



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	
ELIZIARIO DA COSTA FARIAS (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37148 298	10/01/2019 10:56	ELIZIARIO DA COSTA FARIAS-parte 1	Documento de Comprovação
37148 324	10/01/2019 10:56	ELIZIARIO DA COSTA FARIAS-parte 2	Documento de Comprovação
37148 361	10/01/2019 10:56	PROCESSO ADM	Requerimento Administrativo
37149 384	23/01/2019 11:25	Despacho	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 n.º 035.542.784-24, portador(a) do RG n.º 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 OAB/RN sob o número 10.615, com endereço profissional à rua Desembargador Dionísio Filgueira n.º 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 SEGUINTE E PELAS CONDIÇÕES DESCRITAS NO PRESENTE.

I - DO OBJETO DO CONTRATO E DA RESPONSABILIDADE

Cláusula 1ª. 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 2ª. 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 3ª. 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 5ª. 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 6ª. 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 7ª. Os honorários de sucumbência pertencem ao **CONTRATADO**.

Cláusula 8ª. 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 9ª. 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 10ª. 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 11ª. Fica estabelecido que em caso de **REVOGAÇÃO** 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 5ª do presente contrato.

Cláusula 12ª. 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**, ressarcir todas as despesas que o **CONTRATADO** obteve tais como; custas processuais e despesas com análise financeira.

VII - DO FORO

Cláusula 13ª. 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 Elizirio da Costa Farias
CONTRATANTE

CONTRATADO

TESTEMUNHAS:

1) _____
RG: _____
CPF: _____
2) _____
RG: _____
CPF: _____

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu Elizário da Costa Farias brasileiro(a),
estado civil: solteiro 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

x Elizário da Costa Farias
Assinatura do Outorgante

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Elizário da Costa Farias, brasileiro(a),
estado civil: solteiro Profissão: autônomo portador(a) do RG
1.760.455, órgão expedidor SP/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: solteiro Profissão: advogado, inscrito na OAB/RN sob o
número 40.615, 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 judicium 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 Elizário da Costa Farias
Assinatura do Outorgante

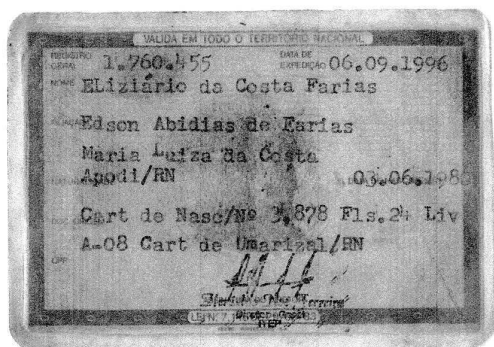
TERMO DE RESPONSABILIDADE SOBRE O FORNECIMENTO DE DOCUMENTOS

Eu Eliziário da Costa Farias brasileiro(a),
estado civil: solteiro 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: Mossoro 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.

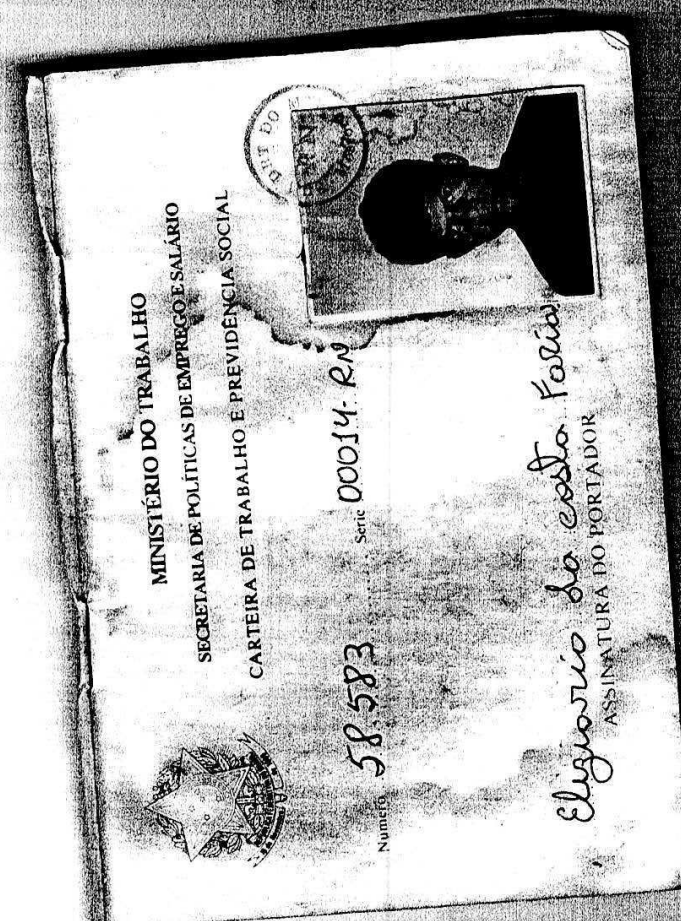
Mossoró /RN, 30 de outubro de 2018

xEliziário da Costa Farias
Assinatura



ARUANA S.FILHO
25 SET 2018





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 / / a / /

Assinatura do empregador

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

OPÇÃO

RETRATAÇÃO

03 / 05 / 2003 / /
Dia Mês Ano Dia Mês Ano

Banco depositário Caixa & Federal

Agência Marabá

Praça Marabá Estado PA

Empresa [assinatura]

[assinatura]

Carimbo e assinatura do empregador

04.187.400/0001-9

OPÇÃO

RETRATAÇÃO

01 / 12 / 2006 / /
Dia Mês Ano Dia Mês Ano

Banco depositário Caixa & Federal

Agência Marabá

Praça Marabá Estado PA

Empresa [assinatura]

[assinatura]

Carimbo e assinatura do empregador

04.187.400/0001-9

ANOTAÇÕES GERAIS

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

CADASTRO COMO PARTICIPANTE
INSCRIÇÃO 22-105-13003-00-0-3
200-360-70-45-3
CASA FEDERAL
MORADO
B. O. U. G. I. L. 406
União

DATA DE DEMISSÃO CORRETA
8/10/2000

A. DE P. DIAS

Antônio de Pádua Dias
CPF: 368.953.124-49



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/04
NOTA FISCAL - PATRÃO - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.198/0001-81 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

NOME DO CLIENTE
FRANCISCA LUCIENE DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA VICENTE FERREIRA DUARTE 280

CPF 969 653 044-72 NIS 20039846062

BELO HORIZONTE/ÁREA URBANA
MOSSORÓ RN
59600-610

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

CONTA CONTRATO 0787017010 MÊS/ANO 07/2018

DATA DE VENCIMENTO 20/07/2018

DATA PRÓXIMA LETURA 09/08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

62,07

Nº DA NOTA FISCAL 009167767 SÉRIE ÚNICA EMISSÃO 10/07/2018
APRESENTAÇÃO 10/07/2018 Nº DO CLIENTE 302051521 Nº DA INSTALAÇÃO 511233

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,21388983	6,41
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,38863400	25,68
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	19,0000000	0,54995100	10,44
Acrescimo: Bandeira VERMELHA			4,59
Contribuição de Iluminação Pública			4,23
ICMS-Parcela Subvencionada			6,47
Multa por atraso NF 100261606 - 10/05/18			2,35
Juros por atraso NF 100261606 - 10/05/18			0,82
Atualização IGP-M NF 100261606 - 10/05/18			1,07

62,07

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							CONSUMO (kWh)
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	
2011107932	CAT	11/06/2018	22 803,00	10/07/2018	22 922,00	1,0000	119,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
Mês/Ano kWh	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
JUL 18 119	47,10	15,00	6,47
JUN 18 354	47,10	1,15	0,54
MAR 18 248	47,10	5,33	2,51
ABR 18 245			
MAR 18 313			
FEV 18 272			
JAN 18 263			
DEZ 17 249			
NOV 17 263			
OUT 17 262			
SET 17 292			
AGO 17 248			
JUL 17 266			

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
Gerção de Energia	R\$	17,54	37,88%
Transmissão	R\$	7,24	4,85%
Distribuição (Cosern)	R\$	10,87	23,08%
Perdas de Energia	R\$	2,92	5,00%
Encargos Setoriais	R\$	1,66	3,52%
Tributos	R\$	11,52	24,46%
Total	R\$	47,10	100%

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 720 kWh

6370 8700 7610 3700 1260 8630 8000 8655

016151450
0,2688200
0,1533200

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

537D 87D9 781D 370F 125E 8F3C 8C9F AB55

ATENÇÃO! A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

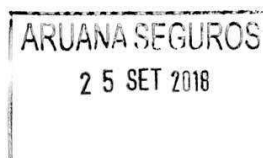
Comunicamos o fechamento das contas de energia elétrica				
Vencido	Debitado	Valor	Vencido	Valor
20/06/18	10/07/18	240,85		

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com consequência nacional. Este comunicado não substitui o envio de débito anterior ou qualquer outro documento em discussão judicial que possa ser cobrado após o fim do processo.

LIMITE DE TENSÃO CAS INTERMEDIÓRIA				TENSÃO NOMINAL (V)	
MINIMO	MAXIMO	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	MINIMO	MAXIMO
0,00	0,00	8,47	12,95	220	240
0,00	0,00	0,00	0,00		

Limite DCR: 12,82 EUSC: Valor do Enchimento de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 5,14

CONTA CONTRATO 0787017010 MÊS/ANO 07/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 62,07
83810000000-0 62070038400-9 78701701020-9 01044525743-9





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 CONCRET
Data 22/06/2018 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 N° de Ocupantes 01
Conductor EUZÉRIO DA COSTA FARIAS Data de Nasc. 03/06/1980
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° 035.542.784-24 CNH N° 04154842934 Validade 15/05/2022 Categoria AB
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

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

5 - VEÍCULO 03:

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

6 - VEÍCULO 04:

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

ARUANA SEGUROS

25 SET 2018

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 _____

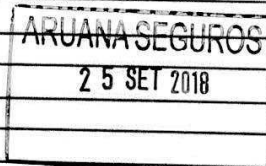
Assinatura do Condutor do V3 _____

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

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

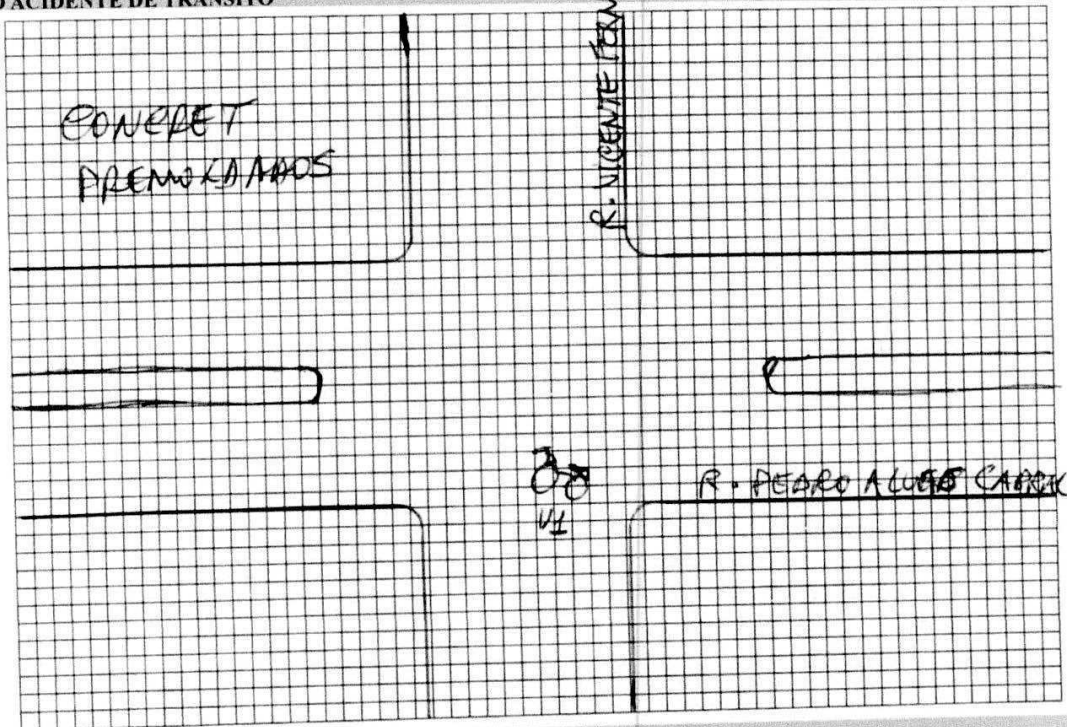


Assinatura do Condutor do V4 _____

8 - CONDIÇÕES DA VIA

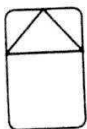
Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> 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"/> Active 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"/> Active 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"/> _____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



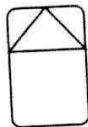
10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

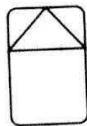


Exatidão, favela, lentidão, tráfego

AVARIAS DO VEÍCULO 3

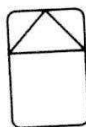


AVARIAS DO VEÍCULO 2



ARUANA SEGUROS
25 SET 2018

AVARIAS DO VEÍCULO 4



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

Nome _____
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

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

Nome _____
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

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

Nome _____
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

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

Nome _____
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
Nome _____ RG Nº _____ Órgão Exp. _____
Endereço _____ Nº _____
Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS / FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO AIT Nº _____ CÓD/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

Se chegou no local o condutor teve sido socorrido pelo SAMU do HRTM e o mesmo não se considerou de formular a versão do acidente ficando para postular.

ARUANA SEGUROS
25 SET 2018

Nome Completo do Agente ALEXSANDER LIEDEIROS DE AZEVEDO
POSTO/GRAD.: CB PM Nº 97-309 Viatura PELTA BELTA Subunidade: 2º OPRE
Local e Data MOSSORÓ (RN) de 22 de JUNHO de 2018

Assinatura do Agente de Trânsito



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA 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	Elizario 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	*****
Local de Trabalho	Mecânico de Autos	Validade	*****		

3 - VERSÃO DO CONDUTOR SOBRE O REFERIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO

Onde transitava?	Rua Pedro Alves Cabral		
Em que sentido?	Abolição	Em que faixa?	Esquerda

Versão do condutor:

“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 juízo arbitral do Código Penal Brasileiro”.

Assinatura do Condutor	Elizario da Costa Farias
------------------------	--------------------------

Observação do Agente de Trânsito:

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



Nome do Agente que registrou as informações Deyved Thiago Fernandes Dantas

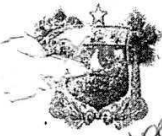
Posto/Graduação	Sd	Matrícula	202021-1	Viatura	****	Unidade	2º DPRE
-----------------	----	-----------	----------	---------	------	---------	---------

Sd. Deyved Thiago Fernandes Dantas
Matrícula: 202.021-1



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT	
DETRAN - RN 11013 / 00020 Nº 013709720086 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		RN Nº 013709720086 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
VIA: 1 COD. RENAVAM: 00183070019 R.N.T.R.C.: ***** EXERCICIO: 2017 NOME: ANDRE MAX DE CARVALHO CPF / CNPJ: 700.721.724-95 PLACA: NQD4280 PLACA ANT / UF: NQD4280 / PE CHASSI: 22HD0910A012066 ESPECIE TIPO: PASSAGIRO / MOTOCICLETA APLICAVE COMBUSTIVEL: GASOLINA MARCA / MODELO: HONDA / XRE 300 ANO FAB: 2009 ANO MOD: 2010 CAP / POT / OIL: 0CV / 291 CILINDRADAS CATEGORIA: PARTICULAR COR PREDOMINANTE: AMARELA COTA UNICA: R\$ 0.00 VENC. COTA UNICA: 24/01/2018 1º PAGO: 2º PAGO: 3º PAGO: FAIXA / PVA: 003503 3E PARCELAMENTO / COTAS: R\$ 50.90 PREMIO (TARIFARIO) (R\$): IOF (R\$): PREMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: *** TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO OBSERVAÇÕES: MOTOR: N09814012066 DE PORTE OBRIGATORIO NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA NOSSORO / RN: LOCAL: DATA: 24/01/2018 Sidney Roberto de Silva Coordenador de Registro de Veiculos DETRAN - RN		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 EXERCICIO: 2017 DATA EMISSÃO: 24/01/2018 CPF / CNPJ: 700.721.724-95 PLACA: NQD4280 RENAVAM: 00183070019 MARCA / MODELO: HONDA / XRE 300 ANO FAB: 2009 CAT. TIRE: 9 Nº CHASSI: 22HD0910A012066 PRÊMIO TARIFÁRIO FNS (R\$): DETRAN (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$): CUSTO DO BILHETE (R\$): IOF (R\$): TOTAL A RECEBER DO SEGURO (R\$): PAGAMENTO: COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.243.608/0001-04	

ARJANA S.F.C. / ROS
25 SET 2018



SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 16376 /2018

Admissão: 22/06/2018 23:04:42

Ata declaratório

CIRURGIA GERAL - LARANJA

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

Nascimento: 21/06/1980

Natural: MOSSORO.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS:

CPF:

Prof:

Mãe: NAOINFORMADA

Pai:

Logradouro: MOTA NETO, 1

CEP: 59607000

Bairro: AEROPORTO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84 33153390

Compl: - ATE 311/312

Motivo(alegado pelo paciente): COLÍSAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: SAMU RN

***Empresa:**

OBS:

Classificação: 22/06/2018 23:02:31 PESO:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	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

Q&T+HDA: Paciente alcoolizado vítima de acidente automobilístico em motocicleta. Alcoolizado, confuso, não responde sobre perda de consciência. Refere um de copo de.

Ex - físico:

A - Vias aéreas permeáveis / auscultação

B - MURMURA, bilateralmente

C - Estômago hemodinamicamente

D - ECG: 14 (O: 3; V: 5; M: 6)

E - Encurtamento com notação externa de MID + Fratura externa de tornozelo

ARUANA SEGUROS

25 SET 2018

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

1 - Solicito exame do X

2 - Solicito parecer do ortopedista

3 - SRI 1000 ml EV Agora

4 - Opióide 1ml IV EV

5 - Testes

Parecer de:

Ortopedia

Neurologia

Elizabeth L. Silva
Cirurgia Geral
Cirurgia Vascular
CRM 3918

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 2007/04/18
SAME/ARQUIVO

0408050497

5820

Diego Ariel de Lima
CRM-RN 1406
CRM-PE 22558
TEC 15487

*Saída: - () Decisão médica; () Enc. outro Serviço; () Evasão; () Interna: CID _____ Proc. _____

Data: ___/___/18. Hr: ___:___ Ass. Médico: _____

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

2.50 PUNTO -
FX LUNGA EXPOSTA TORNOZEL
DIREITO - OM PENA DE SUBSTITUIÇÃO MORAL
C - P / CC

Diego Ariel de Lima
CRM-RN 7406
CRM-PE 25556
TEOT 15487

nr
TC clínico normal
Ata de nr

Dr. Bruno Góis
Neurocirurgia
CRM-RN 587

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MATA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORO 30.07.2018
SANE/ARQUIVO

ARUANA SEGUROS
25 SET 2018

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA		2503689	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA		2503689	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
ELIZIARIO DA COSTA FARIAS (8 - 2105/2018)		201978	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - RAÇA/COR
708600579174586	03/06/1980	Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	PARDA
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO	
MARIA LUIZA DA COSTA		Nº DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO	
ELIZIARIO DA COSTA FARIAS		Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
MOTA NETO, 1 / - ATE 311/312 - AEROPORTO		MOSSORO	
17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF	19 - CEP
240800		RN	59607000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA TORNADO DR OM PERDA DE SUBSTÂNCIA	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA	
24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO
S82.3	
26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRAT		408050497	
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
CIR	2	() CNS (X) CPF	1785892339
33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
DIEGO ARIEL DE LIMA		23/06/2018	
35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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		47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR		52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
FERNANDO ALBUERNE BEZERRA					
48 - DOCUMENTO		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR		50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
(X) CNS () CPF		207281399060005			
51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)		52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
		HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORO 20/07/2018 Bw			

Prontuário: 201978



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 FARIAS** (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.

FRANCEISCA LUCIENE DA SILVA

Paciente ou responsável

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

DATA

Assinatura

ARUANA SEGUROS
25 SET 2018

CCIH - HRTM

DATA

Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 30.07.2018
BIN
SAME/ARQUIVO



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

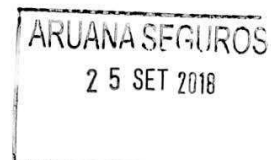
Nome: Eliziário da Costa Farias 38 anos
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 215-1
DATA DA ADMISSÃO: 23/06/18 Mossoro -RN Código: 14736

DATA	EVOLUÇÃO
12/07/18	19 DIH: Fx-Lx exposta do tornozelo D com perda de substância Em uso de F.E. 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. CD: VPM Pré-op OK Baixo risco cirurgico Inserido no Sisreg Aguarda cirurgia definitiva

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	08 2x
6	SSVV+CCGG	
7	Curativo diario	

Dr. Ricardo Andrade
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-3592 - REG 10/11

Cinice A



CIRURGIA PROGRAMADA p/ dia 16/07/18 2h.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 30.07.2018
Bm
SAME/ARQUIVO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETÁRIA 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	<p>22 DIH: Fx-Lx exposta do tornozelo D com perda de substância Em uso de F.E.</p> <p>Refere dor no membro acometido e saída de 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 cirurgico Inserido no Sisreg Aguarda cirurgia definitiva Cirurgia programada para o dia 16/07</p>

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA livre	
2	SF0,9% 500ml EV para 24h	1º
3	Dipirona 2 mL + 8 mL ABD, EV, 6/6h S/N	SN
4	Clexane 60 mg SC 1x/dia	10
5 D10	Ciprofloxacino 400mg EV 12/12h	20 10
6	SSVV+CCGG	ciente
7	Curativo diario	ciente

Dr. J. M. M. Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/RN 1429

ARUANA SEGUROS
25 SET 2018

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 30.07.2018
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: Elízario 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 fisiológica. 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	1 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	06L
10	Curativo diario	
11	SSVV+CCGG	
12		
13		

Diego Ariel de Lima
CRM-RN 7406
CRM-PE 25558
TEC 15497

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 20/07/2018
BIN

SAME/ARQUIVO



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome ELIZAPPO DO CARMO ASSIS Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: FX LUNGA (EXPOSTA) DE

Indicação terapêutica: TORÇÃO DIR + OCLIN
DE SUPRAILÍNEA

UNP/20 + FICHA

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador Diego

1ª Auxiliar: Lucas

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: Diego

Anestesista: _____

ARUANA SEGUROS
25 SET 2018

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 2007/2018
BIN
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 DPH, SOB SUPRAILÍNEA
- ② SUTURA INICIAL, 1 CM
- ③ LIMPEZA UNHAS / DESBASTAMENTO
- ④ REALIZA FLEXP + LUX TORÇÃO DIR + OCLIN DE SUPRAILÍNEA EXTENSA MCM
- ⑤ REALIZA UNHAS UNHAS + FICHA EXTENSA DIFÍCIL DE REALIZAR, REALIZA LIG. CARO
- ⑥ LIMPEZA + UNHAS

Diego Ariel de Lima
CRM-RN 406
ANM-PE 2555
-OT 15457



(1)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRESSATRABALHE
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 para a entrega da documentação completa. 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 ELIZIARIO DA COSTA FARIAS

COBERTURA Invalidez

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

BENEFICIÁRIO ELIZIARIO 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

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
28/09/2018	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/AwoaZCB__KSyeEXG2p+3QbCapi_key=gETloeUkl8DXjyDgZdZdyA4+MFsmsDhFEMw9__aCuvzo=)

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



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.seguradoralider.com.br>)

(https://http://kasp.furukawa.jp/entry/2019/04/16/1%3C%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 \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)



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 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