

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

FERNANDO GOMES DE MORAIS, brasileiro, agricultor, filho de Lucas Morais e de Raimunda Maria da Conceição portador da cédula de identidade nº 669590 e inscrita no CPF/MF sob nº 378.282.404-06, residente e domiciliada na Av. Lauro Maia, 201, Centro, Lucrécia – RN, CEP: 59805-000.

### OUTORGADOS

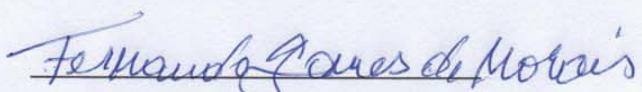
FRANCISCO GERVÁSIO LEMOS DE SOUSA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN 4778 e ABRAÃO DIÓGENES TAVARES DE OLIVEIRA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN 8511, ambos com escritório profissional situado na Alameda das Carnaubeiras 06, Costa e Silva, Mossoró/RN, Cep. 59.625-410, onde receberá as intimações e citação de estilo;

### PODERES

A quem concede amplos e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad-judicia*, a fim de defender os direitos e interesses do outorgante perante qualquer juízo, instância ou tribunal, podendo firmar acordos, contestar, recorrer, receber citações e intimações, recusar e contra-arrazoar, enfim, praticar todos os atos necessários ao cabal cumprimento do presente mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Firmo a presente procuração.

Mossoró/RN, 26 de maio de 2020.



Fernando Gomes de Morais

CPF nº 378.282.404-06

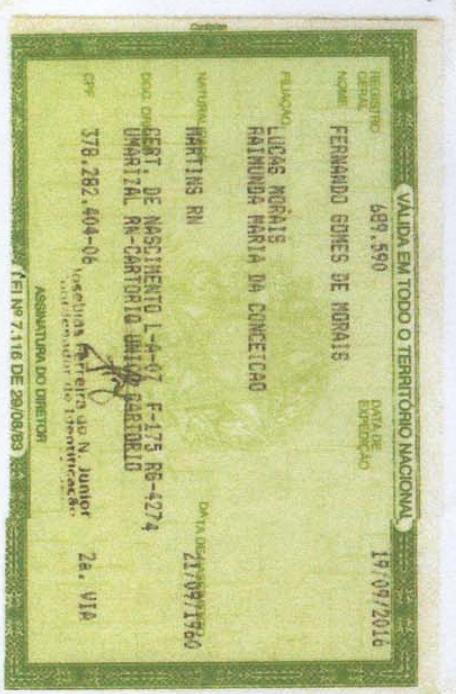
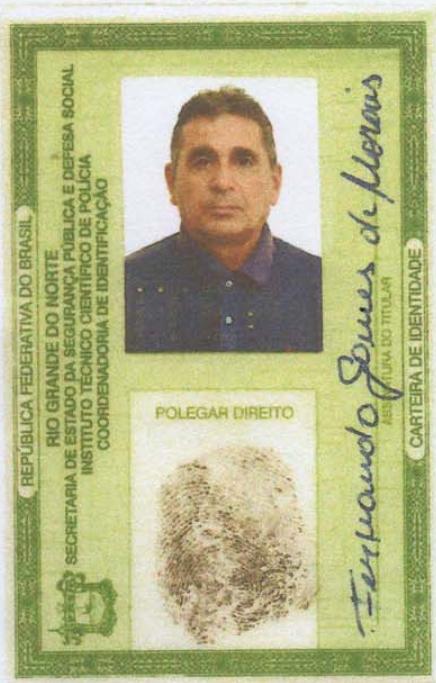
---

Alameda das Carnaubeiras 06, Costa e Silva, Mossoró - RN

Tel.: (84) 3312-5379/99411-7543/99154-9270

E-mail: gervasiolemos@bol.com.br/abraaoodiogenes@yahoo.com.br









Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200087362

Vítima: FERNANDO GOMES DE MORAIS

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FERNANDO GOMES DE MORAIS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Erm caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Março de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200087342

Vítima: FERNANDO GOMES DE MORAIS

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDO GOMES DE MORAIS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 155633789



Assinado eletronicamente por: ABRAAO DIOGENES TAVARES DE OLIVEIRA - 03/06/2020 14:41:31  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060314413089700000054264906>  
Número do documento: 20060314413089700000054264906

Num. 56438421 - Pág. 2

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200087342

Vítima: FERNANDO GOMES DE MORAIS

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FERNANDO GOMES DE MORAIS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:

R\$ 0,00

Juros:

R\$ 0,00

Total creditado:

R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =

R\$ 2.362,50

Rebedor: FERNANDO GOMES DE MORAIS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000000879-6

Conta: 000010021441-X

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 02 de Março de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200087362

Vítima: FERNANDO GOMES DE MORAIS

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDO GOMES DE MORAIS

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Informamos que o reembolso de despesas médicas e suplementares é avaliado conforme critérios de análise praticados pelo mercado e tendo como limite mínimo os valores constantes na Tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo assim ser ou não reembolsado em sua totalidade, observando-se o limite da cobertura.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15563748





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

CÓPIA

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: **378.282.404-06** 3 - CPF da vítima: **FERNANDO GOMES DE MORAIS**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: <b>FERNANDO GOMES DE MORAIS</b>	6 - CPF: <b>378.282.404-06</b>		
7 - Profissão: <b>AGRICULTOR</b>	8 - Endereço: <b>AV. LAURO MAIA</b>	9 - Número: <b>201</b>	10 - Complemento: <b></b>
11 - Bairro: <b>CENTRO</b>	12 - Cidade: <b>LUCRÉCIA</b>	13 - Estado: <b>RN</b>	14 - CEP: <b>59.805-000</b>
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD):	

DADOS CADASTRAIS

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

## 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **0879** **6** CONTA: **21 441** **8**  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Víeuvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	--	---	---	--	--

**Estou ciente** de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34  
Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

*Fernando Gomes de Moraes*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





Governo do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social  
Polícia Civil  
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE PATU

Endereço: RUA LUCAS MATIAS, 51, COSTA E SILVA, PATU

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J202010300008

1.2 Data de Expedição: 17/01/2020 16:14:19

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.4 Ligou CIOSP: Não

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 10/11/2019 15:00:00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.7 Logradouro: RN-072, MUNICÍPIO DE LUCRÉCIA, PRÓXIMO AO SITIO CABORÉ.

2.6 Tipo do local: Em Veículo

2.9 CEP:

2.8 Número: SN

2.11 Ponto de Referência:

2.10 Complemento:

2.13 Cidade: LUIS GOMES

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: FERNANDO GOMES DE MORAIS

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: LUCAS MORAIS

3.5 Renda: Parda

3.6 Mãe: RAJUMDA MARIA DA CONCEICAO

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 37828240405

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 21/09/1960

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.14 RG: 689590 - Itep/RN

3.15 Telefone(s): 84 996680535

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 201

3.18 Naturalidade: MARTINS RN

3.19 Bairro: CENTRO

3.19 E-Mail:

3.20 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: AV. LAURO MAIA

3.23 Cidade: LUCRÉCIA

3.24 CEP:

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)**

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

**5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)**

**6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)**

**7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: \*\*\*\*\*16307

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: QGB3220

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: YAMAHA

7.1.8 Modelo: XT2150 CROSSER ED

7.1.9 Ano do Modelo: 2015

7.1.10 Ano de Fabricação: 2014

7.1.11 Cor do veículo: BRANCA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: FERNANDO GOMES DE MORAIS

7.1.15 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

**8. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**9. DOS FATOS**

**9.1 Histórico**

O COMUNICANTE DECLAROU QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, ESTAVA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA, JÁ DESCrita, QUANDO CAIU EM UM BURACO NA PISTA DE ROLAMENTO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E CAIU; QUE DEVIDO AO ACIDENTE TEVE VÁRIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATUROU A MÃO DIREITA E O PUNHO ESQUERDO, QUE SEU PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO FOI NO HOSPITAL PÚBLICO DA CIDADE DE LUCRÉCIA/RN, PELO MÉDICO DR<sup>(4)</sup> RAFAELLY DE MORAES, CRM/RN N° 8650; QUE O PRESENTE EXPEDIENTE É PARA FINS DE INDENIZAÇÃO JUNTO AO SEGURO DPVAT.

**9.2 Informações do CIOSP**

**10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)**

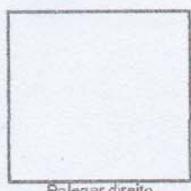
**11. DECLARAÇÃO**

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 17/01/2020 16:14:19

Alcimar Carlos Ferreira da Silva  
3º Sgt. PM  
Mat. 163633-2

Fernando Gomes de Moraes  
Interessado



Atendimento: 1636332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA  
Impresso por: 1636332 - ALCIMAR CARLOS FERREIRA DA SILVA em 17/01/2020 16:14:25

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Página 11



Assinado eletronicamente por: ABRAAO DIOGENES TAVARES DE OLIVEIRA - 03/06/2020 14:41:31  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006031441313210000054264907>  
Número do documento: 2006031441313210000054264907

Num. 56438422 - Pág. 1

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETTRAN - RN 7.2510 // 00066 N° 015158832050

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

EXERCÍCIO

R.M.T.R.C.

2020

NOME

fernando gomes de morais

NOME

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS QUANDO SE USUAR DPVAT

RN N° 015158832050 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2020 DATA EMISSÃO 01/04/2020

PLACA QGB3220

PLACA / CNPJ 378.282.404-06

PLACA / CNPJ 9C602251090016307

PLACA / CNPJ 378.282.404-06

PLACA / CNPJ 9C602251080016307

DENITRAN

DENITRAN

CENTRAN

Centro de Distribuição de Documentos

LIDERCTIA/PR Centro-Sul de São Paulo



Assinado eletronicamente por: ABRAAO DIOGENES TAVARES DE OLIVEIRA - 03/06/2020 14:41:31  
<https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006031441313210000054264907>  
 Número do documento: 2006031441313210000054264907

Num. 56438422 - Pág. 2



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCRÉCIA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Unidade Mista de Lucrécia

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: Fernando Gomes de Moraes Idade: 59  
End: Avalaunomaria Bairro: Centro  
Cidade: Lucrécia Sexo: ( ) M (  ) F  
Hora: 15:45 Lucrécia/RN 10 de Novembro de 2019

História P.C. vítima de acidente motociclistico apresenta ferida contante retroauricular direito e lobos inferior, epistaxe, edema e criptoganglion no lado direito.

Exame Físico P.C. com PEG, consciente, aco.  
A. Cx. direito pectoral  
B. Mvt em AII, Soto: 90/ 90 ou ambiente  
C. Dorsos capilares extremos e regulares em 25  
D. Reagulb, pupilas irregulares e latentes  
E. Sinais de fratura não

T.A. 120 x 90 MMHG Pulso: 88 Respiração: Temp:

Diagnóstico Provisório: Trauma mão d.

Conduta:  
- Colar em 75mg/3h  
- Desinfecção de ferida com 3M  
- Imobilização  
- Sutura.

Observação de Enfermagem

- (  ) Retirou-se por decisão Médica  
(  ) A pedido  
(  ) À revelia  
(  ) Óbito Data / / , às : hs.

TRANSFERIDO

Do Hospital e Maternidade Maria Lalá da Costa

Para: Hospital

Regional de  
Poço das Flores

Chefe de plantão

Médico Carimbo

Dra. Rafaelly de Moraes  
Médica  
CRM/RN 8650

Responsável



Deconvenio Plantão 10.11.19 das 7:00 as 19:00

Recebemos o setor e/ o1 pte \* Isaias Neto de medeiros segue TIT clínico apresenta melhora aguarda resultado de exame RM. As 15:45 des. entro do setor de setor hospitalar o senhor \* Fernando Gomes de mora vítima de acidente motociclistico consciente, apresentava corte dentro da boca lábio interior, orelha e suspeito de fratura nos punhos D e E foi atendido e medicado transferido P/ Paudes Furos e/ avaliação especializada. Tec de env. que o compõe...

IVANICE. As 17:00 hs des. entro do setor O pte \* Manoel Cleiton da Silva apresentando dor intenso no olho E, lacrimação e déficit de visão causado por uma pancada informa o mesm. fiz. interno P/ TIT clínico. O mais outros atendimentos ambulatórios

motorista - Vanderlei  
Vigia - José Dantas  
ASD - Rito de Cassio

equipe de Plantão  
médico - Rafaelly  
Tec de env. - M<sup>o</sup> Ivanice  
Tec de env. - M<sup>o</sup> Francisco

Deconvenio Noturno do Plantão 10.11.19

pte Isaias Neto de medeiros refere forte dor no humor foi medicado conforme prescrição médica Manoel Cleiton da Silva refere dor e lacrimação no olho esquerdo contínuo, foi encaminhado P/ consulta oftalmológica. O mais se atendimentos ambulatórios.

equipe de Plantão  
motorista - Vanderlei  
Vigia - José Dantas  
ASD - Rito de Cassio

médico - Rafaelly  
Tec - M<sup>o</sup> Francisco  
Tec - M<sup>o</sup> Ivanice



# HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Bairro Arizona, Pau dos Ferros RN, Telefax (84) 3351-9840

EXAMES COMPLEMENTARES

## BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: FERNANDO GOMES DE MORAIS				TEL:	Nº REG: 440803
Nas 21/09/1960 1-Masculino		Solteiro	AGRICULTOR	Cert.nasc. <input type="checkbox"/> Título <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG <input checked="" type="checkbox"/> N°	689 590
Pai: LUCAS MORAIS		Mãe: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO			
Endereço: EGIGIO DIAS		0	CENTRO	LUCRECIA RN	
Responsável:					
Endereço do Responsável: 84 99625 2874					
Serviço: Urgência / emergência		Enfermaria:		Leito:	
Admissão: 10/11/2019		Hora admissão: 18:33	Data da Alta:	Hora da Alta:	
Dados Clínicos: PA: ..... mmHg      Pulso: ..... Bpm      Temp: ..... FR: .....					
Alega Acidente de Trabalho      Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					

### História - Causa eficiente da Lesão ( alegada ):

### Lesões ou afecções encontradas

### DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

### DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora: 18:36

CRM

ABRAAO DIOGENES TAVARES DE OLIVEIRA  
Chefe de Seção do SAME - NRCC  
Matr. 98.106-0  
Rel. Adm 4398 - 09/04/2019

HDR DR. CLEODON CARLOS DE ANDRADE  
AUTENTICAÇÃO  
CONFERE COM O ORIGINAL  
10/11/19

BOLETIM DE URGÊNCIA  
HOSPITAL CARLOS DE ANDRADE

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de urina C/BOLETIM DE URGENCIA AP 106901

N. REG: 440803	N. REG: 440803
000 000	000 000
IN: LUCAS MORAIS	OUT: LUCAS MORAIS
MS: RAIMUNDO MARIA DA CONCEICAO	MS: RAIMUNDO MARIA DA CONCEICAO
ENDEREÇO: Rua 0000 0000	ENDEREÇO: Rua 0000 0000
CEP: 00000-000	CEP: 00000-000
TEL: 0000-0000	TEL: 0000-0000
REABERTURA:	REABERTURA:

CONDUTA:

ORTOPEDIA

Racete vitru de trauma com dor em mão ⑤ e punho ⑥.  
AO exame físico: ferida purulenta em 3º grau com pus.  
Rx: fratura 2-3: 14-15 e punho ⑥ com dor.  
CD: luxação + subluxação + imobilização.  
Fixação com reductivo + oco + Almofada.  
Recebe alta com alta médica: IV dia.

1) Cefalotina

Dr. José Ferrari de Oliveira  
MEDICO  
CRM-RN 2760-CPE 322.728/RA-34  
Médico / Carimbo:

DESTINO DO PACIENTE:

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ hora: \_\_\_\_

Destino: Cl. Médica:  Cl. Cirúrgica:  Cl. Obstétrica:  UTI Adulto:  Pediatria:

Alta Médica:  Alta a pedido:  Alta a revelia:  Transferencia:  Óbito:

Médico / Carimbo:

CRM

Assinado eletronicamente por: ABRAAO DIOGENES TAVARES DE OLIVEIRA - 03/06/2020 14:41:31  
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060314413132100000054264907  
Número do documento: 20060314413132100000054264907

SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

fernando Gomes de Morais

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RACA/COR

11 - NOME DA MÃE

Masc 1 Fem 3

12 - FONE DE CONTATO  
Nº DO FONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - FONE DE CONTATO  
Nº DO FONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Vítima de bala com fratura  
2-13-14-15- metacorpo ②

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade fixação cirúrgica.

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

px + exame fisiu

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Plataforma de metacorpos ② 562.2

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04080 20377

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

() CNS ( ) CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 35-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

10.11.2011

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

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

LPO - SEGUIMENTO DE ATENDIMENTO

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

PR 405, Km 03, Bairro Arizona, Pau dos Ferros RN, Telefax (84) 3351-9840

BOLETIM DE URGÊNCIA 59

Nome: FERNANDO GOMES DE MORAIS	TEL:	Nº REG: 440803
Nas 21/09/1960 1-Masculino Solteiro AGRICULTOR	<input type="checkbox"/> Cert.nasc. <input type="checkbox"/> Título <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG <input checked="" type="checkbox"/> Nº	689 590
Pai: LUCAS MORAIS	Mãe: RAIMUNDA MARIA DA CONCEICAO	
Endereço: EGIGIO DIAS	0 CENTRO	LUCRECIA RN
Responsável:	TEL:	
Endereço do Responsável: 84 99625 2874		
Serviço: Urgência / emergência	Enfermaria:	Leito:
Admissão: 10/11/2019 Hora admissão: 18:33	Data da Alta:	Hora da Alta:
Dados Clínicos: PA:..... mmHg	Pulso:..... Bpm	Temp:..... FR:.....
Alega Acidente de Trabalho	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

História - Causa eficiente da Lesão ( alegada ):

Deficiência de Alucile de  
Nof em fraturu n. Pneu C.E.  
E mās Dírecte

Lesões ou afecções encontradas

fraturas de Ponto Fogo + Fraturas  
do 2º 3º e 4º dedos da Mão Direita

DESTINO DO PACIENTE

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

Fratura de Ponto Fogo + Fratura C.E.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

MÁS DIRETA

Hora: 18:36

CRM 270

Dr. José Ferraz de Oliveira  
CRM-RN 2760-CPF 312.781.24.14

27/12/19  
JF

27/12/19

CRM-RN 2760-CPF 312.781.24.14



HOSPITAL RIO DE ANDRADE  
BOLETIM DE URGÊNCIA

EXAMES COMPLEMENTARES:

RX de mão D 106/09/2019

RX de mão D 106/09/2019

Nome: FERNANDO GOMES DE MORAES  
Nome: Sobre nome: (Masculino) Solteiro  
RG: 999.999  
CPF: 000.000.000-00  
Data de Nascimento: 00/00/00  
Sexo: Masculino  
Profissão: Engenheiro  
Endereço: LUCAS MORAES  
Bairro: Residencial  
Cidade: Rio de Janeiro  
UF: RJ  
CEP: 22220-000  
Número: 106/09/2019

CONDUTA:

ORTOPEDIA

Racote vítima de trauma com dor em mão e punho. (E)  
AO exame físico: ferida profunda e punho com edema. (E)  
Rx: profunda 2/3-14:15. e punho com edema. (E)  
HO: RX: profunda 2/3-14:15. e punho com edema. (E)  
CD: Limpeza + sutura + imobilização. (E)  
Folia + esplint em mão (E) + tala leve com (E)  
Folia com recuperação + orto (E) + Plastodonto.  
Recebe alta médica.

1) Cefalotina 1g - 02 amp. IV dia.

Dr. José Ferrari de Oliveira  
MEDICO  
CRM-RN 2760-CPF 322.778/RA-34

Médico / Carimbo:

DESTINO DO PACIENTE:

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ hora: \_\_\_\_\_

Destino: Cl. Médica:  Cl. Cirúrgica:  Cl. Obstétrica:  UTI Adulto:  Pediatria:

Alta Médica:  Alta a pedido:  Alta a revelia:  Transferencia:  Óbito:

Médico / Carimbo:

27/12/19



Código: 314909604

### IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

**Unidade Solicitante:**  
HOSPITAL REGIONAL DR CLEODON CARLOS DE ANDRADE (2409275)  
**Central Reguladora:**  
NATAL

**Op. Solicitante:**  
EDILZA  
**Unidade Desejada:**  
--- (---)

**Data de Solicitação:**  
11.11.2019 - 10:42:32  
**Data Desejada:**  
---

### DADOS DO PACIENTE

**CNS:**  
702000360397582  
**Nome do Paciente**  
FERNANDO GOMES DE MORAIS  
**Nome da Mãe**  
RAJIMUNDA MARIA DA CONCEICAO  
**Sexo:**  
MASCULINO  
**Data de Nascimento:**  
21/09/1960 (59 anos)  
**Tipo Logradouro:**  
AVENIDA  
**Número:**  
201  
**País de Residência:**  
BRASIL  
**Telefone(s):**  
(84) 9817-9422 (Exibir Lista Detalhada)

**Nome Social/ Apelido:**  
---

**Naturalidade:**  
MARTINS - RN

**Raça:**  
PARDA

**Tipo Sanguíneo:**  
---

**Logradouro:**  
LAURO MAIA  
**Bairro:**  
CENTRO  
**Município de Residência:**  
LUCRECIA

**Complemento:**  
CEP:  
59805-000  
**UF:**  
RN

### DADOS DA SOLICITAÇÃO

**CPF do Médico Solicitante:**

**Nome do Médico Solicitante:** dra nayara g. souza  
**Status da Solicitação:** PENDENTE

**Diagnóstico Inicial - CID:**  
S622 - FRATURA DO PRIMEIRO METACARPIANO  
**Caráter**  
11 - Urgência  
**Clínica:**  
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA  
**Procedimento Solicitado:**  
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPIANOS

**Classificação de Risco**  
- Urgência, atendimento o mais rápido possível  
**Clínica Complementar:**  
Nenhuma  
**Código:**  
0408020377

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

**Principais Sinais e Sintomas Clínicos:**  
VITIMA DE TRAUMA COM FRATURA 2/3/4/5 METACARPO DIREITO/td>

**Principais Resultados de Provas Diagnósticas:**

RX MAIS EXAME FISICO  
**Condições que Justificam a Internação:**  
NECESSIDADE E FIXAÇÃO CIRURGICA

### PARECER

**Motivo de Impedimento do Regulador:**  
---

**Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)**

**CRM:**

**Data de Solicitação:**  
11.11.2019 - 10:42:32

Data da Extração dos Dados: 15/01/2020 09:38:07

15/01/202





**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
Secretaria de Saúde Pública  
Hospital Estadual Dr. Ruy Pereira dos Santos



**LAUDO MÉDICO**

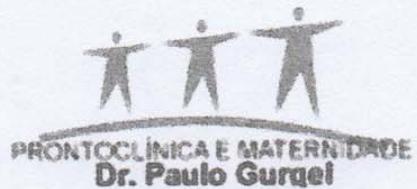
O (a)Sr (a) Fernando Gomes de Moraes  
apresenta fadiga de mão  
Necessita, a critério do médico perito do INSS, afastar-se de suas atividades  
laborais.

CID10: 562

16/01/2020

\*Autorizo informar o diagnóstico





RUA MONTE SINAI, 1948 CID. JARDIM  
FONE: (84) 4008-5000

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que Flávia  
James de maio  
necessita se ausentar do Brasil por 60  
mentir dias, por motivo de  
doença.  
C.I.D. MOTS

Natal, 22 de 01 de 2020  
Dir. Prof. Dr. CEVRA  
Oncologista - Clínico Geral

Assinatura do médico





# RECIBO

**Prontoclinica Drº Paulo Gurgel Ltda**  
Rua Monte Sinai, 1948 - Mirassol - CEP 59078-360  
CNPJ 09.417.742/0001-91  
Fone: (84) 4008-5000 / 4008-5001 - Natal/RN

Data, 27 / 01 / 2020

NOME: FERNANDO GOMES DE MORAIS

Pronto clínica Dr. Paulo Gurgel





Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade

BR 405 - KM 03 - PAU DOS FERROS/RN - (84) 3351-9840/41

Nome: ANTONIO MENE

## RECEITUÁRIO

Atest que o paciente  
FERNANDO GOMES DE  
MORRIS, Foi atendido  
neste Hospital com  
Fratura DE Perna E  
E Fratura DE M<sup>A</sup>R DIAZ  
2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup>, 4<sup>o</sup> E 5<sup>o</sup> DEDOS. N<sup>o</sup> 302  
10/11/2017

Dr. José Ferrari de Oliveira  
MEDICO  
CRM-RN 2760 CPF 322.728.634-34

Date: \_\_\_\_\_

08  
01  
2020

trauma/Center

C.N.P.J.: 02.561.150/0001-08

Av Lima e Silva, 1337 - Lagoa Nova - Natal/RN

Fone: (84) 4009-8100 - [www.traumacenter.com.br](http://www.traumacenter.com.br)

Dr(a):HELIOS RUBENS POLIDO GARCIA

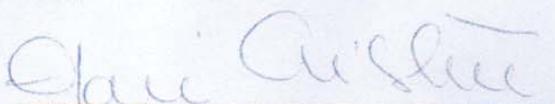
## RECIBO

R\$ 100,00

Recebi do(a) Sr(a): FERNANDO GOMES DE MORAIS, CPF:37828240406, a  
importância de R\$ 100,00 (CEM REAIS), referente a CONSULTA COM O MEDICO ORTOPEDISTA DR HELIO  
RUBENS, CRM 5500.

nao@

Natal/RN, 30/01/2020



ELAINE CRISTINA



Assinado eletronicamente por: ABRAAO DIOGENES TAVARES DE OLIVEIRA - 03/06/2020 14:41:32  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060314413184500000054264909>  
Número do documento: 20060314413184500000054264909

Num. 56438424 - Pág. 6



Prefeitura Municipal do Natal  
Secretaria Municipal de Tributação  
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Nota Natalense

Nº da Nota: 0000036031  
Competência: JAN/2020  
Data Prestação Serviço: 30/01/2020  
Nº da Nota Substituída:

Data/Hora de Emissão: 30/01/2020 às 11:17:21

Código de Verificação: 599042039

**Prestador de Serviços**

CPF/CNPJ: 02.561.150/0001-08 Inscrição Municipal: 132.895-6

Razão Social: TRAUMACENTER - SERVICOS MEDICO-HOSPITALARES LTDA

Endereço: AV LIMA E SILVA, 1337, Lagoa Nova, 59075-710

Município: NATAL UF: RN  
Telefone: E-mail:

**Tomador de Serviços**

Nome/Razão Social: FERNANDO GOMES DE MORAIS

CPF/CNPJ: 378.282.404-06 Inscrição Municipal:

Endereço: AVENIDA LAURO MAIA, 201, CENTRO, 59805-000

Município: LUCRECIA UF: RN  
Telefone: E-mail:

**Serviços**

4.03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÓMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS

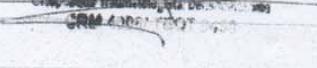
Item	Descrição	Quant.	Vlr. Unitário	Valor Total
1	CONSULTA COM O MEDICO ORTOPEDISTA DR HELIO RUBENS	1,0000	100,00	100,00
Valor Total da NFS-e R\$:				100,00
Deduções (R\$)	Base Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Outras Retenções (R\$)
	100,00	5,00	5,00	
INSS (R\$)	IRPJ (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)

**Outras Informações**

PROCON/NATAL Instituto Municipal de Prot. e Defesa do Consumidor Rua Seridó, 355, Petrópolis, Natal/RN, CEP: 59020-010 Telefones: (84)3232-9050; 3232-9052 Carga tributária aproximada dos impostos 18,45% FONTE: IBPT.



Nº	<b>RECIBO</b>		Valor
			# 250.00#
Recebi (emos) de	Firmando Gómes de Nunes		
Endereço	Búzios		
A importância de	Dezenove e cinqüenta reais		
Referente	à Consulta Biográfica.		
Para maior clareza firm. Amz o prestatário.			
Pai os Sess. 28 de Fevereiro de 2020			
Emitente	Emanuel S. Pauli		
Endereço	R. Minas Gerais - 563		
Assinatura			
Libra	CRW-FAP-027-04-09		

Nº	<b>RECIBO</b>		Valor
			# 340.00#
Recebi (emos) de	Firmando Gómes de Nunes		
Endereço	Búzios		
A importância de	Cinco e Dezena reais		
Referente	à Rx de mui e rx Firma		
Para maior clareza firm. Amz o prestatário.			
Pai os Sess. 28 de Fevereiro de 2020			
Emitente	Emanuel S. Pauli		
Endereço	R. Minas Gerais - 563		
Assinatura			
Libra	CRW-FAP-027-04-09		



Prefeitura Municipal de Natal  
Secretaria Municipal de Tributação  
Sistema Fazenda/RN - SFRN  
Trauma Center

C.N.P.J.: 02.561.150/0001-08  
Av Lima e Silva, 1337 - Lagoa Nova - Natal/RN  
Fone: (84) 4009-8100 - [www.traumacenter.com.br](http://www.traumacenter.com.br)

Nº de Rec. ....  
Competência: ....  
Data Prestação de Serviço: ....  
Nº de Nota fiscalizada: ....  
Número de Verificação: ....

Dr(a): HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

## RECIBO

R\$ 100,00

Recebi do(a) Sr(a): FERNANDO GOMES DE MORAIS, CPF:37828240406, a  
importância de R\$ 100,00 (CEM REAIS), referente a CONSULTA COM O MEDICO ORTOPEDISTA DR HELIO  
RUBENS, CRM 5500.

nao@

Natal/RN, 30/01/2020

Elaine Cristina  
ELAINE CRISTINA



Assinado eletronicamente por: ABRAAO DIOGENES TAVARES DE OLIVEIRA - 03/06/2020 14:41:32  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060314413184500000054264909>  
Número do documento: 20060314413184500000054264909

Num. 56438424 - Pág. 9



Prefeitura Municipal do Natal  
Secretaria Municipal de Tributação  
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
Nota Natalense

Nº da Nota: 0000036031  
Competência: JAN/2020  
Data Prestação Serviço: 30/01/2020  
Nº da Nota Substituída:

Data/Hora de Emissão: 30/01/2020 às 11:17:21

Código de Verificação: 599042039

#### Prestador de Serviços



CPF/CNPJ: 02.561.150/0001-08 Inscrição Municipal: 132.895-6  
Razão Social: TRAUMACENTER - SERVICOS MEDICO-HOSPITALARES LTDA  
Endereço: AV LIMA E SILVA, 1337, Lagoa Nova, 59075-710  
Município: NATAL UF: RN  
Telefone: E-mail:

#### Tomador de Serviços

Nome/Razão Social: FERNANDO GOMES DE MORAIS  
CPF/CNPJ: 378.282.404-06 Inscrição Municipal:  
Endereço: AVENIDA LAURO MAIA, 201, CENTRO, 59805-000  
Município: LUCRECIA UF: RN  
Telefone: E-mail:

#### Serviços

4.03 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÓMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS

Item	Descrição	Quant.	Vlr. Unitário	Valor Total
1	CONSULTA COM O MEDICO ORTOPEDISTA DR HELIO RUBENS	1,0000	100,00	100,00

Valor Total da NFS-e R\$: 100,00

Deduções (R\$)	Base Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Outras Retenções (R\$)
7,00	100,00	5,00	5,00	
INSS (R\$)	IRPJ (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)

#### Outras Informações

PROCON/NATAL Instituto Municipal de Prot. e Defesa do Consumidor Rua Seridó, 355, Petropolis, Natal/RN, CEP: 59020-010 Telefones: (84)3232-9050; 3232-9052 Carga tributária aproximada dos impostos 18,45% FONTE: IBPT.





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Vara Única da Comarca de Almino Afonso

Rua Antônio Joaquim, 184, Centro, ALMINO AFONSO - RN - CEP: 59760-000

Processo n.: 0800462-12.2020.8.20.5135

Parte autora: FERNANDO GOMES DE MORAIS

Parte ré: SEGURADORA DPVAT

**DESPACHO**

1. Recebo a inicial e defiro o pedido de gratuidade de justiça.

2. Com o advento do Novo Código de Processo Civil, a audiência de conciliação/mediação passou a constituir regra em todos os processos, ressalvadas pontuais exceções (CPC, art. 334, §4º). Essa mudança se coaduna com o espírito não litigioso do novo diploma processual, que dá ênfase à solução pacífica do processo como o melhor caminho para ambas as partes, sem contar na busca pela rápida solução do problema, máxima do princípio constitucional da celeridade processual (CF, art. 5º, LXXVIII).

3. A par das exceções legais, existem casos em que a audiência de conciliação se mostra completamente inútil antes da realização de perícia, eis que o objeto da lide vem a ser delimitado somente após a produção dessa prova. Ou seja, as partes não possuem conhecimento da abrangência do objeto, dificultando e até mesmo impossibilitando a realização de acordo nesse primeiro momento.

4. Diante desse contexto, a melhor solução é postergar a audiência conciliatória, evitando o trabalho inútil do Juízo. Inclusive, esse posicionamento, antes de contrário ao princípio da celeridade processual, vem ao seu encontro, tendo em vista que as partes e o Juízo somente serão chamados para uma conciliação quando a causa se apresentar mais madura e em momento apto a permitir a conciliação/mediação.

5. Sendo assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação.

6. **Cite-se** a parte ré para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos deduzidos na inicial.

7. Após, **intime-se** a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar manifestação, caso queira, acerca da contestação, inclusive sobre as provas relacionadas a eventuais questões incidentais.

8. Verificada a necessidade de perícia médica, nomeio o **Sr. FÁBIO GONDIM NEPOMUCENO, Médico Ortopedista, inscrito no CRM/RN n. 5.429**, para exercer a função de perito nos autos do presente feito, fixando desde logo os honorários no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), nos termos do Convênio n. 001/2013, firmado pelo TJ/RN e a Seguradora Líder dos Consórcios de DPVAT S/A, mediante termo de compromisso, devendo o profissional cumprir escrupulosamente o encargo, nos termos do disposto no art. 466 do Código de Processo Civil.

9. Formulo os seguintes quesitos:



- i) Quais as lesões sofridas pelo autor?
- ii) As lesões decorreram de acidente de veículo?
- iii) Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente?
- iv) Totalmente ou em parte?
- v) Em que percentual?
- vi) Das lesões resulta incapacidade para o trabalho?
- vii) A incapacidade é temporária ou permanente?
- viii) Das lesões resultam redução da capacidade laboral?
- ix) A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta?
- x) No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão para a capacitação laborativa é intensa, média, leve ou residual (mais leve)?

10. **Intime-se** o perito para ciência, no prazo de 05 (cinco) dias;

11. **Intimem-se** as partes para que, no prazo de 15 (quinze) dias, indiquem assistente técnico e apresentem outros quesitos diferentes dos formulados por este Juízo, caso ainda não apresentados.

12. Após apresentado o laudo, **intimem-se** as partes para, no prazo comum de 15 (quinze) dias, se pronunciarem sobre o referido documento. Na mesma oportunidade, intime-se a parte ré para, também no prazo de 15 (quinze) dias, depositar em conta judicial o valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), correspondente aos honorários periciais.

13. Realizado o depósito dos honorários periciais, expeça-se alvará para levantamento.

14. Em seguida, designe-se audiência de conciliação.

15. Finalmente, não havendo acordo, intimem-se as partes para informarem, no prazo de 10 (dez) dias, se pretendem produzir outras provas. Salientando-se que o silêncio importará no julgamento antecipado do mérito.

P. I. C.

ALMINO AFONSO/RN, data registrada no sistema.

BRUNO MONTENEGRO RIBEIRO DANTAS

Juiz de Direito

(documento assinado digitalmente na forma da Lei n. 11.419/06)

