

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO BARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VÁLIDA EM TODOS O TERRITÓRIOS NACIONAIS 1157795540	NOME JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA	
	DOC. IDENTIDADE / CPF, ENDEREÇO 002279116 SSP RN	
	CPF 012.479.844-60 DATA NASCIMENTO 12/06/1983	
	FUNÇÃO ANTONIO MEDEIROS DE OLIVEIRA JOSEFA DA SILVA SOUZA DE OLIVEIRA	
	FEMININO <input type="checkbox"/> ACC <input type="checkbox"/> CUNHA <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	
PROIBIDO PLASTIFICAR 1157795540	Nº REGISTRO 03629165237	
	VALIDADE 31/07/2021	
	1ª HABILITAÇÃO 04/07/2005	
	OBSERVAÇÕES A 7	
	ASSINATURA DO PORTADOR	
PROIBIDO PLASTIFICAR 1157795540	LOCAL MOSSORO, RN	
	DATA EMISSÃO 02/08/2016	
	ASSINATURA DO INTERVENIENTE 17775528138 RN702449796	
DETRAN - RN (RIO GRANDE DO NORTE)		





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

Postagem: 28/02/2019
Vencimento: 09/03/2019
Emissão: 27/02/2019
Fechamento próxima fatura: 04/04/2019

280219



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 desta 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.

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	A) pagamento total	B) pagamento mínimo	C) parcelas fixas
09/03/2019	191,00	28,65	20,81 +23x 20,81

Veja outras opções na 2. folha

8) 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.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	1.000,00
Limite utilizado no mês	511,00
Retirada de recursos Pés(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 SOLUCOES DE P B DIVERSOS, SAO PAULO	1,00
08/02	CARLA DIVERSOS, Osasco	35,00
17/02	SUMUP *JEFFERSONS01/05 DIVERSOS	55,00

Lançamentos no cartão (final 1499) **91,00**

JEFFERSON C O SOUZA (final 4055)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
08/01	SUMUP *SORAYAFOTO02/03 HOBBY, São Paulo	100,00

Lançamentos no cartão (final 4055) **100,00**

Compra 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
Nome do Pagador/CPF/CNPJ JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA - 012.479.844-60
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ BANCO ITAUCARD S.A. - 17.192.451/0001-70
Endereço do Beneficiário ALAMEDA PEDRO CALIL, 43, CENTRO - POÁ - SP

recibo do pagador
Nosso Número 175/53013058-5
Valor do Documento R\$ 191,00
Vencimento 09/03/2019
Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A.		341-7		34191.75538 01305.852525 50451.630003 1 000	
Local de Pagamento				Data de Vencimento	
Pague 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				Agência / Código Beneficiário	
BANCO ITAUCARD S.A. - 17.192.451/0001-70 ALAMEDA PEDRO CALIL, 43, CENTRO - POÁ - SP				2525/04516-3	
Data do Documento	Número do Documento	Espécie DOC.	Assinatura	Data do Processamento	Nosso Número
09/03/2019	00253013058/0645116	FT	N	27/02/2019	175/53013058-5
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
	175	R\$			R\$ 191,00
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	
				(=) Valor Pago	
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP					
JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA - 012.479.844-60 R VICENTE MARTINS 223 - BELO HORIZONTE - 59600-550 MOSSORO - RN					
Sacador Avalista:					

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 02/08/2019 16:10:42
<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080216104207100000045989421>
Número do documento: 19080216104207100000045989421

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 CHAISTIAN 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 SEGUINTES E PELAS CONDIÇÕES DESCRITAS NO PRESENTE.

I - DO OBJETO DO CONTRATO E DA RESPONSABILIDADE

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

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

II - DAS ATIVIDADES

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

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

III - DAS DESPESAS

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

IV - DOS HONORÁRIOS

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

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

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

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



V - DA COBRANÇA

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

VI - DA RESCISÃO

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

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

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

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

VII - DO FORO

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

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

Mossoró, 25 de abril de 2019.

JEFFERSON GABRIEL DE OLIVEIRA SOUZA
CONTRATANTE

[Assinatura]
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 CRHRISTIAN 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 CHAISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA
Assinatura do declarante





SAMU
400475-1
1912

Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 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

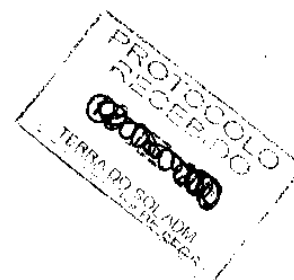
Hora do Chamado: 07h 30min.

Natureza da Ocorrência: Colisão de moto x carro.

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

Silvana de Souza Gomes
Diretora Administrativa do SAMU
Mat. 400475-1

Silvana de Souza Gomes
Matricula/400475-1
Diretor Administrativa do SAMU/ Mossoró



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			
Estado Civil:*		Data de Nascimento:*		Idade:	
Solteiro		12/06/83		34	
		Sexo:		Renda Mensal R\$:	
		F <input checked="" type="checkbox"/> M			
Endereço:*				Nº	
Rua Vicente Martins				223	
Bairro:*		Cidade:*		Profissão:	
Belo Horizonte		Mossoró - RN			
Ponto de Referência:					
CNS - Cartão Nacional do SUS:*		CPF:*		RG:*	
708 2046 1286 9344				002.279.116	
Telefone para contato:*					
9.9675-9932 (paciente)					
Pessoa Responsável:*		Grau de parentesco:		Telefone:*	
A mãe		-		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 checked="" type="checkbox"/>
MOTIVO DA INTERNAÇÃO:*			
Acidente de Moto			
CLÍNICA	cirúrgica	LEITO	217 - 01
Observações:			

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANEAMENTO 13/03/2018

SANEAMENTO

Assistente Social

Data: 08/03/18



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 02/08/2019 16:10:39

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1908021610389500000045989423

Número do documento: 1908021610389500000045989423



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 5343 /2018
Admissão: 08/03/2018 08:14:21

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 5019 - JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA (35 a 1 m 7 d)
Nascimento: 01/02/1983 Natural: MOSSORO, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: CPF: Prof:
Mãe: JOSEFA DA SILVA SOUZA DE OLIVEIRA Pai:
Logradouro: ANTONIO VIEIRA DE SA, 90 Cidade: MOSSORO
CEP: 59607100 Bairro: AEROPORTO:
Telefone: 84.96759932 84 96759932 Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): CONSULTA DE
URG/EMERGENCIA
Origem: SAMU RN

Tipo: REGULADO

*Empresa:

OBS: TRAZIDO PELO SAMU					Classificação: 08/03/2018 08:08:56		PESO:		
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	100 70								

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: ACIDENTE MOTO/CARRO, FRATURA EXPOSTA EM PERNA

Hora: 15:40
Admitido no Centro, paciente consciente, orientado no tempo e espaço, dando suporte sobre acidente, sem queixas de dor torácica e de abdome, exame do tórax e abdome normal, Glasgow 15, sem alterações. Imobilizado de acordo com protocolo.

Exatidão: Rx de tórax
Rx de abdome
Rx de perna - fratura 1/3 distal
Avaliação do ortopedista

Diagn. Inicial:


PRESCRIÇÃO:		VIA	HORÁRIO	ASSINT.
(1) S. Farmológico 01575 1.000ml			500 200	
(2) Dexametec 2cc 12 + 1200 mg			08:30	
(3) Analgésico				
(4) Alta da cirurgia pend.				
HOSPITAL REGIONAL DE MOSSORÓ ESTÁ CONFORME COM SAME MOSSORÓ 13.03.2018 SAME/ARQUIVO		Dr. B. Medeiros Cirurgião Geral CRM 2422		
FUNDOS DE OLHOS: BOMAS		PROTÓCOLO RECEBIDO 20 JUN 2018 TERRA DO SOLAIO		
9/12/2018				

*Saída: - () Alta por decisão médica; () Internação; () Enc. outro Serviço; () Evasão

Data: 1 / 18. Hr: Ass. Médico:

*Carregado via SX por ANTONIO HELIO DA SILVA. Impresso em 08 de Março de 2018.



 SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde			20.08/10
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL REGZOMAR JANGUARI MIN			
Identificação do Paciente			8 - Nº DO PRONTUÁRIO
5 - NOME DO PACIENTE			
JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO
		12/06/83	Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3
11 - NOME DA MÃE		10 - RAÇA/COR	
JOSÉ DA SILVA SOUZA DE OLIVEIRA			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO	
		DDD Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		14 - TELEFONE DE CONTATO	
ANTONIO VIGAS DE SA Nº 90		DDD Nº DO TELEFONE	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF
MOSSORO		RN	19 - CEP
			5916071100
JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Fraturas em MZE com dor, deformidade e limitação do movimento, consciente, orientado, vígil, anictico e normocorado			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Fraturas expostas em MZE de tíbia e fíbula			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Raio X em AP com fraturas expostas de tíbia e fíbula			
Fraturas completas			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Fratura aberta tíbia	S. 82.2		
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
850620		071081050500	
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
		() CNS () CPF	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
		08/03/10	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - Nº DO BILHETE
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			41 - SÉRIE
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA
			44 - CBOR
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - COD. EMISSÃO EMISSOR	
48 - DOCUMENTO	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR HOSPITAL REGIONAL DE ESTÁ CONFORME O SAME MOSSORO 13.03.2010 SAME/ARQUIVO B12
() CNS () CPF			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
1/1			





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

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

NOME: JEFFERSON CHRISTIAN DE O. SOUZA IDADE: 24 Nº REG:
SERVIÇO: ENFª: LEITO:

HISTÓRIA CLÍNICA

PM 08.05.2018 TRAUM. ORTOPEDIEN

PACIENTE INTERNADO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO

DIAGN.: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQ.
(EXPOSTA)

CONDIÇÃO: TRATAMENTO CIRÚRGICO EM
CARATEN DE EMERGENCIA

MASSAGEM
CRANIO 2517

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSCOPÓ 13.03.2018
SME

SANE/ARQUIVO





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: FRAT. DOS OSSOS DA PERNA E - EXPOSTA

Indicação terapêutica: TRATAMENTO CIRÚRGICO

pu 08.03.2018

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador: VICENTE ANDRADE HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

1ª Auxiliar: JOÃO FIRMINO

2ª Auxiliar: ACAIA CARLOS

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: SUSANY - RNF RAQUEL -

Anestesista: ANA

SAME/ARQUIVO 13.03.2018
BI

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 (X) Contaminada () Infectada

(1) PACIENTE EM DD SUB ANESTESIA

(2) ASSEPSIA E ANTISSEPSE

(3) APRESENTA DUAS FERIDAS CORTO-CONTUSAS COM PERDA DE TECIDOS NA REGIÃO POSTERIO MEDIAL DO 1/3 INF. DA PERNA


(4) INCISÃO ANTERO-MEDIAL NO 1/3 INF. DA PERNA

(5) LAVAGEM DO FOCO; REDUÇÃO DA FRATURA QUE APRESENTOU INSTABILIDADE; FIXAÇÃO EXTERNA

(6) SÍNTESE DAS FERIDAS APÓS DESBRIDAMENTO

(7) COBERTURA DAS FERIDAS



 SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento da Saúde			2 - CNES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			4 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			6 - Nº DO PRONTUÁRIO
Identificação do Paciente			9 - SEXO
5 - NOME DO PACIENTE			10 - RAÇA/COR
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO
11 - NOME DA MÃE			12 - TELEFONE DE CONTATO
13 - NOME DO RESPONSÁVEL			14 - TELEFONE DE CONTATO
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			18 - UF
19 - CEP			20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
23 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO			
24 - CID 10 PRINCIPAL			
25 - CID 10 SECUNDÁRIO			
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
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)			36 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO			38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
39 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			40 - Nº DO BILHETE
41 - SÉRIE			42 - CNPJ DA SEGURADORA
43 - CNPJ EMPRESA			44 - CNAE DA EMPRESA
45 - CBOR			46 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA
47 - EMPREGADO			48 - EMPREGADOR
49 - AUTÔNOMO			50 - DESEMPREGADO
51 - APOSENTADO			52 - NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR
48 - DOCUMENTO			49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR





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

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	

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 13/03/2018
SANE/ARQUIVO





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

BOLETA DE REGISTRO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 030161

1. LOCALIDADE

Local RUA DOM FREDERICO COM RUA MARINHO DANTAS Bairro BELO HORIZONTE
Cidade/UF MASSARA P. Ref. IMGMBLZ MÓVEIS
Data 08/03/2018 Hora do acidente 07:20 Hora do registro 08:10 Dia da semana QUINTA-FEIRA

2. NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento
☐ - Colisão Posterior ☒ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s)

3. VEÍCULO 01

Placa ou Chassi ORV 1105 Cidade MASSARA UF RN
Marca/Mod. 31 TOYOTA HILUX CD 4x4 SRV Cor PRATA Ano 2017 10019
Proprietário RICARDO RIAN PEREIRA BRICARIN Nº de Ocupantes 02
Condutor RICARDO RIAN PEREIRA BRICARIN Data de Nasc. 30/08/1964
Endereço RUA JOSE JOSEPHINO DE MORAES Nº 29 Fone
Bairro BELO HORIZONTE Cidade MASSARA UF RN
CPF Nº 713.739.954-91 CNH Nº 01353583911 Validade 22/06/2020 Categoria A
Local de Trabalho PMPM 2ª BPM Fone
End. Nº Bairro Cidade

4. VEÍCULO 02

Placa ou Chassi NVP 8979 Cidade MASSARA UF RN
Marca/Mod. BOMBA 1 CB 300 R Cor PRATA Ano 2010
Proprietário JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA Nº de Ocupantes 01
Condutor JEFFERSON CHRISTIAN DE OLIVEIRA SOUZA Data de Nasc. 12/06/1992
Endereço RUA VICENTE MANTINI Nº 223 Fone (84) 9-9675-9432
Bairro BELO HORIZONTE Cidade MASSARA UF RN
CPF Nº 012 CNH Nº 03629165237 Validade 31/07/2021 Categoria A
Local de Trabalho Fone
End. Nº Bairro Cidade

5. VEÍCULO 03

Placa ou Chassi EM BRANCO Cidade UF
Marca/Mod. EM BRANCO Cor
Proprietário EM BRANCO Nº de Ocupantes 1
Condutor EM BRANCO Data de Nasc.
Endereço EM BRANCO Nº Fone
Bairro EM BRANCO Cidade UF
CPF Nº EM BRANCO CNH Nº Validade Categoria
Local de Trabalho EM BRANCO Fone
End. EM BRANCO Nº Bairro Cidade

6. VEÍCULO 04

Placa ou Chassi EM BRANCO Cidade UF
Marca/Mod. EM BRANCO Cor
Proprietário EM BRANCO Nº de Ocupantes 1
Condutor EM BRANCO Data de Nasc.
Endereço EM BRANCO Nº Fone
Bairro EM BRANCO Cidade UF
CPF Nº EM BRANCO CNH Nº Validade Categoria
Local de Trabalho EM BRANCO Fone
End. EM BRANCO Nº Bairro Cidade

Sobre VI - Em que Rua/ Av. Transitava? RUA DOM GUDER CAMARA

Em que sentido? FABRICA TEMPORA RCBINA

Em que faixa?

Em que sentido? PARRICA SENTIU REVOLTA.

Versão do condutor EU TROFELAVA COM VELOCIDADE MODERADA AO CHAMAR NO SINAL VERDE COM A RUJA MARINHA DANTAS INICIEI A CONVERSAÇÃO A ESCOLHENDO UM MOMENTO QUE JÁ ESTAVA ~~PROXIMANDO~~ CONCLUINDO UM MOTOCULISTA QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO COLIDIR NO MEU VEÍCULO.

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? Rua DOM EUDERCIANO

Em que sentido? DELO HORIZONTES / CONTAS DA CIDADE

— Em que faixa?

Em que sentido? NELA HONRARI-SE COM O CARIÓTIPO Em que sentido? EM QUE SENTIDO?

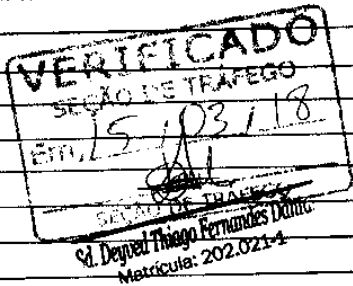
Versão do condutor EU TRABALHAVA NORMALMENTE QUANDO CORREU NA RUA HACIAN DE
PORTAS UM VEICULO TIPO MILUX CORREU NA MINHA FRENTE E COLIDIR

5-1-1941

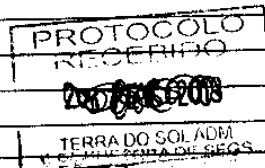
SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor.

EM BRANCO

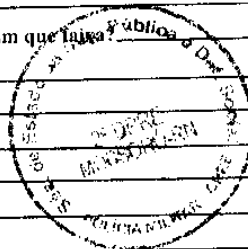


SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Versão do condutor:

Em que lugar



Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reto	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" 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"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Active Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebliana	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Active Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha
		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s)
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. KM/H
			<input checked="" type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	
			<input type="checkbox"/> Retorno		
			<input type="checkbox"/> Entroncamento		
			<input checked="" type="checkbox"/> Bifurcação		

VERIFICADO
SEÇÃO DE TRAFEGO
Em 15/03/18
Sd. Deved Thiago Fernandes Dantas
Matrícula: 202.021-1

PROTOCOLO DE VERIFICAÇÃO DE VEÍCULO
BATERIA 12V 45Ah 20076

ÁRVORE
VESTÍGIOS
SEMÁFORO
PEDESTRE
BICICLETA OU MOTO
CARRO DE PEQUENO PORTE
CAMINHÃO OU ÔNIBUS
CARRETA

PROTOCOLO DE VERIFICAÇÃO
TERRAÇO SOL ADM
53 - PÁVIA DE JESUS

AVARIAS DO VEÍCULO 1
01 PARAFUSOS FRONTAL QUEBRADOS
02 PONTES DE VERIFICAÇÃO

AVARIAS DO VEÍCULO 2
01 TANQUE DE COMBUSTÍVEL DANIFICADO
02 CUBO DE RODA
01 FURTO DE VERIFICAÇÃO
01 PONTES DE VERIFICAÇÃO

AVARIAS DO VEÍCULO 3
EM BRANCO

AVARIAS DO VEÍCULO 4
EM BRANCO



Nome JEFFERSON CARSTIAN DE OLIVEIRA SAUZA
RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 12/10/1990
Endereço RUA VICENTE MARTINS Nº 223 Fone 9-4675-4836
Bairro GOIO HORIZONTE Cidade MOSSORÓ UF _____
Versão _____

Assinatura _____

Hora _____

☐ Vídeotutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Condução para ☐ Registro ☐ Registro

Nome _____
RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

EM BRANCO

Assinatura _____

Hora _____

☐ Vídeotutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Condução para ☐ Registro ☐ Registro

Nome _____
RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

VERIFICADO
SEÇÃO DE EXPEDIENTE
Em 15/03/18
Sd. Deivid Thiago Fernandes Pinho
Matrícula: 202.021-1

Assinatura _____

Hora _____

☐ Vídeotutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre ☐ Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Condução para ☐ Registro ☐ Registro

Nome _____
RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

EM BRANCO

Assinatura _____

Hora _____

15. SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

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

EM BRANCO

16. IMAGENS/FOTOS ☐ SIM ☐ NÃO **17. OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO**

PO. CHILANHO NA LULA CAMARÃO DA RUA Q. CAMARÃO DA V2 HAVIA SINA SALOMÃO PELA

Nome Completo do Agente LUIS DE LIMA ASSUNÇÃO
POSTO/GRAD.: SALOMÃO PM N° 2404 S86 Viatura TAN 02 Subunid.: 2º DPAC
Assinatura: 3/08/2018
Data: MOSSORÓ, 08 de MAIO de 2018





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 sequelas definitivas, 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





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 nº 11.419/06)



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró
Alameda das Carinaubeiras, 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 nº 11.419/06)