



Número: **0817125-55.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO SUMÁRIO**

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

Última distribuição : **26/10/2018**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE IVANILDO PINHEIRO (AUTOR)	ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA (ADVOGADO)
PORTE SEGUNDO S/A (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10275 495	02/05/2017 10:34	BO	Documento de Comprovação
10275 522	02/05/2017 10:34	boletim de 1 atendimento certo	Documento de Comprovação
10275 557	02/05/2017 10:34	BOLETIN DE 1º ATENDIMENTO	Documento de Comprovação
10275 587	02/05/2017 10:34	DOC PESSOAIS	Documento de Identificação
10275 609	02/05/2017 10:34	LAUDO	Documento de Comprovação
10275 663	02/05/2017 10:34	PROCURAÇÃO	Procuração



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE EXTREMOZ
Endereço: RUA COMANDANTE DIDDIER VIANA, S/N, CENTRO, EXTREMOZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2015021000704
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data/Hora de Expedição: 11/05/2015 15:46:00

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 25/04/2015 19:00:00
2.3 Fato: Consumado
2.4 Meio(s) empregado(s): Outros
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.8 Número: S/N
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: CENTRO
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida
2.4 Flagrante: Não
2.7 Logradouro: AV. JOAQUIM DE GÓIS , S/N , EXTREMOZ R/N
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência:
2.13 Cidade: EXTREMOZ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSÉ IVANILDO DA SILVA
3.3 Etnia: Parda
3.5 Mãe: MARIA RITA DA SILVA
3.7 Sexo: MASCULINO
3.9 CPF:
3.11 Nacionalidade:
3.13 Profissão: ARMADOR
3.15 Telefone(s):
3.17 Número: 41
3.19 Bairro: CENTRO
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.4 Pai: JOSÉ FRANCISCO NETO
3.6 Data de Nascimento: 17/11/1973
3.8 RG: 1511743 - SSP R/N
3.10 Passaporte:
3.12 Naturalidade: SANTA CRUZ R/N
3.14 E-Mail:
3.16 Logradouro: RUA DAS ORQUIDEAS 41 , CONJ. ALUZIO BEZERRA ,
3.18 CEP:
3.20 Cidade: EXTREMOZ

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS VEÍCULOS)

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico
VEM REGISTRAR O COMUNICANTE QUE , TRAFEGAVA EM UMA MOTOCICLETA TIPO: HONDA/CB 500F DE PLACAS OJV 9593 CÓD . RENAVAM 01003285209 EM NOME DE : F. A. DA SILVA FILHO ME , E QUE EM DADO MOMENTO COLIDIU NA TRASEIRA DE UM VEÍCULO DE PASSEIO EM QUE FOI AO SOLO , CONDUZIDO AO HOSPITAL DE EXTREMOZ ONDE PASSOU POR ATENDIMENTO E FOI LIBERADO , INDO ATÉ O HOSPITAL CLÓVIS SARINHO NO DIA 26/04/2015 DANDO ENTRADA ÁS 11:31 H ONDE PASSOU POR ATENDIMENTO E ENCONTRA-SE COM O OMBRO ESQUERDO LESIONADO . QUE VEM REGISTRAR O FATO PARA TOMAR AS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS .

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

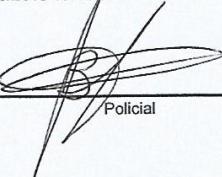
ORIENTADO QUANTO ÁS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS .

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

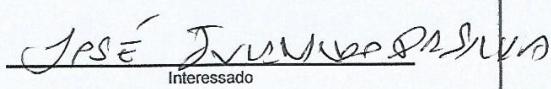
11. DECLARAÇÃO

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

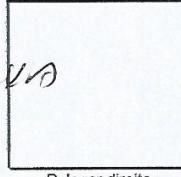
Data: 11/05/2015 15:46:00



Policial



Interessado



Polegar direito

Atendimento: 192.637-3 - FRANCISCO MIGUEL BATISTA DE FARIA JUNIOR
Impresso por: 192.637-3 - FRANCISCO MIGUEL BATISTA DE FARIA JUNIOR em 11/05/2015 15:46:04

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



PREFEITURA DE
EXTREMOZ
CONSTRUINDO COM O PVO

Secretaria Municipal de Saúde

RG - 5581743

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº

X
109

NOME: JOSE JUVENAL DA SILVA

IDADE: 45 ANOS COR: M SEXO: M ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: EXTREMOS CARTÃO SUS: TELEFONE: 88296428

ENDEREÇO: R. PEDRO VASCONCELOS N° 10 BAIRRO: C. PARQUE III

NOME DA MÃE: DATA: 25-04-2015 HORA: 20:08

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM REGULAR COM DISPNÉIA CHOCADO COMATOSO
C/ HEMORRAGIA EM CONVULSÃO POLITRAUMATIZADO AGITADO OUTROS

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM NÃO

PUPILAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL
---------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A. 110-80
-------	------------	-------	-------------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Fatigue da escada
Guedes

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fatigue da escada
Guedes

EXAMES COMPLEMENTARES*Ass. do Responsável***ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/> NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

CONDUTA
Rosimere Samuel da Costa
Técnica de Enfermagem
COREN/RN 760.716*Ass. do Responsável***DESTINO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ / _____ / _____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA _____ / _____ / _____	HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/>
ÓBITO _____ / _____ / _____	HORA _____	
ENTREGUE _____	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
MÉDICO (Carimbo)		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
ORTOPEDIA

PACIENTE	JOSE IVANILDO DA SILVA		
DATA DE ENTRADA	26/04/2015 HORA 11:31 N° BAA 88082		
IDADE	41	SEXO	M Etnia Pardo
CARTÃO SUS	-	ESTADO CIVIL	Solteiro(a)
CPF	051.524.524-05	RG	1511743 - SSP RN
NOME DA MÃE	MARIA RITA DA SILVA		
NOME DO PAI	-		
NASCIMENTO	17/11/1973	NATURALIDADE	Santa Cruz-RN
TELEFONE	(84) 9809-4752	PROFISSÃO	Armador
RUA/AV.	RUA PEDRO VASCONCELO	Nº	10
COMPLEMENTO	-	BAIRRO	Centro
CEP	59575-000	CIDADE	Extremoz-RN
ORIGEM	Outra	MOTIVO	Acidente de Trânsito / Queda de moto
ACID. DE TRABALHO	Não	USUÁRIO	Wellingtonomes

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

For, efeitos clássicos e
NHE/HMNG
Acidentes/Violências
27/04/15
Fatiga excessiva
6/5

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDIACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL	CID
<i>Efusão pleural</i>	

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADILOGIA E IMAGEM) ****

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Rogério Santos
 Ortopedia e Traumatologia
 Assinatura e Carimbo do Responsável

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Deseja Médica À Revelia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado S.V.O. I.T.E.P.

Médico (Carimbo)

Deslizar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Deseja Médica À Revelia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado S.V.O. I.T.E.P.

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

Figure 1 consists of four horizontal black lines. To the left of each line, there is a small vertical label: 'A' above the top line, 'B' below it, 'C' below 'B', and 'D' below 'C'. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page.

A (ALERGIAS): _____
M (MEDICAÇÃO EM USO): _____
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): _____
L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS) _____
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA): _____
V (PASSADO VACINAL): _____

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Na Chastulce & Am

20 TECOS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura e Garimpo do Responsive

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2:	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:



RECEITUÁRIO MÉDICO

Ronaldo Cely
Alentant.

O paciente
Márcio Vassalo da
Silva afiou
mordente de
mão. Socor
precocíssimo.
O clínico
especificou dor e
doloroso ao sacudir
no lado direito.
Alentante.
25/04/2015

Extremoz - RJ - 2015

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Número do Medidor	Tipo da Função	Anterior		Atual		Nº dias	Constante	Ajuste	Consumo
		Data Leitura	Data	Leitura	Data				
2140023070	CAT	04/03/2015	569,00	02/04/2015	711,00	29	100000		142,00
NIVEIS DE TENSÃO		DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES							
Tensão Nominal (V)	Límite de Variação (V)								
220	201 231								
DATA PREVISTA PARA PRÓXIMA LEITURA: 04/05/2015 Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMC, DICRI a qualquer tempo. EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 25,19 DIC - N° de horas sem energia FIC - N° de vezes sem energia DMC - Duração máxima de interrupção contínua DICRI - Duração de interrupção em dia crítico Descrição Conjunto Valor Apurado Límite Mensal Límite Trimestre Límite Anual EXTREMOX fev/2015 1,98 11,16 22,32 44,65 1,00 8,12 16,24 32,48 1,98 6,00 0,00 0,00 Limites DICRI: 16,60									
Informações importantes sobre a conta de energia									
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br . Pagamento em atraso gera: Multa 2% mês a mais + 114% ATEEL (9,09%) é Juros ¹² a.m (Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês. O cliente é compensado quando a variação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Novas Tarifas vigentes a partir de 02/03/15, efeito médio para o consumidor de 2,78% (Res. ANEEL nº 1.858/15).									

MICHELE CARLA DA SILVA



RUA PEDRO VASCONCELOS 10

LT- III
PARQUE DOS SERVIDORES/AREA RURAL
59575-000 EXTREMOZ RN

Conta Contrato: 7008419439
Medidor: 2140023070
Un. Leitura: 02046148
Sequência: 00090
Poste: M90930



www.cosern.com.br

ATENÇÃO: Pode sereto à orientações abaixo para manter o benefício da Tarifa Social.

O sistema de bandeiros tarifários essa vigente a partir de 1º de Janeiro/2015. A bandeira vermelha não implica cobrança adicional. As bandeiros amarela ou vermelha, quando acionadas, implicarão tarifas de a qual implica 0,03 R\$/kWh de acrescimo ao valor da tarifa, líquido de tributos. Mais informações em maior valor, dividido ao maior custo de geração. Neste mês de Fevereiro está em vigor a bandeira vermelha, se você possuir o benefício de Preparação Contínua procegue o INSS.

• PROCLARE A PERFEITURA DO SEU MINISTÉRIO PARA ATUALIZAR O NIS (Número de Inscrição Social).

• O QUE FAZER?

• RECEBER A CARTA DA COSERN? ENTÃO SEU CADASTRO ESTÁ DESATUALIZADO.

• SE VOCÊ POSSUI A PERFEITURA DO SEU MINISTÉRIO PARA ATUALIZAR O NIS (Número de Inscrição Social).

• RECEBER A CARTA DA COSERN? ENTÃO SEU CADASTRO ESTÁ DESATUALIZADO.

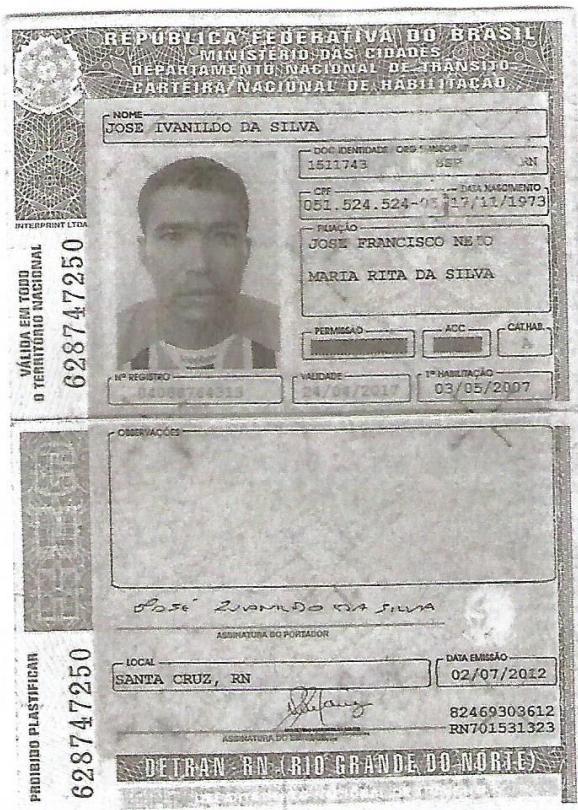
www.aneel.gov.br

Endereço fiscal/ciente Desconhecido Outros
Mudou-se Não existe n° indicado Recusado Portaria Sindicato Assinatura

Responsible pela Informação:

Data / /

PARA USO DO ENTREGADOR



RELATÓRIO MÉDICO

RELATO PARA FINS DE AVALIAÇÃO DO DPVAT, QUE JOSÉ IVANILDO DA SILVA, RG Nº: 1.511.743, SSP-RN. SOFREU ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (QUEDA DE MOTO) EM 26 / 04 / 2015, ONDE HOUVE TRAUMA DA CLAVÍCULA ESQUERDA E ESCORIAÇÃO EM PÉ ESQUERDO.

FOI SOCORRIDA AO HOSPITAL CLÓVIS SARINHO, FEITO AVALIAÇÃO MÉDICA, PROCEDIMENTOS: (Rx) COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA, COLOCARAM 8 GESSADO, MEDICADO E LIBERADO.

EXAME FÍSICO:

APRESENTA DOR RESIDUAL NA REGIÃO DO OMBRO ESQUERDO E PRINCIPALMENTE NA CLAVÍCULA ESQUERDA. DIFICULDADE PARA MOVIMENTAR O BRAÇO ESQUERDO.

CONCLUSÃO:

APRESENTA NO MOMENTO LIMITAÇÃO PARA REALIZAR SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS E HABITUais.

CID 10: S 42.0

PARNAMIRIM, 20 / 07 / 2015.

Estácio R. Medeiros Costa
CRM 4570
663.469 774 20

Dr. Estácio Rubinstein de Medeiros Costa

CREMERN – 4570

MÉDICO

ITAMAR OLÍMPIO DE VASCONCELOS MAIA
ADVOGADO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: José Ivanildo da Silva

NACIONALIDADE: brasileiro

ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO: Advogado

IDENTIDADE: 1511943

CPF: 051.524.524-03

ENDEREÇO: R. Pedro Vasconcelos 2T III

TEL 9809.4752/8605.0811

BAIRRO: Parque dos Ser - CIDADE: Extremoz
Vidóres / Área Rural

ESTADO: RN

OUTORGADO: ITAMAR OLÍMPIO DE VASCONCELOS MAIA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.925, com escritório profissional na Rua Edgar Dantas, nº454, "C", Santos Reis, Parnamirim/RN.

PODERES: A quem confere amplos, limpos, especiais e ilimitados poderes, para em conjunto ou separadamente, no foro em geral, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, propor quaisquer medidas preliminares preventivas ou asseguratórias dos nossos direitos e interesses, usando, para tanto, os poderes da cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA", para requerer judicialmente SEGURO DPVAT, podendo transpor (em) compromissos, fazer acordo, receber (em), dar (em) quitação, representar junto à SEGURADORA LIDER DE SEGUROS, as repartições Públicas, Estaduais, Municipais, Federais, Autárquicas e sociedades de Economia Mista, praticando todos ao atos de representação e defesa extrajudiciais, perante quaisquer pessoas físicas em geral, e, finalmente, praticar (em) todos ao atos que se tornem mister para o fiel e completo desempenho deste mandato, inclusive interpor (em) total ou parcialmente, com ou sem reservas de poderes, o que tudo darei (ermos) por bom firme e valioso.

Parnamirim, de 2015.

X José Ivanildo da Silva

OUTORGANTE/PROCURADOR

Rua Edgar Dantas, nº454, "C", Santos Reis, Parnamirim/RN, CEP – 59.076-000.