



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	2. CNH	Outros documentos
41279 298	29/03/2019 17:23	3. Comprovante residência	Outros documentos
41279 332	29/03/2019 17:23	4. Comprovante de Renda	Outros documentos
41279 304	29/03/2019 17:23	5. Declaração de Hpossuficiência	Outros documentos
41279 314	29/03/2019 17:23	6. Procuração	Outros documentos
41279 324	29/03/2019 17:23	7. Documentos Comprobatórios	Outros documentos
41855 669	25/04/2019 11:41	Despacho	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 - Bldo. Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARCIA BEZERRA DE ARAUJO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSE NILTON 58

CPF: 031.922.864-90

PENEDOVAREA URBANA
CAICO RN
59300-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO

MÊS/ANO

0850598975

09/2018

DATA DE VENCIMENTO

DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA

11/09/2018

04/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

56,36

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
011722838	UNICA	03/09/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
03/09/2018	3000767927	115850

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	90,0000000	0,63927160	51,06
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,30

TOTAL DA FATURA

56,36

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
2150072191	CAT	02-08-2018	1.009,00	03-09-2018	1.069,00	32	1,00000		60,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	kWh
SET 18	80
AUG 18	32
JUL 18	38
JUN 18	30
MAI 18	30
ABR 18	30
MAR 18	55
FEV 18	63
JAN 18	63
DEZ 17	55
NOV 17	54
OUT 17	51
SET 17	58

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	18,00	10,14
PIS	1,19	0,67
COFINS	5,45	3,08

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

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

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo(kWh) 0,48081000

RESERVADO AO FISCO

06A7 DAB6 94AE 152B D4E8 A225 7743 4794

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague o valor devido pelo período de uso da fatura no prazo de 10 dias, contados a partir da data de emissão da fatura. O pagamento deve ser feito em espécie ou por depósito em nome da Companhia Energética do Rio Grande do Norte. O cliente é responsável por manter a fatura em sua posse e por apresentá-la quando solicitado. A fatura é emitida em nome da Companhia Energética do Rio Grande do Norte e não pode ser utilizada para fins de comprovação de pagamento de impostos ou para fins de comprovação de pagamento de taxas de atendimento comercial.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

Recibo de Pagamento (Folha de Pagamento)		Data e Assinatura 31/08/18 Jana Floriza da Silva	
Empregador OTICA SANTANA LTDA ME	Admissão 01/12/2014	Competência Agosto de 2018	
Empregado 000009 TAISSA FLORIZA DA SILVA	Cartão VENDEDOR(A)	Lotação VENDAS	
PIS 16531466465	Banco	Conta	Tipo de Conta
Discriminação das Verbas			
Cod.	Descrição	Referência	Provento
011 310	Salário-Base INSS	30 dia(s) 9%	1.908,00
			171,72
			Total de Proventos 1.908,00
			Total de Descontos 171,72
			Líquido a Receber 1.736,28
Salário Contratual 1.431,00	Base de Cálculo do INSS 1.908,00	Base de Cálculo do FGTS 1.908,00	FGTS Contribuição Social 152,64
			Base de Cálculo do IRRF

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

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 judicium 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



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 Taiza F. da Silva foi
examinado nesta Unidade Hospitalar Regional do Seridó, às 08 horas, necessitando
de 90 (noventa) dias de afastamento do trabalho por motivo de moléstia no CID com
Nº 582 a partir desta data.

Caicó RN, 15 / 07 / 17.

Dr. Silvio Santos Filho
CRM 9875 / CRM RN 9875

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 Taiza Flôriz da Silva foi
examinado nesta Unidade Hospitalar Regional do Seridó, às 08 horas, necessitando
de 60 (Sessenta) dias de afastamento do trabalho por motivo de moléstia no CID com
Nº 582 a partir desta data.

793
Caicó RN, 14 / 9 / 17.

Dr. Silvio Santos Filho
Traumatologia
TEST 9875 / CRM
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 Taiza F. da Silva foi
examinado nesta Unidade Hospitalar Regional do Seridó, às 08 horas, necessitando
de 90 (noventa) dias de afastamento do trabalho por motivo de moléstia no CID com
Nº 582 a partir desta data.

793
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 Taiza Pláza da Silva foi
examinado nesta Unidade Hospitalar Regional do Seridó, às 08 horas, necessitando
de 90 (noventa) dias de afastamento do trabalho por motivo de moléstia no CID com
Nº 582 a partir desta data.

793

Caicó RN, 14 / 12 / 12.


Assinatura do Médico-CRM



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia 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: J2017177000519
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 07/08/2017 19.44.33
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 15/07/2017 08.00.00
2.3 Fato: Consumado
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Rural
2.8 Número: SN
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida
2.4 Flagrante: Não
2.7 Logradouro: SÍTIO MANHOSO
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência:
2.13 Cidade: CAICÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: TAISA FLORIZA DA SILVA
3.3 Nome Social:
3.5 Etnia: Branca
3.7 Sexo: FEMININO
3.9 CPF: 08209117475
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: ESTUDANTE
3.15 Telefone(s): 84 99055388
3.17 Número: 1255
3.19 Bairro: CENTRO
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.23 Cidade: CAICÓ

3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.4 Pai: ANASTACIO JERONIMO DA SILVA FILHO
3.6 Mãe: JURANDI MARIA DA SILVA
3.8 Orientação Sexual:
3.10 Identidade de Gênero:
3.12 Data de Nascimento: 08/01/1989
3.14 RG: 2736523 - ITEP/RN
3.16 Passaporte:
3.18 Naturalidade: JARDIM DO SERIDO RN
3.20 E-Mail:
3.22 Logradouro: AVENIDA CORONEL MARTINIANO
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 INCLuíDOS ACUSADOS)

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.3 Chassi: 9C2HB02108R059712
7.1.5 Placa: NNM9826
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.9 Ano do Modelo: 2008
7.1.11 Cor do veículo: PRETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: TAISA FLORIZA DA SILVA
7.1.17 Nome do condutor: TAISA FLORIZA DA SILVA
7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:
7.1.4 Renavam: 00982823452
7.1.6 Estado:
7.1.8 Modelo: POP100
7.1.10 Ano de Fabricação: 2008
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.14 Número do Motor:
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

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 SÍTIO MANHOSO/CAICÓ/RN EM UMA ESTRADA CARROÇÁVEL EM UMA CURVA DEPAROU-SE COM UM CACHORRO QUE ATRAVESSOU A FRENTE DO VEÍCULO, NÃO SENDO POSSÍVEL DESVIAR DO ANIMAL, ONDE OCORREU A BATIDA DO VEÍCULO CONTRA O ANIMAL OCORRENDO O ACIDENTE DE TRÂNSITO, TENDO O VEÍCULO E A VÍTIMA CAÍDO AO CHÃO, QUE A VÍTIMA SOFREU 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 04615654427.

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

Policial

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: J2017177000519 - Código de autenticação: 24a25793f621f1139208b3274c4e4a

Página 1 1

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** 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

Vítima: 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** 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, 30 de Junho de 2018

Carta nº: 13030500

A/C: TAISA FLORIZA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180263876
Vítima: 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



CARTEIRA DE TRANSPORTE GRATUITO

NIS: 16531466465 N° DE RG: 2.736.523

ENDEREÇO: Av. Coronel Martiniano, n° 1255, AP 104.
Centro

SECRETARIA MUNICIPAL DO TRABALHO,
HABITAÇÃO E ASSISTÊNCIA SOCIAL

DATA NASC. 08/01/1987 CPF 082.091.174-75 VALIDADE 31/12/2020

Maurício Ernesto de Araújo SECRETÁRIO MUNICIPAL DE HABITAÇÃO E ASSISTÊNCIA SOCIAL
Rafael PREFEITO



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


Claudiana Medeiros de Souza
Fisioterapeuta
CREFITO 59.698-F

Claudiana Medeiros de Souza
Fisioterapeuta
CREFITO I 59.698

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 diagnostico 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
Fisioterapeuta CREFITO 9822/LTF

Endereço: Rua Firmo 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 - DEGEPO
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 15/08 /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°: 2.736.523-1 03. Naturalidade: JARDIM DO SERRO/RN

04. Filiação: ANASTASIO GERONIMO DA SILVA FILHO e JUANDE MARIA 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 MARCELIANO, 2255, Centro, Caicó/RN

11. Local da Ocorrência: SERRO MANHOJO

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

Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO

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 [Assinatura]
DPC Leonardo de Andrade Germano
Delegado de Polícia Civil

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 1 COD. RENAVAM 00982823452 EXERCICIO 2018

NOME: TAISSA FLORIZA DA SILVA

CPF/CNPJ 082.091.174-75 PLACA NNM9826

CHASSI 9C2HB02108R059712

ESPECIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/POP100 ANO FAB 2008 ANO MOD 2008

CAP / POT / OIL 0CV/97 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE PRETA

VENC. COTA UNICA 08/05/2018 VENC. COTAS 1º PAGO 2º PAGO 3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 002824 3X PARCELAMENTO / COTAS R\$ *****

*** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO *** DATA DE PAGAMENTO: 07/03/2018

MOTOR: HB02E18059712 OBSERVAÇÕES

CATCO/RN 454

Siderley Bezerra da Silva
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - RN

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

RN Nº 013709372339 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO 26 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 CPF / CNPJ 082.091.174-75 PLACA NNM9826

RENAVAM 00982823452 MARCA / MODELO HONDA/POP100 Nº CHASSI 9C2HB02108R059712

ANO FAB 2008 CAT 26E 9

PRÊMIO TARIFÁRIO
DENATIAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO ☐ COTA UNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

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



INSTITUTO
DE RADIOLOGIA
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. VALDEMAR CORDEIRO FILHO
CPF: 043.991.374-87
CRM: 613/RN
Ass. Digitalizada

Hospital Tiago Dias
Rua Manoel Elpidio 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 SÍTIO MANHOSO, paciente vítima de QUEDA DE MOTO.

A presente declaração expressa a verdade

Caicó-RN 09 de AGOSTO de 2017

Victor Medeiros de Araujo Xavier

Enfermeiro - RN 432299

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

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



INSTITUTO
DE RADIOLOGIA
DE CAICÓ

REGISTRO Nº 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 tíbia 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 fíbula.

CONCLUSÃO:

- Fratura cominutiva do platô tibial à direita e da tíbia 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 baseada na interpretação do médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, pois a evolução das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

Hospital Tiago Dias

Rua Manoel Epitácio, S/N - Penedo - Caicó/RN

(84) 3417 - 1252

022.198
Internada

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA - SESAP
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERTÃO - UIHS
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, S/N - Paulo VI - Caicó/RN
CEP.: 59.300-000 - Telefax: (84) 3421-9628
CNPJ: (MF): 08.241.754/0135-57

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	DATA	HORA DA ENTRADA	Nº ATENDIMENTO
Renato	15.07.17	08:30	16
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível			
NOME	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO
Taiza Floriza da Silva	08.01.84	33a	F
CPF	RG	DATA DE EXPEDIÇÃO	
087.091.174-75	9736523	SEP-RN	
NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	CARTÃO SUS
Sertão do Sertão	solteira	Vendedora	
NOME DA MÃE	NOME DO PAI	BAIRRO	
Isidoro Maria da Silva	Amatário José da Silva Fc	Ouro Branco	
ENDERECO			
Sítio Cachoeirinha			
CIDADE/ESTADO	TELEFONE DE CONTATO	RACIA/COR	
Ouro Branco	98381763	M	
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS			
Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde			
PA	mmhg	FC	bpm
FR	irpm	TEMP. AXILAR	°C
SpO2	%	Glicemia	mg/dl
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO			
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista			
Pacients vítima de acidente de moto colisão com grade de Tábua D.			
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO	ESCORE DE GLASGOW		
fratura de Tábua D.			

CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
RF Perme D. Ape C	
CAMPO 4 - PRESCRIÇÃO MÉDICA	
Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
<p>Carlos Proença de Lueena</p> <p>CPF: 000.000.000-00</p> <p>MÉDICO PLANTONISTA/CRM</p>	
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

104-01

AUTORIZAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE - APAC
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

I - PACIENTE DATA: 17, 07, 17

NOME: Teina Floriano RG: 2736523
Nº DO PRONTUÁRIO FAMILIAR: 022198 CPF: 082091174-75
DATA DE NASCIMENTO: 08, 04, 1989 IDADE: 26 anos
SEXO: ☐ MASCULINO ☒ FEMININO NOME DA MÃE: Juxandira Maria da Silva
ENDEREÇO: Rua Coronel Maximiano 1255 - Bairro: Centro
TELEFONE: (84) 98381-63 MUNICÍPIO: Caicó
CÓDIGO: ESTADO: RN

II - SOLICITAÇÃO

EXAMES ANTERIORES: 02 - () ANGIOGRAFIA 11 - () MIELOGRAMA
05 - () E.E.G. 12 - () RX CONTRASTADO
07 - () ENDOSCOPIA 13 - (X) RX SIMPLES
10 - () LIQUOR 14 - () ULTRASSONOGRAFIA
99 - () OUTROS

RESULTADOS: Ex em Fx Pub. Tubul

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fx Pub. Tubul D C.I.D.: 582.1
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (CADASTRADAS):
Sólido TC de Sólido D com Sólido

UNIDADE SOLICITANTE: DATA: 17, 07, 17 ASSINATURA E CARIMBO C/CRM: Cód. Unidade:

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:

ALGRAF (84) 3417-2206

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: TAISA FLORIZA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF: 2736523 SSP RN

CNPJ: 082.091.174-75 DATA NASCIMENTO: 08/01/1989

PERMISSÃO: ANASTACIO JERONIMO DA SILVA FILHO JURANDI MARIA DA SILVA

ACC: CATIAH AB

Nº REGISTRO: 04615654427 VALIDADE: 17/10/2018 1ª HABILITAÇÃO: 14/04/2009

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR: Taísa Floriza da Silva

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

ASSINATURA DO EMISSOR: 05248036095 RN701832692

DETRAN RN (RIO GRANDE DO NORTE)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 881973373

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.

SUS

energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

cosern neoenergia cosern Grupo Neoenergia

Endereço: Rua Coronel Martiniano 1255 C AP-104 CENTRO/ÁREA URBANA CAICO RN 59300-000

CPF: 535.927.514-88

CLASSIFICAÇÃO: B1 RESIDENCIAL BAIXA RENDA COM NIS Monofásico

CONTA CONTRATO: 0434122015 MÊS/ANO: 06/2017

DATA DE VENCIMENTO: 05/07/2017 DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA: 10/07/2017

TOTAL A PAGAR (R\$):

Nº DA NOTA FISCAL: 000331258 SÉRIE: ÚNICA EMISSÃO: 09/06/2017

APRESENTAÇÃO: Nº DO CLIENTE: Nº DA INSTALAÇÃO:

HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS.

Responsáveis Técnicos:

Vanessa Kelly CRF 2678 Jarine Torres CRF 2264

Denisson Kleiton CRF 2529 Jaciara Patin CRF 1194

Paciente: TATIA FLORIZA DA SILVA

Ficha: 00650664/01

Data: 25/07/2017 08:06

Posto: GERAL

Convenio: SUS - INTER

Matrícula: 109

HEMATOGRAMA COMPLETO

Referências

ERITROGRAMA:

Adulto Feminino

Hematócrito.....	36,00 %	35,00 a 47,00	0
Hemoglobina.....	12,00 g/dl	12,00 a 16,00	1
Hemácias.....	3,99 milhões/mm3	4,00 a 5,60	3 *
Volume Corporal Médio (VCM)	90,24 fL	90,00 a 93,00	
Hemoglobina Corp. Média (HCM)	30,07 pg	27,00 a 32,00	1
Concentração Hemoglobina (CHCM)	33,33 %	32,00 a 36,00	0

LEUCOGRAMA:

Neutrófilos.....	7.500 /mm3	5.000 a 10.000	1
		% /mm3	
Basófilos.....	0 % 0/mm3	0 a 2	100
Eosinófilos.....	3 % 225/mm3	0 a 6	100 a 100
Mielócitos.....	0 % 0/mm3	0 a 5	0 a 0
Monócitos.....	0 % 0/mm3	0 a 7	0 a 100
Linfócitos.....	0 % 0/mm3	0 a 5	150 a 500 *
Plaquetas.....	70 % 5.250/mm3	50 a 62	2.500 a 6.200 *
Glóbulos vermelhos.....	24 % 1.800/mm3	30 a 35	1.000 a 3.500
Glóbulos brancos.....	3 % 225/mm3	0 a 8	100 a 800

HEMATOSCOPIA:

PLAQUETAS

Referências

CONTAGEM DE PLAQUETAS

PLAQUETAS.....	224.000 /mm3	100.000 a 400.000	1
----------------	--------------	-------------------	---

CONTAGEM DE GLÓBULOS VERMELHOS

HOSPITAL REGIONAL DO SERIDO.
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS.

Responsaveis Tecnicos:

Theresa Kelly CRF 2672 Jureia T. L. CRF 2264
Denyson Kleiton CRF 2529 Javina Patin CRF 1194

Paciente: TAINA FLORIZA DA SILVA

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

Matricula: 109

TEMPO DE COAGULACAO LEE WHITE

RESULTADO 7,30 minutos 5,00 a 11,00

MATERIAL: SANGUE TOTAL

TEMPO DE SANGRAMENTO

RESULTADO 2,00 minutos 1,00 a 3,00

CONTAGEM DE PLAQUETAS

RESULTADO 224.000 /mm3 150.000 a 450.000

REPOSTA: REPOSTA

DE REPOSTA

RESULTADO 110 mg/dl 65 a 90

REPOSTA: REPOSTA

RESULTADO 29,00 mg/dl 15,00 a 40,00

Solicitado por

Estimativa de

HOSPITAL REGIONAL DO SERIDO.
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS.

Responsaveis Tecnicos:

Vanessa Kelly CRF 2678 Jairo Torres CRF 2264
Jemisson Kleiton CRF 2529 Jacinta Fátima CRF 1194

Paciente: TALIZA FLORIZA DA SILVA

Ficha: 00650664/02

Data: 25/07/2017 08:06

Posto: GERAL

Convenio: SUS- INTER

Matricula: 109

ANALISE DE
CREATININA

Referencia

RESULTADO 0,80 mg/dl.

0,40 a 1,30

CPF: 087.041.574-75
RG: 2736523 - EXP: SSP-RN



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ
Estrada do Perimetro Irigado Sabugi, SN - Bairro Paulo VI - Caicó/RN
CEP: 59.300-000 - Telefones: (84) 3421-9830 / 9828 / 9820
CNPJ: (MF): 08.241.754/0135-57

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

Faiza Florizol da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

022.289

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

101613101711319151816101810

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/01/1989

Masc

1

Fem

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Israndi Maria da Silva

DDD

814

11 - TELEFONE DE CONTATO

9919101515131818

12 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

R. Maximiliano Joaquim, 54 - Vila do Príncipe

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caicó - RN

14 - COD IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

RN

16 - CEP

51930101010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ac. miop (STC)
fist. pleu. bilateral
con. miop

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

RC

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

4x1x2

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fist. pleu. bil.

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Trat. em

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

25/12/12

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº 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 - COD ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

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 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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CLINICA MÉDICA

Admissão () Evolução () DATA: 26/07/14

Nome: Tainá Floriza da Silva Leito: 109-1

Diagnóstico: PQ fratura de tíbia Unidade de Origem: _____

SINAIS VIAIS:

Pulso: 84 bpm PA: 110x70 Temperatura: 36,7°C FR: 14 mmpm FC: _____

EGB: () EGR (x) EGG: ()

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

SONO E REPOUSO: () Preservado (x) Interrompido Motivo: doz na cirurgia

AValiação Neurológica:

Nível de Consciência: (x) Consciente () Inconsciente () Torpor () Coma vigil () Coma de passé

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:

Pulsos: (x) Radial () Femoral () Presente () Ausente (x) Cheio () Filiforme

Acesso venoso: (x) AVP () AVC () Dissecção () Outro: _____ () Com flebite

Local: MSD Aspecto: _____ Data: ____/____/____

Edema: () Ausente (x) Presente Intensidade: 1+1+ Local: MSD

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

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

Coloração: () Normocorada (x) Hipocorada () Icterícia Turgor: () Normal () Diminuída

AValiação Gastrointestinal e Genito-Urinário:

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

Dieta: (x) Oral aceitação: plena () SNE () SNG () GTM () Zero

() SNG/SNE aberta Débito: _____ Aspecto: _____ () Jejunostomia

Abdômen: (x) Flácido () Globoso pleno () Distendido () Timpânico () Dor á palpaça

Eliminações Intestinais: (x) Ausente há hoje () Presente () Espontâneas

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

() Pastosa () Ressecada () Melena () Diarréia

Vesicais: () Ausente (x) Presente () Espontâneas

Israel Medeiros
Enfermeiro
1778-0



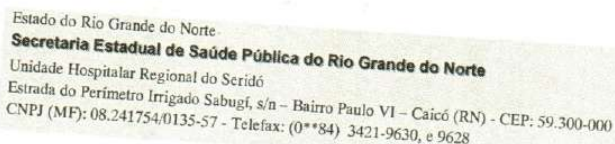
EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE: <u>TACIA FLEIZA DA SILVA</u>	Nº de Registro	Data Admissão
	022287350	7/17

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
25/07/17	08:50	Paciente admitida na sala de cirurgia, de sexo feminino, com histórico de MID, aguda da cirurgia, consciente e orientada, sinais vitais preservados, em dieta líquida, nega DA, HAS e alergias. Em tempo: APT em MSD com diuretics de osmoticos de 0,4g. Eliminação de urina e intestinais 4. SSV: PA=110x70 mmHg, FC=80 bpm, FR=12 mpm, T=37,3°C. Segue sob cuidados da equipe.	A. C. Lima R. J. Costa
25/07/17		Paciente em sala de cirurgia, com histórico de MID, aguda da cirurgia, consciente e orientada, sinais vitais preservados, em dieta líquida, nega DA, HAS e alergias. Em tempo: APT em MSD com diuretics de osmoticos de 0,4g. Eliminação de urina e intestinais 4. SSV: PA=110x70 mmHg, FC=80 bpm, FR=12 mpm, T=37,3°C. Segue sob cuidados da equipe.	A. C. Lima R. J. Costa
25/07/17		Paciente em sala de cirurgia, com histórico de MID, aguda da cirurgia, consciente e orientada, sinais vitais preservados, em dieta líquida, nega DA, HAS e alergias. Em tempo: APT em MSD com diuretics de osmoticos de 0,4g. Eliminação de urina e intestinais 4. SSV: PA=110x70 mmHg, FC=80 bpm, FR=12 mpm, T=37,3°C. Segue sob cuidados da equipe.	A. C. Lima R. J. Costa
25/07/17	10:00	Paciente em sala de cirurgia, com histórico de MID, aguda da cirurgia, consciente e orientada, sinais vitais preservados, em dieta líquida, nega DA, HAS e alergias. Em tempo: APT em MSD com diuretics de osmoticos de 0,4g. Eliminação de urina e intestinais 4. SSV: PA=110x70 mmHg, FC=80 bpm, FR=12 mpm, T=37,3°C. Segue sob cuidados da equipe.	A. C. Lima R. J. Costa
28/07/17		Paciente em sala de cirurgia, com histórico de MID, aguda da cirurgia, consciente e orientada, sinais vitais preservados, em dieta líquida, nega DA, HAS e alergias. Em tempo: APT em MSD com diuretics de osmoticos de 0,4g. Eliminação de urina e intestinais 4. SSV: PA=110x70 mmHg, FC=80 bpm, FR=12 mpm, T=37,3°C. Segue sob cuidados da equipe.	A. C. Lima R. J. Costa

Tereza Cristina de M. Dantas
Enfermeira
COREN-PA 494818

Dr. Fasso Alacón Dantas
Ortopedista e Traumatologista
CRM/PE 21.151 - CRM/RN: 6725
SBOT nº 15037



RECEITUÁRIO

5

Taxa f. da 5ta, altura
de Pastura grossa em platô f. b. d.
Dir em 15-07-17. Para operação
época. Esta sequeba de dor, bloqueio
articular e claudicação em MTD.
Tem perda funcional da articulação
do pé do Dir.

CID no: 582, 793

22-318

Dr. A. M. ...
TECHNICAL ...
... 4119



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

Relatório de Tratamento

Taísa Flouza 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.

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

Claudia

Claudiana Medeiros de Souza
Fisioterapeuta
CREFITO I 59.698 - F

Caicó, 08/08/2016


Pça Dr. José Medeiros, Sn Caicó/RN

CNPJ: 06.547.029/0001-16 S. LOPES & CIA LTDA
 IE: 20.561.054
 PRACA GOV. DIX SPET ROSADO, 20, CENTRO,
 CAIACÓ-RN/54342-11288
 Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
 Eletrônica

Código	Descrição	Qtde. Un.	Vi. Unit.	Vi. Total
3675	ARTROSIL 150MG C/10CPM9	1 UN	21,37	21,37
173	CEFADROXILA 500MG C/8CAPS	2 UN	33,92	67,83

Qtde. total de itens: 2
 Valor total R\$: 138,37
 Desconto R\$: 49,37
 Valor a pagar R\$: 89,00
 FORMA PAGAMENTO: VALOR PAGOR\$ 89,00
 Valor pago R\$: 89,00

Consulte pela Chave de Acesso em
[http://infoe.set.m.gov.br/portal/DFe/NFce/nDadosNFce.aspx?](http://infoe.set.m.gov.br/portal/DFe/NFce/nDadosNFce.aspx?2417070853702900011855001000045205100000007)
 2417 0708 5370 2900 0118 5500 1000 0452 0510 0000 0007


CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO
 NFC-e nº 45205 Série 1
 28/07/2017 13:05:26 Via Consumidor
 Protocolo de autorização: 32417070853702900011855001000045205100000007
 Data de autorização: 28/07/2017 13:05:27

Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012): Federal
 R\$11,97 Estadual R\$0,00 Municipal R\$0,00
 Parabéns! Você Economizou R\$ 49,37
 Isso permite aproveitamento do crédito de ICMS
 ENECDOR: 21 ERIKA



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 Sabugá, 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

Taísa Fleciza da Silva.

Rx

Uso IMR.

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

② Artrosil 160 mg — 01 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 15037

Relms: 10-8-17 7:30h

Rebecca D. Sharp

Ref pencils another

Nor Pizar

Refr. 14-9-72

736

Reple in deep

#60-30709
Aug 23 1961
Meadow Lake



Estado do Rio Grande do N^o

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 (ME): 08.241754/0135-37 - Telefax: (0*84) 3421-9630, e 9628

RECEITUÁRIO

Taixa f. de S. l^a

R
Cefalite 01g — 12 P4

25 7 17



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

Taísa Floriza da Silva.

R_x

Uso INTERAVAL

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

Uso ORAL

- ② Novalgine 1g — 20 compr.
Tomar 01 cp a 6/6h - por
05 dias.

21/07/17

Dr. Tarcísio Alacón Dantas
Ortopedista/Traumatologista
CRM/PE 21251 - CEM/RN: 6725
BOB nº 15037



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

082.091.174-75

Nome completo da vítima

TAISA FLORIZA DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Taísa Floriza da Silva	CPF titular da conta	082.091.174-75	Profissão	Unidadora
Endereço	Av. Cel. Martiniano 1255	Número	1255	Complemento	AP: 104
Bairro	Centro	Cidade	Coíco	Estado	RN
Email	taisaflor@hotmail.com	CEP	59300-000	Telefone (DDD)	84. 99905.5388

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

0758

(Informar dígito se existir)

D/V

013

CONTA

NRO.

15407

(Informar dígito se existir)

D/V

9

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

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

Coíco, 23 de Abril de 18

Local e Data

Taísa Floriza da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA TAISA FLORIZA DA SILVA Nº CPF 082.081.174-75

DATA DO ACIDENTE 15/07/17 POSSUI CPF (X) SIM () NÃO Nº CPF 082091174-75

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 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), junto 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)
- ☒ **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/hospitais** que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ **Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais)**, contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ **Documento de identificação da vítima** (cópia simples)
- ☒ **CPF da vítima** (cópia simples)
- ☒ **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 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 Cadavérico (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 Cônjuge (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 Declaração 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 (PAI, MÃE OU AVÓS)
 () 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)
TABSA SCA 29 00516VA

Quem é o portador? ☒ Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador 08709174-15

[illegible]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) COZ SEVERINO DE AZEVEDO JÚNIOR Matrícula 7
 Rua de Correios - 153-g Unidade Comercial
 Atendente _____ Assinatura: 22/05/18



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 para adaptá-lo à tabela oficial, o que resultaria em medida ineficaz, tanto que a usual prática de mutirões

de conciliação referentes às 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