



Número: **0817125-55.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO SUMÁRIO**

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

Última distribuição : **10/04/2019**

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
42732 131	07/05/2019 15:22	Petição	Petição
42732 152	07/05/2019 15:22	2581923 ELABORAR CHAMAMENTO AO FEITO 01	Outros documentos
42732 187	07/05/2019 15:22	2581923 ELABORAR CHAMAMENTO AO FEITO Anexo 01	Outros documentos

Juntada de petição



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 23ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08171255520178205001

PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE IVANILDO PINHEIRO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa., informar para ao final requerer o que segue:

DO CHAMAMENTO DO FEITO A ORDEM

DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO

LESÕES APÓS O ACIDENTE NARRADO NA INICIAL

Inicialmente, deve-se sopesar o fato da parte autora ter pleiteado administrativamente, indenização por invalidez, referente AO ACIDENTE OCORRIDO 14/12/2015, 8 MESES DEPOIS O ACIDENTE OBJETO DA PRESENTE LIDE, cujo processo tramitou Processo nº: 3160166374.

FRISA-SE QUE A PARTE AUTORA REQUEREU O RECEBIMENTO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT NOS AUTOS DO PROCESSO ADMINISTRATIVO 3160166374 EM DECORRÊNCIA DE FRATURA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, NA PROPORÇÃO DE 75%, PERFAZENDO AO VALOR AVALIADO DE R\$ 5.405,40, OU SEJA, O REQUERENTE SUSTENTA SEU PLEITO INDENIZATÓRIO EM LESÃO IDÊNTICA A QUE FORA RECEBIDO, VEJAMOS:

DADOS DO SINISTRO			
Número: 3160166374	Cidade: Santa Cruz	Natureza: Invalidez Permanente	
Vítima: JOSE IVANILDO DA SILVA	Data do acidente: 14/12/2015	Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A	

PARECER

Diagnóstico: **fratura clavicular esq com lesão parcial do plexo braquial esq**

Descrição do exame **fraqueza MSE com hipotrofia e parestesia (monoparesia grau 3)**
médico pericial:

Resultados terapêuticos: tratamento cirúrgico com osteosíntese com placa e parafusos. evoluiu com hipotrofia parcial da musculatura proximal do MSE. Ainda em consolidação da clavícula

Sequelas permanentes: **HOVE AGRAVAMENTO DA LESÃO PRÉ EXISTENTE NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.**

Sequelas: **Com sequela**

Data da perícia: 05/04/2016

Conduta mantida:

Observações: **VITIMA JA INDENIZADA ANTERIORMENTE SOB O SINISTRO 3150/470233 OCORRIDO EM R\$ 1.687,50 REFERENTE A 50% DA LESÃO NO OMBRO ESQUERDO**

Médico examinador: RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 57,2 %	40,04%	R\$ 5.405,40
		Total	40,04 %	R\$ 5.405,40

BANCO DO BRASIL**COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA**

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/04/2016
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 5.405,40

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE IVANILDO DA SILVA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00033
CONTA: 000000144753-1

Nr. da Autenticação 3C19BB5B37D16E8B

SALIENTA-SE QUE A PARTE AUTORA REQUEREU O RECEBIMENTO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT NOS AUTOS DO PROCESSO ADMINISTRATIVO 3150470233 EM DECORRÊNCIA NOVAMENTE NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, NA PROPORÇÃO DE 50%, PERFAZENDO AO VALOR AVALIADO DE R\$ 1.687,50, OU

**SEJA, O REQUERENTE SUSTENTA SEU PLEITO INDENIZATÓRIO EM LESÃO IDÊNTICA A QUE FORA RECEBIDO,
VEJAMOS:**

DADOS DO SINISTRO				
Número: 3150470233	Cidade: Extremoz	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: JOSE IVANILDO DA SILVA	Data do acidente: 25/04/2015	Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A		
PARECER				
Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA				
Descrição do exame ELEVAÇÃO AO NÍVEL DE 1/3 MÉDIO DE CLAVÍCULA ESQUERDA, DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE DE OMBRO médico pericial: ESQUERDO PARA ROTAÇÃO INTERNA, SEM ATROFIA DE MUSCULATURA DA CINTURA ESCAPULAR, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO				
Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA, NÃO FEZ FISIOTERAPIA				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL AO NÍVEL DO OMBRO ESQUERDO				
Sequelas: Com sequela				
Data da perícia: 27/10/2015				

DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

Constata-se que os documentos acostados aos autos comprovam que o acidente que ocasionou a debilidade permanente APÓS ao narrado na inicial, não havendo, portanto, nexo de causalidade entre o acidente e a lesão apresentada pela parte autora.

DESTA FORMA EXA., REQUER A SEGURADORA RÉ BASTANTE CAUTELA NA ANÁLISE DOS R. DOCUMENTOS MÉDICOS E DEMANDA, HAJA VISTA QUE A PARTE AUTORA EM UM LAPSO INFERIOR DE 8 MESES, SE ENVOLVEU EM OUTRO ACIDENTE E POR CONSIDERACAO SOFREU LESÃO NO MESMO MEMBRO, QUAL SEJA, MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

deste modo, é irrefragável que a presente lide tem o mesmo pedido de outros processos administrativos uma vez que a parte autora sequer comprova que houve agravamento da lesão em virtude de um suposto novo acidente automobilístico.

diante do exposto, a improcedência do pedido é a medida que se impõe.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,
NATAL, 6 de maio de 2019.

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN

Rio de Janeiro, 04 de Março de 2016

Carta nº: 8798638

A/C: JOSE IVANILDO DA SILVA

Sinistro: 3160166374
Vitima: JOSE IVANILDO DA SILVA
Data Acidente: 14/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RUBENS JOSE DE LUCENA VIANA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 19 de Março de 2016

Carta nº: 8893483

A/C: JOSE IVANILDO DA SILVA

Sinistro: 3160166374 ASL-0121055/16
Vítima: JOSE IVANILDO DA SILVA
Data Acidente: 14/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RUBENS JOSE DE LUCENA VIANA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2016

Carta nº: 8982582

A/C: JOSE IVANILDO DA SILVA

Sinistro: 3160166374 ASL-0121055/16
Vitima: JOSE IVANILDO DA SILVA
Data Acidente: 14/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RUBENS JOSE DE LUCENA VIANA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE IVANILDO DA SILVA

Valor: R\$ 5.405,40

Banco: 104

Agência: 000000033

Conta: 00000144753-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	5.405,40

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau mágico 57,2%

% Invalidez Permanente DPVAT: (57,2% de 70%) 40,04%

Valor a indenizar: 40,04% x 13.500,00 = R\$ 5.405,40

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3160166374 - 1

Nome do(a) Examinado(a): JOSE IVANILDO DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA DAS ORQUIDEAS nº 41 - CENTRO - SANTA CRUZ/RN

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 1511743 - SSP

Data local do exame: 05/04/2016 NATAL/RN

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

fratura clavicular esq com lesão parcial do plexo braquial esq

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

tratamento cirúrgico com osteosíntese com placa e parafusos. evoluiu com hipotrofia parcial da musculatura proximal do MSE. Ainda em consolidação da clavícula

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

fraqueza MSE com hipotrofia e parestesia (monoparesia grau 3)

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*):

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

Membro superior esq

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*):

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

RG CORRETO: 1511743

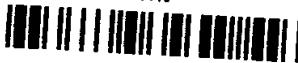
Local e data de realização do exame médico legal:

RN - NATAL, 05/04/2016

Médico Perito: RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS CRM: 14616

*Rodrigo Castro de Medeiros
Dr. Rodrigo Castro de Medeiros
Cirurgia de Coluna
CRM-PE 14 616*

Assinatura do perito Examinador - CRM



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, José Ivanildo da Silva

PORTADOR(A) DO RG Nº 4511743

EXPEDIDO POR SSP - RN

EM 03/05/2007

CPF 0515045004-05 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO recolh.

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.100,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA. José Ivanildo da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO 04 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0033 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1447 53-1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0033 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1447 53-1

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Monró RN 04 de Fevereiro de 2016
LOCAL E DATA

José Ivanildo da Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação em vigor na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de Indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2016



ARUANA SEGUROS
08 MAR 2016

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 9º DELEGACIA REGIONAL - SANTA CRUZ

Endereço: RUA JOAQUIM ROGÉRIO, 270, CASCALHO, SANTA CRUZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2016079000255 1.2 Data de Expedição: 30/01/2016 16.18.39
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO 1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 14/12/2015 09.03.00 2.2 Autoria: Conhecida
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não
2.4 Meio(s) empregado(s): Veículo 2.7 Logradouro: RUA PAULO AFONSO
2.6 Tipo do local: Via Pública 2.9 CEP:
2.8 Número: S/N 2.11 Ponto de Referência:
2.10 Complemento: 2.13 Cidade: SANTA CRUZ
2.12 Bairro: CENTRO
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOSE IVANILDO DA SILVA 3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Etnia: Preta 3.4 Pai: JOSE 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/RN
3.9 CPF: 3.10 Passaporte:
3.11 Nacionalidade: 3.12 Naturalidade: SANTA CRUZ/RN
3.13 Profissão: ARMADOR 3.14 E-Mail:
3.15 Telefone(s): 84 998094752 3.16 Logradouro: RUA DAS ORQUÍDEAS
3.17 Número: 41 3.18 CEP:
3.19 Bairro: ALUÍZIO BEZERRA 3.20 Cidade: SANTA CRUZ
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)

5.1.1 Nome Completo: PREJUDICADO 5.1.2 Aicunha:
5.1.3 Estado civil: 5.1.4 Etnia:
5.1.5 Pai: 5.1.6 Mãe:
5.1.7 Data de Nascimento: 5.1.8 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO
5.1.9 RG: Não informado 5.1.10 CPF:
5.1.11 Profissão: 5.1.12 Nacionalidade:
5.1.13 Passaporte: 5.1.17 CEP:
5.1.14 Características: 5.1.19 Cidade:
5.1.15 Logradouro:
5.1.16 Número:
5.1.18 Bairro:
5.1.20 Estado:

DOCUMENTO 1 *T1%



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

RELATA A VITIMA QUE NA DATA, HORA E LOCAL ACIMA CITADO, CONDUZIA A MOTO DE PLACA OJV 9593/RN, COR BRANCA, RENAVAN 01003285209, QUANDO O MESMO DERRAPOU NA RUA VINDO A CAIR AO CHÃO, ONDE FOI SOCORRIDO ATÉ O HOSPITAL REGIONAL ALUÍZIO BEZERRA EM SANTA CRUZ/RN, CONFORME DOCUMENTO EM ANEXO. NADA MAIS DISSE

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

REGISTRO DE B.O E ENTREGUE UMA DAS VIAS A VITIMA

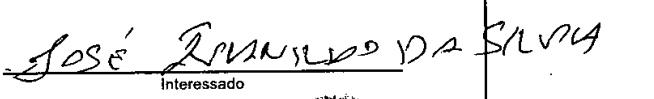
10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

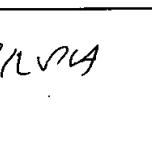
11. DECLARAÇÃO

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

Data: 30/01/2016 16.18.39


Policial


José Francisco da Silva
Interessado



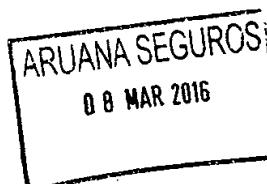
Polegar direito

Atendimento: 1702599 - NATANCLEY DANTAS DOS SANTOS
Impresso por: 1702599 - NATANCLEY DANTAS DOS SANTOS em 30/01/2016 16:18:41

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Protocolo: J2016079000255 - Código de autenticação: 5f8a7b7a83cca76a91cad67eabacf6f9

Página 1 de 1


ARUANA SEGUROS:
08 MAR 2016

Num. 42732187 - Pág. 8

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, José Inácio da Silva, portador da carteira de identidade nº 1511743 e inscrito no CPF/MF sob o nº 051.524.524-05, residente e domiciliado na Rua das Oquintais - 41, Cidade Santa Cruz, Estado RN, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 2 *12%

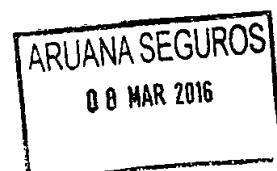


José Inácio da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Mossoró RN 01.02.2016

Local e data



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/04/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.405,40

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE IVANILDO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00033

CONTA: 000000144753-1

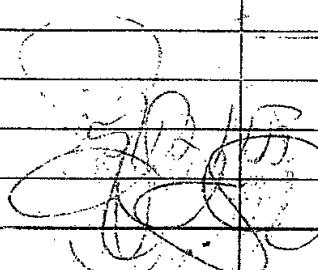
Nr. da Autenticação 3C19BB5B37D16E8B

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL ALUÍZIO BEZERRA
CNPJ 08.358.889/0001-95

Até declaratório

SERVIÇO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME: <u>JOSÉ IVANILDO DA SILVA</u>		SINAIS VITAIS	
DATA NASC. <u>12/11/73</u> CPF _____		RG _____	TA <u>102</u> mmHg
FILIAÇÃO <u>MARIA MITA DA SILVA</u>		TEMP: _____ °C	
Nº CARTÃO SUS: _____		RESP.: _____ hpm	
ENDERECO: <u>RUA DAS ORquíDEAS 41 040</u>		PULSO: _____ ppm	
CIDADE: <u>SANTANA</u> CEP: _____		PESO _____ Kg	
SEXO: M(<input checked="" type="checkbox"/>) F(<input type="checkbox"/>) IDADE: <u>42</u> ESTADO CIVIL: <u>SOLTEIRO</u>			
DATA: <u>14/12/2015</u> HORA: <u>9:03</u> N° <u>33</u>			

CONDUTA		
PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	CHECAGEM
DOCUMENTO 3 *T3%*		
<u>CONFIRMO O ORIGINAL</u> <u>27.01.2016</u>		
<u>Assinatura e Carimbo</u>  <u>Adriana M. Fonseca da Silveira</u> <u>Assistente Social</u> <u>CRESS/RN 3980</u>		
<u>ARIANA SÉGUROS</u> <u>08 MAR 2016</u>		

~~Exame de rotina~~

História e exame físico: história clínica

Diagnóstico: _____

Exames solicitados (com resultados): BX - fígado

DESTINO DO PACIENTE

Diagnóstico definido: _____

Liberado por decisão médica (). a. pedido (). Hora: 16:00

Permaneceu () Hora: _____ Internado () Hora: _____

Encaminhado: Ambulatório () Outro () Natal

Na ambulância: do HORAB () Da cidade de Origem () Transporte próprio ()

Retirou-se à revelia () Hora: _____

Óbito em _____ / _____ / _____ às _____ ; _____

Entregue à família () SVO () IML ()

Assinatura e carimbo médico

Dr. Geraldo Martins Pimentel
CRF-RN 1371
COF 120 23 270 04

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2016

DOCUMENTO 2 "T2%"



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Ivanildo da Silva,

RG nº 1511743, data de expedição 03/05/2007 Órgão SSP-RN,

CPF nº 051.524.524-05 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua das Orquídeas</u>
Número	<u>41</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Santo Cruz</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59.200-000</u>
Telefone de Contato	<u>(84) 3061.6313</u>
E-mail	<u>Confianca Seguros@outlook.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Mossoró RN 01.02.2016

Assinatura do Declarante:

José Ivanildo da Silva

ARIANA SEGUROS

08 MAR 2016

9851.1160

ARUANA SEGUROS

09 MAR 2016

DOCUMENTO 1 "T1%"



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tiro, CEP 59015-030
CNPJ: 00.334.383/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Adm. Central (84) 3232-4429 / Olinda, (84) 3232-4462

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO
08000 340195
84-3315-4612

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA, ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 24/07/2015 AS 10:30:07 MATRÍCULA: MÊS/ANO

DADOS DO CLIENTE		2839028	08/2015			
RUBENS JOSE DE LUCENA VIANA RUA CAMPOS SALES, N. 981 - ABOLICAO HOSLORO RH 59600-000						
INSCRIÇÃO 301.010.117-0290-000	ROTA 5	SEQ ROTA 5218	QUANTIDADE DE ECONOMIAS RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO			
HIDRÔMETRO Y105401064	SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO				
CONSUMO ÁGUA (M3): 19		DATA LEITURA: 24/07/2015 LEIT. ANUAL: 950 LEIT. ANTO: 931 DIAS CONSUMO: 29				
HISTÓRICO DE CONSUMO						
REF 07/2015	CONSUMO 23	REF 05/2015	CONSUMO 19			
06/2015	24	04/2015	11			
REF 03/2015		CONSUMO 10	REF 02/2015	CONSUMO 10		
DESCRÍCIONE ÁGUA				CONSUMO	TOTAL (R\$)	
RESIDENCIAL > 100 M3 UNIDADE(S)						
ATE 10 M3 - R\$ 0,96 POR UNIDADE				10 M3	9,60	
11 M3 A 15 M3 - R\$ 3,45 POR M3				5 M3	17,25	
16 M3 A 20 M3 - R\$ 4,03 POR M3				4 M3	16,32	
ESGOTO						
70,6% DO VALOR DE ÁGUA					45,12	
TRIBUTOS				BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPÔTO
PIS				100,70	1,65	1,61
COFINS				100,70	2,6	2,64
VENCIMENTO: 31/08/2015				TOTAL A PAGAR:		109,70
A SEGURANÇA FAZ A DIFERENÇA NO TRABALHO. A PREVENÇÃO PROTEGE O TRABALHADOR DA CAT E OBRIGAÇÃO LEGAL. GARANTIA PARA PATRÕES E EMPREGADOS. ACIDENTES NÃO ACONTECEM POR ACASO. ELE PODE SER EVITADO. TRABALHE.						
MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA						
Parâmetros	Turbidez	PH	Colif. Total	Cloro Residual Livre	Níquel (comum)	
VNP e Recomendações	≤ 5,0 uT	6,0 a 9,5	% de Ausência	0,7 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L	
Valores Óptimos	0,6	8-12	100-105	1,1-1,6		

82610000001 5 09700006301 2 00283902801 2 08201590003 6

MATRÍCULA	MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
2839028	08/2015	10/08/2015	109,70

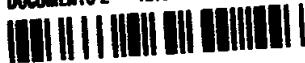


COMPROVANTE DA CAERN

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2016

DOCUMENTO 2 *T2%



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rebeca José de Araujo Viana, portador(a) do RG nº 1 675 959, expedido por 375P RIV, em 27/108/113, CPF/CNPJ nº 008 003 114 - 50, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) José Henrique da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invólucro da vítima José Henrique da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recepcionista Renda Mensal: R\$ Recepcionista

Documentos comprobatórios: _____

Rebeca José de Araujo Viana
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2016

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL ALUÍZIO BEZERRA**
CNPJ 08.358.889/0001-95

SERVÍCIO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

NOME <u>JOSE IVANILDO DA SILVA</u>		SINAIS VITAIS	
DATA NASC. <u>12/11/73</u> CPF <u></u> RG <u></u>		TA <u>102</u> mmHg	
FILIAÇÃO <u>MARIA RITA DA SILVA</u>		TEMP: <u></u> °C	
Nº CARTÃO SUS: <u></u>		RESP.: <u></u> hpm	
ENDERECO: <u>RUA DAS ORquíDEAS 41 CAR</u>		PULSO: <u></u> ppm	
CIDADE: <u>SANTANA</u> PROFISSÃO: <u>ARMADOR</u>		PESO <u></u> Kg	
SEXO: M(<input checked="" type="checkbox"/>) F(<input type="checkbox"/>) IDADE: <u>62</u> ESTADO CIVIL: <u>SOLTEIRO</u>		DATA <u>14/12/2015</u> HORA <u>9:03</u> N° <u>33</u>	

~~CONFERENCE ORIGINAL~~
~~11.01.2013~~

Assinatura e Garimbo

~~Dr. R. S. M. A.~~
Adriana M^a Fonseca da Silveira

Assistente Social
CRESS/RN 3980

ARIANA SEGUROS

08 MAR 2016

Acidente de Moto

História e exame físico: *história clínica*

Diagnóstico:

Exames solicitados (com resultados): *Ex - fratura*

DESTINO DO PACIENTE

Diagnóstico definido:

Liberado por decisão médica ()

a pedido ()

Horas: *11/0*

Permaneceu () Horas:

Internado ()

Horas:

Encaminhado: Ambulatório ()

Outro () *Water*

Na ambulância: do HORAB () Da cidade de Origem () Transporte próprio ()

Retirou-se à revelia () Horas:

Óbito em / / às ;

Entregue à família () SVO () IML ()

Assinatura e carimbo médico

Dr. Geraldo Martins Pontes

CEPARN 1371
CPF 123 456 789 01

Acidente de trânsito
na avenida Olímpia

História e exame físico:

Diagnóstico:

Exames solicitados (com resultados):

DESTINO DO PACIENTE

Diagnóstico definido:

Liberado por decisão médica () a. pedido () Hora:

Permaneceu () Hora: Internado () Hora:

Encaminhado: Ambulatório () Outro ()

Na ambulância: do HORAB () Da cidade de Origem () Transporte próprio ()

Retirou-se à revelia () Hora:

Óbito em / / às :

Entregue à família () SVO () IML ()

Assinatura e carimbo médico

Dr. Geraldo Martins Póntes
CRM 1371
CPF 123.456.789-00

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2016



PRONTOCLÍNICA DA CRIANÇA LTDA
DRº PAULO GURGEL

REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH:	Nº ATENDIMENTO	DATA	HS:
TIPO DE INTERNAMENTO:	EXCIRÚRGICO ()CLÍNICO ()PEDIÁTRICO	03/01/15	
ACOMODAÇÃO:	FEMININA LEITO:	CONVÉNIO	SUS
MATRÍCULA 701 8092 3993 737		VALIDADE	
ASS. DO RESPONSÁVEL PELO INTERNAMENTO:			

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: JOSE TUANINDO DA SILVA		SEXO: M ()F
DATA DE NASCIMENTO: 17/05/1973 RG: 1530743 CPF:		
FILIAÇÃO MÃE: MARIA RITA DA SILVA		
PAI: JOSE FRANCISCO ALVES		
ENDEREÇO: RUA DAS ORquíDEAS	Nº 41	
BAIRRO: CENTRO	CIDADE: R. SANTA CRUZ	
ESTADO: RJ	CEP: 20200-000	
RESPONSÁVEL:	PARENTESCO:	
FONE: (21) 99809-4452	FONE: (21) 9 8605-0815	

SUMÁRIO DE ALTA

TIPO DE ALTA: ()MÉDICA ()ADMINISTRATIVA ()A PEDIDO ()EVASÃO ()OBITO
DATA: 1 / 2015 HORA:
ASS: RESPONSÁVEL DO SETOR:

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

Acidente de trânsito rodoviário
Carro do motorista e de
40 dias após
profundas acentuadas e
dor na clavícula e
mão - Tortura com fratura
carril com fratura
Ortofrisa + osteosíntese
da clavícula e + transfixas
13101716

PRONTOCLÍNICA DA CRIANÇA LTDA

CNPJ: 09.417.742/0001-91

Confere com o Original

Data: 10/01/2016
Silvania Rangel

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

Francisco de Assis T. de Souza
CRM 9635-PN
Ortopedia - Traumatologia

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2016

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

DESCRICAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO
Alavanca anexa articulada com o osso,
cunha externa com o osso, que
contém a articulação (peito
e esterno), reduzindo
o processo coracoide e o processos
toracicos, que são fundidos
entre si, e a parte (cúpula)
protrusiva do peito (elíptica).
131016

ASSINATURA OU CARIMBO DO MÉDICO

EXAMEN DE CONSTITUCIÓN

ANESTESIA TIPO: Spinal 10/10 Técnica: lumbar

ECNICA: *calorico + edoso*

NOR 17:30 18:30

*Francisco de Assis F. de Souza
Ortopedia - Traumatologia
CRM 3635-RN*

4. *Veneraria*
2. *Blagaeia* cf.
notabilis *var. a-957.*
7/16/20 cf
silicaria cf. *7/16/20* cf
A332041.

3. Download 3-4
Decay point
Proposal song + song

DR. CIRIACO DA SILVA VIEIRA
Anestesiologista
CRMAN 5627
DR. CIRIACO DA SILVA VIEIRA
Anestesiologista
CRMAN 5627

MIN. C/ACRÉSCIMO	MIN S/ ACRÉSCIMO	TOTAIS	INÍCIO DA ANESTESIA: 17:30 INÍCIO DA CIRURGIA: 17:40 TÉRMINO DA CIRURGIA: 18:20 TÉRMINO DA ANESTESIA: 18:30 OBSERVAÇÕES:

ABUJANA SEGUROS

09 MAR 2016



**PRONTOCLÍNICA E MATERNIDADE
Dr. Paulo Gurgel**
Pronto-clínica da Criança - São

PACIENTE: João Daniels do Nascimento
APTO.: 503
CONVEN.: Stes

REGULAMENTO DE ENFERMAGEM

USO DE:	DATA	USO DE:	DATA
BOMBA DE INF.	DIL	ECG	
NEBULIZADOR	Nº	OXIG./UMIDIF.	
ASPIRADOR	DIL	BERÇO AQUECIDO	
CURATIVO		FOTOTERAPIA	
		INCUBADORA	

PRONTO CLÍNICO E MATERNIDADE
Dr. Paulo Gurge
Pronto Clínico da Criança

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE José Stanilcio
APTO.: 01
CONVEN.: 01

USO DE:	DATA	USO DE:	DATA
BOMBA DE INF.	DIL	ECG	
NEBULIZADOR	Nº	OXIG./UMIDIF.	
ASPIRADOR	DIL	BERÇO AQUECIDO	
CURATIVO		FOTOTERAPIA	
		INCUBADORA	

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
13/01/16	13h5	Paciente retornou à sua en torno acompanhado pelo marido, após se sub- meter à cirurgia ortopédica em fratura de clavícula (L) assistida de Dr. Luis. Paci- ente, orientado, eufórico, colaborativo, mantém tri- agem 30. Festa liberada às 20 horas e diversa pente. Manhã, Rx controle	
13/01/16	9:00	Manhã (09h00) paciente faltou	
13/01/16	20:00	19h00 IM 100ml p/coluna	
13/01	21:40	Pct. em POI por fratura de clavícula "L", assi- stido de Dr. F. de Araújo Sangue em HVP com expressa de ATB e surlomatícos. Falso presente e acentuado. Vam a dieta V. O. Cinturão limpo no momento. Pct. avulso sem o seu queixos. Sangue (K) que cinturão daquele pa- em tempo, anexado a policlínica do São - do controle	
14/01/16	01:00	Manhã (01h00) paciente faltou 19h00 IM 100ml p/coluna 19h00 EV conforme presciso falso	



PRONTOCLÍNICA E MATERNIDADE
Dr. Paulo Gurge
Pronto Clínica da Criança Ltda

PACIENTE: RIVELINA
APTO.: 101
CONVEN.: CONVEN

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

USO DE:	DATA/H	USO DE:	DATA/H
BOMBA DE INF.	DIL	ECG	10/01
NEBULIZADOR	NB	OXIG./UMIDIF.	10/01
ASPIRADOR	DIL	BERÇO AQUECIDO	10/01
CURATIVO		FOTOTERAPIA	10/01
		INCUBADORA	10/01

DATA/H	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
	Bracionado em mesa operatória monitorizado com PNT, ECG, oximetro de pulso, colar de O ₂ , placa de luxo em ponta de lula (1). Nega MAS. Nm. alerg. Atm. medicamentosa: Bumectol. Tufcanaido com gelo n.º 20 em MS.	Juanizete Andrade Ribeiro Tec. Enfermagem COREN/PR 634.159
17:30	Início da Anestesia Tipo: Bloqueu + lidocau Anestesiado: Dr. Cristiano Adm. Epalatina 2g, dipirona 2g, ond. fentanil, fentanyl, dantidina, dexamet. 0,5mg, fentil 40mg desligado de gerador e imobilizado de braço e perna com 5 litros d. O ₂	Juanizete Andrade Ribeiro Tec. Enfermagem COREN/PR 634.159
17:40	Termino da Cirurgia Tipo: Fratura de clavícula (2) Tec.: Sombrio Circ.: Joaquim Exs: 01 placa 07 f. tubular + 05 parafusos corticais n.º 20 + 03 n.º 22	Juanizete Andrade Ribeiro Tec. Enfermagem COREN/PR 634.159
18:00	Termino da Cirurgia	ARUANA SEGUROS
18:30	Termino da Anestesia	18-MAR-2018
19:00	Paciente encamado e estabilizado consciente, orientado, sem arrebatante, na sua área com fundo IVP + curativo. tempo se que aposentado do anestesista e enfermeiro. Sem intercorrência	Juanizete Andrade Ribeiro Tec. Enfermagem COREN/PR 634.159



**PRONTOCLÍNICA E MATERNIDADE
Dr. Paulo Gurge**
Pronto-clínica da Criança Ltda.

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

USO DE:		DATA / H	USO DE:		DATA
BOMBA DE INF.	DIL		ECG		
NEBULIZADOR	Nº		OXIG./UMIDIF.		
ASPIRADOR	DIL		BERÇO AQUECIDO		
CURATIVO			FOTOTERAPIA		
			INCUBADORA		

de negociação

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: JONÍ LIMA NUNILDO SOUZA-10 ANTO/ENE
REGISTRO: 13407116
CONVENIO:

PREScrição	HORARIOS	DEBUTOS
13407116	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	SERINGA 01 cc
legion	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	SERINGA 03 cc
carregue	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	SERINGA 05 cc
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	SERINGA 10 cc
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	SERINGA 20 cc
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	EQUIPO MICROTODAS
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	EQUIPO P/ BI
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	EQUIPO P/SANGUE
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	JELECO NP
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	SECA P/ NF
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	POLIFIX
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	LUVIA PROCEDIMENTO
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	LUVIA ESTER. N°
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	GASES PCT
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	ESPARADRAPO
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	MICROPORE
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	DVPI
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	ETEN
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	ALCOOL 70% 6ml
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	ALGUDÃO BOLA
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	AGUIHA DESC.
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	CREPOM N°
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	ALGODÃO ORTOP
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	CEPACOL N°
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	POMADA
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	SONDA DE FOLEY
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	SONDA URETRAL
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	SONDA NASO
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	COLETOR FECHADO
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	COLETOR ABERTO
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	LAMINA BISTURI
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	ELETROLDO
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	MASC. DESCAT
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	SORO FISIO. 0,9%
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	ANTID. HGT
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	RECIBO CORRENTE 363-399
	08:00 / 12:00 / 16:00 / 20:00	RC FARMACIA

Dra.
Assis

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2016

APIANA SEGUROS

08 MAR 2016



**PRONTO-CLÍNICA E MATERNIDADE
Dr. Paulo Gurge**
Prontoclinica da Clínica São
EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE: px REGISTRO N° 1000
APTO.: 003A CONVENIO SLB
MÉDICO: DR. JESÚS

DATA / HORA	DESCRIÇÃO MÉDICA
13/07/06	Folotto - paciente traz curva no lado esquerdo
13/07/06	Folotto - pede exames para orientação da melhor atuação terapêutica
11/07/06	Folotto - via endocrinologia para curar Folotto - pede exames e orientações

ABUJANA SEGUROS

88 MAR 2016

CONTROLE HIDRÍCO E T.P.R.

APTA
 NOME: Jose Henrique da Silveira REG.:
 CONVÉNIO: SESS MÉDICO: Dr. Paulo Gurgel

DATA	HORAS	PRESSAO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PULSO	DIETA	VÓMITO	DIURESE	EVACUAÇÃO	ASSINATURA
10/03/16	12:20	120x80	30	36.4°C	-	-	-	-	-	Dr. Gurgel
10/03/16	10:00	100x60	-	36.6°C	-	-	-	-	-	Dr. Gurgel
10/03/16	06:00	100x60	-	35.6°C	-	-	-	-	-	Dr. Gurgel

ARUANA SEGUROS
 08 MAR 2016

DOCUMENTO 5



ARUANA SEGUROS
08 MAR 2016



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **051.524.524-05**

Nome da Pessoa Física: **JOSE IVANILDO DA SILVA**

Data de Nascimento: **17/11/1973**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **17/12/2001**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:32:34** do dia **04/03/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **62C2.146A.87BD.5EF5**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

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



de 1

04/03/2016 10:32

DOCUMENTO 3 *T3%*



ARIANA SEGUROS
08 MAR 2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OLTIBURSA S.A. CABA, A REPARAR

BRASILNA SEGUROS

08 MAR 2016

BETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO
Nº 011484235309

VIA
1
— COD. REINAVAM —
01003285209
R.N.T.R.C. —
EXERCÍCIO:
2015

HN Nº 011484235309 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2013

14.508-765/0001-41		CHP/CNPJ	PLACA
PLACA ANT /UF 0799593 /RN		CHASSI	0079593
ESPECIE DO: PASSEIO/PRONTO SOCORRO/AMBIENTAL/ESPECIAL		COMBUSTIVEL	96/2483/001243

ESTE DOCUMENTO SÓ SERÁ VÁLIDO SE
ESTIVER ASSINADO PELA PESSOA
RESPONSÁVEL PELA COBERTURA
E SE FOR LIDO E ENTENDIDO.
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO 3
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

CONTRAN		DENATRAN	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIUDADES			
DETTRAN - RN Nº011484235309			
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA 1	COD. PENVAVAM 01003285209	RNTRC	EXERCÍCIO 2015
F A. DA SILVA FILHO (IE)			
NOME			
CPF / CNPJ 14.308.755.0001-41		OUTROS 00V993	
PLACA/ANT. /UF 07V9933 / RN		PLACA 9C28C4810UR01243	
ESPECIE TIPO PASSEIROS / MARCHA / PNEU / AERÓTIPOS / GASEOSA / QUADRICULADA / GOMINOLINA			
MARCA / MODELO HONDA / CB 500F		ANO FAB. / ANO MOD. 2014 / 2014	
CAP / PTO / OI OCV/471 CILINDRADA		CATEGORIA PARTICULAR	
COR PREDOMINANTE BRANCA		COR PREDOMINANTE BRANCA	
COTA ÚNICA R\$ 0,00	VENC. COTAS/ANUA 08/04/2016	VENC. COTAS 1º PAGO	VENC. COTAS 2º PAGO
P V A	FAKA / PVA 002773 3X	PARCELAGEMENTO COTAS	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) / IOF (R\$) / PRÉMIO TOTAL (R\$) / DATA DE PAGAMENTO *** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO *** / DPVAT: PAGO			
ALLEN. FTE. EM FAVOR DE: 06.043.050/0001-32 BB. ALM. DE CONS. S.A. MOTOR: PC488EIE801243			
OBSERVAÇÕES			
SANTA CRUZ / RN			
DATA: 08/04/2015			
Contratante da habilitação da veículos			
CONTRATANTE			
DENATRAN			
RN Nº 011484235309 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA SUAS TRANSFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodotransito.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
2015			
SEGURADOR: LIDER - DPVAT			
Nº011484235309			
AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT			
PRESTADOR DE SERVIÇOS: LIDER - DPVAT			
EXERCÍCIO: 2015			
CUSTO DO BILHETE (R\$) / IOF (R\$) / CUSTO DO SEGURO (R\$)			
CUSTO DO BILHETE (R\$) / IOF (R\$) / CUSTO DO SEGURO (R\$)			
COTA ÚNICA / PAGAMENTO / PARCELADO / DATA DE OUTRAS			
SEGURADORA LIDER - DPVAT			
CNPJ 07.282.800/0001-04 www.seguradoralider.com.br			
MART/2014			

DOCUMENTO 7 T7%

Á SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DPVAT

DECLARAÇÃO

Eu,

José Ivanildo da Silva

portador do RG 1511743, inscrito no CPF: 051.524.524-05

residente da Rua/Av Rua das Onzeidias - 43

Santa Cruz - RN, venho através deste
informar que não tenho conhecimento do paradeiro do proprietário do
veiculo de placa OJV 9593, em nome de
Fá da Silva Filho me. Pois, tentei localizá-lo, mas
não consegui saber o paradeiro do mesmo. Sem mais esclarecimentos.

Mossoró, 29 de Janeiro de 2016.

1º OFÍCIO

José Ivanildo da Silva
CPF: 051.524.524-05



Autenticado por Autenticidade e(s) firma(s)
José Ivanildo da Silva
Santa Cruz (RN)
29 JAN 2016
Assentamento da Vara de
Tabella Pública
Estanislávia Karina B. M. Medeiros
Escrevente

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz-RN
Estanislávia Karina B. de Medeiros
Escrevente Autorizada

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2016

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160166374 **Cidade:** Santa Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE IVANILDO DA SILVA **Data do acidente:** 14/12/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM OMBRO E

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
				Total
			0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160166374 **Cidade:** Santa Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE IVANILDO DA SILVA **Data do acidente:** 14/12/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: fratura clavicular esq com lesão parcial do plexo braquial esq

Descrição do exame fraqueza MSE com hipotrofia e parestesia (monoparesia grau 3)
médico pericial:

Resultados terapêuticos: tratamento cirúrgico com osteosíntese com placa e parafusos. evoluiu com hipotrofia parcial da musculatura proximal do MSE. Ainda em consolidação da clavícula

Sequelas permanentes: HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO PRÉ EXISTENTE NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/04/2016

Conduta mantida:

Observações: VITIMA JA INDENIZADA ANTERIORMENTE SOB O SINISTRO 3150/470233 OCORRIDO EM R\$ 1.687,50 REFERENTE A 50% DA LESÃO NO OMBRO ESQUERDO

Médico examinador: RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS

CRM do médico: 14616

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 57,2 %	40,04%	R\$ 5.405,40
		Total	40,04 %	R\$ 5.405,40

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

DOCUMENTO 4 * T4%

OUTORGANTE:

José Ivanildo da Silva, brasileiro, inscrito no CPF/MF 051.524.524-05, residente na Rua das Orquídeas, 45, centro, Santa Cruz/RN



OUTORGARDO:

Pelo presente instrumento de procuração ao final assinada, nomeia e constitui seu bastante procurador o senhor **RUBENS JOSÉ DE LUCENA VIANA**, brasileiro, casado, inscrito no CPF de nº 008.003.114-50, com endereço na Rua Campos Sales, nº 901, Abolição II – Mossoró/RN, para representa-lo, em qualquer parte do território nacional, junto a SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT e/ou a qualquer outra Seguradora vigente neste país, com a finalidade de requerer a indenização do SEGURO DPVAT, podendo requerer e receber documentos pessoais do(a) outorgante ou de seu interesse; representá-lo perante repartições públicas, bem como perante empresas privadas; prestar as declarações necessárias, e tudo mais praticar para o fiel cumprimento do presente mandato, 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, 29 de Janeiro de 2016.

1º OFÍCIO

José Ivanildo da Silva

OUTORGANTE



1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz-RN
Estanislávia Karina B. de Medeiros
Escrevente Autorizada

ARIANA SEGUROS

08 MAR 2016