



Número: **0807831-47.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **21/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Processo referência: **00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUANA SARAIVA DE OLIVEIRA (AUTOR)		RAPHAELLA DAYANNA CORTEZ CABRAL (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56370901	01/06/2020 21:15	Petição Inicial	Petição Inicial
56370902	01/06/2020 21:15	boletim de ocorrencia	Outros documentos
56370903	01/06/2020 21:15	cpf regular	Outros documentos
56370904	01/06/2020 21:15	declaração de hipossuficiencia	Outros documentos
56370905	01/06/2020 21:15	doc hospitalar e laudo	Outros documentos
56370906	01/06/2020 21:15	docs pessoais	Outros documentos
56370907	01/06/2020 21:15	dut	Outros documentos
56370908	01/06/2020 21:15	espelho adm	Outros documentos
56370909	01/06/2020 21:15	laudo medico 2020	Outros documentos
56370910	01/06/2020 21:15	pedido do seguro	Outros documentos
56370911	01/06/2020 21:15	PETIÇÃO INICIAL - NÃO RECEBEU VIA ADMINISTRATIVA	Outros documentos
56370912	01/06/2020 21:15	procuração ad judicia	Procuração
56370913	01/06/2020 21:15	samu	Outros documentos
56370914	01/06/2020 21:15	comprovante residencia	Outros documentos
56387152	02/06/2020 11:27	Decisão	Decisão
56398352	02/06/2020 14:46	Intimação	Intimação
56399511	02/06/2020 15:08	registro ciencia	Outros documentos
57883706	22/07/2020 13:18	Despacho	Despacho
58349225	05/08/2020 10:37	Juntada de CTPS	Outros documentos

58349 227	05/08/2020 10:37	Cópia de CTPS	Outros documentos
58386 880	06/08/2020 06:44	Certidão	Certidão
58401 328	06/08/2020 14:37	Despacho	Despacho
58901 024	20/08/2020 13:51	Registro Ciencia	Outros documentos
58902 333	20/08/2020 14:07	Citação	Citação

em anexo





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
BOAT 0603216

1 - LOCAL E DATA

Local RUA EPIFÂNIO JESSOA / CENTRO Bairro STº ANTONIO
Cidade/UF MOSSORO P. Ref. NUNO 334
Data 09/06/2020 Hora do acidente 18:10 Hora do registro 19:00 Dia da semana QUINTA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☒ - Colisão Frontal ☐ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque



3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi NWK 8535 Cidade MOSSORO UF RN
Marca/Mod. GM ASTRA Cor PRETA Ano 2004/2005
Proprietário _____ Nº de Ocupantes 01
Condutor MANOEL MESSIAS DA CONCEIÇÃO SOUZA Data de Nasc. 08/06/1997
Endereço RUA EPIFÂNIO JESSOA Nº 860 Fone 84-987432987
Bairro MOSSORO STº ANTONIO Cidade MOSSORO UF _____
CPF Nº 654384065-15 CNH Nº 654643434 Validade 23/10/2021 Categoria B
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi NNS 0696 Cidade MOSSORO UF RN
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano 2009/2009
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor JUANA SARAIVA DE OLIVEIRA Data de Nasc. 1/1/
Endereço _____ Nº _____ Fone 84-994916564
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº 96928256415 CNH Nº _____ Validade 1/1/ Categoria _____
Local de Trabalho OLINDA RNEOS Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano 1/
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. 1/1/
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade 1/1/ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano 1/
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. 1/1/
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade 1/1/ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____



8 - CONDIÇÕES DA VIA


Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input checked="" type="checkbox"/> Inexistente
<input type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Active Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input checked="" type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Active Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros_____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha_____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente	_____	<input type="checkbox"/> Outros_____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s)_____
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input checked="" type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. ____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
			<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____




9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO


AVARIAS DO VEÍCULO 1) PARA - CHOQUE DIANT-
FUNDOS CABO, DETONADOR, ESCUDO,
PARA DOP. PARA 2 AMAS DE ANTECIS
ANTES INTERMEDIAS A VESTIB
CAM




A simple line drawing of a house with a triangular roof and a rectangular body.

AVARIAS DO VEÍCULO 3

AVARIAS DO VEÍCULO 2 MOTO TOTAL / ACIDENTE
DAVIDECUADA, PARTE SUJEITA A
TODA AVARIADA



AVARIAS DO VEÍCULO 4



A diagram of a square with a triangle inside, and four horizontal lines for writing.





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

COMPLEMENTO DO BOLETIM
DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

Nº 0603216



1 - LOCAL DO ACIDENTE

Local:	Rua Epitácio Pessoa	Bairro:	Santo Antônio
P. Ref.	Numero 334	Data:	09/06/2016

2 - VEÍCULO: V2

Placa	NNS0626	Cidade	Mossoró	UF	RN
Marca/Mod.	HONDA BIZ 125 MAIS	Ano	2009		
Proprietário	LUANA SARAIVA DE OLIVEIRA	Nº de Ocupantes	02		
Condutor	LUANA SARAIVA DE OLIVEIRA	Data de nasc.	13/03/1975		
Endereço	Rua Luiz Colombo	nº	194 A	fone	9-9471.6564/9-8171.9650
Bairro	Paredões	Cidade	Mossoró	UF	RN
CPF nº	967.282.564-15	CNH nº	042.183.607-85	Validade	11/07/2017
				Categoria	AB
Local de Trabalho	Olinda Pneus				

3 - VERSÃO DO CONDUTOR SOBRE O REFERIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO

Onde transitava?	Rua Epitácio Pessoa		
Em que sentido?	Centro/ Santo Antônio	Em que faixa?	Direita

Versão do condutor:

"A condutora alega que transitava normalmente na via, quando de repente um motociclista ficou ao lado da sua motocicleta e puxou a bolsa de sua passageira, como ela resistiu segurando a bolsa o estranho ameaçou atirar, que ficou nervosa perdeu o controle do veículo e colidiu com um carro que vinha em sentido contrário. A condutora de V2 afirma que foi socorrida pelo SAMU e conduzida ao HRTM".

"As informações contidas na narrativa do CONDUTOR são de sua inteira responsabilidade, sob pena de responder pelos crimes dos Artigos 299 (Falsidade Ideológica) e o 342 (Falso testemunho), Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade como testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial, ou em juízo arbitral do Código Penal Brasileiro".

Assinatura do Condutor

Luana Saraiva de Oliveira

Observação do Agente de Trânsito:

Versão colhida dia 23/06/2016 na sede do 2ºDPRE. *****

Nome do Agente que registrou as informações	Raimundo Clécio Ferreira da Costa					
Posto/Graduação	2ºSGT	PM nº	1988.0260	Viatura	*****	Unidade
						2º DPRE



7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? EPITACIO PESSOA

Em que sentido? 5º DE ANTONIO / CENTRO

Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor O CONDUTOR DE V1 AFIRMA QUE TRAVEGAVA NA RUA, SENDO
E FAIXA CITADO AO SE APROXIMAR DO CRUZAMENTO DA RUA
CHOKKAT DESA REDUZIU A VELOCIDADE QUANDO DEPERENTE UM
VEICULO SURTIU A SUA FRENTE E COLIDIU DE FRENTE.

Assinatura do Condutor do V1 [Assinatura]



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

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V2 _____

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

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3 _____

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

Em que sentido? _____

Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V4 _____



11 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre

Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4

Conduzido para: _____

☐ Testemunha

Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome JOHNIS CAVALDO DE OLIVEIRA

RG N° 002.924.871

Órgão Expedidor SSP

Data de Nascimento 05/10/1998

Endereço RUA - ESTRELA DOSSA

N° 305

Fone 84-98764-6402

Bairro SÃO ANTONIO BOITARDIM

Cidade Mossoro

UF RN

Versão A TESTEMUNHA AFIRMA QUE UM MOTOCICLISTA EM UMA BOTA DE
DE CARISSA VERMELHA TENTOU PULAR A BORDA DA PASSARELA DE
V2, QUANDO A CONDUTORA DE V2 DESCEULIBROU E COLIDIU DE FRENTE
COM O MOTOCICLISTA FUGIU DE MUA CROKAT DE OJA

Assinatura Johnis Cavalo de Oliveira

Hora 19:20

12 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre

Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4

Conduzido para: _____

☐ Testemunha

Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____

RG N° _____

Órgão Expedidor _____

Data de Nascimento _____

Endereço _____

N° _____

Fone _____

Bairro _____

Cidade _____

UF _____

Versão _____

Assinatura _____

Hora _____

13 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre

Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4

Conduzido para: _____

☐ Testemunha

Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____

RG N° _____

Órgão Expedidor _____

Data de Nascimento _____

Endereço _____

N° _____

Fone _____

Bairro _____

Cidade _____

UF _____

Versão _____

Assinatura _____

Hora _____

14 - ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre

Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4

Conduzido para: _____

☐ Testemunha

Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro

Nome _____

RG N° _____

Órgão Expedidor _____

Data de Nascimento _____

Endereço _____

N° _____

Fone _____

Bairro _____

Cidade _____

UF _____

Versão _____

Assinatura _____

Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____

Cidade _____

UF _____

Marca/Modelo _____

Nome _____

RG N° _____

Órgão Exp. _____

Endereço _____

N° _____

Bairro _____

Cidade _____

Fone _____

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

CÓD/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

AO CHEGAR NO LOCAL DA OCORRÊNCIA A CONDUTORA DE
V2 FOI SOLICITADA AO HOSPITAL E AMBOS OS VEÍCULOS LIG
AMOS APÓS APRESENTAR DOCUMENTAÇÃO.

Nome Completo do Agente RAPHAELLA SOUSA SILVA

POSTO/GRAD.: SD PM PM N° 204035-2 Viatura Tor 40

Subunidade 20-08-02

Local e Data Mossoro, 09 de JUNHO de 2016

Assinatura do Agente de Trânsito



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **967.282.564-15**

Nome: **LUANA SARAIVA DE OLIVEIRA**

Data de Nascimento: **13/04/1975**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **16/06/1993**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:43:48** do dia **13/03/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **5B5C.F292.FF26.1BB0**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Sr(a) LUANA SARAIVA DE OLIVEIRA,
brasileiro(a), portador(a) do RG nº 1.446.264 e do CPF nº
967.282.564-15, residente e domiciliado(a) na
Rua Gokong 194, PARENÓES
MOSSORÓ - RN

, **DECLARA** nos termos da Lei nº 1060/50, que é pobre na forma desta lei, não dispondo de meios que possibilitem a custear as despesas processuais na AÇÃO DE COBRANÇA, perante a Comarca de _____. Afirma ainda, ser sabedor(a) das sanções penais, caso a presente não retrate a verdade dos fatos. Nada mais digno de registro, assina o presente.

MOSSORÓ /RN, 07 / 05 / 2020.

x Luana Saraiva de Oliveira
DECLARANTE





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
PRONTO SOCORRO VINGT-ROSADO NETO

REGISTRO N°

2563.749

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: Quares Sodrigues de Oliveira D. N. 13/04/1945 Idade: 41 anos
Profissão: _____ Cartão SUS n° _____
Endereço: Rua: (Samu) Tiberio Bulcão, 1166 Bairro: Bonitas
Cidade: _____ U.F. _____ Fone: _____
Filiação: Mãe: Yeneia Bonifácio Sodrigues Pai: Mosi Sodrigues de Oliveira

Data: 09/06/2016

Hora: 18:40

A.C.C.R.: _____

AMARELO

1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P.) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)

Paciente vítima de colisão moto com carro há aprox.
30min. Estava pilotando a moto, com capacete, nega
uso de bebida alcoólica.

Trazida pelo SAMU com protocolo de Atendimento ao
Trauma.

Referem dor em ambas as pernas, sem conseguir deambular
nem usar medicação.

Não sabe informar estado vacinal antitetânica.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSAICO
SAME / ARQUIVO

2 - EXAME FÍSICO

ECG, vigil, orientado, supnca, corada, hidratada.

A - VAs pérvias, 2. cervicalgia

B - MVG Diminuída bilateralmente. S/RA.

C - Estável hemodinamicamente. FC: 88bpm.

D - Glasgow 15

E - Abdome globoso, flácido, RHAO indolor.

Coxa D: Solução de continuidade, de bordas regulares,
com exposição óssea.

Perna E: Solução de continuidade, com exposição óssea.

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

Politrauma

Fratura de coxa (esquerda), dgo, direita ???

Fratura exposta de perna esquerda.





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - COR

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

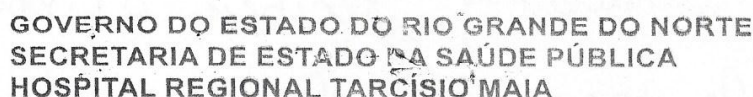
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ
24/06/16
JOSÉ LUIZ
SAME / ARQUIVO





Nome: Liana Saraiva de Oliveira Leito: 305-1

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSCOW
SAME / ARQUIVO

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
12/06/16	<p>① Dieta livre</p> <p>② SI-08-1500ml</p> <p>D4 ③ lisofetima 1g ev diluido 6/6h</p> <p>④ clitalol 40mg ev diluido 4/6h</p> <p>⑤ Dipirona 500mg ev diluido 6/6h</p> <p>⑥ Unasina 500mg ev diluido 8/8h S/N. ate</p> <p>⑦ Fisioterapia motora</p> <p>⑧ Temperatura e pulso 6/6h</p>		<p>Oronje</p> <p>10-21-30</p> <p>10-16-22-04 ✓</p> <p>10-16-22-04 ✓</p> <p>10-16-22-04 ✓</p>	
	<p>Dr. Guilherme Garcia Rigolin</p> <p>Médico</p> <p>CRM/RN 6187</p>			
	<p>T.O. → verso</p>			



de Terapia Ocupacional. Dado orientação
g^{to} - postura, posições e AVD's.

Rafaela P. Rebencas
Terapeuta Ocupacional
CRTO-TO 5023 - T.O. HRTM





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

RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

NOME: Luana Inara de Oliveira IDADE: _____ Nº REG: _____
SERVIÇO: Ortopedia ENFª: _____ LEITO: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

09/06/16

Admissão de trauma em M.D. + deformidade
de en. Tibio + FCC.
Análise detalhada de placa fixada interna
+ debridamento de ferida aberta

MM: FX exposta Tibio

Dr. Paulo Roberto da Cruz e Silva
Ortopedia e Traumatologia
TEOT 14391
CRM/RN 5924





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

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Luciano Soares de Oliveira Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório: Fx exposta do Tálus D

Indicação terapêutica: Controle da dor

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador: D. Paulo

1° Auxiliar: D. Paulo

2° Auxiliar: _____

3° Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: _____

INTERVENÇÃO

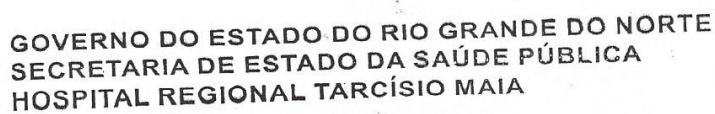
Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

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

- ① PDR e PDR no Tálus direito
- ② Anestesia de Articulação do MTD
- ③ Limpeza da ferida e 570,9% de debride.
- ④ Curativo de ferida externa uniplano
- ⑤ Sutura e Curativo extra

Dr. Paulo Roberto de Sousa Pinheiro
Ortopedia e Traumatologia
RFO 14391
CRM/RN 5624





EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Luiz de Souza de Oliveira

305.8

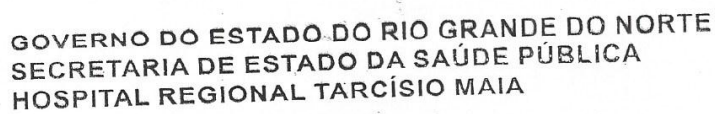
DATA	EVOLUÇÃO
09/06/16	FX exposto do Tabris D
	P.O.1 de fixador externo unipolar
	em Tabris

PRESCRIÇÃO

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
	① Dado Oral h/m			
	② SFQ 91.500ml GV 12/12		22	26
	③ Clotasso 1g + ABPGV 6/6h		22 04	10 16
	④ Dexamet 10mg + ABPGV 6/6h		22 04	10 16
	⑤ Tromel 100mg + 100ml SFQ 91.			
	GV 8/16h 51V		04	12
	⑥ Tuletil 40mg + ABPGV 1x/d		22	
	⑦ Omeprazol 40mg + ABPGV 1x/d		06	
	⑧ Clonid 90mg SC 1x/d		(22)	dozer a partir do dia
	⑨ Curatino 40mg			
	⑩ SSUV + CCG 6			

Dr. Paulo Roberto da Fonseca Pinheiro
Ortopedia e Traumatologia
TEOT 14324
CRM/RN 5924





EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

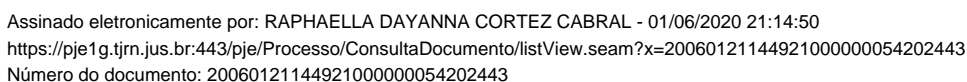
Nome: LUANA SARAIWA DE OLIVEIRA Leito: 3053

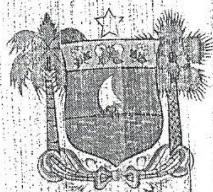
DATA	DI 09.06-2016	EVOLUÇÃO
PET 10.06		= FRA DA TIBIA E - EXPOSTA
20/6		• COM FIXADOR EXTERNO
		• NEUROVASCULAR S/ ALTERAÇÕES
DH 2º		• PERIFÉRICAS
DPO 1º		• C/ dor leve
		• RADIOG. COM FIXAÇÃO EXTERNA
		ESTÁVEL

PRESCRIÇÃO

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
1-	DIETA: ORAL, LIVRE			
2-	SRS - 1000 ML SG 5% - 1000 ML	EV	12 30 12 40	
3-	CEFALOTINA 1g - 1 AP 6-6H	EV	10-16-20h	
4-	TENOXICAM 40 - 1 AP/min	EV	10	
5-	DIPIRONA 1g - 2 AP ABD - 1 AP	EV	10-16-20h	
6-	TRAMAL 100 - 1 AP SF 0,9% - 250 ML	EV	5h	
7-	MANTER O MIE ELEVADO EM 30°			
8-	TRATAMENTO DAS FERIDAS - LIMPEZA DIÁRIA -			
9-	FISIOTERAPIA MOTORA			
10-	ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL			

João Firmino da Silva Neto
 C.R.M.: 2517





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Luana Saraiva de Oliveira 41a
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA:
DATA DA ADMISSÃO: 09/06/2016, Mossoró

Leito: 305-1

DATA EVOLUÇÃO

15/06/16 4DPO: Fixação externa de fratura exposta de tíbia esquerda

Nega dor e febre
Diurese e evacuação fisiológica
BEG, consciente, orientado, normocorado, hidratado, afebril

Cd: VPM

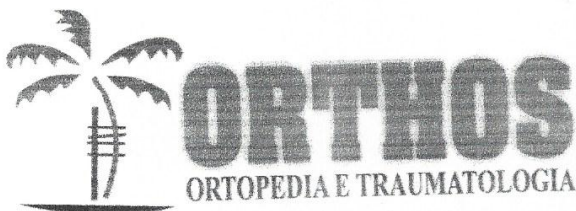
DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	Dieta livre	
2	Sf 0,9% 1000ml ev 24h	
3	Dipirona 1g + 8ml de ABD de 6/6h S/N	
4	Tilatil 40mg, 1 amp + ABD, IV, 1x/dia	
5	Omeprazol 40mg, 1 AMP + ABD, IV, 1X/DIA	
6	Cefalotina 1g, 1 AMP + ABD, IV, 6/6H	
7	Tramal 100mg/2ml, 1 AMP + 100ml SF 0,9%, EV 8/8h S/N	
8	Curativos diários	
9	SSVV + CCGG	
	Heparina 5000ui/1ml, SC, 12/12H	

Dr. Francisco Almirante Lopes
Cirurgião Geral
CRM 3193

Alta 10/3/2016

Dr. Francisco Almirante Lopes
Cirurgião Geral
CRM 3193



**ORTOPEDISTAS/TRAUMATOLOGISTA**

Dr. Almicar de Lopes - CRM 3136

Dr. Antonio Pinheiro - CRM 1161

Dr. João Firmino - CRM 2517

Dr. Manoel Fernandes - CRM 2999

Dr. Rodrigo Jales - CRM 4759

Dr. Tupinambá Nogueira - CRM 4017

Dr. Raphael Machado - CRM 6320

Dr. Vicente Andrade - CRM 5592

Dr. Kêllerte Gurgel - CRM 6766

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA FINS DE PERÍCIA MÉDICA QUE A BENEFICIÁRIA SUPRACITADA FOI VÍTIMA DE TRAUMA EM ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM LESÕES MÚLTIPAS INFRADSCRIMINADAS. REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO E FISIOTERÁPICO.

DIAGNÓSTICOS:

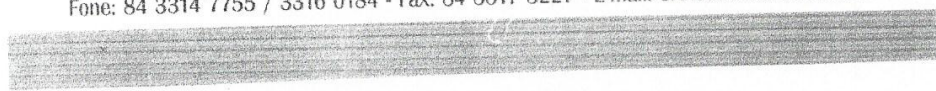
1. FRATURAS EXPOSTAS DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA
2. LESÃO TRAUMÁTICA DO QUADRICEPS FEMURAL ESQUERDO
3. LESÃO TENDINOSA TRAUMÁTICA NO OMBRO DIREITO
4. FERIDA CORTO-CONTUSA NA COXA DIREITA

A MESMA APRESENTA COMO SEQUELA DEFICIT FUNCIONAL NO OMBRO DIREITO; BÂSCULA DA PELVE COM DESEQUILÍBRIO PÉLVICO; DEFICIT DE FORÇA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E ARTRALGIAS EM JOELHO E TORNOZELO ESQUERDO.

Mossoró, 24 de Abril de 2017

JOÃO FIRMINO DA SILVA NETO
Ortopedista-Traumatologista
CRM: 2517

Rua Pedro Velho, 320 - Santo Antonio - Mossoró/RN
Fone: 84 3314 7755 / 3316 0184 - Fax: 84 3317 3227 - E-mail: orthos-clinica@hotmail.com



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 10054/0035 Nº 012918716350
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
VIA 1 COB-RENAVAM FANTRO 00164323163 EXERCÍCIO 2016

LUANA SARATTA DE OLIVEIRA

CPF / CNPJ 967.282.564-15

PLACA ANT / UF

967.282.564-15

CHASSI

9C2JC01300100146

PLACA

967.282.564-15

ESPECIE TIPO

9C2JC01300100146

COMBUSTIVEL

967.282.564-15

PASSEIRO/MOTORISTA

9C2JC01300100146

COMBUSTIVEL

967.282.564-15

BOMBA/BIT 125 MLTS

9C2JC01300100146

COMBUSTIVEL

967.282.564-15

CAP / POT / GL

9C2JC01300100146

COMBUSTIVEL

967.282.564-15

OCV/124 CILINDRADAS

9C2JC01300100146

COMBUSTIVEL

967.282.564-15

COTA UNICA

9C2JC01300100146

COMBUSTIVEL

967.282.564-15

VENO. COTA UNICA

9C2JC01300100146

COMBUSTIVEL

967.282.564-15

VENO. COTA UNICA

9C2JC01300100146

COMBUSTIVEL

967.282.564-15

VENO. COTA UNICA

9C2JC01300100146

COMBUSTIVEL

967.282.564-15

VENO. COTA UNICA

9C2JC01300100146

COMBUSTIVEL

967.282.564-15

VENO. COTA UNICA

9C2JC01300100146

COMBUSTIVEL

967.282.564-15

VENO. COTA UNICA

9C2JC01300100146

COMBUSTIVEL

967.282.564-15

VENO. COTA UNICA

9C2JC01300100146

COMBUSTIVEL

967.282.564-15

VENO. COTA UNICA

9C2JC01300100146

COMBUSTIVEL

967.282.564-15

VENO. COTA UNICA

9C2JC01300100146

COMBUSTIVEL

967.282.564-15

VENO. COTA UNICA

9C2JC01300100146

COMBUSTIVEL

967.282.564-15

VENO. COTA UNICA

9C2JC01300100146

COMBUSTIVEL

967.282.564-15

VENO. COTA UNICA

9C2JC01300100146

COMBUSTIVEL

967.282.564-15

VENO. COTA UNICA

9C2JC01300100146

COMBUSTIVEL

967.282.564-15

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT
RN Nº 012918716350 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatseguradotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 967.282.564-15 EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 27/06/2016

REN/AN 967.282.564-15

967.282.564-15

967.282.564-15

967.282.564-15

967.282.564-15

967.282.564-15

967.282.564-15

967.282.564-15

967.282.564-15

967.282.564-15

967.282.564-15

967.282.564-15

967.282.564-15

967.282.564-15

967.282.564-15

967.282.564-15

967.282.564-15

SEGURO LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.248.600/0001-04
www.seguradolider.com.br

SEGURO LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.248.600/0001-04
www.seguradolider.com.br

SEGURO LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.248.600/0001-04
www.seguradolider.com.br

SEGURO LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.248.600/0001-04
www.seguradolider.com.br

SEGURO LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.248.600/0001-04
www.seguradolider.com.br



Processos - luana saraiva de oliveira - 3200132630 - IPA

Adicionar

VoltarResumoAndamentoCadastroBeneficiáriosDocumentos**Cancelado**

Processo cancelado na Seguradora Líder, após análise da documentação.

Motivo: Sinistro cancelado tendo em vista tratar-se de vítima/beneficiária proprietária inadimplente, não havendo direito a indenização pelo Seguro DPVAT conforme Resolução CNSP 332/15. acidente: 09/06/2016 vencimento: 06/05/2016 pagamento: 20/06/2016

Para reanálise do processo cancelado, enviar obrigatoriamente através da posição "Reanálise - Negado ou Cancelado", os seguintes documentos:

- Documentos pertinentes ao cancelamento;
- Comprovante de residência atualizado (últimos 06 meses) do beneficiário(s);
- Comprovante de residência atualizado (últimos 06 meses) do procurador(a).



Atestado

<http://10.1.1.150:8085/orthos/atendime...>



SOM

ATESTADO MÉDICO

LAUDO MÉDICO

A PACIENTE **LUANA SARAIVA DE OLIVEIRA** FOI VÍTIMA DE TRAUMA EM ACIDENTE DE MOTOCICLETA EM 09/06/2016, COM LESÕES MÚLTIPLAS INFRADISCRIMINADAS. REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA E ASSISTÊNCIA EM FISIOTERAPIA POSTERIORMENTE.

DIAGNÓSTICOS:

FRATURAS EXPOSTAS DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA
LESÃO TRAUMÁTICA DO QUADRICEPS FEMURAL ESQUERDO
LESÃO TENDINOSA TRAUMÁTICA NO OMBRO DIREITO
FERIDA CORTO-CONTUSA NA COXA DIREITA

A MESMA APRESENTA COMO SEQUELA DEFICIT FUNCIONAL NO OMBRO DIREITO; BÁSCULA DA Pelve COM DESEQUILÍBRIO PÉLVICO; DEFICIT DE FORÇA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COMPARATIVAMENTE AO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM TORNO DE 30%(TRINTA PERCENTUAIS) E ARTRALGIAS EM JOELHO E TORNOZELO ESQUERDO.

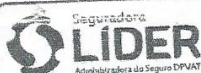
COM EXAMES DE RESSONÂNCIA DO OMBRO DIREITO, COXA ESQUERDA E JOELHO ESQUERDO.

Mossoró, 08 de Janeiro de 2020

JOÃO FIRMINO DA SILVA NETO
CRM: 2517

Rua Pedro Velho, 320 - Sala 04 - Santo Antonio - Mossoró/RN
Fone: 84 3317 3227 - E-mail: som-ortopedia10@hotmail.com
CNPJ: 14.063.305/0001-57





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 967.282.564-15 4 - Nome completo da vítima: LUANA SARAIWA DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: LUANA SARAIWA DE OLIVEIRA 6 - CPF: 967.282.564-15

7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA NIZ COLOMBO 9 - Número: 194 10 - Complemento:

11 - Bairro: PARADÓIS 12 - Cidade: MOSSORÓ 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59618-240

15 - E-mail: LUANNASARAIWA@YAHOO.COM.BR 16 - Tel.(DDD): (84) 99471-6564

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: BRASIL

AGÊNCIA: 0036 1 CONTA: 5542 5

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 ☐ 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? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasdituro (vairascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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 - 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 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, MOSSORÓ 05 Fevereiro 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

RAPHAELLA CABRAL

ADVOCACIA

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

LUANA SARAIVA DE OLIVEIRA, brasileira, solteira, portadora de cédula de identidade nº 001.446.264 e CPF nº 967.282.564-15, residente e domiciliada na Rua Luiz Colombo, nº 194, Paredões, Mossoró/RN, CEP: 59613-240, 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:



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 de Junho de 2016, por volta das 18h10min, a parte autora transitava normalmente quando outra motocicleta parou ao seu lado e puxou a bolsa da passageira para assaltar, assustada resistiu e acabou colidindo com um carro que vinha no sentido contrário.

Em decorrência do impacto sofreu variadas lesões, foi conduzido(a) ao Hospital Tarcísio Maia pela SAMU, local onde realizou primeiro atendimento médico queixando-se de **POLITRAUMA – FRATURA NA COXA DIREITA + FRATURA EXPOSTA NA PERNA DIREITA**, conforme se faz prova com o Prontuário de Atendimento Médico em anexo.

Devido ao fato do sinistro 3200132630, decorrente de acidente de trânsito, requereu administrativamente, seguro – DPVAT, sendo que, a seguradora, negou o pedido / cancelou, através do (CONSORCIO DAS SEGURADORAS), conforme recibo em anexo, sem nenhum motivo aparente.



O fato é que no processo administrativo não houve a gradação da invalidez, tão pouco o deferimento de qualquer pagamento a título de indenização do seguro dpvat, sendo assim, justifica o pleito na via judicial.

IV. DO PROCESSO ADMINISTRATIVO

É importante esclarecer que a parte autora ingressou na via administrativa, como cumprimento de requisito, e recebeu nenhuma quantia, conforme documento de comprovação anexo.

V. DO DIREITO

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

O Seguro DPVAT - Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre - é um seguro que indeniza 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 anatômica 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) 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.

Resolvi 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 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 Excelência:

- 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 Excelência 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 seqüela permanente que assola a parte autora, tudo conforme a parceria firmada entre o TJ e a Seguradora Líder (Convênio n° 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 ao valor apurado através de perícia médica e de acordo com a tabela, 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.

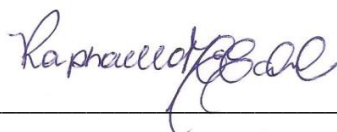
Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito permitido, inclusive com a juntada de documentos médicos, prova pericial para que seja constatada a debilidade da parte autora, apresentando ao final quesitos a serem respondidos por ocasião da perícia.

Dar-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais).

Nestes termos,

Pede e Espera Deferimento.

Natal/RN, 01 de Junho 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)



PROCURAÇÃO
"AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

IVANA SARAIVA DE OLIVEIRA,
BRASILEIRA, SOLTEIRA,
inscrito no CPF/MF 969.282.564-15, residente na
RUA LUIZ COLONGO 194, PRÉDIO 5, MOSSORÓ-RN,
CEP. 59618-240.

OUTORGADO:

RAPHAELLA DAYANNA CORTEZ CABRAL,
BRASILEIRA, SOLTEIRA, ADVOGADA, inscrito
na OAB, Seccional do Rio Grande do Norte, sob o nº
11.818/RN, com endereço profissional na
RUA JOÃO PESSOA, N° 267, EMPRESA CIDADÃO DO NATAL,
SALA 118, BAIRRO CIDADE ALTA, NATAL/RN, CEP. 59025-500

Pelo presente instrumento de procuração ao final assinada, nomeia e constitui seu bastante procurador o senhor doutor acima qualificado, a quem confere amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, com as cláusulas *ad judicium Et Extra*, a fim de que possa defender os interesses e direito do outorgante perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou paraestatal, propondo ação competente em que o outorgado seja autor ou reclamante ou defendendo quando for réu interessado ou requerido, podendo **reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer, inventário, ou arrolamento, firmar compromisso, prestar declarações, receber citação, igualmente para o fim do disposto nos artigos 447 e 448, do Código de Processo Civil**, bem como substabelecer o presente, com ou sem reserva de poderes, se assim lhe convier, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso, sempre no interesse do outorgante.

Mossoró/RN, 01 de maio de 2020.

x. Ivana Saraiva de Oliveira.

OUTORGANTE





SAMU
MOSSORÓ
192

Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO nº190

Mossoró 15 de Julho de 2016

Em resposta a solicitação do (a) Sr. (a) **LUANA SARAIVA DE OLIVEIRA, RG 1.446.264** passo a informar o que consta em nosso registro.

Identificação da ocorrência: S/N

Nome do Paciente: LUANA SARAIVA DE OLIVEIRA, 41 anos.

Data: 09/06/2016

Local da ocorrência: Rua: Eptácio Pessoa.

Viatura: USB – Unidade de Suporte Básico 03

Hora do Chamado: 18h 30min.

Natureza da Ocorrência: Colisão de moto x carro.

Procedimento no Local: Paciente socorrido de acordo com os protocolos SAMU, encaminhado para o Hospital Regional Tarcísio Maia, conforme regulação médica.

Silvania do Monte Santiago

Agente administrativo SAMU/Mossoró

Ananda Ruth de Paula Góis
Diretora do SAMU/MOSSORÓ
Matrícula 507715-0

SAMU – Mossoró
Rua: Seis de Janeiro, 509 – Santo Antônio – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN
Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915
e-mail: samumossoro@hotmail.com





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-400
CNPJ: 06.334.395/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Admin. Central (54) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO

115
115

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 01/11/2019 AS 07:04:23

MATRICULA:

MÊS/ANO

DADOS DO CLIENTE

2636131

11/2019

LUANA SARAIVA DE OLIVEIRA

RUA LUIZ COLOMBO, N. N-194 - PAREDES MOSSORO RN

59818-240

INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ.ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS			
			RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
301.002.025.0168.000	1	003				
HIDRÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO			
Y155282568	LIGADO		LIGADO			

CONSUMO ÁGUA (M3): 2

DATA LEITURA: 01/11/2019

LEIT. ATUAL: 177

LEIT. ANT.: 175

DIAS CONSUMO: 30

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MEDIA
10/2019	3	08/2019	1	06/2019	2	2
09/2019	2	07/2019	2	05/2019	2	

DESCRIÇÃO

	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RES. ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	2 M3	43,77
ESGOTO		
70,0% DO VALOR DE ÁGUA		30,64
MULTA P/IMPONTUALIDADE 10/2019		1,48
JUKOS DE HORA 08/2019		0,70

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	74,41	1,65	1,23
COFINS	74,41	7,6	5,66
VENCIMENTO:	12/11/2019	TOTAL A PAGAR:	70,59

MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrato (como N)
VMP e Recomendações	≤ 5,0 uT	6,0 a 9,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Obtidos	0,44	7,65	100,0 %	0,82	

99471-6564

luannasaraiva@zhu2.com.br





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
3ª Vara da Fazenda Pública da Comarca de Mossoró

Processo nº 0807831-47.2020.8.20.5106

Ação: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Autor: LUANA SARAIVA DE OLIVEIRA

Réu: SEGURADORA DPVAT

DECISÃO

Vistos, etc.

Trata-se de PROCEDIMENTO COMUM (7) distribuída para este d. juízo da 3ª Vara da Fazenda Pública de Mossoró.

De início, observo que a relação jurídica em questão envolve somente particulares e pedido relacionados ao Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT).

Ora, é sabido que só compete às Varas da Fazenda Pública de Mossoró, processar e julgar as ações em que o Estado, os Municípios da Comarca ou suas autarquias e fundações forem interessados como autores, réus, assistentes ou oponentes, exceto nos casos de falência e sucessões (artigo 35, III, “a”, da Lei de Organização Judiciária do Estado do Rio Grande do Norte), o que não é o caso dos autos, daí porquê não compete a este órgão jurisdicional processar e julgar a presente ação.

Ademais, com a entrada em vigor da Resolução 26/2018-TJ, de 19/09/2018, a 5ª e 6ª Varas Cível da Comarca de Mossoró passaram a ter a seguinte competência privativa:

“Art. 12. Fica alterada a competência da 2ª Vara Cível da Comarca de Mossoró, renomeada para 5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró para, por distribuição com a 6ª Vara Cível de Mossoró:

I – processar e julgar feitos relacionados com o Seguro DPVAT;

Ante o exposto, **DECLINO** a competência para a 5ª ou 6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró, a quem compete julgar o presente feito, por distribuição legal.

Proceda-se com a redistribuição do feito através do sistema PJe.



À Secretaria para as providências devidas.

P.I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, data registrada abaixo.

ADRIANA SANTIAGO BEZERRA

Juíza de Direito

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





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
3ª Vara da Fazenda Pública da Comarca de Mossoró

Processo nº 0807831-47.2020.8.20.5106

Ação: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Autor: LUANA SARAIVA DE OLIVEIRA

Réu: SEGURADORA DPVAT

DECISÃO

Vistos, etc.

Trata-se de PROCEDIMENTO COMUM (7) distribuída para este d. juízo da 3ª Vara da Fazenda Pública de Mossoró.

De início, observo que a relação jurídica em questão envolve somente particulares e pedido relacionados ao Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT).

Ora, é sabido que só compete às Varas da Fazenda Pública de Mossoró, processar e julgar as ações em que o Estado, os Municípios da Comarca ou suas autarquias e fundações forem interessados como autores, réus, assistentes ou oponentes, exceto nos casos de falência e sucessões (artigo 35, III, “a”, da Lei de Organização Judiciária do Estado do Rio Grande do Norte), o que não é o caso dos autos, daí porquê não compete a este órgão jurisdicional processar e julgar a presente ação.

Ademais, com a entrada em vigor da Resolução 26/2018-TJ, de 19/09/2018, a 5ª e 6ª Varas Cível da Comarca de Mossoró passaram a ter a seguinte competência privativa:

“Art. 12. Fica alterada a competência da 2ª Vara Cível da Comarca de Mossoró, renomeada para 5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró para, por distribuição com a 6ª Vara Cível de Mossoró:

I – processar e julgar feitos relacionados com o Seguro DPVAT;

Ante o exposto, **DECLINO** a competência para a 5ª ou 6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró, a quem compete julgar o presente feito, por distribuição legal.

Proceda-se com a redistribuição do feito através do sistema PJe.



À Secretaria para as providências devidas.

P.I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, data registrada abaixo.

ADRIANA SANTIAGO BEZERRA

Juíza de Direito

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



registro ciência





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró
Alameda das Carinaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

[Acidente de Trânsito]

Processo nº: 0807831-47.2020.8.20.5106

AUTOR: LUANA SARAIVA DE OLIVEIRA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, juntar aos autos o último contracheque, declaração do último imposto de renda e/ou cópia da carteira de trabalho, para comprovação de hipossuficiência, **sob pena de indeferimento da justiça gratuita**, conforme autoriza o art. 99, §2º do CPC, ou providenciar o adimplemento das custas processuais.

Publique-se. Registre-se e intemem-se.

Mossoró/RN, 22 de julho de 2020.

UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES

JUÍZA DE DIREITO

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



Juntada de CTPS



8

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome

Larissa Francisco
de Oliveira

Loc. Nasc

Teresia

Est.

MG Data 3/14/75

Filiação

José Francisco de
Oliveira e

Larissa da Silva Francisco

Est. Civil

Solteira Doc. Nº 5.179/

Fls

285 Liv. 4-4 Reg. Civil R

Outro doc.

Situação Militar: Doc.

Nº

Órgão

Est

Naturalizado Doc. Nº

Em

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em

Doc. Ident. Nº

Exp. em

Estado

Obs

Data Emissão

DRT



12. *Aspirin* (acetylsalicylic acid), also known as acetylsalicylic acid, is a common analgesic and anti-inflammatory drug. It is a weak acid with a pK_a of 3.5. Write the chemical structure of aspirin, showing the carboxylic acid group and the acetyl group.

Of patients with no additional lesions, approximately 50% have a QSO diameter up to 250 μ m; the mean diameter is 125 μ m. In patients with additional lesions, the mean diameter is 100 μ m.

- OIAB (anexo 8103) apresenta o cálculo sobre o total de vendas de R\$ 30%, sobre Fomac, 2,00%, sobre Heringes, 4,00%, sobre Pique, 2,00%, sobre Acessórios e 4,00% sobre Imitações.

АННОТАЦИЯ

15. *Excedido el plazo de cumplimiento de la obligación de pago de los intereses de los préstamos de capital de riesgo.*

o fornecedor da transação do empresário
participante no empreendimento
LTD.A. CNPJ 11.038.731-000-11, para
fornecer material construtivo de
cimento Portland
LTD.A. CNPJ
26.506.987-0001-79, no CN 01/06/2019
sem caráter a empresa fundada, sem parti-
cipação legal, adquirentes.

SECRETARIA

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei).

HIPER DISTRIBUIDORA DE PNEUS LTDA
CNPJ: 36.543.431/0015-47
AVENIDA PRESIDENTE DUTRA, 2148 -
MOSSORÓ-RN CEP: 59628-000

O colaborador foi transferido para a
empresa acima, exercendo a mesma
função.





MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

CTPS-RECADASTRADA

00010 - RN

Série

Número 55-169



Polegar Direito.



Luana Saraiva de Oliveira
ASSINATURA DO PORTADOR





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria Unificada Cível da Comarca de Mossoró

Alameda das Carinaubeiras, 355, 4º andar, Presidente Costa e Silva, Mossoró-RN - CEP 59625-410

Processo nº: 0807831-47.2020.8.20.5106

Ação: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Parte Autora: LUANA SARAIVA DE OLIVEIRA

Parte Ré: SEGURADORA DPVAT

CERTIDÃO

Certifico que a parte autora apresentou manifestação tempestiva no ID 58349227 em cumprimento ao Despacho de ID 57883706. Pelo exposto, faço os autos conclusos.

O referido é verdade; dou fé.

Mossoró/RN, 6 de agosto de 2020

ALINE ALVES DE MENESES

Auxiliar de Secretaria

CONCLUSÃO

NESTA DATA, faço conclusão destes autos.



Mossoró/RN, 6 de agosto de 2020

ALINE ALVES DE MENESES

Auxiliar de Secretaria





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró
Alameda das Carnebeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

Processo nº: 0807831-47.2020.8.20.5106

AUTOR: LUANA SARAIVA DE OLIVEIRA

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, 6 de agosto de 2020.

UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES

JUÍZA DE DIREITO

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



Registro ciencia





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró
Alameda das Carubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

Processo nº: 0807831-47.2020.8.20.5106

AUTOR: LUANA SARAIVA DE OLIVEIRA

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, 6 de agosto de 2020.

UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES

JUÍZA DE DIREITO

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

