



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)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10275495	02/05/2017 10:34	BO	Documento de Comprovação
10275522	02/05/2017 10:34	boletimde 1 atendimento certo	Documento de Comprovação
10275557	02/05/2017 10:34	BOLETIN DE 1º ATENDIMENTO	Documento de Comprovação
10275587	02/05/2017 10:34	DOC PESSOAIS	Documento de Identificação
10275609	02/05/2017 10:34	LAUDO	Documento de Comprovação
10275663	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
Polícia 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
1.2 Data/Hora de Expedição: 11/05/2015 15.46.00
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 25/04/2015 19.00.00
2.2 Autoria: Conhecida
2.3 Fato: Consumado
2.4 Flagrante: Não
2.4 Meio(s) empregado(s): Outros
2.7 Logradouro: AV. JOAQUIM DE GÓIS, S/N, EXTREMOZ R/N
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.8 Número: S/N
2.9 CEP:
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: CENTRO
2.13 Cidade: EXTREMOZ
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSÉ IVANILDO DA SILVA
3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Etnia: Parda
3.4 Pai: JOSÉ FRANCISCO NETO
3.5 Mãe: MARIA RITA DA SILVA
3.6 Data de Nascimento: 17/11/1973
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 RG: 1511743 - SSP R/N
3.9 CPF:
3.10 Passaporte:
3.11 Nacionalidade:
3.12 Naturalidade: SANTA CRUZ R/N
3.13 Profissão: ARMADOR
3.14 E-Mail:
3.15 Telefone(s):
3.16 Logradouro: RUA DAS ORQUIDEAS 41, CONJ. ALUIZIO BEZERRA,
3.17 Número: 41
3.18 CEP:
3.19 Bairro: CENTRO
3.20 Cidade: EXTREMOZ
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

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 INCLUÍDOS TESTEMUNHAS)

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

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

TEM 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 ÀS 11:31 H ONDE PASSOU POR ATENDIMENTO E ENCONTRA-SE COM O OMBRO ESQUERDO LESIONADO. QUE TEM REGISTRAR O FATO PARA TOMAR AS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

ORIENTADO QUANTO ÀS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS.

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

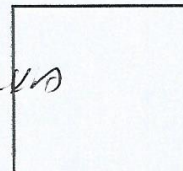
11. DECLARAÇÃO

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 FARIAS JUNIOR

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

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

NOME: JOSE IVANILDO DA SILVA

IDADE: 44 ANOS

COR: M

SEXO: M

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: EXTREMOZ

CARTÃO SUS: _____

TELEFONE: 88296428

ENDEREÇO: R. PEDRO VASCONCELOS Nº 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 DISPNEIA ☐

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)

*fratura de ulna e rádio
direita*

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

*Fratura da clavícula
direita*

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"/> ORTOPIEDIA	<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

Volter - 10/07/2011

Rosimere Samuel da Costa
Téc. de Enfermagem
COREN-PA 760.716

Dr. G. Silva
10/07/2011

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE _____	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____ HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/>
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 Nº 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 Wellingtongomes

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

For, eduz, clausura 2

NHE/HN/RN
Acidentes/Violências
27/04/15
Fatura 15
6-15

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES

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

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura clausura 2

CID

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Rogério Santos
Ortopedia e Traumatologia
Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐

A Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / / HORA:

I.T.E.P. ☐

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar 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:

Decisão Médica ☐

A Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / / HORA:

I.T.E.P. ☐

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

O EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO E A AVALIAÇÃO DETALHADA CRIEIRA DO PACIENTE (DA CABEÇA AOS PÉS), VEJA, NÃO APENAS OLHE; OIÇA, NÃO APENAS ESCUTE; SINTA NÃO APENAS TOQUE.

CASO O EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO NÃO FOR FEITO, NÃO DEVE SER MARCADO O EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO.

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

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):

Na estrutura e no

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Rogério Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1226 SBO 1341

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2:

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

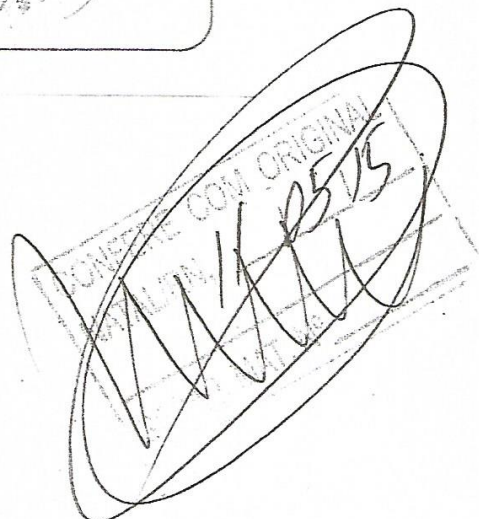
MÉDICO (CADASTRO)

RECEITUÁRIO MÉDICO

Luiz da Costa
Ribeiro

O paciente
Mr. Francisco de
Silva sofreu
acidente de
moto 500 cc
provocando fratura
de clavícula
esquerda. Dor e
limitação de movimento
no membro.

Ribeiro
25/04/2015



DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Número do Medidor	Tipo da Função	Anterior		Atual		Nº dias	Constante	Ajuste	Consumo
		Data	Leitura	Data	Leitura				
2140023070	CAT	04/03/2015	569 00	02/04/2015	711 00	29	1 00000		142 00

NÍVEIS DE TENSÃO			Tensão Nominal (V)	Limite de Variação (V)		Tensão	Limite Mínimo	Limite Máximo
Minimo	Máximo	Limite Mínimo		Limite Máximo				
220	201	231						

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
Descrição	Conjunta	Valor Apurado	Limite Mensal	Limite Trím.	Limite Anual
DIC - Nº. de horas sem energia	EXTREMOZ	1,98	11,16	22,32	44,65
FIC - Nº. de vezes sem energia		1,00	8,12	16,24	32,48
DMIC - Duração máxima de interrupção contínua		1,98	6,08	0,00	0,00
DICRI - Duração de interrupção em dia crítico					
			Limite 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% (Res. 414/ANEEL-09/09/10) e Juros 1% a.m (Lei 10.438-26/04/02) no próximo mês.
 O cliente é compensado quando há violação 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



www.cosern.com.br

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

ATENÇÃO: Fique atento às orientações abaixo para manter o benefício da Tarifa Social.

• RECEBEU A CARTA DA COSEERN? ENTÃO SEU CADASTRO ESTÁ DESATUALIZADO.
 • O QUE FAZER?
 • SE VOCÊ POSSUI O BPC (Benefício de Prestação Continuada) procure o INSS.
 • PROCURE A PREFEITURA DO SEU MUNICÍPIO PARA ATUALIZAR O NIS (Número de Inscrição Social).
 Caso o seu cadastro precise de atualização, a identificação do motivo estará registrada no verso desta leitura como informação importante.

O sistema de bandeiras tarifárias está vigente a partir de 1º de Janeiro/2015. A bandeira verde não implicará cobrança adicional. As bandeiras amarela ou vermelha, quando acionadas, implicarão tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. Neste mês de Fev/15 está em vigor a bandeira vermelha, a qual implica 0,03 R\$/kWh de acréscimo ao valor da tarifa, líquido de tributos. Mais informações em www.aneel.gov.br

PARA USO DO ENTREGADOR

Endereço insuficiente ☐ Mudou-se ☐ Não existe nº indicado ☐ Recusado ☐ Responsável pela informação: ☐ Morador ☐ Porteiro ☐ Síndico ☐ Assinatura ☐

Data:

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

INTERPRINT LTDA

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

628747250

NOME
JOSE IVANILDO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE - CEST - INSC. EST.
1511743 RN

CPF
051.524.524-01 DATA NASCIMENTO
17/11/1973

PAZÃO
JOSE FRANCISCO NETO
MARIA RITA DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CATIAS
A

1ª REGISTRO
24/04/2011 1ª HABILITAÇÃO
03/05/2007

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SANTA CRUZ, RN DATA EMISSÃO
02/07/2012

ASSINATURA DO DETRAN

82469303612
RN701531323

DETRAN RN (RIO GRANDE DO NORTE)

PROIBIDO PLASTIFICAR

628747250

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 HOVE 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
663.469 304 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: Armador

IDENTIDADE: 1511743

CPF: 051.524.524-03

ENDEREÇO: R. Pedro Vasconcelos II III

TEL 9809.4752/8605.0811

BAIRRO: Parque dos Ser-
vidores (Avec Rural)

CIDADE: Extremoz

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 assecuratórias 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 de 2015.

X José Ivanildo da Silva

OUTORGANTE/PROCURADOR

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