



Número: **0822194-97.2019.8.20.5001**

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
<b>REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA (AUTOR)</b>	<b>JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)</b>
<b>PORTO SEGURO S/A (RÉU)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43677 999	31/05/2019 11:33	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
43678 054	31/05/2019 11:33	<a href="#">01 PROCURAÇÃO</a>	Procuração
43678 065	31/05/2019 11:33	<a href="#">02 BOLETIM POLICIAL</a>	Documento de Comprovação
43678 093	31/05/2019 11:33	<a href="#">03 DOCUMENTOS MÉDICOS</a>	Documento de Comprovação
43678 100	31/05/2019 11:33	<a href="#">04 PRÉVIO REQUERIMENTO</a>	Documento de Comprovação
43678 108	31/05/2019 11:33	<a href="#">05 QUESITOS</a>	Outros documentos
43678 119	31/05/2019 11:33	<a href="#">06 DOCUMENTOS PESSOAIS</a>	Documento de Identificação
43678 130	31/05/2019 11:33	<a href="#">07 DECLARAÇÃO DE POBREZA</a>	Documento de Comprovação
43678 145	31/05/2019 11:33	<a href="#">08 CONTRATO DE HONORÁRIOS</a>	Documento de Comprovação

SEGUE PETIÇÕES E DOCUMENTOS.

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### **OUTORGANTE:**

**REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA**, brasileiro, solteiro, funcionário público, inscrito no CPF sob o nº 914.459.814-91, inscrito no RG sob o nº 1382465, expedido por SSP/RN residente e domiciliado à Rua Prefeita Joana Ferreira da Cruz nº 1337, Nossa Sra. da Apresentação, Natal/RN, CEP:59115-577

### **OUTORGADO:**

**JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES**, brasileiro, divorciado, 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 assecutarórias 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.

  
\_\_\_\_\_  
**OUTORGANTE**



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 ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VÉICULOS  
Endereço: Complexo de Delegacias Especializadas, Av. Ayrton Senna, 3134, NEÓPOLIS, NATAL, FONE/FAX: 32321565

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM**

1.1 Protocolo: J2019031000075

1.2 Data de Expedição: 31/01/2019 12:01:50

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.4 Ligou CIOSP: Não

**2. DADOS DO LOCAL DO FATO**

2.1 Data/Hora do Fato: 14/12/2018 22:38:00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.7 Logradouro: RUA VEREADOR LISBÃO DE MACEDO

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.9 CEP: 59.000-000

2.8 Número: 0000

2.11 Ponto de Referência:

2.10 Complemento:

2.13 Cidade: NATAL

2.12 Bairro: NOSSA SRA DA APRESENTAÇÃO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

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

3.1 Nome Completo: REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: FRANCISCO CLEMENTE TEIXEIRA

3.5 Etnia: Sem Informação

3.6 Mãe: MARIA MIGUEL DA SILVA TEIXEIRA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 91445981491

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 14/03/1977

3.13 Profissão: AGENTE PENITENCIARIO DO RN

3.14 RG: 1382465 - SSP/RN

3.15 Telefone(s): 84 988258703

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 1337

3.18 Naturalidade: JOÃO CAMARA/RN

3.19 Bairro: NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA PREFEITA JOANA FERREIRA DA CRUZ

3.23 Cidade: NATAL

3.24 CEP: 59115577

**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: \*\*\*\*\*10811

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: MXP8348

7.1.5 Estado:

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN ES

7.1.9 Ano do Modelo: 2005

7.1.10 Ano de Fabricação: 2004

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: REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: O COMUNICANTE/VÍTIMA

7.1.18 Observações:

**8. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**9. DOS FATOS**

**9.1 Histórico**

O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARCEU A ESTA UNIDADE POLICIAL E INFORMOU QUE NA DATA E HORA CITADOS CONDUZIA A MOTOCICLETA EM TELA QUANDO UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO AO PASSAR EM ALTA VELOCIDADE NO CRUZAMENTO, SER DÁ A PREFERÊNCIA VINDO A COLIDIR COM A MOTOCICLETA DA VÍTIMA QUE VEIO A SOFRER LESÕES CONFORME BAA DE NÚMERO 65590/2018, ORIUNDO DO PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO. QUE FORA CONDUZIDO PELO SAMU PARA O REFERIDO PRONTO SOCORRO CONFORME OCORRÊNCIA DE NÚMERO 235524/1, ORIUNDO DA SMS. QUE O RESPONSÁVEL EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO. NADA MAIS DISSE

**9.2 Informações do CIOSP**

**10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)**

**11. DECLARAÇÃO**

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

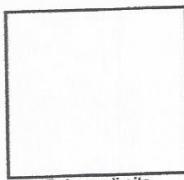
Data 31/01/2019 12:01:50

*Jair Paiva*

Policial

*Reginaldo da Silva Teixeira*

Interessado



Atendimento: 1702343 - JANIR AZEVEDO DE PAIVA  
Impresso por: 1702343 - JANIR AZEVEDO DE PAIVA em 31/01/2019 12:02:02

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

J2019031000075



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 65590 /2018  
Admissão: 15/12/2018 01:03:51

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 105941 - REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA (41 a 9 m 1 d)

Nascimento: 14/03/1977 Natural: NATAL.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: CPF: 91445981491

Prof:

Mãe: MARIA MIGUEL DASILVA TEIXEIRA

Pai:

Logradouro: GERMINO BENIGNO, 844

CEP: 59115585

Bairro: NOSSA SENHORA DA  
APRESENTAÇÃO

Cidade: NATAL

Telefone: 84 987167293

Compl:

Motivo: CARRO X MOTO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

\*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 15/12/2018 00:54:34

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISÃO CARRO/ MOTO COM TRAUMA EM OMBRO D

Hora: \_\_\_\_\_

Foi em ontem ①  
alt da c. gal, é o topo de

Dr. Diogo Medeiros  
M.R. Cirurgico Geral  
CRM-RN 7989

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A  
B  
C  
D  
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

CONFIRA COM ORIGINAL  
NATAL 20/12/2018  
MAT. N° 1111111111111111  
NAME  
ASSINATURA

\*Saída: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
Identificação do Estabelecimento de Saúde

2009

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DE OCÉLIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA

163864

7- CARTAO NACIONAL/SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

705 6084 9840 8016

14/03/1977

9- SEXO

MASCULINO

10- RACA/COR

PARDA

11- NOME DA MAE

12- TELEFONE DE CONTATO

MARIA MIGUEL DA SILVA TEIXEIRA

988258703

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

O MESMO

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

RUA PREFEITO JOANA FERREIRA DA CRUZ, 1337

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

16- MUNICÍPIO

NOSSA SENHORA DA APRESENTA

RN

59115577

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Justificativa de Internação

Pt. v. virus audete q. fot. clavirula (D)

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As au. o

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

Rx

23- DIAGNÓSTICO INICIAL  
Fract. clavirula (D)  
to urin

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
Dr. Euclimar Guimarães  
CRM-RN 4316

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA  
06 JAN. 2019

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

36- ( ) AC. TRÂNSITO

37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO

38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO

42- CNPJ DA EMPRESA

40- N.º DO BILHETE

41- SÉRIE

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NAO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N.º DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

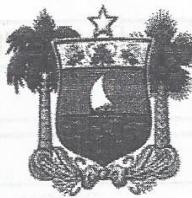
51- ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

096924-0  
CONFIRA CUM. ORIGINAL  
DATA: 23/01/2019

Assinatura  
de Fábio



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 65590 /2018

Admissão: 15/12/2018 01:03:51

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 105941 - REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA (41 a 9 m 1 d)

Nascimento: 14/03/1977 Natural: NATAL.BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: CPF: 91445981491

Prof:

Mãe: MARIA MIGUEL DASILVA TEIXEIRA

Pai:

Logradouro: GERMINO BENIGNO, 844

CEP: 59115585

Bairro: NOSSA SENHORA DA  
APRESENTAÇÃO

Cidade: NATAL

Telefone: 84 987167293

Compl:

Motivo: CARRO X MOTO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

\*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 15/12/2018 00:54:34

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISÃO CARRO/ MOTO COM TRAUMA EM OMBRO D

Hora: \_\_\_\_

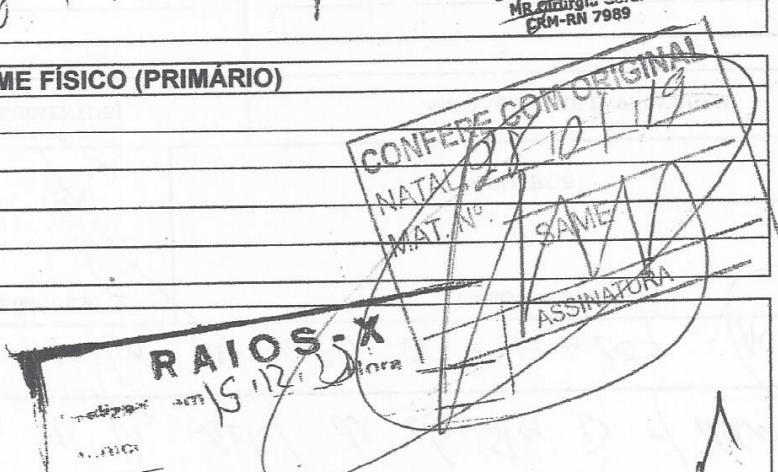
Foi em um onda ①  
alt da c. gal, é o topo da

Dr. Diogo Medeiros  
M.R. Cirurgico Geral  
CRM-RN 7989

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A  
B  
C  
D  
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:



\*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
Identificação do Estabelecimento de Saúde

2019

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2- CNES

3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

HOSPITAL DE OCÉLIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA

163864

7- CARTAO NACIONAL/SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

705 6084 9840 8016

14/03/1977

9- SEXO

MASCULINO

10- RACA/COR

PARDA

11- NOME DA MAE

12- TELEFONE DE CONTATO

MARIA MIGUEL DA SILVA TEIXEIRA

988258703

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

O MESMO

15- ENDEREÇO (RUA, N°)

RUA PREFEITO JOANA FERREIRA DA CRUZ, 1337

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

16- MUNICÍPIO

NOSSA SENHORA DA APRESENTA

RN

59115577

NATAL

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pt. v. virus audete q. fot. clavirula (D)

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As au. o

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

Rx

23- DIAGNÓSTICO INICIAL  
Fract. clavirula (D)  
to urin

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND.

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
Dr. Euclimar Guimarães  
CRM-RN 4316

Procedimento Solicitado

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA  
06 JAN. 2019

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

41- SÉRIE

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- N° DO BILHETE

36- ( ) AC. TRÂNSITO  
37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO  
38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ORGÃO EMISSOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

096924-0  
CONFIRA CUI, ORIGINAL  
DATA: 23/01/2019

Assinatura  
de Fábio



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA ORTOPEDIA	REGULAÇÃO WALFREDO GURGEL	OBS
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO 163864
DATA 06/01/2019	HORA 14:17	CATEGORIA GIH
PACIENTE REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA		DATA DE NASCIMENTO 14/03/1977
ESTADO CIVIL SOLTEIRO	PROFISSAO AGENTE PENTENCIARIO	
ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA PREFEITO JOANA FERREIRA DA CRUZ, 1337	BAIRRO NOSSA SENHORA DA APRESEN	UF RN CEP 59115577 TELEFONE
NATAL		
LOCAL DE TRABALHO		
FILIAÇÃO MARIA MIGUEL DA SILVA TEIXEIRA	FRANCISCO CLEMENTE TEIXEIRA	
RESPONSÁVEL O MESMO		TELEFONE 988258703
ENDERECO O MESMO		
DIAGNOSTICO PROVISORIO		
DIAGNOSTICO DEFINITIVO		
DATA DE ADMISSAO	ALTA	OBITO
HISTÓRIA CLINICA		
<i>Re-admitido a 10 dias</i>		
06/01/2019		
<i>0964701</i>		
CONFERE COV. ORIGINAL DATA: 23/01/2019 <i>João Roberto Ferreira das Neves</i>		

13: MARIA MIGUEL DA SILVA TESSEIRA

IDENT 138.2463  
CPF: 914.459.814-91



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA ORT N° 36

NOME: REGINALDO DA SILVA TESSEIRA

IDADE: 34/03/1977 COR: PARD COR: M ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: S. CARNAU PROFISSÃO: AGENTE-PEN PROCEDENCIA:

ENDEREÇO: RUA: PREFEITA JOANA G. DA CRUZ 1337 BAIRRO: N. B. APRESENTAÇÕES

CIDADE: NARSA DATA: 06-03-2019 HORA: 14:00 hrs

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM  NÃO

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

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

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	T.A.
-------	------------	-------	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

*Acidente dia 19/12/18, houve perfuração de clavícula distal DIR.*

EXAME FÍSICO

CONFERENCIA  
DATA: 23/03/2019  
Assinatura  
M. de Oliveira  
S. Bentes

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

*Foto: M. de Oliveira (2)*

**EXAMES COMPLEMENTARES***Ass. do Responsável***ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE**

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

**CONDUTA***Internar p/ Ortopedia*

Dr. Euclides Guimarães  
CRM-RN 431  
06/01/2019  
*Ass. do Responsável*

**DESTINO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Ortopedia</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM ____/____/____
HORA _____ HS		HORA _____ PARA _____

RETIROU-SE POR	DECISÃO MÉDICA	<input type="checkbox"/>	A REVELIA	<input type="checkbox"/>
DATA _____/_____/_____		HORA _____		
ÓBITO _____/_____/_____		HORA _____		
ENTREGUE	À FAMÍLIA	<input type="checkbox"/>	I.T.E.P.	<input type="checkbox"/>
S.V.O.	<input type="checkbox"/>			

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)

## Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria		Leito	Nº prontuário
Nome				Idade	Sexo
Data		Pressão arterial		Peso	Cor
09/01/2019		120/60	Pulso	90kg	Outros
Tipo sanguíneo		Hemácias	Respiração	Temperatura	
		Urina	Hematocrito	Glicemia	Uréia
Ap. respiratório				Asma	Bronquite
Ap. circulatório				Eletrocardiograma	
Ap. digestivo		Dentes	Pescoço	Ap. urinário	
Estado mental		Ataracicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório		Fratura de clavícula		Estado físico	Risco
Anestesias anteriores					
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito
Agentes Anestésicos		O <sup>2</sup>			
Líquidos		PL	500ml		
Oper.		260			
Anest.		250			
O Resp.:		240			
P Pulso		230			
		220			
		210			
		200			
		190			
		180			
		170			
		160			
		150			
		140			
		130			
		120			
		110			
		100			
		90			
		80			
		70			
		60			
		50			
		40			
		30			
		20			
		10			
SÍMBOLOS		ECG, PANI, SpO <sub>2</sub>			
E					
ANOTAÇÕES					
POSIÇÃO		O <sup>2</sup>			
Agentes		Ropiv 1% - 0,5g + Xylocaine 2% - 0,5g - Clomedine 15mcg + Ciprofloxacin 0,2g			
Técnica		Bloqueio de plexo braquial Interscalp Ciprofloxacin 400mcg			
Operação		Fratura rot de clavícula			
Cirurgiões		Michell + Ricardo			
Anestesistas		Vall			
Observações		Rosa Maria P. Valle			
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias					Perda sanguínea



Hospital

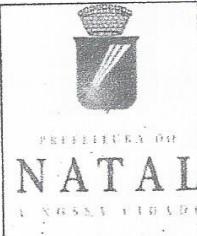
Nome do paciente <b>REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA</b>		Nº prontuário
Data operação <u>09/01/2019</u>	Enf.	Leito
Operador	1º auxiliar	
2º auxiliar <b>DR. MICHEL</b>	3º auxiliar <b>DR. RICARDO EMANUEL</b>	Instrumentador
Anestesista	Tipo de anestesia	
Diagnóstico pré-operatório		
Tipo de operação <b>FRATURA DE CLAVICULA DIREITO</b>		
Diagnóstico pós operatório <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA DE CLAVÍCULA</b>		
Relatório imediato do patologista		
Exame radiológico no ato		
Acidente durante a operação		

#### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

- 1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA.**
- 2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA.**
- 3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS.**
- 4. INCISÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS EM CLAVÍCULA**
- 5. REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM FIO DE KIRSCHNER**
- 6. LAVAGEM ABUNDANTE.**
- 7. SUTURA POR PLANOS ANATÔMICOS + CURATIVO.**
- 8. TIPÓIA.**
- 9. BOA PERFUSÃO DISTAL.**

Dr. Michel Principe de Andrade  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM 1423 - TEP 10751



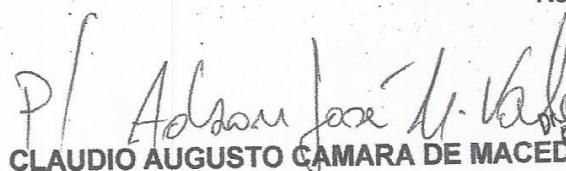
PREFEITURA DO NATAL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
**SAMU 192 NATAL**



### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 14/12/2018, aproximadamente às 22h38min, na rua Vereador Elisbão de Macedo, Nossa Senhora da Apresentação, nesta Cidade. Sob nº de ocorrência 235524/1, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 24 de janeiro de 2019.

  
Dr. Adson José M. Vale  
Gineco. / Obstetra  
CRM/RN 4366

**CLAUDIO AUGUSTO CAMARA DE MACEDO**

Coord. Geral do Serviço de Transporte Sanitário Municipal e SAMU 192 Natal  
Matrícula 72.468-1

26/01/2019

http://samunatal.hopto.org:8089/SSONatal/\_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=235524&Digito=1&ReadOnly=1

## FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 235524/1

Data: 14/12/2018

### CHAMADO

TARM: PAULA FRANCINETE FERREIRA BARROS BERGSON

Médico Regulação: THAISA GEOVANINE DE CARVALHO FIGUEIRA

Rádio Operador: VIVIAN TAVARES DO NASCIMENTO

Médico Cena: CLÁUDIA MIREYA PAREDES L M DE PAIVA

Equipe Enfermagem Cena: COMUNICADOR

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 14 (BASE DESCENTRALIZADA LEIDE MORAIS)

Equipe VTR: JEAN RICARDO LEITE DE SOUZA - CONDUTOR DE VÉHICULO DE

EMERGÊNCIA

JOSÉ ORLANDO F.DE JESUS - TECNICO DE ENFERMAGEM

### REGULAÇÃO MÉDICA

### TROTE

### INFORMAÇÃO

### ENGANO

### TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: PATRICIA

Telefone: (84) 98177-4770

Nome do Paciente:

REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA

Idade: \*

41 NÃO INFORMADO ▼

Sexo: \*

MASCULINO ▼

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: -5.7510972 Longitude: -35.2766268

Endereço: RUA VEREADOR ELISBIO DE MACEDO

Nº: VP

Bairro: NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO

Outro Bairro:

Referência/Complemento: V. DOURADO/// PX A ESCOLA LAERIO FERNANDES /// PX AO BAR DOS 3 IRMAOS///

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Primária: COLISAO CARRO X MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

14/12/2018 22:39:28 - Dr(a). THAISA GEOVANINE DE CARVALHO FIGUEIRA

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: COLISAO CARRO X MOTO CONSCIENTE E ORIENTADO

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: AMARELO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 2

POSSUI CONVENIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apóio:

### OBSERVAÇÕES

Data: 15/12/2018 00:29:45 Usuário: (RADIO OPERADOR) VIVIAN TAVARES DO NASCIMENTO

Observação: NOVO QTI PARA HWG.

### HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:

14/12/2018

22:38:05

Saída Local:

14/12/2018

23:15:00

Regulação Médica:

14/12/2018

22:39:28

Chegada Destino:

14/12/2018

23:39:16

Solicitação VTR:

14/12/2018

22:40:13

Liberação Destino:

15/12/2018

00:57:14

Saída VTR:

14/12/2018

22:40:17

Liberação VTR:

15/12/2018

00:57:16

Chegada Local:

14/12/2018

23:06:45

## SINISTRO 3190200131 - Resultado de consulta por beneficiário

---

**VÍTIMA** REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

**BENEFICIÁRIO** REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA

**CPF/CNPJ:** 91445981491

**Posição em 23-03-2019 10:10:14**

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT. O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
26/03/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

## **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)?





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA  
Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Mernoz, 150, Bairro, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-61 | Ins. Est. 2005199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA

CPF: 914.459.814-91

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PREFEITA JOANA FERREIRA DA  
CRUZ 1337

NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO/ÁREA  
NATAL RN  
59115-577

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISÃO
018417694	ÚNICA	11/02/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
11/02/2019	3000784667	872180

CONTA CONTRATO	MÉS/ANO
0853852899	02/2019
11/03/2019	13/03/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	26,08

DETALHAMENTO DE CONSUMO FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	50.000.000	0,50473441	25,23
Multa por atraso-NF 016509982 - 11/12/18			0,84
Juros por atraso-NF 016509982 - 11/12/18			0,01

TOTAL DA FATURA

26,08

Nº DO MEDIADOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
50324583	CAT	10/01/2019	16.929,00	11/02/2019	16.979,00	32	1.00000

Mês/Ano Mtr.	ICMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Geração de Energia	R\$ 10,82	42,66%
FEV19	50				Transmissão	R\$ 1,59	6,26%
JAN19	47				Distribuição (Cosern)	R\$ 7,51	28,77%
DEZ18	68				Perdas de Energia	R\$ 2,02	0,01%
NOV18	65				Encargos Sazonais	R\$ 2,11	0,36%
OUT18	59				Tributos	R\$ 1,19	4,72%
SET18	61				Total	R\$ 25,23	100%
AOG18	59						
JUL18	55						
JUN18	61						
MAI18	56						
ABR18	88						
MAR18	68						
FEV18	59						

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Peço respeito mais uma vez ao seu cidadão, quanto ao pagamento da fatura de consumo nº 1721, respeito senhora da apresentação, que é a sua conta de energia, noite servora da apresentação, pode ser feito somente em espécie. Na data de leitura e baixa deixa em vigor a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é considerado quando há vistoria na constatação individual ou no nível de tensão de fornecimento. Pode ser feita a apresentação (016509982), juros 1% mês (Lei 10.438/02) e atualização monetária no preço, mais tributo do ICMS conforme Art. 14, do RICMS-RN. O cliente é considerado quando há desempenho do prazo definido para os procedimentos de atendimento comercial.

Alimentação direta de  
consumidor, conforme ANEEL  
414/2010, bem que, prestações  
de serviços prestados e tributos se  
encontram à disposição, para  
consultas em [www.cosern.com.br](http://www.cosern.com.br)

CONSUMO DE FREQUENTADAS INSCRIÇÃO NO COE	VALOR DE REFERÊNCIA	VALOR MÍNIMO	VALOR MÍDIA	VALOR MÁXIMO	LIMITE DE REFERÊNCIA
DIC	1,11	5,43	10,68	21,73	220
FIC	1,00	3,26	8,72	13,45	202
DMIC	1,11	3,11	0,00	0,00	231

Limite DICR: 12,22  
EUZO - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 11,65  
CONTA CONTRATO MÉS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)  
0853852899 02/2019 11/03/2019 26,08

83800000000-9 26080038400-4 85385289920-5 01463327333-3

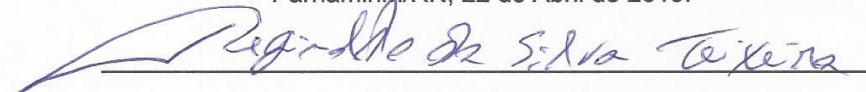


## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA**, brasileiro, solteiro, funcionário público, inscrito no CPF sob o nº 914.459.814-91, inscrito no RG sob o nº 1382465, expedido por SSP/RN residente e domiciliado à Rua Prefeita Joana Ferreira da Cruz nº 1337, Nossa Sra. da Apresentação, Natal/RN, CEP: 59155-630

Declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não tendo condições de arcar com custas processuais e honorárias advocatícias 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 o presente.

Parnamirim/RN, 22 de Abril de 2019.



### 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 ADVOCATÍCIOS DPVAT

**CONTRATANTE:** REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA, brasileiro, solteiro, funcionário público, inscrito no CPF sob o nº 914.459.814-91, inscrito no RG sob o nº 1382465, residente e domiciliado Na Rua Prefeita Joana Ferreira da Cruz nº 1337, Nossa Sra. da Apresentação, Natal /RN, CEP: 59115-577

**II - CONTRATADOS:** JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES, brasileiro, advogado, divorciado, inscrito na OAB (RN) sob o nº. 11239 com endereço profissional sito à Rua Dr. Sadi Mendes de Lucena, 1022-A, Santos Reis, Parnamirim/RN, CEP: 59.146-110

### 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 e OBRIGAÇOES DOS CONTRATADOS:

Cláusula 1ª. 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;

Cláusula 2ª As obrigações do(a) CONTRATADO no cumprimento do presente contrato, de posse das procurações que lhe forem outorgadas, prestará a atividade jurídica que for necessária ao caso com zelo, prezando sempre para o bom cumprimento do mandato.

### V - DA DESISTÊNCIA e OBRIGAÇÕES DOS CONTRATANTES:

Cláusula 1ª. Fica acordado que, em caso de desistência, o(a) CONTRATANTE, pagará um salário mínimo a título de despesas, consultoria e/ou assessoria jurídica, no ato da desistência;

Cláusula 2ª. Em caso de falta/ou ausência não justificada por parte do(a) CONTRATANTE aos atos judiciais ou administrativos, este fica ciente da multa do art. 334, § 8º do CPC, bem como, fica ciente que deverá comunicar mudanças de endereços e telefones durante o curso do precesso;

Cláusula 3ª. Os serviços e/ou despesas realizados fora da comarca-sede do(a) CONTRATADO, que careça de deslocamento, ficará ressalvado a este o direito de executá-los pessoalmente ou por advogado substabelecido, correndo por conta do(a) CONTRATANTE as despesas de viagem, estadia, transporte e honorários do substabelecido.

### VI - DOS HONORÁRIOS:

Cláusula 1ª. Ficam acordadas entre as partes que os honorários a título de prestação de serviços, em caso de procedência da causa ou acordo firmado no curso do processo, mesmo em caso de substabelecimento com ou sem reserva de poderes, serão pagos da seguinte forma: 25% (vinte por cento), sobre todos os valores recebido na seara administrativa e, 30% (trinta por cento) sobre todo valor devido na judicial ou acordo realizado entre as partes, se for o caso;

Cláusula 2ª. Caso o pagamento não seja realizado na data ou na etapa prevista, será cobrada multa equivalente a 2% (dois por cento), bem como juros de mora, no percentual de 1% (um por cento) por mês de atraso;

Cláusula 3ª. Fica estipulado entre as partes que, se o(a) CONTRATADO optar em separar o valor devido a título de honorários advocatícios contratuais e/ou sucumbenciais, seja no âmbito administrativo ou judicial, poderá juntar o contrato de prestação de serviços advocatícios no processo para que se cumpra a finalidade pretendida, tudo, nos exatos termos do art. 22, § 4º, da Lei 8.906/94 e do Provimento 128/2015 do TJRN;

Cláusula 4ª. Caso haja morte ou incapacidade civil do(a) CONTRATADO, seus sucessores ou representantes legais receberam os honorários na proporção do trabalho realizado;

Cláusula 5ª Os honorários de sucumbência pertencem ao(s) CONTRATADOS, nos termos do art. 23 do EOAB, Lei 8.906/94, que será pago de imediato em juízo, ou fora dele, ao final da ação.

### VII - DA COBRANÇA PELOS SEVIÇOS PRESTADOS:

Cláusula 1ª. As partes acordam que em caso de não pagamento dos valores contratados e/ou sucumbenciais, facultará ao(s) CONTRATADO, promoverá competente ação de execução em seu próprio nome, tudo nos exatos termos da Lei.

### VIII - DO FORO:

Cláusula 1ª. 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, 26 de Fevereiro de 2019

  
REGINALDO DA SILVA TEIXEIRA

Testemunha: J. Oliveira da N. Filho  
CPF: 923.980.303-34

  
JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Testemunha: monica carvalho Borges  
CPF: 204.457.384-30