



Número: **0841131-63.2016.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes  | Procurador/Terceiro vinculado                   |
|---|---|
| <b>NATANAEL CALIXTO DA SILVA (AUTOR)</b>        | <b>CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO)</b> |
| <b>PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS (RÉU)</b> |   |

| Documentos  |                    |   |                    |
|-------------|--------------------|---|--------------------|
| Id.         | Data da Assinatura | Documento   | Tipo               |
| 75979<br>17 | 13/09/2016 14:39   | <a href="#"><u>NATANAEL CALISTO2</u></a>  | Outros documentos  |
| 76071<br>88 | 14/09/2016 08:48   | <a href="#"><u>Petição</u></a>  | Petição            |
| 76072<br>19 | 14/09/2016 08:48   | <a href="#"><u>REQUERIMENTO ADIMINISTRATIVO NATANAEL CALIXO</u></a>             | Ato Administrativo |
| 76072<br>25 | 14/09/2016 08:50   | <a href="#"><u>Petição</u></a>  | Petição            |
| 77671<br>68 | 26/09/2016 10:51   | <a href="#"><u>DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA NATANAEL CALIXTO DA SILVA</u></a> | Outros documentos  |

**LV**  
**LINS & VELHO**  
Claudimir José Ferreira Velho

**PROCURAÇÃO PARTICULAR**

**OUTORGANTE:**

Nome: Watanal Calixto da Silva  
Nacionalidade: Bra Estado Civil: Divorciado  
Profissão: Padeiro Identidade: 975104 Exp: \_\_\_\_\_  
CPF: 321.331.974-20 Telefone: 3643-5609/9193-7008  
Endereço: Rua Consor Henrique Cruz nº 604  
Bairro: Centro Cidade: Parnamirim Estado: RN  
CEP: 59149-190

**OUTORGADOS:** CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/RN sob o nº 7268, com escritório profissional a Rua do Dr. Sadi Mendes, 1010 "A" - Santos Reis- Parnamirim /RN, CEP 59.141-085

**PODERES:** Das cláusulas "ad-judicia" e "extra", para o foro em geral e os especiais de transigir, desistir, receber e dar quitação, com finalidade de defender os direitos e interesses do(a) outorgante em qualquer causa ou demanda, inovida ou de mover, perante a qualquer juízo, Instância ou Tribunal, inclusive Juizado Especiais, PROCON e órgãos similares, firmar acordo em audiência de conciliação e de instrução e julgamento, assumir compromissos, praticando e promovendo tudo que se fizer necessário ao mencionado fim, agindo os outorgados em conjunto ou separadamente e independente de ordem de nomeação, podendo ainda substabelecer um Advogado indicado pelo mandante. Podendo ainda ingressar com ação indenizatória do seguro DPVAT, ou resolver administrativamente, tendo poderes para retirar alvará e levantar valores destes.  
Podendo, ainda, reter o percentual de 30% (trinta por cento) do valor recebido na ação supracitada pelo outorgante como honorários advocatícios em favor dos outorgados.

Natal, 01 de Dezembro 2015.

WATANAL CALIXTO DA SILVA  
OUTORGANTE

Rua Dr Sadi Mendes, 1010 "A" - Santos Reis Parnamirim /RN, CEP 59.145-085.  
Fone/Fax (84) 3091-3909, 9969-7011, 3272-6277, 8788-4353





Secretaria de Saúde Pública  
Hospital Deoclécio M. Lucena

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: Notenel Chxb

do Gho

Paciente 44 anos

masculino casado

de acidente motociclista  
dia 11/05/13.

Este em atendimento  
médico neste  
príncíprio devido a  
fratura do acetábulo,  
iliaco e raios inferiores  
do pubis a (1) com  
indicacao de tratamento  
conservador. Oriento manter  
total de 08 semanas de  
carga.  
03/06/13

Dr. Fábio Cavalcanti de Souza  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 6528



Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social  
Polícia Civil  
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Jnidade Policial: 1ª DELEGACIA MUNICIPAL DE PARNAMIRIM  
Endereço: RUA EDGAR DANTAS, 1660, SANTOS REIS, PARNAMIRIM

**I. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: F14323620130605100030  
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data/Hora de Expedição: 05/06/2013 10:05:38

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 11/05/2013 17:30:00

2.3 Fato:

2.4 Meio(s) empregado(s):

2.8 Número: SN

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: EMAUS

2.2 Autoria:

2.4 Flagrante:

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: PARNAMIRIM

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

3.1 Nome Completo: NATANAEL CALIXTO DA SILVA

3.2 Estado civil:

3.3 Etnia:

3.5 Mãe: CREUZA GOMES DA SILVA

3.6 Data de Nascimento: 18/11/1968

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 RG: 975104 - SSP RN

3.9 CPF:

3.10 Passaporte:

3.13 Profissão: PEDREIRO

3.14 E-Mail:

3.15 Telefone(s): 84 36435600

3.16 Logradouro: RUA GASPAR HENRIQUE CRUS

3.17 Número: 604

3.18 CEP:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

**4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)**

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

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

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

4.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

4.3 Chassi: 9C2KC1670BR527624

7.1.4 Renavam: 325323089

4.5 Placa: NOG2232

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4.7 Marca:

7.1.8 Modelo:

4.9 Ano do Modelo: 0

7.1.10 Ano de Fabricação: 2011

4.11 Cor do veículo: VERMELHA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

4.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

4.15 Nome do proprietário: DECLARANTE

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

4.17 Nome do condutor:

4.18 Observações: Situação: NORMAL

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

**DOS FATOS**

4.1 Histórico

ECLARA QUE FOI DESVIAR DE UM BURACO PERDEU O EQUILÍBrio E VEIO AO CHÃO, FOI SOCORRIDO POR VIZINHOS PARA O HOSPITAL DEOCLEIO ARQUES CONFORME LAUDO MEDICO, E NADA MAIS DISSE.

2. Informações do CIOSP

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

**I. DECLARAÇÃO**

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

data: 05/06/2013 10:05:38

Alvaro Alves de Souza Bezerra  
Mat. 170186-0

NATANAEL CALIXTO DA SILVA  
Interessado



Polegar direito

endereço: 965065 - NEUSA MARIA LOPES DIAS PINHEIRO

Impresso por: 1701860 - ALVARO ALVES DE SOUZA BEZERRA em 22/09/2015 06:49:30

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

14323620130605100030 - 9791a8efcdffbfaf0f56bb53629944ae9

20130605100030

Página 1 de 1



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA  
SERVIÇO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA



**PACIENTE:** Natanael Calixto da Silva

**DATA:** 16/05/2013

### **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOME TOTAL**

Exame realizado em equipamento multislice, com aquisição de dados volumétricos, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

Fígado com dimensões normais, contornos regulares e densidade parenquimatosa homogênea.

Não há sinais de dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas.

Vesícula biliar sem alterações evidentes ao método.

Pâncreas, baço e adrenais com morfologia e densidade preservados.

Rins tópicos, com dimensões normais, contornos regulares e densidade habitual. Presença de um diminuto cálculo no grupamento calícnico médio do rim esquerdo, medindo 0,3 cm.

Aorta abdominal com calibre e trajeto preservados.

Retroperitônio livre, sem evidência de massas ou linfonodomegalias.

Bexiga sob boa repleção, com paredes regulares.

Ausência de líquido livre na cavidade abdomino-pélvica.

Fratura do ilíaco à direita, com extensão inferior, acometendo o acetáculo e o ramo inferior da pélvis.

Dra. Deborah Vidal Mesquita Chaves  
CRM-RN 4898

Dr. Marcel Dantas de Sousa  
CRM-RN 4557

Rua Dr. Sadi Mendes, S/N  
Bairro Santos Reis  
Parnamirim – RN  
Fone: (84) 3644-6491



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA**  
**HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA**  
**PARNAMIRIM /RN**

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA** N° 175

Nome: Natanael Calixto da Silva

IDADE: 18.11.68 COR:  SEXO:  M ESTADO CIVIL:

NATURALIDADE: BRASIL - SÃO PAULO - BACABAL PROFISSÃO: ESTUDANTE PROCEDÊNCIA: INTERCIRURGICA  
ENDEREÇO: R. Gaspar Henrique Cruz - 604 BAIRRO: Pq. Industrial  
CIDADE: Parnamirim DATA: 03.06.2013 HORA: 14:02

## CONDICÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM  REGULAR  COM DISPNEIA  CHOCADO  COMATOSO   
C/ HEMORRAGIA  EM CONVULSAO  POLITRAUMATIZADO  AGITADO  OUTROS

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM  NÃO

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

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

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO T.A.

## HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Facilita sobre todo la revisión  
y el control de los automóviles (1). Relate

EXAME FÍSICO: estor a officio exorto

Orense, 10 de junio de 1900. Se paga Corfe.

## SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

## DIAGNÓSTICO INICIAL

Dr. Fabio Cavalcanti de Souza  
Ortopedia e Traumatologia  
CEMURN 6528



## EXAMES COMPLEMENTAIRES

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA**  
**HOSPITAL DEOCLETO W. LUCENA**  
**PARANAMIRIM/RN**

Ass. do Responsável

## **ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE**

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

CONDUCTA

*Ass. do Responsável*

**DESTINO DO PACIENTE**

| DESTINO DO PACIENTE                     |  |  |                                    |
|---|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL | <input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE | <input type="checkbox"/> REMOVIDO EM       | EXAME FÍSICO                       |
| HORA _____ HS                           | _____  | HORA _____                                 | _____ / /                          |
| RETIROU-SE POR                          | DECISÃO MÉDICA                                   | <input type="checkbox"/>                   | A REVELIA <input type="checkbox"/> |
| DATA _____ / _____ / _____              | HORA _____                                       | SCORDE DO SAMU/AMM/MODIFICAÇÃO DE TRÂNSITO |                                    |
| ÓBITO _____ / _____ / _____             | HORA _____                                       | PERMISSÃO DE ARTERIAI                      |                                    |
| ENTREGUE                                | À FAMÍLIA  | <input type="checkbox"/>                   | HORA _____                         |
|   | S.V.O.   | <input type="checkbox"/>                   | I.T.E.P. <input type="checkbox"/>  |
| MÉDICO (Carimbo)                        |  | CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)                 |                                    |
|   |  | DIAGNÓSTICO INICIAL                        |                                    |

440mcs

Nº 111

NOME: Matheus Lohito da Silva Data Nasc: 18/11/68  
 NOME DA MÃE: Creiza Soares da Silva Fone:  
 Sexo: F E. Civil: Divorciado Bairro:  
 Rua: Gopar da Cunha nº 64 Cidade: P  
 Data: 16/05/2013 Hora Entrada: 13:59

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM  REGULAR  COM DISPNEIA  CHOCADO  
 COMATOSO  COM HEMORRAGIA  EM CONVULSÃO  POLITRAUMATIZADO  
 AGITADO  OUTROS  DOENÇA OU ACIDENTE DO TRABALHO

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente relata andar de motocicleta no dia 16/05/2013  
 Relata que foi atendido seu horizonte em  
 sua Perca. Relata dor abdominal  
 e no suor. Relata houve-se s. e. dor as doras  
 Encontra-se andando de veículos

Dr. Fabio Cavalcanti de Souza  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM/RN 6528

EXAME - LESÕES OU AFECÇÕES ENCONTRADAS

- Sopro TC Abdomen e pele,
- Fractura do clavô  
e acéfalo seu doras

Dr. Fabio Cavalcanti de Souza  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM/RN 6528

|  |     |    |        |       |              |
|--|-----|----|--------|-------|--------------|
| TA:  | mon | Hg | PULSO: | PESO: | TEMPERATURA: |
| DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:  |     |    |        |       |              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encosto reposo absoluto e<br/>retiro os 100/13 para sua avaliação.</li> </ul> |     |    |        |       |              |
| CONDUTA:   |     |    |        |       |              |
| <u>Recomendação:</u><br><u>Recomendação:</u>   |     |    |        |       |              |

2x coluna cervical DR e perf

2x Pausa anatomico da bac

Rs: nenh ② DR e abdome

1x Torax PA e perf

Dr. Fábio Cavalcanti de Souza  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 6528

10/06/2010

Medicamentos: ciprofloxacin

Dr. Fábio Cavalcanti de Souza  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 6528

2x Pausa anatomico da bac

Inset  
Outlet

Dr. Fábio Cavalcanti de Souza  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 6528

FICOU EM: OBSERVAÇÃO

REMOVIDO EM: 11/06/2010

INTERNAÇÃO

HORA: \_\_\_\_\_ hs.

HORA: \_\_\_\_\_ hs.

RETIROU-SE POR: DECISÃO MÉDICA

ÓBITO EM: 11/06/2010 às 11:00 hs.

À PEDIDO

ENTREGUE À FAMÍLIA

À REVELIA

IML

DATA: 11/06/2010 às 11:00 hs.

Médico - Carimbo



Secretaria de Saúde Pública  
Hospital Deocídio M. Lucena

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: Natanel Calixto  
do. Silva

A fisioterapia.  
Fratura do  
acetábulo, Iliáco e  
ramo inferior do  
fubisa (D).

Ind: Reabilitação.

( Nas four corse  
ate dia 15/07 )

01.07.2013

Dr. Fábio Cavalcante de Souza  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RN 6529

## RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: Natane Colucci

do sexo

Quo o if

①

Defesa

Tens 1 cf

6/6h em coro

do dor

Dr. Fabio Camilleri de Souza  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM / RN 6528

## RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAMIRIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Capitão Martinho Machado, 31 - Centro - Parnamirim - RN  
CEP - 59.150-000 Fone: (84) 3272-6341 / 6344  
CNPJ - 08.170.862/0001-74

Paciente: Natane Colucci do if

Endereço:

Prescrição:

Tens 1 cf 6/6h - 2cx

use cor cor dor

Dr. Fabio Camilleri de Souza  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM / RN 6528

ENTREGUE ÀS PESSOAS DE CONFIANÇA

ENTREGUE ÀS PESSOAS DE CONFIANÇA

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA 8<sup>a</sup> VARA CÍVEL  
DA COMARCA DE NATAL, ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE.**

**Processo Nº: 0841131-63.2016.8.20.5001**

**Requerente: NATANAEL CALIXTO DA SILVA**

**NATANAEL CALIXTO DA SILVA**, já devidamente qualificado nos autos do processo em epígrafe, neste ato devidamente, vêm, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, **REQUERERER** **juntada de documentos, REQUERIMENTO ADIMINISTRATIVO.**

Termos em que,

Pede deferimento.

Natal 14 de Setembro de 2016

**CLAUDIMIR JOSÉ FERREIRA VELHO**

OAB/RN 7268.



**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.**

## **SINISTRO - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA** NATANAEL CALIXTO DA SILVA  
**COBERTURA** Invalidez  
**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO**  
ARUANA SEGUROS S/A  
**BENEFICIÁRIO** NATANAEL CALIXTO DA SILVA  
**CPF/CNPJ:** 72133147420

**Posição em 14-09-2016 08:40:56**

Verifique os dados digitados e repita a consulta ou [clique aqui](#)

e  
fale conosco.

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA 8<sup>a</sup> VARA CÍVEL  
DA COMARCA DE NATAL, ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE.**

**Processo Nº: 0841131-63.2016.8.20.5001**

**Requerente: NATANAEL CALIXTO DA SILVA**

**NATANAEL CALIXTO DA SILVA**, já devidamente qualificado nos autos do processo em epígrafe, neste ato devidamente, vêm, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, **REQUERERER** **juntada de documentos, REQUERIMENTO ADIMINISTRATIVO.**

Termos em que,

Pede deferimento.

Natal 14 de Setembro de 2016

**CLAUDIMIR JOSÉ FERREIRA VELHO**

OAB/RN 7268.



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Sob as penas da lei 1060/50, com redação dada pela lei 7.510/86, o Autor declara que está demandando sob o beneplácito da assistência judiciária gratuita por ser pobre economicamente além de não possuir condições financeiras para arcar com às custas processuais, bem como os honorários advocatícios e periciais sem prejuízo do próprio.

16 de 09 de 2016

NATANAEL CALIXTO DA SILVA  
Parte