua inteira responsabilidade, sob pena de responder pelos crimes dos Artigos 299 (Falsidade Ideológica) e o 342 (Falso testemunho), Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade como testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial, ou em juízo arbitral do Código Penal Brasileiro".

Assinatura do Condutor *Fillype Ronie Pinto França*

Observação do Agente de Trânsito:

Versão colhida dia 06/06/2018, na Sede do 2º DPRE.

Sd. Deivid Thiago Fernandes Dantas
Matrícula: 202.021-1

Nome do Agente que registrou as informações Deivid Neimar Siqueira de Oliveira

Posto/Graduação	3º Sgt	Matrícula	164.192-1	Viatura	****	Unidade	2º DPRE
-----------------	--------	-----------	-----------	---------	------	---------	---------

3º Sgt Deivid Neimar S. Oliveira
Matrícula: 164.192-1

Responsável Pelo Setor de Tráfego do 2º DPRE.





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE
SETOR DE TRÁFEGO - 2º DPRE

COMPLEMENTO DO BOLETIM
DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

Nº 0501118

1 - LOCAL DO ACIDENTE

Local:	Rua Prudente de Moraes	Bairro:	Paredões
P. Ref.	Próximo ao Queijo Caicó	Data:	09/05/2018

2 - VEÍCULO: V-1

Placa	NNY-8692	Cidade	Mossoró	UF	RN
Marca/Mod.	HONDA BROS 150 ESD	Ano	2011	Nº de Ocupantes	02
Proprietário	CARLOS ALBERTO DE FRANÇA	Data de Nasci.	07/07/1972		
Passageiro	LÍGIA GOMES PINTO FRANÇA	nº	387-A	Fone	98825-4181
Endereço	Rua Marechal Floriano	Cidade	Mossoró	UF	RN
Bairro	Paredões	RG nº	1.224.774	Validade	*****
CPF nº	941.298.274-72	Categoria	*****		
Local de Trabalho	ATENDENTE DE CONSULTÓRIO				

3 - VERSÃO DO PASSAGEIRO SOBRE O REFERIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO

Onde transitava?	Rua Venceslau Brais	Em que faixa?	DIREITA
Em que sentido?	Centro / Paredões		

Versão do condutor:

"Alega que deslocava como passageira do V-1 na via acima citado, que vinha do trabalho com o seu filho, quando passou no cruzamento o sinal estava aberto para os mesmos, quando estava no meio do cruzamento um veículo nos atingiu e não prestou socorro, com o impacto fiquei com varias escoriações e fui socorrido para o HRTM por uma ambulância da SAMU". *****

"As informações contidas na narrativa do CONDUTOR são de sua inteira responsabilidade, sob pena de responder pelos crimes dos Artigos 299 (Falsidade Ideológica) e o 342 (Falso testemunho), Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade como testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial, ou em juízo arbitral do Código Penal Brasileiro".

Assinatura do Condutor *Ligia Gomes Pinto Franca*

Observação do Agente de Trânsito:

Versão colhida dia 06/06/2018, na Sede do 2º DPRE.

Nome do Agente que registrou as informações Deivid Neimar Siqueira de Oliveira

Posto/Graduação 3º Sgt Matrícula 164.192-1 Viatura ***** Unidade 2º DPRE

3º Sgt M Deivid Neimar S. Oliveira
Matrícula: 164.192-1

Responsável Pelo Setor de Tráfego do 2º DPRE.



Sd. Deyved Thiago Fernandes Dantas
Matrícula: 202.021-1

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Iluminação	Cond. Tempo	Tipos de Piso	Tipos de Ponto	Cond. Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input checked="" type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> De Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Ative Ingreto	<input type="checkbox"/> Inundada	<input checked="" type="checkbox"/> De Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebliana	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Ative Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingreto	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Entulhada	<input type="checkbox"/> Placa
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input checked="" type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Max. Term. K 40
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	
			<input type="checkbox"/> Retorno		
			<input type="checkbox"/> Entroncamento		
			<input type="checkbox"/> Bifurcação		

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

LEGENDA:

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

ACIDENTE:

LOCAL:

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE:

DESCRIÇÃO DO VEÍCULO 1:

DESCRIÇÃO DO VEÍCULO 2:

DESCRIÇÃO DO VEÍCULO 3:

DESCRIÇÃO DO VEÍCULO 4:

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

DESCRIÇÃO DA AVARIA:

DESCRIÇÃO DO VEÍCULO 1:

DESCRIÇÃO DO VEÍCULO 2:

DESCRIÇÃO DO VEÍCULO 3:

DESCRIÇÃO DO VEÍCULO 4:

AVARIAS DO VEÍCULO 2

DESCRIÇÃO DA AVARIA:

DESCRIÇÃO DO VEÍCULO 1:

DESCRIÇÃO DO VEÍCULO 2:

DESCRIÇÃO DO VEÍCULO 3:

DESCRIÇÃO DO VEÍCULO 4:

AVARIAS DO VEÍCULO 3

DESCRIÇÃO DA AVARIA:

DESCRIÇÃO DO VEÍCULO 1:

DESCRIÇÃO DO VEÍCULO 2:

DESCRIÇÃO DO VEÍCULO 3:

DESCRIÇÃO DO VEÍCULO 4:

AVARIAS DO VEÍCULO 4

DESCRIÇÃO DA AVARIA:

DESCRIÇÃO DO VEÍCULO 1:

DESCRIÇÃO DO VEÍCULO 2:

DESCRIÇÃO DO VEÍCULO 3:

DESCRIÇÃO DO VEÍCULO 4:

11 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Foto ☐ Registro

Nome: _____ RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço: _____ N°: _____ Fone: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____

12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Foto ☐ Registro

Nome: _____ RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço: _____ N°: _____ Fone: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____

13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Foto ☐ Registro

Nome: _____ RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço: _____ N°: _____ Fone: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Foto ☐ Registro

Nome: _____ RG N°: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço: _____ N°: _____ Fone: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
Versão: _____

Assinatura: _____ Hora: _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa: _____ Cidade: _____ UF: _____ Marca/Modelo: _____
Nome: _____ RG N°: _____ Órgão Exp.: _____
Endereço: _____ N°: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AVALIAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO ALIEN ☐ COD-DESD

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

Oly Chapar no local da ocorrência não houve nenhuma Ato de Culpa
imputada a Vítima, pois o mesmo foi uma vítima passiva. O V não estava
no local de repouso ou liberado no local para Carlos Alberto de Franca CNH
019.03575240

Nome Completo do Agente: FRANCISCO SILVESTRE JÚNIOR
POSTO GRAD: CB PM N°: 06-230 Autuação: 2018.02 Subunidade: 2ª DPRE
Local e Data: MDS-DEO 04 de Maio de 2018 Assinatura do Agente de Trânsito: Francisco Silvestre Júnior

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V1 _____

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V2 _____

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3 _____

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4 _____

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Defesa Social
POLÍCIA MILITAR
Comando de Polícia Rodoviária Estadual
2º Distrito de Polícia Rodoviária Estadual
Setor de Tráfego

ADITAMENTO AO BOLETIM DE ACIDENTE DE TRANSITO Nº 0501118.

Eu, DEIVID NEIMAR SIQUEIRA DE OLIVEIRA – 3º SGT PM Nº 2000.0086, brasileiro, casado, residente e domiciliado nesta cidade de Mossoró-RN, Matrícula 164.192-1, venho no B.O.A.T. Nº 0501118, fazer ADITAMENTO nos seguintes termos:

- 1- Por motivo de no ato do preenchimento do B.O.A.T. Nº. 0501118, o condutor veículo denominado V1 foi socorrida para o hospital (HRTM) para atendimento médico, não tendo o policial que registrou a ocorrência, como identificá-lo, deixando de grafar no **campo 3 (CONDUTOR)**, o nome da Sr. **FILLYPE RONIE PINTO FRANÇA**, CPF:064.435.824-62, RG: 003285281 SSP/RN, CNH Nº 06955983678, Validade 21/11/2018 Categoria “AB”.
- 2- Por motivo de no ato do preenchimento do B.O.A.T. Nº. 0501118, o passageiro do veículo denominado V1 foi socorrida para o hospital (HRTM) para atendimento médico, não tendo o policial que registrou a ocorrência, como identificá-la e deixei de grafar no campo 11 (Vítimas), o nome da Sra. **LÍGIA GOMES PINTO FRANÇA**, CPF: 941.298.274-72 E RG1.224.774 SSP/RN, passageira do V-1, que era conduzido por **FILLYPE RONIE PINTO FRANÇA**, CPF:064.435.824-62, RG: 003285281 SSP/RN, CNH Nº 06955983678, Validade 21/11/2018 Categoria “AB”, que o mesmo afirma ela como sendo passageira de seu veículo.
- 3- Que foram apresentados cópia dos documentos de RG, CPF, CNH e entada no HRTM boletim de atendimento Nº 11769/2018 do Sr. Fillype Ronie Pinto de França e o boletim de atendimento Nº 11768/2018 da Sra. Lígia Gomes Pinto França, devendo o referido documento ser juntado ao B.O.A.T. Nº 0501118 registrado no dia 09 de maio de 2018, supramencionado para que surtam os devidos efeitos legais.

Mossoró-RN, 06 de junho de 2018.

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Defesa Social
POLÍCIA MILITAR
Comando de Polícia Rodoviária Estadual
2º Distrito de Polícia Rodoviária Estadual
Setor de Tráfego
AUTENTICAÇÃO
A presente foi lida e reproduzida fielmente
do documento que me foi apresentado.
Mossoró - RN, 03 de 06 de 2018

Sd. Deivid Thiago Fernandes Dantas
Matrícula: 202.021-1

Fillype Ronie Pinto França
FILLYPE RONIE PINTO FRANÇA (Condutor V-1)

Lígia Gomes Pinto França
LÍGIA GOMES PINTO FRANÇA (Passageira V-1)

DEIVID NEIMAR SIQUEIRA DE OLIVEIRA – 3º SGT PM
RESPONSÁVEL PELO SETOR DE TRÁFEGO.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 10759 // 00226 Nº **013412477671**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	00308210573	*****	2017

NOME
CARLOS ALBERTO DE FRANCA

CPF / CNPJ	PLACA
297.174.694-15	NNY8692

PLACA ANT. / UF	CHASSI
NNY8692/RN	9C2KD0540BR522181

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/MAO APLICAVE	ALCOOL-GASOL

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/NXR150 BROS ESD	2011	2011


CAP. POT. CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
OCV/149 CILINDRADAS	PARTICULAR	PRETA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
R\$ 0.00	01/08/2017	1º PAGO
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2º PAGO
A 014908 3X	R\$ 24.02	3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO		DPVAT: PAGO	

OBSERVAÇÕES

MOTOR: KD05E4B522181

MOSSORO/RN	DATA
 Sidney Bezerra da Silva Coordenador de Registro de Veículos DETRAN - RN	01/08/2017

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

RN Nº 013412477671 BILHETE DE SEGURO DPVAT

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2017	01/08/2017

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	297.174.694-15	NNY8692

RENAVAM	MARCA / MODELO
00308210573	HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2011	9	9C2KD0540BR522181

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)


CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	VALOR DO PRÊMIO (R\$)

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.609/0001-04

SISREG.

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE <i>Luiza Gomes Pinto Funga</i>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO / /	
9 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3		10 - RAÇA/COR	
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD	
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 <i>Paciente vítima de acidente de trânsito, com trauma no membro superior direito, evoluindo com dor e limitação funcional.</i>			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessidade de tratamento cirúrgico.</i>			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exame clínico + raios-x</i>			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>fratura do osso do punho</i>		24 - CID 10 PRINCIPAL <i>S82.2</i> 25 - CID 10 SECUNDÁRIO <i>S82.8</i> 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>cirurgia definitiva</i>		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0408050500</i>	
29 - CLÍNICA <i>ortopedica</i>		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO () CNS () CPF	
31 - DOCUMENTO		32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Manoel Fernandes da Silva</i>		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>15/05/18</i>	
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - Nº DO BILHETE	
41 - SÉRIE		42 - CNPJ EMPRESA	
43 - CNAE DA EMPRESA		44 - CBOR	
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR	
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 11768 /2018

Admissão: 09/05/2018 11:53:08

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 10791 - LIGIA GOMES PINTO FRANCA (45 a 1 d)

Sexo: F Cor: PARDA

Nascimento: 08/05/1973

Natural: MOSSORO.BRASIL

Prof:

CNS:

CPF:

Pai:

Mãe: CELINA

Logradouro: MARECHAL FLORIANO, 387

Cidade: MOSSORO

CEP: 59618080

Bairro: PAREDOES

Compl:

Telefone: 84.88254181 84.88254181

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

*Empresa:

OBS: SAMU					Classificação: 09/05/2018 11:47:19					PESO:	
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS		
	180 100										

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: COLISAO MOTO COM CARRO, FRATURA FECHADA EM MENBRO INFERIOR DIREITO

Hora: 12:15

paciente refere trauma por acidente de motor carro, há ± 30 minutos. Refere que estava de capacete; refere dor em membro inferior direito; Vio sob protocolo do SAMU; Tem alergia a penicilina.

A) Nega cefaléia; VAP

B) MV+ART, SRA

C) Hemodinamicamente estável, sem sinais de irritação abdominal

D) ECO 15; fígado isocóico e potentes; S/D de pulm. local

E) Deformidade e edema em M.I.D.

CD - Sabido fr de fêmur e tornozelo (D)

- Avaliação da artropatia

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

1) D. flogon 1g - 2ml - ABD, IV

2) Talat 40mg - 0,5 FA + ABD, IV

Elio Jales de Almeida
CRM/RN 1905

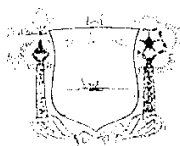
VIA HORÁRIO ASSINT.

12:30 e

12:30 e

*Saída: - () Alta por decisão médica; () Internação; () Enc. outro Serviço; () Evasão
Data: / /18. Hr: : Ass. Médico:

*Gerado via SX por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 09 de Maio de 2018.



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

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Regina Joana F. Moura Idade: 45 anos Nº Reg. _____

Serviço: _____ Enfo: _____ Leito: _____

AO SERVIÇO: _____

MOTIVO DA CONSULTA (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do paciente)

Aviço radiológica - Pr. Ovariano

Mossoró, _____ de _____ de 20 _____

Médico que solicita o parecer

PARECER: Paciente de 45 anos, portadora de

lesão pontilhada em área de 10x10 cm, com

exatidão radiológica, sem alterações agudas.

Com lesão pontilhada, moderada, localizada

no ovário direito.

MA: 150 x 20 mm

RA: 10 x 10

ECO: Normal

Risco Oncológico Alto I

Dr. João Carlos Costa Neto
CRM 395.412.812/PR

LABORATÓRIO DO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
RUA PROJETADA, SN BAIRRO AEROPORTO - MOSSORÓ/RN

Paciente: LIGIA GOMES P. FONSECA
Origem: CLINICA CIRURGICA ORTOPÉDICA
Solicitante: CRM: 0/
Coleta em: 12/05/2018 09:06:47

Sexo: MASCULINO Idade: 35 a 10 m
Protocolo: 24427
Coleta Nº: 0016.0002

Material: Sangue total

Método: Automatizado :MICROS 60

Referências

HEMOGRAMA COMPLETO

210-1

ERITOGRAMA

HEMACIAS.....	4.0 Milhões/mm ³	Normal	4,00 a 5,50
HEMOGLOBINA.....	11.2 g/dL	Mulher	11,50 a 16,00
		Homem	13,00 a 18,00
HEMATOCRITO.....	37.3 %	Mulher	36,00 a 48,00
		Homem	39,00 a 52,00
VCM.....	93.3 µm ³	Normal	80,00 a 98,00
HCM.....	28.0 pg	Normal	26,00 a 34,00
CHCM.....	30.0 g/dL	Normal	31,00 a 35,00
RDW.....	13.5 %	Normal	11,00 a 15,00

LEUCOGRAMA

LEUCOCITOS.....	9700 /mm ³	Normal	4000 a 11000
PROMIELOCITOS.....	0% = 0 /mm ³	0 a 0 %	0 a 0 mm ³
MIELOCITOS.....	0% = 0 /mm ³	0 a 0 %	0 a 0 mm ³
METAMIELOCITOS.....	0% = 0 /mm ³	0 a 0 %	0 a 0 mm ³
BASTOES.....	0% = 0 /mm ³	0 a 6 %	0 a 550 mm ³
SEGMENTADOS.....	70% = 6790 /mm ³	45 a 65 %	1800 a 7000/mm ³
LINFOCITOS.....	23% = 2231 /mm ³	20 a 40 %	1000 a 4400
LINFOCITOS ATÍPICOS.....	0% = 0 /mm ³	0 a 2 %	0 a 200/mm ³
EOSINOFILOS.....	01% = 97 /mm ³	1 a 4 %	40 a 550/mm ³
BASOFILOS.....	0% = 0 /mm ³	0 a 2 %	0 a 200/mm ³
MONOCITOS.....	06% = 582 /mm ³	4 a 8 %	200 a 800/mm ³

CONTAGEM DE PLAQUETAS

PLAQUETAS.....	248 mil/mm ³	Normal	150 a 450
----------------	-------------------------	--------	-----------

OBS:

ANISOCROMIA



GIANNA MENDES RIBEIRO
CRF 1360

OS RESULTADOS DOS EXAMES LABORATORIAIS DEVEM SER INTERPRETADOS PELO (A) SEU (SUA) MÉDICO (A)

LABORATÓRIO DO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
RUA PROJETADA, SN BAIRRO AEROPORTO - MOSSORÓ/RN

Paciente: LIGIA GOMES P. FONSECA
Origem: CLINICA CIRURGICA ORTOPÉDICA
Solicitante: CRM 0/
Coleta em: 12/05/2018 09:06:47

Sexo: MASCULINO Idade: 35 a 10 m
Protocolo: 24427
Coleta Nº: 0016.0002

Material	Método:	Referências
PROTEÍNA TOTAL E FRACÕES		
PROTEÍNA TOTAL.....	5.9 g/L	NORMAL
ALBUMINA.....	3.6 g/L	Adulto 3.50 a 5.10 g/dL Recém Nascido (0 a 4 dias) 2.80 a 4.40 g/dL De 4 dias a 14 anos 3.80 a 5.40 g/dL De 14-18 anos 3.20 a 4.50 g/dL
GLOBULINA.....	2.3	



GIANNA MENDES RIBEIRO
CRF 1360

OS RESULTADOS DOS EXAMES LABORATORIAIS DEVEM SER INTERPRETADOS PELO (A) SEU (SUA) MÉDICO (A)

LABORATÓRIO DO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
RUA PROJETADA, SN BAIRRO AEROPORTO - MOSSORÓ/RN

Paciente: LIGIA GOMES P. FONSECA
Origem: CLINICA CIRURGICA ORTOPÉDICA
Solicitante: CRM: 0/
Coleta em: 12/05/2018 09:06:47

Sexo: MASCULINO Idade: 35 a 10 m
Protocolo: 24427

Coleta Nº: 0016.0002

Material: Soro	Método: Enzimático	Referências
GLICOSE	121 mg/dL	NEONATAL, PREMATURO 26,00 a 80,00 NEONATAL A TERM 27,00 a 90,00 CRIANÇAS 20,00 a 100,00 NORMAL 80,00 a 99,00
Material: Soro	Método: Enzimático	Referências
UREIA	46 mg/dL	NORMAL 10,00 a 40,00
Material: Soro	Método: Enzimático	Referências
CREATININA	0,7 mg/dL	NORMAL 0,70 a 1,20



GIANNA MENDES RIBEIRO

CRF 1360

OS RESULTADOS DOS EXAMES LABORATORIAIS DEVEM SER INTERPRETADOS PELO (A) SEU (SUA) MÉDICO (A)



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

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado Carlos A. Franco

foi examinado nesta Unidade às — horas, necessitando
de 07 (Sete) dias de afastamento do trabalho, a partir
desta data.

CD. 7763

16/05/18

LOCALIDADE E DATA

Dr. Guilherme Carli Ragolin
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 8187 TEOT 13542

ASS. DO MÉDICO E CARIMBO COM CRM

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

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado LIGIA GOMES PINHO

FRONTEIRA

foi examinado nesta Unidade às _____ horas, necessitando de
90 (NOVENTA) dias de afastamento do trabalho, a partir
desta data.

5822

MOSSORÓ 09/05/18

LOCALIDADE E DATA


ASS. DO MÉDICO E CARIMBO COM CRM

NOTA: Este atestado é válido para finalidade previstas no Art.
86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501, de
14.03.67 e será expedido para justificativa de até 15 dias
de afastamento do trabalho.

ORTOPEDIA

fratura de tíbia (S) fixo

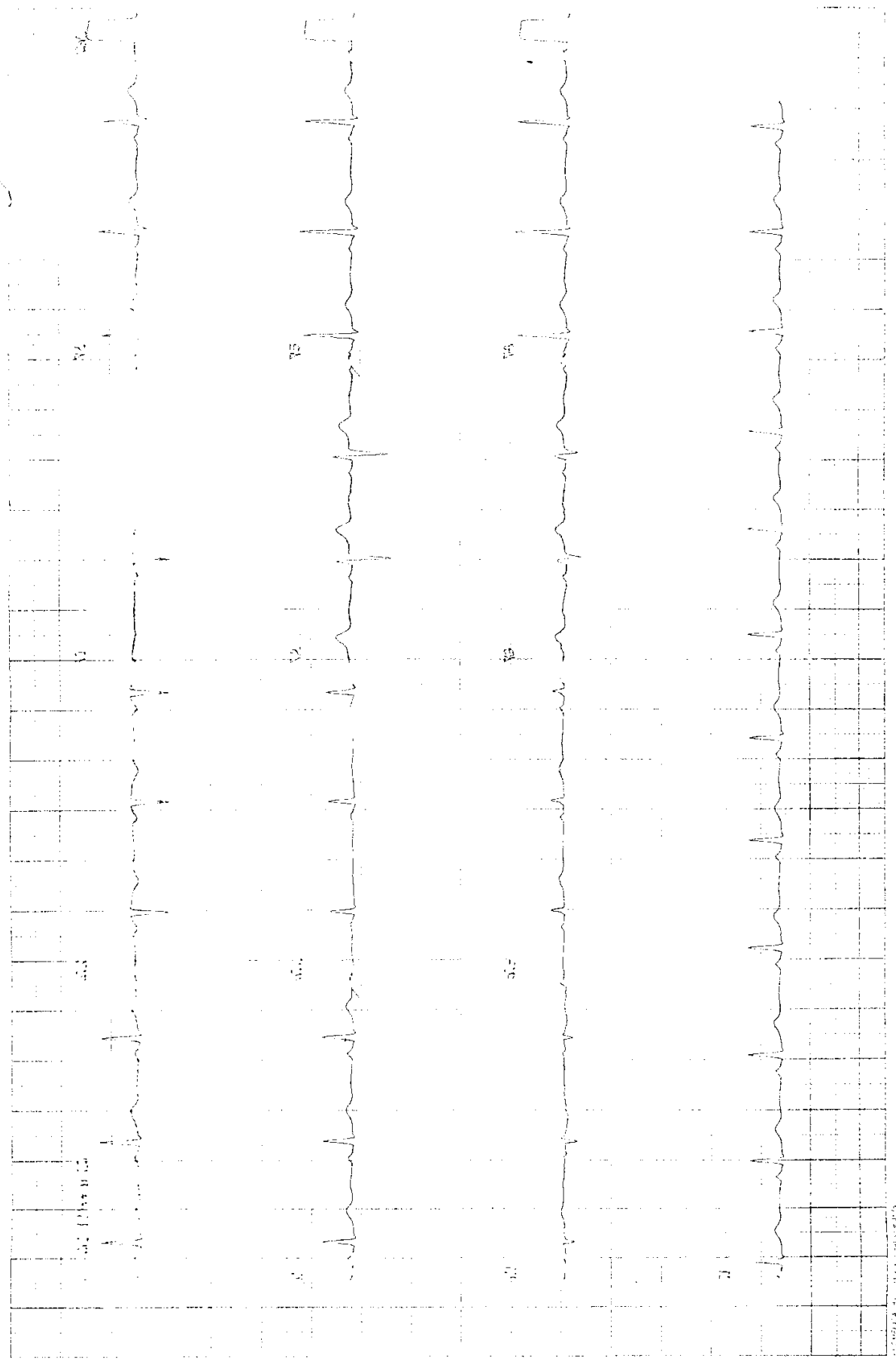
cd: todo como pedicula.

Interconsulto

Dr. Abel Icaro Moura Maia
Ortopedia e Traumatologia
CRM 30.915

04/06/2018
Bim

100-442636-1000
100-442636-1000
100-442636-1000



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

941.298.274-72

Nome completo da vítima

Ligia Gomes Pinheiro França

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Ligia Gomes Pinheiro França</i>		CPF titular da conta <i>941.298.274-72</i>	Profissão <i>Repcionista</i>
Endereço <i>Rua marechal Aleriano</i>		Número <i>387</i>	Complemento
Bairro <i>Paradoes</i>	Cidade <i>mosoró</i>	Estado <i>RN</i>	CEP <i>59618-080</i>
Email <i>abelmaiaadv@gmail.com</i>		Telefone (DDD) <i>(84)9.8773-3770</i>	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

- ☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAU (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

- ☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO		
<i>Banco do Brasil</i>	<i>001</i>		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<i>4391</i>	<i>5</i>	<i>25.828</i>	<i>8</i>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

mosoró/RN, *08* de *junho* de *2018*
Local e Data

Ligia Gomes Pinto França
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Antonio Wulington Filho
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Ligia Gomes Pinheiro Franca</i>	CPF da Vítima <i>941.298.274-78</i>	Data do Acidente <i>09/05/2018</i>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <i>Antonio Wellington da Costa Filho</i>	CPF do Representante legal <i>104.061.604-65</i>
Email <i>abel-maiaadv@gmail.com</i>	Telefone (DDD) <i>(84)9.8773-3770</i>

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Messoró/IN 08 de *Junho* de *2018*
Local e Data

Ligia Gomes Pinto Franca
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Antonio Wellington da Costa Filho
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

JUSTIFICATIVA DA FALTA DE PRONTUARIO COMPLETO

Eu, Ligia Gomes Pinto Branco, brasileiro (a),
portador do Rg n° 1.224.774 e CPF 941.298.274-72
residente e domiciliado (a) Rua Marechal Floriano, 387
Bairro Paradeiros Município Mossoró/RN, venho perante
a seguradora Líder dos consórcios, afirmar que não tenho nenhum desses documentos
exigidos pela seguradora Líder.

1. Relatório de internamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, datas e tratamentos realizados (clínicos, cirúrgico e fisioterapêuticos) e data de alta hospitalar.
2. Relatório de tratamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, datas e locais de tratamento realizados (clínicos, cirúrgicos e fisioterápicos) e data de conclusão do tratamento.

Venho por essa declarar que não tenho nenhum desses documentos acima citados. Pois devidos muitos problemas não fiz o tratamento por completo e nem tenho condições de fazer.

Espero que os senhores compreendam a minha situação e assim possa dar prosseguimento ao meu processo concluindo com a MARCAÇÃO DE PERICIA para confirmar minhas sequelas de acordo o laudo medico.

Local, Mossoró/RN, Data 08/06/2018

Atenciosamente

Ligia Gomes Pinto Branco

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ligia Gomes Pinto Franca,

RG nº 1.224.774, data de expedição 03/07/1997, Órgão SSP/RN,

CPF nº 941.298.274-72, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Marechal Floriano</u>
Número	<u>387</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Paredões</u>
Cidade	<u>Mossoró</u>
Estado	<u>Rio Grande do Norte</u>
CEP	<u>59618-080</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 3316-5699 / (84) 9.8773-3770</u>
E-mail	<u>abelmaiaadv@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Mossoró/RN 08/06/2018

Assinatura do Declarante: Ligia Gomes Pinto Franca

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Antonio Wellington da C.L. inscrito (a) no CPF/CNPJ 104.061.604 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ligia Gomes Pinto Franco inscrito (a) no CPF sob o Nº 941.298.274 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Ligia Gomes Pinto Franco, inscrito (a) no CPF sob o Nº 941.298.274 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

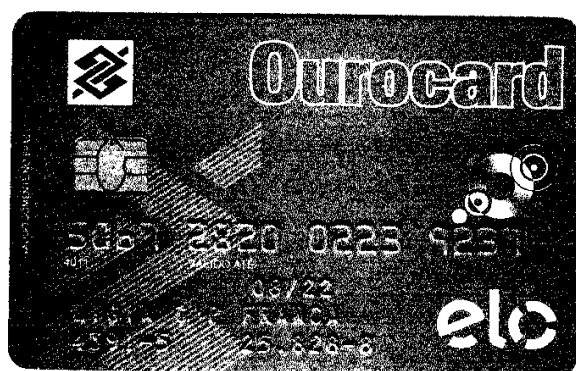
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Santa Elza</u>		Número <u>14</u>	Complemento <u>Santa Elza</u>
Bairro <u>Área Rural</u>	Cidade <u>Mossoró</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59600-001</u>
Email <u>abelmaiaadv@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(84) 3316-5699</u>	Telefone celular (DDD) <u>(84) 9.8773-3770</u>

Mossoró/RN 08 de junho de 2018
Local e Data

Antonio Wellington da Costa Lacerda
Assinatura do Declarante





EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
IM:00000000000000
CNPJ: 06626253008489 I.E: 200733141
Av Santos Dumont, 278 - Centro, HUS
SORO - RN

DANFE NFC - e Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

#ICOD	IDESC	QTD	UN	VL UNIT R\$	TOT ITEM R\$
1	197033	TORABESIC SL 10MG CDP/10 1 UNx36.14			36.14
De:		36.14	Por:	27.15	
Desconto					-8.99
2	180556	CEFADROXILA 500MG CAPS/8 GN-EMS +			
		1 CXx47.17			47.17
Desconto					-32.47
3	392545	TYLENOL 500MG CPD/20 1 UNx21.20			21.20
De:		21.20	Por:	15.90	
Desconto					-5.30
4	180556	CEFADROXILA 500MG CAPS/8 GN-EMS +			
		1 CXx47.17			47.17
Desconto					-32.47
5	180556	CEFADROXILA 500MG CAPS/8 GN-EMS +			
		1 CXx47.17			47.17
Desconto					-32.47
6	180556	CEFADROXILA 500MG CAPS/8 GN-EMS +			
		1 CXx47.17			47.17
Desconto					-32.47
QTD. TOTAL DE ITENS					6
VALOR TOTAL R\$					101.85
Dinheiro					101.85

T R O C O R\$: 0.15

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

OLA CARLOS, SEJA BEM VINDO AO NOVO PROGRAMA DE
FIDELIDADE SEMPRE PAGUE MENOS. AGORA VOCE TEM BENEFÍCIOS
PERSONALIZADOS PRA VOCE.

PARABENS! VOCE E UM CLIENTE SEMPRE.

NESSA COMPRA VOCE ECONOMIZOU R\$ 144.17

SEU SALDO DE JANEIRO A JUNHO/2018 E DE R\$ 180.95*.
ATINGA R\$ 500.00 ATÉ 30/06/2018 E SEJA UM CLIENTE
OURO.

*ESSE VALOR E UMA ESTIMATIVA DO SEU SALDO DE COMPRAS, EX
CLUINDO MEDICAMENTOS E SERVIÇOS. SUAS COMPRAS SÃO CONTAB
ILIZADAS EM ATÉ 15 DIAS. CONFIRA O REGULAMENTO E SAIBA M
AIS EM PAGUEMENOS.COM.BR/SEMPRE

CPF CLIENTE SEMPRE: 297.***.***-15
Operador: 55189 Vendedor: 25978
Trib aprox R\$:7,77 Fed e R\$:0,00 Est e R\$:0,00 Muni
Fonte: IBPT ca79i3
Obrigado e Volte Sempre.

ENTRADA EM CONTINGENCIA

Número 000061956 Série 024 Emissão 26/05/2018 13:18:37
Via Consumidor - Consulte pela Chave de Acesso em
<http://nfce.set.rn.gov.br/porta10FE/NFce/ConsultaNFce.as>

CHAVE DE ACESSO

2418 0506 6262 5300 8489 6502 4000 0619 5690 6019 2026

CONSUMIDOR

CPF: 94129027472 ligia gomes pinto franca
rua marechal floriano. 387, paredes - MUSSORU

Consulte via Leitor QR Code





**SAMU
MOSSORÓ
192**

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

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 330

Mossoró 25 de Maio de 2018

Em resposta a solicitação do (a) Sr. (a): **CARLOS ALBERTO DE FRANÇA, 57**
anos, RG 454.568 passo a informar o que consta em nosso registro.

Identificação da ocorrência: 16

Nome do Paciente: LIGIA GOMES PINTO FRANÇA, 45 anos.

Data: 09/05/2018

Local da ocorrência: Cruzamento das Ruas Wenceslau Brás c/ Prudente de Moraes

Viatura: BRAVO - Unidade de Suporte Básico de Vida – 02.

Hora do Chamado: 11h 16min.

Natureza da Ocorrência: Colisão de moto x carro

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

Silvania do Monte Santiago
Matrícula 5868-2
Agente administrativo SAMU/Mossoró

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

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

Atualização de um valor por um índice financeiro

Atualização de R\$13.500,00 de 29-Dezembro-2006 e 31-Agosto-2018 pelo índice IGP-M - Índ. Geral de Preços do Mercado . .

Valor atualizado: R\$27.135,19

Memória do Cálculo

Variação do índice IGP-M - Índ. Geral de Preços do Mercado . . entre 29-Dezembro-2006 e 31-Agosto-2018

Em percentual: 101,0014%

Em fator de multiplicação: 2,010014

Os valores do índice utilizados neste cálculo foram:

Dezembro-2006 = 0,32%; Janeiro-2007 = 0,50%; Fevereiro-2007 = 0,27%; Março-2007 = 0,34%; Abril-2007 = 0,04%; Maio-2007 = 0,04%; Junho-2007 = 0,26%; Julho-2007 = 0,28%; Agosto-2007 = 0,98%; Setembro-2007 = 1,29%; Outubro-2007 = 1,05%; Novembro-2007 = 0,69%; Dezembro-2007 = 1,76%; Janeiro-2008 = 1,09%; Fevereiro-2008 = 0,53%; Março-2008 = 0,74%; Abril-2008 = 0,69%; Maio-2008 = 1,61%; Junho-2008 = 1,98%; Julho-2008 = 1,76%; Agosto-2008 = -0,32%; Setembro-2008 = 0,11%; Outubro-2008 = 0,98%; Novembro-2008 = 0,38%; Dezembro-2008 = -0,13%; Janeiro-2009 = -0,44%; Fevereiro-2009 = 0,26%; Março-2009 = -0,74%; Abril-2009 = -0,15%; Maio-2009 = -0,07%; Junho-2009 = -0,10%; Julho-2009 = -0,43%; Agosto-2009 = -0,36%; Setembro-2009 = 0,42%; Outubro-2009 = 0,05%; Novembro-2009 = 0,10%; Dezembro-2009 = -0,26%; Janeiro-2010 = 0,63%; Fevereiro-2010 = 1,18%; Março-2010 = 0,94%; Abril-2010 = 0,77%; Maio-2010 = 1,19%; Junho-2010 = 0,85%; Julho-2010 = 0,15%; Agosto-2010 = 0,77%; Setembro-2010 = 1,15%; Outubro-2010 = 1,01%; Novembro-2010 = 1,45%; Dezembro-2010 = 0,69%; Janeiro-2011 = 0,79%; Fevereiro-2011 = 1,00%; Março-2011 = 0,62%; Abril-2011 = 0,45%; Maio-2011 = 0,43%; Junho-2011 = -0,18%; Julho-2011 = -0,12%; Agosto-2011 = 0,44%; Setembro-2011 = 0,65%; Outubro-2011 = 0,53%; Novembro-2011 = 0,50%; Dezembro-2011 = -0,12%; Janeiro-2012 = 0,25%; Fevereiro-2012 = -0,06%; Março-2012 = 0,43%; Abril-2012 = 0,85%; Maio-2012 = 1,02%; Junho-2012 = 0,66%; Julho-2012 = 1,34%; Agosto-2012 = 1,43%; Setembro-2012 = 0,97%; Outubro-2012 = 0,02%; Novembro-2012 = -0,03%; Dezembro-2012 = 0,68%; Janeiro-2013 = 0,34%; Fevereiro-2013 = 0,29%; Março-2013 = 0,21%; Abril-2013 = 0,15%; Maio-2013 = 0,00%; Junho-2013 = 0,75%; Julho-2013 = 0,26%; Agosto-2013 = 0,15%; Setembro-2013 = 1,50%; Outubro-2013 = 0,86%; Novembro-2013 = 0,29%; Dezembro-2013 = 0,60%; Janeiro-2014 = 0,48%; Fevereiro-2014 = 0,38%; Março-2014 = 1,67%; Abril-2014 = 0,78%; Maio-2014 = -0,13%; Junho-2014 = -0,74%; Julho-2014 = -0,61%; Agosto-2014 = -0,27%; Setembro-2014 = 0,20%; Outubro-2014 = 0,28%; Novembro-2014 = 0,98%; Dezembro-2014 = 0,62%; Janeiro-2015 = 0,76%; Fevereiro-2015 = 0,27%; Março-2015 = 0,98%; Abril-2015 = 1,17%; Maio-2015 = 0,41%; Junho-2015 = 0,67%; Julho-2015 = 0,69%; Agosto-2015 = 0,28%; Setembro-2015 = 0,95%; Outubro-2015 = 1,89%; Novembro-2015 = 1,52%; Dezembro-2015 = 0,49%; Janeiro-2016 = 1,14%; Fevereiro-2016 = 1,29%; Março-2016 = 0,51%; Abril-2016 = 0,33%; Maio-2016 = 0,82%; Junho-2016 = 1,69%; Julho-2016 = 0,18%; Agosto-2016 = 0,15%; Setembro-2016 = 0,20%; Outubro-2016 = 0,16%; Novembro-2016 = -0,03%; Dezembro-2016 = 0,54%; Janeiro-2017 = 0,64%; Fevereiro-2017 = 0,08%; Março-2017 = 0,01%; Abril-2017 = -1,10%; Maio-2017 = -0,93%; Junho-2017 = -0,67%; Julho-2017 = -0,72%; Agosto-2017 = 0,10%; Setembro-2017 = 0,47%; Outubro-2017 = 0,20%; Novembro-2017 = 0,52%; Dezembro-2017 = 0,89%; Janeiro-2018 = 0,76%; Fevereiro-2018 = 0,07%; Março-2018 = 0,64%; Abril-2018 = 0,57%; Maio-2018 = 1,38%; Junho-2018 = 1,87%; Julho-2018 = 0,51%.

Atualização

9/12/2018

Cálculo Exato

Cálculo Exato

Valor atualizado = valor * fator = R\$13.500,00 * 2,010014

Valor atualizado = R\$27.135,19



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

[Seguro obrigatório - DPVAT]

PROCESSO Nº 0818660-58.2018.8.20.5106

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, 16 de Outubro de 2018.

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

Juíza de Direito