



Número: **0800248-45.2019.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **10/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>ELIZARIO DA COSTA FARIAS (AUTOR)</b>	<b>LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37148 298	10/01/2019 10:56	<a href="#"><u>ELIZARIO DA COSTA FARIAS-parte 1</u></a>	Documento de Comprovação
37148 324	10/01/2019 10:56	<a href="#"><u>ELIZARIO DA COSTA FARIAS-parte 2</u></a>	Documento de Comprovação
37148 361	10/01/2019 10:56	<a href="#"><u>PROCESSO ADM</u></a>	Requerimento Administrativo
37149 384	23/01/2019 11:25	<a href="#"><u>Despacho</u></a>	Despacho

## **CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS – 30%**

**CONTRATANTE:** Eliziário da Costa Farias, brasileiro, estado civil Solteiro, profissão autônomo, inscrito(a) no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda (CPF/MF) sob o nº 035.542.784-24, portador(a) do RG nº 1.760.455, residente e domiciliado(a) R. Vicente Ferreira Duarte, 280, Belo Horizonte, Mossoró/RN, Telefones:

**CONTRATADO:** Nome: Leonardo Mike Silva Pereira, brasileiro(a) estado civil: Solteiro, Profissão: Advogado, inscrito na QAB/RN sob o número 10.615, com endereço profissional à rua Desembargador Dionísio Filgueira nº 419, bairro Centro, município: Mossoró / RN.

**AS PARTES ACIMA IDENTIFICADAS TÊM, ENTRE SI, COMO JUSTO E CONTRATADO O PRESENTE CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS, QUE SE REGERÁ PELAS CLÁUSULAS SEGUINTESE PELAS CONDIÇÕES DESCRIPTAS NO PRESENTE.**

### **I - DO OBJETO DO CONTRATO E DA RESPONSABILIDADE**

**Cláusula 1º.** O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços advocatícios, para a propositura de AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT.

a) A RESPONSABILIDADE SOBRE A VERACIDADE DOS DOCUMENTOS FORNECIDOS AO CONTRATADO PARA QUE ESTE REALIZE TODOS OS ATOS ATINENTES A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS, É INTEIRA E EXCLUSIVAMENTE DO(A) CONTRATANTE.

### **II - DAS ATIVIDADES**

**Cláusula 2º.** As atividades inclusas na prestação de serviço objeto deste instrumento, são todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam:

b) Praticar quaisquer atos e medidas necessárias e inerentes à causa, em todas as repartições públicas da União, dos Estados ou dos Municípios, bem como órgãos a estes ligados direta ou indiretamente, seja por delegação, concessão ou outros meios, bem como de estabelecimentos particulares.

c) Praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os especificados no Instrumento Procuratório.

### **III - DAS DESPESAS**

**Cláusula 3º.** As custas processuais e extrajudiciais que se fizerem necessárias ao ajuizamento da ação e ao recebimento do crédito, tais como custas do processo junto à Justiça Federal (1% - um por cento - do valor requerido) e/ou junto à Justiça Estadual (valor apurado conforme Tabela de Custas Judiciais); custas de reconhecimento de firma nos documentos necessários e autenticações quando estas se fizerem necessárias; custas de perícia contábil necessária ao cálculo do crédito; custas de oficial de justiça, etc., serão suportadas exclusivamente pelo(a) **CONTRATANTE**.

### **IV - DOS HONORÁRIOS**

**Cláusula 5º.** O(A) CONTRATANTE, em caso de êxito na ação, obriga-se a pagar, a título de prestação de serviço, o valor correspondente ao percentual de **30% (trinta por cento)** sobre efetivo proveito econômico proveniente da Ação.

**Cláusula 6º.** Havendo acordo entre o(a) **CONTRATANTE** e a parte **CONTRÁRIA**, não prejudicará o recebimento dos honorários contratados e da sucumbência, devendo ser contabilizado em face do efetivo proveito econômico ou êxito financeiro do **CONTRATANTE**, conforme exemplo supra.

**Cláusula 7º.** Os honorários de sucumbência pertencem ao **CONTRATADO**.

**Cláusula 8º.** As partes estabelecem que havendo atraso no pagamento dos honorários, serão cobrados juros de mora na proporção de 1% (um por cento) ao mês.

#### **V - DA COBRANÇA**

**Cláusula 9º.** As partes acordam que facultará ao **CONTRATADO**, o direito de realizar a cobrança dos honorários por todos os meios admitidos em direito.

#### **VI - DA RESCISÃO**

**Cláusula 10º.** Agindo o(a) **CONTRATANTE** de forma dolosa ou culposa em face do **CONTRATADO**, restará facultado a este, rescindir o contrato, substabelecendo sem reserva de iguais e se exonerando de todas as obrigações.

**Cláusula 11º.** Fica estabelecido que em caso de **REVOCAGÃO** infundada do instrumento procuratório, por parte do(a) **CONTRATANTE**, será devido ao **CONTRATADO** a título de honorários, por assessoria e consultoria jurídica, o mesmo percentual estipulado na cláusula 5º do presente contrato.

**Cláusula 12º.** Em caso de **DESISTÊNCIA** da ação, por parte do(a) **CONTRATANTE**, será devido ao **CONTRATADO** a título de honorários, por assessoria e consultoria jurídica, o percentual de 20% (dez por cento) do valor da ação.

**Parágrafo Primeiro.** O(A) **CONTRATANTE** deverá ainda, em caso de **DESISTÊNCIA**, resarcir todas as despesas que o **CONTRATADO** obteve tais como: custas processuais e despesas com análise financeira.

#### **VII - DO FORO**

**Cláusula 13º.** Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do **CONTRATO**, as partes elegem o foro da comarca de Mossoró/RN;

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor, juntamente com 2 (duas) testemunhas.

Mossoró/RN, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

*x Elizário do Posto Faro* \_\_\_\_\_  
CONTRATANTE CONTRATADO

#### **TESTEMUNHAS:**

1) \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu Eliziário da Costa Farias, brasileiro(a),  
estado civil: sóteiro, Profissão: autônomo, portador(a) do RG  
1.760.455, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 035.542.784-24, residente  
no(a) R. Vicente Ferreira Duarte nº 280,  
bairro: Belo Horizonte, município: Mossoró, RN.  
Declaro que, em função de 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,  
por isso requeiro os benefícios da assistência judiciária gratuita, nos termos do art. 5º, LXXIV, da  
Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

Mossoró/RN, 30/10/2018  
Local e Data

Eliziário da Costa Farias  
Assinatura do Outorgante

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Eliziário da Costa Farias brasileiro(a),  
estado civil: sólteiro Profissão: autônomo portador(a) do RG  
1.760.455, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 035.542.784-24 residente  
no(a) R. Vicente Ferreira Duarte nº 280  
bairro: Belo Horizonte, município: Mossoró, RN.

### OUTORGADO:

Nome: Leonardo Mike Silva Pereira brasileiro(a)  
estado civil: sólteiro Profissão: advogado, inscrito na OAB/RN sob o  
número 10.615, com endereço profissional à rua  
Desembargador Dionísio Filgueira nº 419  
bairro Centro, município: Mossoró, RN.

**PODERES:** pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado, para o fim especial de agir judicialmente e administrativamente, promovendo quaisquer medidas judiciais e administrativas necessárias a garantia dos direitos e interesses do(a) outorgante, propondo as ações que julgar convenientes, defende-lo(a) nas que porventura por ele lhe sejam propostas, para o que lhe confere os mais amplos e ilimitados poderes da cláusula "ad judicia et extra" para o fórum em geral, podendo ainda seu dito advogado transigir, confessar, desistir, fazer acordos, endossar cheques, retirar alvarás e oferecer todos os recursos em direito admitidos, em qualquer instância ou foro, receber e dar quitação, firmar compromisso, bem como substabelecer com ou sem reserva e ainda, requerer os benefícios da assistência judiciária gratuita nos termos da Lei 1.060/50 e 7.115/93. Deixando estipulado neste documento, contrato de risco com o Outorgante que, em caso de êxito, serão pagos a título de honorários advocatícios 30 % (trinta por cento) do valor recuperado. Em caso de pagamento de custas pelo Outorgado os valores serão descontados do êxito e reembolsados pelo Outorgante.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Mossoró/RN, 30/10/2018  
Local e Data

x Eliziário da Costa Farias  
Assinatura do Outorgante

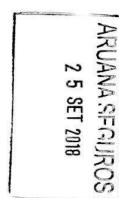
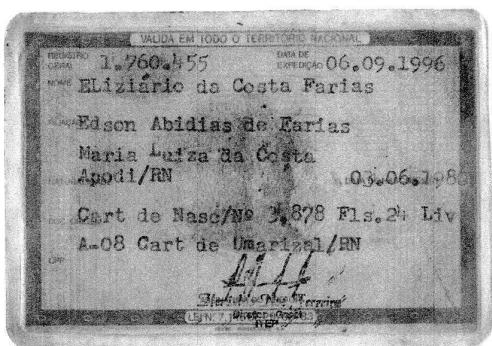
TERMO DE RESPONSABILIDADE SOBRE O FORNECIMENTO DE DOCUMENTOS

Eu Eliziário da Costa Farias, brasileiro(a),  
estado civil: sócio, profissão: autônomo, portador(a) do RG  
1.760.455, órgão expedidor SSP/RN e do CPF 035.542.784-24, residente  
no(a) R. Vicente Ferreira Duarte, nº 280,  
bairro: Belo Horizonte, município: Mossoró, RN,  
CEP: \_\_\_\_\_, telefone: \_\_\_\_\_.  
Declaro, sob as penas da Lei, que todos os documentos fornecidos ao advogado por mim  
constituído para me representar na Ação de Cobrança do Seguro DPVAT, tais como, documentos  
pessoais, declarações, Boletim de Ocorrência, documentos médicos, etc., são verdadeiros, e  
me comprometo a responder por todos e quaisquer fatos atinentes aos mesmos na forma da  
Lei.

Mossoró, RN, 30 de outubro de 2018.

xEliziário da Costa Farias

Assinatura





## **ANOTAÇÕES DE FÉRIAS**

Gozou férias relativas ao período de.....  
de ..... / ..... / ..... a ..... / ..... / .....

..... Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de .....  
de ..... / ..... / ..... a ..... / ..... /

..... Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de..... de ..... / ..... / ..... a ..... / .....

..... Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de .....  
de ..... / ..... / ..... a ..... / ..... / .....

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de .....  
de ..... / ..... / ..... à ..... / ..... / .....

..... Assinatura do empreendedor

**FGTS** – Fundo de Garantia do Tempo de Serviço  
(Lei nº 5.107/66, regulamentada pelo Dec. nº 59.820/66)

OPÇÃO	RETRATAÇÃO					
02 / 05 / 2003	/ /					
Dia	Mês	Ano	Dia	Mês	Ano	
Banco depositário	lauro b. fiduciária					
Agência	Mossoró					
Praça	Mossoró					Estado RN
Empresa	<i>ADEP DIAS ME</i>					

Catrimbo e assinatura do empregador

OPÇÃO			RETRATAÇÃO		
01	/	16	/	2006	/
Dia	Mês	Ano	Dia	Mês	Ano
Banco depositário.....			<i>Banco Federal</i>		
Agência .....			<i>Morumbi</i>		
Praça .....			<i>Morumbi</i>		
Empresa .....			<i>Carvalho Lacerda</i>		
Carimbo e assinatura do empreendedor					

42

### ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato de trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

CABANTHATIBA... TOMA... PARATI/PARANÁ
2003-05-22 13:003.000.0.00
2003-05-22 13:003.000.0.00
Kaura & Pidura!
Moradinho
2003-05-22 13:003.000.0.00
Untido

DATA DE DENISSÃO CORRENTE  
8/10/2003

A. DE 10 DIAS

Antônio de Padua Dias  
CPF: 369.953.124-49





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 0605518**

**1 - LOCAL E DATA**

Local R. PEDRO ALVES CABRAL/R. VICENTE FERNANDES Bairro AEROPORTO  
Cidade/UF Mossoró P. Ref. Prx. A excepct  
Data 22/10/2018 Hora do acidente 23:00 Hora do registro 23:21 Dia da semana SEXTA-FEIRA

**2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA**

- Colisão Frontal  - Colisão Lateral  - Capotamento  - Atropelamento  
 - Colisão Posterior  - Colisão Transversal  - Choque  - Outro(s) \_\_\_\_\_

**3 - VEÍCULO 01:**

Placa ou Chassi NQD - 4280 Cidade Mossoró UF RN  
Marca/Mod. HONDA/XRE 300 Cor AMARELA Ano 2009/2010  
Proprietário ANDRE MAX DE CARVALHO Nº de Ocupantes 01  
Condutor ELIZARIO DA COSTA FARIAZ Data de Nasc. 03/10/1980  
Endereço \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF Nº 035.542.784-24 CNH Nº 04154842934 Validade 15/10/2022 Categoria AB  
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 Nasc. \_\_\_\_\_ / /  
Endereço \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CPF Nº \_\_\_\_\_ CNH Nº \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ / / Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_

**5 - VEÍCULO 03:**

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

ARUANA SEGUROS

25 SET 2018

**6 - VEÍCULO 04:**

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

## 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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ARUANA SEGUROS  
25 SET 2018

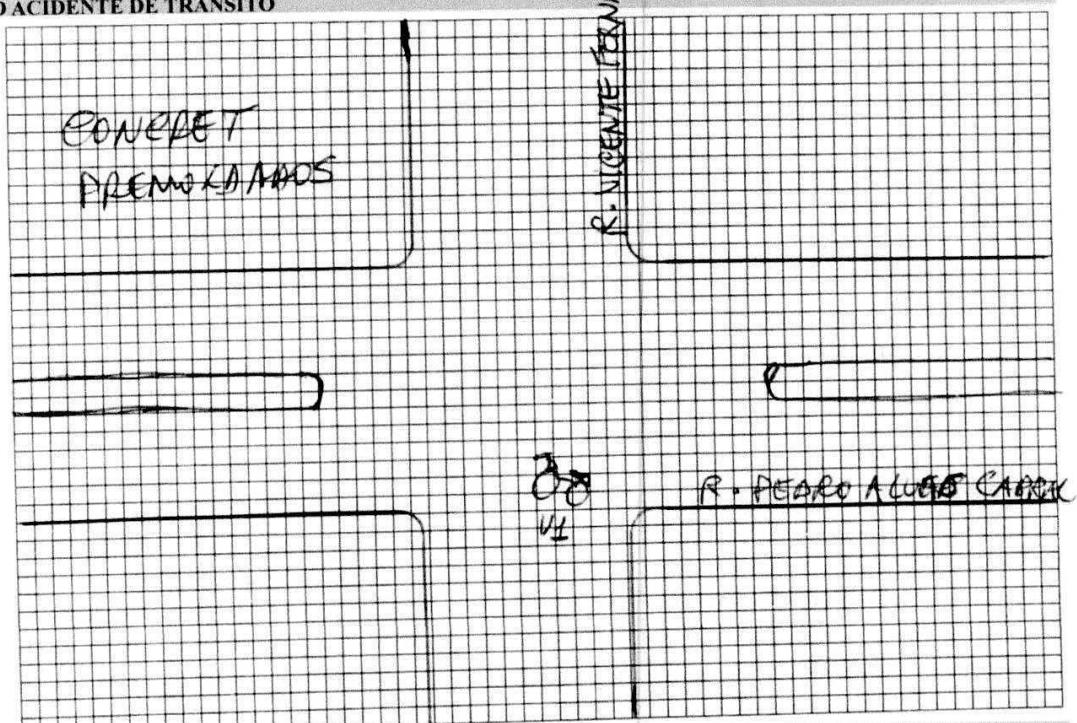
Assinatura do Condutor do V4 \_\_\_\_\_

**8 - CONDIÇÕES DA VIA**

Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Caract./Pista	Cond./Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecedo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Aclive Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Neblina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclive Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<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"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s)_____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. ____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/> _____	
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	
				<input type="checkbox"/> _____	
				<input type="checkbox"/> _____	

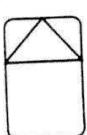
**9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO**

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

**10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO**

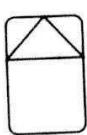
## AVARIAS DO VEÍCULO 1

Frente, parafusos tentura traseira

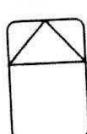


## AVARIAS DO VEÍCULO 2

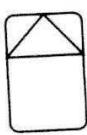
ARUANA SEGUROS  
25 SET 2018



## AVARIAS DO VEÍCULO 3



## AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 -  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4 Conduzido para: \_\_\_\_\_

Presenciou:  Testemunha  
 Fato  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  
 Fato  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  
 Fato  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  
 Fato  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 **AUTUAÇÃO**  SIM  NÃO AIT N° \_\_\_\_\_ CÓD/DESD \_\_\_\_\_

**17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO**

*foi e chegou no local o condutor teve que ser socorrido pelo samu ao hrta e o mesmo não teve condições de falar a versão do acidente ficando para posterior.*

**ARUANA SEGUROS**

25 SET 2018

Nome Completo do Agente ALEXANDER LIEDEIROS DE AZEVEDO  
 POSTO/GRAD.: CB PM N° 97-309 Viatura POLICIA MILITAR  
 Local e Data MOSSORÓ (RN), 22 de JUNHO de 2018 Subunid.: 2º OPRE

*Assinatura do Agente de Trânsito*



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

COMPLEMENTO DO BOLETIM  
DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE  
DE TRÂNSITO  
Nº 0605518

**1 – LOCAL DO ACIDENTE**

Local:	Rua Pedro Alves Cabral/Rua Vicente Fernandes	Bairro:	Aeroporto
P. Ref.	Próximo a CONCRETE	Data:	22/06/2018

**2 – VEÍCULO: V1**

Placa	NQD4280	Cidade	Mossoró			UF	RN
Marca/Mod.	HONDA/ XRE 300			Ano	2009/2010		
Proprietário	André Max de Carvalho			Nº de Ocupantes		01	
Condutor	Eliziario da Costa Farias			Data de nasc.		03/06/1980	
Endereço	Rua Vicente Ferreira Duarte			nº	280	Fone	(84)9 9178-3853
Bairro	Belo Horizonte	Cidade	Mossoró			UF	RN
CPF nº	035.542.784-24	CNH nº	*****	Categoria	*****	Validade	*****
Local de Trabalho	Mecânico de Autos						

**3 – VERSÃO DO CONDUTOR SOBRE O REFERIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Onde transitava?	Rua Pedro Alves Cabral		
Em que sentido?	Abolição	Em que faixa?	Esquerda
<b>Versão do condutor:</b>			

"Alega que deslocava na via acima citado, quando ao passar por um cruzamento uma motocicleta de placa não identificada que vinha na rua vicente Fernandes, passou o cruzamento não respeitando a preferência de via do declarante, V1 Para não colidir o veículo fez uma freada brusca, perdendo o controle do veículo e caindo ao solo, com o impacto foi socorrido pelo SAMU para o HRTM". Atendimento Nº16376/2018.

"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 julzo arbitral do Código Penal Brasileiro".

Assinatura do Condutor *+Eliziario da Costa Farias*

Observação do Agente de Trânsito:

Versão colhida dia 27/07/2018, no 2º DPRE.

ARUANA SEGUROS

25 SET 2018

Nome do Agente que registrou as informações | Deyved Thiago Fernandes Dantas

Posto/Graduação	Sd	Matrícula	202021-1	Viatura	*****	Unidade	2º DPRE
-----------------	----	-----------	----------	---------	-------	---------	---------

*Deyved Thiago Fernandes Dantas*  
Matrícula: 202.021-1

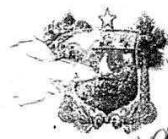


<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b>		<b>DETAN - RN 11013 / 00920 N° 013709720086</b> <b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO</b>	
VIA	— COD. RENAVAM —	R.N.I.R.C.	— EXERCÍCIO —
1	00183070019	48288888	2017
NOME ANDRE RAK DE CARVALHO			
— CPF / CNPJ —	PLACA —		
700.721.724-95	NQD4280		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
NQD4281/BB	SCND0910AB012066		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
PASSAGEIRO / NOVO / CUSTA	GASOLINA		
MARCA / MODELO			
HONDA / XRE 300			
CAP / POT / CIL	CATEGORIA		
0CV/291 CILINDRADAS	Particular		
COTA ÚNICA	VENC. COTA UNICA		
I P R\$ 0,00	24/01/2016	1º PAGO	
V FAIXA I PVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º PAGO	
A 003502-32	R\$ 50,90	3º PAGO	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) — IOF (R\$) — PRÉMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
*** TAXAS DETAN: PAGO ***		DFVAT: PAGO	
OBSERVAÇÕES			
MOTOR: NQD9814012066 DE NORTE OBRIGATÓRIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
LOCAL	DATA		
NOSSORO / RN	24/01/2018		
Siderópolis de Silveira Corregedor do Registro de Veículos DETAN - RN			

<b>SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT</b>			
<b>RN N° 013709720086 BILHETE DE SEGURO DPVAT</b>			
<b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a> SAC DPVAT 0800 022 1204</b>			
VIA	— CPF / CNPJ —	— DATA EMISSÃO —	PLACA
1	700.721.724-95	24/01/2018	NQD4280
RENAVAM	MARCA / MODELO		
00183070019	HONDA / XRE 300		
ANO FAB.	CHASSI		
2009	SCND0910AB012066		
CAT. FAB.			
9			
<b>PRÉMIO TARIFÁRIO</b>			
FNS (R\$)	DETAN(R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PANCELADO	

ARUANA SÉFIROS  
25 SET 2018



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

## BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 16376 /2018

Admissão: 22/06/2018 23:04:42

Auto  
declaratório

## CIRURGIA GERAL - LARANJA

Paciente: 14736 - ELIZARIO DA COSTA FARIAS (38 a 1 d)

Nascimento: 21/06/1980

Natural: MOSSORÓ.BRASIL

CNS:

CPF:

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: NAOINFORMADA

Prof:

Logradouro: MOTA NETO, 1

Pai:

CEP: 59607000

Bairro: AEROPORTO

Cidade: MOSSORÓ

Telefone: 84 33153390

Compl: - ATE 311/312

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

\*Empresa:

OBS:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Classificação: 22/06/2018 23:02:31   PESO:	
								Glasgow	RT
	120	70	96		18				

## HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: REFERE ACIDENTE DE MOTO. ALCOOLIZADO. CONSCIENTE, VAS PÉRVEAS. GLASGOW 14. ESCORIAÇÕES EM JOELHO. FRATURA EXPOSTA EM MID.

Hora: 23:20

QP+HDA: Paciente酒醉驾驶者，受害者 do acidente ou  
mobilidico em motocicleta. Alcoolizado, confuso, n  
não responde sobre perda da consciência. Ref  
uso de copache.

Ex-físico:

Alvo de queimaduras na face e dor

B - MUNICÍPIO, bivalvularmente

C - Edema hemorragico moniliforme

D - ECG: 14 (o: 3; g: 5; m: 6)

E - Encurtamento com nódulos externos  
de MID + Fratura externa do tornozelo

Diagn. Inicial:

## PRESCRIÇÃO:

- 1 - Solicito rever o otorrino  
2 - Solicito rever o ortopedico  
3 - SRL 1000 ml T.V. Agora  
4 - ~~Oppositorum Trifil TASE EU~~  
5 - Enfletiva

VIA

HORÁRIO

ASSINT

0408050197

S 82 D

Diego Ariel de Lima  
CRM-RN 206  
CRM-PE 23553  
TEQ 16489HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAMU MOSSORÓ

SAME/ARQUIVO

\*Saída: - ( ) Decisão médica; ( ) Enc.outroServiço; ( ) Evasão; ( ) Interna: CID \_\_\_\_\_ Proc. \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/18. Hr: \_\_\_\_ Ass. Médico: \_\_\_\_\_

\*Gerado via SX por FRANCISCO KLEBER PINHEIRO MEDEIROS. Impresso em 22 de Junho de 2018.

265 PUS →  
fx luxos espina cervical  
DIREITO - 1M DCM Dr. SUSINHO MOTO  
G - P/ C

Diego Ariel de Lima  
CRM-RN 7406  
CRM-PF 25556  
TEOT 15467

nen  
TC clínico normal

Af e oba nen

Dr. Bruno Gois  
Neurocirurgião  
CRM-RN 583

HOSPITAL REGIONAL TARCISO MARA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 07/09/2018  
BRA  
SAME/ARQUIVO

ARUANA SEGUROS  
25 SET 2018

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	2 - CNES 2503689
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	4 - CNES 2503689

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE ELIZARIO DA COSTA FARIAS (8 - 2105/2018)	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 201978			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 708600579174586	8 - DATA DE NASCIMENTO 03/06/1980	9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	10 - RACA/COR PARDA	11.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE MARIA LUIZA DA COSTA	12 - TELEFONE DE CONTATO DDD 84 N° DO TELEFONE 91473460			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL ELIZARIO DA COSTA FARIAS	14 - TELEFONE DE CONTATO DDD 84 N° DO TELEFONE 33153390			
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) MOTA NETO, 1 / - ATE 311/312 - AEROPORTO	16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA MOSSORÓ	17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 240800	18 - UF RN	19 - CEP 59607000

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRACTURA luxação exposta tornozelo DR  
Om PEDAÇO DE SVA STANDA

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

ARUANA SEGUROS

25 SET 2018

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Diego Ariel de Lima  
CRM-PB 23556  
TEOT 1244

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL  
S82.3

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRAT

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  
408050497

29 - CLÍNICA  
CIR

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
2

31 - DOCUMENTO  
( ) CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE  
1785892339

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE  
DIEGO ARIEL DE LIMA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
23/06/2018

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			

**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR FERNANDO ALBUERNE BEZERRA	47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MEIRA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ 26/07/2018
48 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF 207281399060005	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	SAME/ARQUIVO

Prontuário: 201978



Op

SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO  
RN  
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

**PERMISSÃO**

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **ELIZIARIO DA COSTA FARIA** (Fia: 2105/2018), CPF: .

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 23 de Junho de 2018.

Française Luciene da Silva

Paciente ou responsável

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA  
EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.

DATA 25/07/18

Assinatura

ARUANA SEGUROS  
25 SET 2018

**CCIH - HRTM**  
DATA 21/07/18  
Ronaldo  
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO  
ESTÁ CONFORME O ORIGINA  
SAME MOSSORÓ 20/07/2018  
SAME/ARQUIVO BIM



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Eliziário da Costa Farias 38 anos  
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 215-1  
DATA DA ADMISSÃO: 23/06/18 Mossoro -RN Código: 14736

DATA	EVOLUÇÃO
12/07/18	<p>19 DIH: Fx-Lx exposta do tornozelo D com perda de substância Em uso de F.E.</p> <p>Refere dor no membro acometido. Refere saída se secreção purulenta por ferida. Nega febre Diurese fisiológica. BEG, eupneico, normocorado, hidratado, afebril. Exame neurovascular sem alterações.</p> <p>CD: VPM Pré-op OK Baixo risco cirúrgico Inserido no Sisreg Aguarda cirurgia definitiva</p>

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA livre	
2	SF0,9% 500ml EV para 24h	10
3	Dipirona 2 mL + 8 mL ABD, EV, 6/6h S/N	SN
4	Clexane 60 mg SC 1x/dia	10
5 D7	Ciprofloxacino 400mg EV 12/12h	00 28
6	SSVV+CCGG	
7	Curativo diario	

Dr. Kecene Andrade  
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGA  
CRM-3322 - TEC. 1031

Cinice LA

ARUANA SEGUROS  
25 SET 2018

CIRURGIA PROGRAMADA P/ DIA 16/07/18 2h.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAIS  
SAME MOSSORÓ  
30/07/2018  
Bun

SAME/ARQUIVO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Eliziário da Costa Farias 38 anos  
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 215-1  
DATA DA ADMISSÃO: 23/06/18 Mossoro -RN Código: 14736

DATA	EVOLUÇÃO
15/07/18	22 DIH: Fx-Lx exposta do tornozelo D com perda de substância Em uso de F.E.  Refere dor no membro acometido e saída se secreção purulenta por ferida. Nega febre Diurese fisiologica. BEG, eupneico, normocorado, hidratado, afebril. Exame neurovascular sem alterações.  CD: VPM Pré-op OK Baixo risco cirurgico Inserido no Sisreg Aguarda cirurgia definitiva Cirurgia programada para o dia 16/07

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA livre	
2	SF0,9% 500ml EV para 24h	10
3	Dipirona 2 mL + 8 mL ABD, EV, 6/6h S/N	SN
4	Clexane 60 mg SC 1x/dia	10
5	Ciprofloxacino 400mg EV 12/12h	22 10
6	SSVV+CCGG	ciente
7	Curativo diario	ciente

DR. LUIZ VITÓRIO FILHO OLIVEIRA  
ORTOPEDISTA / TRAUMATOLOGIA  
CRM/RN 0420



HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 2018  
SAME/ARQUIVO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Elizário da Costa Farias 38 anos  
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 215-1  
DATA DA ADMISSÃO: 23/06/18 Mossoro -RN Código: 14736

DATA	EVOLUÇÃO
24/06/18	<p>1 DIH: Fx-Lx exposta do tornozelo D com perda de substância Em uso de F.E.</p> <p>Refere dor no membro acometido. Diurese fisiologica. BEG, eupneico, normocorado, hidratado, afebril. Exame neurovascular sem alterações.</p> <p>CD: VPM Pré-op OK Aguardo ECG Solicito raio-x do ombro D Aguarda cirurgia definitiva</p>

ARUANA SEGUROS  
25 SET 2018

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA livre	
2	SF0,9% 1500ml EV para 24h	✓ 2 3
3	Dipirona 2 mL + 8 mL ABD, EV, 6/6h fixo	10 16 22 04
4 D1	Cefalotina 1g + ABD, EV, 6/6h	10 16 22 04
5 D1	Gentamicina 240 mg + 200 mL SF 0,9%, EV, 1x/dia	10
6	Tramal 100 mg + 100 mL SF0,9%, EV, 8/8h SN	SN
7	Clexane 60 mg SC 1x/dia	10
8	Tilatil 40 mg + diluente, EV, 1x/dia	10
9	Omeprazol 20mg VO em jejum	06
10	Curativo diario	
11	SSVV+CCGG	<i>Diego Ariele de Lima</i> CRM-RN 7206 CRM-PE 25568 TEOT 15407
12		
13		

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAIS  
SAME MOSSORÓ 20/07/2018  
B11  
SAME/ARQUIVO



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome ELIZA/SPD DO COSM FON Reg N° \_\_\_\_\_

Diagnóstico pré-operatório: FX LUNGS (EXPOSIÇÃO) DE  
Indicação terapêutica: TENSÃO DIR + OCO  
DE SURVÍVIA

UMPCO + FIXO

INTERVENÇÃO

Início: 11/09 Fim: 11/09 Duração: ARUANA/SEGUROS  
Operador Diego 25 SET 2018  
1ª Auxiliar: WAN  
2ª Auxiliar:   
3ª Auxiliar:  HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
Instrumentador: SAME MOSSORÓ ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
Anestesista: BRUNA SAME/ARQUIVO

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 PCT DOR, SÓB CURADO  
② SUTURA CINTILAR + SUT  
③ LIGADURA UVAIS / DESBROZAMENTO  
④ RUMO FLEXO + LX TENSÃO DIR X  
PC-000 S2- SURVÍVIA EXTRATO MCX  
⑤ ACALAR UVAIS UVAIS + FIXO (X)  
DIFUSO DE RUMO, RELAXAR CORPO  
⑥ UMPCO + FIXO

Diego Antônio de Lima  
CRM-RN 106  
CRM-PB 25535  
07/15/14



()



Buscar no site



A COMPANHIA **SEGURO DPVAT** PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados ao Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.**

### SINISTRO 3180448332 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** ELIZARIO DA COSTA FARIAS

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** ARUANA SEGURADORA S/A

**BENEFICIÁRIO** ELIZARIO DA COSTA FARIAS

**CPF/CNPJ:** 03554278424

#### Posição em 24-10-2018 13:29:21

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
08/10/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

- Documentos Despesas Médicas ([/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx](#))
- Documentos Invalidez Permanente ([/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx](#))
- Documentos Morte ([/Pages/Documentacao-Morte.aspx](#))
- Dicas Indispensáveis ([/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx](#))

PAGUE SEGURO



[Como Pagar \(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](#)  
[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](#)  
[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. ([/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx](#))

(<https://www.seguradoraalider.com.br>)

([https://http://kaviprakashpuri/DPVAT/DPVATofdpvat\\_oficial/](https://http://kaviprakashpuri/DPVAT/DPVATofdpvat_oficial/))  
%C3%Adder-  
dpvat)

## Serviços

- › Acompanhe seu Processo ([/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx](#))
  - › Consulta a Pagamentos ([/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx](#))
  - › Saiba Como Pagar ([/Pages/Saiba-como-pagar.aspx](#))
  - › Pontos de Atendimento ([/Pontos-de-Atendimento](#))
  - › Como Pedir Indenização ([/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao](#))

## Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT ([/Pages/Quem-Somos.aspx](#))
  - › Sobre o Seguro DPVAT ([/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx](#))
  - › Informações Gerais ([/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx](#))
  - › Dicas Indispensáveis ([/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx](#))
  - › Dicionário do Seguro DPVAT ([/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT](#))
  - › Perguntas Frequentes ([/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes](#))

## Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line ([/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line](#))
  - › Dúvidas, Reclamações e Sugestões ([/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes](#))
  - › Telefones de Contato ([/Contato/telefones-de-contato](#))
  - › Ouvidoria ([/Contato/Ouvidoria](#))
  - › Canal de Denúncias ([/Contato/canal-de-Denuncias](#))
  - › Mapa do Site ([/Mapa-do-Site](#))

Termos de uso e política de privacidade ([/Pages/Terminos-de-Uso.aspx](#))



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

Alameda das Carnaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

[Seguro obrigatório - DPVAT]

PROCESSO Nº 0800248-45.2019.8.20.5106

## 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, 21 de janeiro de 2019.

**DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE**

**Juíza de Direito**