



PC -00
JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA
R VICENTE MARTINS 223
BELO HORIZONTE
59600-550 MOSSORÓ - RN



Resumo da fatura em R\$

| | |
|----------------------------------|----------|
| Total da fatura anterior | 136,30 |
| Pagamento efetuado em 08/02/2019 | - 136,30 |
| ● Saldo financiado | 0,00 |
| ● Lançamentos atuais | 191,00 |
| ● Total dessa fatura | 191,00 |

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Postagem: 28/02/2019
Vencimento: 09/03/2019
Emissão: 27/02/2019

280219

Fechamento próxima fatura: 04/04/2019

Titular **JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA**
Cartão **5350.XXXX.XXXX.1499**

Entre no App Credicard para ver o seu limite, fatura, melhor data de compra e muito mais!

vencimento

09/03/2019

A) pagamento total

191,00

B) pagamento mínimo

28,65

C) parcelas fixas

20,81
+23x **20,81**

Veja outras opções na 2. folha

B) Pagamento mínimo: optando por pagar quantia entre o valor constante nesta opção e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito rotativo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Limite de crédito R\$

| | |
|--------------------------------------|----------|
| Límite total de crédito | 1.000,00 |
| Límite utilizado no mês | 511,00 |
| Retirada de recursos Pós(saque) | 500,00 |
| Retirada de recursos Exterior(saque) | 1.000,00 |

Lançamentos: compras e saques

| | | |
|----------------------------------|------------------------|--------------|
| JEFFERSON C O SOUZA (final 1499) | | |
| DATA | ESTABELECIMENTO | VALOR EM R\$ |
| 08/02 | SUMUP SOLUÇÕES DE P. B | 1,00 |
| | DIVERSOS_SAO PAULO | |
| 08/02 | CARLA | 35,00 |
| | DIVERSOS_Osasco | |
| 17/02 | SUMUP *JEFFERSONS01/05 | 55,00 |
| | DIVERSOS | |

Lançamentos no cartão (final 1499)

| | | |
|----------------------------------|------------------------|--------------|
| JEFFERSON C O SOUZA (final 4055) | | |
| DATA | ESTABELECIMENTO | VALOR EM R\$ |
| 08/01 | SUMUP *SORAYAFOTO02/03 | 100,00 |
| | HOBBY_São Paulo | |

Lançamentos no cartão (final 4055)

Compre presencial

com o uso do cartão e senha.

Continua...

Banco Itaú S.A. 341-7 34191.75538 01305.852525 50451.630003 1 000

| | | | |
|-------------------------------|--|-----------------------|----------------|
| Número do Documento | 00253013058/0645116 | Nosso Número | 175/53013058-5 |
| Nome do Pagador/CPF/CNPJ | JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA - 012.479.844-60 | Valor do Documento | R\$ 191,00 |
| Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ | BANCO ITAUCARD S.A - 17.192.451/0001-70 | Vencimento | 09/03/2019 |
| Endereço do Beneficiário | ALAMEDA PEDRO CALIL, 43, CENTRO - POA - SP | Autenticação Mecânica | |

| Banco Itaú S.A. | | 341-7 | 34191.75538 01305.852525 50451.630003 1 000 | | | | rebito do pagador |
|--|---|-------------|---|-----------------------|-------------------------------|----------------|-------------------|
| Local de Pagamento | | | | | Data de Vencimento | | |
| Paygue sua fatura em qualquer banco, mesmo após a data de vencimento. Dê preferência para o pagamento até a data de vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura. | | | | | | 09/03/2019 | |
| Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço | BANCO ITAUCARD S.A - 17.192.451/0001-70 | | | | Agência / Código Beneficiário | 2525/04516-3 | |
| Data do Documento | Número do Documento | Espécie DOC | Acordo | Data do Processamento | Nosso Número | 175/53013058-5 | |
| 09/03/2019 | 00253013058/0645116 | FT | N | 27/02/2019 | | | |
| Uso do Banco | Carteira | Espécie | Quantidade | Valor | (+) Valor do Documento | R\$ 191,00 | |
| | 175 | R\$ | | | | | |
| Instruções de responsabilidade do beneficiário. | | | | | (+) Descontos / Abatimentos | | |
| Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". Dê preferência ao pagamento total. Não sendo possível, você terá as seguintes opções: (i) pagar quantia a partir do valor constante em Pagamento Mínimo, financiando o restante pelo crédito rotativo; (ii) optar por uma das opções de Parcelas Fixas, pagando o valor exato da parcela até a data do vencimento. | | | | | (+) Juros / Multa | | |
| Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP | JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA - 012.479.844-60 | | | | (+) Valor Pago | | |
| | R VICENTE MARTINS 223 - BELO HORIZONTE - 59600-550 MOSSORÓ - RN | | | | | | |
| Sacador Avalista: | | | | | | | |

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

JEFFERSON CRHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA, brasileiro(a), divorciado(a), autônomo, RG 2.279.116, CPF 012.479.844-60, residente e domiciliada à Rua Vicente Martins, nº 223, Belo Horizonte, Mossoró – RN, CEP: 59.600-550.

OUTORGADO:

LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 10.615, com escritório profissional situado na Rua Desembargador Dionísio Filgueira, nº 419, Sala 07, Centro, Mossoró – RN, CEP: 59.600-000, Telefone para contato: (84) 9-9901-2749 e (84) 3316-5699.

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

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

Mossoró, 25 de abril de 2019.

JEFFERSON CRHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA
Assinatura do Outorgante



CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS – 30%

CONTRATANTE: JEFFERSON CRHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA, brasileiro(a), divorciado(a), autônomo, RG 2.279.116, CPF 012.479.844-60, residente e domiciliada à Rua Vicente Martins, nº 223, Belo Horizonte, Mossoró – RN, CEP: 59.600-550.

CONTRATADO: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 10.615, com escritório profissional situado na Rua Desembargador Dionísio Filgueira, nº 419, Sala 07, Centro, Mossoró – RN, CEP: 59.600-000, Telefone para contato: (84) 9-9901-2749 e (84) 3316-5699.

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

I - DO OBJETO DO CONTRATO E DA RESPONSABILIDADE

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

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

II - DAS ATIVIDADES

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

b) Praticar quaisquer atos e medidas necessárias e inerentes à causa, em todas as repartições públicas da União, dos Estados ou dos Municípios, bem como órgãos a estes ligados direta ou indiretamente, seja por delegação, concessão ou outros meios, bem como de estabelecimentos particulares.
c) Praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os especificados no Instrumento Procuratório.

III - DAS DESPESAS

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

IV - DOS HONORÁRIOS

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

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

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

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



V - DA COBRANÇA

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

VI - DA RESCISÃO

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

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

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

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

VII - DO FORO

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

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

Mossoró, 25 de abril de 2019.

JEFFERSON GUAISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA
CONTRATANTE

CONTRATADO

TESTEMUNHAS:

1) _____

RG:

CPF:

2) _____

RG:

CPF:



TERMO DE RESPONSABILIDADE SOBRE O FORNECIMENTO DE DOCUMENTOS

Eu, JEFFERSON CRHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA, brasileiro(a), divorciado(a), autônomo, RG 2.279.116, CPF 012.479.844-60, residente e domiciliada à Rua Vicente Martins, nº 223, Belo Horizonte, Mossoró – RN, CEP: 59.600-550, declaro, sob as penas da Lei, que todos os documentos fornecidos ao advogado por mim constituído para me representar na Ação de Cobrança do Seguro DPVAT, tais como, **documentos pessoais, declarações, Boletim de Ocorrência, documentos médicos, etc.**, são verdadeiros, e me comprometo a responder por todos e quaisquer fatos atinentes aos mesmos na forma da Lei.

Mossoró, 25 de abril de 2019.

Jefferson Christian de Oliveira Souza

Assinatura



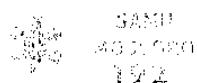
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu, **JEFFERSON CRHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA**, brasileiro(a), divorciado(a), autônomo, RG 2.279.116, CPF 012.479.844-60, residente e domiciliada à Rua Vicente Martins, nº 223, Belo Horizonte, Mossoró – RN, CEP: 59.600-550, declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, por isso requeiro os benefícios da assistência judiciária gratuita, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

Mossoró, 25 de abril de 2019.

JEFFERSON CRHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA
Assinatura do declarante





Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO N° 172

Mossoró 19 de março de 2018

Em resposta a solicitação do (a) Sr. (a): **ANTONIO MEDEIROS DE OLIVEIRA, 59 anos,**
RG: 364.093 passo a informar o que consta em nosso registro.

Identificação da ocorrência: 06

Nome do Paciente: JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA, 34 anos.

Data: 08/03/2018

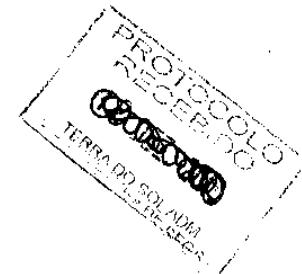
Local da ocorrência: Rua: Marinho Dantas.

Viatura: USB – Unidade de Suporte Básico de Vida 02

Hora do Chamado: 07h 30min.

Natureza da Ocorrência: Colisão de moto x carro.

Procedimento no Local: Paciente socorrido de acordo com os protocolos SAMU,
encaminhado para o Hospital Regional Tarcísio Maia, conforme regulação médica.



SAMU – Mossoró
Rua: Seis de Janeiro, 509 – Santo Antônio – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN
Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915
e-mail: samumossoro@hotmail.com





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SESAP - Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia

FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

| | |
|-----------------|------|
| 08 / 03 / 18 | |
| DATA DE ENTRADA | HORA |

| | | | |
|---------------------------------------|---|--------------|-------------------------|
| Nome do Usuário: | | Naturalidade | |
| Jefferson Christian de Oliveira Souza | | Mossoró - RN | |
| Filiação* | Antônio Medeiros de Oliveira Josefa da Silva Souza de Oliveira | | |
| Estado Civil: | Data de Nascimento: | Idade: | Sexo: Renda Mensal R\$: |
| Solteiro | 12 / 06 / 83 | 34 | F XM |
| Endereço: | Rua Vicente Martins | | Nº 223 |
| Airro: | Cidade: | Mossoró - RN | |
| Ponto de Referência: | | | |
| CNS - Cartão Nacional do SUS: | | CPF: | RG: |
| 708 2046 1286 9344 | | | 00 2 279 116 |
| Telefone para contato: | | | |
| 5.9675-9932 (paciente) | | | |
| Pessoa Responsável: | Grau de parentesco: | Telefone: | |
| at mae | — | 3316-6920 | |

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|---------|-------------------------------------|-------------|-------------------------------------|-----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| CASA | <input checked="" type="checkbox"/> | PRÓPRIA | <input checked="" type="checkbox"/> | ALUGADA | <input type="checkbox"/> | CEDIDA | <input type="checkbox"/> | TELEFONE | <input type="checkbox"/> |
| ÁGUA | <input checked="" type="checkbox"/> | LUZ | <input checked="" type="checkbox"/> | TAIPA | <input checked="" type="checkbox"/> | ALVENARIA | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| NÚMERO DE PESSOAS QUE RESIDEM | 03 | CRIANÇA | <input type="checkbox"/> | ADOLESCENTE | <input type="checkbox"/> | ADULTO | 03 | IDOSO | <input type="checkbox"/> |

PROCEDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

| | | | | | | | |
|--------|-------------------------------------|----------|--------------------------|------------------|-------------------------------------|------------|--------------------------|
| CRACHÁ | <input checked="" type="checkbox"/> | REFEIÇÃO | <input type="checkbox"/> | NORMAS E ROTINAS | <input checked="" type="checkbox"/> | ORIENTAÇÃO | <input type="checkbox"/> |
|--------|-------------------------------------|----------|--------------------------|------------------|-------------------------------------|------------|--------------------------|

| | |
|-----------------------|------------------|
| MOTIVO DA INTERNAÇÃO: | Acidente de Moto |
|-----------------------|------------------|

| | | | |
|---------|-----------|-------|----------|
| CLÍNICA | cirúrgica | LEITO | 217 - 01 |
|---------|-----------|-------|----------|

| | |
|--------------|--|
| Observações: | |
|--------------|--|

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS
ESTÁ CONFORME O PRESCRITO
SAÚDE MÓBIL 13/03/2018

SANEJARQUIVO

Assistente Social

Data: 09 / 03 / 18





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

30/03/10

| | | | |
|--|------------------------|---|---|
| Identificação do Estabelecimento de Saúde | | 2 - CNES | |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | <input type="text"/> | | |
| 2 - CNES | <input type="text"/> | | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | <input type="text"/> | | |
| 4 - CNES | | <input type="text"/> | |
| Identificação do Paciente | | | |
| 5 - NOME DO PACIENTE | <input type="text"/> | | |
| 6 - NOME DO PACIENTE | | 8 - N° DO PRONTUÁRIO | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | 8 - DATA DE NASCIMENTO | 9 - SEXO | 10 - RACA/COR |
| <input type="text"/> | | 12/06/183 | Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> |
| 11 - NOME DA MÃE | <input type="text"/> | | 12 - TELEFONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> N° DO TELEFONE |
| <input type="text"/> | | 13 - NOME DO RESPONSÁVEL | |
| <input type="text"/> | | 14 - TELEFONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> N° DO TELEFONE | |
| 16 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) | <input type="text"/> | | |
| 17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO | 18 - UF | 19 - CEP | <input type="text"/> |
| 18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | <input type="text"/> | | |
| JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO | | | |
| 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS | | | |
| <p>Primeros: Em MZE com dor, deformidade e limitação de movimento, com náuseas, doente, vigília, ansiedade, tênia e náuseas.</p> | | | |
| 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO | | | |
| <p>Primeros exposto em MZE de tânia e fibulas.</p> | | | |
| 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) | | | |
| <p>Raios X em AP com esquema (EXATO) de tânia e fibulas.</p> | | | |
| 23 - DIAGNÓSTICO INICIAL | 24 - CID 10 PRINCIPAL | 25 - CID 10 SECUNDÁRIO | 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | | | | | | |
|--|--------------------------------------|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | | 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | | | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | | |
| 29 - CLÍNICA | 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO | 31 - DOCUMENTO | 32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF | <input type="text"/> | | | |
| 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO | 35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) | 36 - N° DO BILHETE | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) | | | | | | |
| 36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO | 37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO | 38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO | 39 - CNPJ DA SEGURADORA | 40 - N° DO BILHETE | 41 - SÉRIE | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| 42 - CNPJ EMPRESA | 43 - CNAE DA EMPRESA | 44 - CBOR | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | |
| 45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA | 46 - EMPREGADO | 47 - EMPREGADOR | 48 - AUTÔNOMO | 49 - DESEMPREGADO | 50 - APOSENTADO | 51 - NÃO SEGURADO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|---|---|
| AUTORIZAÇÃO | | 52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |
| 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | 47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 48 - DOCUMENTO | 49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> CNS | <input type="checkbox"/> CPF | <input type="text"/> |
| 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | 51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| HOSPITAL REGIONAL DE MOSSORÓ ESTÁ CONFORME O DOCUMENTO SAME MOSSORÓ 13/03/2010 SAME/ARQUIVO B/11 | | |



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

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

NOME JEFFERSON CHRISTIAN DE O. SOUZA IDADE 10 N° REG:
SERVIÇO: ENF: LEITO:

HISTÓRIA CLÍNICA

pur. 08.05.2018 7:24AM. ORTOPEDICO

PACIENTE INTERNADO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO

DIAGN.: FRACTURA DOS OSSOS DA PERNAS EST
(EXPOSTA)

CONDUZ: TRATAMENTO CIRÚRGICO EM
CARÁTER DE EMERGÊNCIA

8

DR. CRISTIANO

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAMU MOSSORÓ 13/03/2018

CANJARQUIVO





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome JEFFERSON CHRISTIAN DE O. SOUSA Reg Nº _____

Diagnóstico pré-operatório: FRACTURA OSSESOS DA PERNAS E - EXPOSTA

Indicação terapêutica: TRATAMENTO CIRÚRGICO

08.03.2018

INTERVENÇÃO

Inicio: _____ Fim: _____ Duração: _____
Operador RICARTE ANDRADE HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
1º Auxiliar: JOÃO FIRMINO ESTA CONFIRMADA (CORRIGIDA)
2º Auxiliar: ACAH. CARLOS SAME MOSSORÓ 13/03/2018
3º Auxiliar: _____ B1
Instrumentador: SUSANY - IRNF. RAQUEL
Anestesista: AGNA SAMEARQUIVO

INTERVENÇÃO

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

Limpa Pot. Contaminada Contaminada Infectada

(1) PACIENTE EM DD SUB ANESTESIA

(2) ASSEPSIA E ANTESEPSIA

(3) APRESENTA DURAS FERIDAS CORTO-CONVULSAS
COM PERNAS DE TECIDOS NA REGIAO
POSTERIOR MEDIAL DO 1/3 INF. DA PERNAS

(4) INCISAO ANTERO-MEDIAL NO 1/3 INF. DA PERNAS

(5) LIGAGEM DO FOCO; REDUCAO DA FRACTURA
QUE APRESENTOU INSTABILIDADE, FIXACAO EXPESSA

(6) SINTETE DAS FERIDAS APÓS DESBRIDAMENTO

(7) COBERTURA DAS FERIDAS





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

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: JEFFERSON CHRISTIAN DE O. SOUZA Leito: E.C. 217-1

| DATA | 08-03-2018 | EVOLUÇÃO | VICENTE ANDRADE |
|---------|------------|---|-----------------|
| qui 08 | | • FRATOS DOS OSSOS DA Perna E - EXPOSTA | |
| 03-2018 | | CRIOURGIA RETALIZADA | |
| | | SONICO RADICULOGRAFIA | |
| | | — Y — | |
| | | — M — | |
| | | — AAS — | |

ALÉRGICO DIPTRON **PREScrição**



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
 DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

| | | |
|---|--|--|
| Identificação do Estabelecimento de Saúde | | 2 - CNES |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | | 4 - CNES |
| Identificação do Paciente | | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO |
| 5 - NOME DO PACIENTE | | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | 8 - DATA DE NASCIMENTO |
| | | 9 - SEXO |
| | | Meas: <input type="checkbox"/> 1 Fem: <input type="checkbox"/> 3 |
| 11 - NOME DA MÃE | | 10 - RACA/COR |
| 13 - NOME DO RESPONSÁVEL | | 12 - TELEFONE DE CONTATO DDD: _____ N° DO TELEFONE: _____ |
| 15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) | | 14 - TELEFONE DE CONTATO DDD: _____ N° DO TELEFONE: _____ |
| 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | | 17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO |
| | | 18 - UF |
| | | 19 - CEP |

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Não tem contato com pessoas
Dr. Mente está instável*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Alta tensão e raio

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

Exame Físico e Raio X

| | | | |
|--------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------------|
| 23 - DIAGNÓSTICO INICIAL | 24 - CID 10 PRINCIPAL | 25 - CID 10 SECUNDÁRIO | 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
|--------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------------|

| | |
|---|-----------------------------|
| 27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO |
|---|-----------------------------|

| | | | |
|--------------|----------------------------|----------------|--|
| 29 - CLÍNICA | 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO | 31 - DOCUMENTO | 32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE |
|--------------|----------------------------|----------------|--|

| | | |
|--|--------------------------|--|
| 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO | 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) |
|--|--------------------------|--|

| | |
|-------------|----------|
| CRM-RN 4759 | 12103178 |
|-------------|----------|

| | | | |
|-------------------------------|-------------------------|--------------------|------------|
| 36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO | 39 - CNPJ DA SEGURADORA | 40 - Nº DO BILHETE | 41 - SÉRIE |
|-------------------------------|-------------------------|--------------------|------------|

| | | | |
|--------------------------------------|-------------------|----------------------|-----------|
| 37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO | 42 - CNPJ EMPRESA | 43 - CNAE DA EMPRESA | 44 - CBOR |
|--------------------------------------|-------------------|----------------------|-----------|

| |
|---------------------------------------|
| 38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO |
|---------------------------------------|

| |
|------------------------------|
| 45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA |
|------------------------------|

| | | | | | |
|---------------|----------------|--------------|------------------|----------------|------------------|
| () EMPREGADO | () EMPREGADOR | () AUTÔNOMO | () DESEMPREGADO | () APOSENTADO | () NÃO SEGURADO |
|---------------|----------------|--------------|------------------|----------------|------------------|

| | | |
|---------------------------------------|---------------------------|---|
| 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | 47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR | 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |
|---------------------------------------|---------------------------|---|

| | |
|----------------|---|
| 48 - DOCUMENTO | 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR |
|----------------|---|

| | |
|---------|---------|
| () CNS | () CPF |
|---------|---------|

| | |
|--------------------------|--|
| 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) |
|--------------------------|--|

| | |
|---|---|
| / | / |
|---|---|





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

Nome: Jefferson Christian de Oliveira Souza
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC
DATA DA ADMISSÃO: 08/03/18

35 anos
Leito: 217-1
Mossoró - RN Código: 5019

| DATA | EVOLUÇÃO |
|----------|--|
| 13/03/18 | <p>5 DIH: Fx exposta dos ossos da perna E APP: Alergia a dipirona e AAS</p> <p>Refere dor em membro acometido. Consciente, afebril, eupneico. Funções excretórias mantidas. NV preservado.</p> <p>CD: VPM Baixo risco cardiovascular pré-op OK Aguarda cirurgia definitiva</p> |

| DATA | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO |
|------|---|-------------------|
| 1 | DIETA livre | |
| 2 | SF 0,9% 1500ml EV para 24h | |
| 3 D2 | Ceftriaxone 1 g + 15 ml ABD, EV, 12/12h | |
| 4 | Paracetamol 500 mg VO 6/6h | |
| 5 | Tilatil 40 mg + diluente, Ev, 1x/dia | |
| 6 | Tramal 100 mg + 100 mL Sf 0,9%, EV, 8/8h SN | |
| 7 | Clexane 40 mg SC 1x/dia | |
| 8 | SSVV+CCGG | |
| 9 | Curativo diário | |
| 10 | Manter MIE elevado | <i>A111 Hugol</i> |

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O DR. LIMA
SAME MOSSORÓ 13.03.2018
SANE/ANQUIVO





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR
COMANDO DE PÓLICIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

ANALOGUE DATA

Local RUA DAS ALMAS Bairro PELA HORA FONTE
Cidade/UF MASSARANDUBA P. Ref. INGRAM LIMA MOVEIS
Data 08/10/2018 Hora do acidente 07:20 Hora do registro 08:10 Dia da semana QUINTA-FEIRA

2. NATURE AND CORRECT

- Colisão Frontal - Colisão Lateral - Capotamento - Atropelamento
 - Colisão Posterior - Colisão Transversal - Choque - Outros)

THE VEHICLE OF

Placa ou Chassi ONY 1105 Cidade MESSIAS UF RN
Marca/Mod. SI TOYOTA HILUX CD 4X4 SEV Cor PRETA Ano 2017 2019
Proprietário RECARDO RIGW PEREIRA ERICKSON Nº de Ocupantes 02
Condutor RECARDO RIGW PEREIRA ERICKSON Data de Nasc. 30/08/1984
Endereço RUA JOSE JERONIMO DO MELO Nº 29 Fone
Bairro RECANTO Cidade MESSIAS UF RN
CPF N° 623.739.854-91 CNH N° 01353583916 Validade 22/10/2020 Categoria AC
Local de Trabalho QMPN. 2º BPM. Fone
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

卷之三

Placa ou Chassi NVP 8979 Cidade MOLINA UF EN
 Marca/Mod. FIAT UNICA 3000 Cor PRETA TE/Ano 1990 KM 2050
 Proprietário JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA N° de Ocupantes PI
 Condutor JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA Data de Nasc. 12/06/1983
 Endereço Av. VICENTE MARTINS N° 223 Fone (18479) 9675-9932
 Bairro BELA VISTANTE Cidade MOLINA UF EN
 CPF N° 012 CNH N° 0362916527 Validade 31/10/2021 Categoria A
 Local de Trabalho _____ Fone _____
 End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

卷之三

6 VIETTOLINE

| | | |
|-----------------|-----------------|----------|
| Placa ou Chassi | Cidade | Ang |
| Marca/Mod. | Cor | Ang |
| Proprietário | Nº de Ocupantes | |
| Condutor | Data de Nasc. | |
| Endereço | Nº | Fone |
| Bairro | Cidade | UF |
| CPF Nº | CNH Nº | Validade |
| de Trabalho | | Fone |
| Categoría | | |



SOCIEDADE VI - Em que Rua/Av. Transitava? RUA DOM GUERGUA CÂMARA

Em que sentido **Fábrica Terrena** **reclama**

— Em que faixa?

Em que sentido? ~~PERDIA~~ ~~PERDIA~~ ~~PERDIA~~
Versão do condutor ~~EU~~ ~~ESTAVA~~ ~~COM~~ ~~VELOCIDADE~~ ~~INDEVIDA~~ ~~AO~~ ~~CHEGAR~~ ~~NO~~ ~~CALÇADÃO~~
~~COM~~ ~~UMA~~ ~~VELOCIDADE~~ ~~INDIVIDUAL~~ ~~INICIEI~~ ~~A~~ ~~DIRIGIR~~ ~~NA~~ ~~ESQUERDA~~. ~~NO~~ ~~MOMENTO~~ ~~QUE~~
~~FIZ~~ ~~ESTA~~ ~~ACÇÃO~~ ~~CONCLUIU~~ ~~UM~~ ~~MOTORISTA~~ ~~QUE~~ ~~VIAVAM~~ ~~EM~~ ~~SENTRAL~~ ~~CALÇADÃO~~
~~QUE~~ ~~ESTAVA~~ ~~NA~~ ~~MINHA~~ ~~VELOCIDADE~~.

esquina V1 - En que Rua/ Av. Transita? Rua Dom Euzebio Cimpara

Sobre VZ - Em que Rua/Av. Transitava? Av. 23 de Maio

Em que sentido? belo horizonte / contas da casa Em que lado?

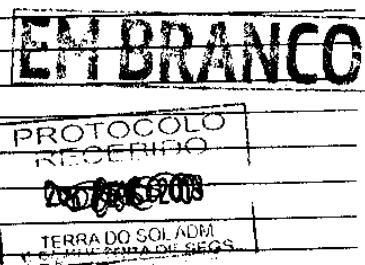
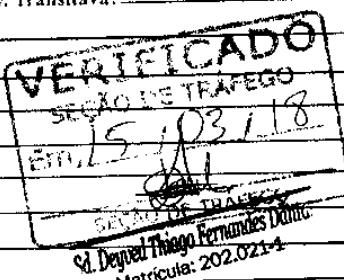
Versão do condutor EU TRANSFERIA MORNAMENTE QUANDO CHEGAVA A SUA HORA DE
DITAS ULTRAS TIPS HILUX CORROU NA MUNHA PEGOU O CABO

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava?

En que sentido? -

— Em que faixa? —

Versão do condutor

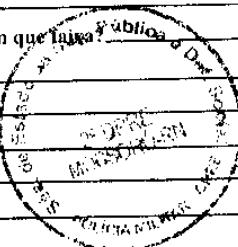


Sobre V4 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

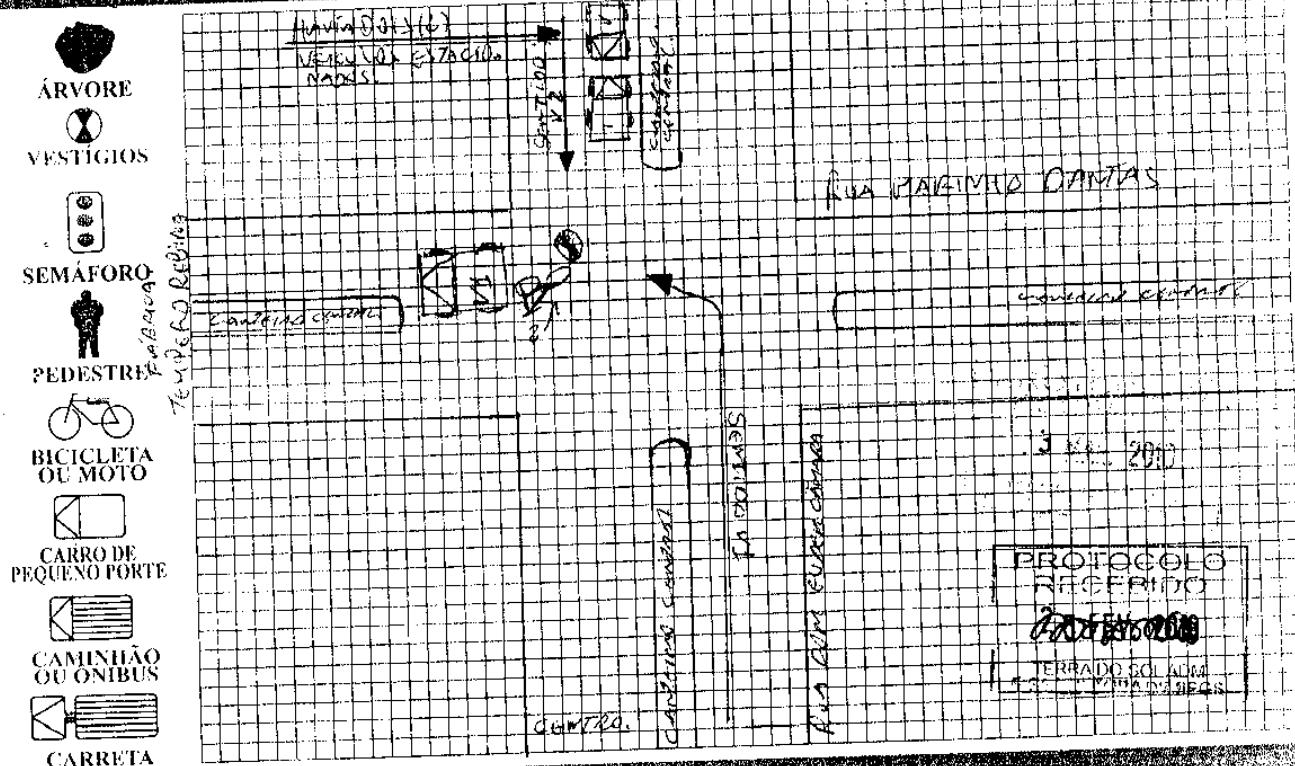
Versão do condutor -



EMBANCOS

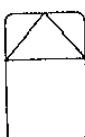


| | | | | | |
|--|---|--|---|--|--|
| Luminosidade | Cond. / Tempo | Tipos da Pista | Caract. / Pista | Cond. / Pista | Sinalização |
| <input type="checkbox"/> Amanhecedo | <input checked="" type="checkbox"/> Bom | <input type="checkbox"/> Asfalto | <input type="checkbox"/> Reta | <input checked=""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

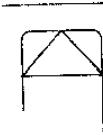


AVARIAS NO VEÍCULO 1

01 PRANCHAS FRONTAL DIREITAS
01 PRANCHAS TRASEIRAS



AVARIAS DO VEÍCULO 3

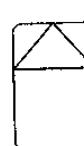


EMERGANCY

AVARIAS DO VEÍCULO 2



AVARIAS DO VEÍCULO 4



EMBRANCO



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, 27 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190171184

Vítima: JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA

Data do Acidente: 08/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 00455/00456 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 14011594



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 02/08/2019 16:10:35
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080216103559600000045989429>
Número do documento: 19080216103559600000045989429

Num. 47538010 - Pág. 1



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

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

Processo nº: 0812851-53.2019.8.20.5106

AUTOR: JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA

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

DESPACHO

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139,VI do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 10 (dez) dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida (CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo sucessivo de 15 (quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz (CPC, art. 178, II), dê-se vista ao Representante do Ministério Público.

Adotadas as supra expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 5 de agosto de 2019.

UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES

JUÍZA DE DIREITO
(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

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

Processo nº: 0812851-53.2019.8.20.5106

AUTOR: JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA

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

DESPACHO

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuitade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139,VI do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 10 (dez) dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida (CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo sucessivo de 15 (quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz (CPC, art. 178, II), dê-se vista ao Representante do Ministério Público.

Adotadas as supra expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 5 de agosto de 2019.

UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES

JUÍZA DE DIREITO
(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)