



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
43019 239	20/05/2019 15:16	<u>01 PROCURAÇÃO</u>
43019 247	20/05/2019 15:16	<u>02 BOLETIM POLICIAL</u>
43019 269	20/05/2019 15:16	<u>03 DOCUMENTOS MÉDICOS</u>
43019 276	20/05/2019 15:16	<u>03.1 DOCUMENTOS MÉDICOS</u>
43019 289	20/05/2019 15:16	<u>03.2 DOCUMENTOS MÉDICOS</u>
43019 300	20/05/2019 15:16	<u>04 PRÉVIO REQUERIMENTO</u>
43019 307	20/05/2019 15:16	<u>05 QUESITOS</u>
43019 324	20/05/2019 15:16	<u>06 DOCUMENTOS PESSOAIS</u>
43019 340	20/05/2019 15:16	<u>07 DECLARAÇÃO DE POBREZA</u>
43019 353	20/05/2019 15:16	<u>08 CONTRATO DE HONORÁRIOS</u>

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Josénildo José da Cunha
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: _____
RG nº: 002 882 895 CPF nº: 095 296 054-04
Endereço: Sítio Santa Iugia _____, 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 dezembro de 2019

x Josénildo José da Cunha
OUTORGANTE



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL

1ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA 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/Vitima: 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 RENAVAM 00455359105 (em nome de ISABEL 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. Walfrido 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

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



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
RONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 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

Telefone: 84.91080423

Compl:

Cidade: MONTE ALEGRE

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

S:

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

Uma se quebrou de moto.

TCE

Agora, não volvo com o abdome

Oloroso

Meu me insensibilizou.

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 02/02/2018
MAT. N° 151828
SAMU
ASSINATURA

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Meus rins primários. Sem dor ou edema.
B Expondo am os meus MVI e PMS
C Peso 90,3 kg. Pulso tenuis
D Glucose = 15
E Otorragia + Enurese de urina

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Abdome = doloroso.
Ritmo regular.

PROTÓCOLO RECEBIDO
27 JUL 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGUROS

TOPOGRAFIA/HMIG
Data: 19/02/18 Hora: 4:12
Técnico: J. G. Exame: CRANIO/FACE/CERVIC
Médico:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

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

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1- AVALIA A RESPONSIVIDADE DA VITIMA 2- PEGA AJUDA A OUTRA PESSOA (UGU) 3- OUVINDO ESTIVER FORA DE HOSPITALS E PEÇA UMA DESPIRULADORA (DEA), 3- ABARA VIA AEREA, 4- AVALE, RESPIRAÇÃO (VER SE SENTIR), 5- SE APNEIA, APLIQUE 2 VENTILACOES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLS) 6- MASCAR, 7- AVALE PULSO CAROTÍDEO, OU FERIBURGUE, OU PULSO (DISPOSITIVO BOLS) 8- DEA DISPONIVEL: AN 2- RITMO, 9- RITMO CHOCÁVEL, APLIQUE 1 CHOQUE 360 J, 10- RITMO BIFASICO, E REINICIE RCP, 11- AVALE O RITIMO, 12- PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO O VITIMA SE MELHOR, 13- COLOCAR EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

NO CASO O ESPAÇO DESTINADO PARA EXAMES SEJA INSUFICIENTE, UTILIZE IMPRESSOS PROPRIOS DO HOSPITAL, REQUISIÇÃO DE EXAMES, FOLHA DE PRESCRIÇÃO E ANEXE O BOLETO.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1	
ANAMNESE	<p>NGL 3:00</p> <p>- Ande de moto sem capacete apesar de estar ciclado agitado, mas calmo, fala com 13, tem alergia rinite estomacal.</p> <p>9-TC cardíaco</p> <p>Dia 06/01/2014 CHM 1405</p>
EXAME FÍSICO	<p>HR 80 FR 12</p> <p>HR 80 FR 12</p>
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	<p>Abd cefalo crânio</p>
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***	
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	
<p><i>André Cursino da Costa</i> CRM/RN 6556</p> <p>OUTROS</p>	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	
<p># C. Gualtz - 07:15 - 19/02/18</p> <p>Paciente segue bem nela de C.C. sem nenhuma se preocupação clínica não é equipe da NCR.</p> <p>Ainda não realizou exames complementares ao paciente esteve rebatido co2 e Agmônios TC no abdomen e nenhuma o USG RDT.</p> <p>(Deixar relatório no pronto-socorro)</p> <p><i>Dr. André de Souza Costa</i> CRM/RN 6339</p>	
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
<p><i>CONFERE COM ORIGINAL</i></p> <p>NATAL. 07/02/18 MAT. N° 1500125 SAME</p> <p><i>ASSINATURA</i></p>	
Assinatura e Carimbo do Responsável	
Assinatura e Carimbo do Responsável	

ORIENTAÇÃO TEÓRICA*

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, onde está, etc., etc., o porquê, a data e etc.).	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão).	4
Palavras inapropriadas. (Fala alienígena, mas sem troca conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Gemeendo sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MMR)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica à dor.	4
Padrão fixo à dor (Decorticado).	3
Máximo extensor à dor (Decerábrado).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13 - 150 = 4 9 - 120 = 3 6 - 80 = 2 4 - 50 = 1 30 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10 - 290 = 4 >290 = 3 6 - 90 = 2 1 - 50 = 1 00 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	>900 = 4 76-900 = 3 50-570 = 2 1-490 = 1 00 = 0=0

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)*

03 - 08=grave (inaccessibilidade de intubação imediata);
08-3= moderado;
14-15=leve

* Referência: TEASDALE G., JENNET, B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

** A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa colaboram os doentes que classificam a intensidade da dor de acordo com os seguintes adjetivos:

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

*Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevida para pacientes de trauma fechado.
Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.L. Copes, et al: A revision of the Trauma score, J. Trauma 23(5) 624, 1989.

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

LAUDO PARA
 SOLICITAÇÃO DE AIH

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

3 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
---------------------------------	----------

3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES
-----------------------------------	----------

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE	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
--

Re per que a mto, alado
 TC: neg + nsgs.

Re a mto.

CONFERE COM CRÍTICA
 NATAL 07/08/2018
 MAT. 61892 SAME
 NATURA

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
--

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)
--

Some venusgo +

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
--------------------------	------------------	---------------------	------------------------

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - LEITO / CLÍNICA	26 - CARATER DA INTERNAÇÃO	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
---	----------------------	----------------------------	---------------------------------------

28 - DT SOLICITAÇÃO	29 - CNS / CPF
---------------------	----------------

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
--

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRANSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BONUS
-------------------------------	-------------------------	--------------------	------------

36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
--------------------------------	-----------	------	------

39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
---------------------------------	--	--	--

41 - CID PRINCIPAL			DESCRÍÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL
--------------------	--	--	---

42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ()	44 - () GRAVE	45 - () GRAVISSIMA
---------------------	--	----------	----------------	---------------------

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)
--	--

PROTÓCOLO 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

Josévaldo José de Souza

MATRÍCULA

Lendo Médico:

Declaro para os devidos fins
que o paciente acima citado foi
vítima de queda de moto no
dia 19/2/18. Permaneceu inter-
nado neste hospital até 01/3/18
para tratamento cirúrgico de TCE.

Necessite de trinta (30) dias
de afastamento do trabalho

CID: S064/S06.5

Ramon B Guerreiro
Neurocirurgia
CRM-RN 5107

Ramon B Guerreiro
Neurocirurgia
CRM-RN 5107

MÉDICO - CRM

DATA 7/3/18

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 Valredo Gurgel

Ponta Serrado Clóvis Sarinho

REQUISIÇÃO DE EXAMES

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Souzinha sorte de Punho SEXO: MAS() FEM()LEITO: 700 REG. N°: _____ DT NASCIMENTO: 15/03/87

SETOR: PSA () PSE () OC/OC (X) ENFERM () UTI ()

URGÊNCIA (X) ELETIVA () DATA: 19/02/18 HORA:

EXAMES

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> HEMOGLOBINA | <input type="checkbox"/> SÓDIO | <input type="checkbox"/> D-DIMERO |
| <input type="checkbox"/> GLICEMIA | <input type="checkbox"/> POTÁSSIO | <input checked="" type="checkbox"/> TAP/TTPA/INR |
| <input type="checkbox"/> UREIA | <input type="checkbox"/> CÁLCIO | <input type="checkbox"/> LACTATO |
| <input checked="" type="checkbox"/> CREATININA | <input type="checkbox"/> MAGNÉSIO | <input type="checkbox"/> OSF ALCALINA |
| <input type="checkbox"/> TGC | <input type="checkbox"/> VSH | <input type="checkbox"/> CLASSIF ABO/RH |
| <input type="checkbox"/> TGP | <input type="checkbox"/> PCR | <input type="checkbox"/> LIB-HCG |
| <input type="checkbox"/> BT / FRAÇÕES | <input type="checkbox"/> CPK | <input type="checkbox"/> COLESTEROL E FR* |
| <input type="checkbox"/> AMILASE | <input type="checkbox"/> CKMB | <input type="checkbox"/> TRIGLICERÍDEOS* |
| <input type="checkbox"/> DHL | <input type="checkbox"/> CRPONINA | <input type="checkbox"/> PROT T / FRAÇOES* |
| <input type="checkbox"/> UAMA GT | <input type="checkbox"/> HEMOGLOBINA | <input type="checkbox"/> SUMARIO DE URINA |
| <input type="checkbox"/> GASOMETRIA ARTERIAL () VENOSA () | | |

* = EXAMES NÃO REALIZADOS NA URGÊNCIA

OUTROS EXAMES (INCLUIR EXAMES DE IMAGEM)

Rx tórax

INDICAÇÃO CLÍNICA:

SNE

Dr. Diego Costa
Terapeuta Intensivo
CRM/RN 7784

ACORDADA E ASSINADA PELO SOLICITANTE



IDENTIFICAÇÃO

Nome: José José da Costa Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório: HSZS + PLEIA.

Indicação terapêutica: febre Urgência (X) Eletiva ()

INTERVENÇÃO

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

Operador: M. André Serrano CRM/CRO: 6546

1º Auxiliar: M. Juliano José Machado CRM/CRO:

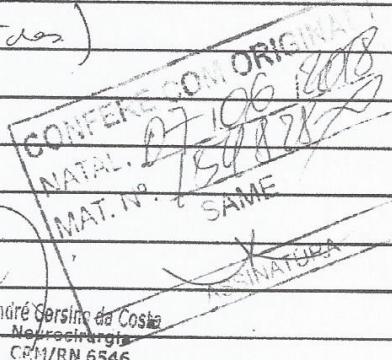
2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- ① Sab auxiliar gel, hidroalcool, cobre sobre rosto
② Anestesia, anestesia e opções de coagulação
③ Radiografias tomadas durante o(a) + ORSAS, despejo
de urina em posição
④ Despejo de líquido sanguíneo
⑤ Fibrinolise por plâns
⑥ Utilização de cobre e folha metálica "U" envolvida carbeto no
caso de DT
⑦ abertura por plâns, laminotomia hiperfíx, evitando lesões de fato
chocando tecidos, avançando das bainhas avançando
⑧ Fazendo giro (chirurgia hiperfíx, laminotomia cananéides)
⑨ drenado drenado para -VLC 3.2
⑩ Fibrinolise por plâns
⑪ → VLR aberto



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: CRG Leito: 706 UTI: _____ Leito: 241
 Data de admissão: 20/02/2018 Alta: / /

Nome: José Vílde José da Cunha **Naturalidade:** SJ M Pribú
Idade: 52 **Sexo:** (X) Masculino () Feminino **Data de Nascimento:** 18/03/1967
RG: 002.882.895 **Estado Civil:** Solteiro **Nível de Instrução:** Médio in.
Filiação: Pai: José Joaquim da Cunha Mãe: Marie des Gracos de Santana.
Endereço: Stro Santa Lúcia 7 - DD 1. Sítio Santa Lúcia **Cidade:** Monte Alegre
Telefone: 91466790 **() Residencial** **() Trabalho** **() Recado**
Contato: 94488712 **Outros telefones:** _____
Composição familiar: Mora com mãe, Pai + 07 irmãos
Outras informações: Faz uso de (X) 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

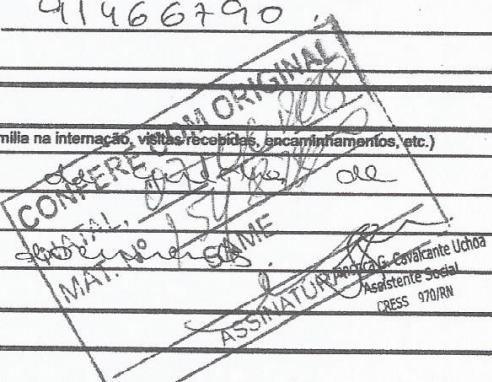
ssui requesitos? () Não () Sim **Qual o motivo?** _____
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Marie des Gracos de Santana.
Parentesco: mei **Telefone:** 91466790
Endereço do Responsável: O mesmo

Evolução

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

*Paciente vítima
moto c/ fratura.*

Solicitação levar 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

LANÇO MÉDICO

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

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

Invalidez anatômica e funcional de
estruturas cranianas.

Pernambuco, escrava com Pura Geral, usada - Cidade da Esperança - Natal/RN.
(em nome ao posto de saúde)
(84) 3205-7400 / 3205-5042

Até.

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: 00000002925

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: SITIO SANTA LUZIA, S/N, ZONA RURAL, 59182-000

Município: MONTE ALEGRE

UF: RN

Telefone:

E-mail:

Serviços

402 - ANÁLISES CLÍNICAS, PATOLOGIA, ELETROCIDADE MÉDICA, RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, ULTRASONOGRAFIA, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, RADIOLÓGIA, TOMOGRAFIA E CONGÊNERES

Item	Descrição	Quant.	Vlr. 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\$)	Aliquota (%)	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

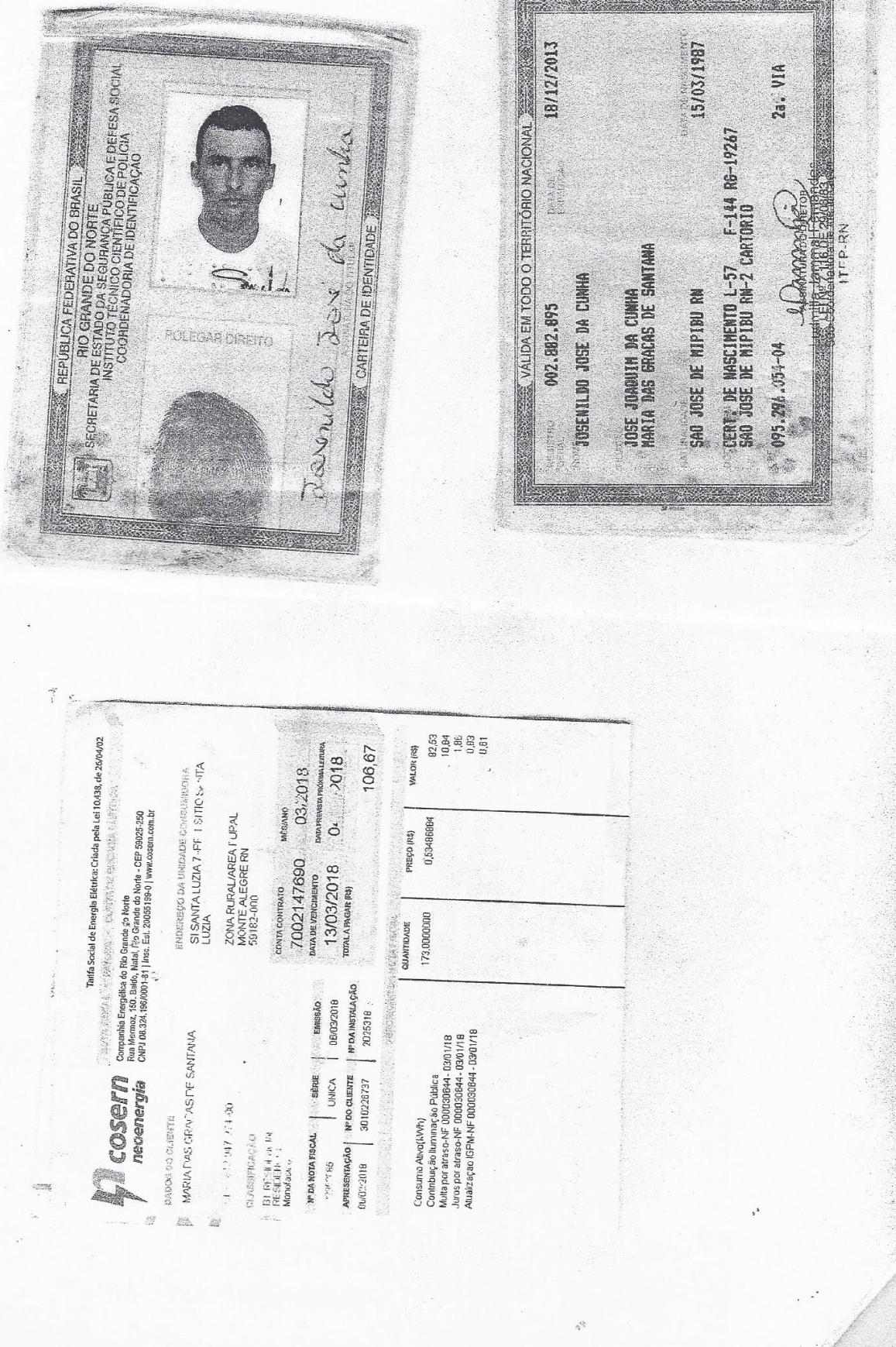
Posição em 22-04-2019 10:57:15

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)?



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Josenildo 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.

Josenildo Jose da Cunha

Declarante

LEI N° 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, homônima 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: Josénildo José da Cunha, brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 002.982.895, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 095.296.054-04, residente e domiciliado(a) a sítio Santa Luzia - Monte Alegre Zona rural, CEP 59382-000.

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 responsáveis pelo pagamento de seguro.

IV - DAS ATIVIDADES:

Cláusula 2ª. As atividades inclusas 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 receberam 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 receberem 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 atraço 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 cobranças 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

Josénildo José da Cunha
CONTRATANTE

JOÃO ROBERTO F. DAS NEVES

Testemunha

Francisco G. da N. Filho
CPF: 923.980.303-34

Testemunha

Ana Carla da Silva
CPF: 100.777.954-31