



Número: **0815603-90.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO SUMÁRIO**

Órgão julgador: **19ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **20/12/2018**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MILTON DA SILVA CANDIDO (AUTOR)	KIOMA ERIK DOS SANTOS GUILHERME (ADVOGADO)
MAPFRE SEGUROS (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10126 317	19/04/2017 09:51	Boletim de Ocorrência e Doc do Veiculo	Documento de Comprovação
10126 330	19/04/2017 09:51	Procuração	Procuração
10126 345	19/04/2017 09:51	previo requerimento	Requerimento Administrativo
10126 352	19/04/2017 09:51	Encaminhamento para Exame	Documento de Comprovação
10126 364	19/04/2017 09:51	Docs Pessoais	Documento de Identificação
10126 382	19/04/2017 09:51	Docs Medicos	Outros documentos
10126 401	19/04/2017 09:51	Docs Medicos versos pag 1 e 2	Outros documentos



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: DELEGACIA MUNICIPAL DE MACAÍBA
Endereço: PRAÇA JOSÉ DA PENHA, 46, CENTRO, MACAÍBA

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2016022000454
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.2 Data de Expedição: 23/09/2016 09:44:53
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 15/08/2016 16:30:00

2.2 Autoria: Desconhecida
2.4 Flagrante: Não

2.3 Fato: Consumado

2.7 Logradouro: RN-160 MACAÍBA-CANA BRAVA

2.4 Meio(s) empregado(s): Outros

2.9 CEP:

2.6 Tipo do local: Outro

2.11 Ponto de Referência:

2.8 Número: XX

2.13 Cidade: MACAÍBA

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SITIOS E FAZENDAS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: MITON DA SILVA CANDIDO

3.2 Estado civil: Sem Informação

3.3 Etnia: Sem Informação

3.4 Pai: MANOEL CANDIDO SOBRINHO

3.5 Mãe: TEREZA CRISTINA FERREIRA DA SILVA

3.6 Data de Nascimento: 26/10/1993

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 RG: 3347812 - Itep RN

3.9 CPF: 06366500495

3.10 Passaporte:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Naturalidade: SAO TOME RN

3.13 Profissão: SERVENTE

3.14 E-Mail:

3.15 Telefone(s): 84 36315120

3.16 Logradouro: RUA DO COMERCIO

3.17 Número: 07

3.18 CEP:

3.19 Bairro: CANA BRAVA

3.20 Cidade: MACAÍBA

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: *****80234

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: OJU2196

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: POP 100

7.1.9 Ano do Modelo: 2012

7.1.10 Ano de Fabricação: 2012

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: EUNICE LOPES DA SILVA

7.1.16 Vínculo com a

7.1.17 Nome do condutor: DECLARANTE/VÍTIMA

Ocorrência:

7.1.18 Observações: O DECLARANTE NÃO POSSUI CNH.

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

COMPARCEU A ESTA DELEGIACIA O COMUNICANTE RELATANDO QUE: NA DATA E HORÁRIO ACIMA CITADOS, VINHA NA RN ACIMA NA MOTO ACIMA (CONFORME DOCUMENTO APRESENTADO) QUANDO FOI SURPREENDIDO COM UM BURACO QUE O FEZ CAIR CONDUTOR/COMUNICANTE/VÍTIMA E NÃO EXISTIA GARUPA; QUE, DEPOIS DO ACIDENTE FORAM SOCORRIDOS POR UM AMIGO POR NOME IGOR PARA O HOSP. WALFREDO GURGEL ONDE FEZ OS DEMAIS PROCEDIMENTOS MÉDICOS DEVIDOS; QUE FRATUROU OSSO DO CORPO HUMANO E TEVE ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE, O DECLARANTE NÃO POSSUI CNH. 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 23/09/2016 09:44:53


Milton da Silva Cândido
Policia

Milton da Silva Cândido
Interessado



Atendimento: 1759434 - JOSEILDO MEDEIROS DE AZEVEDO
Impresso por: 1759434 - JOSEILDO MEDEIROS DE AZEVEDO em 23/09/2016 09:44:57
FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

J2016022000454

Protocolo: J2016022000454 - Código de autenticação: 1574928687673028f9cbbc9a416108e5

Página 11

SEGURÓ OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉICULOS AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - RN 5931/0135
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 012528699010 **RNº 012528699010** **EXERCÍCIO**
VIA **001032910101** **R.N.R.C.** **2016**

NOME

EÚXICE LOPES DE SOUZA

PLACA ANT. UF: **630.011.67** **PLACA:** **63U2196**

CHASSI: **9G2F0210C2480234**

COMBUSTÍVEL: **GÁSOL. IM.**

ANO MOD.: **2012**

ANO FAB.: **2012**

COR PREDOMINANTE: **PRATA**

PLACA ANT. UF: **07U7197** **PLACA:** **07U7197**

CHASSI: **9H2F0210C2480234**

COMBUSTÍVEL: **GÁSOL. IM.**

ANO MOD.: **2012**

ANO FAB.: **2012**

COR PREDOMINANTE: **PRATA**

MARCA / MODELO: **HONDA POP 100**

NOVA/NOVA 100

CAP. POTO/GIL

CATEGORIA: **P**

PARC. U. AR.

VEN. COTA ÚNICA: **1**

VEN. COTA COTAS: **1º PAGO**

2º PAGO

3º PAGO

PREMIO TOTAL (RS): **100,00**

DATA DE PAGAMENTO: **10/05/2016**

PREMIO TARIFARIO (RS): **100,00**

DATA DE PAGAMENTO: **10/05/2016**

PREMIO TOTAL (RS): **100,00**

DATA DE PAGAMENTO: **10/05/2016**

RN Nº 012528699010 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.dpvalsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 0221204

EXERCÍCIO **2016**

DATA EMISSÃO **10/05/2016**

EXERCÍCIO **2016**</

PROCURACÃO E CONTRATO DE HONORÁRIOS

Outorgante: MILTON DA SILVA CANDIDO, Estado Civil: Solteiro, Profissão: Servente, CPF: 063.665.004-95, RG: 3347812, Nacionalidade: Brasileiro, Domiciliado(a) na Rua, do Comercio, Centro de Cana Brava, Macaiba/RN, CEP: 59000-290 Telefone:(84) 3631-5120

Outorgado/Poderes: Kioma Erik dos Santos Guilherme, advogado, inscrito na OAB-RN sob o nº 14.340, com escritório na Av. Tenente Cordeiro, nº 431, Boa Esperança, Parnamirim-RN, CEP 59.140-610, Tels. (84) 3272-0721, (84) 99476-6818, E-mail; kioma-guilherme@hotmail.com; outorgando-lhes poderes amplos, limpos e ilimitados, para em conjunto ou separado, no foro em geral, perante a qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, propor em quaisquer medidas preliminares preventivas ou asseguratórias dos nossos direitos e interesses, usando para tanto os poderes da cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA" e receber EM MOEDA, DEPOSITO EM CONTA, CHEQUE OU ALVARÁ, dar quitação, endossar cheques, representarmos juntos as repartições públicas, Estaduais, Municipais, Federais, Autarquias e sociedades de economia Mista, praticando todos ao atos de representação e defesa extrajudiciais, perante quaisquer pessoas físicas em geral, e finalmente, praticar (em) todos ao atos que se tornem mister para o fiel e completo desempenho deste mandato, inclusive interpor (em) total e parcialmente, com ou sem reservas de poderes, o que tudo darei (ermos) por bom, firme e valioso.

HONORÁRIOS: Em remuneração aos serviços profissionais supra referidos, pagarei aos advogados outorgados, ou a quem legalmente os substituir, quantia equivalente a 30% (trinta e por cento), sendo devido somente no caso de procedência da ação ou realização de acordo judicial ou extrajudicial, ficando desde logo autorizada a retenção na ocasião do pagamento em favor do causídico contratado. Art.22, Parágrafo 4º da Lei 8.906/94), ficando ainda, esclarecido ser devido independentemente da condenação em honorários de sucumbência, que pertencem exclusivamente ao advogado contratado. Fica acertado entre as partes que em caso de desistência por parte do autor(a) da demanda judicial o mesmo pagará a este patrono o valor de 3 mil reais a título de honorários advocatícios.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: declaro, firmado sob as penas das Leis 1060/50, que se encontra em estado de pobreza legal, não podendo arcar com as custas e demais despesas da presente demanda sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

FINALIDADE: Ação de Cobrança de Seguro DPVAT.

Parnamirim-RN, 10 de Abril de 2017.

Milton da Silva Candido

OUTORANTE

Milton da Silva Candido

DECARADO

18/03/2017

Consulte seu processo- Tranquilla

PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

18/03/2017

Consulte seu processo- Tranquilla



proelio DPVAT

Olá KIOMA ERIK DOS SANTOS GUILHERME [DESCONECTAR](#)

[« Voltar](#)

Dados do processo

Produtor	Seguradora	Data de entrada	ASL	Nº do Sinistro
KIOMA ERIK DOS SANTOS	Gente Seguradora	10/01/2017		

Vítima

Vítima	Endereço	Bairro	Cidade
Milton da Silva Cândido	R comercio 07	C. Brava	MACAÍBA
UF	CEP	Código da vítima	Natureza
RN	59280-000	CONDUTOR	INVALIDEZ
Data de nascimento	CPF	valor (DAMS)	Data do sinistro
26/10/1993	063.665.004-95	R\$	15/08/2016

18/03/2017

Consulte seu processo- Tranquilla

Beneficiários

Nome Milton da Silva Cândido	CPF/CNPJ 063.665.004-95	Data de nascimento 26/10/1993	Cidade MACAÍBA	UF RN
---------------------------------	----------------------------	---	--------------------------	-----------------

Beneficiário 1



Banco Agência conta

Histórico

Data	Status	Descrição
10/04/2017	PROCESSO CANCELADO	➡ PROCESSO CANCELADO POR FALTA DE DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

<http://tranquilla.proevodpvat.com.br/consulta/processo.php?idProcesso=MjQ3Ng==&buscaTopo=&tipoBusca=c2luaN0cm8=&idStatus=&idNatureza=&dataInicio=&dataFim>

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE VERA CRUZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

PO HWG,

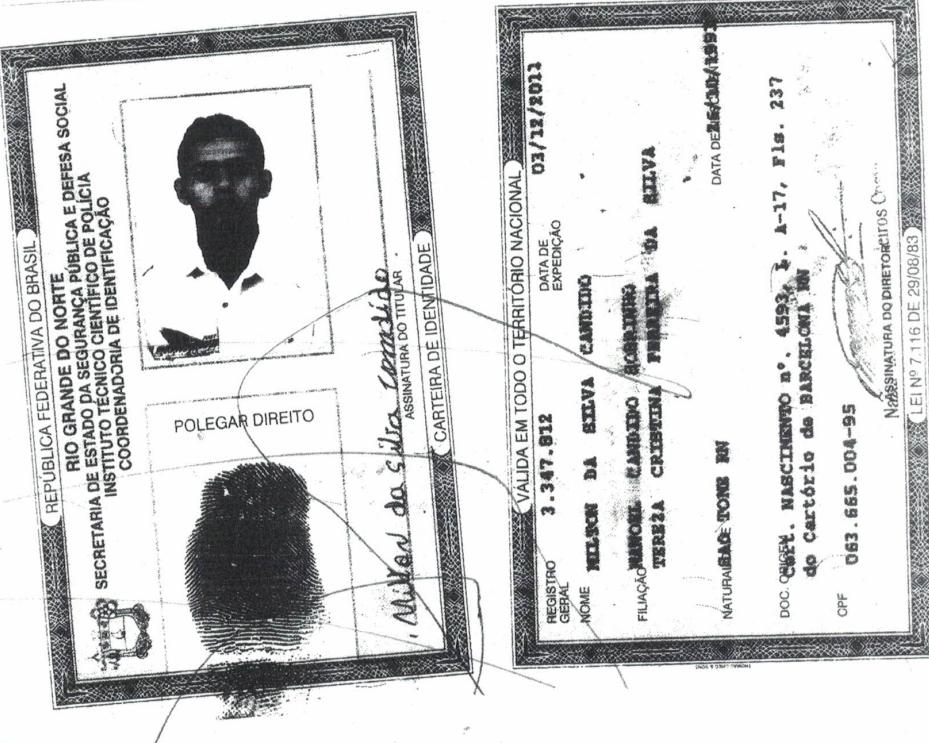
Encaminho o paciente
Willon da Silva Cândido, 22
anos, vítima que trauma-
de moto, com sinais de
luxação em ombro esquerdo.
Estável hemodinamicamente,
sem sinais de gravidade.
Sol. exames de imagem
e avaliação do ortopedista

set,

Raquel G. de Carvalho
MÉDICA
CRM-RN 8322

15.08.16







SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
ORTOPEDIA

PACIENTE **MILTON DA SILVA CANDIDO**

DATA DE HORA 19:17 N° BAA 198565

ENTRADA

IDADE

CARTÃO SUS

22 SEXO M ETNIA Pardo

702801107077064 ESTADO Solteiro(a)

CIVIL

CPF 063.665.004-95 RG 3347812 - SSP

NOME DA MÃE TEREZA CRISTINA FERREIRA DA SILVA

NOME DO PAI MANOEL CANDIDO SOBRINHO

NASCIMENTO 26/10/1993 NATURALIDADE São Tomé-RN

TELEFONE (84) 3631-5120 PROFISSÃO Agricultor

RUA/AV. DO COMÉRCIO N° 7

BAIRRO Centro

COMPLEMENTO

CIDADE Macaíba-RN

CEP 59280-000

ORIGEM Família MOTIVO Consulta de urgência / Trauma no antebraço

ACID. DE TRABALHO Não USUÁRIO Jósilma

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Orelha deslocada apesar de ter sido feita clavícula

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A

B

C

D

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDIACA	GRASSOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID

 <p>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho</p>		<p style="text-align: center;"><i>N.F.R.</i></p> <p>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH</p>	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES		
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE <i>Milton dos Reis Condado</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO		
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO 1 FEMININO 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELFONE DE CONTATO		
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)			
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente com distúrbio de humor e humor triste</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO <i>Suspeitas de suicídio - clínico</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>PS</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>AC</i>	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Internamento</i>	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARÁTER DA INTERNACAO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>468010185</i>			29 - DT SOLICITAÇÃO <i>15/08/16</i>
			30 - CNS / CPF <i>DR. Kleber</i>
			31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
39 - () ACID. TRABALHO/TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL		DESCRICAÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ()	44 - () GRAVE 45 - () GRAVISSIMA
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVAIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNACAO HOSPITALAR (AIH)	
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.		
48 - CNS / CPF	52 -		
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA <i>Jusseaux Acácias Clavadas</i>	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) <i>Tipo de Vítima Ao NIP.</i>	
ASSINATURA DO PACIENTE	
Assinatura e Carimbo do Responsável	
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL	
Assinatura e Carimbo do Responsável	
DESTINO DO PACIENTE: INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <i>Detalhe</i>	
Nº do Boletim de Atendimento: DATA: / / HORA: / : /	
SAÍDA: Decisão Médica <input type="checkbox"/> Á Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para: DATA: / / HORA: / : /	
ÓBITO: Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> DATA: / / HORA: / : /	
I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	
FIQUE ATENTO A SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS, DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE	
DESTACAR	
DESTINO DO PACIENTE: INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	
Nº do Boletim de Atendimento: DATA: / / HORA: / : /	
SAÍDA: Decisão Médica <input type="checkbox"/> Á Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para: DATA: / / HORA: / : /	
ÓBITO: Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> DATA: / / HORA: / : /	
I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	
<p style="text-align: right;"><i>Dr. Kleidson Bastos ORTOPEDISTA Médico (Carimbo)</i></p> <p style="text-align: center;">CONFIRME CONFERENCIA DATA: 11/08/10 HORA: 10:00 SIGNANTE: <i>Assinatura</i></p> <p style="text-align: right;">Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação</p>	