



Número: **0819434-78.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **20ª 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	
JOSENILDO JOSE DA CUNHA (AUTOR)		JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43019 239	20/05/2019 15:16	01 PROCURAÇÃO	Procuração
43019 247	20/05/2019 15:16	02 BOLETIM POLICIAL	Documento de Comprovação
43019 269	20/05/2019 15:16	03 DOCUMENTOS MÉDICOS	Documento de Comprovação
43019 276	20/05/2019 15:16	03.1 DOCUMENTOS MÉDICOS	Documento de Comprovação
43019 289	20/05/2019 15:16	03.2 DOCUMENTOS MÉDICOS	Documento de Comprovação
43019 300	20/05/2019 15:16	04 PRÉVIO REQUERIMENTO	Documento de Comprovação
43019 307	20/05/2019 15:16	05 QUESITOS	Outros documentos
43019 324	20/05/2019 15:16	06 DOCUMENTOS PESSOAIS	Documento de Identificação
43019 340	20/05/2019 15:16	07 DECLARAÇÃO DE POBREZA	Documento de Comprovação
43019 353	20/05/2019 15:16	08 CONTRATO DE HONORÁRIOS	Documento de Comprovação

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Josemildo Jose da Cunha
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: _____
RG nº: 002 882 895 CPF nº: 095 286 054-04
Endereço: Sítio Santa Luzia, 7
Bairro: Zona rural Cidade: Monte Alegre /RN,
CEP: 59182 000

OUTORGADO:

JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 11.239, com escritório profissional à Rua Dr. Sadi Mendes Lucena, nº 1022-A, Monte Castelo - Parnamirim/ RN, CEP 59.146.110, E-mail: jrfneves@outlook.com.

PODERES: amplos e ilimitados para o foro em geral, junto ou separadamente, em qualquer juízo ou grau de jurisdição, podendo propor e variar de ações civis e criminais, em quaisquer medidas preliminares ou assecuratórias dos nossos direitos e interesses, defende-lhe nas que lhe forem propostas, usar de todos os recursos em Direito admitidos, receber citações e notificações, louvar-se em peritos ou impugná-los, cobrar honorários, inclusive do(s) outorgante(s), referente à presente ação, fazer impugnação, adjudicações, arrematações, transigir, desistir, receber e dar quitações, reconhecer ou não o procedimento do pedido, renunciar ao direito sobre ação, firmar compromissos e substabelecer, podendo ainda usar dos poderes da cláusula “**AD JUDICIA ET EXTRA**” para requerer e receber junto aos **Hospitais o boletim do primeiro atendimento e prontuário cirúrgico**, o que tudo dará por firme e valioso e, em especial para presente ação de cobrança do **Seguro DPVAT**.

Parnamirim/RN, 22 de Abril de 2019

Josemildo Jose da Cunha
OUTORGANTE



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL

1ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL – 1ª DRP
Delegacia Municipal de Polícia Civil de Nísia Floresta/RN
Rua Nossa Senhora do Ó, nº 117 – Centro – CEP: 59.164-000 – Fone: 3277-3873



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 674/2016

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO (para fins de seguro DPVAT)

Local: RN 063, Rua Olavo de Oliveira, Centro, Nísia Floresta-RN

→ **Data do fato:** 19 de fevereiro de 2018 por volta das 02 horas.

Comunicante/Vítima: JOSENILDO JOSÉ DA CUNHA

Filho de: José Joaquim de Cunha e Maria das Graças de Santana

Data de Nascimento: 15.03.1987 **Naturalidade:** São José de Mipibu-RN

Nacionalidade: Brasileiro **R.G.:** 2.882.895 SSP-RN **C.P.F.:** 095.296.054-04

Endereço: Rua Santa Luzia, 07, Sítio Santa Luzia, Zona Rural, Monte Alegre-RN

Telefone: 99668-1025

Acusado: PREJUDICADO

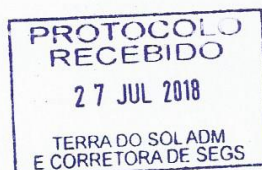
Histórico: O comunicante esteve nesta delegacia de polícia para informar que no dia, local e horário quando conduzia o veículo MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI ANO 2012, MODELO 2012, COR PRETA, PLACA NNX1683/RN, CHASSI 9C2KC1670CR49601 E RENAVAL 00455359105 (em nome de ISRAEL FRANCISCO MATIAS DA CUNHA – 703), quando na entrada da cidade, próximo ao Restaurante Camarão do Olavo, perdeu o controle do veículo e foi ao chão, sofrendo várias lesões. Que a vítima fora socorrida pela SAMU ao Hospital Mons. Walfredo Gurgel em Natal, onde passou por vários procedimentos médicos. Nada mais disse.

Providências adotadas: Expedida a Guia de Exame de Corpo de Delito do ITEP. Para fins de instrução de pleito relativo ao seguro obrigatório.

Nísia Floresta – RN, 21 de junho de 2018 às 11h20min.

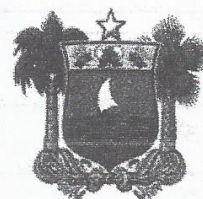
Josenildo José da Cunha
ASSINATURA DA VÍTIMA OU INTERESSADO

APC Luciano Gomes dos Santos
Matr. 168.087-0





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO GLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 7955 /2018

Admissão: 19/02/2018 02:22:24

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 62065 - JOSENILDO JOSE DA CUNHA (30 a 11 m 4 d)

Nascimento: 15/03/1987 Natural: NATAL BRASIL

CNS: CPF: 09529605404

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: MARIA DAS GRACAS DE SANTANA

Pai:

Logradouro: VERTENETE, 1

CEP: 59182000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: MONTE ALEGRE

Telefone: 84.91080423

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

Classificação: 19/02/2018 02:18:06

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO COM TCE

Hora: 02:30

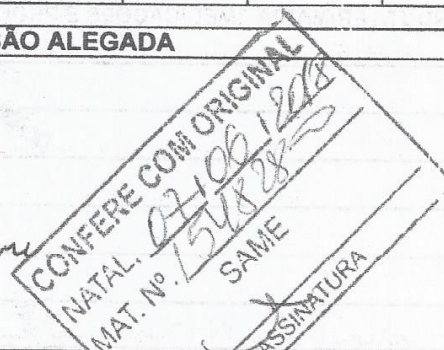
Walmu se queda de moto.

TCE.

Ayudo, não voltou com o corpo

Abriu

Uede um imobilizante.



EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Ues mãos púas. Sem lue se rotu semel
- B Exame am os mto MV e Pstx
- C P. 90 BAn - Pulso Ues
- D Glauco = 15
- E Ues agn x Truam de pu

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abriu = Pulso.

Pulso eal

PROTOCOLO
RECEBIDO

27 JUL 2018

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

TOMOGRAFIA/HMWG

Data: 19/02/18 Hora: 4:12

Técnico: J. Gar.

Exame: CRANIO/FACE/CERVICA

Médico:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS. Impresso em 19 de Fevereiro de 2018.

«CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PRÓPRIOS DO HOSPITAL: REQUISIÇÃO DE EXAMES, FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXE O BOLETIM

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS"		
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO	
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13 - 150	= 4
	8 - 120	= 3
	6 - 80	= 2
	4 - 50	= 1
	30	= 0
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	10 - 230	= 4
	>230	= 3
	6 - 90	= 2
	1 - 50	= 1
	00	= 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>90	= 4
	70-89	= 3
	50-57	= 2
	1-49	= 1
	00	= 0

CLASSIFICAÇÃO DO TCE
(ATLS 2005)*

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Passiva
0	1	2	3	4



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AIH

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>JOSEMILO JOSE DA SILVA</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 - TELEFONE DE CONTATO					
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)						
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO	15 - UF	16 - CEP			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Re per glicose e ureia, alcoolismo</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Re: hem + xross</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Exame hematológico +</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Re aneurisma</i>	21 - CID INICIAL <i>I61.6</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>NEU</i>	25 - LEITO / CLÍNICA <i>NK</i>	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO <i>Urgente</i>	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Neurocirurgião</i>
29 - DT SOLICITAÇÃO	30 - CNS / CPF	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	
26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>403010020</i>			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRANSITO	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		DESCRIÇÃO CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ()	44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO 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)	

PROTOCOLADO
RECEBIDO
27 JUL 2018
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RECEITUÁRIO

NOME

Jozeildo Jose de Lima

MATRÍCULA

Lauda Médica:

*fez para os devidos fins
que o paciente acima citado foi
vítima de queda de moto no
dia 19/2/18. Permaneceu inter-
nada neste hospital até 01/03/18
para tratamento cirúrgico de TCE.*

*Necessite de vinte (20) dias
de afastamento do trabalho
CID: S064/S06.5*

Ramon B. Guerreiro
Neurocirurgia
CRM-RN 5107

Ramon B. Guerreiro
Neurocirurgia
CRM-RN 5107

DATA

7/3/18

MÉDICO - CRM

**FUMAR FAZ MAL À SAÚDE - USE CINTO DE SEGURANÇA
PILOTE SEMPRE COM CAPACETE - NÃO BEBA AO DIRIGIR
ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU É NOSSO.**

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

REQUISIÇÃO DE EXAMES

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Isenilda sora de Cunha SEXO: MAS() FEM(☒)
LEITO: 706 REG. Nº: _____ DT NASCIMENTO: 1903187
SETOR: PSA() FSI() CO/CHO(☒) ENFERM() UTI()
URGÊNCIA(☒) ELETIVA() DATA: 19/02/18 HORA: _____

EXAMES

() HEMOGRAFIA	() SÓDIO	() D-DÍMERO
() GLICEMIA	() POTÁSSIO	() TAP/STPA/INR
() UREIA	() CÁLCIO	() LACTATO
() CREATININA	() MAGNÉSIO	() FOSF. ALCALINA
() TGO	() VSH	() CLASSIF ABO/RH
() TGP	() PCR	() B-HCG
() BT / FRAÇÕES	() CPK	() COLESTEROL E FR *
() AMILASE	() CKMB	() TRIGLICERÍDEOS *
() DHL	() PROPOFOL	() PROT T / FRAÇÕES *
() GAMA GT	() GLOBINA	() SUMÁRIO DE URINA
() GASOMETRIA: ARTERIAL () VENOSA ()		

* = EXAMES NÃO REALIZADOS NA URGÊNCIA

OUTROS EXAMES (INCLUIR EXAMES DE IMAGEM)

Rx tórax

Prescrição Clínica: SNE

Assinatura e Carimbo do Solicitante

Dr. Diego Costa
Terapia Intensiva
CRM/RN 7784



GOV. DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

BOLETIM OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: JOSE ROBERTO FERREIRA DAS NEVES Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório: HSDA + PLEDS

Indicação terapêutica: FEIE Urgência (X) Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 10/02/18 Início: Término: Duração:

Operador: Dr. André Gomes CRM/CRO: 6546

1º Auxiliar: Dr. Jhonatas José Nery Nery CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

Assista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- 1) Sob anestesia gél, incisão subcrotal, cabeça sobre mesa
- 2) Inspeção, anamnese e exame de corpo inteiro
- 3) Realizada tomografia computadorizada de crânio e pescoço; diagnóstico de lesão de nível em nível
- 4) Desprezo para o exame
- 5) Fechamento por planos
- 6) Realizada cabeceira e fôto mais em "U" invertida cabeça no CSE e DT
- 7) Abertura por planos, transição kumpel, envolvendo lúmen de feto e chancela para anelamento dos bônus da via
- 8) Fenda para (chopiz-13) fígado (construção)
- 9) Direção para parte - VC 3.2
- 10) Fechamento por planos
- 11) A via para

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL. 07/06/2018
MAT. Nº. 154888
SOME
ASSINATURA
André Gersino da Costa
Neurocirurgião
CRM/RN 6546

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

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.



GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL

Identificação

Enfermaria: CRB Leito: 106 UTI: Leito: 241
Data de admissão: 20/02/2018 Alta: 1/1/1
Nome: João Paulo José da Cunha Naturalidade: S. M. Bibi
Idade: 29 Sexo: ☒ Masculino () Feminino Data de Nascimento: 15/03/1987
RG: 002.382.895 Estado Civil: solteiro Nível de Instrução: Médio ire.
Filiação: Pai: João Joaquim da Cunha
Mãe: Maria dos Prazeres de Santana
Endereço: Sto Santa Luzia 7 - DO 1. Sítio Santa Luzia
Cidade: Monte Azeite
Telefone: 91466790 () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: 94488712 Outros telefones:
Composição familiar: Mãe e pai + 07 irmãos
Outras informações: Faz uso de ☒ Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs () SAD
Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares () Trazido pelo SAMU
() Socorrido em via pública () Outros meios
() Encaminhado: Hospital de origem:

CrITÉrios para Acompanhante

Assui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo?
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Maria dos Prazeres de Santana
Parentesco: mãe Telefone: 91466790
Endereço do Responsável: o mesmo

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

paciente intimista
motu e/ou breque
Solicitado para os

Saída

óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs.
Alta hospitalar () Transferência () Destino:
Orientações/Encaminhamentos:

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.

CLINICA HOPE
LABORATÓRIO HAPPY

LAUDO MÉDICO

Paciente Jozildo Jox da Cunha, 31a,
sofreu acidente no dia 19/02/2018
e teve HSDA causada por traumatismo
craniano. Foi submetido a craniecto-
mia descompressiva.

Apresenta afundamento craniano à
esquerda, lesão n. facial com difi-
culdade para fechar o olho direito
e rimba labial com alterações.

Invalidez anatômica e funcional de
estruturas cranianas.

AA.

Natal,

02 OUT 2018



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

Nº da Nota: 0000000315

Competência: MAR/2018

Data Prestação Serviço: 29/03/2018

Nº da Nota Substituída:

Data/Hora de Emissão: 29/03/2018 às 12:04:26

Código de Verificação: 915280847

Prestador de Serviços

CNPJ: 27.906.181/0001-76 Inscrição Municipal: 216.169-0

Razão Social: CLINICA JOSE MARINHO LTDA

Endereço: R SERIDO, 402, Petropolis, 59020-010

Município: NATAL

UF: RN

Telefone: (84) 3221-3486

E-mail: BALTAZARMARINHO@BOL.COM.BR

Tomador de Serviços

Nome/Razão Social: JOSENILDO JOSE DA CUNHA

CPF/CNPJ: 095.296.054-04

Inscrição Municipal:

Endereço:

Município:

UF:

Telefone:

E-mail:

Serviços

4.01 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

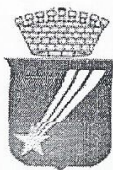
Item	Descrição	Quant.	Vir. Unitário	Valor Total
1	CONSULTA MEDICA	1,0000	300,00	300,00

Valor Total da NFS-e R\$: 300,00

Deduções (R\$)	Base Cálculo (R\$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Outras Retenções (R\$)
INSS (R\$)	IRPJ (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)

Outras Informações

Documento emitido por ME ou EPP optante pelo SIMPLES NACIONAL. Não gera direito a crédito fiscal de IPI.



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

Nº da Nota: 0000002925
Competência: MAR/2018
Data Prestação Serviço: 27/03/2018
Nº da Nota Substituída:

Data/Hora de Emissão: 27/03/2018 às 11:26:35

Código de Verificação: 490856264

Prestador de Serviços

CNPJ: 24.366.908/0001-81 Inscrição Municipal: 122.074-8
Razão Social: L R DA SILVA FILHO - EIRELI
Endereço: R ANTONIO DE ALBUQUERQUE, 0968, Tirol, 59022-030
Município: NATAL UF: RN
Telefone: E-mail:

Tomador de Serviços

Nome/Razão Social: JOSENILDO JOSE DA CUNHA
CPF/CNPJ: 095.296.054-04 Inscrição Municipal:
Endereço: SÍTIO SANTA LUZIA, S/N, ZONA RURAL, 59182-000
Município: MONTE ALEGRE UF: RN
Telefone: E-mail:

Serviços

4 02 - ANÁLISES CLÍNICAS, PATOLOGIA, ELETRICIDADE MÉDICA, RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, ULTRASONOGRAFIA, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, RADIOLOGIA, TOMOGRAFIA E
CONGÊNERES

Item	Descrição	Quant.	Vir. Unitário	Valor Total
1	Tomografia Computadorizada do Crânio	1,0000	300,00	300,00

Valor Total da NFS-e R\$: 300,00

Deduções (R\$)	Base Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Outras Retenções (R\$)
***	300,00	5,00	15,00	
INSS (R\$)	IRPJ (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)

Outras Informações

SINISTRO 3180485106 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSENILDO JOSE DA CUNHA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO JOSENILDO JOSE DA CUNHA

CPF/CNPJ: 09529605404

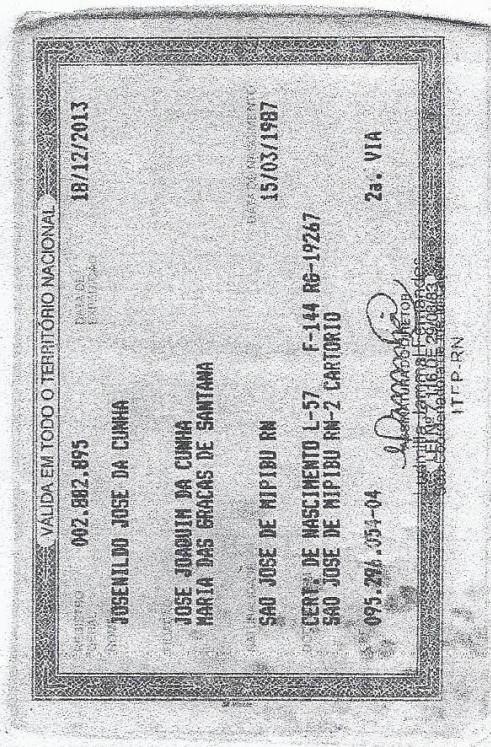
Posição em 22-04-2019 10:57:15

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
21/02/2019	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

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?
- 7- A incapacidade é temporária ou permanente?
- 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral?
- 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 para a capacitação laborativa é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?



Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES
<https://pje.trj.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19052015091519700000041594903>
 Número do documento: 19052015091519700000041594903

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Josemildo Jose da Cunha,
brasileiro(a), portador(a) do RG nº 002.882.895, inscrito(a) no CPF
sob o nº 095.296.054-04, residente e domiciliado à Rua
sítio Santa Luzia, nº 7,
zona rural, Monte Alegre /RN, CEP
59.182.000, Declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência
financeira, não tendo condições de arcar com custas processuais e honorários
advocatícios sem prejudicar o meu próprio sustento e o da minha família,
consoante o que dispõe a Lei 1.050/1960, e por ser expressão da verdade, firmo
a presente.

Parnamirim/RN, 27 de Dezembro de 2018.

Josemildo Jose da Cunha

Declarante

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e das outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. . 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. . 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. . 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. . 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. . 5º - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 29 de agosto de 1983; 162º da Independência e 95º da República.

JOÃO FIGUEIREDO

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIO

I - CONTRATANTE: Josemildo Jose da Cunha
brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 009882895, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 095296054-04,
residente e domiciliado(a) a sítio Santa Luzia
Zona rural - Monte Alegre, CEP 59182000

II - CONTRATADO: JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES, brasileiro, advogado, inscrito na OAB (RN) sob o nº. 11239 com cadastro no CPF sob o nº 413.039.704-49, com endereço profissional sito à Rua Dr. Sadi Mendes de Lucena, 1022-A, Monte Castelo, Parnamirim/RN, aqui denominado CONTRATADO.

III - OBJETO DO CONTRATO:

Cláusula 1ª. O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços advocatícios, para propositura da Ação de Cobrança do Seguro Obrigatório (DPVAT), na seara ADMINISTRATIVA e, JUDICIAL se for o caso, junto as Seguradoras reponsáveis pelo pagamento de seguro.

IV - DAS ATIVIDADES:

Cláusula 2ª. As atividades incluídas na prestação de serviços objeto deste instrumento são todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam: praticar quaisquer atos e medidas necessárias e inerentes à causa, em todas as repartições públicas da União, dos Estados e Municípios, bem como Órgãos a estes ligados direta ou indiretamente, seja por delegação, concessão ou outros meios, bem como de estabelecimentos particulares e, praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os específicos no Instrumento Procuratório, parte deste.

V - DA DESISTÊNCIA:

Cláusula 3ª. Fica acordado que, em caso de desistência, a parte CONTRATANTE pagará um salário mínimo a título de despesas, no ato da desistência.

Obs: em caso de falta/ou ausência não justificada por parte do CONTRATANTE aos atos judiciais ou administrativos, este fica ciente da multa do art. 334, § 8º do CPC.

VI - DOS HONORÁRIOS:

Cláusula 4ª. Ficam acordadas as partes que os honorários a título de prestação de serviços, serão pagos da seguinte forma: 20% (vinte por cento), do total deferido na seara administrativa e, 30% (trinta por cento) na judicial ou acordo realizado entre as partes, se for o caso, tudo, nos exatos termos do art. 22, § 4º, da Lei 8.906/94 e do Provimento 128/2015 do TJRN.

§ 1º. Caso haja morte ou incapacidade civil do CONTRATADO, seus sucessores ou representantes legais receberem os honorários na proporção do trabalho realizado.

Cláusula 5ª Os honorários de sucumbência pertencem ao CONTRATADO nos termos do art. 23 do EOAB, Lei 8.906/94, que poderão de imediato recebe-los em juízo, ou fora dele, ao final da ação, ou promover a competente execução em seu próprio nome, ou em nome do CONTRATANTE, nada tendo este a reclamar ou receber.

Cláusula 6ª. As partes estabelecerão que, havendo atraso no pagamento dos honorários, será cobrada multa de 10% (dez por cento), mais juros na proporção de 1% (um por cento) ao mês.

VII - DA COBRANÇA:

Cláusula 7ª. As partes acordam que facultará ao CONTRATADO, o direito de realizar a cobrança dos honorários por todos os meios admitidos em direito.

VIII - DO FORO:

Cláusula 8ª. Para a solução de questões decorrentes deste Contrato, fica eleito o foro da Cidade de Parnamirim/RN.

E por estarem justas e acertadas, assinam o presente em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Parnamirim/RN, 22 de Abril de 2019

x Josemildo Jose da Cunha
CONTRATANTE

JOÃO ROBERTO F. DAS NEVES

Testemunha

Francisca G. do N. Figueira

CPF: 923.980.303-34

Testemunha

Ana Carla da Silva

CPF: 100.777.954-31