

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^L*, 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* comprometedora da funcionalidade de todo o *membro superior*; Invalidez permanente em *joelho* ou *tornozelo* comprometedora 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, comerciário, 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 caicodpvat@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 renuncia 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, comerciário, 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.

maguila araujo vieira

Declarante
CPF nº 701.551.284-00.





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

B O A T 13812016

1 - LOCAL E DATA

Local Rua Matias da Silva Bairro Soledade
Cidade/UF Caicó/RN P. Ref. Passegem 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. I 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° 369.006.644-15 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 / C100 Biz Cor Azul Ano 2001/2002
Proprietário Jrapuá Monteiro Galdanhe N° de Ocupantes 01
Condutor Maguila 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. _____ / /
End. _____ N° _____ Fone _____ 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 faixa contrária de direção e este condutor parou seu veículo, mas não pode afirmar que V2 colidiu frontalmente ao seu veículo.

Assinatura do Condutor do V1

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

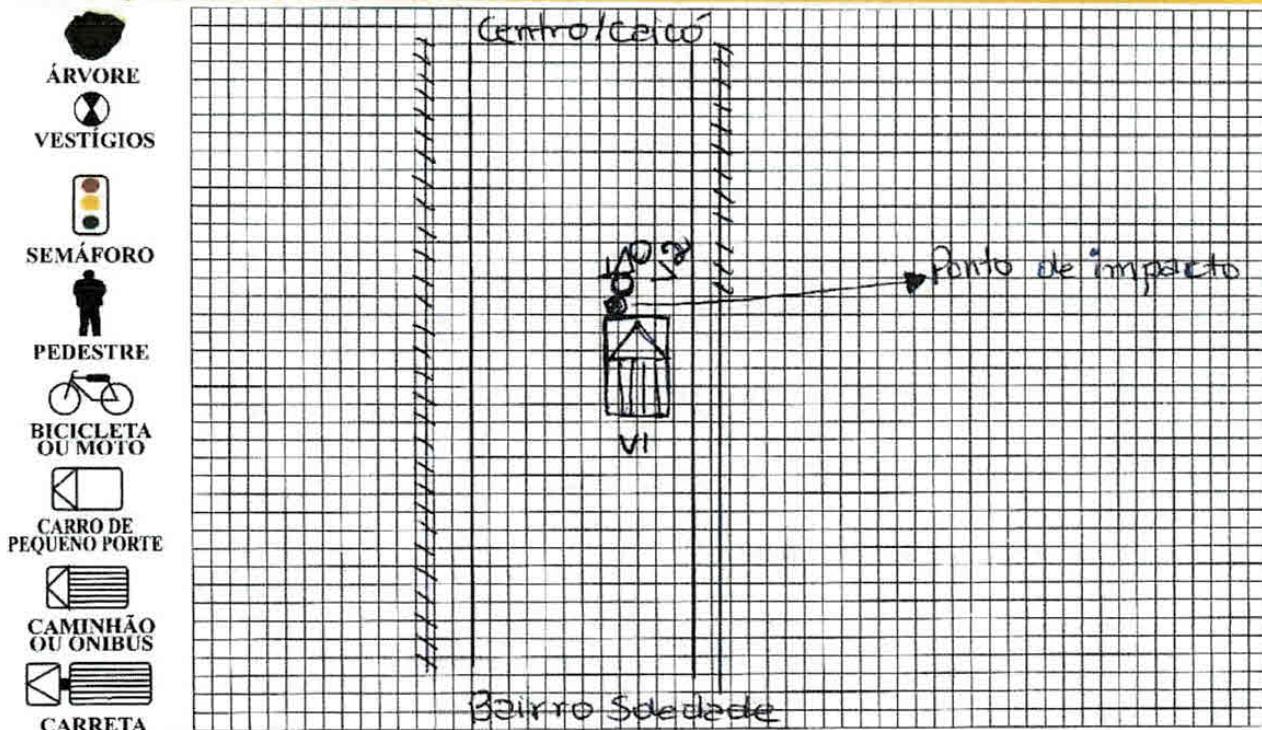
SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?
Em que sentido? _____ Em que faixa? _____
Versão do condutor _____



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"/> Aclive Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Neblina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclive Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input 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"/> _____
			<input type="checkbox"/> Entroucamento	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

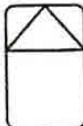
9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



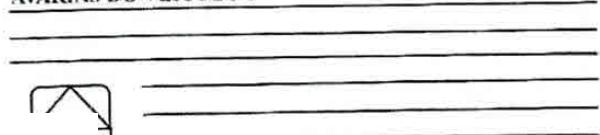
10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

Capô; farol esquerdo; para-choque dianteiro; paralama esquerdo dianteiro; farol esquerdo; teto frontal; reservatório de água.

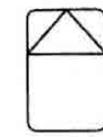


AVARIAS DO VEÍCULO 3

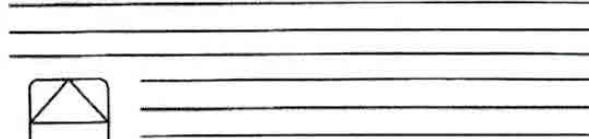


AVARIAS DO VEÍCULO 2

Pneu dianteiro; farol; retrovisor; sinaleiros esquerda e direita dianteira; guidão; banco; painel; carenagem dianteira; pedal do freio direito; lanternas traseira e carenagem traseira.



AVARIAS DO VEÍCULO 4



11 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: Hosp. do Seridó

Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

Nome Maguila Araújo Vieira
RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 10/106/1994
Endereço _____ Cidade Caicó Nº _____ Fone _____
Bairro Sole da Che Cidade Caicó Nº _____ Fone _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

12 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento / /
Endereço _____ Cidade _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ Nº _____ Fone _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

13 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento / /
Endereço _____ Cidade _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ Nº _____ Fone _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

14 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento / /
Endereço _____ Cidade _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ Nº _____ Fone _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
Nome SAMU RG Nº _____ Órgão Exp. _____
Endereço RN 288 Nº _____
Bairro Samanaú Cidade Caicó Fone 192

16 - IMAGENS / FOTOS SIM NÃO AUTUAÇÃO SIM NÃO AIT Nº _____ CÓD/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

- Não foi possível colher a versão do condutor de V2 devido seu estado de saúde;
- O condutor de V2 foi autuado por conduzir veículo sem possuir CNH e por conduzir veículo atrasado;
- AITS 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.m.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.

oappv1



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. 5

018-411

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA - SESAP
 UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ - UHRS
 Estrada do Perímetro Irrigado Sahugi, 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 PELA PREENCHIMENTO <i>EDMILSON</i>	DATA 22/05/2016	HORA DA ENTRADA 18:00hs	Nº ATENDIMENTO 91
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Os campos devem ser preenchidos de forma legível.			
NOME MAGELIA ARAÚJO VIEIRA	DATA DE NASCIMENTO 10/06/1994	IDADE 21	SEXO F
CPF 101.551.884-00	RG 3.054.824/ce	DATA DE EXPEDIÇÃO 06/04/2016	
NATURALIDADE Caicó - RN	ESTADO CIVIL Casada	PROFISSÃO Vigilante	SERTÃO SUS 000.6087.5857.2360
NOME DA MÃE MARLUCE ARAÚJO	NOME DO PAI MAROEL VIEIRA		
ENDERECO RUA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, 50	BAIRRO Jardim 2000		
CIDADE/ESTADO Caicó - RN	TELEFONE DE CONTATO 97845-9343		RAÇA/COR
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS Este campo deve ser preenchido por profissional de saúde.			
PA mmhg	FC bpm	FR irpm	TEMP. AXILAR °C
CAMPO 3 - ANAMNESIS FÍSICA Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.			
<i>Pot ral de quilo de ralo 1. Poral enite</i>			
ESCALA DE GLASCOON			
<i>Confere com o Original Caicó - RN, 25/10/2018 Assinante de Medeiros</i>			

CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.	
<i>Rs Pneum hz pneumonia</i>	
CAMPO 5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista.	
<i>CRM/RN 5585 Medeiros</i>	
MÉDICO PLANTONISTA/CRM <i>V.05585</i>	RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN
CAMPO 6 - CONCEPÇÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE Este campo deve ser preenchido por profissional da equipe de enfermagem.	
MOTIVO DA SAÍDA <input type="checkbox"/> ALTA MÉDICA <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> RECUSA DO TRATAMENTO <input type="checkbox"/> ÓBITO	REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA UNIDADE DE DESTINO: DATA: ____ / ____ / ____ HORA DA SAÍDA: ____



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: (MPF): 08.241.754/0135-57

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO <i>Edmison</i>	DATA 22/05/2016	HORA DA ENTRADA 08:48hs	Nº ATENDIMENTO 91
CAMPO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Os campos devem ser preenchidos por extenso, sem abreviaturas e de forma legível			
NOME <i>MARCELA ARAÚJO VIEIRA</i>	DATA DE NASCIMENTO 10/06/1974	IDADE 41	SEXO M
CPF 701.551.884-00	RG 3.054.824/PR	DATA DE EXPEDIÇÃO 06/04/2016	
NATURALIDADE Ceará - RN	ESTADO CIVIL Casado (ESTADO)	PROFISSÃO VIGILANTE	CARTÃO SUS 700 6089 5857 3360
NOME DA MÃE <i>MARCELE ARAÚJO</i>	NOME DO PAI <i>Marcos Vieira</i>		
ENDERECO RUA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, 50	BAIRRO Jardim das Flores		RAÇA/COR
CIDADE/ESTADO Ceará - RN	TELEFONE DE CONTATO 9815-9343		
CAMPO 2 - SINAIS VITAIS Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional de saúde			
PA mmhg	FC bpm	FR irpm	TEMP. AXILAR °C
CAMPO 3 - ANAMNESE/EXAME FÍSICO Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista			
<i>Pelvis de quilo de mal de pele</i> <i>en ure</i>			
<i>Confere com o Original</i> <i>Calcó - RN, 25/10/2018</i> <i>Maria da Conceição de Souza</i>			

CAMPO 4 - EXAMES COMPLEMENTARES Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
<i>Ds Pneu hz ferme D</i>	
CAMPO 4 - PRESCRIÇÃO MÉDICA Este campo deve ser preenchido pelo médico plantonista	
<i>CRM/RN 5665</i> <i>Medico</i> <i>Medico Plantonista</i> <i>VSSP</i>	
MÉDICO PLANTONISTA/CRM	RESP. ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO/COREN
CAMPO 5 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE Este campo deve ser preenchido por qualquer profissional da equipe de enfermagem	
MOTIVO DA SAÍDA <input type="checkbox"/> ALTA MÉDICA <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> RECUSA DO TRATAMENTO <input type="checkbox"/> ÓBITO	REMOÇÃO/TRANSFERÊNCIA UNIDADE DE DESTINO: DATA: / / HORA DA SAÍDA: / /





Ressonância Magnética
Densitometria Óssea
Raio-x Digital - CR
Mamografia de Alta Resolução Digital - CR
Tomografia Computadorizada Multislice
Ultra-Sonografia Geral com Doppler

IRC

Instituto de Radiologia de Caicó
Hospital Tiago Dias

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 tíbia 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 Elpídio, S/N - Penedo - Caicó/RN
Fones: (84) 3417 - 1252 | 3417 - 1232



CPF 701551284-00

RG 3054.824/ce EX2 06/04/2016



Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ
Endereço: Perimetral Irigêdo Sabugó, S/N - Bairro Paulo VI - Cachorro
CEP: 59.300-000 - Telefax: (84) 3421-9630 / 9628 / 9620
CNPJ: (M.F): 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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

U. H. R. S.

2 - CNES
67785504 - CNES
6778550
Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MARCELO ARACI VIEIRA

6 - N° DO PRONTUÁRIO
018411

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

710106108951517123610 10/06/194

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masculino

Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARCELE ARACI

899

11 - FONE DE CONTATO
8999984517343

12 - ENDEREÇO (RUA N° BAIRRO)

RUA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, 50

SOLDADE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CARTO

14 - CÓD IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP
RN 591301000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Oncote de nado em Fe Fehuda fum E +
Exente bem E

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tumor Cervix

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

EF + R+

Exame e 4 bis

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Exente bem E 5828

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Infusões

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

01410181015101010

26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Onco

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS

() CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Handerson Araújo
Ortopedia - Cirurgia de Jóelhos
CRM-RN 6203 TOT 14238

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

B. Sávio Santos Filho

Ortopedista e Traumatologista

CRM-RN 4418 - TOT 6878

CPM-RN 4418 - TOT 6878

021-22028846

021-22028846

22/05/16

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - N° 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 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - CÓD ÓRGÃO EMISOR 49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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

45 - DOCUMENTO 46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

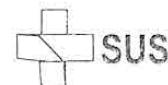
1/1

1/1

55 700.6089.5857.2360 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 Único de Saúde

REGISTRO/PRONTUÁRIO

018411

DOCUMENTO

RG 3.054.824/er

SUMÁRIO DE INTERNACAO

EXP. 06/05/2016

NOME COMPLETO

MARILIA ARAUJO VIEIRA

DATA NASCIMENTO
10/06/1994

SEXO

MASCULINO

ENDEREÇO (Rua, Número)

RUA N. S. DE FÁTIMA, 50

BAIRRO

SOLDADE

MUNICÍPIO

CAICÓ

UF

RN

CEP

59300-000

TELEFONE

99845-9343

CONDICAO

INSCRIÇÃO

NOME COMPLETO DO PAI

MANOEL VIEIRA

NOME COMPLETO DA MÃE

MARLIANE ARAUJO

RESPONSÁVEL

GUENIA ARAUJO DA COSTA (ESPOSA)

PREENCHIMENTO MÉDICO

CLÍNICA

CIRÚRGICA MÉDICA OBSTÉTRICA PEDIÁTRICA

ENFERM./LEITO

INTERNACAO DECORRENTE DE ACIDENTE

DE TRABALHO DE OUTRO TIPO

DE TRÂNSITO NÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO (AIH - Código / Descrição)

Fx Exostos Pen E

(Ol rives Schatz)
(Ol bernes)

MÉDICO SOLICITANTE (Assinatura)

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

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fx Exostos Pen E

PROCEDÊNCIA

CARÁTER DA INTERNACAO (AIH)

ELETIVA NORMAL URGENTE

RESUMO DA SAÍDA

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH - Código/Descrição)

TIPO DE PROCEDIMENTO

LIMPO POTENCIALMENTE CONTAMINADO
 INFECTADO COM CONTAMINADO

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH - Código/Descrição)

SAÍDA

DATA HORA

31.05.16

APRESENTOU INFECÇÃO?

FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO?

HOSPITALAR COMUNITÁRIA NÃO

PROFILATICAMENTE TERAPEUTICAMENTE NÃO

MOTIVO DA SAÍDA (AIH)

SE MOTIVO SAÍDA = IASSINALE 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. FODAGÔNICO
 6 ADMINISTRATIVO 7 POR INDISCIPLINA 8 EVASÃO 9 P/COMPLEMENTAÇÃO

PREENCHER SE MOTIVO = 2 (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA

DESTINO

PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO

OCORREU
ÓBITO CAUSADO
POR INFECÇÃO?

MÉDICO RESPONSÁVEL (Assinatura)

CAUSA MORTIS





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

LAUDO DE CIRURGIA

Nome do Paciente

Magnolia Andrade Vener

Nº Registro

0181418220516

Data Admissão

Nome do Procedimento Cirúrgico

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

Data	Inicio	Término	Duração	Gazes	Compr	Drenos
21/05/16	23/5/16	01/05/16	1 hora			

- ① Permeante no DDH sob rotação feixa
- ② Infiltração + Anestesia
- ③ EME + Delimitação da lesão neurológica
- ④ Fixação externa fibra arganda
- ⑤ Sutura + curto colágeno
- ⑥ à RPA

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



018411 MAGALHAES ALBUQUERQUE

22/05/2016

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	CIENTE
22/05/16	03:40	Paciente admitido com S.O. p/ submeter-se a reen TTO Cirurgico de fractura exposta de tibia e fíbula. Foi reduzida a fractura e colocada fixação externa durante o procedimento e colocado dreno cirúrgico. O mesmo foi removido no dia seguinte.	
23/05/16	01:05	Paciente admitido neste nbo de clínica cirúrgica procedente do Bloco Cirúrgico desta unidade hospitalar. Realizou procedimento cirúrgico em MIE poliarticular, a saber: fratura interna da tíbia e fratura exposta da tibia e fíbula. O mesmo é resultado de acidente automobilístico em circunstância de embriaguez. Sigue S.A. e SOS ambulâncias.	Murielly PRESTON de M. Maia Enfermeira COREN RN 426240
23/05/16	06:00	Paciente em pos operatório, o mesmo consciente e orientado, em venealise. Refere dor no mto tib. no José Correia 269781, Belo Horizonte e Gelsonete.	
23.05.2016	08h30m	Paciente em evr c: DH, Hb: hematocrito expostos tumores (2), PO imediato comensal de hematoma, urinário com ecz, DRE, anútrio, anútrios, pulmão e numerosas coadas, supurativas, hemorragicas, afibril, abdome firme + flácido indolor ou halpável, miomas espontâneos e diuréticos presentes no abdômen no genito (2), mantendo hidratação interna com líquido (2) + soro (2). Querida - r de dor em membro tibial. Aumenta lacrimejaria líquida, o que dificulta a ingestão, respiração e mastigação de alimentos sólidos. Nutrição norte.	Danielle Oliveira Enfermeira COREN RN 259859
24.05.16	05:00	Paciente consciente, orientado, evolui em EGR, refere dor no mto tib. feita medicamentosa prescrita, afibril, diurese presente e eliminações intestinais ausentes, segue aos cuidados da equipe.	
		TA 130x90 mm Hg	Téc Sandra Coen 450528
24.05.16	08:30	Paciente em 3 DI. H segue em EGR, consciente orientado, sono preservado, ditta calma. Queixa-se de dor no membro lesionado (MIE). Eliminações resíduais presentes e intestinais ausentes. No trânsito, SBV = FC = 100. SPO ² = 96.	Aam. Villy VERN Matheus Euzebio M. de Oliveira ENFERMEIRO COREN RN 426240
25/05/16	06:00	Paciente bem. Deixou queixas durante noite. Muito malado.	





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 Sabugí, 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
MAGUILA APATIJO VIEIRA	018411270516	

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
22.05.16		PO1 Faz exame lnr E Cunha com ver infecções. Pende envoltado la clinica à infecção CD: Suspeita Clínica	
27.05.16 18:20		PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORRADO, AFEBRIL, O2 AMBIENTE ELIMINAÇÕES INTESTINICAS E FESTIVAS (+), SONO PRESERVADO. FEITO CIRURGIA EM MIE. SEGURO AOS CUIDADOS DA EQUIPE.	Dr. Henderson Araújo Ortopedia - Cirurgia de Joelho CRM-RN 6293 TEF 14-339
28.05.16 09:30		Paciente, no 6º DIH, dardo óxido de manganês, realizada cirurgia ortopédica nos 5 dedos, com pinos externos em MIE. Bomba realizada em coluna de bomba por técnicas de aspiração do jato + troca de cavidades. Consciente, orientado, em O2 ambiente. Mantém gelo hidrotérmico em MSD. Realizada ordem da fisioterapia. No exame: pele hipotônica, muros cutâneos normocorados, movimento óptimo de membros superiores sem alterações. AC = BNF em 27; AP = NUV(+), limpos. Nephros clônicas de lise e edema. Alimentação / optante paraendo esic). Eliminação gas fisiológico (SIC). Eliminação CD = orientações gerais.	Absalá Santiago COREN 251141 Estagiário





Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria da Saúde Pública
UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDÓ
Av. Presidente Irineu Sabogli, S/N - Bairro Paulo VI - Cachão
CEP: 59.000-000 - Telefax: (64) 3421-9610 / 9628 / 0620
CNPJ: (MPF): 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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

U M R S

2 - CNES

6778550

4 - CNES

6778550

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MAGUILA ARAÚJO VIEIRA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

70060891585728610

8 - DATA DE NASCIMENTO

10/06/194

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

018487

9 - SEXO

Masc

Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARLUCE ARAUJO

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 84984593433

Nº DO FONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, 50 - SOLEDADE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caicó

14 - CÓD IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RN 59300-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fx Ensafo tibie e fêm E

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Trafando Críngua

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

E F + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fx Femur + Tibia

21 - CID 10 PRINCIPAL

S 828

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CÁSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

1-sutura

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

040181015105100

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

COT

Dr. Henderson Araújo

Ortopedia - Cirurgião-Joelho
CAMAN 5435 1607 14238

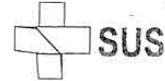
28 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF



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 Único de Saúde
SUS

REGISTRO/PRONTUÁRIO
018 487

DOCUMENTO RG
003 054 824

SUMÁRIO DE INTERNAÇÃO

NOME COMPLETO

MAGUILA APARECIDO VIEIRA

DATA NASCIMENTO

10.06.94

SEXO

MASC

ENDERECO (Rua, Número)

R. NOSSA SENHORA DE FÁTIMA 50

BAIRRO

SOLEDADE

MUNICÍPIO

CAICÓ

UF

RN

CEP

59300 000

TELEFONE

9845 9343

CONDICAO

FILIAÇÃO NOME COMPLETO DO PAI

MANOEL VIEIRA

NOME COMPLETO DA MÃE

MARLUCE APARECIDA

RESPONSÁVEL

SUENIA APARECIDA DA COSTA (ESPOSA)

PREENCHIMENTO MÉDICO

CLÍNICA

CIRÚRGICA MÉDICA OBSTÉTRICA PEDIÁTRICA

ENFERM./LEITO

INTERNAÇÃO OCORRENTE DE ACIDENTE

DE TRABALHO DE GUERRA DE GUERRA

DE TRÂNSITO NÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO (AIH - Código / Descrição)

Fixação Externa Tibia + oshamten Fém E

MÉDICO SOLICITANTE

Dr. Handerson Araújo
Ortopedia - Cirurgia de Joelho
CRM-RN 6292 TEOT 14238

DIAGNÓSTICO INICIAL

F- Enxoste Tibia + Fem E

INTERNAÇÃO

DATA **31.05.16**

HORA

SIM

NÃO →

UNIDADE DE SAÚDE ENCAMINHANTE

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDÊNCIA

CARÁTER DA INTERNAÇÃO (AIH)

ELETIVA NORMAL PRIMARIA

RESUMO DA SAÍDA

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH - Código/Descrição)

TIPO DE PROCEDIMENTO

LIMPO POTENCIALMENTE CONTAMINADO
 INFECTADO CONTAMINADO

PROCEDIMENTO REALIZADO (AIH - Código/Descrição)

SAÍDA

DATA **01.06.16**

HORA

APRESENTOU INFECÇÃO?

FOI UTILIZADO ANTIMICROBIANO?

HOSPITALAR COMUNITÁRIA NÃO

PROFILATICAMENTE TERAPEUTICAMENTE NÃO

MOTIVO DA SAÍDA (AIH)

SE MOTIVO SAÍDA = 1 ASSINALE DETALHAMENTO DA ALTA

ALTA REMOÇÃO
 ÓBITO ATÉ 24 HORAS ÓBITO APÓS 24 HORAS

CURADO MELHORADO INALTERADO A PEDIDO INTER. P/ DIAGNÓSTICO
 ADMINISTRATIVO POR INDISCIPLINA EVASÃO P/COMPLEMENTAÇÃO

PREENCHER SE MOTIVO = 2 (REMOÇÃO)

INDICAÇÃO CLÍNICA

DESTINO

PREENCHER SE MOTIVO SAÍDA = ÓBITO

OCORREU
ÓBITO CAUSADO
POR INFECÇÃO?

CAUSA MORTIS

MÉDICO RESPONSÁVEL

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO



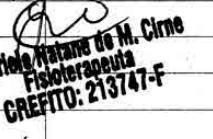
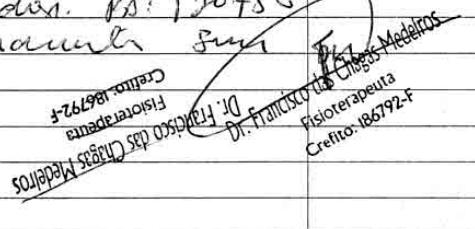


Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional do Seridó
Estrada do Perímetro Irrigado Sabugí, s/n – Bairro Paulo VI – Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

EVOLUÇÃO

→ Fisioterapia

NOME DO PACIENTE:	Nº de Registro	Data Admissão
Magnila Amaro Vieira	0 1 8 9 8 7	3 1 0 5 1 6

DATA	HORA	OBSERVAÇÕES	CIENTE
02/06/2016		<p>Pte em BEG, orientado, colaborativo, apertil os olhos, acorda notícias, pressão arterial (72 bpm), respiração (17 bpm) em P.A. / S.D.R, AP=MV@ bilateral s/ P.A. Paciente apresenta déficit de mobilidade e força em MIE e leve edema c/ calafrios em extensão IE. Conduta: Foi realizada mobilização articular assistida de MIE, exercícios musculofuncionais de MM, mobilização passiva no quadril e mobilização articular nas extensões inferiores. Atendimento s/ intercorrências.</p>	 Gabriela Matana de M. Cirne Fisioterapeuta CREFITO: 213747-F
13/06/16		<p>Pte em BEG, orientado, colaborativo, Sua queixa da p/ma é dor. PS: 120/80 mmHg sanguíneo. Atualmente sem intercorrências.</p>	 CREFITO: 186792-F Fisioterapeuta D. Francisco das Chagas Medeiros CREFITO: 186792-F





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 Sabugi, s/n – Bairro Paulo VI – Caicó (RN) - CEP: 59.300-000
CNPJ (MF): 08.241754/0135-57 - Telefax: (0**84) 3421-9630, e 9628

108-2

EVOLUÇÃO DE ODONTOLOGIA

NOME DO PACIENTE:	Nº de Registro	Data Admissão
Maguila Araújo Vieira	018487310516	





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. 18



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. 19

25/01/2019

DETRAN/RN - Consulta Consolidada de Veículo

▼ Dados do Veículo de placa MYL8829						Em 25/01/2019 14:13:52							
Placa	Renavam	Placa Anterior	Tipo	Categoria	Espécie	Lugares							
MYL8829	772403430	MYL8829/RN	3-MOTONETA	1-Particular	1- Passageiro	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 DDETAN\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		3111234.9.064428269	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		3111234.9.0900039893	30/08/2018	90,00	111,60								
Seguro DPVAT (Parcela Unica) 2018		9.000900039894	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 Em aberto	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 Em aberto	CONDUIZIR 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											
Auditória		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



Identificação Residência Ocorrência Fetal ou menor que um ano Causas do óbito Condutas Médico las externas	<input type="checkbox"/> Tipo de óbito	<input type="checkbox"/> Data do óbito	Hora	<input type="checkbox"/> Cartão SUS	1000596-4-5	<input type="checkbox"/> Naturalidade				
	<input type="checkbox"/> Fetal	<input type="checkbox"/> 07/04/2019				<i>Porto Alegre</i>				
	<input type="checkbox"/> Não Fetal					Vila Cim.				
	<input type="checkbox"/> Nome do Falecido	N.S. TRAVASSOS RIBEIRO JACETANITA					Município / UF (se estrangeiro, informar)			
	<input type="checkbox"/> Nome do Pai	<i>Ribeirão da Serraria 3800m/4000m</i>					Fl. 991			
	<input type="checkbox"/> Data de nascimento	9) Idade	Idade	Meses	Dias	Horas	Minutos	Ignorado		
	02/09/1976	39	Anos completos					9		
	<input type="checkbox"/> Nível	3) Médio (antigo 2º grau)	Ignorado	Série	<input type="checkbox"/> Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado)					
	0) Sem escolaridade	4) Superior incompleto	9							
	1) Fundamental I (1ª a 4ª Série)	5) Superior completo								
2) Fundamental II (5ª a 8ª Série)										
<input type="checkbox"/> Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)	R. Rio Pequeno Rio Brilho 08					Número	Complemento	<input type="checkbox"/> CEP		
<input type="checkbox"/> Bairro/Distrito	Porto Alegre					Código				
<input type="checkbox"/> Local de ocorrência do óbito	M. inhaúma da sua casa					<input type="checkbox"/> Estabelecimento				
1) Hospital	3) Domicílio	5) Outros	Ignorado							
2) Outros estab. saúde	4) Via pública	6) Aldeia	9							
		Indígena								
<input type="checkbox"/> Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.)	<i>50000-001234567</i>					Número	Complemento	<input type="checkbox"/> CEP		
<input type="checkbox"/> Bairro/Distrito						Código				
<input type="checkbox"/> PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE										
27) Idade (anos)	28) Escolaridade (última série concluída)					29) Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada)				
0) Sem escolaridade	3) Médio (antigo 2º grau)	Ignorado	Série							
1) Fundamental I (1ª a 4ª Série)	4) Superior incompleto	9								
2) Fundamental II (5ª a 8ª Série)	5) Superior completo									
<input type="checkbox"/> Número de filhos tidos	<input type="checkbox"/> N.º de semanas de gestação	<input type="checkbox"/> Tipo de gravidez	<input type="checkbox"/> Tipo de parto	<input type="checkbox"/> Morta em relação ao parto	<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA MÉDICA				<input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO CONFIRM	
Nascidos vivos	Perdas fetais/abortos	1) Unica	1) Vaginal	1) Antes	2) Durante	3) Depois	9) Ignorada	30) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?	31) Necropsia?	
99) Ignorado	99) Ignorado	2) Dupla	2) Cesáreo	9				1) Sim	2) Não	
		3) Tripla e mais	9) Ignorada					9) Ignorado		
<input type="checkbox"/> OBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL										
<input type="checkbox"/> A morte ocorreu										
1) Na gravidez	3) No abortamento	5) De 43 dias a 1 ano após o término da gestação					Ignorado			
2) No parto	4) Até 42 dias após o término da gestação	8) Não ocorreu nestes períodos					9			
40) CAUSAS DA MORTE										
ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA										
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte: <i>Queda de escada</i> CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa scima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica: <i>Queda de escada</i> PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima: <i></i>										
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte:										
41) Nome do Médico <i>Gilson Góes da Silva, S. 3785</i> 42) CRM <i>32326917</i> 43) Óbito atestado por Médico 1) Assistente 4) SVO 2) Substituto 5) Outro 3) IML 44) Município a UF do SVO ou IML <i>Porto Alegre</i> 45) Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.) <i>32326917</i> 46) Data do atestado <i>16/12/2019</i> 47) Assinatura <i></i>										
PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico) 48) Tipo 1) Acidente 2) Suicídio 49) Ignorado 50) Fonte da informação 1) Ocorrência Póccar N. 2) Hospital 3) Família 4) Outra 51) Descrição sumária do evento <i></i> Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência 1) Via pública 2) Local de residência										



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

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150, Bairro, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.186/0001-81 | Insc. Est. 20053199-0 | www.cosern.com.br

ROSENTE ROSANGELA OLIVEIRA

RUA RITA PEREIRA DA CUNHA, 18

CPF: 792.404.704-25

CASTELO BRANCO/ÁREA URBANA

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CAICÓ RN

59300-000

Nº DA NOTA FISCAL | SÉRIE | EMISSÃO
010037861 | UNICA | 04/02/2019
APRESENTAÇÃO | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO
04/02/2019 | 3010291124 | 123207CONTA CONTRATO | MÊS ANO
7011730234 | 02/2019
DATA DE VENCIMENTO | DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
11/02/2019 | 06/03/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) | 71,89Consumo Ativo(kWh)
Corrib Ilum Pública Municipal
Multa por atraso-NF 017571052 - 03/01/19
Juros por atraso-NF 017571052 - 03/01/19

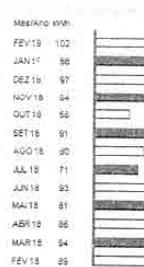
QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
102,000000	0,62232720	63,47
		7,35
		1,08
		0,01

TOTAL DA FATURA

71,89

DETALHAMENTO DE CONSUMO DE ATIVO

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL DATA	Nº DE LEITURAS	Nº DE DIAS	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
2160437789	CAT	03/01/2019	1774,00	04/02/2019	1876,00	32	1.000000



Mês/Ano kWh:

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Geração de Energia	R\$ 22,06
Transmissão	R\$ 3,23
Distribuição (Cosern)	R\$ 15,32
Perdas de Energia	R\$ 4,12
Encargos Setoriais	R\$ 4,31
Tributos	R\$ 14,41
Total	R\$ 63,47

Consumo Ativo(kWh):

0,48281200

C474 AEE0 578B 678B E378 F76F E917 8528

Pague no ponto mais perto ou visite fornecida para rodar 127 410, período suspenso caso o cliente não tenha mais a habilitação. 17, Caxias Brancos, Juiz de Fora em www.cosern.com.br. O pagamento pela Nota Fiscal é feita online e pode ser feita somente em espécie. Na data da leitura a cobrança em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é responsável quando não houver autorização individual ou do nível de tomamento de fornecimento. Pagto em atraso gera multa 3%R\$414(ANEEL), juros 1% a mês (12%) e atraso de 10 dias é considerado na arreia, mês. O cliente é responsável quando há desacumprimento do prazo definido pelos padrões de atendimento comercial.



Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 11/12/2019 16:07:57
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121116075586500000049941250>
Número do documento: 19121116075586500000049941250

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					
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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

1ª Campanha de Acordos de 2014 – fl. 13 de 19





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
3^a 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 graduação 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 adaptá-lo à tabela oficial, o que resultaria em medida ineficaz, tanto que a usual prática de mutirões de conciliação referentes à 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,



Assinado eletronicamente por: LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA - 19/12/2019 18:22:58
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121918225573200000050163968>
Número do documento: 19121918225573200000050163968

Num. 51992164 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA - 19/12/2019 18:22:58
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121918225573200000050163968>
Número do documento: 19121918225573200000050163968

Num. 51992164 - Pág. 2



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
3^a 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 graduação 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 adaptá-lo à tabela oficial, o que resultaria em medida ineficaz, tanto que a usual prática de mutirões de conciliação referentes à 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,



Assinado eletronicamente por: LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA - 19/12/2019 18:22:58
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121918225573200000050163968>
Número do documento: 19121918225573200000050163968

Num. 54763476 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: LUIZ CANDIDO DE ANDRADE VILLACA - 19/12/2019 18:22:58
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121918225573200000050163968>
Número do documento: 19121918225573200000050163968

Num. 54763476 - Pág. 2



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



Assinado eletronicamente por: MARCUS CESAR DOS SANTOS BEZERRA - 01/04/2020 15:15:37
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040115153679600000052745642>
Número do documento: 20040115153679600000052745642

Num. 54765098 - Pág. 1