



PROCURAÇÃO AD JUDICIA  
ET EXTRA

OUTORGANTE

MARIA IRES DE MORAIS, brasileiro(a), solteiro(a), agricultora, CPF nº 011.009.774-22, com endereço na(o) Rua Vereador Celso Marinho, nº 103, Centro, Apodi/RN.

OUTORGADO

KALYL LAMARCK SILVERIO PEREIRA SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ nº 25.237.818/0001-53, representada por seu sócio KALYL LAMARCK SILVÉRIO PEREIRA, brasileiro, casado, advogado, OAB/RN nº 12766, com Escritório na Rua Melo Franco, 122, Térreo, Mossoró-RN.

PODERES

Amplos, gerais e ilimitados, PARA O FORO EM GERAL, com a cláusula ad judicia – ET EXTRA, em qualquer juízo, instância ou tribunal, inclusive postular na Instância administrativa, usando todos os recursos legais e acompanhando-o sem repartições públicas federais, estaduais ou municipais, de qualquer natureza, onde o(s) mesmo(s) seja(m) autor(es) ou réu(s), assistente(s), oponente(s), ou de qualquer modo interessado(s), podendo para tanto ajuizar as ações competentes e defendê-lo(s) nas contrárias, seguindo umas e outras, até decisão final, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes para confessar, desistir, renunciar, TRANSIGIR, arrolar, inquirir, requerer vista dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, arguir suspeição, falsidade e exceção, requerer falência e concordata, podendo ainda substabelecer com ou sem reserva de poderes, assinar termos de caução real ou fidejussória, concordar, discordar, enfim tudo mais praticar para o fiel e cabal desempenho deste mandato.

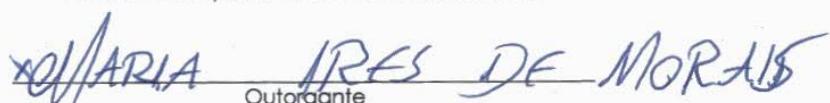
HONORÁRIOS CONTRATUAIS

Em remuneração desses serviços o ADVOGADO OUTORGADO receberá do OUTORGANTE o valor equivalente a 30% (trinta por cento) sobre o a condenação da demanda (parcelas vencidas e vincendas).

§ 1º Os honorários contratados independem da ocorrência de honorários sucumbenciais.

§ 2º O pagamento total ou parcial poderá ser feito através de expedição de Requisição de Pequeno Valor – RPV em nome da SOCIEDADE CONTRATADA ou de seu SÓCIO, sendo descontada da liquidação do processo judicial.

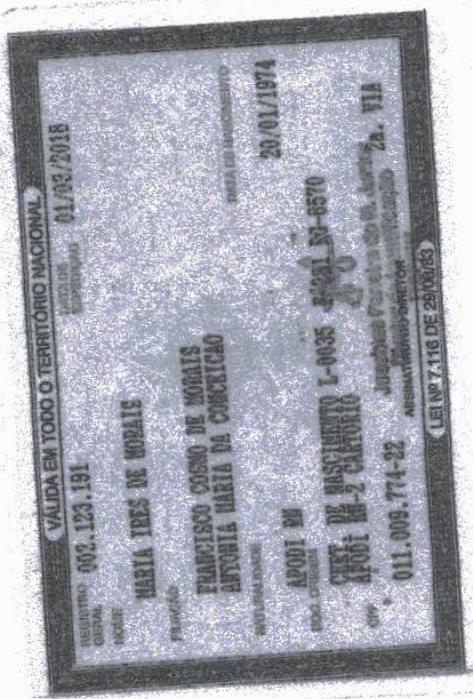
Mossoró-RN, quarta-feira, 24 de abril de 2019.

  
Outorgante

Rua Melo Franco, 122, Centro,  
Mossoró – RN; CEP 59.600-165.



(84) 3316-0299  
klamarck@gmail.com



PROTÓCULO  
RECEBIDO  
30 ABR 2019  
TERRA DO SOL ALUM.  
E CORRETORA DE SEGS

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **MARIA IRES DE MORAIS**, brasileiro, solteira, agricultora, CPF/MF sob o nº 011.009.774-22, residente e domiciliada no Rua Vereador Celso Marinho, 103, Centro, Zona Urbana, Apodi/RN. 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, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição Federal e da Lei nº 1.060/50.

Mossoró/RN, 24 de Abril de 2019.

Maria Ires de Moraes





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE APODI  
Telefone: (84) 3333-2737

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 103//2018

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo do Acidente: Colisão

Data e Hora do Acidente: 29/01/2018 às 10:10

Local da Ocorrência: Rua Severo Gomes- baixa do CAIC- Apodi/RN

Comunicante: A vítima

Identidade RG.:

Profissão: Do lar

Endereço:

C.P.F:

Telefone: 99109-2517



Identificação da Vítima:

Nome: MARIA IRES DE MORAIS

Identidade RG.: 2.123.191/RN

Naturalidade: Apodi/RN

Pai: Francisco Cosmo de Moraes

Mãe: Antônia Maria da Conceição

Endereço: Rua Vereador José Dionísio de Moraes, 131- Baixa do CAIC- Apodi/RN

Condutor ou Passageiro? Condutor NÃO HABILITADO

CPF: 011.009.774-22

Data Nascimento: 20/01/1974

Identificação do Veículo:

Tipo: MOTOCICLETA

Marca/Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESDI

Placa: PMX6294

Cor: PRETA

Chassi: 9C2KC1680ER019407

RENAVAM: 01052005125

Proprietário: EFIGENIO DE OLIVEIRA TORRES

Ano: 2014/2017

Condutor: MARIA IRES DE MORAIS

HISTÓRICO:

O comunicante comparece a esta delegacia para formalizar a ocorrência de ACIDENTE DE TRANSITO (COLISÃO); Que a comunicante conduzia a motocicleta acima descrita, quando um automóvel, não identificado colidiu com a sua motocicleta e a vítima veio a cair; Que a vítima sofreu um corte profundo na cabeça, arregacando para trás o couro cabeludo; Que a vítima foi socorrida por populares e levada até o Hospital Hélio Moraes e marinho em Apodi e depois transferida para o Hospital Tarcísio Maia em Mossoró; Que o acidente foi presenciado por EFIGENIO DE OLIVEIRA TORRES RG: 2.206.594 e ANTONIO LISBOA DA SILVA RG: 3.133.169. E nada mais disse.

Local e data deste Registro: Apodi, 8 de fevereiro de 2018

MARIA IRES  
Comunicante / Vítima

DE MORAIS.

APC - Izabel Aprigida de Carvalho Neta  
Matrícula: 129.235-8

EFIGÉNIO DE OLIVEIRA TORRES.  
Testemunha

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Delegacia de Policia de Apodi

ANTÔNIO LISBOA DA SILVA  
Testemunha



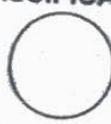
Assinado eletronicamente por: KALYL LAMARCK SILVERIO PEREIRA - 06/08/2019 12:10:37  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080612103675800000046043443>  
Número do documento: 19080612103675800000046043443

Num. 47595946 - Pág. 2



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA DO RN  
HOSPITAL REGIONAL HÉLIO MORAIS MARINHO - FONE/FAX (84) 3333-2200 / 3322-9580 / 3381  
RUA PROJETADA, S/N - RB 405 - KM 76 - CEP: 59.700-000 - APODORÉ - E-MAIL: [seap.hmm@rn.gov.br](mailto:seap.hmm@rn.gov.br)

CLASSIFICAÇÃO



FICHA N° \_\_\_\_\_

## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

### 1. DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA IRIS DI MORAIS

REGISTRO N° 12.17.519

Data de Nascimento: 31/10/1994 Idade: 14 Sexo: F

Estado Civil: SOLTEIRA Naturalidade: RIO GRANDE DO NORTE

Profissão: \_\_\_\_\_

Filiação: Pai e/ou Mãe: MARIA IRIS DI MORAIS Cartão SUS nº: 16043900918008-1

Endereço: RUA VILA NOVA MONTEIRO 138

Bairro: FECA Cidade: JOÃO PESSOA UF: RN

Data: 19/08/2019 Hora: 11:12 Rubrica do Servidor: PA Mart.

2. ACOLHIMENTO:  Emergência

Urgência

Ambulatório

3. ACIDENTE DE:  Trabalho

Doméstico

Trajeto

4. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

a) Queixa: \_\_\_\_\_

b) Antecedentes Alérgicos: \_\_\_\_\_

c) HAS:

DM:

5. EXAME FÍSICO: Peso: \_\_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ PA: 110X71

F. R: \_\_\_\_\_

Glasgow: 15 SpO<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_

6. ANAMNESE: Pecou o pé / Colisão moto-carro / opresento-se com enfaticação / fralda cronica de extensão bilateral

7. PROCEDIMENTOS MÉDICOS: Histórico e/ou causa da lesão (alegada):

3. AO TÓCITO. Malo

1. Medicamentação - Dexp + ABD, IAU.

### 8. PROCEDIMENTO MÉDICO:

Ambulatório,

Internamento,

Outros.

PROTÓCOLO  
RECEBIDO  
30 ABR 2019  
TERRA DO SOL ADM.  
ECORRETORADA SEGS

Dr. Manoel Gomes Guedes Júnior  
Medicina Legal  
CRM-PB 1704

BM GRÁFICA 84. 9834-8040 / 9408-3577

**SOLITARY GOATEE STAMPS TO BE DESIGNED**

ANSWER





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA  
BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 1816 /2018  
Admissão: 29/01/2018 12:22:20

OK

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 1753 - MARIA AIRES DE MORAIS (44 a 9 d)

Nascimento: 20/01/1974 Natural: APODI.BRASIL

Sexo: F Cor: PARDA

CNS: CPF:

Prof:

Mãe: ANTONIA MARIA DA CONCEICAO

Pai:

Logradouro: VIRIADOR CELSON MARINHO, 103

CEP: 59700000

Bairro: APODI

Cidade: APODI

Telefone: 84.92000372 84 92000372

Compl:

Motivo: COLISAO - MOTOQUEIRO

Tipo: REGULADO

Origem: AMBULANCIA OUTRO

\*Empresa:

OBS:		Classificação: 29/01/2018 12:13:23   PESO:							
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	130 90		96			309			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: COLISÃO MOTO-CARRO, CORTE CONTUSO EM CABEÇA, ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADA, SONOLENTA. APODI, VEIO SEM REGULAR.

Hora: 12:30

Paciente reperce acidente automobilístico (moto x carro) há ± 1 hora, houve que estava ingeminando ao lado antes do acidente; estava sem capacete; não estava sob efeito de álcool.

- a) Nega cefaleia; Vios aéreos patológicos
- b) DPOX bilateralmente, S/PRA; expansibilidade torácica simétrica. SatO<sub>2</sub>: 96%.
- c) Hemodinamicamente estável, sem sinais de sangramentos extensos e de farto-nite.
- d) ECG: normal; fôfagos isocônicos e fotorragentes; Sem sinais de disfarç focial
- e) Presença de corte contuso na cabeça.

encontro: Nega náuseas, vômitos ou distúrbios no local do acidente.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	PROTÓCOLO RECEBIDO
① Sobe oto flanges da ortopedia			30 ABRE
② Sobe oto flanges da neurocirurgia			TERAPIA COAGULADORES SEGURO
③ Sobe oto de pelvis e fraturas env AP + TC de crânio.			CRN/RN 0462
④ Diproloquina - 2ml + ABD, IV		12:45	
⑤ Caltarem (26mg/ml) - 3ml, IM			
⑥ Plaxil 01 AMP + ABD EV, ongela (19:00)			
			HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO M. V. ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ
			SAME/ARQUIVO

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

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /18. Hr: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Ass. Médico: \_\_\_\_\_

Assinado eletronicamente por: ANTONIO CAVALCANTE NEGREIROS. impresso em 29 de Janeiro de 2018.



Assinado eletronicamente por: KALYL LAMARCK SILVERIO PEREIRA - 06/08/2019 12:10:37

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080612103716500000046043748

Número do documento: 19080612103716500000046043748

Num. 47595951 - Pág. 3

13:12 - Vítima acidente veicular, sentimento com dor intensa envolvendo  
costela, dor intensa com ressaca sensitivo/menor dor  
músculos, forte dor costela.

Dr. Antonio Pinheiro de A. Neto  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM 1.161-RN

me

G18

TC normal normof

Alto de mrs

Dr. Bruno Góis  
Neurocirurgião Góis  
CRM-RN 5823

# Pta c. cord. ferida trânsita RDT

Trau se mandou i fisiogola

Sutura de cord coluna

1D! Alto fys dolor

Dr. Antonio Pinheiro Neto  
Cirurgia Plástica  
CRM-RN 6229

HOSPITAL REGIONAL TARCISO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORÓ 22/04/2018

B100  
SAME/ARQUIVO



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H- R. M

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Maria Tereza de Souza

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

160434009480018

8 - DATA DE NASCIMENTO

2010170

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Gutemara Maria da Conceição

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD N° DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD N° DO TELEFONE

15 - ENDERECO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Vila das Laranjeiras, 103

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

### 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 INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
TERRA DO SOL AD  
CORRETORA DE SEGU  
30 ABR 2018

### 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

( ) CNS ( ) CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

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

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - 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

( ) AUTONÔMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

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)

/

/





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H. R. F. M.

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Renata Tavares da Conceição

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

1604390094800182010174

8 - DATA DE NASCIMENTO

2010174

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 3

10 - RACA/COR

11 - NOME DA MÃE

Antonia Renata da Conceição

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD N° DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD N° DO TELEFONE

15 - ENDERECO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Vicente Celso Marinho, 103

16 - MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

### 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 INICIAL

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

( ) CNS ( ) CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

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

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

( ) AUTONÔMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

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)



3

 <b>Sistema Único de Saúde</b> Ministério da Saúde		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>				
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <i>H. A. T. M.</i>						2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE						4 - CNES
<b>Identificação do Paciente</b> 5 - NOME DO PACIENTE <i>Maria J. R. S. Ferreira</i>						6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>160634009480018</i>			8 - DATA DE NASCIMENTO <i>20/01/1948</i>	9 - SEXO <input checked="" type="checkbox"/> Mas. <input type="checkbox"/> Fem.	10 - RAÇA/COR <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3	
11 - NOME DA MÃE <i>Guterres Ferreira de Oliveira</i>			12 - TELEFONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> N° DO TELEFONE			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL			14 - TELEFONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> N° DO TELEFONE			
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>R. Visconde de Souza, nº 103</i>			17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO <i>35000-000</i>			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Salvador</i>			18 - UF	19 - CEP		
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO</b>						
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS       						
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO       						
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)       						
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>						
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		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)
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>						
36 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ DA SEGURADORA       		40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE	
		42 - CNPJ EMPRESA       		43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR	
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR		<input type="checkbox"/> AUTONÔMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO		<input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO		
<b>AUTORIZAÇÃO</b> 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				



Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA IRES DE MORAIS**

Nº Sinistro **3180194747**

Vitima: **MARIA IRES DE MORAIS**

Data do Acidente: **29/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EZILDA FERNANDES PEREIRA**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o número de sinistro **3180194747**, esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes cobertas pelo Seguro DPVAT em razão do acidente ocorrido em **29/01/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoraslider.com.br** ou ligue para o SAC DPVAT **0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Efigênio de Oliveira Torres,  
RG nº 002.206.594, data de expedição 28/10/2014  
Órgão TJEP, portador do CPF nº 059.140.234.32, com  
domicílio na cidade de Apoeli, no Estado de  
Rio Grande do Norte onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Vereador Celso Marinho, nº 07,  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Maria Ires de Moraes, cujo o condutor era  
Maria Ires de Moraes.

Veículo: motocicleta  
Modelo: Honda CG 150 FAN ESDI  
Ano: 2014  
Placa: PMX 6291  
Chassi: 9C2KCLG80ER019407  
Data do Acidente: 29 de janeiro de 2018  
Local e Data: Apoeli - 19/02/18

EFIGÉNIO DE OLIVEIRA TÔRRES.

Assinatura do Declarante

Maria Ires de Moraes.

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

PROTOCOLO  
RECEBIDO  
30 ABR 2018  
TERRA DO SOL ALUM  
E CORRETORA DE SEGURO





Assinado eletronicamente por: KALYL LAMARCK SILVERIO PEREIRA - 06/08/2019 12:10:38  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080612103792900000046043753>  
Número do documento: 19080612103792900000046043753

Num. 47595956 - Pág. 2

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERO DAS RODAS	
DETRAN - RN			
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VIA	COD. RENAVAM	RINTRC	EXERCICIO
2	01052005125	*****	2017
NOME			
EFIGENIO DE OLIVEIRA TORRES			
— OFICINA/RJ	PLACA		
059.140.234-32	PMX6294		
— PLACA/ANT/UF	CHASSI		
PMX6294/CE	9C2KC1680ER019407		
— ESPECIE TIPO	— COMBUSTIVEL		
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE	ALCOOL-GASOL		
HONDA/CGL150 FAN ESDI	ANO FAB.	ANO MOD.	
— MARCA/Modelo	2014	2014	
OCV/149 CILINDRADAS	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
— COTA UNICA	VEIC GOTA UNICA	PRETA	
I R\$ 0,00	11/04/2017	1º PAGO	
P V A 002663 3x	PARCELAMENTO/COTAS	2º PAGO	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) — IOF (R\$) — PREMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO	3º PAGO		
*** TAXAS DETRAN PAGO *** DPVAT: PAGO			
OBSERVAÇÕES			
MOTOR: KC16E8E019407			
CONTRAN			
DENATRAN			
VALA			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VELOCIDADE MÉDIA, EXCETO OS VEHÍCULOS DE PASSEIO, PRAZERES, DE LUXO, ESTÉTICOS, DE CORRIDA, DE SEGURO DPVAT, DENATRAN, FORRADA SÓ NA PARTE DA COBERTURA PESSOAS.

RN Nº 012832796429 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VENSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DA COBERTURA

[www.dpvatsegurodetranito.com.br](http://www.dpvatsegurodetranito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 622 1204

— EXERCICIO — — DATA EMISSAO —  
2017 — 30/01/2018

— PLACA —  
PMX6294

— OFICINA / CHASSI —  
01052005125

— MARCA / MODELO —

HONDA/CGL150 FAN ESDI

— CATEGORIA —

VEIC GOTA UNICA

— COR PREDOMINANTE —

PRETA

— VEND GOTA —

1º PAGO

2º PAGO

3º PAGO

— PREMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO

— DATA DE QUITAÇÃO —

— PAGAMENTO —  
COTA ÚNICA — PARCELA(O) —

— PAGAMENTO —  
PARELADO — DATA DE QUITAÇÃO —

— PAGAMENTO —  
COTA ÚNICA — PARCELA(O) —

PROTÓCOLO  
RECEBIDO  
30 ABR 2018  
TERRADO SOL ANM.  
E CORRETORA DE SEGUROS



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
1ª Vara da Comarca de Apodi  
BR 405, KM 76, Portal da Chapada, APODI - RN - CEP: 59700-000

---

Processo nº: 0802470-65.2019.8.20.5112

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: MARIA IRES DE MORAIS

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

## DESPACHO

### Vistos.

Defiro a gratuidade em favor da parte autora.

**Designo perícia técnica** a ser realizada por profissional com **especialidade de ortopedia/traumatologia**, nos termos do **Convênio nº 39/2018, fixando-se honorários no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais)**, a serem pagos pela Seguradora Líder, no prazo de 15 (quinze) dias após realizada a perícia, contados da data da intimação, independente do resultado.

**Oficie-se ao NUPEJ para indicar o profissional**, remetendo-se os quesitos do Juízo e aqueles elaborados pelas partes, ou, **alternativamente, inclua-se no Mutirão DPVAT**, adotando-se a providência mais célere.

Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- *Quais as lesões sofridas pela parte autora?* 2- *As lesões decorreram de acidente de veículo?* 3- *Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente?* 4- *Totalmente ou em parte?* 5- *Em que percentual?* 6- *Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica?* 7- *A incapacidade é temporária ou permanente?* 8- *A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta?* 9- *No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média(50%), leve (25%) ou residual(10% ou menos)?*

**Intimem-se as partes** para indicarem assistente técnico e, querendo, apresentarem outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de quinze dias.

Designada a data, intimem-se pessoalmente as partes para se fazerem presentes, devendo os advogados serem intimados pelo DJe.



Após apresentado o laudo, intimem-se os advogados das partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de quinze dias, expedindo-se imediatamente o Alvará para levantamento dos honorários periciais.

Publique-se. Intime-se. Cumpra-se.

Apodi, 08 de agosto de 2019.

*Assinado eletronicamente*

**ANTONIO BORJA DE ALMEIDA JUNIOR**

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: ANTONIO BORJA DE ALMEIDA JUNIOR - 08/08/2019 13:27:18  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080813271800300000046086490>  
Número do documento: 19080813271800300000046086490

Num. 47642481 - Pág. 2



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
1ª Vara da Comarca de Apodi  
BR 405, KM 76, Portal da Chapada, APODI - RN - CEP: 59700-000

Processo nº: 0802470-65.2019.8.20.5112

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: MARIA IRES DE MORAIS

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

## **DESPACHO**

Vistos.

Da análise da inicial, verifica-se de logo a necessidade de prova pericial, motivo pelo qual as circunstâncias fático-jurídicas da lide inviabilizam a conciliação neste momento.

Nesse ínterim, **inicialmente deixo de marcar audiência prévia de conciliação** prevista no art. 334 do CPC, tendo em vista que será realizada após a produção da prova pericial.

Dito isto, **ANTES DE CUMPRIR O DESPACHO ANTERIOR, cite-se a parte requerida para contestar** no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial.

**Havendo questões preliminares, reconvenção e/ou alegação de fatos impeditivos, modificativos ou extintivos do direito autoral, ouça-se a parte autora, no prazo de 15 (quinze) dias.**

Em seguida, **cumpra-se o despacho anterior.**

P. I. Cumpra-se.

Apodi/RN, 9 de agosto de 2019.

*Assinado eletronicamente*

**ANTONIO BORJA DE ALMEIDA JUNIOR**



Assinado eletronicamente por: ANTONIO BORJA DE ALMEIDA JUNIOR - 09/08/2019 12:21:38  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080912213794600000046140281>  
Número do documento: 19080912213794600000046140281

Num. 47699863 - Pág. 1

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: ANTONIO BORJA DE ALMEIDA JUNIOR - 09/08/2019 12:21:38  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080912213794600000046140281>  
Número do documento: 19080912213794600000046140281

Num. 47699863 - Pág. 2