



Número: **0830142-61.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **26/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
ANA MARIA ROQUE PINHEIRO (AUTOR)		GUSTAVO RODRIGO MACIEL CONCEICAO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (RÉU)		
LUIS ROQUE PINHEIRO (REPRESENTANTE/NOTICIANTE)		

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11337 478	12/07/2017 14:22	<a href="#">Procuração 3375</a>	Procuração
11337 492	12/07/2017 14:22	<a href="#">Documentos Pessoais de Ana 3369</a>	Documento de Identificação
11337 502	12/07/2017 14:22	<a href="#">Documentos Pessoais de Luiz 3370</a>	Documento de Identificação
11337 512	12/07/2017 14:22	<a href="#">Comprovante de Residência</a>	Documento de Comprovação
11337 518	12/07/2017 14:22	<a href="#">Boletim de Ocorrência 3371</a>	Outros documentos
11337 540	12/07/2017 14:22	<a href="#">Documento Médico 01 3372</a>	Outros documentos
11337 553	12/07/2017 14:22	<a href="#">Comprovante de Sinistro Administrativo</a>	Outros documentos



## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

### OUTORGANTE:

*Anna Maria Reque Pinto, menor, brasileira, natural de Santo -  
Centenário/RN, solteira, estudante, RG nº 3.697.411, CPF nº 711.974.224-80, res-  
ta ato representada por seu genitor, Góis Reque Pinto, brasileiro, natural  
de Serinha -RN, agricultor, RG nº 576.430, CPF nº 322.981.744-22, ambos resi-  
dentes e domiciliados no Sítio Riacho de Bem Pastor, nº 27, Centro, Boa Saúde/RN.*

**OUTORGADOS:** GUSTAVO RODRIGO MACIEL CONCEIÇÃO, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/MA sob o nº 7.617, OAB/RN sob o nº 680-A, OAB/CE sob o nº 24.263-A e OAB-PE sob o nº. 1298-A, com endereço profissional na Praça da Rodoviária, nº 127, Centro, Santo Antônio - RN, CEP nº 59255-000, Tel: (84)3282-3154;

**PODERES:** Confere amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicia", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive propor quaisquer ações, defender-me nas que me forem propostas, cíveis ou penais, reconvir, promover quaisquer medidas cautelares, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como argüir suspeição, falsidade e exceção, transigir, fazer acordo, confessar, renunciar, desistir, impugnar, receber e dar quitação, levantar alvará e receber cheque, firmar compromissos, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, assinar termo de compromisso de inventariante, de renúncia, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o outorgante seja autor ou reclamante e defendendo-o, na condição de reclamado bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

Santo Antônio -RN, 07/06/2019

*Anna Maria Reque Pinto  
Góis Reque Pinto*  
Outorgante

Advogado

Praça da Rodoviária, nº 127, Centro, Santo Antônio – RN CEP 59.255-000  
Telefone: 84. 3282-3154 | e-mail: agresteassessoriarn@gmail.com

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Receita Federal**  
**Cadastro de Pessoas Físicas**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

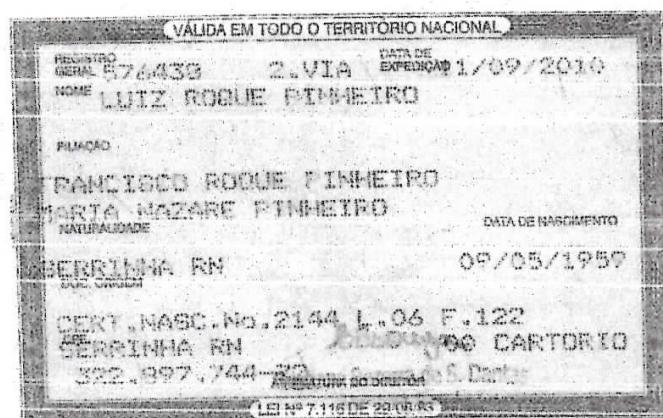
Número  
**711.974.224-80**

Nome  
**ANA MARIA ROQUE PINHEIRO**

Nascimento  
**13/04/2000**

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**





NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE  
RUA MERMOZ, 150, BALDÓ,  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



[www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br)

**Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02**

#### Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

Site auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Duvidoria 0800 084 0404

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

## Ligações Gráteis para telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE  MARIA ROQUE PINHEIRO CPF: 422.796.074-68	DATA DE VENCIMENTO  <b>16/05/2017</b>	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL  09/05/2017	CONTA CONTRATO  <b>007002045863</b>
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  SI RIACHO DO BOM PASTO 27 --A	TOTAL A PAGAR (R\$)  <b>0,00</b>	DATA DA APRESENTAÇÃO  09/05/2017	Nº DO CLIENTE 3010156805
CENTRO/AREA URBANA 59260-000 BOA SAUDE RN	CLASSIFICAÇÃO	NÚMERO DA NOTA FISCAL 000277328	Nº DA INSTALAÇÃO 0002141114
RESERVADO AO FISCO  <b>2641.F96F.159E.3975.1A27.2732.2347.FD6B</b>			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no

## DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	133,00	0,48247007	64,16
Acréscimo Bandeira VERMELHA			5,28
Contribuição Iluminação Pública			7,85
Multa por atraso-NF 000266816 - 07/04/17			1,13
Juros por atraso-NF 000266816 - 07/04/17			0,28
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>78,70</b>

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000002010078875	CAT	07/04/2017	7.933,00	09/05/2017	8.066,00	32	1.00000	0,00	133,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
mar/2017					
DIC-No.de horas sem Energia	NOVA CRUZ	0,00	11,59	23,19	46,38
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,74	15,49	30,98
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	6,39	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICRI: 16,60	
<b>EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 25,46</b>					

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

A partir de 22/04, tarifa com reajuste médio de 3,08% para Baixa Tensão e 4,07% para Alta Tensão-REH 2.221/17  
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.  
Pagamento em atraso gera: Multa 2% (Res. 414/ANEEL-09/09/10) e Juros 1% a.m. (Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

- 2 -

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007002045863	05/2017	0,00	16/05/2017	Evite dobrar, perfurar ou rasurar.

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este caphoto será usado em leitora ótica

**FATURA PAGA**

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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



Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE TANGARÁ  
Endereço: RUA MIGUEL BARBOSA, 184, CENTRO, TANGARÁ

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2015092000173  
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/MULHER  
1.2 Data/Hora de Expedição: 15/09/2015 11:18:34

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 12/08/2015 10:30:00  
2.3 Fato: Consumado  
2.4 Meio(s) empregado(s): Outros  
2.6 Tipo do local: Rural  
2.8 Número: S/N  
2.10 Complemento:  
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS  
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
2.2 Autoria: Conhecida  
2.4 Flagrante: Não  
2.7 Logrado: RIACHO - BOA SAUDE  
2.9 CEP:  
2.11 Ponto de Referência:  
2.13 Cidade: JANUÁRIO CICCO

**3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)**

3.1 Nome Completo: LUIZ ROQUE PINHEIRO  
3.3 Etnia: Preta  
3.5 Mãe: MARIA NAZARÉ PINHEIRO  
3.7 Sexo: MASCULINO  
3.9 CPF:  
3.11 NACIONALIDADE:  
3.13 Profissão: AGRICULTOR  
3.15 Telefone(s):  
3.17 Número: SN  
3.19 Bairro: ZONA RURAL  
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE  
3.2 Estado civil: Separado(a)  
3.4 Pai:  
3.6 Data de Nascimento: 09/05/1959  
3.8 RG: Não informado  
3.10 Passaporte:  
3.12 Naturalidade: BOA SAUDE / RN  
3.14 E-Mail:  
3.16 Logrado: SITIO RIACHO  
3.18 CEP:  
3.20 Cidade: JANUÁRIO CICCO

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)**

4.1.1 Nome Completo: ANA MARIA ROQUE PINHEIRO  
4.1.3 Etnia:  
4.1.5 Mãe:  
4.1.7 Sexo: FEMININO  
4.1.9 CPF:  
4.1.11 NACIONALIDADE:  
4.1.13 Logrado: SITIO RIACHO  
4.1.15 Número:  
4.1.17 Bairro:  
4.1.19 Estado:  
4.1.2 Estado civil:  
4.1.4 Pai:  
4.1.6 Data de Nascimento: 13/04/2000  
4.1.8 RG: Não informado  
4.1.10 Profissão:  
4.1.12 Passaporte:  
4.1.14 E-Mail:  
4.1.16 CEP:  
4.1.18 Cidade:

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

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

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

**8. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**9. DOS FATOS**

**9.1 Histórico**

O DECLARANTE COMPARCEU A ESTA DELEGACIA PARA REGISTRAR QUE NA DATA E HORAS SUPRACITADAS ESTAVA CONDUZINDO A MOTO HONDA CG 125 TITAN KS , ANO 2000/2001 , COR VERMELHA, CHASSI 9C2JC30101R061318 , RENAVAM 750217677 , PLACA MYA6791. QUANDO O CASACO DE SUA FILHA, A VÍTIMA , FICOU PRESO À RODA TRASEIRA DA MOTO LEVANDO A SUA FILHA A PRENDER O BRAÇO NA RODA CITADA. O DECLARANTE REGISTROU QUE SUA FILHA TEVE FERIMENTOS NO BRAÇO , LEVANDO 15 PONTOS. NADA MAIS DISSE.

**9.2 Informações do CIOSP**

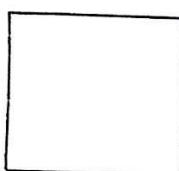
**10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)**

**11. DECLARAÇÃO**

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.  
Data: 15/09/2015 11:18:34

Policial

Interessado



Polegar direito



Atendimento: 2071681 - ELTON RAFAEL FLORÊNCIO SILVA  
Impresso por: 2071681 - ELTON RAFAEL FLORÊNCIO SILVA em 15/09/2015 11:18:41

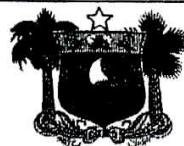
J2015092000173 - 42bba3b0b341efc2cbbb771ce5c321fe

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Página 1 de 1



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA SAÚDE  
HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JANUÁRIO CICCO



BOLETIM DE URGÊNCIA N° 06 N° CARTÃO SUS \_\_\_\_\_

Nome: Ana Maria Roger Pinheiro

Idade: 15 a Sexo: M  F  Data de Nascimento: 13/10/1998 RG: \_\_\_\_\_

Naturalidade: Santo Antônio Profissão: \_\_\_\_\_

Endereço: St. Ricardo dos Pinheiros Bairro: Lona mural

Cidade: Boa Saúde Data 12/10/15 Hora da Entrada: 11:00

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

ACIDENTE DE TRABALHO: ( ) SIM ( ) NÃO

APARENTEMENTE: ( ) BEM ( ) REGULAR ( ) C/DISPNEIA ( ) CHOCADO ( ) COMATOSO

C/HEMORRAGIA: ( ) EM CONVULSÃO ( ) POLITRAUMATIZADO ( ) AGITADO ( ) OUTROS

PA: mm hg PULSO: mm hg RESPIRAÇÃO: mm hg TEMP: mm hg PESO: mm hg

HISTÓRIA / EXAME FÍSICO:

Pronto para usar nas suas necessidades  
Ex: Pintura de casa ex: Exercício ex: Audição  
de roupas



Estado do Rio Grande do Norte  
Prefeitura Municipal de Boa Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde



**RECEITUÁRIO**

RN Comunhão

Eucanálito Ana Maria  
Cobertura PINTURAS com  
POSSÍVEL ROTTEN / MOLHADAS  
OS DENTES DO MUSSEU  
~~ENTRO~~ DA MÍA. USADO  
PODE HABER MOLHADAS EM  
ALGUMAS COM ALGO  
MELHOR DA DURADURAS  
ESSAS MELHORES S. BEM-  
SABORES  
Adm. Thamal Song - C.  
amp IM, ap 10:5014  
Té. Leopoldo.

leg. WOLFGANG

ou BGS.

Dr. Decarte Nasser  
Médico  
CRM-RN 7528

Rua Dr. Mário Câmara, 717, Centro - Fone: (84) 3256-2278  
CNPJ: 08.142.655/0001-06 - CEP: 59260-000 - Boa Saúde/RN



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA  
CIRURGIA GERAL

**PACIENTE** ANA MARIA ROQUE PINHEIRO  
**DATA DE ENTRADA** 12/08/2015 **HORA** 12:58 **Nº BAA** 113279  
**IDADE** 15 **SEXO** F **ETNIA** Pardo  
**CARTÃO SUS** - **ESTADO CIVIL** Solteiro(a)  
**CPF** - **RG** -  
**NOME DA MÃE** RAIMUNDA PINHEIRO DE LIMA  
**NOME DO PAI** LUIZ ROQUE PINHEIRO  
**NASCIMENTO** 13/04/2000 **NATURALIDADE** Santo Antônio-RN  
**TELEFONE** (85) 8744-7225 **PROFISSÃO** Estudante  
**RUA/AV.** SITIO RIACHO DOS PINHEIROS **Nº** SN  
**COMPLEMENTO** - **BAIRRO** Centro  
**CEP** 59260-000 **CIDADE** Boa Saúde-RN  
**ORIGEM** Ambulância - Interior **MOTIVO** Acidente de Trânsito / Queda de moto  
**ACID. DE TRABALHO** Não **USUÁRIO** Daida

**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)**

Victime de queda de moto com ferimento em  
mão direita arrestando do tal membro que  
pesa peso na roda da moto.

**EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)**

- A V.A. normal  
B turgida  
C Estéril  
D ECG = 957  
E Extremo e profundo bruxismo

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL/RN, 30/11/2015  
NAT/RN, 10/12/2015

**OUTRAS OBSERVAÇÕES**

Realizado 12/08/2015  
Técnico:

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

**DIAGNÓSTICO INICIAL**

Fratura de M. Soco Eza

12/08/15  
CID: 121.08.15  
Paciente:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1: <i>(Assinatura)</i>	HORA: <i>14:30</i>	DATA: <i>11/11/14</i>
ESPECIALISTA 2: <i>(Assinatura)</i>	HORA: <i></i>	DATA: <i></i>
ESPECIALISTA 3: <i>(Assinatura)</i>	HORA: <i></i>	DATA: <i></i>

**MÉDICO (CARIMBO)**

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO:		Exa	
ANAMSESE			
<p>Pri e deu, on alteração de humor</p> <p>Sint: alteração humor</p> <p>Fam: em referência</p>			
EXAME FÍSICO			
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA			
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)		LABORATÓRIO	
RT. Sint. Fx: midia de		OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
<p>Alm. p/ce brka</p> <p>Exm. de fto</p>		<p>Henrique Penteado</p> <p>Tumore Osseos / Coluna</p> <p>GRM-7716</p> <p>CONFERIR COM ORIGINAL</p> <p>30/11/2015</p>	
Assinatura e Carimbo do Responsável		Assinatura e Carimbo do Responsável	
DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:		DATA: / / HORA: / /	
SAÍDA:		DATA: / / HORA: / /	
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:			
OBITO:		DATA: / / HORA: / /	
Entregue à família		com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	
<p>Médico (Carimbo)</p> <p>Descrever nessa linha e entregar ao paciente após o seu abrigo</p>			
DESTINO DO PACIENTE:		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:		DATA: / / HORA: / /	
SAÍDA:		DATA: / / HORA: / /	
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:			
OBITO:		DATA: / / HORA: / /	
Entregue à família		com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	

## SINISTRO 3160272016 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** ANA MARIA ROQUE PINHEIRO

**COBERTURA** Invalidez

**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** ARUANA SEGUROS S/A

**BENEFICIÁRIO** ANA MARIA ROQUE PINHEIRO

**CPF/CNPJ:** 71197422480

**Posição em 12-07-2017 14:14:23**

Pedido de indenização negado conforme carta enviada ao beneficiário.