



Número: **0800928-48.2019.8.20.5100**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **08/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
PEDRO LOPES DA SILVA JUNIOR (AUTOR)	MARIA DA GLORIA PESSOA FERREIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
41666 885	08/04/2019 17:27	<u>1. Procuração</u>	Procuração
41666 902	08/04/2019 17:27	<u>2. Documentos Pessoais</u>	Documento de Identificação
41666 909	08/04/2019 17:27	<u>3. Comprovante de Residência</u>	Documento de Comprovação
41666 922	08/04/2019 17:27	<u>4. Boletim de Ocorrência</u>	Documento de Comprovação
41666 933	08/04/2019 17:27	<u>5. Prontuário de Atendimento</u>	Documento de Comprovação
41666 948	08/04/2019 17:27	<u>8. Autorização de Internação Hospitalar e Declaração de Fisioterapia</u>	Documento de Comprovação
41666 968	08/04/2019 17:27	<u>9. Boletim de Evolução Médica</u>	Documento de Comprovação
41666 977	08/04/2019 17:27	<u>10. Boletim Operatório</u>	Documento de Comprovação
41667 003	08/04/2019 17:27	<u>11. Laudo Médico</u>	Documento de Comprovação
41667 019	08/04/2019 17:27	<u>12. Atestado Médico</u>	Documento de Comprovação
41667 040	08/04/2019 17:27	<u>13. Receituário Médico</u>	Documento de Comprovação
41667 054	08/04/2019 17:27	<u>14. Comunicação de Acidente de Trabalho</u>	Documento de Comprovação
41667 072	08/04/2019 17:27	<u>15. Carta de Recebimento do Seguro DPVAT</u>	Documento de Comprovação
41667 097	08/04/2019 17:27	<u>16. Comprovante de Envio de Documentos</u>	Documento de Comprovação
41705 144	16/04/2019 14:45	<u>Despacho</u>	Despacho
42510 866	29/04/2019 09:30	<u>Intimação</u>	Intimação
44298 749	11/06/2019 17:41	<u>Petição</u>	Petição
44298 801	11/06/2019 17:41	<u>Cumprimento de despacho. Pedro Júnior</u>	Outros documentos
44298 817	11/06/2019 17:41	<u>Carteira de Trabalho. Pedro</u>	Documento de Comprovação

44298 827	11/06/2019 17:41	<u>Extrato Bancário</u>	Extrato Bancário
44386 256	17/06/2019 17:04	<u>Despacho</u>	Despacho

INSTRUMENTO PARTICULAR DE MANDATO

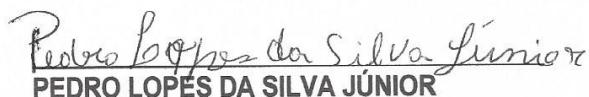
Outorgante(s): PEDRO LOPES DA SILVA JÚNIOR, brasileiro, solteiro, motorista, portador da cédula de identidade RG nº 1.650.026 SSP/RN, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o nº. 025.829.814-60, residente e domiciliado Rua Cel. José Soares Filgueira, nº. 543– Centro - CEP 59.650-000, Município de Assu/RN.

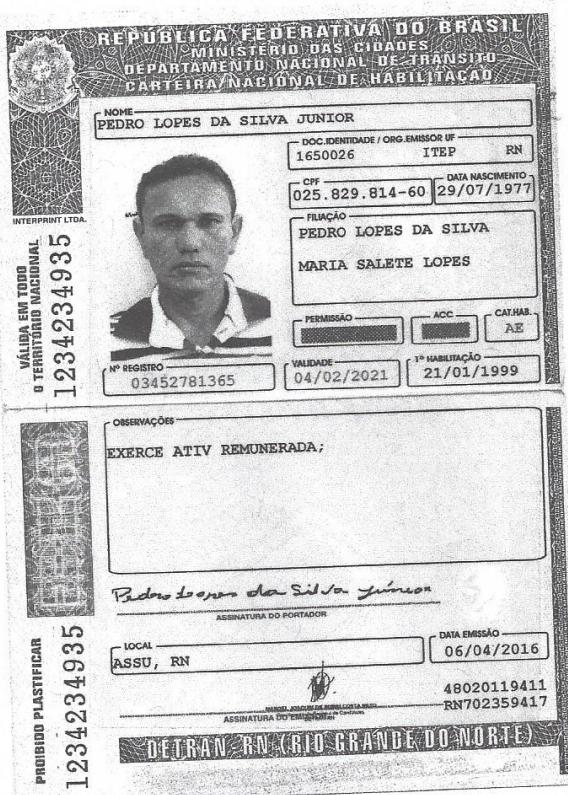
Outorgado(s): MARIA DA GLÓRIA PESSOA FERREIRA, brasileira, casada, advogada, com inscrição na OAB/RN sob o nº 10.932, com endereço profissional na Rua Cel. José Soares Filgueira, nº. 472– Centro - CEP 59.650-000, Município de Assu/RN.

Poderes: Cláusulas “*Ad judicia et extra*”, a fim defender os interesses do(s) outorgante (s), promovendo qualquer tipo de ação em qualquer juízo, instância ou tribunal, inclusive interposição de recursos cabíveis, e, ainda, agir, transigir, acordar, discordar, dar e receber quitação, desistir, confessar, juntar e retirar documentos, pleitear perante repartições públicas federais, estaduais e municipais, em fim praticar tudo mais que se necessário para bom e fiel cumprimento do presente mandato, inclusive podendo substabelecer, com ou sem reservas de poderes, não necessariamente nesta mesma ordem, tudo na melhor forma do direito.

Assino o presente.

Assú/RN, 04 de agosto de 2017.


PEDRO LOPES DA SILVA JÚNIOR





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 08.324.190/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSEFA HERMELINDA DA FONSECA OLIVEIRA

CPF: 107.873.564-68

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
001401923	ÚNICA	28/07/2017
28/07/2017	3000148763	18345

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA CORONEL JOSE SOARES FILgueira
543

NOVO HORIZONTE/AREA URBANA
ASSU RN
50550-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7009294702	07/2017
04/08/2017	29/08/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	146,96

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo(kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Acréscimo Bandeira AMARELA	229,000000	0,55592499	127,30
Contribuição Iluminação Pública			5,67
			13,99

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
21410659	S CAT	28/06/2017	2.658,00	28/07/2017	2.687,00	30	1.00000		239,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano kWh

JUL 17	229
JUN 17	254
MAR 17	279
ABR 17	241
MAR 17	210
FEV 17	220
JAN 17	255
DEZ 16	103
NOV 16	148
OUT 16	143
SET 16	124
AGO 16	30
JUL 16	30

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	132,87	18,04
PIS	132,87	1,2
COFINS	132,87	5,64

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$ 44,95	33,60%
Transmissão	R\$ 5,81	4,37%
Distribuição (Cosern)	R\$ 30,23	22,73%
Perdas de Energia	R\$ 7,41	5,59%
Encargos Setoriais	R\$ 11,68	8,71%
Tributos	R\$ 32,87	24,80%
Total	R\$ 132,87	100%

0,41800000

RESERVADO AO FISCO

D6E0 1F4C A6B2 301C CBF1 9E46 1CBD EE9A

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em atraso. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento. Pagamento em atraso gera Multa 2% (dez, 414/ANEEL-02/09/10) e Juros 1% a.m (Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês. O cliente é compensado quando há desacordo no prazo definido para os procedimentos de atendimento comercial.

Não existem débitos de 2016 e
anos anteriores. Esta declaração
substitui, para efeitos de cobrança,
cumprimento das obrigações do
contratante, as quitações dos
faturamentos constantes art. 4º
Lei 12.607/09. Esta declaração
não exime débitos de
pagamentos e compensações de
dívidas e/ou faturas em discussão.



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: 1º DISTRITO POLICIAL DE MOSSORÓ
Endereço: AV. PRESIDENTE DUTRA, S/N, ALTO DE SÃO MANOEL, MOSSORÓ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2017070001023
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 24/07/2017 10:48:05
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 07/04/2017 08:00:00
2.3 Fato: Consumado
2.4 Meio(s) empregado(s): Outros
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.8 Número: KM 74
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida
2.4 Flagrante: Não
2.7 Logradouro: BR 304
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência: PROXIMO AO HIPOLITO
2.13 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: PEDRO LOPES DA SILVA
3.3 Etnia: Parda
3.5 Mãe: MARIA SALETE LOPES
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF:
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: MOTORISTA
3.15 Telefone(s): 84 999321014
3.17 Número: 543
3.19 Bairro: NOVO HORIZONTE
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.4 Pai: PEDRO LOPES DA SILVA
3.6 Data de Nascimento: 29/07/1997
3.8 RG: 1650026 CITEP/RN
3.10 Passaporte:
3.12 Naturalidade: AÇU/RN
3.14 E-Mail:
3.16 Logradouro: RUA CORONEL JOSE SOARES FILGUEIRA
3.18 CEP:
3.20 Cidade: AÇU

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 Nome Completo: PEDRO LOPES DA SILVA JUNIOR
4.1.3 Etnia: Parda
4.1.5 Mãe: MARIA SALETE LOPES
4.1.7 Sexo: MASCULINO
4.1.9 CPF:
4.1.11 Nacionalidade:
4.1.13 Logradouro: RUA CORONEL JOSE SOARES FILGUEIRA
4.1.15 Número: 543
4.1.17 Bairro:
4.1.19 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4.1.2 Estado civil: Solteiro(a)
4.1.4 Pai: PEDRO LOPES DA SILVA
4.1.6 Data de Nascimento: 29/07/1977
4.1.8 RG: 1650026
4.1.10 Profissão: MOTORISTA
4.1.12 Passaporte:
4.1.14 E-Mail:
4.1.16 CEP:
4.1.18 Cidade: AÇU

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:
7.1.5 Placa: BVU1674
7.1.7 Marca: FORD
7.1.9 Ano do Modelo: 1990
7.1.11 Cor do veículo: BRANCA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.15 Nome do proprietário: IGOR EDUARDO SILVA DA COSTA
7.1.17 Nome do condutor: PEDRO LOPES DA SILVA JUNIOR
7.1.18 Observações: O ÚNICO CONDUTOR FOI O SENHOR PEDRO LOPES DA SILVA JUNIOR.

7.1.2 Seguradora:
7.1.4 Renavam:
7.1.6 Estado:
7.1.8 Modelo: CARGO 1618T
7.1.10 Ano de Fabricação: 1990
7.1.12 Tipo do veículo: CAMINHÃO
7.1.14 Número do Motor:
7.1.16 Vínculo com a
Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE VEIO A ESTA DELEGACIA E DISSE QUE ESTAVA NO VEÍCULO CITADO QUANDO DESCEU PARA BEBER ÁGUA E DEIXOU O CAMINHÃO FUNCIONANDO E O MESMO SOLTOU O FREIO E O COMUNICANTE, QUE ESTAVA NA FRENTES DO COMUNICANTE, FOI IMPRENSADO ENTRE O CAMINHÃO E UM MICRO ÔNIBUS QUE ESTA ESTACIONADO A SUA FRENTES. O COMUNICANTE DISSE QUE SOFREU LESÕES. O COMUNICANTE DISSE QUE FOI SOCORRIDO POR AMIGOS DA EMPRESA QUE TRABALHA E O LEVARAM AO HRTM EM MOSSORÓ/RN. COMUNICANTE DISSE QUE O VEÍCULO QUE ESTAVA É DO TIPO: CAMINHÃO - PLACA: BVU1674 - MARCA/MODELO: FORD/CARGO 1618T - CATEGORIA: PARTICULAR - COMBUSTÍVEL: DIESEL - PROPRIETÁRIO: IGOR EDUARDO SILVA DA COSTA - DOCUMENTO: 00009017723483 - OBSERVAÇÃO: O ÚNICO CONDUTOR FOI O SENHOR PEDRO LOPES DA SILVA JUNIOR. NADA MAIS DISSE

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

REGISTRO DA OCORRÊNCIA.

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data 24/07/2017 10:48:05

Policia

Interessado

Pedro Lopes da Silva Júnior

Protocolo: J2017070001023 - Código de autenticação: 2a826d6f1f130c6de760c253f6237a9f

Página 1 2

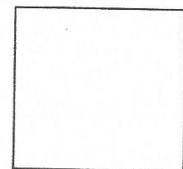
Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: MARIA DA GLORIA PESSOA FERREIRA
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19040817234003200000040302985
Número do documento: 19040817234003200000040302985

Num. 41666922 - Pág. 2

Atendimento: 1573802 - ROGERIO DE CARVALHO BRITO

Impresso por: 1573802 - ROGERIO DE CARVALHO BRITO em 24/07/2017 10:48:17

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Polegar direito

J2017070001023

Protocolo: J2017070001023 - Código de autenticação: 2a826d6ff130c6de760c253f6237a9f

Página 2 2



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
PRONTO-SOCORRO VINGT-ROSADO NETO

REGISTRO N.

2.597.63

505 898 00371200 0938

29/07/1977

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: Pedro Lopes da Silva Júnior D.N. 29/07/1977 Idade: 00
Profissão: Cartão SUS n°
Endereço: Rua: col. Faz. Montane, nº 543 Bairro:
Cidade: ASSU U.F. RN Fone: 9932 10
Filiação: Mae: Maria Salete Lopes Pai: Pedro Lopes da Silva
ATENÇÃO

Data: 07/04/1987 Hora: :

A.C.C.R. ESTE É UM CASO DE ACIDENTE
DOENÇA RELACIONADA AO TRA
TEM QUE MOSTRAR A
CEREST ESTADUAL Fone/Fax: 32
cerest@inti.gov.br

AMARELO

2 - EXAME FÍSICO

pe tosco (P) + pe (P) com sibilos e
fônico tafona + rugido
cicâncio e catarral.

Cel. febris de redução com
sudorese forte sem suor
+ TC de pe (P)

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO
ESTA CONCEIÇÃO 10/04/2017
SAME MOSSORÓ 10/04/2017
SAME ARQUIVO

4 - CONDUTA MÉDICA

Data:

Hora:

02-04-12

17:19 → em jejum há 8 horas

→ abdome inflamado doloroso

não barotolerante para redução

incisão fechada tornozelo (E)

→ PD: 140/80 mmg 5p-02 98

→ OAB 2 e uretrite, liberado p/ conv. clínico após 20:00

DEB 300g

Ronaldo F. X. N.

Dr. Luis F. C. Passos
Ortopedista Traumatologista
CRM 1863**5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO	VIA	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
	① Liposoma 1g + ABD, eva agm	✓	09:09	
	② Transtuzumab 100 + 500 mg C agm	✓	09:02 - 17:30	
	Ditta zero			
	Sta, eva 500ml			
	Preparação Cefuroxime Argyn			

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S)Síndrome tórax fechado (P) +
fratura clavicular e costela.**7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO**

ALTA DO PRONTO SOCORRO INTERVENÇÃO HOSPITALAR TRANSFERÊNCIA OUTROS (Descrever)

Observações:

Data: / /

Hora: :

Identificação Médica



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

19-02-35

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES
H2TM		
Identificação do Paciente		6 - N° DO PRONTUÁRIO
5 - NOME DO PACIENTE		
Pessoas idosas da Silva Tenhoz		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO
81912016312170101019318		20/07/72
9 - SEXO		10 - RACA/COR
Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>		
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO
MARIA ESTER LIMA		DDD <input type="text"/> N° DO TELEFONE <input type="text"/>
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO
ASSU		DDD <input type="text"/> N° DO TELEFONE <input type="text"/>
15 - ENDERECO (RUA, N. BARRA)		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
CRL. Bravieira MARETAIS - 543		18 - UF
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		19 - CEP
T21		

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		Sobrecarga tiba dolor tornozele P + fazem coceira e curvado	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		fe + dor clara	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		R	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO
tumor tornozele P + fe coceira			
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			

HOSPITAL REGIONAL TARCISO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 10/04/2017
M. LIMA
SAME/ARQUIVO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Redutora incute					
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO	32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
31 - CLÍNICA		() CNS <input type="checkbox"/>	() CPF <input type="checkbox"/>		
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - ASSINATURA E CARMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		
Luz feud C. noceut		71-4144	CRISTIANO		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - N° DO BILHETE	41 - SÉRIE	
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR	
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTONÔMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR	52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
48 - DOCUMENTO		49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
() CNS <input type="checkbox"/> () CPF <input type="checkbox"/>					
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			



CENTRO MÉDICO AVANÇADO

Decurso

Decurso para os Devidos Fatos
de Pacciote, Pedro Lopes de Siqueira
Júnior, em comun-st em representação
fisiognômico na Elaia para no
município de Assú.



Dr. Pedro Sérgio de C. Ferreira
CRF-RN 1145
CPF 040.737.204-99
Assú
Pedro Sérgio

Rua 15 de Novembro, 232, Dom Elizeu, Assú/RN Telefone: (84) 3331-4139



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

Nome: Pedro Lopes da Silva Junior 39 anos
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: 301 Leito: 6
DATA DE ADMISSÃO: 07/04/17 Procedência: Assu

DATA	EVOLUÇÃO
15/04/17	#9 DIH: Luxação de tornozelo esquerdo + fratura de calcâneo e cuboide Nega dor, dispneia, febre e vômitos Diurese e evacuação fisiológicas Exame neurovascular preservado Obs – PACIENTE REALIZOU TOMOGRAFIA – IMAGENS NAO IMPRESSAS CD: VPM Inserido no Sisreg

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	
1	Dieta livre		
2	SF 0,9% 500ml EV 8/8h		
3 D4	Cefalotina 1g EV 6/6h		
4	Tramal 50mg/ml + 100ml SF 0,9% EV 8/8h S/N		
5	Dipirona 1g + ABD EV 6/6h		
6	Voltaren 75mg IM 12/12h		
7	SSVV+CCGG		

Diego Arieli de Lima
CRM-RN 1168
CRM-PE 28856
TEOT 15467

⑧ ALTA HOSPITALAR
(P/ SERVIÇO D. ORDEM)

Diego Arieli de Lima
CRM-RN 1168
CRM-PE 28856
TEOT 15467

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAMÉ MOSSORÓ 29/04/2017
SAMÉ ARQUINO



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

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Pedro Cores de S. Javos Leito: 301-6

DATA	EVOLUÇÃO
8/4/17	Início prurito e piolhosico do delfinete e te eliminou e fez toca usual breuado e.

PRESCRIÇÃO



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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Pedro Lopes do Silva Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório: Subluxação tibio talar truquelar

Indicação terapêutica: Reducao iniciais

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador Dr. Luis Ferreira

1º Auxiliar: _____

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: Dr. Ronaldo Filho

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

limpa Pot. Contaminada Contaminada Infectada

Acabou de ser feita clínica col sedativo

Reducao da luxacao tibio talar

talo tibia

Dr. Luis F. C. Ferreira
Operador
08/08/2013

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME AO ORIGINAL
SAMM MOSSORÓ 12/08/2013
SAMM/ARQUIVO



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

19/02/35

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Edmo Lopes da Silva Jún Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório: lúpus túnico + fr. colageno + fec fec anal

Indicação terapêutica: Reduço inflam

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador: Dra Luisa Ferreira

1º Auxiliar: 1º A. Suelma

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: Dra Cláudia

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

Limpa Pot. Contaminada Contaminada Infectada

ferrente de asa de asa de asa

ferrente de ferrente de ferrente de ferrente

Reduço inciso o ferente + falso bolo

*Dr. Luis F. F. Nascimento
Cirurgião Geral
07/03/1983*

*HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 19/02/2017
M. Lopes
SAMAIARQUINO*

19.02.35



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

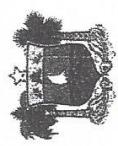
O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital, a realização na pessoa de
PEDRO LOPES DA SILVA JÚNIOR Rég. No _____ necropsia, amputações
intervenções e outros exames que se fizerem necessários.

Declaro, outrossim, que nenhuma pressão pelos Médicos, Assistentes Sociais ou
quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e
espontânea vontade.

Data: 07 de 04 de 20 17

Paciente ou Responsável

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 19/02/2017
M. Antunes
SAME/ARQUIVO



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Saúde Pública
Hospital Estadual Dr. Ruy Pereira dos Santos

LAUDO MÉDICO

O(a) Sr (a) Fernando Jose de Souza apresenta reumatismo crônico.
Necessita, a critério do médico perito do INSS, afastar-se de suas atividades laborais.

CID10: S92.

18/04/17.

Dr. Kleidson Bastos
Ortopedista
CRM 4422

* Autorizo informar o diagnóstico



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os fins que se fizerem necessários,

que o (a) Sr. (a) Pedro Lopes da S. Jr foi examinado

(a) nesta Unidade de Saúde às 7:40 horas,

Necessitando de 30 (trinta) dias de

afastamento do trabalho por motivo de moléstia classificada no C.I.D. com

nº S-92.0, a partir da presente data.

Parnamirim/RN 09/05/17

Dr. Djalma Carlos de A. JR
Médico de Clínica
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 2795
IEOT: 5471



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os fins que se fizerem necessários,

que o (a) Sr. (a) Leandro C. S. Júnior foi examinado

(a) nesta Unidade de Saúde às _____ horas,

Necessitando de 90 (setenta) dias de

afastamento do trabalho por motivo de moléstia classificada no C.I.D. com

nº 3920, a partir da presente data.

08 AGO 2017

Paraná / RN / / /

Médico / CRM

Leandro C. S. Júnior
CRM 5360
Ginecologista & Transfertilologista



Secretaria de Saúde Pública
Hospital Deoclécio M. Lucena

RECEITÁRIO MÉDICO

Nome: Luiz L.
S. Júnior.

Sol. 50
40 00000
FibroTecnoPlos
no pé (O)
Pos OP
Rec. Gláucio
(O)
Resposta da
reabilitação

18 JUL 2017

Dr. Edito S. Ribeiro
Cirurgião Plástico
CRM 586

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Pedro Lopes da Silveira Júnior, portador da carteira de identidade nº 1.650.026 e inscrito no CPF/MF sob o nº 025.829.814-60, residente e domiciliado na Rua R. L. José Silveira Filgueira, 543, Mossoró, Cidade Assú, Estado Rio Grande do Norte, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

X

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Assú/RN, 23 de Novembro de 2018

Local e data

 PREVIDÊNCIA SOCIAL	Comunicação de Acidente de Trabalho Número da CAT:2017.124.146-0/01		
---	--	--	--

Informações do Emitente

Emitente	1 - Empregador	Data Emissão	07/04/2017
Tipo de CAT	1 - Inicial	Comunicação Óbito	
Filiação	1 - Empregado	E-mail	WILLIAM.SILVA@GRUPOAPIA.COM.BR

Informações do Empregador

Razão Social/Nome	CONSTRUTORA APIA LTDA	CNAE	42111
Tipo/Num. Doc.	1 - CGC/CNPJ 171553910021-60	Endereço	R. EDUARDO MEDEIROS 24 CONJ INOCOOP
CEP	59612122	Estado	RN
Bairro	NOVA BETANIA	Município	MOSSORÓ
Município		Telefone	0031-34904200

Informações do Acidentado

Nome	PEDRO LOPEZ DA SILVA JUNIOR	Data Nascimento	29/07/1977
Nome da Mãe	MARIA SALETE LOPEZ	Sexo	Masc
Grau de Instrução	1 - Analfabeto	Remuneração	1.337,60
Estado Civil	Casado	Identidade	1650026 Dt emissão: 01 UF: RN
CTPS	051301 Série: 00013 Dt emissão: UF: RN	Endereço	CORONEL JOSE SOARES FILgueira 573
PIS/PASEP/NIT	2679651927-0	CEP	59650000
Bairro	MOVO HORIZONTE	Município	ACU
Estado	RN	CBO	782510 - MOTORISTA DE CAMINHÃO (ROTAS REGIONAIS E IN
Telefone	-	Área	Urbana
Aposentado	Não		

Informações do Acidente

Data do Acidente	07/04/2017	Hora do Acidente	14:00
Horas Trabalhadas	06:00	Tipo	1 - Típico
Houve afastamento?	Sim	Reg. Policial	Não
Lugar do Acidente	1 - Estabelecimento da Empregadora	Esp. Local	VIA PÚBLICA
CGC da Prestadora	CNPJ -	UF do Acidente	RN
Município do Acidente	MOSSORÓ	Último dia Trabalhado/Dt Óbito	07/04/2017
Parte do Corpo	75.70.50.000 - PE (EXCETO ARTELHOS)		
Agente Causador	30.30.75.250 - VEICULO RODOVIARIO MOTORIZADO		
Sit. Gerador	20.00.20.900 - APRISIONAMENTO EM, SOB OU ENTRE, N		
Morte	Não	Data Óbito	

Local e Data

William Nogueira da Silveira
 TECNICO ENGENHEIRO EM TRABALHO
 COREN/RN: 229452

Assinatura e carimbo do emitente

Informações do Atestado Médico

Unidade	HPS	Data Atend.	07/04/2017
Hora Atend.	15:00	Houve Internação?	Sim
Deverá o acidentado afastar-se durante o tratamento?	Sim - 015 dia(s)		
Nat. Lesão	70.20.35.000 - FRATURA		
CID - 10	S92.0 - Fratura do calcâneo		
Observações		CRM	0000044989 - UF: MG
			Dr. LUIZ CARLOS de Faria J. CRM 44989 Controle 5961548
BII 11/04/2017			
Local e Data		Assinatura(*) e carimbo (legível) do médico com CRM/UF	

Cadastrada em 07/04/2017

* A apresentação do atestado médico original, com as informações de identificação do médico assistente, substituirá o preenchimento deste campo.

A impressão desta CAT deverá ser apresentada juntamente com o(s) documento(s) original(is) referente ao Segurado, para requerer o benefício acidentário junto à Agência da Previdência Social.

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

o
1,
S
o

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190117364

Vítima: PEDRO LOPES DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 07/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PEDRO LOPES DA SILVA JUNIOR

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

10

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13949549
Carta nº 13949408



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190117364
Vítima: PEDRO LOPES DA SILVA JUNIOR
Data do Acidente: 07/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PEDRO LOPES DA SILVA JUNIOR

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13949408

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA		DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE	
<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input type="checkbox"/> MORTE		<input type="checkbox"/> Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário <input type="checkbox"/> Documento de identificação da vítima (cópia simples) <input type="checkbox"/> CPF da vítima (cópia simples) <input type="checkbox"/> Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples) <input type="checkbox"/> CPF de todos os beneficiários (cópia simples) <input type="checkbox"/> Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) <input type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original) <input type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original) <input type="checkbox"/> Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA Vítima: PEDRO LOPES DA SILVA JUNIOR Possui CPF: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não N° CPF: 025.829.834-60 Data do Acidente: 07/04/2019		PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS <input type="checkbox"/> Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples) <input type="checkbox"/> CPF do Representante Legal (cópia simples) <input type="checkbox"/> Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)	
INFORMAÇÕES IMPORTANTES <ul style="list-style-type: none"> Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares Todos os documentos devem estar legíveis Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h 		DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA) <input type="checkbox"/> Certidão de Casamento com data atual (cópia simples) <input type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original) BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A) <input type="checkbox"/> Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Ata de Júdicia reconhecendo a União Estável (cópia simples) BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS) <input type="checkbox"/> Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples) BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A)) <input type="checkbox"/> Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples) <input type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original) <input type="checkbox"/> Termo de Conclamação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge <input type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original) BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS) <input type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original) BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A)) <input type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original) <input type="checkbox"/> Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples) <input type="checkbox"/> Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples) <input type="checkbox"/> Outros Documentos apresentados:	
DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS <input type="checkbox"/> Registro de Ocorrência Policial – <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não – original ou cópia autenticada <input type="checkbox"/> Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples) <input type="checkbox"/> Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário <input type="checkbox"/> Laudo de Invalidez do IML – <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não – original ou cópia autenticada <input type="checkbox"/> Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário <input type="checkbox"/> Documento de identificação da vítima (cópia simples) <input type="checkbox"/> CPF da vítima (cópia simples) <input type="checkbox"/> Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) <input type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original) <input type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)		PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Portador da documentação (Nome): PEDRO LOPES DA SILVA JUNIOR Quem é o portador? <input checked="" type="checkbox"/> Vítima <input type="checkbox"/> Beneficiário <input type="checkbox"/> Representante Legal CPF do portador: 025.829.834-60 E-mail: mglorenz-pereira@hotmail.com Data: 29/05/2019 Assinatura Jerson Paulino Simplicio RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO Ponto de Atendimento (Nome do ponto): ABÉNCIA COMERCIAL ASSÚ RN Atendente: Jerson Paulino Simplicio Matrícula: 8678344 Data: 29/05/2019 Assinatura Jerson Paulino Simplicio	

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 60300116 - AC ACU - RN
ACU
CNPJ....: 34028316026684 Ins Est.: 200530941

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248608000104
Doc. Post.....: 311837726
Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao...: 62267655

Movimento...: 29/01/2019 Hora.....: 13:20:33
Caixa.....: 90159474 Matricula..: 86282344
Lancamento.: 064 Atendimento: 00003
Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1591015926

DESCRICA	QTD.	PRECO(R\$)
SEGURO DPVAT ATÉ 30	1	23,26+
Valor do Porte(R\$)...	23,26	
Peso real (G).....:	130	
CNPJ/CPF Remet :	02582981460	
Nome Remetente.:	PEDRO LOPES DA SILVA JUNIO	
Cont. Nome....:	R	
Endereco Remet.:	RUA CEL. JOSE SOARES FILgue	
Cont Endereco.:	IRIA, 543 - IPE	
Cep Remetente..:	59850-000	
Cidade Remet...:	ACU	
UF Remet.....:	RN	
POSTAL RESPOSTA DPV	1	29,00+
Valor do Porte(R\$)...	29,00	
Cep Destino:	20031-205 (RJ)	
Peso real (G).....:	150	
OBJETO....	DY 21534196 0 BR	

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 52,26

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATAR
Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais
Nome: RG:
Ass. Responsável.....

SERV. POSTAL: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo!
Baixe o APP de Pre-Atendimento dos Correios

VIA-CLIENTE

SARA 7.8.01

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

Protocolo 3140187364

COBERTURA SOLICITADA	
<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input type="checkbox"/> MORTE	
IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	
Vítima: <i>Pedro Henrique Góes Tunes</i> Data do Acidente: <i>04.04.2014</i> Possui CPF: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Nº CPF: <i>3140187364</i>	
PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS	
<input type="checkbox"/> Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples) <input type="checkbox"/> CPF do Representante Legal (cópia simples) <input type="checkbox"/> Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)	
INFORMAÇÕES IMPORTANTES	
<ul style="list-style-type: none"> • Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares • Todos os documentos devem estar legíveis • Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue gráts para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1996/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h 	
DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE	
<input type="checkbox"/> Registro de Ocorrência Policial – <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não – original ou cópia autenticada <input type="checkbox"/> Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples) <input type="checkbox"/> Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário <input type="checkbox"/> Laudo de Invalidez do IML – <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não – original ou cópia autenticada <input type="checkbox"/> Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário <input type="checkbox"/> Documento de identificação da vítima (cópia simples) <input type="checkbox"/> CPF da vítima (cópia simples) <input type="checkbox"/> Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) <input type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)	
DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS	
<input type="checkbox"/> Registro de Ocorrência Policial – <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não – original ou cópia autenticada <input type="checkbox"/> Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples) <input type="checkbox"/> Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário <input type="checkbox"/> Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibituários médicos (originais) <input type="checkbox"/> Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário <input type="checkbox"/> Documento de identificação da vítima (cópia simples) <input type="checkbox"/> CPF da vítima (cópia simples) <input type="checkbox"/> Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) <input type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)	
DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE	
<input type="checkbox"/> Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário <input type="checkbox"/> Documento de identificação da vítima (cópia simples) <input type="checkbox"/> CPF da vítima (cópia simples) <input type="checkbox"/> Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples) <input type="checkbox"/> CPF de todos os beneficiários (cópia simples) <input type="checkbox"/> Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) <input type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original) <input type="checkbox"/> Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)	
<input type="checkbox"/> Certidão de Casamento com data atual (cópia simples) <input type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)	
BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)	
<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS) <input type="checkbox"/> Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples) <input type="checkbox"/> Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples) <input type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original) <input type="checkbox"/> Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge	
BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)	
<input type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)	
BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))	
<input type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original) <input type="checkbox"/> Certidão de Obito dos pais da vítima (cópia simples) <input type="checkbox"/> Certidão de Obito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples) <input type="checkbox"/> Outros Documentos apresentados:	
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO	
Portador da documentação (Nome): <i>Pedro Henrique Góes Tunes</i> Quem é o portador? <input checked="" type="checkbox"/> Vítima <input type="checkbox"/> Beneficiário <input type="checkbox"/> Representante Legal CPF do portador: <i>329.814-60</i> E-mail: <i>pedrohenrique.tunes.tunes@gmail.com</i> Tel.: ()	
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO	
Ponto de Atendimento (Nome doportador): <i>MC DILSON</i> Matrícula: <i>009140-1</i> Atendente: <i>MC DILSON MC AQUINO</i> Data: <i>20.03.19</i> Assinatura <i>Pedro Henrique Góes Tunes</i>	

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 60300116 - AC ACU
ACU
CNPJ....: 34028316026684 Ins Est.: 200530941

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248603000104
Doc. Post.....: 318292339
Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao...: 62267655

Movimento.: 20/03/2013 Hora.....: 10:57:07
Caixa.....: 90850051 Matricula.: 86274201
Lancamento.: 018 Atendimento: 00009
Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1615703218

DESCRICAO	QTD.	PRECO(R\$)
SEGURD DPVAT ATE 30	1	23,26+
Valor do Porte(R\$)...	23,26	
Peso real (G).....	39	
CNPJ/CPF Remet.: 025829481460		
Nome Remetente.: pedro lopes da silva jr		
Endereco Remet.: RUA cel. Jose soares filgue		
Cont Endereco...: 1ra.543 - ipê		
Cep Remetente...: 59650-000		
Cidade Remet...: ACU		
UF Remet.....: RN		
POSTAL RESPOSTA DPV	1	29,00+
Valor do Porte(R\$)...	29,00	
Cep Destino: 20031-205 (RJ)		
Peso real (G).....	39	
OBJETO.....: DY2153986258R		

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 52,26

Valor Declarado nao solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATARAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pasarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais

Nome: _____ RG: _____
Ass. Responsável: _____ }

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo!

Baixe o APP de Pre-Atendimento dos Correios
Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete
deste comprovante, para eventual contato com
os Correios.

VIA-CLIENTE

SARA 7.8.01



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

3ª Vara da Comarca de Assu

RUA DR. LUIZ CARLOS, 230, Fórum da Justiça Estadual, NOVO HORIZONTE, AÇU - RN - CEP: 59650-000

PROCESSO 0800928-48.2019.8.20.5100

AUTOR: PEDRO LOPES DA SILVA JUNIOR

RÉU: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A

DESPACHO

Em sua petição inicial, a autora pleiteou pela concessão dos benefícios da gratuidade judiciária. Nesse aspecto, há de se ressaltar que sua concessão não está condicionada à demonstração de estado de miséria absoluta, fazendo-se mister, apenas, a comprovação, por parte de quem a pleiteia, da impossibilidade de arcar com as custas e despesas do processo sem prejuízo de seu sustento próprio ou de sua família.

O Código de Processo Civil aduz expressamente, em seu art. 99, §2º[1]Desta feita, antes de indeferir o pedido, convém facultar à autora o direito de provar a impossibilidade de arcar com as custas e despesas do processo. Assim sendo, determino que a parte requerente apresente, no prazo de **15 (quinze) dias úteis**, sob pena do indeferimento do benefício, os seguintes documentos:

- I. cópia das últimas folhas da carteira de trabalho, ou comprovante de renda mensal dos últimos 03 (três) meses, e de eventual cônjuge;
- II. cópia dos extratos bancários de contas de sua titularidade, e de eventual cônjuge, dos últimos 03 (três) meses;
- III. cópia dos extratos de cartão de crédito pertencente a si, dos últimos 03 (três) meses;
- IV. cópia da última declaração do imposto de renda apresentada à Secretaria da Receita Federal.
- V. qualquer outro documento que julgue pertinente à comprovação do estado de hipossuficiência albergado pela lei.

Frise-se que a apresentação de todos os documentos acima elencados não é obrigatória, sendo faculdade da autora, parte interessada na concessão do benefício, o fornecimento daqueles que julgar suficientes à formação do convencimento deste Juízo, podendo, ainda, no mesmo prazo supracitado, recolher as custas judiciais e as despesas processuais, nessa mesma oportunidade, deverá colacionar aos autos a memória de cálculos, em que se embasa o valor da causa, para análise da competência desse juízo, sob pena de extinção prematura do feito, sendo desnecessária nova intimação.

Publique-se. Intime-se.

Escoado o prazo, ***com ou sem resposta***, voltem-me os autos conclusos

Assu/RN 9 de abril de 2019

MARIVALDO DANTAS DE ARAUJO

Juiz de Direito

[1] Art. 99. O pedido de gratuidade da justiça pode ser formulado na petição inicial, na contestação, na petição para ingresso de terceiro no processo ou em recurso.

§ 2º O juiz somente poderá indeferir o pedido se houver nos autos elementos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão de gratuidade, devendo, antes de indeferir o pedido, determinar à parte a comprovação do preenchimento dos referidos pressupostos.



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

3ª Vara da Comarca de Assu

RUA DR. LUIZ CARLOS, 230, Fórum da Justiça Estadual, NOVO HORIZONTE, AÇU - RN - CEP: 59650-000

PROCESSO 0800928-48.2019.8.20.5100

AUTOR: PEDRO LOPES DA SILVA JUNIOR

RÉU: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A

DESPACHO

Em sua petição inicial, a autora pleiteou pela concessão dos benefícios da gratuidade judiciária. Nesse aspecto, há de se ressaltar que sua concessão não está condicionada à demonstração de estado de miséria absoluta, fazendo-se mister, apenas, a comprovação, por parte de quem a pleiteia, da impossibilidade de arcar com as custas e despesas do processo sem prejuízo de seu sustento próprio ou de sua família.

O Código de Processo Civil aduz expressamente, em seu art. 99, §2º[1]Desta feita, antes de indeferir o pedido, convém facultar à autora o direito de provar a impossibilidade de arcar com as custas e despesas do processo. Assim sendo, determino que a parte requerente apresente, no prazo de **15 (quinze) dias úteis**, sob pena do indeferimento do benefício, os seguintes documentos:

- I. cópia das últimas folhas da carteira de trabalho, ou comprovante de renda mensal dos últimos 03 (três) meses, e de eventual cônjuge;
- II. cópia dos extratos bancários de contas de sua titularidade, e de eventual cônjuge, dos últimos 03 (três) meses;
- III. cópia dos extratos de cartão de crédito pertencente a si, dos últimos 03 (três) meses;
- IV. cópia da última declaração do imposto de renda apresentada à Secretaria da Receita Federal.
- V. qualquer outro documento que julgue pertinente à comprovação do estado de hipossuficiência albergado pela lei.

Frise-se que a apresentação de todos os documentos acima elencados não é obrigatória, sendo faculdade da autora, parte interessada na concessão do benefício, o fornecimento daqueles que julgar suficientes à formação do convencimento deste Juízo, podendo, ainda, no mesmo prazo supracitado, recolher as custas judiciais e as despesas processuais, nessa mesma oportunidade, deverá colacionar aos autos a memória de cálculos, em que se embasa o valor da causa, para análise da competência desse juízo, sob pena de extinção prematura do feito, sendo desnecessária nova intimação.

Publique-se. Intime-se.

Escoado o prazo, ***com ou sem resposta***, voltem-me os autos conclusos

Assu/RN 9 de abril de 2019

MARIVALDO DANTAS DE ARAUJO

Juiz de Direito

[1] Art. 99. O pedido de gratuidade da justiça pode ser formulado na petição inicial, na contestação, na petição para ingresso de terceiro no processo ou em recurso.

§ 2º O juiz somente poderá indeferir o pedido se houver nos autos elementos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão de gratuidade, devendo, antes de indeferir o pedido, determinar à parte a comprovação do preenchimento dos referidos pressupostos.

Exmo. Sr. Dr. **JUÍZ DE DIREITO** da 3^a Vara da Comarca de Assu, Estado do Rio Grande do Norte.

Proc. nº: 0800928-48.2019.820.5100

PEDRO LOPES DA SILVA JÚNIOR, devidamente qualificada no processo em epígrafe, vem, com o habitual respeito perante **VOSSA EXCELÊNCIA**, em cumprimento ao despacho colacionado no id nº 41705144 juntar aos autos cópia da carteira de trabalho do Autor demonstrando a sua condição de desempregado, bem como cópia do extrato bancário do mês de junho.

Após a análise dos documentos colacionados, requer os benefícios da justiça gratuita com o seu regular prosseguimento.

Nestes termos, pede deferimento.

Assú/RN, 11 de junho de 2019.

Maria Da Glória Pessoa Ferreira

OAB/RN 10.932



Exmo. Sr. Dr. JUÍZ DE DIREITO da 3^a Vara da Comarca de Assu, Estado do Rio Grande do Norte.

Proc. nº: 0800928-48.2019.820.5100

PEDRO LOPES DA SILVA JÚNIOR, devidamente qualificada no processo em epígrafe, vem, com o habitual respeito perante **VOSSA EXCELÊNCIA**, em cumprimento ao despacho colacionado no id nº 41705144 juntar aos autos cópia da carteira de trabalho do Autor demonstrando a sua condição de desempregado, bem como cópia do extrato bancário do mês de junho.

Após a análise dos documentos colacionados, requer os benefícios da justiça gratuita com o seu regular prosseguimento.

Nestes termos, pede deferimento.

Assú/RN, 11 de junho de 2019.

Maria Da Glória Pessoa Ferreira
OAB/RN 10.932

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada ambiente é uma ligação que deve ser quebrada. Para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é ignorância ou pessi-

sada, para evitá-la a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o seu médico adequadamente. Não deixe que "entendidos" e "tumulos" corram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, assim ele será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da sua fábrica de trabalho.

Converse e discubra no trabalho (prevenção) a origem dos acidentes

pela desatenção.

Leia e afixa sempre os avisos e cartilhas nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os artigos, publicações, gravatas e mangas (compridas) não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guarda-protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Parce a máquina quando tiver que consertá-la ou limpá-la.

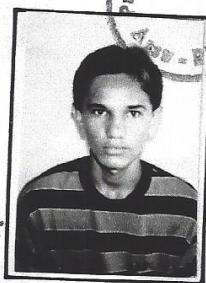
Habilite-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados ao seu trabalho.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los alguma dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 51301 Série 00013-RN



Pedro Lopes da Silva Júnior
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Pedro Lopes da Silva Júnior

Loc. Nasc. A. Míi Est. RN Data. 29.07.44
Filiação Pedro Lopes da Silva e Maria
Salette Lopes
Doc. n° Enus. n° 6.044 Fl. 236 Liv. 33 do Cart. Jud.
ESTRANGEIROS do Aílú - RN

Chegada ao Brasil em...../...../..... Doc. Ident. n.º.....

Exp. em...../...../..... Estado.....

Obs.

~~Data Emissão 28/07/95~~ DRT ~~Asseio - RN~~

clp

P. al Janet

Zelina Sinaide de Alencar Guedo
Setor de Identificação Civil
CPF: 393.705.854 - 00

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

9

(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: VINNICIUS ANTHONY
SILVA DA COSTA ME
CNPJ: 07.982.865/0001-40

ENDEREÇO: RUA POETA ÉRICO SOUTO,
277 – JANDUIS
CIDADE: AÇU

CARGO: MOTORISTA
CBO: 7825-10

DATA DA ADMISSÃO: 02/05/2016
REGISTRO Nº: FOLHA / FICHA:
REMUNERAÇÃO ESP: R\$ 1.412,00 (hum
mil, quatrocentos e doze reais) por mês.

Vinnicius Anthony S. da Costa
ASSINATURA DO EMPREGADOR

1º 2º
Data saída 300 de 27 de junho de 192016

Vinnicius Anthony S. da Costa
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Com. Dispensa CD Nº.....

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: CONSTRUTORA ÁPIA LTDA

CNPJ/MF: 17.155.391/0021-60

Rua: Eduardo de medeiros, 24 Bairro: Nova Betania

Município: Mossoró Estado: RN

Esp. do estabelecimento: Construção Pesada

Cargo: MOTORISTA DE CAMINHÃO

Data admissão: 13 de Fevereiro de 2017

Registro nº: 60873 Fls. /Ficha.

Remuneração especificada: R\$ 1.337,60 (Um mil,
trezentos e trinta e sete reais e sessenta centavos).

Construtora Ápia Ltda.
Assinatura do empregador ou a rogo c/testemunha
Aux. Adm. de Pessoal

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída 26 de outubro de 192018

Construtora Ápia Ltda.
Ass. do empregador ou a rogo c/testemunha
Aux. Adm. de Pessoal

1º 2º
Com. Dispensa CD Nº.....

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....
.....
CGC/MF.....
Rua N°.....
Município Est.
Esp. do estabelecimento.....
Cargo.....
..... CBO nº.....
Data admissão de de 19
Registro nº..... Fls./Ficha.....
Remuneração especificada.....
.....
.....
.....
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1º 2º
Data safda de de 19
.....
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1º 2º
Com. Dispensa CD Nº.....

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....
.....
CGC/MF.....
Rua N°.....
Município Est.
Esp. do estabelecimento.....
Cargo.....
..... CBO nº.....
Data admissão de de 19
Registro nº..... Fls./Ficha.....
Remuneração especificada.....
.....
.....
.....
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1º 2º
Data safda de de 19
.....
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1º 2º
Com. Dispensa CD Nº.....



B O DIA E NOITE
EXTRATO CONT TERM.015094

PEDRO LOPES IOR 14:52 HRS
AGENCIA 1044 68-5 11/JUN/2019

DISPONIVEL	33,00-
= TOTAL DISP	33,00-
+ CONTA FACI	P)
TOTAL DE REC	33,00-
LIMITES DE C	
CREDITO PESS	1.100,00
LIMITE U	0,00
LIMITE A	1.100,00

MOVIMENTA	FACIL - (C/C + POUP)	
09 DIA HISTO	0/2018	DOCTO
SALDO		VALOR
11 TARIF	0/2019	0,00
CESTA	010219	
SALDO	MIC	33,00-

Demonstrativo
Sujeito a al
Fone Facil -
SAC Alo Brad
Deficiencia
Atendimento
Ouvidoria -
de segunda a
A declaracao
esta disponi

es conferencia.
o final do dia.
0800 570 0022.
7048383.
a 0800 722 0099.
dias por semana.
das 08h as 18h,
, exceto feriados.
Anual de Tarifas PF
tendimento e Internet.



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

3ª Vara da Comarca de Assu

RUA DR. LUIZ CARLOS, 230, Fórum da Justiça Estadual, NOVO HORIZONTE, AÇU - RN - CEP: 59650-000

PROCESSO:0800928-48.2019.8.20.5100

AUTOR: PEDRO LOPES DA SILVA JUNIOR

RÉU: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A

DESPACHO

Defiro momentaneamente o requerimento de assistência judiciária gratuita, ante a afirmação da parte requerente ser necessitada de assistência judiciária e de achar-se em condição de pobreza jurídica, sob as penas da lei e de pagamento do décuplo das custas judiciais, na forma do disposto no art. 5º, LXXIV, da CF, art. 98 do CPC/2015 e dos arts. 2º, § único, e 4º, § único, da Lei de Assistência Judiciária Gratuita (Lei nº 1.060/50)

Considerando ser improvável a realização de conciliação neste caso, deixo de aprazar audiência de conciliação e, por ser premente a necessidade de realização de perícia médica judicial à análise do meritum causae, defiro, desde já, a produção da prova.

Cite-se a seguradora-ré para, querendo, apresentar resposta no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia, ocasião em que deverá apresentar quesitos técnicos respectivos à perícia judicial, bem como nomear seu assistente técnico.

Com a defesa, intime-se a parte autora, por seu advogado, para se pronunciar no prazo de 15 (quinze) dias, devendo, ainda, apresentar sua quesitação pericial e nomear o respectivo assistente técnico, se assim desejar.

Ultrapassadas tais etapas, em atenção à celeridade processual, procedo à nomeação do médico Dr. Allan Assunção, cuja aceitação do encargo deu-se mediante o comparecimento espontâneo a esta vara.

Fixados os honorários periciais no valor de R\$200,00 (duzentos reais), intime-se a seguradora-ré para que, no prazo de 10 (dez) dias, a contar do término do prazo para manifestação da parte autora acerca de sua defesa, providencie o pagamento de tais honorários, sob pena de arcar com o ônus da não produção da prova.

Ato contínuo, comprovado o depósito judicial referido, determino o aprazamento da perícia médica pela Secretaria Judiciária, devendo as partes serem intimadas com no mínimo 20 (vinte) dias de antecedência, salientando-se que a eventual ausência da parte autora deve ser comprovadamente justificada, sob pena do prosseguimento do feito sem a produção da prova.

Nesse aspecto, determino que a intimação da parte autora dar-se-á pessoalmente, por carta ou mandado, dirigido ao endereço constante em seu comprovante de residência, e por intermédio de seu advogado constituído. Após a realização da perícia judicial, o laudo médico deverá ser apresentado pelo perito no prazo de 20 (vinte) dias.

Apresentado o laudo, intimem-se as partes para, no prazo comum de 10 (dez) dias, manifestarem-se, requerendo o que entenderem de direito. Havendo impugnação à prova, intime-se o perito judicial para que, também no prazo de 10 (dez) dias, apresente os esclarecimentos que julgar pertinentes.

Com a manifestação do profissional, intimem-se as partes para que, no prazo comum de 10 (dez) dias, tomem ciência da resposta, expedindo-se o alvará judicial para levantamento dos honorários pelo perito.

Cumpridas as diligências ora determinadas em sua integralidade, voltem-me conclusos para sentença.

P u b l i q u e - s e .

Assu/RN, 17 de junho de 2019.

MARIVALDO DANTAS DE ARAUJO

JUIZ DE DIREITO