



Número: **0827037-42.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **18/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JULIO CESAR DE LIRA GOMES (AUTOR)	JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)
PORTO SEGURO S/A (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
28545 917	04/07/2018 13:16	<u>01 - PROCURAÇÃO</u>	Procuração
28545 925	04/07/2018 13:16	<u>02 - BOLETIM POLICIAL</u>	Documento de Comprovação
28545 944	04/07/2018 13:16	<u>03 - DOCUMENTO MÉDICO</u>	Documento de Comprovação
28545 954	04/07/2018 13:16	<u>04 - PRÉVIO REQUERIMENTO ADM</u>	Documento de Comprovação
28545 970	04/07/2018 13:16	<u>05 - Quesitos</u>	Outros documentos
28545 979	04/07/2018 13:16	<u>06 - DOCUMENTO PESSOAIS</u>	Documento de Identificação
28545 988	04/07/2018 13:16	<u>07 - DECLARAÇÃO DE POBREZA</u>	Documento de Comprovação
28545 999	04/07/2018 13:16	<u>08 - CONTRATO DE HONORARIOS</u>	Documento de Comprovação

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (S):

Nome: JULIO CESAR DE LIMA GOMES
Nacionalidade: BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO
RG nº: 298 0891 CPF nº: 090 392 394 - 79
Endereço: R. Jose Basílio do Nascimento, 205
Bairro: São Gonçalo Cidade: São Gonçalo do Amarante/RN,
CEP: 59.290-000.

OUTORGADO(S):

JOÃO ROBERTO FERREIRA NEVES, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.239, com escritório profissional à Rua Edgar Dantas, 453-A, Santos Reis, Parnamirim/RN, CEP 59.141-150, E-mail: jfneves@outlook.com.

PODERES: amplos e ilimitados para o foro em geral, junto ou separadamente, em qualquer juízo ou grau de jurisdição, podendo propor e variar de ações civis e criminais, em quaisquer medidas preliminares ou assecutarórias dos nossos direitos e interesses, defende-lhe nas que lhe forem propostas, usar de todos os recursos em Direito admitidos, receber citações e notificações, louvar-se em peritos ou impugná-los, cobrar honorários, inclusive do(s) outorgante(s), referente à presente ação, fazer impugnação, adjudicações, arrematações, transigir, desistir, receber e dar quitações, reconhecer ou não o procedimento do pedido, renunciar ao direito sobre ação, firmar compromissos e substabelecer, podendo ainda usar dos poderes da cláusula “AD JUDICIA ET EXTRA” para requerer e receber junto aos **Hospitais e Boletim do Primeiro Atendimento e Prontuário Cirúrgicos**, o que tudo dará por firme e valioso e, em especial para presente ação de cobrança do Seguro DPVAT.

Parnamirim/RN, 05 de JUNHO de 2018

Júlio César de Lima Gomes.
OUTORGANTE



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 98248

1 - LÓCAL E DATA

Local Avenida BENEDITO SANTANA RN 160 Bairro Ribeiro Moretiro
Cidade/UF São Gonçalo do Amarante - RN P. Ref. RESIDENCIAL 190
Data 12/10/2018 Hora do acidente 19:50 Hora do registro 21:35 Dia da semana SEXTA FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi MZA 9609 Cidade São Gonçalo do Amarante UF RN
Marca/Mod. FIAT PALIO FIRE Cor AZUL Ano 2003 / 2004
Proprietário EDILSON BARBOSA DA COSTA. Nº de Ocupantes 01
Condutor EDILSON BARBOSA DA COSTA Data de Nasc. 13/01/1966
Endereço Rua MERCURIO Nº 50 Fone (84) 996605113
Bairro SANTO ANTONIO - lot. São Pedro Cidade São Gonçalo do Amarante UF RN
CPF Nº 2140.2108.204-49 CNH Nº 01B.942.10403 Validade 31/10/2021 Categoria B
Local de Trabalho ANTONOMU Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi QG N 4660 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. HONDA XRE 150 Cor VERMELHA Ano 2016 / 2016
Proprietário AVAJAIR MARCOS AF AZEVEDO Nº de Ocupantes 01
Condutor JULIO CESAR DE LIMA GOMES Data de Nasc. 02/10/1991
Endereço Rua JOSE BASILIO DO NASCIMENTO CASA 3 Nº 205 Fone (84) 987291420
Bairro NOVO SANTO ANTONIO Cidade São Gonçalo do Amarante UF RN
CPF Nº 090.392.394-79 CNH Nº 0621414484 Validade 15/10/2018 Categoria AB
Local de Trabalho MARINHA DO BRASIL - HOSPITAL NAVAL Fone (84) 3216 3420
End. Rua SILVIO PERICO Nº 512 Bairro ALFREMM Cidade NATAL - RN

5 - VEÍCULO 03:

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

6 - VEÍCULO 04:

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

Autenticação Número do Boletim: 98248 Número da Ocorrência: 984456 Data Registro: 18/01/2018 Hora Registro: 11:24:36 Número/Controle: 00215DCEA6CCB32D

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? Avenida BENEDITO SANTANA RN 160
Em que sentido? SÃO GONÇALO DO ALVARENGA X IGAPÓ Em que faixa? UNICA
Versão do condutor ALLEGIA QUE TRAFEGAVA CONFORME O ACIMA DESCrito, QUANDO FOI SURPREENDIDO POR V2, ULTRAPASSANDO UMA OUTRA MOTOCICLETA QUE TAMBÉM VINHA NO SENTIDO CONTRÁRIO DA VIA, COLIDIINDO FERVENTEMENTE EM MEU VEICULO.

Assinatura do Condutor do V1 + Edison Barbosa da costa

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava? Avenida BENEDITO SANTANA RN 160
Em que sentido? IGAPÓ X SÃO GONÇALO DO ALVARENGA Em que faixa? UNICA
Versão do condutor ALLEGIA QUE, TRAFEGAVA CONFORME O ACIMA DESCrito, QUANDO FOI ULTRA PASSAR UMA OUTRA MOTOCICLETA QUE SEGUIU SUA FRENTE, SO LEMBRA QUE COLIDIU FERVENTEMENTE COM UM VETOR QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO

Assinatura do Condutor do V2 + Málio Pinto de Lima Gomes

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

Autenticação Número do Boletim: 98248 Número da Ocorrência: 984456 Data Registro: 18/01/2018 Hora Registro: 11:24:36 Número/Controle: 00215DCEA6CCB32D

98248

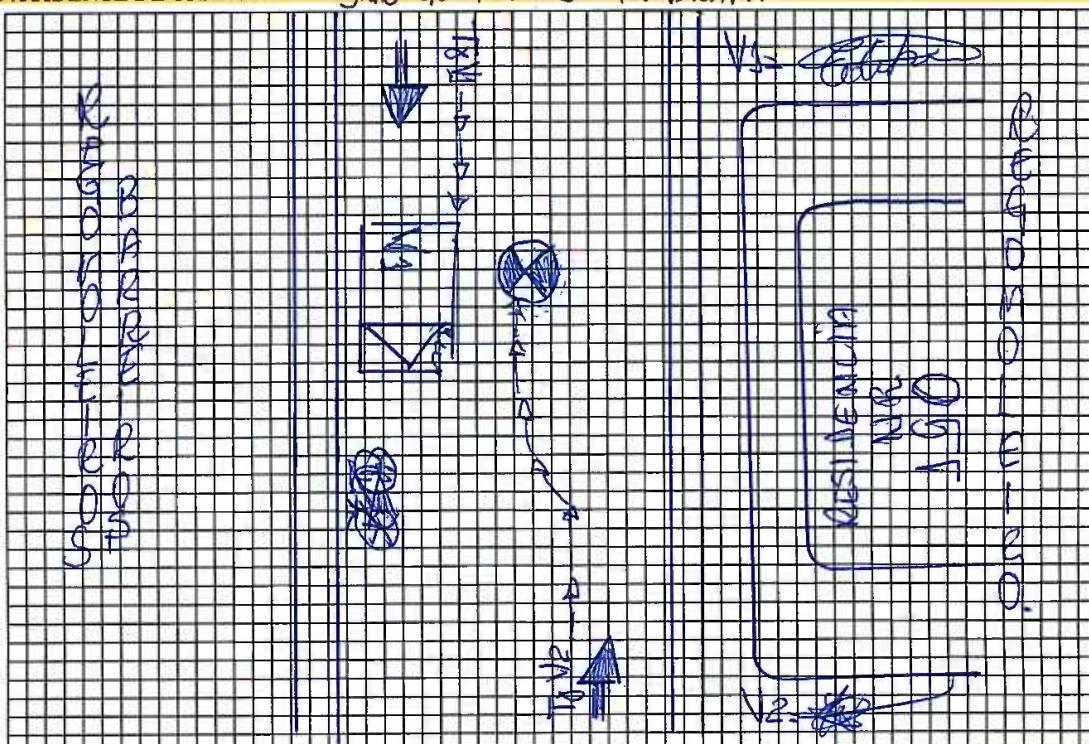
8 - CONDIÇÕES DA VIA

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

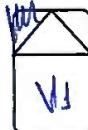
SÃO GONÇALO DO AMARANTE

- ÁRVORE
- VESTÍGIOS
- SEMÁFORO
- PEDESTRE
- BICICLETA OU MOTO
- CARRO DE PEQUENO PORTO
- CAMINHÃO OU ÔNIBUS
- CARRETA

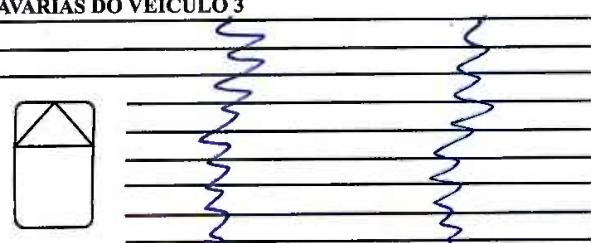


10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1 *KAROL ESQUELETO; PARALISIA DIANTEIRO; PARA-LINHAS DIANTEIRO ESQUERDO; DAMAS MECANICAS; ELETRICAS DE INTERNOS A VERIFICAR.*



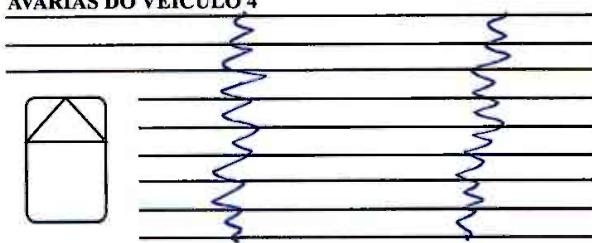
AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 2 *ARO DIANTEIRO; PARALISIA DIANTEIRO; TELESCÓPIOS; MESAS; CHASSIS; GUIA NO CARENASEM DO TANQUE; RETROVISORES; DENTAL DE FREIO; FANOL; RAÍNS; PINTURA ARRANHADA; DENTAL DANTAS A VERIFICAR.*



AVARIAS DO VEÍCULO 4



Autenticação Número do Boletim: 98248 Número da Ocorrência: 984456 Data Registro: 18/01/2018 Hora Registro: 11:24:36 Número/Controle: 00215DCEA6CCB32D

11 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: HOSPITAL SANTA CATARINA. Testemunha
 Presenciou: Fato Registro

Nome: JULIO CESAR DE LIRA GONZES RG Nº: 2900891 Órgão Expedidor: SSP RN Data de Nascimento: 02/10/1991
 Endereço: RUA JOSE BASILIO DO NASCIMENTO CASA 113º N° 205 Fone: 84 387291420
 Bairro: NOVO SANTO ANTONIO Cidade: SAO GONCALO DO AMARANTE UF: RN
 Versão: AOS CULACOS MEDICOS

Assinatura _____ Hora _____

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

Nome: _____ RG Nº: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: / /
 Endereço: _____ Cidade: _____ N°: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ 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 Nº: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: / /
 Endereço: _____ Cidade: _____ N°: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ 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 Nº: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Nascimento: / /
 Endereço: _____ Cidade: _____ N°: _____ Fone: _____
 Bairro: _____ UF: _____
 Versão: _____

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa: _____ Cidade: _____ UF: _____ Marca/Modelo: _____
 Nome: _____ RG Nº: _____ Órgão Exp.: _____
 Endereço: SAMU - METROPOLITANO. N°: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

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

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

INFORMO QUE OS VEÍCULOS FORAM PEGADOS AO RONDO DE UM PACTO E DEIXADOS A MARGEM DA VIA PARA DESOBSTRUÇÃO DO TRANSITO POR POPULARES.

INFORMO QUE NÃO FOI SOB OS CUIDADOS DO CONDUTOR DE VEÍCULOS NÃO APARECEU NENHUM INTERESSADO EM FICAR RESPONSÁVEL PELO MESMO.

Nome Completo do Agente: JOAO VENENO NETO
 POSTO/GRAD.: 3º SGT PM Nº: 97.829 Viatura: DRE 107 Subunid: 1º D/PRE
 Local e Data: SAMU DO ALTO, 12 de JAN de 2018.

Assinatura do Agente de Trânsito

Autenticação Número do Boletim: 98248 Número da Ocorrência: 984456 Data Registro: 18/01/2018 Hora Registro: 11:24:36 Número/Controle: 00215DCEA6CCB32D

HJPB - HOSPITAL DR. JOSÉ PEDRO BEZERRA
Boletim de Atendimento - EMERGÊNCIA

Dados do Paciente

Número do Boletim: 34538/2018 Data/Hora: 12/01/2018 / 21:27:30h
 Paciente: 286117 - JULIO CESAR DE LIRA GOMES
 Dt Nasc: 02/04/1991 Idade: 26 anos Sexo: M Estado Civil: NÃO INFORMADO C N S:
 Mãe: FRANCISCA LEOPOLDINO DE LIRA
 Pai:
 Endereço: PADRE MOURA , 5 Bairro: REGOMOLEIRO
 Cidade: SAO GONCALO DO AMARANTE CEP: 59298400 UF: RN
 Telefone: - Identidade: Naturalidade/UF: NATAL

Classificação de Risco: -

Queixa Principal:

T.A.mmHg	Pulso	F.R.	TEMP.	HGT mg/dl	SPO2
130x80	90	20			97%

OBS:

Dados de Atendimento

Especialidade:CIRURGIA GERAL Motivo: CONSULTA DE URG/EMERG

Usuário: GUARACI FREITAS DA COSTA

Diag. Inicial:

Sumário de Atendimento (Histórico, Exames Solicitados e Conduta) *Hora Atend:

Paciente vítima de acidente de moto com negra perda de consciência. Tontura e náuseas logo após a queda mediatamente. Querido-se de dor em tornozelos Esquerdo, sente-se não frig.

Exame: A, B, C, D → s/ alterações
 E → escoriações em mão E.
 Tórax e abdome s/ alterações.

Prescrição: CD, Salurib Rx Tacox PA, Rx Davia AR,
 Rx toradol AR e Perfil; Rx. PFE. AR e
 colígio; Rx Solka E. AR e Perfil.

Dra. Cátia de França Bezerra
 Cirurgia Ginecológica / Oncoginecologia
 CRM 5926

Rx realizado
 12-01-18
 Assinatura do Técnico Realizante

Confere com Original
 Data: 12/01/18

Alta por decisão médica(); Internação(); Enc.outroServiço(); Evasão()

Data: ___/___/18. Hr: ___ : ___ Ass. Médico: _____

Pediona ce Radiografias; s/ fraturas.
 Has querido-se de dor e m tornozelos Esquerdo,



MARINHA DO BRASIL
HOSPITAL NAVAL DE NATAL
DIVISÃO DE MEDICINA
CLÍNICA MÉDICA



AO POLITRAUMA

JULIO CESAR DE LIRA GOMES

- 26 Anos
- Nega comorbidades
- Nega alergia a medicamentos

Paciente vítima de acidente moto-carro às 21:00. No momento do acidente o militar encontrava-se de capacete. Nega perda da consciência, amnésia, impacto no capacete, náuseas, vômitos e tontura. Relata que todo o impacto foi no lado esquerdo do corpo. No momento o paciente está vigil, consciente, orientado referindo dor em MIE, tornozelo E e MSE.

Parâmetros da chegada: PA: 134 x 70 FC: 102 FR: 20 SatO₂: 98%

Ao exame: BEG, anictérico, acianótico, normocorado e hidratado

- A: Vias aéreas pérveas, sem cervicalgia
- B: MV+ e simétrico, sem RA
- C: RCR, 2T, BNF. Pulso amplo e firme. FC: 100 bpm
- D: Glasgow 15, pupilas isocônicas e fotoreativas, vigil, consciente, orientado, sem déficit motor.
- E: Escoriações em panturrilha esquerda, joelho esquerda e MSD na região do bíceps.

Solicito avaliação da neurocirurgia e ortopedia.

Natal/RN, 13 de janeiro de 2018

Fábio Barros de Medeiros
MÉDICO
CRM/RN 8422

Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

Dr. Hélio Rubens Polido Garcia - CRM 5500
cirurgia da mão - microcirurgia - artroscopia

JULIO CESAR DE LIRA GOMES

Órtese estática para punho E com bloqueio do polegar

Dr. Hélio R. Polido Garcia
Cirurgia da Mão
Microcirurgia
CRM 5500

Dr. Hélio Rubens Polido Garcia
Ortopedia
Cirurgia da Mão/Microcirurgia
CRM 5500

Cirurgia da Mão de Natal

CIMAN

Dr. Hélio Rubens Polido Garcia - CRM 5500
cirurgia da mão - microcirurgia - artroscopia

JULIO CESAR DE LIRA GOMES

Consulta Cirurgia da Mão

Fratura do polegar E

(Signature)
Dr. Hélio R. Polido Garcia
Cirurgia da Mão
Microcirurgia
CRM - 5500

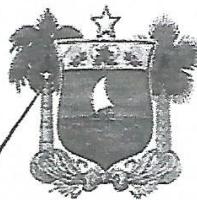
Dr. Hélio Rubens Polido Garcia
CRM 5500

(Signature)

(Signature)
6/1/2012
JRC



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 1918 /2018
Admissão: 13/01/2018 02:29:14

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 57009 - JULIO CESAR DE LIRA GOMES (26 a 9 m 11 d)

Nascimento: 02/04/1991 Natural: NATAL.BRASIL

CNS: CPF: 09039239479

Sexo: M Cor: PARDA

Mae: FRANCISCA LEOPOLDINO DE LIRA

Prof:

Pai: JOSE IVAN GOMES

Logradouro: BELA VISTA, 30

CEP: 59297045

Bairro: REGO MOLEIRO

Cidade: SAO GONCALO DO
AMARANTE

Telefone: 84.991020672

Compl:

Motivo: MOTO X CARRO - COLISÃO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 13/01/2018 02:23:46

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: PAC. VITIMA DE ACIDENTE MOTO-CARRO O MESMO REFERE DOR EM PARTE LATERAL DO CORPO LADO E + REFERE DOR EM MIE, TNZ E MSE

Hora: 02:35

Vítima de Colisão moto - carro, com capacete.

Torax e Abdome feridos - Dor em Sais e F. Perna, joelho e tornozelo E.

Dor lombalgia

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A Pneuma

B Respira com ar ambiente

C Pulso feinos

D Glóssica 15

E -

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL 15/01/2018

MAT. N° 161.228.0

SAME

ASSINATURA

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A
B
C
D
E

A (ALERGIAS): Negra

M (MEDICAÇÃO EM USO): Anticonvulsivo + Calmante no momento -

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): Fimose -

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS) _____

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): _____

V (PASSADO VACINAL): _____

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

- Foram realizadas limpeza e cura de ferida
no hospital Santo Antônio -

Altas da cirurgia geral
Dr. João Igor de P. Cabral

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL, 19/10/2019

MAIL. N° 161.228.0

ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:	<u>Interno</u>	HORA: 02:38	DATA: 13.10.2019
ESPECIALISTA 2:	<u>Nevrocirurgião</u>	HORA: 02:38	DATA: 13.10.2019
ESPECIALISTA 3:		HORA:	DATA:

Dr. João Igor de P. Cabral
Médico
CRM 7106/RJ

MÉDICO (CARIMBO)

SINISTRO 3180139307 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JULIO CESAR DE LIRA GOMES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO ARUANA SEGUROS S/A

BENEFICIÁRIO JULIO CESAR DE LIRA GOMES

CPF/CNPJ: 09039239479

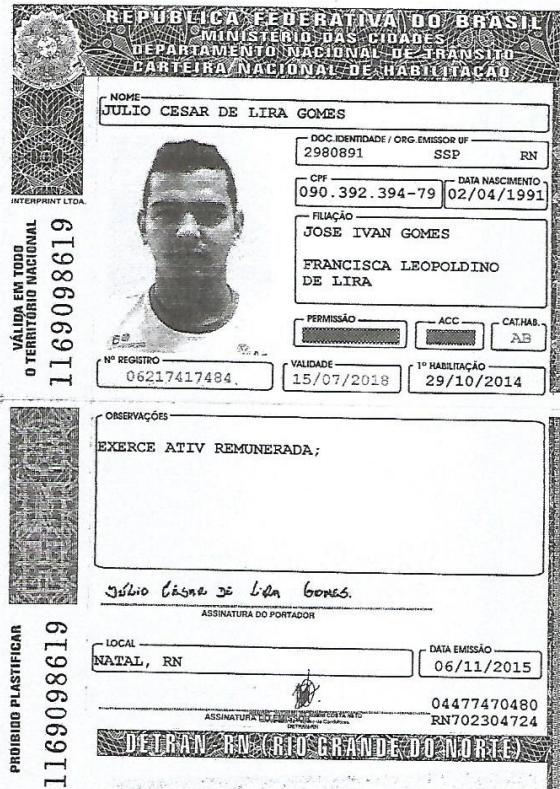
Posição em 13-06-2018 10:57:47

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/04/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Quesitos

- 1- Quais as lesões sofridas pelo autor?
- 2- As lesões decorreram de acidente de veículo?
- 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente?
- 4- Totalmente ou em parte?
- 5 - Em que percentual?
- 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho?
- 7- A incapacidade é temporária ou permanente?
- 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral?
- 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta?
- 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão para a capacitação laborativa é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO						
Av. Coronel Estevam Moura, 30 - Centro São Gonçalo do Amarante/RN - CEP: 59291-550 CNPJ: 08.451.635/0001-17 - FONE: (84) 3278-2290 www.saaesgar.com.br						
INSCRIÇÃO	CLASSE	TARIFA	ECONOMIAS	MÊS/FAT		
0036654.5	PAR	R-M	RES 01	COM IND PÚBL OUT	12/2017	
HIDROMETRO	INSTALAÇÃO		LOCALIZAÇÃO		FATURA	
A15C205395	09/08/16		00 02 03 1600001747		170358620	
IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR						
JULIO CESAR DE LIRA GOMES						
RUA JOSÉ BASÍLIO DO NASCIMENTO 205 3 , UH 03 Q 07 L197 CEP. 59.290-000 SAO GONCALO DO AMARANTE-RN						
SERVIÇOS E TARIFAS						
COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR			
01	AGUA(000 A 0010 ~ 3,552 * 10)		35,52			
HIDROMETRIA						
LEITURA ANTERIOR..: 48	DATA 23/11/17	ULTIMOS CONSUMOS				
ATUAL.....: 49	24/12/17	5	4	2	2	1
CONSUMO : 01	DIAS 31	3	OCO 60	1	1	
LEITURISTA: 28		JUN	JUL	AGO	SET	OUT NOV DEZ
MÉDIA: 2 m ³						
DÉBITO(S): JUN/2017 - NOV/2016						
VENCIMENTO 26/01/2018 VALOR R\$ 35,52 AGENTE ARRECADADORES, COSERN SERVIÇOS, CAIXA ECONOMICA FEDERAL E PAGFACIL.						
É PROIBIDO O DESPEJO DE ÁGUAS SERVIDAS NA RUA, CONFORME LEGISLAÇÃO AMBIENTAL.						
CONSUMIDOR						
SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO Av. Coronel Estevam Moura, 30 - Centro São Gonçalo do Amarante/RN - CEP: 59291-550 CNPJ: 08.451.635/0001-17 - FONE (84) 3278-2290 www.saaesgar.com.br						
INSCRIÇÃO	NAME	MÊS/FAT				
0036654.5	JULIO CESAR DE LIRA GOMES	12/2017				
VENCIMENTO 26/01/2018 VALOR R\$ 35,52						
SAAE	0036654.5 12/17 170358620	AUTENTICAÇÃO NO VERSO				
82610000000-7 35520416003-8 66541217170-4 3586200004-4						



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Júlio César de Lira Gomes, brasileiro(a), portador(a) do RG nº 2930891, inscrito(a) no CPF sob o nº 090 392 394-79, residente e domiciliado à Rua SOUZA BASÍLIO DO NASCIMENTO, nº 205, SÃO GONçALO, SÃO GONçALO DO AMARANTE/RN, CEP 59 290-000, Declaro para os devidos fins que posso hipossuficiência financeira, não tendo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu próprio sustento e o da minha família, consoante o que dispõe a Lei 1.050/1960, e por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Parnamirim/RN, 05 de JUNHO de 2018.

x Júlio Góes de Lira Gomes.

Declarante

LEI N° 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e das outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 29 de agosto de 1983; 162º da Independência e 95º da República.

JOÃO FIGUEIREDO

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

I - CONTRATANTE: JULIO CESAR DE LIMA GOMES
brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 298.0391, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 090.392.394-79
residente e domiciliado(a) a R. JOSE BASILIO DA MASCARENHAS
São Gonçalo do Amarante, CEP 59.290-000

II - CONTRATADO: JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES, brasileiro, advogado, inscrito na OAB (RN) sob o nº. 11239 com cadastro no CPF sob o nº 413.039.704-49, com endereço profissional situado à Rua Edgar Dantas 453-A, Santos Reis, Parnamirim/RN, aqui denominado CONTRATADO.

III - OBJETO DO CONTRATO:

Cláusula 1ª. O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços advocatícios, para propositura da Ação de Cobrança do Seguro Obrigatório (DPVAT), na seara JUDICIAL, junto as Seguradoras responsáveis pelo pagamento de seguro.

IV - DAS ATIVIDADES:

Cláusula 2ª. As atividades inclusas na prestação de serviços objeto deste instrumento são todas aquelas inerentes à profissão,

quais sejam:

- a) praticar quaisquer atos e medidas necessárias e inerentes à causa, em todas as repartições públicas da União, dos Estados e Municípios, bem como Órgãos a estes ligados direta ou indiretamente, seja por delegação, concessão ou outros meios, bem como de estabelecimentos particulares;
- b) praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os específicos no Instrumento Procuratório, parte deste.

V - DA DESISTÊNCIA:

Cláusula 3ª. Fica acordado que, em caso de desistência, a parte CONTRATANTE pagará um salário mínimo a título de despesas, no ato da desistência.

VI - DOS HONORÁRIOS:

Cláusula 4ª. Ficam acordadas as partes que os honorários a título de prestação de serviços, serão pagos da seguinte forma: 30%
(trinta por cento) na judicial ou acordo realizado entre as partes, se for o caso, tudo, nos exatos termos do art. 22, § 4º, da
Lei 8.906/94 e, do provimento 128/15 do TJRN.

Cláusula 5ª. Fica estipulado o valor de até R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais), decorrente das despesas administrativas, a cargo do CONTRATANTE, que será pago ao final do processo, com êxito.

§ 1º. Caso haja morte ou incapacidade civil do CONTRATADO, seus sucessores ou representantes legais receberão os honorários na proporção do trabalho realizado.

Cláusula 6ª Os honorários de sucumbência pertencem ao CONTRATADO nos termos do art. 23 do EOAB, Lei 8.906/94, que poderão de imediato recebê-los em juízo, ou fora dele, ao final da ação, ou promover a competente execução em seu próprio nome, ou em nome do CONTRATANTE, nada tendo este a reclamar ou receber.

Cláusula 7ª. As partes estabelecerão que, havendo atraso no pagamento dos honorários, será cobrada multa de 10% (dez por cento), mais juros na proporção de 1% (um por cento) ao mês.

VII - DA COBRANÇA:

Cláusula 8ª. As partes acordam que facultará ao CONTRATADO, o direito de realizar a cobranças dos honorários por todos os meios admitidos em direito.

VIII - DO FORO:

Cláusula 9ª. Para a solução de questões decorrentes deste Contrato, fica eleito o foro da Cidade de Parnamirim/RN.

E por estarem justas e acertadas, assinam o presente em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Parnamirim/RN, 14 de maio de 2018

Júlio César de Lima Gomes.
CONTRATANTE

JOÃO ROBERTO F. DAS NEVES

Testemunha

CPF: 557.658.909-20

Testemunha

Isaura Costa Fernandes
CPF: 095.492.654-84