

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

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

❖ PODERES

Amplios, gerais e ilimitados, PARA O FORO EM GERAL, com a cláusula ad judicium – **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 ADOGADO 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.

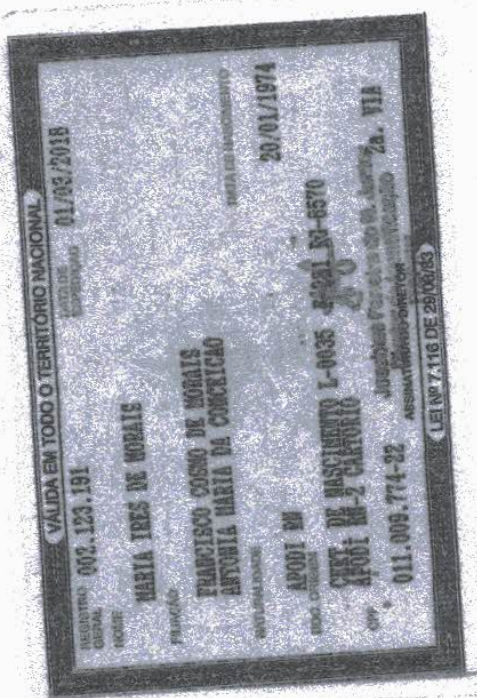
§2º O pagamento total ou parcial poderá ser feito através de expedição de Requisição de Pequeno Valor – RPV em nome da SOCIEDADE CONTRATADA ou de seu SÓCIO, sendo descontada da liquidação do processo judicial.

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


Outorgante



VIRIMY



PROTOCOLADO
RECEBIDO
30 ABR 2018
TERRA DO SOL AUM.
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.

x MARIA IRES DE MORAIS





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

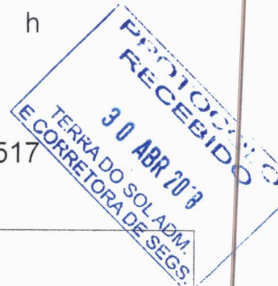
Identidade RG.:

C.P.F.:

Profissão: Do lar

Telefone: 99109-2517

Endereço:



Identificação da Vítima:

Nome: **MARIA IRES DE MORAIS**

Identidade RG.: 2.123.191/RN

CPF: 011.009.774-22

Naturalidade: Apodi/RN

Data Nascimento: 20/01/1974

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

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, arregaçando 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 DE MORAIS
Comunicante / Vítima

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

EFIGENIO DE OLIVEIRA TORRES
Testemunha

ANTONIO LISBOA DA SILVA
Testemunha

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Defesa Social -
POLÍCIA CIVIL
Delegacia Municipal de Apodi







SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA DO RN
HOSPITAL REGIONAL HÉLIO MORAIS MARINHO - FONE/FAX (84) 3333-2222 / 958019981
RUA PROJETADA, S/N - RB 405 - KM 76 - CEP: 59.700-000 - APODIÁCUN - RN - E-MAIL: ses.apodiamm@rn.gov.br

CLASSIFICAÇÃO

FICHA Nº

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

1. DADOS DO PACIENTE:

REGISTRO Nº 12.17.519

Nome: MARIA IRIS DI MORAIS

Data de Nascimento: 26.10.1974

Idade: 44 A

Sexo: F

Estado Civil: Solteira

Naturalidade: Apodiácu - RN

Profissão:

Cartão SUS nº 1604390094800081

Filiação: Pai e/ou Mãe: JOSE DA SILVA MORAIS DE LENCINHA

Endereço: RUA DEB. JOR. MONTEIRO - APODIÁCUN - RN Nº 135

Bairro: RUA DEB. JOR. MONTEIRO - APODIÁCUN - RN Nº 135

Data: 29.11.18 Hora: 10h Rubrica do Servidor: UF: RN

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: F C: P A: 110 x 70

F. R: Glasgow: 15 SpO₂: HGT:

6. ANAMNESE: Paciente após colisão moto-carro apresentou-se com
enlaxamento de cabeça com lesão de extensão biparietal

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

3. Ao trânsito moto

1. Tórax com hem - sem + ABD. RU -

8. PROCEDIMENTO MÉDICO:

() Ambulatório,

() Internamento,

() Outros.

PROTÓCOLO
RECEBIDO
30 ABR 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS

Dr. Manoel Gilmar Gomes Junior
Médico
CRM/RN 1704

BM GRÁFICA 84, 9834-8040 / 9408-3571





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 1816 /2018

Admissão: 29/01/2018 12:22:20



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			109			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

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

Hora: 12:30

Paciente refere acidente automobilístico (mato x carro) há ± 1 hora, refere que estava ingerindo álcool antes do acidente; estava sem capacete; não estava sob protocolo.

a) Nega angustia; Vios aéreos fêchios

b) MBO bilateralmente, S/PA; expansibilidade torácica simétrica. SatO₂: 96%.

c) Hemodinamicamente estável, sem sinais de sangramentos externos e de ferimento.

d) ECG 15; fusos isocóicos e potentes; sem sinais de déficit focal

e) Presença de corte contuso na cabeça.

em limbo: Nega náuseas, vômitos ou desmaios no local do acidente.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:

VIA

HORARIO

ASSINT.

1) Solicito fargos da protocolo

2) Solicito fargos da hemocirugia

3) Solicito Rx de pelvis e tórax em AP e TC de crânio.

4) D. lingua - 2ml + ABD, IV

5) Clotarem (26mg/ml) - 3ml, IM

6) Plasil 01 AMP + ABD, EV, agora (19:00)

Romário Vieira
Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Cirurgia Geral
CRM/RN 5362

1245

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ

SAME/ARQUIVO

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

Data: ___/___/18. Hr: ___:___ Ass. Médico: _____

a SX 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 acidentada por veículo, com lesões graves;
20010011102, vítima; sem alterações sensitivo/motor nos
membros, alta ortopédica.

Dr. Antonio Pinheiro de A. Neto
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM 1.181-RN

me

GIS

TC como normal
Alta de me

Dr. Bruno Góes
Neurocirurgia
CRM-RN 5823

* Rota c. Cerv: ferimento lacerado BD+
toas e anagões; fechada
Sutura de cone cervical
1D: Alta de me

Dr. Antonio Teixeira Neto
Cirurgia Plástica
CRM-RN 6229

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO

SAME/ARQUIVO



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	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO	10 - RAÇA/COR
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	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

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)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO	39 - CNPJ DA SEGURADORA
40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE	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 - 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	

PROTOCOLO RECEBIDO
30 ABR 2019
TERRA DO SOLAR
E CORRETORA DE REGS





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 <i>H. A. T. M</i>	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE <i>Maria T. M. de Moraes</i>	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>160439009480018</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>20/01/74</i>
9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3	10 - RAÇA/COR
11 - NOME DA MÃE <i>Antônia Maria da Conceição</i>	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>R. Visconde Celso Pereira, 103</i>	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Apodi</i>	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 () CNS () 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)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)


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			

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



3

 <p>SUS Sistema Único de Saúde</p>	<p>Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde</p>	<p>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</p>
<p>Identificação do Estabelecimento de Saúde</p>		
<p>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</p> <p><i>H. A. T. A.</i></p>		<p>2 - CNES</p> <p>_____</p>
<p>3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</p> <p>_____</p>		<p>4 - CNES</p> <p>_____</p>
<p>Identificação do Paciente</p>		
<p>5 - NOME DO PACIENTE</p> <p><i>Maria J. M. de Moraes</i></p>		<p>6 - Nº DO PRONTUÁRIO</p> <p>_____</p>
<p>7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)</p> <p><i>160639009480018</i></p>		<p>8 - DATA DE NASCIMENTO</p> <p><i>20/11/74</i></p>
<p>9 - SEXO</p> <p>Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3</p>		<p>10 - RAÇA/COR</p> <p>_____</p>
<p>11 - NOME DA MÃE</p> <p><i>Antônia Maria de Oliveira</i></p>		<p>12 - TELEFONE DE CONTATO</p> <p>DDD _____ Nº DO TELEFONE _____</p>
<p>13 - NOME DO RESPONSÁVEL</p> <p>_____</p>		<p>14 - TELEFONE DE CONTATO</p> <p>DDD _____ Nº DO TELEFONE _____</p>
<p>15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)</p> <p><i>R. Visconde Celso Maria, 103</i></p>		
<p>16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</p> <p><i>Spordi</i></p>		<p>17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO</p> <p>_____</p>
<p>18 - UF</p> <p>_____</p>		<p>19 - CEP</p> <p>_____</p>
<p>JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO</p>		
<p>20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</p> <p>_____</p>		
<p>21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</p> <p>_____</p>		
<p>22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</p> <p>_____</p>		
<p>23 - DIAGNÓSTICO INICIAL</p> <p>_____</p>		
<p>24 - CID 10 PRINCIPAL</p> <p>_____</p>		
<p>25 - CID 10 SECUNDÁRIO</p> <p>_____</p>		
<p>26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</p> <p>_____</p>		
<p>PROCEDIMENTO SOLICITADO</p>		
<p>27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</p> <p>_____</p>		<p>28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</p> <p>_____</p>
<p>29 - CLÍNICA</p> <p>_____</p>	<p>30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO</p> <p>_____</p>	<p>31 - DOCUMENTO</p> <p>() CNS () CPF</p>
<p>32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</p> <p>_____</p>		<p>33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</p> <p>_____</p>
<p>34 - DATA DA SOLICITAÇÃO</p> <p>_____</p>		<p>35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)</p> <p>_____</p>
<p>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</p>		
<p>36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO</p> <p>37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO</p> <p>38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO</p>		<p>39 - CNPJ DA SEGURADORA</p> <p>_____</p>
<p>40 - Nº DO BILHETE</p> <p>_____</p>		<p>41 - SÉRIE</p> <p>_____</p>
<p>42 - CNPJ EMPRESA</p> <p>_____</p>		<p>43 - CNAE DA EMPRESA</p> <p>_____</p>
<p>44 - CBOR</p> <p>_____</p>		<p>45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA</p> <p>() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO</p>
<p>AUTORIZAÇÃO</p>		
<p>46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</p> <p>_____</p>		<p>47 - Cód. EMISSÃO EMISSOR</p> <p>_____</p>
<p>48 - DOCUMENTO</p> <p>() CNS () CPF</p>		<p>49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</p> <p>_____</p>
<p>50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO</p> <p>_____</p>		<p>51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)</p> <p>_____</p>
<p>52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</p> <p>_____</p>		



Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2018

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

Nº Sinistro **3180194747**
Vítima: **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.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0108301084 - carta_05 - INVALIDEZ



Carta nº 12789217



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Efigênio de Oliveira Torres,

RG nº 002.206.594, data de expedição 28/10/2014

Órgão ITEP, portador do CPF nº 059.140.234.32, com

domicílio na cidade de Apodi, 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

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Maria Ires de morais, cujo o condutor era

Maria Ires de morais.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda 150 FAN ESDI

Ano: 2014

Placa: PMX 6294

Chassi: 9C2KC1G80ERO19407

Data do Acidente: 29 de fevereiro de 2018

Local e Data: Apodi 19/02/18

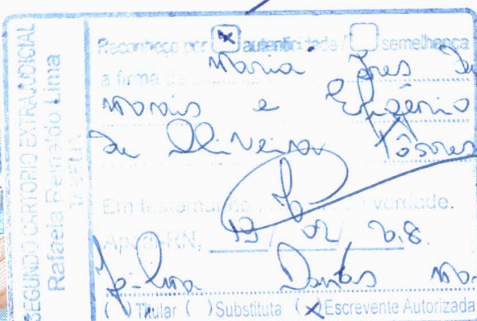
EFIGÊNIO DE OLIVEIRA TÔRES.

Assinatura do Declarante

MARIA IRES DE MORAIS.

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 SEG.



2019/08/06 - 12:10:38

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



PROTOCOLO
RECEBIDO
30 ABR 2018
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 012832796429
VA 2 COD. RENAVAM 01052005125 RNTIC ***** EXERCÍCIO 2017
NOME EFIGENIO DE OLIVEIRA TORRES

CPF/CNPJ 059.140.234-32 PLACA PMX6294
PLACA ANT./UF PMX6294/CE CHASSI 9C2K1680ER019407

ESPECIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/VAO APLICAVE COMBUSTIVEL ALCOOL-GASOL
MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CAP/POT/CIL. OCV/149 CILINDRADAS PARTICULAR COR PREDOMINANTE PRETA
COTA UNICA VENC. COTA UNICA 11/04/2017
R\$ 0.00 1º PAGO
FAVA LPVA 002863 3X PARCELAMENTO/COTAS 2º PAGO
R\$ ***** 3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

MOTOR: KC16BE019407

APODI/RN Siderley Bezerra da Silva
Coordenador de Registro de Veículos
30/01/2018

RN Nº 012832796429 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.DPVATSEGURODOBRASIL.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

VA 2 EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 30/01/2018
059.140.234-32 PLACA PMX6294

RENAVAM 01052005125 MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI
ANO FAB. 2014 CAT. DME. 9 Nº CHASSI 9C2K1680ER019407

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL SERVIÇO SEGURO (R\$)
PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-06
WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR

MAI-2016



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





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



Juiz de Direito

