

QUESITOS A SEREM RESPONDIDO PELO PERITO:

Vide art. 31, II da Lei nº 11.945/2009 e atualizações

a) Se a etiologia ou origem causal das lesões existentes na pessoa requerente é compatível com acidente com veículo automotor de via terrestre? _____.

b) Quais as lesões ou disfunções ocorridas? _____.

c) Nos termos do art. 3º, *caput*¹, da Lei nº 6.194/1974, se há **invalidez permanente**, isto é, **dano(s) anatômico e/ou funcional definitivo(s) (sequelas), não passível(is) de reversão terapêutica**, descrevendo-o(s) então detalhadamente; _____.

d) Qual(is) o(s) segmento(s) corporal(s) atingidos?; Percentual em desfavor do órgão vinculado? _____.

e) Nos termos do art. 3º, § 1º², da Lei nº 6.194/1974, incluído pela Lei nº 11.945/2009, bem como da respectiva tabela anexa que acompanha esta lei, se a **invalidez permanente foi total** (repercussão na íntegra do patrimônio físico e/ou mental) ou **parcial** (repercussões em partes de membros superiores e inferiores); _____.

f) Em caso de invalidez total, **quais os segmentos corporais atingidos, nos termos da tabela que menciona os danos sofridos, conforme a Norma Legal supra?** _____.

g) De acordo com o art. 3º, § 1º, incisos I e II³, da Lei nº 6.194/1974, **em caso de invalidez parcial**, se ocorreu **invalidez parcial completa, atingindo de forma completa** todo um segmento corporal (ou mais de um), ou **invalidez parcial incompleta, atingindo de forma incompleta**, descrevendo-o(s) então detalhadamente; _____.

h) De acordo com esse citado inciso II, da Lei nº 6.194/1974, bem como da respectiva tabela anexa, **em caso de invalidez parcial incompleta**, se a **repercussão da lesão na anatomia e/ou funcionalidade do segmento corporal foi intensa (75%), média (50%), leve (25%) ou residual (10%)**; _____.

i) Finalmente, **se, eventualmente, a lesão segmentar foi de tal monta que atingiu a funcionalidade de todo o respectivo membro**: (Exs.: Invalidez permanente em *ombro* comprometedor da funcionalidade de todo o *membro superior*; Invalidez permanente em *joelho* ou *tornozelo* comprometedor da funcionalidade de todo o *membro inferior*, etc). _____.

Caicó-RN, 21 de Outubro de 2019.

Kelly Maria Medeiros do Nascimento
Advogada OAB/RN – 7.469

Vba.



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Maguila Araújo Vieira, brasileiro, solteiro, comerciante, Portador do RG de nº 3.054.824 – SSP/RN e, Inscrito no CPF/MF sob o nº 701.551.284-00, residente e domiciliado na Rua Rita Pereira da Cunha – Quadra 05, Casa 18, Castelo Branco, Caicó-RN, CEP.: 59300-000, telefone nº 84- 99663-4540. Nomeia e Constitui poderes a **Outorgada: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO**, brasileira, casada, advogada com OAB/RN sob o nº 7.469; podendo ser intimada na Rua André Sales, 130, Paulo VI, Caicó-RN – CEP nº 59300-000 - Próximo ao Hospital Regional do Seridó - SESP, Telefones: 84-3417-2265, 84-99801-5199 e 84-98887-0543 – E-mail: caicoseguros@gmail.com e caicodpvt@hotmail.com, as quais conferem amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula "ad Judicia", art. 38 parte final do CPC, **COM FIM ESPECIAL DE PATROCINAR A DEFESA DO (A) OUTORGANTE, junto ao processo na Comarca de CAICÓ/RN**, podendo as outorgadas, confessar, assinar, desistir, propor acordo, receber e dar quitação, receber quaisquer quantias derivada de condenação, transigir, apresentar réplica, oposições, firmar, apresentar recurso e contra razões, e ainda requerer seguro de vida, junto bem como, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo ainda levantar alvará judicial, acompanhar todo processo até o final do julgamento, representado ainda os interesses do outorgante, podendo ajuizar apelação, ou, qualquer outro remédio jurídico competente, junto ao **Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Norte**, para garantir o direito do outorgante, e finalmente, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato.

- CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS -

Pelo presente contrato firmado entre os contratantes, fica estabelecido o pagamento dos honorários advocatícios, pagos pelo outorgante, em favor da outorgada, os quais deverão ser pagos na base de **30% (trinta por cento)**, sobre o valor bruto da condenação final apurado em liquidação de sentença, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, em favor do contratado, conforme pacto através do presente instrumento, nos termos do **art.22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994**. Contratam ainda as partes que em caso de desistência da ação, ou, ainda renúncia dos poderes do (a) contratante em favor de outro (a) causídico (a), nada impede e obsta o pagamento dos honorários contratuais, nos mesmos valores acima citados, tudo em conformidade com o disposto no art. 14 do Estatuto da OAB, sem prejuízo dos honorários sucumbenciais, conforme determina a Lei. Nada mais a constar lavro o presente para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Caicó-RN, 10 de Dezembro de 2019.

Outorgante: Maguila Araújo Vieira

* Isento de reconhecimento de Firma, em face de Lei nº 8.952, de 13/12/1994, que dá nova redação ao art. 38 do CPC.



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Maguila Araújo Vieira, brasileiro, solteiro, comerciante, Portador do RG de nº 3.054.824 – SSP/RN e, Inscrito no CPF/MF sob o nº 701.551.284-00, residente e domiciliado na Rua Rita Pereira da Cunha – Quadra 05, Casa 18, Castelo Branco, Caicó-RN, CEP.: 59300-000, telefone nº 84- 99663-4540. Declaro para os devidos fins de Direito que se fizerem necessários, em **AÇÃO DE INDENIZAÇÃO – INVALIDEZ e ou COMPLEMENTO**, que sou pobre na forma da lei, não tendo condições financeiras de prover as despesas e custas processuais com a demanda. Declaro, ainda, ser conhecedora das sanções administrativas, Cíveis e Criminais, caso o presente não retrate a verdade dos fatos. Nada mais a declarar, lavro o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

- Informações Complementares:

DAI - Declaração Anual de Isento. Por Assessoria de Comunicação Social — publicado 26/02/2016 10h54, última modificação 28/06/2019, às 10h29. Informamos que a Declaração Anual de Isento (DAI) da Secretaria da Receita Federal do Brasil foi instituída com o objetivo de manter atualizado o Cadastro de Pessoas Físicas (CPF). Com a edição da Instrução Normativa RFB nº 864/2008, de 25 de julho de 2008, deixou de existir a Declaração Anual de Isento, a partir do ano de 2008. A isenção poderá ser comprovada mediante declaração escrita e assinada pelo próprio interessado, conforme previsto na Lei 7.115/83.

Caicó-RN, 10 de Dezembro de 2019.



Declarante

CPF nº 701.551.284-00.

Via





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 1381 2016

1 - LOCAL E DATA

Local Rua Matias da Silva Bairro Soledade
Cidade/UF Caicó/RN P. Ref. Passagem molhada
Data 22/05/2016 Hora do acidente 21h30min Hora do registro 21h58min Dia da semana Domingo

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi KKF 5994 Cidade Caicó UF RN
Marca/Mod. Toyota Hilux cd 4x4 Cor Preta Ano 2006/2006
Proprietário Pedro Pereira da Silva N° de Ocupantes 02
Condutor Pedro Pereira da Silva Data de Nasc. 28/04/1962
Endereço Rua Joel Damasceno N° 969 Fone 84 999681052
Bairro Centro Cidade Caicó UF RN
CPF N° 369.000.644-15 CNH N° 01873273798 Validade 24/10/2018 Categoria AD
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi MYL 8829 Cidade Caicó UF RN
Marca/Mod. Honda 1300 Biz Cor Azul Ano 2001/2002
Proprietário Trapua Monteiro Galdanha N° de Ocupantes 01
Condutor Maquela Araújo Vieira Data de Nasc. 10/06/1994
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro Soledade Cidade Caicó UF RN
CPF N° 701.551.284-00 CNH N° _____ Validade / / Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano /
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. / /
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade / / Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano /
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. / /
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____



7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? Rua João Matias da Silva

Em que sentido? Bairro Soledade / Centro

Em que faixa? Direita

Versão do condutor: Que seguia no sentido citado e em certo ponto percebeu que V2 seguia em sentido contrário ao seu. Que o V2 invadiu a contramão de direção e este condutor parou seu veículo, mas não pôde evitar que V2 colidis-se frontalmente ao seu veículo.

Assinatura do Condutor do V1

Pietro Figueira da Silva

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor: _____

Assinatura do Condutor do V2

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor: _____

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor: _____



8 - CONDIÇÕES DA VIA

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 checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input checked="" type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> 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"/> Neblina	<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 checked="" type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<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 type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Retorno		<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Entroncamento		<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação		<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> _____

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

ÁRVORE

VESTÍGIOS

SEMÁFORO

PEDESTRE

BICICLETA OU MOTO

CARRO DE PEQUENO PORTE

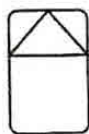
CAMINHÃO OU ÔNIBUS

CARRETA

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

Capô; farol esquerdo; para-choque dianteiro; para-lamas esquerdo; dianteiro; farol esquerdo; tela frontal; reservatório de água.



AVARIAS DO VEÍCULO 2

Dne/ dianteiro; farol; retrovisor; Sinais esquerda e direita; dianteira; guidão; banco; painel; carenagem dianteira; pedal do apoio direito; lanterna traseira e carenagem traseira.



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 - ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Hosp. do Serido Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro

Nome Maguila Araújo Vieira
 RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 10/06/1994
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro Soledade Cidade Caico UF RN
 Versão _____

Assintura _____ Hora _____

12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____
 RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____/_____/_____
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assintura _____ Hora _____

13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____
 RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____/_____/_____
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assintura _____ Hora _____

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre
 Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: _____ Presenciou: ☐ Testemunha ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____
 RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____/_____/_____
 Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assintura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
 Nome SAMU RG N° _____ Órgão Exp. _____
 Endereço RN 288 N° _____
 Bairro Samanaú Cidade Caico Fone 192

16 - IMAGENS / FOTOS ☒ SIM ☐ NÃO AUTUAÇÃO ☒ SIM ☐ NÃO AIT N° _____ Cód/Desd _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

- Não foi possível colher a versão do condutor de V2 de
 visto seu estado de saúde;
 - O condutor de V2 foi autuado por conduzir veículo
 sem possuir CNH e por conduzir veículo atrelado;
 - AIT nº A-18050226 Cód/Desd. 501-0/0 e A-18050227 Cód/
 Desd. 605-9/2.

Completo do Agente Joab Alves de Lima



23/05/2016

Parecer



RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLICIAMENTO RODOVIÁRIO ESTADUAL
3º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
SETOR DE TRÁFEGO

Rua Francisco Fidelis s/nº, Paulo VI, Caicó - Rio Grande Do Norte
Fone: (84)3421-6054 - E-mail: 3dpreboat@gmail.com

Caicó/RN, 23 de Maio de 2016.

BOAT nº: 13812016

Data: 22/05/2016

Local: Rua Matias da Silva - Soledade - Caicó/RN

Veículos envolvidos:

(V-1) TOYOTA/ CD 4 X 4 - KKF 5994

(V-2) HONDA/ C 100/BIZ - MYL 8829

Albervan Cirne de Medeiros Cap. QOPM
Mat. 167.163-4
CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO

Verificação de autenticidade na internet: <http://www.pm.rn.gov.br> na tela de consulta de boletim.

Número do Boletim: 13812016 Número da Ocorrência: 958889 Data Registro: 23/05/2016 Hora Registro: 09:20:48
Número/Controle: 8R252U2X9K

*Somente possuem valor legal os pareceres que estejam assinados pelo chefe do setor ou auxiliar.

oqppvi



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA - SESAP
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ - UHRS
Estrada do Perimetro Irrigado Sabugi, S/N - Paulo VI - Caicó/RN
CEP.: 59.300-000 - Telef.: (84) 3421-9628
CNPJ: (MF): 08.241.754/0135-57

27

Confere com o Original.
Caicó - RN, 25 / 10 / 2018
Maira Carmine dos Santos

5585



018-411

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA - SESAP
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ - UHRS
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, S/N - Paulo VI - Caicó/RN
CEP.: 59.300-000 - Telefax: (84) 3421-9628
CNPJ: (MF): 08.241.754/0135-57

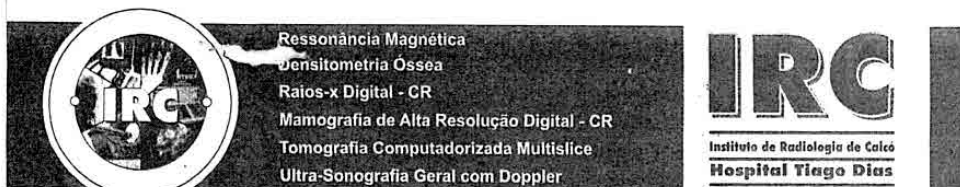
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO <i>EDMILSON</i>		DATA <i>22/05/2016</i>	HORA DA ENTRADA <i>18h45</i>	Nº ATENDIMENTO <i>191</i>
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE <small>Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível.</small>				
NOME <i>MAGLINA ARAUJO VIEIRA</i>		DATA DE NASCIMENTO <i>10/06/1974</i>	IDADE <i>41 A</i>	SEXO <i>M</i>
CPF <i>101.551.384-00</i>	RG <i>3.054.824/2</i>	DATA DE EXPEDIÇÃO <i>06/04/2016</i>		
NATURALIDADE <i>CAICÓ - RN</i>	ESTADO CIVIL <i>UNIV. (ESTADO)</i>	PROFISSÃO <i>VIGILANTE</i>	CARTÃO SUS <i>700 6089 5857 2360</i>	
NOME DA MÃE <i>MARLUCE ARAUJO</i>		NOME DO PAI <i>MARCEL VIEIRA</i>		
ENDEREÇO <i>RUA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, 50</i>	BAIRRO <i>JOÃO DE DEUS</i>			
CIDADE/ESTADO <i>CAICÓ - RN</i>	TELEFONE DE CONTATO <i>9845-9343</i>		RAÇA/COR	
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS <small>Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde.</small>				
PA	mmhg	FC	bpm	FR
				irpm
TEMP. AXILAR		°C	SpO2	%
				Glicemia
				mg/d
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO <small>Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.</small>				
<p><i>Pod vir de quadro de mal. el. Presal</i> <i>em UTE</i></p>				

Confere com o Original
Caicó - RN, 25/10/2018
Márcia Tarcice de Figueiredo

CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES <small>Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.</small>	
<p><i>Rx pulmão Kx perna D</i></p>	
CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA <small>Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.</small>	
<p><i>SSS</i></p>	
MÉDICO PLANTONISTA/CRM	RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN
CAMPO 6 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE <small>Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem.</small>	
MOTIVO DA SAÍDA	REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA
<input type="checkbox"/> ALTA MÉDICA <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> RECUSA DO TRATAMENTO <input type="checkbox"/> OUTRO	UNIDADE DE DESTINO:
DATA:	HORA DA SAÍDA:





MAGUILA ARAÚJO VIEIRA

CAICÓ - RN

DR. (A) HANDERSON ARAÚJO

25 05 2016

RX FÊMUR ESQUERDO +
RX DA PERNA ESQUERDA

RAIOS-X DIGITAL COMPUTADORIZADO

RX FÊMUR ESQUERDO

- Sinais de fratura impactada com avulsão de fragmentos ósseos no 1/3 médio do fêmur esquerdo com prótese metálica.

RX DA PERNA ESQUERDA

- Sinais de fratura impactada no 1/3 superior da tibia esquerda com prótese metálica.
- Fratura compactada com calo ósseo em formação no 1/3 médio da fíbula esquerda.

Caicó - RN, 25 de Maio de 2016.


DR. VALDEMAR CORDEIRO FILHO

CPF: 043.991.374-87

CRM: 613/RN

Ass. Digitalizada

Rua Manoel Elpidio, S/N - Penedo - Caicó/RN
Fones: (84) 3417 - 1252 | 3417 - 1232



CAR 701551 284-00

R6 3.054.824/2

EXP 06/04/2016



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ
Estrada do Perimetro Irrigado Sabugi, S/N - Bairro Paulo VI - Calca/RRN
CEP: 59.300-000 - Telefex: (84) 3421-9630 / 9628 / 9620
CNPJ: (MF): 08.241.754/0135-57

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ	677 8550
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
U. H. R. S.	677 8550

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
MAGOLDA ARAUJO VIEIRA	018411
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
70060895P5773610	10/06/94
9 - SEXO	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fm <input type="checkbox"/> 3	MARICE ARAUJO
11 - TELEFONE DE CONTATO	12 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)
84 984571343	RUA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, 50
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - Cód IBGE MUNICÍPIO
CARCO -	502006
15 - UF	16 - CEP
RN	59300000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Queixa de náusea em Fx Fechada fun E + Ex nosta Rem E			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
T - Lúb Cingus			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
E F + R +			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Fx Ex nosta Rem E	5828		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
Intussuscep	0408050500
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
ortop	
28 - DOCUMENTO	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
() CNS () CPF	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
Dr. Anderson Araujo Ortopedia - Cirurgia de Joelho CRM-RN 6293 - TEOT 14238	22/05/16
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	33 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO
Dr. Sérgio Santos Filho Ortopedista e Traumatologista CRM-RN 4419 - TEOT 6878 CPF 021.720.284-68	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	40 - CNPJ EMPRESA	41 - CNPJ DA EMPRESA	42 - CBOR	
43 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA	44 - () EMPREGADOR	45 - () AUTÔNOMO	46 - () DESEMPREGADO	47 - () APOSENTADO
() EMPREGADO				

AUTORIZAÇÃO

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	49 - Cód ORGÃO EMISSOR	50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
51 - DOCUMENTO	52 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF		
53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	54 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



545 700.6089.5857.2360

CPF 701.551.284-00



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, S/N - Bairro Paulo VI - Caicó/RN
CEP: 59.300-000 - Telefax: (84) 3421-9630 / 9628 / 9620
CNPJ: (MF): 08.241.754/0135-57



Sistema
Unico
de Saúde

REGISTRO/PRONTUÁRIO

018411

DOCUMENTO

RG.3.054.824/en

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO

Exp. 06/04/2016

NOME COMPLETO

MARUÍLA ARAÚJO VIEIRA

DATA NASCIMENTO

10/06/1994

SEXO

☒ MASCULINO ☐ FEMININO

ENDEREÇO (Rua, Número)

RUA N. 5. DE FÁTIMA, 50

BAIRRO

SOLIDADE

MUNICÍPIO

CAICÓ

UF

RN

CEP

59300-000

TELEFONE

99845-9343

CONDIÇÃO

NOME COMPLETO DO PAI

MANOEL VIEIRA

NOME COMPLETO DA MÃE

MARUÍLA ARAÚJO

RESPONSÁVEL

SUÊNIA ARAÚJO DA COSTA (C/S/OJA)

CLÍNICA

☐ 1 CIRÚRGICA ☐ 2 MÉDICA ☐ 3 OBSTÉTRICA ☐ 4 PEDIÁTRICA

ENFERM./LEITO

INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE

☐ DE TRABALHO ☐ DE OUTROS TIPOS
☐ DE TRÂNSITO ☐ NÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO (AIH - Código / Descrição)

Fratura Extrem. Lom. E

(OK rins Schanz)
(OK bacia)

DIAGNÓSTICO INICIAL

fx. Extrem. Lom. E

MÉDICO SOLICITANTE

Dr. Handerson Araújo
Ortopedia - Cirurgia de Joelho
CRM-RN-6293 TEOT 14238

INTERNAÇÃO

DATA

22.05.16

HORA

ORIGEM RESIDÊNCIA?

☐ SIM☐ NÃO

→

UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE

PROCEDÊNCIA

CARÁTER DA INTERNAÇÃO (AIH)

☐ 1 EMERGÊNCIA ☒ 2 ELETTIVA ☐ 3 NORMAL ☐ 4 EMERGÊNCIA

RESUMO DA SAÍDA

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH - Código/Descrição)

TIPO DE PROCEDIMENTO

☐ LIMPO ☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADO
☐ INFECTADO ☐ CONTAMINADO

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH - Código/Descrição)

DATA

31.05.16

HORA

APRESENTOU INFECÇÃO?

☐ HOSPITALAR ☐ COMUNITÁRIA ☐ NÃO

FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO?

☐ PROFILATICAMENTE ☐ TERAPEUTICAMENTE ☐ NÃO

MOTIVO DA SAÍDA (AIH)

SE MOTIVO SAÍDA = 1 ASSINALE DETALHAMENTO DA ALTA

☐ 1 ALTA ☐ 2 REMOÇÃO
☐ 3 ÓBITO ATÉ 24 HORAS ☐ 4 ÓBITO APÓS 24 HORAS☐ 1 CURADO ☐ 2 MELHORADO ☐ 3 INALTERADO ☐ 4 A PEDIDO ☐ 5 INTER. FISIOTERAPÊUTICA
☐ 6 ADMINISTRATIVO ☐ 7 POR INDISCIPLINA ☐ 8 EVASÃO ☐ 9 P/COMPLEMENTAÇÃO

PREENCHER SE MOTIVO = 2 (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA

DESTINO

PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO

CAUSA MORTIS

OCORREU
ÓBITO CAUSADO
POR INFECÇÃO?

MÉDICO RESPONSÁVEL (Cirurgião/Ortopedista)



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 11/12/2019 16:07:57

https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121116075586500000049941250

Número do documento: 19121116075586500000049941250

Num. 51755205 - Pág. 10



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ
Estrada do Perimetro Irrigado Sabugi, S/N - Bairro Paulo VI - Caicó/RN
CEP: 59.300-000 - Telefax: (84) 3421-9630 / 9628 / 9620
CNPJ: (MF): 08.241.754/0135-57

LAUDO DE CIRURGIA

Nome do Paciente

Maguile Araújo Viana

Nº Registro

0187444

Data Admissão

22/05/16

Nome do Procedimento Cirúrgico

Descrição do Ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Data

22/05/16

Início

23/5/0

Término

01/05/0

Duração

1h44

Gazes

1

Compr

1

Drenos

1

① Ponte em DDH sob raquiriostomia

② Anestesia + Anestesia

③ CMC + Debridamento de feridas neurológicas

④ Fixação externa tibial esquerda

⑤ Sutura + Curativo Colúmb

⑥ à RPA

Dr. Handerson Araújo
Ortopedia - Cirurgia de Joelho
CRM-RN 6293 TEOT 14238



018411 MAGUIA ALVES VIEIRA

22/05/2016

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	CIENTE
22/05/16	23:40	Paciente admitido na S.O. p/ submeter-se a um TTE cirúrgico de natureza exposta de tibia e fêmur. Foi reduzida a fratura e colocado fixa-ção externa, durante o procedimento o paciente ficou acordado, após o mesmo foi cul. do leito passando apertadamente sem dor.	
23/05/16	01:05	Paciente admitido nesta sala de clínica cirúrgica insuflante do Bloco Cirúrgico nesta unidade hospitalar. Realizou procedimento cirúrgico em MTE poliquilado, a saber: fratura interna de fêmur e fratura exposta de tibia e fíbula. O mesmo vítima de acidente automobilístico. Tiro em direção de embriaguez. Segue em sala e aos exames.	Murielly Preselly de M. Moura Enfermeira COREN/RN 350.293
23/05/16	06:20H	Paciente em pós-operatório, o mesmo consciente e orientado, em ventilação. Refere dor no MTE, TC. por Jones 6981, Betomax e Gilsoneli.	
23.05.2016	08h30am	Paciente em 2:01H, 140: fratura exposta fêmur (L), PO imediato com fratura, unguem em 20%, 10%, amitião, anisotrofia, pele e mucosas coradas, suprimido, membranas, afebril, abdome plano e flácido indolor a palpação, miúps espontâneos e diáfragma presente com aspecto em gemas (M), mantendo fixador externo em fêmur (L) + tibia (L). Queixa-se de dor em membro lesado. Apresenta laço em língua, e que de preferência a ingestão, e mastigação de alimentos sólidos. Nutrição intacta.	Danessa Enfermeira COREN/RN 259.059
24.05.16	05:00	Paciente consciente, orientado, evolui em ECR, refere dor no MTE, feita medicação prescrita, afebril, diáfragma presente e eliminação intestinal ausente, segue aos cuidados da equipe. TA 130x90 mm Hg	José Sandra Loren 450528
24.05.16	08:30	Paciente em 3 DI. H segue em EGR, consciente, orientado, bem preservado do duto aduto. Queixa-se de dor no membro lesionado (MTE). Eliminação vesical presente e intestinal ausente. Os três dias. SIV = FC = 100. SPO ₂ = 96.	Am. Uly VERA Matheus Eutropio M. de Oliv ENFERMEIRO COREN/RN 426240
25/05/16	06:00	Paciente bem, sem queixas durante	





Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugá, s/n - Bairro Paulo VI - Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:	Nº de Registro	Data Admissão
MAGUIA ARAÚJO VIEIRA	018411	220516

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
22.05.16		Pol. Ex. Ex. Ex. Ex. E Cirurgia sem nenhuma lesão evidente na cirurgia à inferior cd: Suporte Clínico	
27.05.16	18:20	PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, AFEBRIL, O AMBIENTE ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E FESIAIS (+), SONO PRESERVADO. FEITO CIRURGIA EM MIE. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.	
28.05.16	09:30	Paciente, no 6º DIH, devido acidente de trato; realizou cirurgia ortopédica há 5 dias, com pinos externos em MIE. Bomba realizada em coluna de bamba por técnicas de enervação do pto + troca de cinturão. Consciente, orientado, em Oa ambiente. Mantém glicose hospitalar em MSD. Realizada ordenação da fisioterapia. No exame: pele hidratada, mucosas cor-de-rosa normocoradas, movimentação de membros superiores sem alterações. AC = BNF em 2º; AP = MVQ, limpos. Nega doenças crônicas de base e toxigênio. Alimentação / apetite preservados (SIC). Elimina ção fisiológica (SIC). cd = orientações gerais.	

Dr. Handerson Araújo
Ortopedia - Cirurgia de Joelho
CRM-RN-6293-TEOT-14-28

Absala Santiago
COREN 256141
Enfermeiro

Dr. Handerson Araújo
Enfermeiro
COREN RN 354398





Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria Estadual de Saúde Pública
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ
Estrada do Perimetro Brigado Sabugá, S/N - Bairro Paulo VI - Caltan
CEP: 59.300-000 - Telefone: (64) 3421-9630 / 9628 / 9620
CNPJ: (MF): 08.241.754/0135-57

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ

2 - CNES

6778550

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

U M R S

4 - CNES

6778550

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MAGUIA ARAUJO VILEIRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

018487

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7100608958572360

10/06/194

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc ☒ 1

Fem ☐ 3

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARLUCE ARAUJO

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 84 918459323

12 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

R. NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, 50 - SOLEDADE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CAICO

14 - CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RN 59300900

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fx Enxoste Lateral e fem E

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Trauma Cirúrgico

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

EF + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fx Fem + Tibial

21 - CID 10 PRINCIPAL

S828

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Clínica

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04101810151015100

26 - CLÍNICA

COT

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Dr. Handerson Araújo

Ortopedia - Cirurgião de Joelho

CRM-RN 5203 TEOT 14238

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

31/05/16

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓDIGO ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 11/12/2019 16:07:57

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121116075586500000049941250>

Número do documento: 19121116075586500000049941250



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugi, S/N - Bairro Paulo VI - Caicó/RN
CEP: 59.300-000 - Telefax: (84) 3421-9630 / 9628 / 9620
CNPJ: (MF): 08.241.754/0135-57



SUS

Sistema Único de Saúde

REGISTRO/PRONTUÁRIO

018 487

DOCUMENTO

003 054824

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO

NOME COMPLETO

MAGLILIA ARAUJO VIEIRA

DATA NASCIMENTO

10-06-94

SEXO

☒ FEM ☐ MASC

ENDEREÇO (Rua, Número)

R. NOSSA SENHORA DE FÁTIMA 50

BAIRRO

SOLEDADE

MUNICÍPIO

CAICÓ

UF

RN

CEP

59300 000

TELEFONE

99459343

CONDIÇÃO

NOME COMPLETO DO PAI

MANOEL VIEIRA

NOME COMPLETO DA MÃE

MARLUCE ARAUJO

RESPONSÁVEL

* SUEINNA ARAUJO DA COSTA (ESPOSA)

CLÍNICA

☒ 1 CIRÚRGICA ☒ 2 MÉDICA ☒ 3 OBSTÉTRICA ☒ 4 PEDIÁTRICA

ENFERM./LEITO

INTERNAÇÃO DECORRENTE DE ACIDENTE

☐ DE TRABALHO ☐ DE TRÂNSITO ☐ DE FÉRIAS ☐ NÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO (AIH - Código / Descrição)

Fixação Externa Tibial + Ombrelon Fem E

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fx Externa Tibial + Fem E

MÉDICO SOLICITANTE

Dr. Handerson Araujo
Ortopedia - Cirurgia de Joelho
CRM-RN 6293 TEOT 14238

INTERNAÇÃO

DATA
31.05.16

HORA

ORIGEM RESIDÊNCIA?

☐ SIM ☒ NÃO →

UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE

PROCEDÊNCIA

CARÁTER DA INTERNAÇÃO (AIH)

☒ 2 ELETIVA ☒ 3 NORMAL ☐ 4 EMERGÊNCIA

RESUMO DA SAÍDA

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH - Código/Descrição)

TIPO DE PROCEDIMENTO

☐ LIMPO ☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADO ☐ INFECTADO ☐ CONTAMINADO

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH - Código/Descrição)

DATA

04.06.16

HORA

APRESENTOU INFECÇÃO?

☐ HOSPITALAR ☐ COMUNITÁRIA ☐ NÃO

FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO?

☐ PROFILATICAMENTE ☐ TERAPEUTICAMENTE ☐ NÃO

MOTIVO DA SAÍDA (AIH)

☒ 1 ALTA ☒ 2 REMOÇÃO ☐ 3 ÓBITO ATÉ 24 HORAS ☐ 4 ÓBITO APÓS 24 HORAS

SE MOTIVO SAÍDA = 1 ASSINALE DETALHAMENTO DA ALTA

☒ 1 CURADO ☒ 2 MELHORADO ☒ 3 INALTERADO ☒ 4 A PEDIDO ☒ 5 INTEL. P/DIAGNÓSTICO

☒ 6 ADMINISTRATIVO ☒ 7 POR INDISCIPLINA ☒ 8 EVASÃO ☒ 9 P/COMPLEMENTAÇÃO

PREENCHER SE MOTIVO = 2 (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA

DESTINO

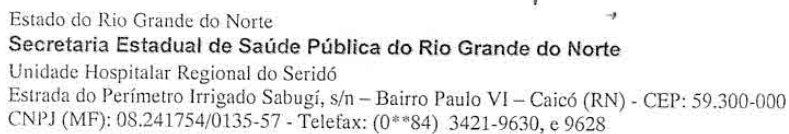
PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO

CAUSA MORTIS

OCORREU ÓBITO CAUSADO POR INFECÇÃO?

MÉDICO RESPONSÁVEL





108-2

NOME DO PACIENTE: _____	Nº de Registro	Data Admissão
Maquilda Araújo Vieira	0184873	10/05/16



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA CIDADE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CENTRO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

1563898600

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1563898600

PROIBIDO PLASTIFICAR

1563898600

RIO GRANDE DO NORTE

Nome: **MAGUILA ARAUJO VIEIRA**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **003954824 ITEX RN**

CPF: **701.551.284-00** DATA NASCIMENTO: **10/06/1994**

PRIMAÇÃO: **MARCELO VIEIRA**
MARLUCE ARAUJO

PERMISSÃO: **AB** CAT. HAB: **AB**

Nº REGISTRO: **07046128925** VALIDADE: **01/05/2019** 1ª HABILITAÇÃO: **02/05/2018**

OBSERVAÇÕES

Maguila Araujo Vieira

ASSINATURA DO POSTULANTE

LOCAL: **CAICO, RN** DATA EMISSÃO: **03/05/2018**

Luiz Edgardo Machado Pereira 48037471880
Diretor Geral - Detran/RN RN702702115

ASSINATURA DO EMISSOR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

RN

NOME: **MAGUILA ARAUJO VIEIRA**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **003054824 ITEP RN**

CPF: **701.551.284-00** DATA NASCIMENTO: **10/06/1994**

FILIAÇÃO: **MANOEL VIEIRA**
MARLUCE ARAUJO

PERMISSÃO: **PERMISSÃO** ACC: **ACC** CAT. HAB: **A/B**

Nº REGISTRO: **07046128925** VALIDADE: **01/09/2019** 1ª HABILITAÇÃO: **02/05/2018**

OBSERVAÇÕES:

Maguito Araujo Vieira

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **CAICO, RN** DATA EMISSÃO: **03/05/2018**

Luiz Eduardo Machado Pereira 48037471880
Diretor Geral - Detran/RN RN702702115

RIO GRANDE DO NORTE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1563898600

PROIBIDO PLASTIFICAR
1563898600



Dados do Veículo de placa MYL8829						Em 25/01/2019 14:13:52	
Placa MYL8829	Renavam 772403430	Placa Anterior MYL8829/RN	Tipo 3-MOTONETA		Categoria 1-Particular	Espécie 1-Passageiro	Lugares 2
Marca/Modelo 002003-HONDA/C100 BIZ ES(Nacional)		Fabricação/Modelo 2001/2002		Potência 0	Combustível 2-Gasolina	Cor 2-AZUL	Carroceria 999-NAO APLICAVEL
Nome do Proprietário IRAPUAN MONTEIRO SALDANHA						Recadastrado DETRAN DetranNet	
Proprietário Anterior MARCIO ARAUJO DOS SANTOS						Situação Lacre REGULAR modelo antigo	
Município de Emplacamento CAICO		Licenciado até 2010 em 15/01/2011, Licenciamento Anual on-line (CRLV emitido por DDETRAN\00959494456)(Via 1)				Adquirido em 22/02/2010	Situação Em Circulação
Restrição à Venda Sem gravame						Carnê de Licenciamento 2019 Ainda não gerado	
Informações PENDENTES originadas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Gravame Nenhuma informação pendente até esta data							
Impedimentos Nenhum impedimento registrado até esta data							
▼ Listagem de Débitos							
Classe (Clique abaixo para a emissão da GUIA)		Número da Guia	Vencimento	Valor Nominal(R\$)	Valor Atual(R\$)		
DETRAN-120100-A 18050226-5010		5.2016.000003539093	22/09/2016	574,61	574,61		
DETRAN-120100-A 18050227-6599		5.2016.000003539094	22/09/2016	191,53	191,53		
Licenciamento Anual 2011		3111234.9.040618143	17/06/2011	60,00	127,33		
Seguro DPVAT (Parcela Unica) 2011		9.00040618144	22/08/2018	279,27	279,27		
Licenciamento Anual 2012		3111234.9.045431290	19/06/2012	60,00	120,08		
Seguro DPVAT (Parcela Unica) 2012		9.00045431291	22/08/2018	279,27	279,27		
Licenciamento Anual 2013		3111234.9.050607828	18/06/2013	60,00	112,89		
Seguro DPVAT (Parcela Unica) 2013		9.00050607829	22/08/2018	292,01	292,01		
Licenciamento Anual 2014		3111234.9.057184281	09/06/2014	60,00	105,68		
Seguro DPVAT (Parcela Unica) 2014		9.00057184282	22/08/2018	292,01	292,01		
Licenciamento Anual 2015		3111234.9.054428269	12/06/2015	60,00	98,46		
Seguro DPVAT (Parcela Unica) 2015		9.00064428270	22/08/2018	292,01	292,01		
Licenciamento Anual 2016		3111234.9.072048368	06/06/2016	60,00	90,57		
Seguro DPVAT (Parcela Unica) 2016		9.00072048369	22/08/2018	292,01	292,01		
Licenciamento Anual 2017		3111234.9.080708492	08/06/2017	60,00	82,79		
Seguro DPVAT (Parcela Unica) 2017		9.00080708493	22/08/2018	185,50	185,50		
Licenciamento Anual 2018		3111234.9.090039893	30/08/2018	90,00	111,60		
Seguro DPVAT (Parcela Unica) 2018		9.00090039894	22/08/2018	185,50	185,50		
Licenciamento Anual 2019		3111234.9.100131240	06/06/2019	90,00	90,00		
Seguro DPVAT (Parcela Unica) 2019		9.00100131241	13/06/2019	84,90	84,90		
Postagem CRLV c/ AR (CORREIOS) 2019		3111234.9.108290449	06/06/2019	7,00	7,00		
TAXA BOMBEIROS - MOTO 2019		3147908.9.108290450	06/06/2019	15,00	15,00		
Total dos Débitos				R\$ 3.570,62	R\$ 3.910,02		
Taxas Detran 961,40		Seguro DPVAT 2.182,48		IPVA 0,00	Multas 766,14		
▼ Infrações em Autuação							
Nenhuma Notificação de Autuação realizada para este veículo até o momento.							
▼ Listagem de Multas							
Num.Auto	Descrição		Local/Complemento				
DETRAN-120100-A 18050226-5010	DIRIGIR SEM POSSUIR CNH OU PERMISSAO PARA DIRIGIR Em CAICO no dia 22/05/2016 às 22h40min		RUA JOÃO MATIAS DA SILVA PASSAGEM MOLHADA DA SOLEDADE				
DETRAN-120100-A 18050227-6599	CONDUZIR O VEÍCULO REGISTRADO QUE NÃO ESTEJA DEVIDAMENTE LIC Em CAICO no dia 22/05/2016 às 22h40min		RUA JOÃO MATIAS DA SILVA NA PASSAGEM MOLHADA DO BAIRRO SOLEDADE.				
▼ Último Processo							
Processo 42001452/2010	Interessado 00920583458		Início em 23/02/2010 às 08h51min				
Situação Encerrado			Final em 23/02/2010 às 09h15min				
Serviço			Execução em				
Transferência de Propriedade			Em 23/02/2010 às 08h51min por 22944818449				
Geração de guia de pagamento			Em 23/02/2010 às 08h51min por 22944818449				
Auditoria			Em 23/02/2010 às 09h15min por 22942432420				
Issão CRV(1ª via)			Em 23/02/2010 às 09h30min por 10223289485				





República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
2ª VIA - CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

Declaração de Óbito

22535226-5

I	1) Tipo de Óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal		2) Data do óbito 07.04.2015		3) Cartão SUS 1000596-4-5		4) Naturalidade Brasil	
	5) Nome do Falecido N5 JACIANA ALMEIDA JACIANA		6) Nome da Mãe Miguel de Aguiar Almeida		7) Nome da Mãe Miguel de Aguiar Almeida		8) Data de nascimento 02.09.1976	
II	9) Idade 37		10) Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado		11) Raça/Cor <input type="checkbox"/> Branca <input checked="" type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela		12) Situação conjugal <input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	
	13) Escolaridade (última série concluída) 0) Sem escolaridade 1) Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2) Fundamental II (5ª a 8ª Série) 3) Médio (antigo 2º grau) 4) Superior incompleto 5) Superior completo		14) Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) Agricultor		15) Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) Rua: R. P. de Almeida		16) CEP 08	
III	17) Bairro/Distrito Paralelo 2000		18) Município de residência Caiçara		19) Local de ocorrência do óbito 1) Hospital 2) Outros estab. saúde 3) Domicílio 4) Via pública 5) Outros 6) Aldeia indígena		20) Estabelecimento No interior de um domicílio	
	21) Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.) S. S. S. S.		22) Bairro/Distrito Caiçara		23) Município de ocorrência Caiçara		24) CEP 08	
IV	25) Idade (anos) 37		26) Escolaridade (última série concluída) 0) Sem escolaridade 1) Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2) Fundamental II (5ª a 8ª Série) 3) Médio (antigo 2º grau) 4) Superior incompleto 5) Superior completo		27) Tipo de parto 1) Única 2) Dupla 3) Tripla e mais		28) Tipo de gravidez 1) Única 2) Dupla 3) Tripla e mais	
	29) Número de filhos vivos 1		30) Número de filhos mortos 0		31) Tipo de parto 1) Única 2) Dupla 3) Tripla e mais		32) Tipo de gravidez 1) Única 2) Dupla 3) Tripla e mais	
V	33) Óbito de mulher em idade fértil 1) Na gravidez 2) No parto 3) No abortamento 4) Até 42 dias após o término da gestação 5) De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 6) Não ocorreu nestes períodos		34) Assistência médica 1) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 2) Sim 3) Não 4) Ignorado		35) Diagnóstico confirm 1) Necropsia? 2) Sim 3) Não 4) Ignorado		36) Tempo aproximado entre o início da doença e a morte 1) 1 a 2 dias 2) 3 a 7 dias 3) 8 a 30 dias 4) Mais de 30 dias	
	37) Causas da morte PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte: Causas antecedentes Estados morbosos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia causal.		38) ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA a) Devido ao estado mórbido que causou diretamente a morte: b) Devido ao estado mórbido que causou diretamente a morte: c) Devido ao estado mórbido que causou diretamente a morte: d) Devido ao estado mórbido que causou diretamente a morte:		39) Causas da morte PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte: Causas antecedentes Estados morbosos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia causal.		40) Causas da morte PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte: Causas antecedentes Estados morbosos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia causal.	
VI	41) Nome do Médico Gilson Carlos de Souza		42) CRM 3785		43) Óbito atestado por Médico 1) Assistente 2) Substituto 3) IML		44) Município e UF do SVO ou IML Município de Caiçara - RJ	
	45) Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.) 3232 69 17		46) Data do atestado 11/12/2015		47) Assinatura [Assinatura]		48) Assinatura [Assinatura]	
VII	49) Prováveis circunstâncias de morte não natural (informações de caráter estritamente epidemiológico) 1) Tipo 2) Descrição sumária do evento		50) Tipo de acidente de trabalho 1) Sim 2) Não		51) Fonte da informação 1) Ocorrência Pública 2) Hospital 3) Família 4) Outra		52) Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência 1) Via pública 2) Estabelecimento	



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Eletrológica do Rio Grande do Norte
Rua Manoel, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59020-250
CNPJ 08.324.198/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

ROSINETE ROSANGELA OLIVEIRA

Autoconsumo

RUA RITA PEREIRA DA CUNHA 18

CPF 792.404.704-25

CASTELO BRANCO/AREA URBANA
CAICO RN
59300-000

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO

MÊS/ANO

7011730234

02/2019

DATA DE VENCIMENTO

DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA

11/02/2019

06/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

71,89

Nº DA NOTA FISCAL SÉRIE EMISSÃO
019037661 UNICA 04/02/2019
APRESENTAÇÃO Nº DO CLIENTE Nº DA INSTALAÇÃO
04/02/2019 3010291124 123207

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	102,0000000	0,62232720	63,47
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,35
Multa por atraso-NF 017571052 - 03/01/19			1,08
Juros por atraso-NF 017571052 - 03/01/19			0,01

TOTAL DA FATURA 71,89

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2180437788	CAT	03/01/2018	1.774,00	04/02/2018	1.876,50	32	1,00000		102,00

MÊS/ANO (KWH)	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	R\$	%
FEV 19 102				Geração de Energia	32,08	34,75%
JAN 19 98	63,47	19,00	11,42	Transmissão	9,23	5,00%
DEZ 19 97	63,47	0,85	0,53	Distribuição (Cosern)	15,33	24,14%
NOV 19 94	63,47	9,84	2,46	Perdas de Energia	4,12	6,45%
OUT 19 98				Encargos Setoriais	4,31	6,70%
SET 19 91				Tributação	14,41	22,70%
AGO 19 90				Total	63,47	100%
JUL 19 71						
JUN 19 93						
MAY 19 81						
ABR 19 86						
MAR 19 94						
FEV 19 89						

Pague no ponto mais perto de você! Formas de pagamento: 427 400, pague no supermercado e no 150+ na 1ª Francisco
matéria 17, Castelo Branco, data completa em www.cosern.com.br. O pagamento desta fatura deve ser feito somente em
espécie, na data de leitura e cobrança em vigor e a validade das informações em www.anel.gov.br. O cliente é responsável quando
na utilização da contabilidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pague em espécie para multa 2% (R\$ 41,42) e juros
1% (R\$ 10,43) e atualização monetária no pró-mês. O cliente é responsável quando na apresentação do prazo de validade da
de pessoas de atendimento comercial.

C474 AEE0 57BB 878B E37B F76F E917 8528



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 11/12/2019 16:07:57

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912111607558650000049941250

Número do documento: 1912111607558650000049941250

Num. 51755205 - Pág. 22

SINISTRO 3190212296 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MAGUILA ARAUJO VIEIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Natal-RN

BENEFICIÁRIO MAGUILA ARAUJO VIEIRA

CPF/CNPJ: 70155128400

Posição em 11-12-2019 15:07:32

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/09/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50



ANEXO 2

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
3ª Vara da Comarca de Caicó
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0804537-36.2019.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: MAGUILA ARAUJO VIEIRA

AUTORIDADE: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Inicialmente, defiro o pedido de assistência judiciária gratuita, por entender que a parte autora preenche os requisitos do art. 98 e seguintes do CPC/2015.

Ademais, prevê o art. 334 do Código de Processo Civil que caso a petição inicial preencha os requisitos essenciais e não seja o caso de improcedência liminar do pedido, a requerida será citada e intimada para audiência de conciliação ou mediação (CPC, art. 334).

Não obstante, na presente demanda a parte autora alega ter sido vítima de acidente de trânsito e que em razão disso sofreu intervenções em membro do corpo permanentemente comprometedoras de parte ou da totalidade de suas funções, fazendo jus, portanto, ao recebimento de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT.

A prática forense demonstra que, em demandas desse tipo, somente são ajuizados os casos em que os seguros não foram pagos ou, se pagos, não atenderam à expectativa dos envolvidos quanto ao grau de invalidez pertinente, tendo em vista que não há nenhuma informação ao beneficiário dos critérios médicos usados.

É, portanto, necessário ao esclarecimento do caso a realização de perícia médica que determine, com precisão, a gradação da debilidade do postulante, para que se possa quantificá-la de acordo com a tabela anexa à Lei nº 6.194/74 e Súmula 474 do STJ.

No presente caso, portanto, afigurar-se-ia infrutífera uma prévia tentativa de conciliação e mediação antes de saber a extensão exata do dano, a fim de para adaptá-lo à tabela oficial, o que resultaria em medida ineficaz, tanto que a usual prática de mutirões de conciliação referentes às ações judiciais envolvendo seguro DPVAT acontecem com a realização simultânea de perícia médica para determinação do tipo e grau de lesão.

Neste contexto, a perícia não é apenas essencial para a solução do mérito, mas sim para a própria conciliação prévia, sendo então medida elementar para a celeridade processual dispensar,



momentaneamente, a audiência a que se refere o art. 334 do CPC, postergando a sua realização para momento oportuno.

Ante o exposto, proceda-se à citação da parte ré, para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, alertando-a da regra do art. 344 do NCPC.

Caso haja contestação e havendo nesta arguição de preliminar ou fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (NCPC, artigos 350 e 351), dê-se vistas ao autor, através de seu advogado, a fim de que se pronuncie a respeito, no prazo de 15 (quinze) dias, procedendo sempre a Secretaria conforme o disposto no art. 203, § 4º, do NCPC.

Na hipótese de a citação não ser levada a efeito, intime-se igualmente o autor, por seu advogado, no prazo supra, para se pronunciar sobre a diligência negativa.

Com ou sem contestação ou, após a manifestação sobre a contestação, se for o caso, faça-se conclusão.

Publique-se. Intimem-se. Cumpra-se.

Diligências e expedientes necessários.

Caicó/RN, data no sistema.

Juiz LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA

Titular da 3ª Vara de Caicó





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
3ª Vara da Comarca de Caicó
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0804537-36.2019.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: MAGUILA ARAUJO VIEIRA

AUTORIDADE: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Inicialmente, defiro o pedido de assistência judiciária gratuita, por entender que a parte autora preenche os requisitos do art. 98 e seguintes do CPC/2015.

Ademais, prevê o art. 334 do Código de Processo Civil que caso a petição inicial preencha os requisitos essenciais e não seja o caso de improcedência liminar do pedido, a requerida será citada e intimada para audiência de conciliação ou mediação (CPC, art. 334).

Não obstante, na presente demanda a parte autora alega ter sido vítima de acidente de trânsito e que em razão disso sofreu intervenções em membro do corpo permanentemente comprometedoras de parte ou da totalidade de suas funções, fazendo jus, portanto, ao recebimento de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT.

A prática forense demonstra que, em demandas desse tipo, somente são ajuizados os casos em que os seguros não foram pagos ou, se pagos, não atenderam à expectativa dos envolvidos quanto ao grau de invalidez pertinente, tendo em vista que não há nenhuma informação ao beneficiário dos critérios médicos usados.

É, portanto, necessário ao esclarecimento do caso a realização de perícia médica que determine, com precisão, a gradação da debilidade do postulante, para que se possa quantificá-la de acordo com a tabela anexa à Lei nº 6.194/74 e Súmula 474 do STJ.

No presente caso, portanto, afigurar-se-ia infrutífera uma prévia tentativa de conciliação e mediação antes de saber a extensão exata do dano, a fim de para adaptá-lo à tabela oficial, o que resultaria em medida ineficaz, tanto que a usual prática de mutirões de conciliação referentes às ações judiciais envolvendo seguro DPVAT acontecem com a realização simultânea de perícia médica para determinação do tipo e grau de lesão.

Neste contexto, a perícia não é apenas essencial para a solução do mérito, mas sim para a própria conciliação prévia, sendo então medida elementar para a celeridade processual dispensar,



momentaneamente, a audiência a que se refere o art. 334 do CPC, postergando a sua realização para momento oportuno.

Ante o exposto, proceda-se à citação da parte ré, para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, alertando-a da regra do art. 344 do NCPC.

Caso haja contestação e havendo nesta arguição de preliminar ou fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (NCPC, artigos 350 e 351), dê-se vistas ao autor, através de seu advogado, a fim de que se pronuncie a respeito, no prazo de 15 (quinze) dias, procedendo sempre a Secretaria conforme o disposto no art. 203, § 4º, do NCPC.

Na hipótese de a citação não ser levada a efeito, intime-se igualmente o autor, por seu advogado, no prazo supra, para se pronunciar sobre a diligência negativa.

Com ou sem contestação ou, após a manifestação sobre a contestação, se for o caso, faça-se conclusão.

Publique-se. Intimem-se. Cumpra-se.

Diligências e expedientes necessários.

Caicó/RN, data no sistema.

Juiz LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA

Titular da 3ª Vara de Caicó





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
3ª Vara da Comarca de Caicó
Av. Dom José Adelino Dantas, S/N, Maynard, Caicó - RN - CEP: 59300-000

Processo nº 0804537-36.2019.8.20.5101 - PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: MAGUILA ARAUJO VIEIRA

AUTORIDADE: SEGURADORA DPVAT

ATO ORDINATÓRIO

Considerando o que consta no Código de Normas da Corregedoria de Justiça do RN (Provimento nº 154/2016 - CJ/TJRN), na forma da lei e conforme determinação judicial prolatada nestes autos, de ordem do Juiz LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA, fica Vossa Senhoria **citado(a)** acerca do inteiro teor da petição inicial e de eventuais documentos que a instruem, com prazo de 15 dias para resposta.

ADVERTÊNCIA: Nos termos do artigo 344 do Código de Processo Civil, se o réu não contestar a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor, ficando, ainda, ciente que o recibo (aviso de recebimento) que acompanha esta carta valerá como comprovante que esta citação se efetivou.

MARCUS CESAR DOS SANTOS BEZERRA

Chefe de Secretaria

De ordem do MM. Juiz de Direito, conforme disposto no artigo 250 do CPC/15

