



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
42732131	07/05/2019 15:22	Petição	Petição
42732152	07/05/2019 15:22	2581923 ELABORAR CHAMAMENTO AO FEITO 01	Outros documentos
42732187	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 médico pericial:	fraqueza MSE com hipotrofia e parestesia (monoparesia grau 3)
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:	HOUE 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 médico pericial:	ELEVAÇÃO AO NÍVEL DE 1/3 MÉDIO DE CLAVÍCULA ESQUERDA, DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE DE OMBRO 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, nexos 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 CONSCIDENCIA 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



Seguradora Líder - DPVAT

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 início 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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00791/00792 - carta_02





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 INDENIZAÇÃÔ, COM MEMÃ³RIA DE CÃlculo DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenizaçãõ do seguro obrigatãrio 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 POUPANÇÁ

Memãria de CÃculo:

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%

GraduaÃõ: Em grau mÃdio 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 anatãmica avaliada, sendo este aplicÃvel sobre o limite da indenizaçãõ por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01019/01020 - carta_15R



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 complicação.

tratamento cirúrgico com osteossíntese 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 susceptível 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 anatómicas 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"

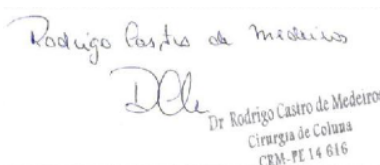
V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

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


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

Assinatura do perito Examinador - CRM

DOCUMENTO 1 *T1%*



Seguradora Líder - DPVAT

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, JOSE JUANILDO DA SILVA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 4514743 EXPEDIDO POR SSP - RN EM 03/05/2014
 CPF 051524524-05 /CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO RECEIUEIRO
 E RENDA MENSAL DE R\$ RECEIUEIRO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE JUANILDO 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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) 344753-1

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.

10/05/2014 RN 01 de Fevereiro de 2016
 LOCAL E DATA

JOSE JUANILDO 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.

ARJANA SEGUROS

06 MAR 2015



ARUANA SEGUROS
08 MAR 2016



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: 9ª 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

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: S/N

2.7 Logradouro: RUA PAULO AFONSO

2.10 Complemento:

2.9 CEP:

2.12 Bairro: CENTRO

2.11 Ponto de Referência:

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.13 Cidade: SANTA CRUZ

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 ORQUIDEAS

3.17 Número: 41

3.18 CEP:

3.19 Bairro: ALUIZIO BEZERRA

3.20 Cidade: SANTA CRUZ

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

DOCUMENTO 1 *T19*

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 Alcunha:

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:

5.1.14 Características:

5.1.15 Logradouro:

5.1.17 CEP:

5.1.16 Número:

5.1.19 Cidade:

5.1.18 Bairro:

5.1.20 Estado:

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 VÍTIMA 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 ALUIZIO 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 VÍTIMA

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

Interessado



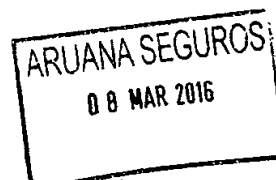
Polegar direito

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 5f8a7b7a83cca76a91cat67eabac6f9



Página 1 de 1

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, José Ivanildo 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 Originais - 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:

☒ (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

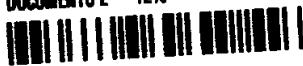
☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ () 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 "T24"

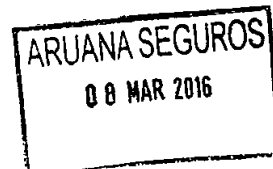


José Ivanildo da Silva

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

CNPJ 08.358.889/0001-95 *Atto declaratorio*

Also deklarierung

SINAIS VITAIS

TA 118/72 mmHg
TEMP: _____ °C
RESP: _____ hpm
PULSO: _____ ppm
PESO _____ Kg

CONDUTA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

CHECAGEM

DOCUMENTO 3 *T30%*



CONFERENCE ORIGINAL
24.01.2016

As stornas e Gedimė

Adriana M^a Fonseca da Silveira

~~Assistente Social~~
CRESS/RN 3980

ARJANA SEGUROS

08 MAR 2016

História e exame físico: sem alterações

Diagnóstico: _____

Exames solicitados (com resultados): HA - 12/10/2019

DESTINO DO PACIENTE

Diagnóstico definido: L0

Liberado por decisão médica. (21) a pedido. (). Hora: 17 / 11 / 11

Permaneceu () Hora: 08h Internado () Hora: 17h

Encaminhado: Ambulatório () _____ Outro g) Não

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

Retirou-se à revelia () Hora: _____

Óbito em / / às ;

Entreque à familia () SVO () IML ()

Assinatura e carimbo médico

Dr. Genildo Martins Pontes
OBERN 1371
COP 123-2323 84

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2016



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Ivanildo da SilvaRG 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>Santa 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: Monró RN 01.02.2016Assinatura do Declarante: José Ivanildo da Silva

LARIANA SEGUROS

08 MAR 2016

Companhia Saneamento de Rio Grande do Norte - SANEARN
 Rua Mariz de Faria, 125 - Bairro: Nazaré, Rio Grande do Norte - CEP 55015-750
 CNPJ: 07.224.066/0001-11 (Insc. Est. 07.225.990-0) www.sanearn.com.br

CLIENTE
 SANEARN QUANTIDADE

ENDEREÇO DO UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA DAS ORLADEAS 41 - A

CPF: 068.751.354-25

CENTRO URBANO URBANA
 SANTA CRUZ RN
 59200-000

CLASSIFICAÇÃO
 RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO
 7009020807

MESANO
 10/2015

DATA DE VENCIMENTO
 13/10/2015

DATA PRECATORIO PROPOSTA LITIGADA
 04/11/2015

TOTAL A PAGAR (R\$)
 118,86

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
193 0000000	R\$ 47329822	91,53
		2,53
		10,00
		0,79
		118,86

Consumo Algodão (MWh)
 Consumo Bateria VERMELHA
 Consumo de Energia de Placa
 Multa por atraso NF 000151588 - 07/29/15
 Multa por atraso NF 000151588 - 07/29/15

TOTAL DA FATURA

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
10/2015	193	13/10/2015	91,53	11/2015	2,53	12/2015	10,00	01/2016	0,79

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
10/2015	193	13/10/2015	91,53	11/2015	2,53	12/2015	10,00	01/2016	0,79

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR	DATA	VALOR
10/2015	193	13/10/2015	91,53	11/2015	2,53	12/2015	10,00	01/2016	0,79

9851.1160

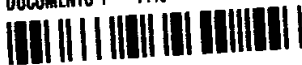
ATENÇÃO: O consumidor deve ler atentamente as condições de uso e as regras de cobrança antes de utilizar o serviço. O consumidor deve ler atentamente as condições de uso e as regras de cobrança antes de utilizar o serviço.

ATENÇÃO: O consumidor deve ler atentamente as condições de uso e as regras de cobrança antes de utilizar o serviço. O consumidor deve ler atentamente as condições de uso e as regras de cobrança antes de utilizar o serviço.

ATENÇÃO: O consumidor deve ler atentamente as condições de uso e as regras de cobrança antes de utilizar o serviço. O consumidor deve ler atentamente as condições de uso e as regras de cobrança antes de utilizar o serviço.

ARUANA SEGUROS
 08 MAR 2016

DOCUMENTO 1 "T1%"



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, Tirol, CEP 59015-000
CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4582

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO

08/08/2015

84.334.385-4617

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IMPRESSO EM 24/07/2015 ÀS 10:30:07

MATRÍCULA:

MÊS/ANO

DADOS DO CLIENTE

2839028

08/2015

RUBENS JOSE DE LUKENA VIANA

RUA CAMPOS SALES, N 991 - ABOLIÇÃO MOSCORA RN 59000-000

INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS					
301.010.112.02/000.000	5	5-18	RESIDENCIAL	COMERCIAL INDUSTRIAL PUBLICO				
HIDRÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA		SITUAÇÃO ESGOTO					
Y105-001044	LIGADO		LIGADO					
CONSUMO ÁGUA (M3): 19			DATA LEITURA: 24/07/2015					
			LEIT. ATUAL: 950					
			LEIT. ANTER: 931					
			DIAS CONSUMO: 29					
HISTÓRICO DE CONSUMO								
REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	
07/2015	23	05/2015	19	03/2015	20	17		
06/2015	24	04/2015	11	02/2015	17			
DESCRIÇÃO					CONSUMO			TOTAL (R\$)
ÁGUA								
RESIDENCIAL - 100 M3 UNIDADE(S)								
ATE 10 M3 - 30,96 POR UNIDADE					10 M3			30,96
11 M3 A 15 M3 - R\$ 3,45 POR M3					5 M3			17,25
16 M3 A 20 M3 - R\$ 4,08 POR M3					4 M3			16,32
ESGOTO								
70 0% DO VALOR DE ÁGUA								45,17
TRIBUTOS BASE DE CÁLCULO PERCENTUAL(%) VALOR DO IMPOSTO PIS 109,70 1,65 1,81 COFINS 109,70 7,6 8,34								
VENCIMENTO: 10/08/2015					TOTAL A PAGAR:			109,70
A SEGURANÇA FAZ A DIFERENÇA NO TRABALHO. A PREVENÇÃO PROTEGE O TRABALHO. A CATEGORIA É OBRIGADA LEGAL. GARANTIA PARA PATRONOS E EMPREGADOS. AÇÕES NÃO ACONTECEM POR ACASO. ELE PODE SER EVITADO. TRABALHE.								
MONITORAMENTO MENSAL DA QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA								
Parâmetros	Turbidez	PH	Coli. Totais	Cloro Residual Livre	Nitrito (mg/L)			
VMP e Recomendações	≤ 5,0 uT	6,0 a 9,5	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L			
Valores Obtidos	0,6	8,12	100,0%	1,07	0,07			

82410000001 5 09700006301 2 00283902801 2 08201500003 6



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

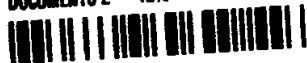


caern

COMPROVANTE DA CAERN

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2016



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 Rebeus Jose de Lucena Vieira, portador(a) do RG nº 1 675 959, expedido por SESP RIV, em 27/08/13, CPF/CNPJ nº 008 003 114 - 50,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Joni Iracilda da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Joni Iracilda da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor Renda Mensal: R\$ Revisor

Documentos comprobatórios: _____

Rebeus Jose de Lucena Vieira
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2016

CNPJ 08.358.889/0001-95

309
4492

NOME JOSÉ IVANILDO DA SILVA

DATA NASC. 17/11/73 CPF RG

FILIAÇÃO MARIA RITA DA SILVA

Nº CARTÃO SUS:

ENDEREÇO: RUA DAS ORQUÍDEAS 41 CAC

CIDADE: SANTA CRUZ PROFISSÃO: ARMADOR

SEXO: M(☒) F() IDADE: 42A ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

DATA 14/12/2015 HORA 9:03 Nº 33

SINAIS VITAIS

TA 11 X 2 mmHg

~~TEMP:~~ _____ °C

RESP.: _____ hpm

PULSO: _____ ppm

PESO _____ Kg

CONDUTA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

CHECAGEM

DOCUMENTO 4 *T40%



~~CONFIDENTIAL ORIGINAL~~

Assinatura e Carimbo

Adriana M^a Fonseca da Silveira
Assistente Social
CRESS/RN 3980

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2016

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

a) 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 Pontes

CRM 13.71

CPF 126.43.874-05

História e exame físico: Acidente de trânsito
sem lesões

Diagnóstico: _____

Exames solicitados (com resultados): RX - fratura

DESTINO DO PACIENTE

Diagnóstico definido: _____

Liberado por decisão médica (☒) a pedido (☐) Hora: _____

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. Genildo Martins Pontes
CRM 1371
CPF 123.456.789.01

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2016

		PRONTOCLÍNICA DA CRIANÇA LTDA DRº PAULO GURGEL	
REGISTRO DE INTERNAMENTO			
Nº AIH:	Nº ATENDIMENTO: 344.343	DATA: 03/01/16	HS:
TIPO DE INTERNAMENTO: (X) CIRÚRGICO () CLÍNICO () PEDIÁTRICO			
ACOMODADO: 1ª MARIANA	LEITO:	CONVÊNIO: SUS	
MATRICULA: 301.8092.3993.7779		VALIDADE:	
ASS. DO RESPONSÁVEL PELO INTERNAMENTO:			

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME: JOSE ILANILDO DA SILVA	SEXO: (X) M () F
DATA DE NASCIMENTO: 17/11/1973	RG: 1552743
CPF: 1552743	
FILIAÇÃO MÃE: MARIA RITA DA SILVA	
PAI: JOSE FRANCISCO NETO	
ENDEREÇO: RUA DAS ORQUÍDEAS Nº 41	
BAIRRO: CENTRO	CIDADE: SANTA LUZ
ESTADO: RN	CEP: 59200-000
RESPONSÁVEL:	PARENTESCO:
FONE: (84) 99809-4452	FONE: (84) 98605-0811
SUMÁRIO DE ALTA	
TIPO DE ALTA: () MÉDICA () ADMINISTRATIVA () A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO	
DATA: / / 2015	HORA: ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR:

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO
<p>Acidente de trânsito Trauma do membro e de 4º dia após refração de acurácia da da na clavicula e Up = Fratura com fratura com fratura crua. OSTEOMÍASE + OSTEOMÍASE da clavicula e + TRANSVERSA 13/01/16</p>

PRONTOCLÍNICA DA CRIANÇA LTDA
 CNPJ: 09.417.742/0001-91

CARIMBO E ASS. DO MÉDICO

Confere com o Original

Data: 10/01/2016

Silberia Rangel

Dr. Francisco de Assis P. de Souza
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM 3635-PN

ARUANA SEGUROS
 08 MAR 2016

[illegible]

1310116

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

1. *Vendocia*
2. *Blasius* of
notabulivaria 957.
nilocaria 21. Feb 2004
ABD 2004.
3. *Donnoid* 317
Dezpernia
Propofol song + song
4. *O. a. voo* 21 L.

Dr. CARLOS ALVARO DA SILVA Vieira
Anestesiologista
CRM-AM 5627
Dr. CARLOS ALVARO DA SILVA Vieira
Anestesiologista
CRM-AM 5627

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2016



APTO.:

CONVEN.

RELATOR O 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			

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT.
13.01.2018	10:00	Paciente admitido na instituição para realização cirúrgica ortopédica com cuidados de Dr. Assis. Proveniente de sua residência consciente, orientado, ambiente respiratório estável, sem limitações, não no momento. Afirma ter ocorrido acidente de trânsito há 4 dias. Histórico de diabetes mellitus + hipertensão arterial pré-existentes. Não fuma nem bebe álcool atualmente. Anexo R de identificação + nome sobrenome. Orientado sobre jejum e higiene antes da cirurgia. Paciente encaminhado ao CC sob maca, consciente, orientado, ambiente em Anel. A.R. pr	
13.01.16	14:15	Paciente encaminhado ao CC sob maca, consciente, orientado, ambiente em Anel. A.R. pr	
	16:00	Paciente admitido na C.E. para realizar procedimento cirúrgico aos quadris de Dr. Assis, consciente, orientado, em O2 ambiente, sob maca.	Símore 98374

27-10-2019

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES

https://pje.tjm.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19050715220005100000041324659

Número do documento: 19050715220005100000041324659



PRONTOCLÍNICA E MATERNIDADE
Dr. Paulo Gurgel
Prontoclínica da Criança Ltda.

RELATORIO DE ENFERMAGEM

PACIENTE

APTO.:

CONVEN.

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

DATA	HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ASSINAT. / TÍT.
		Posicionado em mesa operatória monitorizado com PNI, ECG, oxímetro de pulso, cateter de O ₂ , placa de tórax em pontilhão (D). Usga MMS. Di. oligo oligo medicamentoso. Surgel. Pulverizado com telas nº 20 em USD.	Juanizete Andrade Rocha Téc. Enfermagem CORENEN 634.159
	17:30	Início da Anestesia Tipo: Bloqueio + Intubação Anestesiado Dr. Cristiane Adm. Ropivacaína 2g, diprônio 2g, onda sentença, ond. dina, dexmedetomidina 4mg, fentanyl 40mg.	Juanizete Andrade Rocha Téc. Enfermagem CORENEN 634.159
	17:40	Realizado o germatômio em local de sutura com selagem de Nels.	
		Início da cirurgia Tipo: Fratura de clavícula (F) Tmst. Sonzio Circ. Juanizete Exatidão: 01 pino 07 F. tubular + 03 parafusos corticais nº 20 + 01 nº 22	
	18:05	Termino da cirurgia	
	18:30	Termino da Anestesia	
	19:00	Paciente encaminhado a enfermaria consciente, orientado em O ₂ ambiente, sob mesa, com fardo UVP + curativo limpo. Se que acompanhado do maquinário de enfermagem. Sem intervenção	Juanizete Andrade Rocha Téc. Enfermagem CORENEN 634.159

ARUANA SEGUROS

08 MAR 2016



CONVEN.

RELATORIO 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	

[illegible]

Das Archiv "Charitè A."

PACIENTE JON Luanildo de Silva 203-A
REGISTRO CONVENIO: APTO/ENF. 203-A
DATA: 26/06/2010

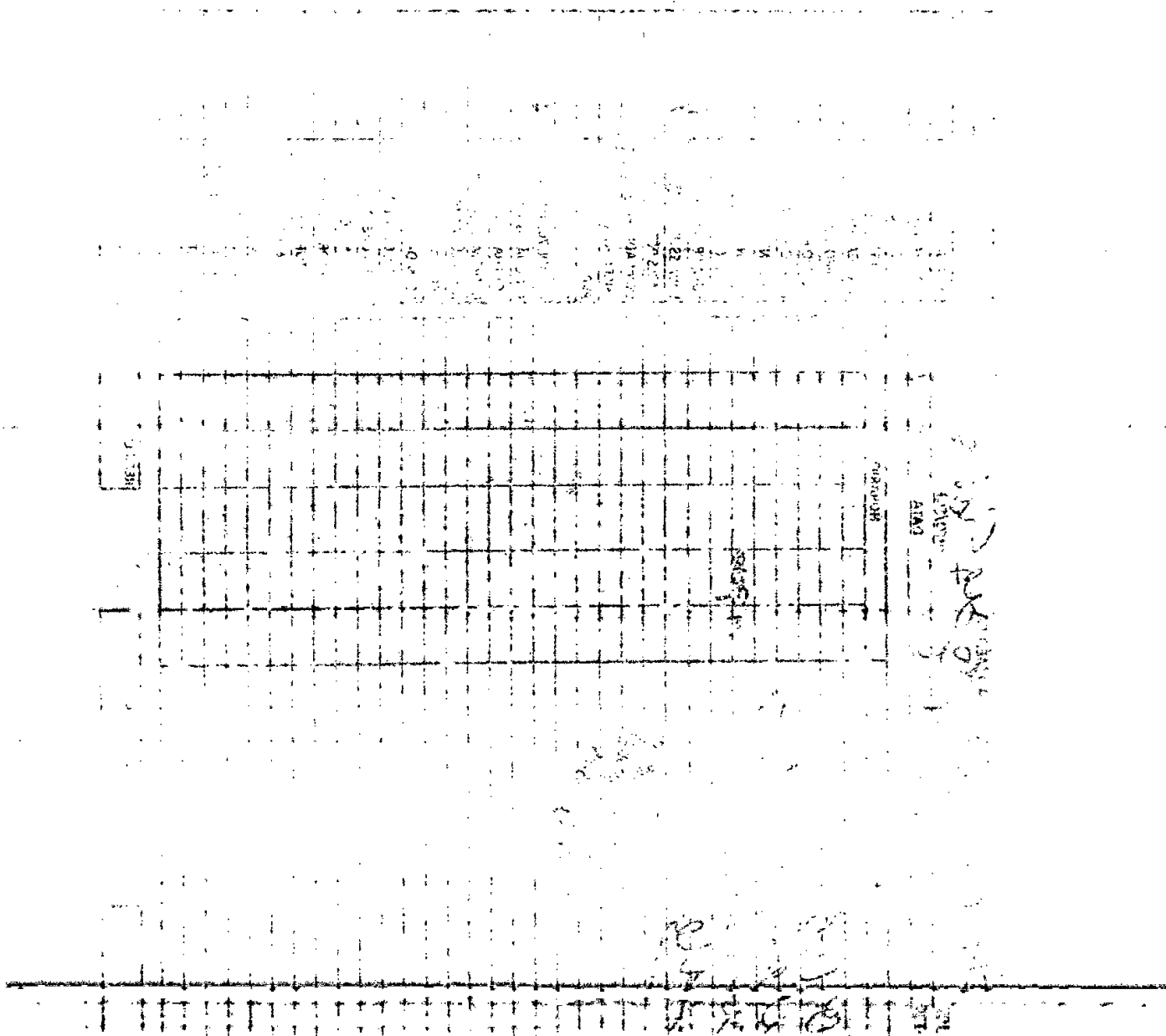
SERINGA 05 cc	
SERINGA 10 cc	
SERINGA 20 cc	
EQUIPO MICROGOTAS	
EQUIPO P/ BI	
EQUIPO P/ SANGUE	
JELCO Nº	
SCALP Nº	
POLIFIX	
LUVA PROCEDIMENTO	
LUVA ESTER. Nº	
GASES PCT	
ESPARADRAPO	
MICROPORE	
PVPi	
ETER	
ALCOOL 70%ml	
ALGUDÃO BOLA	
AGULHA DESC.	
CREPOM Nº	
ALGODÃO ORTOP.	
CEPAÇOL ml	
POMADA	
SONDA DE FOLEY	
SONDA URETRAL	
SONDA NASO	
COLETOR FECHADO	
COLETOR ABERTO	
LAMINA BISTURI	
ELETRODO	
MASC. DESCAT	
SORO FÍSIO. 0,9%	
GUATA HGT	

Dr. Annis

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2016

RC FARMÁCIA

RECIBO COPENIRN 383-079



DATA/HORA	DESCRIÇÃO MÉDICA
13/04/16	Intenções para com do no campo
13/04/16	Medicinas com fala ortofonista da mentar. Outros tipos de fono.
14/04/16	Tratamento físico com fala - medicações e outras

Dr. Francisco de Assis F. de Souza
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM 3635-PN

Dr. Francisco de Assis F. de Souza
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM 3635-PN

Dr. Francisco de Assis F. de Souza
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM 3635-PN

ARUANA SEGUROS
 08 MAR 2016

Apt9

CONTROLE HÍDRICO E T.P.R.

CONVÊNIO.: 508

MÉDICO:

REG.:

NOME.:

Jose Francisco de Silva

[illegible]

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2016

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
84

ARIANA 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**

Digito Verificador: **00**

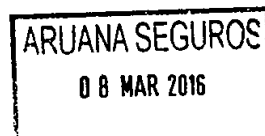
Comprovante emitido às: **10:32:34** do dia **04/03/2016** (hora e data de Brasília).

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.)



04/03/2016 10:32

DOCUMENTO 3 *T3%*



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA MILITAR DO RIO DE JANEIRO

VALIA TACITUR
IDENTIFICAÇÃO
812017681

RUBENS JOSE DE LUCENA VIANA

CPF: 1678950-1

DATA DE NASCIMENTO: 20/05/1980

CNPJ: 008.003.114-80

ENDEREÇO: APOENSO JOSE DE CARVALHO VIANA ANDARA MARIA DE LUCENA VIANA

PROFISSÃO: POLICIA MILITAR

DATA DE EMISSÃO: 22/07/2013

ASSINADO: Rubens Jose de Lucena Viana

LOCAL: RATA... RN

DATA DE EMISSÃO: 27/08/2013

6216501875
81701854597

812017681

ARIANA SEGUROS
08 MAR 2016



CONTRAN		DENATRAN	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - RN CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		NO 011484235309 EXERCÍCIO 2015	
VA COD. RENAVAM 01003285209	R.A.T.R.C. 2015	F A DA SILVA FILHO ME NOME	
PLACA ANT / UF 14.508.765/0001-41 00V9593		PLACA 00V9593	
ESPECIE TIPO 9C2PC4810ERB01243		COMBUSTIVEL GASOLINA	
HORDA/CB 500F		ANO FAB 2014	
OCV/471 CILINDRADAS		ANO MOD 2014	
CAP/ROT/CL 002773 3X		CATEGORIA 1	
COTA ÚNICA R\$ 0,00		VENC. COTA ÚNICA 08/04/2015	
VENC. COTAS 1º PAGO		2º PAGO	
3º PAGO		PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00	
DATA DE PAGAMENTO 08/04/2015		DATA DE PAGAMENTO 08/04/2015	
ALIM. FID. EM FAVOR DE: 06.043.050/0001-32 BR ADM DE CONS S.A. MOTOR:PC48B1E501243			
SANTA CRUZ/RN 08/04/2015			
ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE SECRETARIA DE TRANSPORTES E TRÁFEGO			
SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT			
RN Nº 011484235309 BILHETE DE SEGURO DPVAT		EXERCÍCIO 2015	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodotransito.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
RENAVAM 01003285209		OCV/471 CILINDRADAS	
HORDA/CB 500F		ANO FAB 2014	
ANO MOD 2014		COMBUSTIVEL GASOLINA	
PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00		DATA DE PAGAMENTO 08/04/2015	
DATA DE PAGAMENTO 08/04/2015		DATA DE PAGAMENTO 08/04/2015	
SEGUROADORA LIDER - DPVAT CNPJ 09.268.409/0001-04 www.seguroadoralider.com.br			

ARUANA SEGUROS
08 MAR 2015

DOCUMENTO 7 "T7%"



Á SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT

DECLARAÇÃO

Eu, JOSE Ivanildo da Silva
portador do RG 1511743, inscrito no CPF: 051.524.524-05
residente da Rua/Av Rua das Orquídeas - 41
Santa Cruz - RN, venho através deste
informar que não tenho conhecimento do paradeiro do proprietário do
veículo de placa 0JUV9593 em nome de
F A 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

JOSE Ivanildo da Silva
CPF: 051.524.524-05



Assinatura de
Esterlania Karina B. M. Santos
Escritor

Reconhecimento por Autenticidade e(s) firma(s)
JOSE Ivanildo da Silva
Santa Cruz (RN)

29 JAN 2016

Tabella Pública

Valido somente com selo de autenticidade e fiscalização

1º CARTÓRIO EXTRAJUDICIAL
Santa Cruz-RN
Esterlania Karina B. de Medeiros
Escritor 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 médico pericial: fraqueza MSE com hipotrofia e parestesia (monoparesia grau 3)

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

Sequelas permanentes: HOUE 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 0/0"

OUTORGANTE:



Jose Ivanildo da Silva, brasileiro,
inscrito no CPF/MF 051.524.524-05, residente na
Rua das Orquideas - 45 Centro Santa Cruz RN

OUTOGARDO:

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 Jan de 2016.

1º OFÍCIO

Jose Ivanildo da Silva

OUTORGANTE



Tabelaria Publica
Rafaela Marques Araújo
Substituta
Estanislávia Karina B. M. Santos
Escrevente

Reconheço por Autenticidade a(s) firma(s)
Jose Ivanildo da Silva
Santa Cruz (RN)
29 JAN 2016
Em testemunha da verdade
Tabelaria Publica

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

ARIJANA SEGUROS
08 MAR 2016