

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO TÉCNICO CENTRAL DE POLÍCIA  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



*José Fabiano de Oliveira Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 1.325.701 DATA DE EXERCÍCIO: 28.07.1992

NOME: JOSÉ FABIANO DE OLIVEIRA SILVA

Nome: JOSÉ DE OLIVEIRA

MULHER: RITA MADALENA DA SILVA

CARAIÚBAS RN 22.08.1977 DATA DE NASCIMENTO

CERT. NASC. 6.532 LIVRA- 49 FLS. 11

DO 2º CART. DE CARAIÚBAS RN

CPF: 913 542 504- 00

*Mário Augusto de Almeida*

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL  
CADASTRO PROFISSIONAL

913542504-00

Nome Completo: JOSÉ FABIANO DE OLIVEIRA SILVA

NASCIMENTO: 22.08.97

*José Fabiano de Oliveira Silva*

001/1442-91

02 488 492

BAVO DO BRASIL  
CARAIÚBAS RN  
0420103-5

**RECEBEMO:**  
09 FEV. 2010  
LJ ALLIANCE  
CORRETORA DE SEGUROS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 012389588842  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

RA	CCO REGRAM	TENTR	EXERCÍCIO
2	00463757315	*****	2016

NOME  
FRANCISCO ALEBR DE LINA TARGINO

CPF/CNPJ	PLACA
010.053.354-89	RNV3054

PLACA ANT/UP	CHASSI
RNV3054/RN	9C2XD0550CR574874

ESPECIE TIPO	CATEGORIA
PASSEIPEIRO/MOTOCICLETA/VAO APICAVE	ALCOOL-GAROL

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/MXR150 BROS ES	2012	2012

CAPVOT/CIL	CATEGORIA	COR PRECORRENTE
CCV/149 CILINDRADAS	PARTICULAR	PRETA

COTA ÚNICA	PREM. COTA ÚNICA	PREM. COTAS
R\$ 0,00	12/04/2016	1º PAGO
PARRA PVA	PARRA PVA	2º PAGO
014910 3K	R\$ 44,62	3º PAGO

PAGAR ENCARGO (R\$) - ICF (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\* TAXAS DETRAN: PAGO \*\*\* DPVAT: PAGO

REGISTRO DO VEÍCULO  
MOTOR: K00550C574874

CRAUBAS/RN  
16/03/2017



RN Nº 012389588842 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodetrans.com.br  
SÃO DPVAT 8009 922 1304

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2016	16/03/2017

RA	CPF/CNPJ	PLACA
2	010.053.354-89	RNV3054

REGRAM	MARCA/MODELO
00463757315	HONDA/MXR150 BROS ES

ANO REG	QT VEH	CHASSI
2012	9	9C2XD0550CR574874

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO	DETRAN (R\$)	CLASSE DO SEGURO (R\$)
--------	--------------	------------------------

CUSTO DO BILHETE (R\$) - ICF (R\$) - TOTAL DO PAGAMENTO

PAGAMENTO - DATA DE CESSAÇÃO

COTA ÚNICA  PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT  
CNPJ: 09.348.400/0001-34  
www.seguradoralider.com.br

RN-2015

RECEBEMOS

08 FEV. 2018

= LJA ALLIANCE =  
CORRETORA DE SEGUROS LTD.









## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

JOSÉ FABIANO DE OLIVEIRA SILVA, brasileiro, desempregado, inscrito no CPF/ sob o nº 913.542.504-00, RG nº 1.399.701 SSP, residente e domiciliado na Rua Francisco Gomes pereira, Alto da Liberdade, Caraúbas/RN, CEP 59780-000, e-mail (sem endereço eletrônico).

DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Caraúbas/RN 15 de Maio de 2019

*José Fabiano de Oliveira Silva*



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** JOSÉ FABIANO DE OLIVEIRA SILVA, brasileiro, desempregado, inscrito no CPF/ sob o nº 913.542.504-00, RG nº 1.399.701 SSP, residente e domiciliado na Rua Francisco Gomes pereira, Alto da Liberdade, Caraúbas/RN, CEP 59780-000, e-mail (sem endereço eletrônico).

**OUTORGADO:** Dr. LUIZ DIÓGENES DE SALES, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-RN sob nº 15967 com endereço profissional na Rua dos Pereiros, nº 23, Bairro Costa Silva, cidade de Mossoró / RN.

**PODERES:** por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador o outorgado, concedendo-lhe os poderes da cláusula *ad judicium et extra*, para o foro em geral, e especialmente para: **PROPOR AÇÃO ORDINÁRIA**, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga ao Advogado acima descrito, os poderes para, em nome da outorgante, **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, e firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, que devem constar de cláusula específica. (Em conformidade com a norma do art. 105 do CPC)**

Os poderes específicos acima outorgados **poderão** (ou **não poderão**) ser substabelecidos.

CARAÚBAS /RN, 15 de Maio de 2019.

*José Fabiano de Oliveira Silva*







LUNAS

**ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED**  
**DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPOP**  
**DIRETORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR - DPCIN**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA JUDICIÁRIA DE CARAÚBAS**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 696/2017**

<b>NATUREZA DA OCORRÊNCIA:</b>		Acidente de Trânsito	
<b>Local:</b>		Parede do Açude Saboia (próximo a Casa de Cultura) - Caraúbas/RN	
<b>Data fato:</b>		23/11/2016	<b>Hora do Fato:</b> 18horas20min.
<b>Comunicante</b>	<b>Nome</b>	José Fabiano de Oliveira Silva	
	<b>Naturalidade:</b>	Caraúbas/RN	<b>Nascido (a) em:</b> 22.08.1977 <b>Doc</b> RG: 1.399.701 SSP/RN
	<b>Filho (a):</b>	José de Oliveira e Rita Madalena da Silva	
	<b>Estado civil:</b>	Solteiro	<b>Telefone:</b> (84) 9 9651-8882
	<b>Endereço</b>	Rua: Francisco Gomes Pereira, 67, Alto de São Severino- Caraúbas/RN	
<b>VITIMA</b>	<b>Nome</b>	O Comunicante	
	<b>Naturalidade:</b>	xxxxxxxxxx	<b>Nascido em:</b> xxxxxxxx <b>Doc</b> RG: xxxxxxxxxxxx
	<b>Filho (a) de:</b>	xx	
	<b>Estado civil:</b>	xxxxxxxx	<b>Telefone</b> (84) 996180172 (Francisco Marilo)
	<b>Endereço:</b>	xxx	
<b>NOTICANDO</b>	<b>Nome:</b>	xxx	
	<b>Naturalidade:</b>	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	<b>Nascido em:</b> xxxxxxxxxxxx <b>Doc</b> Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
	<b>Filho (a) de:</b>	XX	
	<b>Estado civil:</b>	Xxxxxxxxxx	<b>Telefone</b> xx
	<b>Endereço:</b>	xxx	

**HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA:**

Relata o (a) comunicante **QUE** conduzia uma motocicleta tipo HONDA/NXR 150BROS ES; Renavam: 00463757319; Chassi: 9C2KD0550CR574874; Placa: NNV 3054; Ano Fab. e Ano Mod.: 2012, licenciada em nome de Francisco Kleber de Lima Targino, local e data supracitados, sentido centro; **QUE** se deparou com uma matilha vindo a acionar o sinal sonoro no intuito de dispersá-los, mas que um dos cães atravessou a via no momento da sua travessia, fato que ocasionou sua queda e em consequência disso uma fratura no ombro direito; **QUE** foi conduzido para o Hospital Regional deste município e posteriormente transferido para o Hospital Regional Tarcísio Maia em Mossoró/RN, aguardando procedimento cirúrgico, como desereve boletins em anexo; **QUE** o comunicante, ora vítima, **NÃO POSSUI HABILITAÇÃO**, e nada mais disse e nem lhe foi perguntado. As informações prestadas neste B.O. São de inteira responsabilidade do (a) comunicante. O (A) comunicante se responsabiliza civil e criminalmente por suas declarações.

TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_

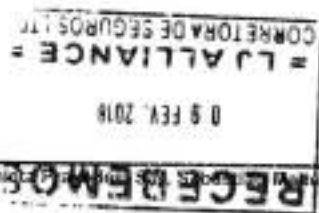
**Providências adotadas:**

Registrado o presente B.O. entregue a 1ª via a (o) comunicante

**Data e hora da comunicação:** Caraúbas/RN, 27.11.2017 às 11horas35min.

José Fabiano de Oliveira Silva  
COMUNICANTE

Alysson Bruno de Sá Godeiro  
Alysson Bruno de Sá Godeiro  
Agente de Polícia Civil  
Mat.: 207.229-7



ORIGINAL

Rua José de Anchieta, 304 - Centro - Caraúbas/RN, CEP 59760-000



NOTIFICADO



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
SESAP-HOSPITAL REGIONAL Dr. AGUINALDO PEREIRA DA SILVA-CARAÚBAS-RN  
O Amigo da Criança

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA**

DADOS DO ATENDIMENTO		Data: 23/11/17	Hora: 18:50	Atendimento nº:
Nome:	JOSE FABIANO DE OLIVEIRA SILVA		Idade:	60
Sexo:	M			
Data de Nascimento:	22/05/77	Cartão SUS:	71010704941535977	
Profissão:	Agricultor	Nº Identidade:	1399704	
Endereço (Rua/Av./Sítio):	Rua Antonio A. Pasca		Nº:	356
Complemento:				
Bairro:	RECOPERTO	Cidade:	CARAUBAS	Estado:
Telefone:	95126504			
Nome da Mãe:	LITA MADALENA		Motivo da Procura:	
Assinatura do Servidor:		ACIDENTE DE MOTOCICLETA		

ACOLHIMENTO:  Emergência  Urgência  Não Urgência  Acidente de Trabalho  Acidente de Trânsito

Acolhimento com Classificação de Risco:

Queixas:

Antecedentes Alérgicos:

HAS  DM  Assinatura: \_\_\_\_\_ Classificação:

ANAMNESE: *paciente sem quadro conhecido de hipertensão*

**RECEBEMOS**

EXAME FÍSICO: Peso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Cº F. C.: \_\_\_\_\_ PA: 140x100 MMHG FR: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_

09 FEV. 2018

**LI ALLIANCE**  
CORRETORA DE SEGUROS

CONDUTA:  Medicação  Observação  Laudo para AIIH

*Re: Úlcera Ducto*  
*Busca por complicações - O/A/P/A/O/E*

**ORIGINAL**

ANEXO 095518

AUTENTICAÇÃO  
12 DEZ 2017

ANEXO 095518

HIPÓTESE DO DIAGNÓSTICO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:  Laboratório  Radiológico  EGG  Outros:

Saída: Data/Hora: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ h.  Alta Referido para USB  Óbito

Outra Unidade de Urgência  Especialidade  Internação no Hospital

CID: \_\_\_\_\_

Médico: (Carimbo/ Assinatura)

Dr. Jairdel S. *[Assinatura]*







DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 a 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Jose Fabiano De Oliveira Silva</i>	CPF da Vítima <i>913 542 504-00</i>	Data do Acidente <i>23/11/2017</i>
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA	
Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)
<p>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:</p> <p><b>Assinalar uma das opções abaixo:</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</p> <p><input type="checkbox"/> O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de perícia do Seguro DPVAT; ou</p> <p><input type="checkbox"/> O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior ao (no caso) do respectivo pedido.</p> <p>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 da análise da documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica e aos custos da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 5º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.</p> <p>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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.</p>	

RECEBEMOS  
23/11/2017  
LJ ALLIANCE =  
DIRETORIA DE SEGUROS LT

*Corumbas-RN, 12 de Dezembro de 2017.*  
Local e Data

<i>x Jose Fabiano de Oliveira Silva</i>	_____
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário	Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Kleber De Lima Targino  
RG nº 1.760.616, data de expedição 06/09/96,  
Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 010.053.954-89 com  
domicílio na cidade de Caraculbas, no Estado de  
Rio Grande do Norte onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Al. Ritorinha, Sebastião Mattêz nº 310,  
complemento Casa declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima José Fabrício De Oliveira Silva cujo o condutor era  
José Fabrício De Oliveira Silva.

Veículo: Moto  
Modelo: Honda NXR150 BROS ES  
Ano: 2012  
Placa: NVV3054  
Chassi: 9C2K00550CR574874  
Data do Acidente: 23/12/17  
Local e Data: 12/12/17 - Caraculbas - RN

Francisco Kleber de Lima Targino  
Assinatura do Declarante

José Fabrício de Oliveira Silva  
Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

ORIGINAL

RECIBO DE ENTREGA DE VEÍCULO

RECONHECIDO por AUTENTICAÇÃO a fim de  
Francisco Kleber de Lima Targino  
José Fabrício de Oliveira Silva  
José Fabrício de Oliveira Silva  
Endere: Al. Ritorinha, Sebastião Mattêz  
Caraculbas/RN nº 310 de endereço  
Caraculbas/RN 12/12/2017  
Moto: Honda NXR150 Bros ES  
Placa: NVV3054  
Chassi: 9C2K00550CR574874  
Assinatura: José Fabrício de Oliveira Silva  
Assinatura: Francisco Kleber de Lima Targino  
Cláudia Raquel Gomes de Sá - Escritório

RECEBEMOS  
09 FEV. 2018  
LJ ALLIANCE =  
DIRETORIA DE SEGUROS LTD.



Paciente: **JOSE FABIANO DE OLIVEIRA SILVA**  
Médico Solicitante: **MARCELO REGO**  
Convênio: **PARTICULAR**

Idade: **40** Sexo: **Masculino**  
Atendimento: **164243** RG: **1399701**  
Data Exame: **29/11/2017**

### TC- ARTICULAÇÃO (OMBRO DIREITO):

O exame obtido em equipamento multislice, com séries de cortes axiais comparativos (DIR+ESQ), posteriores reformatações multiplanares e 3-D, do ombro direito mostra:

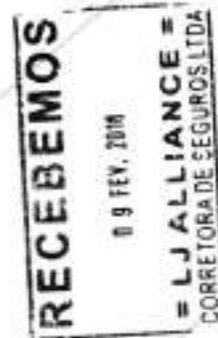
Fratura multifragmentar da cabeça/tuberculo maior do umero direito com discreto desalinhamento dos cabos ósseos.

Superfícies e espaços articulares normais.

Grupos musculares visibilizados de aspecto habitual, não sendo identificadas formações expansivas.

Planos gordurosos conservados.

**ID.: Fratura cominutiva do umero proximal.**



PAULO ROBERTO NOBRE SOBRAL  
CRM / RN 1971 CBR 3489

"Este é um exame complementar. Caberá ao médico assistente decidir sobre sua adequação ao quadro clínico e terapêutico".





UGV.

**Sistema Único de Saúde** **Ministério da Saúde**

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE \_\_\_\_\_ 2 - CNES \_\_\_\_\_

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE \_\_\_\_\_ 4 - CNES \_\_\_\_\_

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE JOSSO ANTONIO DE OLIVEIRA SILVA 6 - Nº DO PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_ 8 - DATA DE NASCIMENTO / / 9 - SEXO Masc 10 - RAÇA/COR 13

11 - NOME DA MÃE \_\_\_\_\_ 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE \_\_\_\_\_

13 - NOME DO RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_ 14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE \_\_\_\_\_

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO) \_\_\_\_\_

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_ 17 - CDD. IBGE MUNICÍPIO \_\_\_\_\_ 18 - UF \_\_\_\_\_ 19 - CEP \_\_\_\_\_

**JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
Acidente vascular cerebral

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
Acidente vascular

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  
CC. NISTICO + R

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL F. 2002 com unhas 24 - CID 10 PRINCIPAL S42.0 25 - CID 10 SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRAUMATO 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408000334

29 - CLÍNICA 23080011 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO \_\_\_\_\_ 31 - DOCUMENTO  CNS  CPF \_\_\_\_\_ 32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE \_\_\_\_\_

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ANDRÉ OLIVEIRA DE OLIVEIRA SILVA 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 23/11/17 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DR. ANDRÉ OLIVEIRA DE OLIVEIRA SILVA - ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA - CRM 18788

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36 -  ACIDENTE DE TRÂNSITO 39 - CNPJ DA SEGURADORA \_\_\_\_\_ 40 - Nº DO SEGURO \_\_\_\_\_ 41 - SÉRIE \_\_\_\_\_

37 -  ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 42 - CNPJ EMPRESA \_\_\_\_\_ 43 - CNAE DA EMPRESA \_\_\_\_\_ 44 - CDDR \_\_\_\_\_

38 -  ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA  
 EMPREGADO  EMPREGADOR  AUTÔNOMO  DESEMPREGADO  APOSENTADO  NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_ 47 - CDD. EMISSÃO EMISSOR \_\_\_\_\_ 48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR \_\_\_\_\_

48 - DOCUMENTO  CNS  CPF \_\_\_\_\_ 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / / 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) \_\_\_\_\_





REGISTRO N°  
 7622053

300 7049 4153 5477

**PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO**

Nome: JOSE FABIANO DE OLIVEIRA SILVA D. N. 22/3/77 Idade: 40  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Cartão SUS n° \_\_\_\_\_  
 Endereço: Rua: FRANCISCO GOMES PEREIRA, 67 Bairro: ALTO DO LIBERDADE  
 Cidade: CAVALARIA U.F. RN Fone: \_\_\_\_\_  
 Filiação: Mãe: RIKA MADALINA DA SILVA Pai: JOSE DE OLIVEIRA

Data: 23/11/17 Hora: 10:50 A.C.C.R.: CAVALARIA

**1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)**

*BRUNO 410003 20 2017/11*  
*VALERIA 002 2017/11 20 2017*  
*214*

**2 - EXAME FÍSICO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
 SAME MOSSORO EX 1312017  
 BIN  
 SAME/ARQUIVO

**3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)**

*ELIAS 109 2017/11 2017*  
*2017*



**SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA  
PARA O HRTM ATRAVÉS DA UGV**

Paciente:	Jose Fabiano de Oliveira		
Idade:	40c	Sexo:	M( ) F( )
Diagnóstico:	Ac. vertebral fratura de tórax		
Parêcer/Clinica:	RX espinha		
Hospital Solicitante da Vaga:			
Caraculbas			
Enfer.( )	UTI( )	Ped.( )	
Médico Solicitante:	Eudomar		
Paciente c/ Encaminhamentos:	S( ) N( )		
Data/Hora da Solicitação:	19.25 23/11/17		
Técnico UGV:	Adriano		

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
SANE MOSSORO 28/12/2017  
SANE/ARQUIVO Bmw







ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
 SESAP - Secretaria de Saúde Pública  
 HOSPITAL REGIONAL Dr. AGUIALDO FERREIRA DA SILVA - CARAUBAS-RN  
 O Amigo do Criança  
 FONE (84) 3337-9900-9991

**RECEITUÁRIO**

Jose Fabiano de Oliveira Silva

Encaminhamento

PCO 40 Anos Prefere ter sofrido acidente de Motocicleta, com fratura de cabeça de Umero, Encaminho por parafusos fixação com Especialista.

Amamentar é um ato de amor  
 23/11/18

Dr. Jarbol S. ...  
 Médico (a)  
 CRM

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
 ESTA CONFORME O ORIGINAL  
 SAME MOSSORÓ 12/11/18  
 SAMEIARQUIVO





**CLÍNICA MULTIMED**

**Rua Cláudio Machado, 601 Petrópolis.**

**Tel.: 3202-1220**

**RECIBO**

Recebi da Sra. José Fabiano de Oliveira Lima CPF: 913.542.504-00 à quantia de R\$ 300,00 (Trezentos reais) referente à consulta realizada com Dr. Marcelo Rego. CRM 4884

Marcelo Rego  
Osteopata  
Cristina de Lima  
Cristina de Lima



Marcelo Rego

**CPF 021.660.014-67/ CRM 4884.**

**Natal, 29 de Novembro de 2017.**







## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os fins que se fizerem necessários que  
 \_\_\_\_\_ JOSÉ FABIANO DE OLIVEIRA SILVA \_\_\_\_\_ foi atendido (a)  
 neste serviço médico, tendo sido liberado (a) a seguir. Devendo ficar afastado de suas  
 atividades do trabalho por \_\_\_\_\_ Noventa \_\_\_\_\_ (90) dias, a \_\_\_\_\_ partir desta data.

CID-10: CID S 422 \_\_\_\_\_ 04 \_\_\_\_\_ 12 \_\_\_\_\_ 2017  
Natal (RN), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

*Marcelo Rêgo*  
 Médico  
 Cirurgião Geral  
 CRM 4.484

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Fone: (84) 3133-4200 - CEP 59022-020 - Tirol - Natal/RN

## R E C I B O

Valor R\$: \_\_\_\_\_ 30,00

Recebi do(a) JOSE FABIANO DE OLIVEIRA SILVA CPF-913.542.504-00

a importância de R\$ \_\_\_\_\_ 30,00 (trinta reais)

Referente COPIA PRONTUARIO REG-125863

Pelo que passo o presente recibo dando plena e geral quitação.

HOSPITAL MEMORIAL  
 Av. Juvenal Lamartine, 979  
 Tirol 59.022-020 Natal / RN

Confirma com original  
 E.M. \_\_\_\_\_

*quitação*

Natal (RN),

23/02/2018

*Luiz*  
 \_\_\_\_\_  
 HOSPITAL MEMORIAL DE NATAL



~~MARCELO  
DOUTOR EM FISIOTERAPIA~~

- exercícios passivos  
- Alongamento  
Objetivo: - Analgesia

SESSÕES : 10

Diagnóstico : Pos operatório de fratura de úmero proximal D

A fisioterapia:  
JOSE FABIANO DE O. SILVA  
CLINICA MULTIMED



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

*Prof. Fabiano de O. Silva*

USO ORAL

① Ibuprofeno 60mg - 01cx

Tomar 01cp VO 12/12horas

por 5 dias

23/11/17

Secretaria Regional de Saúde  
SECRETARIA REGIONAL DE SAÚDE  
RUA TARCÍSIO MAIA, 1100-100





Centro Clínico do Oeste

RELATÓRIO MÉDICO

Nome: José Francisco da Oliveira

Paciente com história de acidente automobilístico capotamento de carro em 13/07/17 com trauma em região do ombro esquerdo e fratura de clavícula esquerda e contusão ao nível de cadeia cervical. Tem tratamento inicial e orientações de tratamento conservador para a fratura da clavícula. Fz uso de T. pois por 2 mds. No momento queixas de dor/ inchaço em ombro esquerdo. Adiantar Abandono do nível de clavícula esquerda. Membro superior esquerdo com mobilidade preservada. Radiografia atual mostrando mandibular de fratura de terço médio da clavícula superior. Paciente deve restringir atividades de esforço físico em Membro superior esquerdo. Encaminhado para avaliação fisioterapêutica.

CID: S42.0  
M84.1

Dr. Pedro Henrique O. Silva  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - RN 9123  
TEOT 15119

Dr. Pedro Henrique O. Silva  
Médico  
CRM - RN 9123

20/10/17

Rua José Soares, S/N, Sebastião Maltez - Caraibas/RN  
CEP: 59.780-000 - CENTRO CLÍNICO DO OESTE - CLIO  
☎ 84 9918-7776 #centroclinicodoeste #novacio  
CNPJ: 10.949.281/0001-87





JOSE FABIANO DE OLIVEIRA SILVA

ORIENTAÇÕES:

- USAR TIPOIA ATÉ RETORNO COM O MEDICO, NÃO RETIRAR
- NÃO MEXER O OMBRO
- MOVIMENTAR A MÃO
- COMPRESSA DE GELO 5X/DIA POR 15 MINUTOS
- TROCAR CURATIVO TODO DIA COM ALCOOL 70, GAZE E MICROPORE
- RETORNO terça FEIRA: 26/12 AS 10H, PARA RETIRAR PONTOS. CLINICA MULTIMED 3202-1220

*Marcelo Rêgo*  
Ortopedia  
Ortopedia do Ombro e Ombro  
Clínica Multimídia





Prefeitura Municipal do Natal  
 Secretaria Municipal de Tributação  
 Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e  
 Nota Natalense

Nº da Nota: 0000021979  
 Competência: DEZ/2017  
 Data Prestação Serviço: 04/12/2017  
 Nº da Nota Substituída:

Data/Hora de Emissão: 04/12/2017 às 09:03:04 Código de Verificação: 460893671

**Prestador de Serviços**

CNPJ: 08.506.545/0001-86 Inscrição Municipal: 101.784-5  
 Razão Social: CLINICA DE RADIOLOGIA E ULTRASSONOGRAFIA LTDA  
 Endereço: RUA CEARA MIRIM, 669, TIROL, 59020-240  
 Município: NATAL UF: RN  
 Telefone: E-mail:



**Tomador de Serviços**

Nome/Razão Social: JOSE FABIANO DE OLIVEIRA  
 CPF/CNPJ: 913.542.504-00 Inscrição Municipal:  
 Endereço: RUA SANTOS DUMONT, 128, CENTRO, 59780-000  
 Município: CARAUBAS UF: RN  
 Telefone: E-mail:

**Serviços**

4.02 - ANÁLISES CLÍNICAS, PATOLOGIA, ELÉTRICIDADE MÉDICA, RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, ULTRASSONOGRAFIA, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, RADIOLOGIA, TOMOGRAFIA E  
 CONGÊNERES.

Item	Descrição	Quant.	Vlr. Unitário	Valor Total
1	TOMOGRAFIA DO OMBRO	1,0000	400,00	400,00

Valor Total da NFS-e R\$: 400,00

Deduções (R\$)	Base Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	400,00	5,00	20,00	
INSS (R\$)	IRPJ (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)

**Outras Informações**

Procon Municipal: End.: Rua Seridó, 355, Petrópolis/RN CEP: 59020-010 Telefone: (84)3232.9050/3232.9051 Fax: (84) 3232.9052





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
 SESAP - Secretaria de Saúde Pública  
 HOSPITAL REGIONAL Dr. AGUNALDO PEREIRA DA SILVA - CARAÚBAS-RN  
 O Amigo da criança  
 FONE (84) 3337-8600-8801

**RECEITUÁRIO**

Jose Fabiano de Oliveira Silva

Encaminhamento

PCO MO ARIOS Refuzo ter sofrido acidente de Motocicleta, com fratura de costela de Omeo, Encaminho para parafrazeologia com Especialista.

*[Handwritten signature]*

Dr. Jansel S. M. M. M.

Méico (a)

CRM

Amamentar é um ato de amor

23/11/18

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
 SAME MOSSORÓ 28/11/2018

SAME/ARQUIVO







PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
**Vara Única da Comarca de Caraúbas**  
Praça Ubaldo Fernandes Neto, nº 212, Centro, Caraúbas/RN

---

**Processo Nº:** 0800380-75.2019.8.20.5115

**Requerente:** JOSE FABIANO DE OLIVEIRA

**Requerido:** SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

## **DESPACHO**

Defiro a gratuidade judiciária.

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, ante a necessidade da realização de perícia, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação. (CPC, art. 139, VI e Enunciado n. 35 da ENFAM).

Assim, cite-se e intime-se a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial.

Outrossim, ante a necessidade de prova pericial, NOMEIO perito(a) o(a) Dr(a). **ANDRÉ FERNANDEZ DE OLIVEIRA**, médico(a) especializado em ortopedia e traumatologia, com endereço profissional na Clínica Feldman, localizada à Rua João Gomes de Oliveira, Bairro Sebastião Maltez, Caraúbas/RN, determinando a intimação do(a) mesmo(a) para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico.

Tendo em vista que a parte autora é beneficiária da assistência judiciária gratuita, caberá ao réu antecipar as despesas com a perícia, resguardado o direito de requerer a devolução do montante em fase de cumprimento de sentença caso seja julgado improcedente o pedido do autor.

Arbitro os honorários periciais em R\$ 200,00 (duzentos reais), mediante depósito prévio a ser realizado pela parte ré.



Intime-se a parte ré para no prazo de dez dias, a contar do decurso do prazo de contestação, depositar em conta judicial o valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

Formulo os seguintes quesitos:

- 1- Quais as lesões sofridas pelo autor?
- 2- As lesões decorreram de acidente de veículo?
- 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente?
- 4- Totalmente ou em parte?
- 5 – Em que percentual?
- 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica?
- 7- A incapacidade é temporária ou permanente?
- 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica?
- 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta?
- 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média(50%), leve (25%) ou residual(10% ou menos)?

Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação. A parte autora já teve tal oportunidade na inicial. Os quesitos devem ser apresentados em duas vias para serem entregues em secretaria, além da via de protocolo do advogado, sendo uma via para ficar no processo e outra via para ser remetida ao perito.



Após apresentado o laudo, intemem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 10 (dez) dias e informarem se têm interesse em audiência de conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais.

Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença.

Intimações e expedientes necessários a cargo da Secretaria.

Cumpra-se.

Caraúbas/RN - 22 de maio de 2019

*(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº 11.419/06)*

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE  
Juíza de Direito





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Vara Única da Comarca de Caraúbas

Praça Ubaldo Fernandes Neto, 212, Centro - Caraúbas - RN - CEP: 59780-000

ATO ORDINATÓRIO

Ao(À) Ilmo(a). Sr.(a).

LUIZ DIOGENES DE SALES

De ordem do Exmo(a). Sr(a). Dr(a). DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE, MM Juiz(a) de Direito desta Vara, na forma da lei, etc.

MANDA, pela presente, extraída dos autos do processo abaixo especificado, INTIMAR Vossa Senhoria para tomar conhecimento do inteiro teor do despacho, datado de 22 de maio de 2019, cuja cópia do despacho em anexo.

Processo: 0800380-75.2019.8.20.5115

Ação: PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: JOSE FABIANO DE OLIVEIRA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Caraúbas/RN, 23 de setembro de 2019.

REGINALDO FERNANDES DE OLIVEIRA

Auxiliar Técnico

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
**Vara Única da Comarca de Caraúbas**  
Endereço: Praça Ubaldo Fernandes Neto, nº 212, Centro, Caraúbas/RN - CEP: 59780-000

### CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO

---

Processo Número: 0800380-75.2019.8.20.5115

Valor da Causa: \$6,500.00

Requerente: JOSE FABIANO DE OLIVEIRA

**Requerido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

Ilmo. Sr. Diretor ou representante legal.

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.  
E n d e r e ç o : d e s c o n h e c i d o

Pelo presente, cumprindo determinação da Excelentíssimo(a) Juíza de Direito da Comarca de Caraúbas/RN, Dr(a). DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE, fica Vossa Senhoria **CITADO** da presente Ação Judicial proposta nos termos da inicial, cuja cópia segue anexa, bem como fica **INTIMADO, para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, bem como do inteiro teor do despacho da MM Juíza de Direito desta Comarca, datada de 22 de maio de 2019**, (cópia do despacho em anexo), ficando a parte requerida advertida que se deixar, sem motivo justificado, de comparecer à audiência mencionada, reputar-se-ão verdadeiros os fatos alegados na exordial, salvo se o contrário resultar da prova dos autos, podendo, ainda, apresentar sua defesa, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da audiência acima referida. A parte deverá vir acompanhada de seu advogado, podendo se fazer representada por preposto, em se tratando de Pessoa Jurídica.

Atenciosamente.

---

Local: Vara Única da Comarca de Caraúbas/RN

Endereço: Praça Ubaldo Fernandes Neto, nº 212, Centro, Caraúbas/RN - CEP: 59780-000

---

Caraúbas/RN - 23 de setembro de 2019

REGINALDO FERNANDES DE OLIVEIRA

Auxiliar Técnico

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Vara Única da Comarca de Caraúbas

Praça Ubaldo Fernandes Neto, 212, Centro - Caraúbas - RN - CEP: 59780-000

MANDADO DE INTIMAÇÃO

Ao Dr.

ANDRÉ FERNANDES DE OLIVEIRA

Rua João Gomes de Oliveira s/n no Bairro centro nesta cidade de Caraúbas - RN - CEP: 59780-000

De ordem do Exmo(a). Sr(a). Dr(a). DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE, MM  
Juiz(a) de Direito desta Vara, na forma da lei, etc.

MANDA, pela presente, extraída dos autos do processo abaixo especificado, INTIMAR na pessoa que foi nomeador como perito o Sr. **ANDRÉ FERNANDEZ DE OLIVEIRA**, médico(a) especializado em ortopedia e traumatologia, com endereço profissional na Clínica Feldman, localizada à Rua João Gomes de Oliveira, Bairro Sebastião Maltez, Caraúbas/RN, determinando a intimação do(a) mesmo(a) para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Arbitro os honorários periciais em R\$ 200,00 (duzentos reais), mediante depósito prévio a ser realizado pela parte ré, segue cópia do despacho em anexo.

Processo: 0800380-75.2019.8.20.5115

Ação: PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: JOSE FABIANO DE OLIVEIRA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Caraúbas/RN, 23 de setembro de 2019.

REGINALDO FERNANDES DE OLIVEIRA

Auxiliar Técnico

(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)