



Número: **0809472-70.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **06/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes                                      | Procurador/Terceiro vinculado             |
|---|---|
| ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA (AUTOR) | RAPHAELA DAYANNA CORTEZ CABRAL (ADVOGADO) |
| SEGURADORA DPVAT (RÉU)                      |   |

| Documentos |                    |   |
|------------|--------------------|---|
| Id.        | Data da Assinatura | Documento   |
| 57364 554  | 06/07/2020 20:55   | <a href="#">Petição Inicial</a>                                       |
| 57364 569  | 06/07/2020 20:55   | <a href="#">Alexandre Gadelha Espelho Líder</a>                       |
| 57364 571  | 06/07/2020 20:55   | <a href="#">ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA - PETIÇÃO INICIAL</a> |
| 57364 572  | 06/07/2020 20:55   | <a href="#">AUTO PAG</a>  |
| 57364 573  | 06/07/2020 20:55   | <a href="#">B.O</a>   |
| 57364 574  | 06/07/2020 20:55   | <a href="#">Boletim (1)</a>   |
| 57364 575  | 06/07/2020 20:55   | <a href="#">comp resid alexa</a>                                      |
| 57364 577  | 06/07/2020 20:55   | <a href="#">COMP RESIDE</a>   |
| 57364 578  | 06/07/2020 20:55   | <a href="#">RG E CPF</a>  |
| 57365 329  | 06/07/2020 20:55   | <a href="#">Procuração Preenchida</a>                                 |
| 57365 330  | 06/07/2020 20:55   | <a href="#">DOC HOSPITALAR-1</a>                                      |
| 57365 331  | 06/07/2020 20:55   | <a href="#">DOC HOSPITALAR-2</a>                                      |
| 57365 333  | 06/07/2020 20:55   | <a href="#">DOC HOSPITALAR-3</a>                                      |
| 57365 334  | 06/07/2020 20:55   | <a href="#">DOC HOSPITALAR-4</a>                                      |
| 57365 335  | 06/07/2020 20:55   | <a href="#">DOC HOSPITALAR-5</a>                                      |
| 57365 336  | 06/07/2020 20:55   | <a href="#">DOC HOSPITALAR-6</a>                                      |
| 57394 035  | 08/07/2020 01:50   | <a href="#">Despacho</a>  |
| 57546 446  | 13/07/2020 09:03   | <a href="#">Citação</a>   |
| 57578 136  | 13/07/2020 17:10   | <a href="#">Registro Ciencia</a>                                      |

Em anexo



Assinado eletronicamente por: RAPHAELLA DAYANNA CORTEZ CABRAL - 06/07/2020 20:54:29  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070620542979200000055118283>  
Número do documento: 20070620542979200000055118283

Num. 57364554 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.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, 11 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200192384 Vítima: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA

**Data do Acidente:** 09/11/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA**

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 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

Recebedor: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000005873-4

Conta: 000006384-3

Tipo: **CONTA CORRENTE**

**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,



# RAPHAELA CABRAL

ADVOCACIA

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DE UMA DAS VARAS CÍVEIS DA COMARCA DE MOSSORÓ / ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE.**

**ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA**, brasileiro, portador de cédula de identidade nº 002.428.722 - SSP/RN e CPF nº 064.508.464.61, residente e domiciliado na SI Cajueiro, nº 3 - E, Bairro Cajueiro, Campo Grande/RN, CEP: 59680-000, por intermédio de sua bastante procuradora que esta subscreve, com escritório profissional localizado no endereço abaixo em epígrafe, onde deverá receber as intimações, vem perante Vossa Excelência, propor o presente:

## **AÇÃO DE COBRANÇA C/C REPARAÇÃO DE DANOS MATERIAIS (COMPLEMENTO DO SEGURO DPVAT)**

Em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ: 09.248.608/0001-04, podendo ser citada por intermédio de seu representante legal na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º Andar – Centro, Rio de Janeiro – CEP: 20031205, expondo e requerendo ao final o seguinte:

1

Rua João Pessoa, nº 267, Edifício Cidade de Natal, Sala 418, Cidade Alta, Natal/RN, CEP: 59025-902.  
E-mail: [rapha-dava@hotmail.com](mailto:rapha-dava@hotmail.com)



Assinado eletronicamente por: RAPHAELA DAYANNA CORTEZ CABRAL - 06/07/2020 20:54:30  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070620543034500000055118799>  
Número do documento: 20070620543034500000055118799

Num. 57364571 - Pág. 1

## I. DA JUSTIÇA GRATUITA

A parte autora pretende a concessão do benefício da assistência judiciária gratuita, nos termos da Lei nº 1060/50 e suas modificações, por ser pessoa de poucas posses, não possuindo nenhuma renda fixa, portanto não apresentando condições de suportar com custas e processuais sem prejuízo de seu próprio sustento e o de sua família.

## II. DA AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO E PERÍCIA MÉDICA

Por se tratar de uma Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, já se encontra consolidado que faz-se necessária a marcação de perícia médica para averiguação da sequela médica.

Do mesmo modo também é de conhecimento do meio jurídico que a Seguradora Líder não realiza acordo de pagamento em audiências de conciliações, sendo assim, a parte autora dispensa a marcação com o objetivo de garantir a celeridade processual. Entretanto, caso Vossa Excelência entenda essencial à realização da audiência de conciliação, que esta seja designada após a perícia médica.

## III. DOS FATOS

Na data de 09 / 11 / 2019, por volta das 21h37min, o autor vinha pilotando o veículo citado no boletim de ocorrência anexo de Caraúbas para Campo Grande, quando colidiu com outro veículo frontalmente, vindo a cair no solo e sofrer várias lesões.

Em decorrência do impacto sofreu variadas lesões, foi conduzido(a) pela ambulância para o Hospital Regional de Caraúbas e após ao Hospital Tarcísio Maia, apresentando **FRATURA EXPOSTA DO MIE**, conforme se faz prova com o Prontuário de Atendimento Médico em anexo.

Devido ao fato do sinistro em tela, decorrente de acidente de trânsito, requereu administrativamente, seguro – DPVAT, sendo que, a seguradora, somente realizou o pagamento parcial de R\$ 2.362,50 a promovente, através do (CONSORCIO DAS SEGURADORAS), conforme recibo em anexo, sem nenhum motivo aparente.

O fato é que no processo administrativo não houve a gradação adequada da invalidez.



O autor impugna o pagamento administrativo realizado pela demandada, por absoluta falta de transparência, critérios médicos científicos que possa aquilatar, mensurar o quantum devido, sendo que, neste sentido o art. 5º,§ 5º da Lei nº 6.194/74, é claro ao determinar que o pagamento deverá ser quantificado em obediência a tabela fixada no art. 31,II da Lei nº 11.945/2009.

Outro fato preponderante é que não existe qualquer esfera recursal que possibilite ao beneficiário, recorrer contra as decisões administrativas da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT, ou seja, tratando-se de DPVAT, a vítima é obrigada a receber os valores pagos / ou não receber pela autarquia sem que possa discutir sobre o quantum, numa total afronta a determinação legal fixada na norma jurídica.

A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, responsável pelo pagamento das indenizações, afirma que o quantum devido deve obedecer Circular do CNSP-(CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS), sendo que, geralmente utiliza-se de parâmetros ilegais, para definir do ponto de vista administrativo o valor a ser pago aos beneficiários, tratando-se de pagamento administrativos estes desafiam a Lei nº 11.945/2009.

Acontece que o valor da indenização decorrente do DPVAT, não pode ficar a critério da demandada, visto que, se existe uma norma que regula os valores da indenização estas devem ser respeitadas. A Lei n. 6.194/74 determina que o pagamento do DPVAT, deverá ocorrer dentro de quinze dias, bastando apenas a simples ocorrência do acidente.

*O art. 33, inciso IV, alínea "a", da Lei nº. 11.945/2009 estatuiu, expressamente, como início de vigência da disposição supra o dia 16 de dezembro de 2008. Portanto, para os acidentes de ocorrência anterior à data de vigência da Medida Provisória nº. 340/2006 (29/12/2006), aplica-se a primitiva redação da Lei nº. 6.194/1974 onde vinculava o valor da indenização ao salário mínimo, passando-se, após esse marco temporal, a adotar os novos parâmetros delineados pela citada medida provisória e ratificados pela Lei nº. 11.482/2007. Destarte, deve as seguradoras conveniadas obedecerem a Tabela, firmada no art. 31, II da Lei nº 11.945/2009, não sendo lícito, a autarquia ré, pagar o valor que entende de forma unilateral, pois as periciais são patrocinadas pela requerida não ocorrendo qualquer fiscalização, das instituições em especial do Ministério Público, ou, Policia Judiciaria, quanto aos critérios de pagamento às vítimas de acidente de trânsito em nosso país.*



#### **IV. DO PROCESSO ADMINISTRATIVO**

É importante esclarecer que a parte autora ingressou na via administrativa, como cumprimento de requisito, e recebeu o valor de R\$ 2.362,50, conforme documento de comprovação anexo.

#### **V. DO DIREITO**

- Indenização Referente Ao Seguro Dpvat / Pagamento Mediante Simples Demonstração Do Acidente / Inteligência Da Lei M° 6.194/74**

O Seguro DPVAT - Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre - é um seguro que indemniza vítimas de acidentes causados por veículos que têm motor próprio (automotores) e circulam por terra ou por asfalto (vias terrestres).

A Lei nº 6.194/74, que regula o seguro DPVAT, sofreu fortes transformações com o advento da lei nº 11.945/09. Os Artigos 3º e 5º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passaram a vigorar com a seguinte redação:

*Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médicas e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:*

*§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:*

*I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatônica ou funcional será diretamente enquadrada em*



um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura;

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Ao contrario de mencionar a promovida, a Lei em comento determina o pagamento da indenização mediante a SIMPLES ocorrência do acidente e do dano por ele provocado, mas, no entanto, as seguradoras, dentre as quais figura a requerida, procuram inviabilizar o DPVAT, fundando sua posição em resoluções e circulares, as quais encontram em rota de colisão com o dispositivo legal acima delineado.

O direito à percepção do seguro está expresso no Art. 5º da Lei nº 6.194/74, que diz o seguinte:

*Art. 5º O pagamento da indenização, será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. (destaques acrescidos)*

A própria SUSEP – Superintendência de Seguros Privados – esclarece em seu site ([www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br)) que qualquer vítima de danos causados por veículo automotor de via terrestre pode requerer o seguro, inclusive o motorista culpado.



Ademais, salienta-se ainda, que a indenização securitária seja paga “independentemente da existência de culpa”, bastando a simples prova do acidente e do dano decorrente.

Conclui-se, assim, que a indenização será devida mediante a “SIMPLES” ocorrência do acidente e do “DANO” por ele provocado.

Resvolvi este tema, adentramos sobre o Dano causado pelo acidente em questão. Desse modo, sendo a Invalidez Permanente a perda ou a redução da funcionalidade de um membro ou órgão, é preciso que, na alta médica definitiva, seja comprovado que a recuperação ou reabilitação da área afetada é inviável.

A Invalidez Permanente pode ser total ou parcial, subdividida em parcial completa ou incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, de acordo com a Tabela prevista na Lei 6.194/1974, alterada pela Lei 11.945/2009.

Diante disto, não restam dúvidas de que a parte autora deve ser indenizada de maneira adequada pela ré através do seguro DPVAT, uma vez que preenche todos os requisitos legais e o dano comprovado após perícia médica.

## VI. DOS PEDIDOS

Perante o Exposto,

Requer a Vossa Excelênciа:

- a) Que seja concedido o Benefício da Justiça Gratuita, uma vez que a Parte Autora não pode arcar com as custas processuais sem prejuízo de seu sustento e de sua família;
- b) Que seja citada a Requerida, no endereço declinado na exordial, para contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão;
- c) Que Vossa Excelênciа entenda pela não realização da audiência de conciliação, em razão de desinteresse das partes e em pro da celeridade processual, mas se entender essencial, que a designe após a realização da perícia médica;
- d) Que seja nomeado perito, de preferência, locado nesta urbe, para realizar parecer médico e quantificar a sequela permanente que assola a parte autora, tudo conforme a parceria firmada entre o TJ e a Seguradora Líder (Convênio nº



- 01/2013 de 22 de agosto de 2013 – doc. anexo), bem como a juntada dos requisitos, os quais seguem ao final desta inicial;
- e) Que seja Julgada Procedente a presente demanda, devendo a parte requerida ser condenada ao pagamento de indenização do seguro dpvat no tocante a diferença entre o valor recebido administrativamente indicado e o determinado através de perícia médica, caso haja, acrescido de juros de mora a partir da citação e correção monetária desde o evento danoso;
  - f) Que seja a parte requerida condenada ao pagamento de honorários advocatícios no percentual de 20% sobre o valor da condenação e custas processuais.

Pugna a parte autora pela produção de prova pericial e a juntada de processo administrativo.

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito permitido, inclusive com a juntada de documentos médicos, prova pericial para que seja constatada a debilidade da parte autora, apresentando ao final quesitos a serem respondidos por ocasião da perícia.

**Dar-se à causa o valor de R\$ 11.137,50 (Onze mil cento e trinta e sete reais e cinquenta centavos).**

Nestes termos,

Pede e Espera Deferimento.

Natal/RN, 06 de Julho de 2020.



---

**RAPHAELLA DAYANNA CORTEZ CABRAL**

**OAB/RN N.º 11.818**



## **QUESITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE**

Conforme o Código de Ética Médica nos seus artigos 59; 83; 102; 112, para fins de perícia médico-legal e no resguardo dos interesses da Justiça e do próprio paciente, presta as seguintes informações:

PACIENTE: \_\_\_\_\_.

1. O PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, por volta das \_\_\_\_ horas, apresentando ferimento produzido por ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.
2. DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE PERIGO DE VIDA? DE QUE FORMA?
3. DAS LESÕES SOFRIDAS, HOUVE SEQÜELAS PERMANENTES? QUANTIFICAR A INVALIDEZ DO PONTO DE VISTA FUNCIONAL. (MENCIONAR O MEMBRO, SENTIDO, ÓRGÃO OU FUNÇÃO PERMANENTEMENTE DEBILITADA).
4. EXISTEM SEQUELAS RESIDUAIS?
5. Se a INVALIDEZ ou DEBILIDADE do autor é em grau: MÍNIMO, MÉDIO, OU, GRAVE?

Sem mais, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

(Assinatura – carimbo – CRM)





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 064.508.464-61 4 - Nome completo da vítima: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA

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

|                    |                                     |                   |                |
|--------------------|-------------------------------------|-------------------|----------------|
| 5 - Nome completo: | Alexandre Gadelha Oliveira de Moura | 6 - CPF:          | 064.508.464-61 |
| 7 - Profissão:     | Agricultor                          | 8 - Endereço:     | Sítio Capivara |
| 9 - Número:        | 3                                   | 10 - Complemento: | CASA           |
| 11 - Bairro:       | Zona Rural                          | 12 - Cidade:      | Campo Grande   |
| 13 - Estado:       | RN                                  | 14 - CEP:         | 59680-000      |
| 15 - E-mail:       | alexandregadelho5252@hotmail.com    | 16 - Tel.(DDD):   | 84 99605 4985  |

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)

Bradesco (237)  Itaú (341)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco (237)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5873

CONTA: 6384

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

|                              |                                   |  |                                     |   |                                |                               |
|------------------------------|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---|--------------------------------|-------------------------------|
| 23 - Estado civil da vítima: | <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente | <input type="checkbox"/> Viúvo | 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 | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (valnascer)? | <input type="checkbox"/> Sim | 31 - Vítima teve irmãos?     | <input type="checkbox"/> Sim | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? | <input type="checkbox"/> Sim |
| <input type="checkbox"/> Não |                              |  | <input type="checkbox"/> Não              |                              | <input type="checkbox"/> Não |                              |  | <input 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.

34  
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

Campo Grande RN 27/05/2020  
X ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA MOURA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPOL  
DIRETORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR - DPCIN  
7ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA JUDICIÁRIA DE CARAÚBAS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 708/2019

|   |   |  |                 |  |            |                        |
|---|---|--|-----------------|--|------------|------------------------|
| NATUREZA DA OCORRÊNCIA:   |   | Acidente de Trânsito   |                 |  |            |                        |
| Local   | Próximo ao Motel Fantasy  |  |                 |  |            |                        |
| Data fato:  | 09/11/2019  |  |                 | Hora do Fato:  | 21hrs00min |                        |
| COMUNICANTE   | Nome: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA   |  |                 |  |            |                        |
|   | Naturalidade:   | Mossoró/RN   | Nascido (a) em: | 08.03.1985   | Doc.       | RG: 002.428.722 SSP/RN |
|   | Filho (a):  | Domingos Gadelha de Moura e Maria Auxiliadora de Oliveira  |                 |  |            |                        |
|   | Estado civil:   | Solteiro   | Telefone:       | (84) 9   |            |                        |
|   | Endereço  | Sítio Cajueiro, Zona Rural da Cidade de Campo Grande/RN  |                 |  |            |                        |
| VITIMA  | Nome: O Comunicante   |  |                 |  |            |                        |
|   | Naturalidade:   | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx   | Nascido em:     | xxxxxxxxxxxx   | Doc.       | xxxxxxxxxxxxxxxxxx     |
|   | Filho (a) de:   | xx |                 |  |            |                        |
|   | Estado civil:   | xxxxxxxxxxxx   | Telefone        | (84)xx |            |                        |
|   | Endereço:   | xx         |                 |  |            |                        |
| NOTICIADO   | Nome:xx |  |                 |  |            |                        |
|   | Naturalidade:   | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx   | Nascido em:     | xxxxxxxxxxxx   | Doc.       | xxxxxxxxxxxxxxxxxx     |
|   | Filho (a) de:   | xx                 |                 |  |            |                        |
|   | Estado civil:   | Xxxxxxxxxx   | Telefone        | xx             |            |                        |
|   | Endereço:   | xx                 |                 |  |            |                        |
| HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA:  |   |  |                 |  |            |                        |
| Relata o (a) comunicante <b>QUE</b> no dia e horário supracitados, conduzia o veículo, tipo motocicleta com as seguintes características MOTO HONDA XL 125, , PLACA MYU9820, CHASSI: 9C2MD270XWR001657, ANO/FAB. 1998/1999, COR ROXA; <b>QUE</b> estava vindo da cidade de Campo Grande/RN , para a cidade de Caraúbas/RN, quando se deparou com outro veículo, um carro que vinha em direção contrário, e não deu tempo o comunicante frear a motocicleta, vindo assim colidir com o carro; <b>QUE</b> pessoas terceiras que visualizaram o acidente ligaram para a emergência, que logo após chegou, levando a vítima Hospital Regional de Caraúbas, onde foi encaminhada para o Hospital Regional Tarcísio Vasconcelos Maia; <b>QUE</b> sofreu algumas escoriações pelo corpo, além de quebrar a perna esquerda, o braço esquerdo, dois dedos da mão esquerda e a "bolacha" do joelho, como consta nos boletins médicos em anexo; <b>QUE</b> a vítima não possui CNH (Carteira Nacional de Habilitação); <b>QUE</b> a vítima não se encontrava alcoolizado; <b>QUE</b> procurou esta Delegacia de polícia civil para comunicar os fatos, assim como requerer indenização no seguro do seu automóvel, e nada mais disse nem lhe foi perguntado. As informações prestadas neste B.O. São de inteira responsabilidade do (a) comunicante. O (A) comunicante se responsabiliza civil e criminalmente por suas declarações. |   |  |                 |  |            |                        |
| TESTEMUNHA:   | xx      |  |                 |  |            |                        |
| Providências adotadas:  |   |  |                 |  |            |                        |
| Registrado o presente B.O, entregue a 1ª via a (o) comunicante  |   |  |                 |  |            |                        |
| Data e hora da comunicação:   |   | Caraúbas/RN, 11.12.2019 às 09horas16min.   |                 |  |            |                        |

ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA MOURA  
COMUNICANTE

*Ulise*  
JERLÂNE JOELLE SILVA  
Agente de Polícia Civil  
Matrícula.: 220.129-1

Rua José de Anchieta Praxedes, S/N, Sebastião Maltez - Caraúbas/RN, CEP 59780-000





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

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.  
A aceitação deste documento está condicionada a verificação de sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e  
consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defesasocial.rn.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL

Endereço:

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2020001022183      1.2 Data de Expedição: 29/05/2020 21:55:49  
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 09/11/2019 21:37:00      2.2 Logradouro: RN 223  
2.3 Número: SN      2.4 CEP: 59.780-000  
2.5 Complemento: PISTA      2.6 Ponto de Referência: FANTASY MOTEL  
2.7 Bairro: LEANDRO BEZERRA      2.8 Cidade: CARAÚBAS  
2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

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

3.1 Nome Completo: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA      3.2 Estado civil: Solteiro(a)  
3.3 Etnia: PARDO      3.4 Pai: DOMINGOS GADELHA DE MOURA  
3.5 Mãe: MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA      3.6 Data de Nascimento: 08/03/1985  
3.7 Sexo: MASCULINO      3.8 RG: 002428772 - ITEP RN  
3.9 CPF: 06450846461      3.10 Passaporte:  
3.11 Nacionalidade:      3.12 Naturalidade: MOSSORÓ RN  
3.13 Profissão: AGRICULTOR      3.14 E-Mail: ALEXANDREGADELHA5252@HOTMAIL.COM  
3.15 Telefone(s): 84 996057965      3.16 Logradouro: SI CAJUEIRO 3 E  
3.17 Número: SN      3.18 CEP: 59680000  
3.19 Bairro: AREA RURAL

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA**

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

**5. DADOS PESSOAIS DO(S)**

(NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

**6. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**7. DOS FATOS**

**7.1 Histórico**

A Vítima tava vindo sentido Campo grande RN á Caraúbas RN, quando passava pelo local do fato, vinha outro veiculo tipo carro, que vinha em direção contraria, e não deu tempo da vítima freia ou desviar do veiculo, vindo assim a colidir com o carro, a vítima foi socorrida apos populares ligarem para Emergência e levado pela uma ambulância pro hospital da cidade de Caraúbas RN, aonde ele Recebeu seus primeiros cuidados médicos e em seguida foi transferido para o hospital Regional Tarcísio Maia, na cidade de Mossoró RN.

DADOS DO VEICULO QUE A VITIMA CONDUZIA.

VEICULO MOTO, MODELO HONDA NX 200 ,PLACA MYU9820, COR ROXA, ANO 1998\1999, CHASSI 9C2MD270XWR001657, PROPRIETARIO DO VEICULO JOÃO BATISTA DE ARAUJO.

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

**9. DECLARAÇÃO**

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

Comunicante: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA

Data 30/05/2020 18:48:39

**10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)**

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

FOI ORIENTADO A PROCURAR A DELEGACIA DÓ LOCAL DO FATO, PARA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS.

A DP DE CARAÚBAS-RN



Atendimento: 1691368 - WELLINGTON ALVES

Impresso por: WEB em 01/06/2020 07:42:04

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



**NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA** 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE  
RUA MERMZOZ, 150, BALDO,  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0**



[www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br)

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

### **Ligações Gratuitas:**

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouyidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

**ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Grátis de telefones fixos**

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| DADOS DO CLIENTE<br><br>ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA<br><br>CPF: 064.508.464-61   | <b>DATA DE VENCIMENTO</b><br><br><b>29/05/2020</b> | <b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b><br><br><b>22/05/2020</b>                     | <b>CONTA CONTRATO</b><br><br><b>000856053954</b> |
| ENDERECÔ DA UNIDADE CONSUMIDORA<br><br>SI CAJUEIRO 3 E<br><br>CAJUEIRO/AREA RURAL<br>59680-000 CAMPO GRANDE RN   | <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b><br><br><b>0,00</b>      | <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b><br><br><b>22/05/2020</b>                            | <b>Nº DO CLIENTE</b><br><br><b>3000925177</b>    |
|  |  | <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b><br><br><b>042691369</b>                            | <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b><br><br><b>0000087657</b> |
|  |  | Série: U  |  |
|  | <b>CLASSIFICAÇÃO</b>                               | <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b><br><br><b>Monofásico</b>                    |  |
| As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site <a href="http://www.cosen.com.br">www.cosen.com.br</a> |  | <b>RESERVADO AO FISCO</b><br><br><b>F431.2974.6A19.0ABD.B9AB.610B.D4FA.41B7</b> |  |

## **DESCRICAO DA NOTA FISCAL**

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL   |                |            |          |            |          |         |           | DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES |             |           |          |               |                     |            |            |       |
|--|----------------|------------|----------|------------|----------|---------|-----------|---------------------------------------|-------------|-----------|----------|---------------|---------------------|------------|------------|-------|
| NÚMERO DO MEDIDOR  | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR   |          | ATUAL      |          | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE                                | CONSUMO kWh | DESCRIÇÃO | CONJUNTO | VALOR APURADO | META MENSAL         | META TRIM. | META ANUAL |       |
|  |                | DATA       | LEITURA  | DATA       | LEITURA  |         |           |                                       |             |           |          |               |                     |            |            |       |
| 000000000050395146   | CAT            | 23/04/2020 | 3.940,00 | 22/05/2020 | 3.991,00 | 29      | 1,00000   | 0,00                                  | 51,00       | mar/2020  |          |               |                     |            |            |       |
| <b>DIC-No.de horas sem Energia</b>   |                |            |          |            |          |         |           |                                       |             |           |          |               | 17,97               | 10,87      | 21,74      | 43,49 |
| <b>FIC-No.de vezes sem Energia</b>   |                |            |          |            |          |         |           |                                       |             |           |          |               | 2,00                | 7,59       | 15,19      | 30,39 |
| <b>DMIC-Duração máxima de interrupção contínua</b>   |                |            |          |            |          |         |           |                                       |             |           |          |               | 13,82               | 5,88       | 0,00       | 0,00  |
| <b>DICRI-Duração de interrupção em dia crítico</b>   |                |            |          |            |          |         |           |                                       |             |           |          |               | Limite DICRI: 16,60 |            |            |       |
| <b>EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 12,98</b>  |                |            |          |            |          |         |           |                                       |             |           |          |               |                     |            |            |       |
| Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo. |                |            |          |            |          |         |           |                                       |             |           |          |               |                     |            |            |       |
| DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 22/06/2020   |                |            |          |            |          |         |           |                                       |             |           |          |               |                     |            |            |       |

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Pague no ponto mais perto de você! armarinho dantas: prc. joao do vale, centro / francisco xavier de melo filho: r. joaquim lucio pimenta, alto da esperancaLista completa em [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br)"  
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pago. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1% a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.  
Coronavirus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse [saude.gov.br/coronavirus](http://saude.gov.br/coronavirus)

| NÍVEIS DE TENSÃO      |                       |        |
|-----------------------|-----------------------|--------|
| TENSÃO NOMINAL(V)     | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) |        |
|                       | MÍNIMO                | MÁXIMO |
| 220                   | 202                   | 231    |
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA |                       |        |

**DESTAQUE AQUI**

| DETALHES DA Fatura  |                |                    |                   |   |
|---------------------|----------------|--------------------|-------------------|---|
| CONTA CONTRATO      | MÊS/ANO        | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO        | TALÃO DE PAGAMENTO  |
| <b>000856053954</b> | <b>05/2020</b> | <b>0,00</b>        | <b>29/05/2020</b> | <b>Evite dobrar, perfurar ou rasurar.<br/>Este cahpoto será usado em leitora ótica.</b> |

---

EATIURA PAGA

## **AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**



Assinado eletronicamente por: RAPHAELA DAYANNA CORTEZ CABRAL - 06/07/2020 20:54:32  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007062054320950000005511880>  
Número do documento: 20070620543209500000055118802

Núm. 57364575 - Pág. 1

**NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA** 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE  
RUA MERMZOZ, 150, BALDO,  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0**



[www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br)

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

#### **Ligações Gratuitas:**

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouyidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

**ARSEP: 0800 727 0167 - Ligação Grátis de telefones fixos**

800 727 8187 - Ligações Grátis de telefones fixos

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| DADOS DO CLIENTE<br><br>ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA<br><br>CPF: 064.508.464-61                         | <b>DATA DE VENCIMENTO</b><br><br><b>29/05/2020</b> | <b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b><br><br><b>22/05/2020</b> | <b>CONTA CONTRATO</b><br><br><b>000856053954</b> |
| ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA<br><br>SI CAJUEIRO 3 E<br><br>CAJUEIRO/AREA RURAL<br>59680-000 CAMPO GRANDE RN | <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b><br><br><b>0,00</b>      | <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b><br><br><b>22/05/2020</b>        | <b>Nº DO CLIENTE</b><br><br><b>3000925177</b>    |
|  |  | <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b><br><br><b>042691369</b>        | <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b><br><br><b>0000087657</b> |

## **DESCRICAO DA NOTA FISCAL**

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL  |                |            |          |            |          |         |           | DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES |             |           |          |               |                     |            |            |       |
|---|----------------|------------|----------|------------|----------|---------|-----------|---------------------------------------|-------------|-----------|----------|---------------|---------------------|------------|------------|-------|
| NÚMERO DO MEDIDOR   | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR   |          | ATUAL      |          | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE                                | CONSUMO kWh | DESCRIÇÃO | CONJUNTO | VALOR APURADO | META MENSAL         | META TRIM. | META ANUAL |       |
|   |                | DATA       | LEITURA  | DATA       | LEITURA  |         |           |                                       |             |           |          |               |                     |            |            |       |
| 000000000050395146  | CAT            | 23/04/2020 | 3.940,00 | 22/05/2020 | 3.991,00 | 29      | 1,00000   | 0,00                                  | 51,00       | mar/2020  |          |               |                     |            |            |       |
| <b>DIC-No.de horas sem Energia</b>  |                |            |          |            |          |         |           |                                       |             |           |          |               | 17,97               | 10,87      | 21,74      | 43,49 |
| <b>FIC-No. de vezes sem Energia</b>   |                |            |          |            |          |         |           |                                       |             |           |          |               | 2,00                | 7,59       | 15,19      | 30,39 |
| <b>DMIC-Duração máxima de interrupção contínua</b>  |                |            |          |            |          |         |           |                                       |             |           |          |               | 13,82               | 5,88       | 0,00       | 0,00  |
| <b>DICRI-Duração de interrupção em dia crítico</b>  |                |            |          |            |          |         |           |                                       |             |           |          |               | Limite DICRI: 16,60 |            |            |       |
| <b>EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 12,98</b>   |                |            |          |            |          |         |           |                                       |             |           |          |               |                     |            |            |       |
| <b>Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.</b> |                |            |          |            |          |         |           |                                       |             |           |          |               |                     |            |            |       |

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Pague no ponto mais perto de voce! armarinho dantas: prc. joao do vale, centro / francisco xavier de melo filho: r. joaquim lucio pimenta, alto da esperancaLista completa em [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br)."

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pagto. em atraso gera multa 2%<sup>Res414(ANEEL)</sup>, Juros 1%<sup>a.m</sup>[Lei 10.438/02] e atualização monetária no próx. mês.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo da disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

Coronavirus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse [saude.gov.br/coronavirus](http://saude.gov.br/coronavirus)

| NÍVEIS DE TENSÃO      |                       |        |
|-----------------------|-----------------------|--------|
| TENSÃO NOMINAL(V)     | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) |        |
|                       | MÍNIMO                | MÁXIMO |
| 220                   | 202                   | 231    |
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA |                       |        |

-----

| DETALHAMENTO DA FOLHA DE PAGAMENTO |                |                    |                   |   |
|------------------------------------|----------------|--------------------|-------------------|---|
| CONTA CONTRATO                     | MÊS/ANO        | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO        | TALÃO DE PAGAMENTO  |
| <b>000856053954</b>                | <b>05/2020</b> | <b>0,00</b>        | <b>29/05/2020</b> | <b>Evite dobrar, perfurar ou rasurar.<br/>Este caheteiro será usado em leitura ética.</b> |

EATURA RAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: RAPHAELA DAYANNA CORTEZ CABRAL - 06/07/2020 20:54:32  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=200706205432369000005511880>  
Número do documento: 2007062054323690000055118805

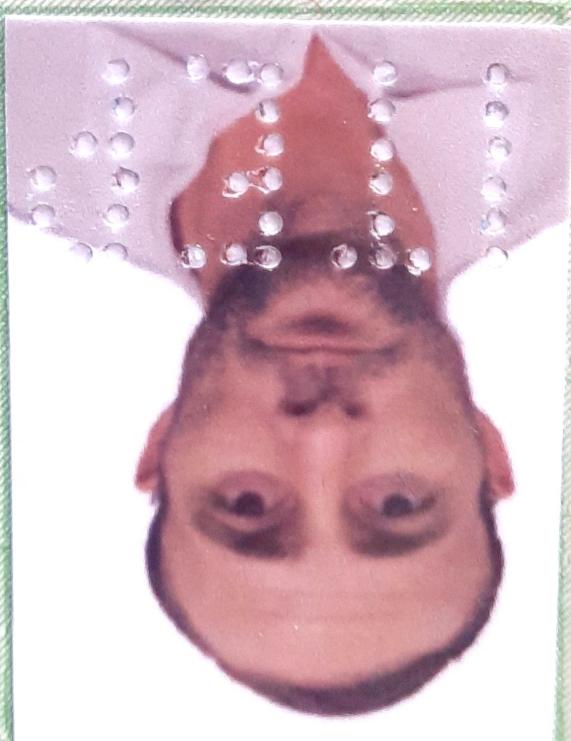
Num. 57364577 Pág. 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TÉCNICO - CIENTÍFICO DE PERÍCIA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - II

POLIGRAFIA



ALEXANDRE GADELHA  
Oliver Moraes

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Assinado eletronicamente por: RAPHAELLA DAYANNA CORTEZ CABRAL - 06/07/2020 20:54:33  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070620543265600000055118806>  
Número do documento: 20070620543265600000055118806

Num. 57364578 - Pág. 1

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL  
002.428.722

DATA DE  
EXPEDIÇÃO  
25/11/2019

DATA DE NASCIMENTO  
08/03/1985

ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA

ELIACIO  
DOMINGOS GADELHA DE MOURA  
MARIA AYLLADORA DE OLIVEIRA

NATURALIDADE  
MOSCOVIA

CERTIDÃO DE NASCIMENTO L-4169 F-140 RG-33361  
NASCIDO em 2 CARTORIO  
Novembro de 1885

2a. VIA

YAN

084.508.464-61

Brígida Zulad R. M. de Souza  
DIRETÓRIO NACIONAL DO PREGO E IDENTIFICAÇÃO  
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

# RAPHAELA CABRAL

ADVOCACIA

**NOME:** Alexandre Gadelha Oliveira de Maura

**NACIONALIDADE:** Brasileira

**PROFISSÃO:**

**ESTADO CIVIL:** solteira

**CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS:** 064.508.464-61

**REGISTRO GERAL:** 002.428.722

**ENDEREÇO:** ST cajueiro, 3-E, Bairro Cajueiro, Compo Grande/RN, CEP: 59680-000

Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui sua bastante procuradora a advogada **RAPHAELA DAYANNA CORTEZ CABRAL**, brasileira, solteira, inscrita na OAB sob o número, 11.818/RN, com endereço profissional na Rua João Pessoa, nº 267, Edifício Empresarial Cidade do Natal, Sala 418, Bairro Cidade Alta, Natal / RN, CEP: 59025-500, aos quais confere amplos poderes "**AD JUDICIA ET EXTRA**", podendo representá-lo(a) em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, Repartições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, Entidades Autárquicas, podendo propor, contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, fazer levantamento de quaisquer importâncias que forem pagas a qualquer título, depósitos em Bancos ou Caixas Econômicas, prestar primeira declarações em inventários ou arrolamentos, bem como, prestar compromissos de inventariante, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta com ou ser reservas de iguais poderes, bem como, constituir Preposto em casos diferenciados, dando tudo por bom, firme e valioso e especial, agindo em conjunto ou separadamente.

## HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS:

Neste mesmo ato, informa o Outorgante compactuar com o pagamento no percentual de 30% sob todos os ganhos e vantagens do processo.

Natal/RN, 06 de junes de 2020.

ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA Maura  
ASSINATURA





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
SESAP-HOSPITAL REGIONAL Dr. AGUINALDO PEREIRA DA SILVA-CARAÚBAS-RN  
O Amigo da Criança

*NOTIFICADO*

## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

|   |  |   |              |                 |
|---|--|---|--------------|-----------------|
| DADOS DO ATENDIMENTO  |  | Data: 09/11/19  | Hora: 21:37h | Atendimento nº: |
| Nome: Alexandre Gadelha Oliveira de Moura   |  | Idade: 34 Anos  | Sexo: M      |                 |
| Data de Nascimento: 08/03/85  |  | Cartão SUS: 7108608098674385  |              |                 |
| Profissão: Agricultor   |  | Nº Identidade: 2428.722   |              |                 |
| Endereço (Rua/Av./Sítio): Sítio Esfuioso  |  | Nº  | Complemento: |                 |
| Bairro:   |  | Cidade: Esmeralda   | Estate: RN   | Telefone:       |
| Nome da Mãe: Maria Auxiliadora de Oliveira  |  | Motivo da Procura: Acidente de moto                                 |              |                 |
| Assinatura do Servidor: Vitoria de Britto   |  |   |              |                 |
| ACOLHIMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Não Urgência <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito |  |   |              |                 |
| Acolhimento com Classificação de Risco: Paciente politraumatizado com lesões  |  |   |              |                 |
| Queixas: de fratura exposta no joelho e o pulso e ferida na mão esq com corte.  |  |   |              |                 |
| Antecedentes Alérgicos: HAS () DM ()  |  | Assinatura: <i>Vitoria de Britto</i> Classificação: <i>URGÊNCIA</i> |              |                 |
| ANAMNESE: / intubado intubado   |  | Enfermeira: <i>LEONILDA</i> E.P.F.N.: 45784                         |              |                 |
| EXAME FÍSICO: Peso: _____ Temperatura: _____ C° F.C: 37,0 PA: 140x90 MHG FR: _____ HGT: _____   |  | SP02: 98%   |              |                 |

|  |  |  |
|--|--|--|
| CONDUTA: <input checked="" type="checkbox"/> Medicação <input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/> Laudo para AIH |  |  |
| Estabilização das fraturas<br>acetabulo 7g ev (reconstrutora)<br>DF 100ml + fasmol 100 - ev  |  |  |
| Reabilitação p/o. Hemoth   |  |  |

|   |  |                                       |                                  |
|---|--|---------------------------------------|----------------------------------|
| HIPÓTESE DO DIAGNÓSTICO:  |  |                                       | CID:                             |
| EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS: <input type="checkbox"/> Laboratório <input type="checkbox"/> Radiológico <input type="checkbox"/> EGG<br><input type="checkbox"/> Outros: |  |                                       | Médico: (Carimbo/<br>Assinatura) |
| Saída: Data/Hora: / / às h. <input type="checkbox"/> Alta Referido para USB <input type="checkbox"/> Óbito  |  | <i>DR JOSE ANTONIO MARQUES CABRAL</i> |                                  |
| <input type="checkbox"/> Outra Unidade de Urgência <input type="checkbox"/> Especialidade <input type="checkbox"/> Internação no Hospital                                     |  | <i>(Assinatura)</i>                   |                                  |





SESAF/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 66023 /2019

Admissão: 09/11/2019 23:26:28

## CIRURGIA GERAL - VERMELHO

Paciente: 52472 - ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA (34 a 8 m 1 d)

Nascimento: 08/03/1985 Natural: MOSSORÓ.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 708608098671385

CPF: 06450846461

Prof:

Mãe: MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA

Pai: DOMINGOS GADELHA DE MOURA

Logradouro: JOSE DANTAS DO AMARAL, 1

CEP: 59780000

Bairro: SEBASTIAO MALTEZ

Cidade: CARAUBAS

Telefone:

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO  
Origem: AMBULANCIA OUTRO

Tipo: REGULADO

\*Empresa:

OBS: HOSPITAL DE CARAUBAS

Classificação:

PESO:

| HORA | P.A.   | HGT | SatO2 | FIO2 | F.R. | F.C. / Pulso | TEMP. | Glasgow | RTS |
|------|--------|-----|-------|------|------|--------------|-------|---------|-----|
|      | 120 80 |     | 96    |      |      | 80           |       |         |     |
|      |        |     |       |      |      |              |       |         |     |
|      |        |     |       |      |      |              |       |         |     |
|      |        |     |       |      |      |              |       |         |     |

## HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍTICO. COLISÃO MOTO-CARRO. FRATURA EXPOSTA NO MIE.

Hora: 22:59 Paciente vítima de colisão moto - carro, sem capacete. Paciente sem perda de consciência, sem desmaios.

Não vomitou.

- A vias aéreas pativas, sem edema cervical  
 B MV+ em AHT  
 C Hemodinamicamente estável  
 D ECG 15  
 E Escorvações em MMII esquerdo e na região lombar a direita. MMII esquerdo immobilizado e com sinal de fratura (optado por realinhamento pelo ortopedista após radiografia).

Dr. Vilmar Jefferson de Oliveira

CRM-RN 8840  
Cirurgião Geral

Diagn. Inicial:

| PRESCRIÇÃO:                                    | VIA | HORÁRIO        | ASSINT. |
|--|-----|----------------|---------|
| - Conduta: alta da cirurgia geral.             |     |                |         |
| - (1) solicitar avaliação da ortopedia.        |     |                |         |
| - Dipirona - 2ml + 8ml de ABD                  | EV  | 08/08 09/10 18 |         |
| - Tenoxicam 40mg                               | EV  | 08/08          |         |
| - Penicilina 4g Cirurgia Geral, se necessário. |     | 02             |         |
| - CEFTRIQUINA 1g, IV, 20/24h                   |     | 02/14          |         |
| - JEJUM COMPLETO                               |     |                |         |
| - SF 0,9% 1500ml, IV, 24h                      |     | 1 - 25 30      |         |

\*SAÍDA: ( ) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito (X) Interna: (Preencher CID, PROC.)

CID 88.2 Proc. 040805050-0

Data: 10/11/19. Hr.: Médico:

\*Gerado via SX por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 09 de Novembro de 2019.  
Carimbar)

SS2.3

(Assinar e)



SINTOP - CO<sub>2</sub>GOH

PETE VITINS DE COLLISAO MOTOCARRO com

POLYTRASMASTYNO

FF. FCC SUTURADO NO POLICIA (P) PON A PEL PAST.

Rx: fx proximal to diafisis of tibiae (R) +

FX DUFUSE DO NIKO + FX F14-6B PROXIMAL M  
POLIGRA (F)

CAPUTS: - IN TERMS OF

- Team
- A+B

Dr. Daniel de Pineda  
Capitán Maquinista  
Méjico 1915





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

10/11/19

10:

Dr. Leandro M. C. Freire  
Ortopedista e Traumatólogo  
CRM-RN 71659  
TEOT 16086

Nome Alexandre Godilha divino da Silva Reg. Nº 52472

Diagnóstico pré-operatório: Fratura exposta de fêmur L

Indicação terapêutica: Hemorragia + deslocamento curvo + osteossíntese com fixador externo linear.

INTERVENÇÃO

Início: 08:30 Fim: 10:00 Duração: 01:30 L

Operador Dr. Leandro Freire

1ª Auxiliar: DR Edilson Dentor

2ª Auxiliar:

3ª Auxiliar:

- Instrumentador:

Anestesista: DR. Edilson

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

( ) Limpa ( ) Pot. Contaminada ( ) Contaminada ( ) Infectada

1º Paciente sob Roqui anestesia em decúbito dor sol.

2º Hemorragia e estabilidade da fratura.

3º Posição de campos estériles

4º Abordagem da ferida extensa no joelho e na fratura com auxílio de forges. Parte de Pólo. Observar ferro vermelho do tendão rebolar.

5º Reduzir LTCDE da fratura exposta da patela + refaz o tendão rebolar o copando anteriormente.

6º Colocar escudos e desbranque da boca da fratura exposta da tíbia. + osteossíntese com fixador externo. Sutura da ferida + curativos.

Dr. Leandro M. C. Freire  
Ortopedista e Traumatólogo  
CRM-RN 71659  
TEOT 16086



Sistema Ministério  
SUS único de da  
Saúde Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

|   |          |
|---|----------|
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | 2 - CNES |
| HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA   | 2503689  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  | 4 - CNES |
| HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA   | 2503689  |

**Identificação do Paciente**

|   |                                 |   |               |            |
|---|---------------------------------|---|---------------|------------|
| 5 - NOME DO PACIENTE                                | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO            |   |               |            |
| ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA (8 - 5907/2019) | 210532                          |   |               |            |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                  | 8 - DATA DE NASCIMENTO          | 9 - SEXO  | 10 - RACA/COR | 11 - ETNIA |
| 708608098671385                                     | 08/03/1985                      | Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> | 3             | PARDA      |
| 11 - NOME DA MÃE                                    | 12 - TELEFONE DE CONTATO        |   |               |            |
| MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA                       | DDD 84 N° DO TELEFONE 998367936 |   |               |            |
| 13 - NOME DO RESPONSÁVEL                            | 14 - TELEFONE DE CONTATO        |   |               |            |
| ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA                 | DDD N° DO TELEFONE              |   |               |            |
| 15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)                     | 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA    | 17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO  | 18 - UF       | 19 - CEP   |
| JOSE DANTAS DO AMARAL, 1 / - SEBASTIAO MALTEZ       | CARAUBAS                        | 240230  | RN            | 59780000   |

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PCTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, com POLTRONISTICO. Rx com Fx EXPOSTA DIAFISE ALTA DA TIBIA + Fx FECHADA DA DIAFISE DO RODIO ( ) + Fx EXPOSTA DO POLEGASR ( ).

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

HISTÓRIA CLÍNICA + Rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

S82.2

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

408050500

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

CIR

2

( ) CNS

( ) CPF

013.593.104-52

33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE

DANILO LOPES DE PAIVA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

10/11/2019

35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Daniilo Lopes de Paiva

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

LIGNEY LINO DE OLIVEIRA

48 - DOCUMENTO

52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR

(X) CNS

( ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

980016001835565

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

501-1  
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HNM

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ENHILICIO DAS LIAIAS SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

16036

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc.  Fem.

10 - RACA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

mossoró

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

for fechada e segmentadas dos ossos  
do antebraço esquerdo

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Acarreta cavitaria óssea

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

Exame clínico + imagem (RT)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura dos ossos antebraço

24 - CID 10 PRINCIPAL

S52.4

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

01101810170141213

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

B111119

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTONÔMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

/ /

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

/ /

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARAÚBAS  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA



### FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de origem: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Paciente: Alexandre G. Oliveira de Souza

End.: R. Henrique G. Costa

Idade: 34 Sexo: [X] M [ ] F Ocupação: \_\_\_\_\_

Nome do responsável: \_\_\_\_\_

### DADOS CLÍNICOS

Resumo Clínico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Resultados dos exames: \_\_\_\_\_

Tratamento já realizado: \_\_\_\_\_

Impressão diagnóstica: \_\_\_\_\_

Profissional: 03.12.19 Dr. Roberto de Alencar Fonseca  
Medicina CRMF/RN/3853

### AGENDADO

Encaminhamento para a especialidade: \_\_\_\_\_

Consulta marcada para a Unidade: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Para o Dr. \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ Horas do dia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

Unidade referenciada: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

### ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico: \_\_\_\_\_

Resultados dos exames realizados: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Consulta: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

Profissional \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Data





INSTITUTO DE  
Neuro Cardiologia Wilson Rosado

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Instituto do Coração Wilson Rosado - CNPJ: 07303701000149

R. Dr. João Marcelino, 429a - Centro, CEP: 59611-200 Mossoró-RN Fone: (84) 3316-3533

1ª Via – Retenção da Farmácia ou Drogaria

2ª Via – Orientação ao paciente

Para: : ALEXANDRE GADELHA  
OLIVEIRA DE MOURA

Prescrição:

1. CIPROFLOXACINO 500mg \_\_\_\_\_ 01 CX

Tomar 01 comprimido de 12/12horas, por 7 dias.

Dr. Raphael Machado Gonçalves  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 6320

Mossoró, 18/03/2020

| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR      |
|----------------------------|----------------------------------|
| Nome:                      |                                  |
| Identidade:                | Órgão Emissor:                   |
| Endereço:                  |                                  |
| Cidade:                    | UF:                              |
| Telefone:                  |                                  |
|                            | Assinatura do Farmacêutico _____ |
|                            | Data _____                       |

Av. Dr. João Marcelino, 429A – Centro – Fone (84) 3316 3533 Fax (84) 3316 3599  
Mossoró/RN CEP 59611-200



Assinado eletronicamente por: RAPHAELA DAYANNA CORTEZ CABRAL - 06/07/2020 20:54:35  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070620543541100000055118811>  
Número do documento: 20070620543541100000055118811

Num. 57365333 - Pág. 2



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
HOSPITAL WILSON ROSADO  
CNPJ: 35.650.324/0001-50  
Rua: Dr. João Marcelino – 429  
Mossoró-RN - 59.611-200  
Telefone: (84) 3318-9000

Para: Alexandre Soárez

# PO de osteossíntese de cirurgia ortopédica

SOLICITO ACOMPANHAENTO AMBULATORIAL ORTOPEDICO,  
COM Dr GUILHERME COM 15 DIAS

12/02/2020

Dr. Pablo Romero da Escóssia Pinheiro  
Ortopedia e Traumatologia  
TEOT 14391  
CRM/RN 5924

PAM  
Pablo Romero  
Dr. Guilherme  
09/03/2020  
x.00 HS  
jap





INSTITUTO DE  
Neuro Cardiologia Wilson Rosado

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Instituto do Coração Wilson Rosado - CNPJ: 07303701000149

R. Dr. João Marcelino, 429a - Centro, CEP: 59611-200 Mossoró-RN Fone: (84) 3316-3533

1ª Via – Retenção da Farmácia ou Drogaria

2ª Via – Orientação ao paciente

Para:

Endereço:

Prescrição:

1. Cefadroxila 500mg \_\_\_\_\_ 28 comp

Tomar 01 comprimido de 12/12h horas, por 14 dias

Mossoró, 12/02/2020

Dr. Pablo Romano de Escóssia Pinheiro  
Ortopedia e Traumatologia  
TEOT 14391  
CRM/RN 5924

| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR                 |
|----------------------------|---|
| Nome:                      |   |
| Identidade:                | Órgão Emissor:                              |
| Endereço:                  |   |
| Cidade:                    | UF:   |
| Telefone:                  |   |
|                            | Assinatura do Farmacêutico _____ Data _____ |

Av. Dr. João Marcelino, 429A – Centro – Fone (84) 3316 3533 Fax (84) 3316 3599  
Mossoró/RN CEP 59611-200



Assinado eletronicamente por: RAPHAELLA DAYANNA CORTEZ CABRAL - 06/07/2020 20:54:36  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070620543616800000055118812>  
Número do documento: 20070620543616800000055118812

Num. 57365334 - Pág. 1



INSTITUTO DE  
Neuro Cardiologia Wilson Rosado

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Instituto do Coração Wilson Rosado - CNPJ: 07303701000149

R. Dr. João Marcelino, 429a - Centro, CEP: 59611-200 Mossoró-RN Fone: (84) 3316-3533

1ª Via – Retenção da Farmácia ou Drogaria

2ª Via – Orientação ao paciente

Para: *Alexandre Geraldo*

Endereço:

Prescrição:

1. Cefadroxila 500mg \_\_\_\_\_ 28 comp

Tomar 01 comprimido de 12/12h horas, por 14 dias

Mossoró, 12/02/2020

*Z*  
Dr. Raimundo da Escóssia Pinheiro  
Ortopedia e Traumatologia  
1231-14391  
CRM/RN 5374

| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR                 |
|----------------------------|---|
| Nome:                      |   |
| Identidade:                | Órgão Emissor:                              |
| Endereço:                  |   |
| Cidade:                    | UF:   |
| Telefone:                  |   |
|                            | Assinatura do Farmacêutico _____ Data _____ |

Av. Dr. João Marcelino, 429A – Centro – Fone (84) 3316 3533 Fax (84) 3316 3599  
Mossoró/RN CEP 59611-200



Assinado eletronicamente por: RAPHAELLA DAYANNA CORTEZ CABRAL - 06/07/2020 20:54:36  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070620543616800000055118812>  
Número do documento: 20070620543616800000055118812

Num. 57365334 - Pág. 2



Para:

*Raphaela Góesilha*

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
HOSPITAL WILSON ROSADO  
CNPJ: 35.650.324/0001-50  
Rua: Dr. João Marcelino - 429  
Mossoró-RN - 59.611-200  
Telefone: (84) 3318-9000

**USO ORAL**

1- Novalgina 1g ----- 1 caixa

Tomar 1 comprimido de 6\6 horas, em caso de dor.

2- Toragesic 10 mg ----- 1 caixa

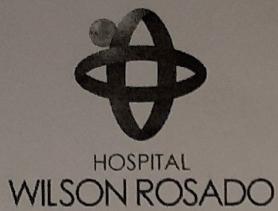
Tomar 1 comprimido de 12/12 horas, por 5 dias

01/02/2020

*Z*

Dr. Pablo Romão da Fonseca Piphaio  
Ortopedia e Traumatologia  
IEOT 14391  
CRM RN 5924





CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
HOSPITAL WILSON ROSADO  
CNPJ: 35.650.324/0001-50  
Rua: Dr. João Marcelino - 429  
Mossoró-RN - 59.611-200  
Telefone: (84) 3318-9000

**Para: : ALEXANDRE GADELHA  
OLIVEIRA DE MOURA**

**USO ORAL**

1- Novalgina 1g -----1 caixa

Tomar 1 comprimido de 6\6 horas, em caso de dor.

2- Toragesic 10 mg -----1 caixa

Tomar 1 comprimido de 12/12 horas, por 5 dias

18/03/2020

Dr. Raphael Machado Gonçalves  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 6320



Assinado eletronicamente por: RAPHAELA DAYANNA CORTEZ CABRAL - 06/07/2020 20:54:37  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070620543678000000055118813>  
Número do documento: 20070620543678000000055118813

Num. 57365335 - Pág. 1



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA  
HOSPITAL WILSON ROSADO  
CNPJ: 35.650.324/0001-50  
Rua: Dr. João Marcelino – 429  
Mossoró-RN - 59.611-200  
Telefone: (84) 3318-9000

**Para: : ALEXANDRE GADELHA  
OLIVEIRA DE MOURA**

# PO de FRATURA TIBIA.

SOLICITO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL ORTOPEDICO.  
( DR. EDUARDO OU GUILHERME ).

18/03/2020

Dr. Raphael Machado Gonçalves  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 6320



Assinado eletronicamente por: RAPHAELA DAYANNA CORTEZ CABRAL - 06/07/2020 20:54:37  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070620543678000000055118813>  
Número do documento: 20070620543678000000055118813

Num. 57365335 - Pág. 2



INSTITUTO DE  
**Neuro Cardiologia Wilson Rosado**

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

Instituto do Coração Wilson Rosado - CNPJ: 07303701000149

R. Dr. João Marcelino, 429a – Centro, CEP: 59611-200 Mossoró-RN Fone: (84) 3316-3533

1ª Via – Retenção da Farmácia ou Drogaria

2ª Via – Orientação ao paciente

**Para: : ALEXANDRE GADELHA  
OLIVEIRA DE MOURA**

**Prescrição:**

1. CIPROFLOXACINO 500mg \_\_\_\_\_ 01 CX

Tomar 01 comprimido de 12/12horas, por 7 dias.

Dr. Raphael Machado Gonçalves  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 6320

Mossoró, 18/03/2020

| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR |
|----------------------------|-----------------------------|
| Nome:                      |                             |
| Identidade:                | Órgão Emissor:              |
| Endereço:                  |                             |
| Cidade:                    | UF:                         |
| Telefone:                  |                             |
|                            | Assinatura do Farmacêutico  |
|                            | Data                        |

Av. Dr. João Marcelino, 429A – Centro – Fone (84) 3316 3533 Fax (84) 3316 3599  
Mossoró/RN CEP 59611-200



Assinado eletronicamente por: RAPHAELA DAYANNA CORTEZ CABRAL - 06/07/2020 20:54:37  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070620543678000000055118813>  
Número do documento: 20070620543678000000055118813

Num. 57365335 - Pág. 3



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Abraão Gadelha C. More

① AMG completo

② Ma

Pré Oper

③ K

④ Urin

⑤ brasil

⑥ TTPA

⑦ TP

Data: 07/01/2020

Dr. Guilherme Garcia Rigolin  
Ortopedia e Traumatologia  
CPA/RN 8107 TECI 1054

Assinatura e Carimbo

Rua Pedro Alves Cabral, 01 - Aeroporto - Fone: (84) 3315-4830 - Mossoró - RN





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

Alameda das Carnaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

Processo nº: 0809472-70.2020.8.20.5106

AUTOR: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

**DESPACHO**

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139,VI do CPC, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 10 (dez) dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida (CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para realização da perícia, devendo a parte autora ser intimada pessoalmente para comparecer ao ato. **Saliente-se que, caso a parte autora não compareça à perícia, NÃO será concedida oportunidade de reaprazamento de perícia por ausência injustificada, culminando assim na preclusão da prova pericial e no consequente julgamento do mérito.**



Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo sucessivo de 15 (quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz (CPC, art. 178, II), dê-se vista ao Representante do Ministério Público.

Adotadas as supra expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 7 de julho de 2020.

**UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES**

JUÍZA DE DIREITO  
(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

Alameda das Carnaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

Processo nº: 0809472-70.2020.8.20.5106

AUTOR: ALEXANDRE GADELHA OLIVEIRA DE MOURA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

**DESPACHO**

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139,VI do CPC, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 10 (dez) dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida (CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para realização da perícia, devendo a parte autora ser intimada pessoalmente para comparecer ao ato. **Saliente-se que, caso a parte autora não compareça à perícia, NÃO será concedida oportunidade de reaprazamento de perícia por ausência injustificada, culminando assim na preclusão da prova pericial e no consequente julgamento do mérito.**



Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo sucessivo de 15 (quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz (CPC, art. 178, II), dê-se vista ao Representante do Ministério Público.

Adotadas as supra expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 7 de julho de 2020.

**UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES**

JUÍZA DE DIREITO  
(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)



Registro Ciencia



Assinado eletronicamente por: RAPHAELLA DAYANNA CORTEZ CABRAL - 13/07/2020 17:10:26  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071317102677400000055315000>  
Número do documento: 20071317102677400000055315000

Num. 57578136 - Pág. 1