



Número: **0801167-49.2019.8.20.5101**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **3ª Vara da Comarca de Caicó**

Última distribuição : **29/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.359,75**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

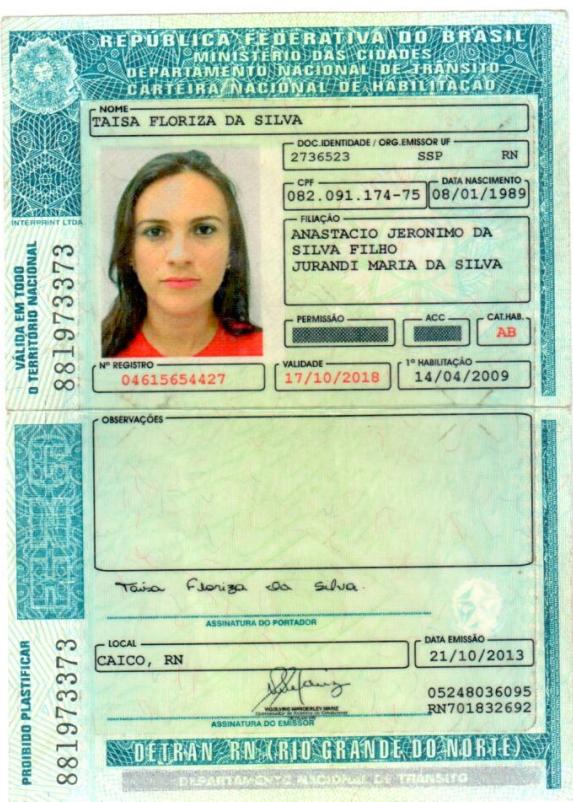
Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
TAISA FLORIZA DA SILVA (AUTOR)	CLECIO ARAUJO DE LUCENA (ADVOGADO) KALINA LEILA NUNES MENDES MEDEIROS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	
Núcleo de Prática Jurídica - UFRN - Caicó (NPJ (POLO ATIVO))	CLECIO ARAUJO DE LUCENA (ADVOGADO) KALINA LEILA NUNES MENDES MEDEIROS (ADVOGADO)

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
41279 291	29/03/2019 17:23	<a href="#">2. CNH</a>	Outros documentos
41279 298	29/03/2019 17:23	<a href="#">3. Comprovante residência</a>	Outros documentos
41279 332	29/03/2019 17:23	<a href="#">4. Comprovante de Renda</a>	Outros documentos
41279 304	29/03/2019 17:23	<a href="#">5. Declaração de Hposuficiênciia</a>	Outros documentos
41279 314	29/03/2019 17:23	<a href="#">6. Procuração</a>	Outros documentos
41279 324	29/03/2019 17:23	<a href="#">7. Documentos Comprobatórios</a>	Outros documentos
41855 669	25/04/2019 11:41	<a href="#">Despacho</a>	Despacho





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Mermoz, 150 Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARCIA BEZERRA DE ARAUJO

CPF: 031 922 864-90

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
011722838	UNICA	03/09/2018
03/09/2018	3000767927	115850

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSE NILTON 58

PENEDO/ÁREA URBANA  
CAICÓ RN  
59300-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0850598975	09/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
11/09/2018	04/10/2018

TOTAL PAGAV. (R\$) 56,36

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	80.000000	0,63827160	51,08
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,30

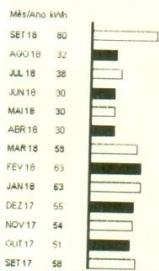
TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

56,36

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
2160072191	CAT	02-08-2018	1.069,00	03-09-2018	1.069,00	32	1.000000		80,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO
ICMS	56,36	16,00	10,14
PIS	56,36	1,16	0,67
COFINS	56,36	5,48	3,08

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$ 21,31	37,80%
Transmissão	R\$ 2,54	4,51%
Distribuição (Cosern)	R\$ 12,01	21,31%
Perdas de Energia	R\$ 3,23	5,73%
Encargos Sistêmicos	R\$ 3,38	6,00%
Tributos	R\$ 13,89	24,65%
Total	R\$ 56,36	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo(kWh) 0,63827160

0,48081000

RESERVADO AO FISCO

0BA7 DAB6 94AE 152B D4EB A225 7733 4794

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Programa de fomento ao consumo eficiente de energia elétrica (PFE) é devida à tarifa de faturamento com base no consumo eficiente de energia elétrica (TCE). O cliente que consome energia elétrica com menor nível de utilização de recursos pode ganhar 2% (R\$ 414,20/EE), até 1% (R\$ 207,00/EE) e 0,5% (R\$ 103,80/EE) de desconto na tarifa de faturamento.

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

Recibo de Pagamento ( Folha de Pagamento )		Data e Assinatura 21/08/15 <i>Taísa Floriza da Silva</i>	
Empresador OTICA SANTANA LTDA ME	CNPJ/CEI 40.770.026/0001-33	Admissão 01/12/2014	Competência Agosto de 2018
Empregado 000009 TAÍSA FLORIZA DA SILVA	Cargo VENDEDOR(A)	Lotação VENDEAS	
PIS 16531466465	Banco	Agência	Conta
<b>Discriminação das Verbas</b>			
Cod.	Descrição	Referência 30 dia(s) 9%	Provento
011	Salário-Base		1.908,00
310	INSS		171,72
		Total de Proventos 1.908,00	Total de Descontos 171,72
		Líquido a Receber 1.736,28	Base de Cálculo do FGTS 1.736,28
		FGTS Contribuição Social 152,64	Base de Cálculo do IRRF
Salário Contratual 1.431,00	Base de Cálculo do INSS 1.908,00	Base de Cálculo do FGTS 1.908,00	

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

Eu, **TAISA FLORIZA DA SILVA**, brasileira, solteira, vendedora, portador do RG nº 002.736.523 e inscrito no CPF sob o nº 082.091.174-75, residente e domiciliado na Rua José Nilton, nº 58, Bairro Penedo, Caicó/RN, CEP 59300-000, com telefone para contato (84) 99905-5388/3421-2482, DECLARO não possuir recursos suficientes para arcar com as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios sem o prejuízo de meu sustento próprio e de minha família, nos termos do art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, do art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal de 1988, da Lei nº 1.060/50 e da Lei nº 7.115/83, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

Caicó/RN, 27 de fevereiro de 2019.

Taísa Floriza da Silva

**DECLARANTE**



Núcleo  
de Prática  
Jurídica  
UFRN

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE ENSINO SUPERIOR DO SERIDÓ  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO  
NÚCLEO DE PRÁTICA JURÍDICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** TAÍSA FLORIZA DA SILVA, brasileira, solteira, vendedora, portadora do RG nº 002.736.523 e inscrita no CPF sob o nº 082.091.174-75, residente e domiciliada na Rua José Nilton, nº 58, Bairro Penedo, Caicó/RN, CEP 59300-000, com telefone para contato (84) 99905-5388/3421-2482

**OUTORGADOS:** CLÉCIO ARAÚJO DE LUCENA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 14759, e KALINA LEILA NUNES MENDES MEDEIROS, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/RN sob o nº 13350, ambos com endereço profissional no Núcleo de Prática Jurídica da UFRN – CERES/Caicó, localizado na Rua Joaquim Gregório, s/n, bairro Penedo, Caicó/RN, CEP 59300-000.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular, com fundamento no art. 105 do Novo Código de Processo Civil, o outorgante confere aos outorgados amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula “*ad judicia et extra*”, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, ou fora deles, para defender seus interesses, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromissos ou acordos, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, dando tudo por bom, firme e valioso.

Caicó/RN, 10 de setembro de 2018.

\*Taísa Floriza da Silva\*

**NOME COMPLETO**

**OUTORGANTE**

Núcleo de Prática Jurídica

Rua Joaquim Gregório, s/n, Penedo, Caicó/RN, CEP 59.300-000

Fone: (84) 3342-2238 / Ramal: 207

[npi@ceres.ufrn.br](mailto:npi@ceres.ufrn.br)

1



Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte  
Unidade Hospitalar Regional do Seridó  
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugí, s/n – Bairro Paulo VI – Caicó (RN) - CEP: 59.300-000  
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0\*\*84) 3421-9630, e 9628

#### ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado Taíza F. da Silveira foi examinado nesta Unidade Hospitalar Regional do Seridó, às 08 horas, necessitando de 90 dias de afastamento do trabalho por motivo de moléstia no CID com Nº 582 a partir desta data.

Caicó RN, 15/04/17.

Dr. Silvio Santos Filho  
Trompetologista  
0875 CRM/RN

Assinatura do Médico-CRM



Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte  
Unidade Hospitalar Regional do Seridó  
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugí, s/n – Bairro Paulo VI – Caicó (RN) - CEP: 59.300-000  
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0\*\*84) 3421-9630, e 9628

#### ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado Taíza Flávia da Silveira foi examinado nesta Unidade Hospitalar Regional do Seridó, às 08 horas, necessitando de 60 dias de afastamento do trabalho por motivo de moléstia no CID com Nº 582 a partir desta data.

T93

Caicó RN, 14/09/17.

Dr. Silvio Santos Filho  
Trompetologista  
TEOT/CRM/RN  
Assinatura do Médico-CRM



Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte  
Unidade Hospitalar Regional do Seridó  
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugí, s/n – Bairro Paulo VI – Caicó (RN) - CEP: 59.300-000  
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0\*\*84) 3421-9630, e 9628

#### ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado Taíza F. da Silveira foi examinado nesta Unidade Hospitalar Regional do Seridó, às 08 horas, necessitando de 70 dias de afastamento do trabalho por motivo de moléstia no CID com Nº 582 a partir desta data.

T93

Caicó RN, 10/11/17.

Assinatura do Médico-CRM



Estado do Rio Grande do Norte  
**Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte**

Unidade Hospitalar Regional do Seridó  
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n – Bairro Paulo VI – Caicó (RN) - CEP: 59.300-000  
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0\*\*84) 3421-9630, e 9628

**ATESTADO MÉDICO**

Atesto que o segurado Taisa Flora da Silva foi  
examinado nesta Unidade Hospitalar Regional do Seridó, às 08 horas, necessitando  
de 80 (oventa) dias de afastamento do trabalho por motivo de moléstia no CID com  
Nº 582 a partir desta data.

TP3

Caicó RN, 14/12/17.

Assinatura do Médico-CRM



Governo do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social  
Policia Civil  
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA DE PLANTÃO CAICÓ EQUIPE 4  
Endereço: AV. CEL. MARTINIANO, 20, JARDIM SATÉLITE, CAICÓ

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J201717700519      1.2 Data de Expedição: 07/08/2017 19:44:33  
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO      1.4 Ligou CIOSP: Não

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 15/07/2017 08:00:00      2.2 Autoria: Conhecida  
2.3 Fato: Consumado      2.4 Flagrante: Não  
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo      2.7 Logradouro: SITIO MANHOSO  
2.6 Tipo do local: Rural      2.9 CEP:  
2.8 Número: SN      2.11 Ponto de Referência:  
2.10 Complemento:      2.13 Cidade: CAICÓ  
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: TAISA FLORIZA DA SILVA      3.2 Estado civil: Solteiro(a)  
3.3 Nome Social:      3.4 Pai: ANASTACIO JERONIMO DA SILVA FILHO  
3.5 Etnia: Branca      3.6 Mãe: JURANDI MARIA DA SILVA  
3.7 Sexo: FEMININO      3.8 Orientação Sexual:  
3.9 CPF: 08209117475      3.10 Identidade de Gênero:  
3.11 Nacionalidade:      3.12 Data de Nascimento: 08/01/1989  
3.13 Profissão: ESTUDANTE      3.14 RG: 2736523 - ITEP/RN  
3.15 Telefone(s): 84 99055388      3.16 Passaporte:  
3.17 Número: 1255      3.18 Naturalidade: JARDIM DO SERIDO RN  
3.19 Bairro: CENTRO      3.20 E-Mail:  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE      3.22 Logradouro: AVENIDA CORONEL MARTINIANO  
3.23 Cidade: CAICÓ      3.24 CEP:

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)**

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

**5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)**

**6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUIDAS TESTEMUNHAS)**

**7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

7.1.1 Segurado: Não      7.1.2 Seguradora:  
7.1.3 Chassi: 9C2HB02108R059712      7.1.4 Renavam: 00982823452  
7.1.5 Placa: NNM9826      7.1.6 Estado:  
7.1.7 Marca: HONDA      7.1.8 Modelo: POP100  
7.1.9 Ano do Modelo: 2008      7.1.10 Ano de Fabricação: 2008  
7.1.11 Cor do veículo: PRETA      7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA  
7.1.13 Nota Fiscal:      7.1.14 Número do Motor:  
7.1.15 Nome do proprietário: TAISA FLORIZA DA SILVA      7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:  
7.1.17 Nome do condutor: TAISA FLORIZA DA SILVA  
7.1.18 Observações:

**8. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**9. DOS FATOS**

**9.1 Histórico**

A VÍTIMA INFORMA QUE PILOTAVA O VEÍCULO MOTO HONDA POP 100 DE COR PRETA E PLACA NNM9826/CAICÓ/RN, (DADOS CITADOS ACIMA) QUANDO NO SITIO MANHOSO/CAICÓ/RN EM UMA ESTRADA CARROÇÁVEL EM UMA CURVA DEPAROU-SE COM UM CACHORRO QUE ATRAVESSOU A FRENTES DO VEÍCULO, NÃO SENDO POSSIVEL DESVIAR DO ANIMAL, ONDE OCORREU A BATIDA DO VEÍCULO CONTRA O ANIMAL OCORRENDO O ACIDENTE DE TRANSITO, TENDO O VEÍCULO A VÍTIMA CAÍDO AO CHÃO, QUE A VÍTIMA SOFRU UMA FORTE PANCADA NA Perna DIREITA, E FOI SOCORRIDA NO LOCAL PELA EQUIPE DO SAMU/ CAICÓ/RN E CONDUZIDA AO HOSPITAL REGIONAL, ONDE FOI SOLICITADO O RX DA Perna DIREITA E CONSTATADO A FRATURA, TENDO A VÍTIMA FEITO A CIRURGIA DA Perna CITADA, INFORMA AINDA QUE POSSUI CNH SOB O REGISTRO DE NÚMERO 004615654427.

**9.2 Informações do CIOSP**

**9.3 Outras Providências**

REGISTRO DO FATO PARA ANDAMENTO DO PROCESSO DO DPVAT.

**10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO Foi COMPLEMENTADO)**

**11. DECLARAÇÃO**

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 07/08/2017 19:44:33

Policia

Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1527487 - RAIMUNDO FRANCISCO DE ELIAS  
Impresso por: 1527487 - RAIMUNDO FRANCISCO DE ELIAS em 07/08/2017 19:44:41

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Protocolo: J201717700519 - Código de autenticação: 24a25793f621113920863274cfucta

Página 11



Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: TAISA FLORIZA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180263851  
Vitima: TAISA FLORIZA DA SILVA  
Data do Acidente: 15/07/2017  
Cobertura: DAMS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o número de sinistro 3180263851.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de ATÉ R\$ 2.700,00 e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso é de até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: TAISA FLORIZA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180263876  
Vitima: TAISA FLORIZA DA SILVA  
Data do Acidente: 15/07/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro 3180263876.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de ATÉ R\$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12957124



Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2018

Carta nº: 12999461

A/C: TAISA FLORIZA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180263851  
Vitima: TAISA FLORIZA DA SILVA  
Data do Acidente: 15/07/2017  
Cobertura: DAMS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: TAISA FLORIZA DA SILVA

Valor: R\$ 169,00

Banco: 104

Agência: 000000758

Conta: 0000015407-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2018

Carta nº: 13030500

A/C: TAISA FLORIZA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180263876  
Vitima: TAISA FLORIZA DA SILVA  
Data do Acidente: 15/07/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: TAISA FLORIZA DA SILVA  
Valor: R\$ 2.531,25  
Banco: 104  
Agência: 000000758  
Conta: 0000015407-9  
Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**







PREFEITURA MUNICIPAL DE CAICÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CENTRO DE REABILITAÇÃO INFANTIL E ADULTO – CRI CRA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que TAISA FLORIZA DA SILVA realiza fisioterapia neste serviço, para tratamento de sequela de FRATURA DO PLATO TIBIAL DIREITO (CID10 T93.2), desde o dia 17/11/2017. Atualmente apresenta bloqueio articular de joelho, com limitação considerável de ADM.

Caicó, 09 de março de 2018

Cláudia Medeiros de Souza  
Fisioterapeuta  
CREFITO I 59.698-F

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, Taísa Floriza da Silva, nascida em 08.01.1989 com RG 002 736 523 foi minha cliente e esteve em tratamento, a paciente teve como diagnóstico fratura na tíbia direita com severo comprometimento do platô tibial sendo a fratura cominutiva com avulsão de fragmentos ósseos e fratura de fibula. O tratamento teve 39 sessões, custando um valor de 1.560 reais (mil quinhentos e sessenta reais) com inicio no dia 22/09/2017 e finalizando no dia 21/12/2017 . Sem mais para o momento e colocando-me à disposição para maiores esclarecimentos.

### Datas das sessões

Datas:

Sessão 1 22.09.2017  
Sessão 2 25.09.2017  
            26.09.2017  
            28.09.2017  
            29.09.2017  
            03.10.2017  
            04.10.2017  
            07.10.2017  
            09.10.2017  
            12.10.2017  
            13.10.2017  
            16.10.2017  
            17.10.2017  
            23.10.2017  
            24.10.2017  
            26.10.2017  
            30.10.2017  
            31.10.2017  
            01.11.2017  
            03.11.2017

06.11.2017  
07.11.2017  
08.11.2017  
09.11.2017  
**14.11.2017**  
15.11.2017  
16.11.2017  
17.11.2017  
20.11.2017  
22.11.2017  
24.11.2017  
27.11.2017  
28.11.2017  
29.11.2017  
30.11.2017  
04.12.2017  
05.12.2017  
18.12.2017  
21.12.2017

---

*Emerson Araújo de Medeiros*

Emerson Araújo de Medeiros  
Fisioterapeuta CREFITO 9822/LTF

Endereço: Rua Firmino Lopes, Ouro Branco, RN

Telefone: (84) 988408020

Data 27/02/2018



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPOL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN  
DELEGACIA MUNICIPAL DE CAICÓ

Da Delegacia Municipal de Caicó

Ao ITEP/RN

Guia N° 027 /2018

Caicó/RN 15/07/2018

Solicito ao Instituto Técnico-Científico de Polícia – ITEP, a realização do Exame de Corpo Delito:

- Cadavérico       Lesão Corporal       Conjunção Carnal  
 Embriaguez       Complementar       Ato Libidinoso Diverso da Conjunção Carnal  
 Dosagem Alcoólica       Perícia Ossada       Outros – Discriminar :

, na pessoa abaixo qualificada:

01. Nome: TAISA FLOREZA DA SILVA

02. RG n°: 2.936.523-1 03. Naturalidade: JARDIM DO SÉRIO/RN

04. Filiação: ANASTACIO JERONIMO DA SILVA FILHO e JURANDI MARFA DA SILVA

05. Nascimento: 08/01/1989 06. Sexo :  Feminino  Masculino

07. Estado Civil:  Casado(a)  Solteiro(a)  Outros

08. Escolaridade:  Analfabeto  Primário  1º grau  incompleto  2º grau  incompleto  superior  
 incompleto

09. Ocupação Habitual: VENDEDORA

10. Endereço: AVENIDA CORONEL MARCINIANO, 255, Centro, Caicó/RN

11. Local da Ocorrência: SISTO MANHOJO

11.1 Data: 15/07/17 12. Hora: 06:00

Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO

13. Informações prestadas por:  Vítima  Outro(a) TAISA FLOREZA DA SILVA

14. RG n.º \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

15. Remeter Laudo de Exame de Corpo de Delito para a Delegacia de CAICÓ /RN.

Obs.: Esta Guia só será aceita pelo Instituto, quando corretamente preenchida

PI DR. L.G.  
DPC Leonardo de Andrade Germano  
Delegado de Polícia Civil

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

**DETTRAN - RN** **Nº 013709372339**

**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA	COD. RENAVAM	RINTRC	EXERCÍCIO:
1	009828233452		2018

TAISA FLORIZA DA SILVA

CPF / CNPJ	PLACA
092.091.174-75	NNM9826

PLACA ANT. / UF	CHASSI
NNM9826 / RN	9C2EB02108R059712

PASSAGEIRO / MOTOCICLETA / NÃO APLICÁVEL	COMBUSTÍVEL
HONDA / POP100	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO MOD.
CAF / POT / CIL	2008

OCV / 97 CILINDRADES	CATEGORIA
PARTICULAR	PRETÀ

COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENO / COTAS
R\$ 0,00	08/05/2018	1º PAGO

FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º PAGO
002824 3X	R\$ **** * *	3º PAGO

**PREMIOS TARIFÁRIO**

PREMIO TARIFARIO (RS)	OF (RS)	PREMIO TOTAL (RS)	DATA DE PAGAMENTO	DETRAN (RS)	CUSTO DO BILHETE (RS)	OF (RS)	TOTAL A SER PAGO (RS)	DATA DEQUITAÇÃO
***	LICENCIAMENTO DETRAN:	PAGO *** DPVAT: PAGO	OBSERVACOES	PAGAMENTO	COTA ÚNICA	PARCELADO		

**NOTA: HE02E18059712 DE 07/03/2018 PARA TRANSFERÊNCIA**

**CAICO / RN**

**DATA**  
**07/03/2018**

**CONTTRAN**

**SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT**

**RN Nº 013709372339 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

**2018**

**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**

VIA	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
1	2018	07/03/2018

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	082.091.174-75	NNM9826

RENAVAM	MARCA / MODELO
00982823452	HONDA / POP100

ANO FAB.	CAT. TABELA	Nº CHASSI
2008	9	9C2EB02108R059712

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

FUS (RS)	DETRAN (RS)	CUSTO DO SEGURO (RS)

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

**CNPJ 09.248.608/0001-04**

Ressonância Magnética  
Densitometria Óssea  
Raios-X Digital - CR  
Mamografia de Alta Resolução Digital - CR  
Tomografia Computadorizada Multislice  
Ultrassonografia Geral e com Doppler



INSTITUTO  
DE RADILOGIA  
DE CAICÓ

TAISA FLORIZA DA SILVA

CAICÓ-RN

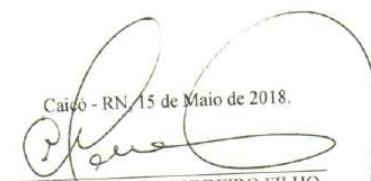
15 05 2018

DR(A).: JULIANA COSTA

RX DO JOELHO DIREITO

**RAIOS-X DIGITAL COMPUTADORIZADO**

- Sinais de fratura consolidada com calo ósseo em formação e com placa e parafusos metálicos.

  
Caicó - RN, 15 de Maio de 2018.  
DR. VADEMAR CORDEIRO FILHO  
CPF: 043.991.374-87  
CRM: 613/RN  
Ass. Digitalizada

Hospital Tiago Dias  
Rua Manoel Elpídio S/N - Penedo - Caicó/RN  
84 3417-1252 | 99668-1661 | 98726-4722



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAICÓ  
SAMU METROPOLITANO

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o usuário dos serviços de saúde TAISA FLORIZA DA SILVA, 28 anos, foi atendido pela equipe do serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU-192-RN da cidade de Caicó –RN no dia 15.07.2017 às 06:30 horas, no endereço SITIO MANHOSO, paciente vítima de QUEBDA DE MOTO.

A presente declaração expressa a verdade

Caicó-RN 09 de AGOSTO de 2017

Victor Medeiros de Araujo Xavier  
COREN-RN 432299  
Enfermeiro

Jardênia Azevedo da Silva Noronha  
Coordenadora da base descentralizada do SAMU metropolitano em Caicó/RN  
COREN-RN 264.657

**Ressonância Magnética**  
**Densitometria Óssea**  
**Raios-x Digital - CR**  
**Mamografia de Alta Resolução Digital - CR**  
**Tomografia Computadorizada Multislice**  
**Ultrassonografia Geral e com Doppler**



**INSTITUTO  
DE RADILOGIA  
DE CAICÓ**

REGISTRO N° 26853/2017

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**

**LAUDO**

**NOME DO PACIENTE.....: TAISA FLORIZA DA SILVA**

**MÉDICO SOLICITANTE.....: DR. HANDERSON ARAÚJO**

**CONVÊNIO.....: SUS**

**EXAME SOLICITADO.....: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO DIREITO**

**DATA DO EXAME.....: 18.07.2017**

**CIDADE.....: CAICÓ-RN**

Estudo realizado através de cortes tomográficos computadorizados helicoidais, axiais com 2mm de espessura com técnica partes moles e estruturas ósseas, sem uso de meio de contraste endovenoso, com reconstruções nos planos coronais, sagitais e 3D, que revelou:

**Edema de partes moles.**

**Sinais de fratura na tibia proximal direita com severo comprometimento do platô tibial com fratura cominutiva e avulsão de fragmentos ósseos.**

**Redução do espaço articular.**

**Existe fratura linear bem compactada no 1/3 superior da fibula.**

**CONCLUSÃO:**

**- Fratura cominutiva do platô tibial à direita e da tibia proximal ipsilateral.**

Caicó - RN, 18 de Julho de 2017.

DRº VALDEMAR CORDEIRO FILHO  
CPF: 043.991.374-87  
CRM: 613/RN  
Ass. Digitalizada

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica da radiografia interpretado pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e seu resultado pode ser modificado de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.  
Hospital Tiago Dias  
Rui Mendel Espírito Santo, 310  
Caicó/RN  
(84) 3417 - 1252

022.198  
Internada

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA - SESAP  
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SÉRIDO - UHRS  
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, S/N – Paulo VI – Caicó/RN  
CEP: 59.300-000 – Telefones: (84) 3421-2628  
CNPJ: (M) 08.241.754/0135-57

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	DATIVO	DATA	15.07.17	HORA DA ENTRADA	08:30	Nº ATENDIMENTO	16				
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Os campos devem ser preenchidos por extenso; sem abreviaturas e de forma legível											
NOME	Taissa Floriza da Silva	DATA DE NASCIMENTO	06.01.84	IDADE	28 a	SEXO	F				
CPF	089.091.574-75	RG	9736583	DATA DE EXPEDIÇÃO SEP. RN							
NATURALIDADE	Jardim do Sérido	ESTADO CIVIL	Solteira	PROFISSÃO	Vendedora	CARTÃO SUS					
NOME DA MÃE	Jurandi Maria da Silva	NOME DO PAI				Américo Jerônimo da Silva Es					
ENDERECO	Sítio Coração Viva	BAIRRO				Auto Branco					
CIDADE/ESTADO	Auto Branco	TELEFONE DE CONTATO				98385763					
PA	mmhg	FC	bpm	FR	irpm	TEMP. AXILAR	*C.	SpO2	%	Glicemia	mg/dl
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde											
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista											
Paculo estreitado de moto ciclote c/ fratura de Tibia D.				fratura de Tibia D.							
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO				ESCORE DE GLASGOW							

CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES  
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista

Rf Perme D Ade c  
CAMPO 4 - PRESCRIÇÃO MÉDICA  
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista

*Carlos Procháza Linsena*  
12-1999  
po. 161-34  
MÉDICO PLANTONISTA/CRM

RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN

CAMPO 6 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE



Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria Estadual de Saúde Pública  
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ  
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, S/N - Bairro Paulo VI - Caicó/RN  
CEP: 59.300-000 - Telefax: (84) 3421-9630 / 9628 / 9620  
CNPJ: (MF): 08.241.754/0135-57

107-01

## AUTORIZAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE - APAC

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

I - PACIENTE	DATA: 17.07.17
NOME:	Jaime Flávio
Nº DO PRONTUÁRIO FAMILIAR:	02.2198
DATA DE NASCIMENTO:	08/01/1989
SEXO:	<input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO
ENDEREÇO:	Rua Coronel Martiniano 1255
TELEFONE:	(84) 98381-63
CÓDIGO:	
RG:	2436523
CPF:	082091174-75
IDADE:	26 anos
MUNICÍPIO:	Caicó
ESTADO:	RN

II - SOLICITAÇÃO		
EXAMES ANTERIORES:	02 - ( ) ANGIOGRAFIA 05 - ( ) E.E.G. 07 - ( ) ENDOSCOPIA 10 - ( ) LIQUOR 99 - ( ) OUTROS	11 - ( ) MIELOGRAMA 12 - ( ) RX CONTRASTADO 13 - (X) RX SIMPLES 14 - ( ) ULTRASSONOGRAFIA
RESULTADOS:	Fx em Fx em tubul	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:	Fx Phlebitis D	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (CADASTRADAS):	C.I.D.: 5821	
Sálito TC de sálito D em tele		
UNIDADE SOLICITANTE:		
DATA: 17.07.17	ASSINATURA E CARIMBO C/CRM:	

III - AUTORIZAÇÃO	
PROCEDIMENTO AUTORIZADO:	CÓD. PROCEDIMENTO:
MOTIVO DA NÃO AUTORIZAÇÃO:	
UNIDADE AUTORIZADORA:	CÓD. UNIDADE:
DATA:	ASSINATURA E CARIMBO COM C/CRM:

IV - REALIZAÇÃO	
AGENDADO NA UNIDADE:	CÓD. UNIDADE:
ENDEREÇO:	MUNICÍPIO:
DATA DO EXAME:	HORA:
RESPONSÁVEL NA UNID. PRESTADORA:	
CÓD. PROCEDIMENTO:	RESULTADO: 01 - ( ) NORMAL 02 - ( ) ALTERADO
DATA:	ASSINATURA E CARIMBO C/CRM:
ASSINATURA DO PACIENTE:	

V - AVALIAÇÃO (REVISÃO TÉCNICO - ADMINISTRATIVA)	
( ) VALIDADO O PAGAMENTO DOS PROCEDIMENTOS ACIMA DESCritos	
( ) NÃO VALIDADO O PAGAMENTO DOS PROCEDIMENTOS ACIMA DESCritos PELO MOTIVO DE:	
DATA:	ASS. E CARIMBO DO TÉCNICO:

ALIGRAF (84) 3417-2206



**OBSERVAÇÕES**

Taixa Floriza da Silva.

**ASSINATURA DO PORTADOR**

LOCAL: CAICO, RN | DATA EMISSÃO: 21/10/2013

ASSINATURA DO EMISSOR

05248036095  
RN701832692

**DETRAN/RN (RIO GRANDE DO NORTE)**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**

881973373



Sistema Único de Saúde

TAISA FLORIZA DA SILVA

Data Nasc.: 08/01/1989 | Sexo: F

706 3071 3958 6080

DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.  
Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque-Saúde.

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

**cosern**  
neoenergia

**cosern**  
Grupo Neoenergia

DADOS DO CLIENTE

GILBENE NUNES DE QUEIROZ

CPF: 535.927.514-88

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL | SÉRIE | EMISSÃO  
000331258 | UNICA | 09/08/2017

APRESENTAÇÃO | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO

DA UNIDADE

J. V. CORONEL MARTINIANO 1255 C  
AP-104

CENTRO/ÁREA URBANA  
CAICO RN  
59300-000

CONTA CONTRATO | MÊS/ANO  
0434122015 | 06/2017

DATA DE VENCIMENTO | DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA  
05/07/2017 | 10/07/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

PROCURADOR MEDICAL E CONTROLE DE APLICAÇÃO	
<p>Estrada do Rio Grande do Norte Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte Unidade Hospitalar Regional do Seridó Estrada do Perimetro Ingádo Sausí, S/n - Bairro Puerto VI - Caicó (RN) CEP: 59.300-000 CNPJ (NFe): 08.241.754/0135-57 - Telefax: (0-84) 3421-9630 e 9628</p>	
DIA:	§ 55, art. 1º, § 4º

PACIENTE:	Teresa Flórez Jiménez	
Nro. DE REGISTRO:	029-252	
FECHA:	15-04-14	
DATA DE ADMISIÓN:	14-04-14	

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: KALINA LEILA NUNES MENDES MEDEIROS  
<https://pj.ej.tjrj.jus.br:443/pj1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19032917213090100000039930732>  
Número do documento: 19032917213090100000039930732

Num. 41279324 - Pág. 21

HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO.  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS.  
Responsáveis Técnicos:  
Vanessa Kelly CRF 2678 Jarine Torres CRF 2264  
Denise Klein CRF 2529 Jacinta Fátima CRF 4194

Paciente: TAIZA FLORIZA DA SILVA

Matriônico: 109

Data: 00650664/01  
Data: 25/07/2017 08:06  
Ponto: GERAL  
Convenio: SUS-INTER

Exame: HEMOGLOBINA  
PROGRAMA COMPLETO

Referências

**PROGRAMA:**

Hematocrito.....  
Hemoglobina.....  
Hemácias.....  
Volume Corporal Médio (VCM)  
Hemoglobina Corp. Média (HCM)  
Concentração Hemoglobina (CHCM)

		Adulto Feminino
Hematocrito.....	36,00 %	35,00 a 47,00
Hemoglobina.....	12,00 g/dl	11,50 a 16,00
Hemácias.....	3,99 milhões/mm3	4,60 a 5,60
Volume Corporal Médio (VCM)	90,20 ml	90,00 a 92,00
Hemoglobina Corp. Média (HCM)	30,07 pg	27,00 a 32,00
Concentração Hemoglobina (CHCM)	33,13 %	32,00 a 36,00

**LEUCOCITOS:**

Neutrófilos.....  
Basófilos.....  
Eosinofílos.....  
Mielocitos.....  
Lerimofagócitos.....  
Linfócitos.....  
Monócitos.....  
Neutrofílobas.....

	7.500 /mm3	5.000 a 10.000 /mm3
Neutrófilos.....	0 %	0/mm3
Basófilos.....	3 %	2.25/mm3
Eosinofílos.....	0 %	0/mm3
Mielocitos.....	0 %	0/mm3
Lerimofagócitos.....	0 %	0/mm3
Linfócitos.....	70 %	5.250/mm3
Monócitos.....	24 %	1.800/mm3
Neutrofílobas.....	3 %	225/mm3

**HE-MATOSCOPIA:**

Paciente: BANDO, MARIA  
CONTAGEM DE PLAQUETAS

Referências

Plaquetas.....

224.000 /mm3

150.000 a 450.000 /mm3

Scans: 100% - 100%

HOSPITAL REGIONAL DO SERIDO.  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS.

Responsaveis Técnicos:

Adrielly Kelly CRF 2679 Jardim das Flores CRF 2264  
Benvinda Kleiton CRF 2529 Javimia Fatin CRF 1194

Paciente: TAIZA FLORTZA DA SILVA

Maternal: 100

TEMPO DE COAGULACAO (EM MINUTOS)

RESULTADO ..... 7,30 minutos

Ficha:00650664/01  
Data:25/07/2017 08:06  
Posto:GERAL  
Convenio:SUS-INTER

MATERIAL: SANGUE TOTAL

TEMPO DE SANGRAMENTO

RESULTADO ..... 2,00 minutos

referencia

referencia

CONTAGEM DE PLAQUETAS

RESULTADO ..... 324.000 /mm3

150.000 a 350.000

Referencia:

TEMPO DE COAGULACAO (EM MINUTOS)

RESULTADO

110 mg/dl

65 a 99

Referencia: 65-99 mg/dl

TEMPO DE COAGULACAO (EM MINUTOS)

29,00 mg/dl

15,00 a 40,00

Referencia: 15-40 mg/dl

Assinatura:

Enviado por:

Assinado por:

HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ.  
LABORATORIO DE ANALISES CLÍNICAS.  
Responsáveis Técnicos:  
Vanessa Kelly CRF 2678 Jariae Torres CRF 2264  
Guylson Kleiton CRF 2529 Jacinta Fatinha CRF 1194

Paciente: TAIZA FIORIZA DA SILVA

Pac: 00650664/02  
Data: 25/07/2017 08:06  
Posto: CERAII  
Convenio: SUS-INTER

MATRICULA: 109

Referência:

URIDOL - URO  
CREATININA

RESULTADO: 0,80 mg/dL 0,40 a 0,80

Unidade: mg/dL - Resultado:

Assinatura: KALINA LEILA NUNES MENDES MEDEIROS

CPF: 310.123.000-00

Assinatura: KALINA LEILA NUNES MENDES MEDEIROS  
CPF: 310.123.000-00

(PT: 082-091-574-45  
RG: 2736533 - EXP: SSP-RN



Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria Estadual de Saúde Pública  
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ  
Endereço: Perimetral irrigado Sabugi, 8/M - Bairro Faule VI - Caicó/RN  
CEP: 59.300-000 - Telefax: (84) 3421-9630 / 9628 / 9620  
CNPJ: (MP): 08.241.754/0135-67

### LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

#### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Unidade Hospitalar Regional do Seridó

2 - CNES

6778550

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

U.H.R.S

4 - CNES

6778550

#### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Taisa Florizo da Silva

6 - N° DO PRAZENTÁRIO

022-289

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

410161301711319151816101810 08101 189

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc

Fem

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Jurandi maria da Silva

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO  
n° DO TELEFONE

8149919101515131818

12 - ENDEREÇO (RUA N° BAIRRO)

R. Maximino Joaquim, 54 - Vila do Príncipe

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caico - RN

8115193001010100

#### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ac. moto (SIC)  
Febre, dor de cabeça, dor nas costas  
Confusão

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

RC

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

LEVK

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Hist. f. de. dis.

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

#### PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Testes

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

( ) CNS ( ) CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

25/2/12

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

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

#### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

/ /



Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó  
Estrada do Pérímetro Irrigado Sabugí, s/n – Bairro Paulo VI – Caicó (RN) - CEP: 59.300-000  
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0\*\*84) 3421-9630, e 9628

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – CLINICA MÉDICA

Admissão ( ) Evolução ( )

DATA: 26/07/167

Nome: Tânia Flávia da Silva Leito: 109-L

Diagnóstico: PQ fratura clítilia Unidade de Origem: \_\_\_\_\_

### SINAIS VIAIS:

Pulso: 84 bpm PA: 100x70 Temperatura: 36,7°C FR: 14 respir FC:

EGB: ( ) EGR (X) EGG: ( )

HIGIENE: (X) Satisfatória ( ) Insatisfatória ( ) Banho no leito

SONO E REPOUSO: ( ) Preservado (X) Interrompido Motivo: dor na coxa

### AVALIAÇÃO NEUROLOGICA:

Nível de Consciência: (X) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Torpor ( ) Coma vigil ( ) Coma depassé

Nível de Orientação: (X) Orientado ( ) Desorientado

Fala: (X) Normal ( ) Alterada ( ) Não testável

### AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA:

TÓRAX: (X) Simétrico ( ) Assimétrico RITMO: (X) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Taquipneico

OXIGENOTERAPIA: (X) O2 ambiente ( ) MV \_\_\_\_ % ( ) Cateter nasal ( ) Esquema NZB \_\_\_\_ x dia

Secreção ( ) Quantidade: \_\_\_\_\_ Aspecto: \_\_\_\_\_

Dreno ( ) Local: \_\_\_\_\_ Débito: \_\_\_\_\_ Aspecto: \_\_\_\_\_

### AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR:

P脉sos: (X) Radial ( ) Femoral ( ) Presente ( ) Ausente (X) Cheio ( ) Filiforme

Acesso venoso: (X) AVP ( ) AVC ( ) Dissecção ( ) Outro: \_\_\_\_\_ ( ) Com flebite

Local: M5D Aspecto: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Edema: ( ) Ausente (X) Presente Intensidade: +3/+4 Local: M5D

Perfusão periférica: (X) Normal ( ) Alterada ( ) Cianose

Pele: ( ) Integra (X) Perda de solução de continuidade

Coloração: ( ) Normocorada (X) Hipocorada ( ) Icterícia Turgor: ( ) Normal ( ) Diminuído

### AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL E GENITO-URINÁRIO:

Mucosa Oral: (X) Normal ( ) Ressecada ( ) Lesão ( ) Sangramento

Dieta: (X) Oral aceitação: poco ( ) SNE ( ) SNG ( ) GTM ( ) Zero

( ) SNG/SNE aberta Débito: \_\_\_\_\_ Aspecto: \_\_\_\_\_ ( ) Jejunostomia

Abdômen: (X) Flácido ( ) Globoso ( ) Plano ( ) Distendido ( ) Timpânico ( ) Dor á palpaçá

Eliminações Intestinais: (X) Ausente há hoy ( ) Presente ( ) Espontâneas

( ) Fralda ( ) Normal ( ) Enterorragia ( ) Líquida

( ) Pastosa ( ) Resscada ( ) Melena ( ) Diarréia

Vesicais: ( ) Ausente (X) Presente ( ) Espontâneas

*Israel Medeiros  
Enfermeiro  
001778-0*



Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte  
Órgão: Hospital Regional do Sertão  
Endereço: Rua General José da Cunha, 100 - Centro - Mossoró - RN - CEP: 59300-000  
(CNPJ/MF) 10.217.154/0125-57 CNPJ: (01) 3424-9660-6 9628447

## EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:	Tânia Floraiza da Silveira	Nº de Registro	Data Admissão
		033887350117	

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	PACIENTE
25/07/17	08:50	Paciente admitido neste setor em exame, de mala com rotina habitual de MTD, equal de cintega, consciente plenamente, bons e seguros pressões, sem lesões cutâneas Dr. HHS (alergias), em tempo APP: NSD com leitos de baixa e 0,7m, exames vitais e intestinais F: 55mm PA: 110x70 mmHg, Fr: 86 bpm, FR: 12 min/m T: 37,3°C. Segue seu cuidado da equipe	Rugente
25/07/17	10:00	Exames vitais: APP: NSD, F: 55mm, PA: 110x70 mmHg, Fr: 86 bpm, FR: 12 min/m, T: 37,3°C.	
25/07/17	14:00	Exames vitais: APP: NSD, F: 55mm, PA: 110x70 mmHg, Fr: 86 bpm, FR: 12 min/m, T: 37,3°C.	
27/07/17	10:00	Paciente em exame	
28/07/17	08:00	Exames vitais: APP: NSD, F: 55mm, PA: 110x70 mmHg, Fr: 86 bpm, FR: 12 min/m, T: 37,3°C.	

Tereza Cristina de M. Dantas  
Enfermeira  
COREP/RN 494818

Dr. Fábio Glácon Dantas  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM/PE 21.151 CR/4/RN: 6725  
SROT nº 15937



Estado do Rio Grande do Norte.  
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Unidade Hospitalar Regional do Seridó  
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n – Bairro Paulo VI – Caicó (RN) - CEP: 59.300-000  
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0\*\*84) 3421-9630, e 9628

RECEITUÁRIO

Lendo M. M. des

Taxa F. da Sra. M. M.

de Fatura grande em Platéf. fil

Dir em 15-07-17. Para operação

e época. Desta sequela de dor, bloqueos  
articulares e claudicação em M.F.D.

Tem perda funcional da articulação  
do joelho dir.

Códic: 582, 793

22-318

Dr. 2017  
150717  
B  
2017  
0717  
0717



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAICÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CENTRO DE REABILITAÇÃO INFANTIL E ADULTO – CRI CRA

## Relatório de Tratamento

Taisa Flórida da Silva realiza tratamento fisioterapêutico nesta unidade de Saúde desde o dia 17/11/2017. JÁ foram realizados 51 sessões de tratamento, porém apresenta bloqueio articular rígido, com 44° de flexão de joelho Q.

Não está apta a alta do serviço. Aguardamos realização de procedimento cirúrgico para ganho de ROM.

CM Souza

Claudiana Medeiros de Souza  
Fisioterapeuta  
CREFITO I 59.698 - F

Caicó, 08/08/2016

Pça Dr. José Medeiros, Sn Caicó/RN





Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte  
Unidade Hospitalar Regional do Seridó  
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n – Bairro Paulo VI – Caicó (RN) - CEP: 59.300-000  
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (088) 3421-9630, e 9628

RECEITUÁRIO

Tasso Flexor da Sílex

Rx

uso int.

① CEFADROXILA 500 mg — 14 cp.  
Tomar 01 cp no 12/12h,  
por 07 dias.

② Artrosil 160 mg — 03 u  
Tomar 01 cp no 12/12h  
por 05 dias.

28/07/17

Dr. Tasso Alacón Dantas  
Ortopedista/Traumatologista  
CRM/PE 21251 - CRM/RN: 6725  
SBOT nº 15027

Pelvis: 10-8-17 7:30h

Fr. Belko D. 1989

Ref points active

Não posso

Refno: 14-973

1  
w  
4

R pelle in prep

— 1 —

Aug 20 1994  
M. T. S. (M.T.S.)  
M. T. S. (M.T.S.)  
M. T. S. (M.T.S.)



Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte  
Unidade Hospitalar Regional do Seridó  
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n – Bairro Paulo VI – Caicó (RN) - CEP: 59.300-000  
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (084) 3421-9630, e 9628

RECEITUÁRIO

Taisa F. da S. Souza

R\$ 12,00  
Cobrança 018 — 12 PA

25/7/17

AS



Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte  
Unidade Hospitalar Regional do Seridó  
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000  
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (084) 3421-9630, e 9628

RECEITUÁRIO

Taís Flórcia da Silva.

R

Uso INJECCIONAL

- ① Versa 40 mg — 10 frascos  
Fazer 0,4 ml (40 mg) subcutâneo  
1x ao dia, por 10 (dez) dias.

Uso ORAL

- ② Novalgina 1g — 20 caps.  
Tomar 01 cp no 6/6h - por  
05 dias.

21/07/17

Dr. Taís Alacón Danté  
Ortopedista/Traumatologista  
CRM/PE 21251 - CRM/RN: 6725  
SBOT Rº 1503



## 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  Nome completo da vítima   
**082-091.574-75** **TAISA FLORIZA DA SILVA**

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	<b>Taísa Floriza da Silva</b>	CPF titular da conta	<b>082-091.574-75</b>	Profissão	<b>Vendedora</b>
Endereço	<b>Av. El. Martiniano 1255</b>	Número	<b>1255</b>	Complemento	<b>AP: J04</b>
Bairro	<b>Centro</b>	Cidade	<b>Caico</b>	Estado	<b>RN</b>
Email	<b>taisaflor@hotmail.com</b>				Telefone (DDD) <b>84. 98905.5388</b>

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

**CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<b>0758</b>	<b>013</b>	<b>15407</b>	<b>9</b>

(Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO	Nome	NRO.

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V

(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 Lider 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.

**Caico** , **23** de **Abril** de **18**  
Local e Data

**Taísa Floriza da Silva**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

## SEGURADO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

### COBERTURA SOLICITADA

MORTE     INVALIDEZ PERMANENTE     DAMS

### IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA TAISIA FLORIANA SILVA

DATA DO ACIDENTE 15/07/11 POSSUI CPF  SIM  NÃO N° CPF 082091374.25

### PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ( Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ( CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ( Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ( Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada  Sim  Não
- ( Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ( Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ( Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada  Sim  Não
- ( Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), juntamente com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ( Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ( Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ( CPF da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de
- ( Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ( Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ( Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada  Sim  Não
- ( Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ( Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ( Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ( Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ( Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ( CPF da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ( Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE Morte

- ( Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada  Sim  Não
- ( Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada  Sim  Não
- ( Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ( Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ( CPF da vítima (cópia simples)
- ( Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ( CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ( Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ( Autorização de pagamento para todos os beneficiários(original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ( Laudo Cadáverico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada:  Sim  Não

### DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- ( BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
- ( Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ( Declaração de Cônjugue (original)
- ( BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)
- ( Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- ( BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
- ( Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ( Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ( Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- ( Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- ( BENEFICIÁRIO DESCENDENTE FILHO(A) OU NETO(A))
- ( Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ( BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PA), MÃE OU AVÓ(S))
- ( Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ( BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
- ( Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ( Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ( Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ( Outros Documentos apresentados:

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Taisa Flavia

Quem é o portador?  Vítima  Beneficiário  Representante Legal - CPF do portador 082091374.25  
E-mail \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome) SEVERINO DE ALMEIDA Matrícula 1534  
Atendente 22/05/18 Assinatura: \_\_\_\_\_  
Matrícula \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
3ª Vara da Comarca de Caicó  
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0801167-49.2019.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: TAISA FLORIZA DA SILVA

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

**DESPACHO**

Inicialmente, defiro o pedido de assistência judiciária gratuita, por entender que a parte autora preenche os requisitos do art. 98 e seguintes do CPC/2015.

Ademais, prevê o art. 334 do Código de Processo Civil que caso a petição inicial preencha os requisitos essenciais e não seja o caso de improcedência liminar do pedido, a requerida será citada e intimada para audiência de conciliação ou mediação (CPC, art. 334).

Não obstante, na presente demanda a parte autora alega ter sido vítima de acidente de trânsito e que em razão disso lhe causou danos materiais e sofreu intervenções em membro do corpo permanentemente comprometedoras de parte ou da totalidade de suas funções, fazendo jus, portanto, ao recebimento de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT.

A prática forense demonstra que, em demandas desse tipo, somente são ajuizados os casos em que os seguros não foram pagos ou, se pagos, não atenderam à expectativa dos envolvidos quanto ao grau de invalidez pertinente, tendo em vista que não há nenhuma informação ao beneficiário dos critérios médicos usados.

É, portanto, necessário ao esclarecimento do caso a realização de perícia médica que determine, com precisão, a graduação da debilidade do postulante, para que se possa quantificá-la de acordo com a tabela anexa à Lei nº 6.194/74 e Súmula 474 do STJ.

No presente caso, portanto, afigurar-se-ia infrutífera uma prévia tentativa de conciliação e mediação antes de saber a extensão exata do dano, a fim de adaptá-lo à tabela oficial, o que resultaria em medida ineficaz, tanto a usual prática de mutirões

de conciliação referentes à ações judiciais envolvendo seguro DPVAT acontecem com a realização simultânea de perícia médica para determinação do tipo e grau de lesão.

Neste contexto, a perícia não é apenas essencial para a solução do mérito, mas sim para a própria conciliação prévia, sendo então medida elementar para a celeridade processual dispensar, momentaneamente, a audiência a que se refere o art. 334 do CPC, postergando a sua realização para momento oportuno.

Ante o exposto, proceda-se à citação da parte ré, para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, alertando-a da regra do art. 344 do NCPC.

Caso haja contestação e havendo nesta arguição de preliminar ou fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (NCPC, artigos 350 e 351), dê-se vistas ao autor, através de seu advogado, a fim de que se pronuncie a respeito, no prazo de 15 (quinze) dias, procedendo sempre a Secretaria conforme o disposto no art. 203, § 4º, do NCPC.

Na hipótese de a citação não ser levada a efeito, intime-se igualmente o autor, por seu advogado, no prazo supra, para se pronunciar sobre a diligência negativa.

Com ou sem contestação ou, após a manifestação sobre a contestação, se for o caso, faça-se conclusão.

Publique-se. Intimem-se. Cumpra-se.

Diligências e expedientes necessários.

Caicó/RN, data do sistema.

Juiz LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA

Titular da 3ª Vara de Caicó