



Número: **0800907-70.2019.8.20.5133**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Tangará**

Última distribuição : **03/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 2.700,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO CANINDE CALIXTO DE SOUZA (AUTOR)		MAYARA JOYSSIMARA DO NASCIMENTO MOTA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
49487236	03/10/2019 16:24	Petição Inicial	Petição Inicial
49487245	03/10/2019 16:24	F.C X DPVAT	Outros documentos
49487246	03/10/2019 16:24	boletim de atendimento de urgencia	Outros documentos
49487247	03/10/2019 16:24	doc_DOCS PESSOAIS	Documento de Identificação
49487258	03/10/2019 16:24	documentos hospitalares	Documento de Identificação
49487248	03/10/2019 16:24	laudo médico	Documento de Comprovação
49487249	03/10/2019 16:24	perícia médica	Documento de Comprovação
49487253	03/10/2019 16:24	receituário	Documento de Comprovação
49487254	03/10/2019 16:24	resultado-de-pericia setembro 2019	Documento de Comprovação
49487264	03/10/2019 16:24	PROCURAÇÃO	Procuração
49487265	03/10/2019 16:24	Boletim de Ocorrência_0435	Documento de Comprovação

EM ANEXO



Mayara joyssimara do Nascimento Mota
Advogada
OAB/RN13725

**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE
DIREITO DA VARA CÍVEL DA COMARCA DE TANGARÁ/RN**

FRANCISCO CANINDÉ CALIXTO DE SOUZA, brasileiro, casado, desempregado, RG nº733.706, CPF nº555.178.204-25, residente e domiciliada no Sítio lagoa do bola s/n, Zona rural, Senador Elói de Souza/RN, CEP: 59.250-000, sem endereço eletrônico, vem por sua procuradora legalmente estabelecida (procuração em anexo) apresentar;

AÇÃO PARA COBRANÇA DE SEGURO DPVAT

Em desfavor de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, pessoa jurídica inscrita no CNPJ nº 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, 74 - 5º Andar, Centro, CEP: 20031-205 Rio de Janeiro/RJ e a consorciada nesta capital **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A**, pessoa jurídica de direito privado, com endereço para notificações na Rua Jaguarari, nº 1865, Lagoa Nova, Natal - RN, CEP 59054 - 500, CNPJ nº 61.074.175/0043-97, pelas razões fáticas e jurídicas a seguir expendidas:

DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA

1. O Requerente esta desempregado, não tem rendimentos suficientes para arcar com as custas processuais, e sustento de sua família, conforme disposto no desenrolar da presente ação, bem como na declaração em anexo (doc. anexo).



2. Dessa feita, pleiteia, *mui* respeitosamente, a concessão dos benefícios da assistência judiciária gratuita, com fulcro no disposto no inciso LXXIV, do artigo 5º da Constituição Federal, e na forma da Lei nº 1.060/50 com alterações da Lei nº 7.510/86, por não poder arcar com as custas e demais despesas processuais, sem prejuízo do sustento próprio e de sua família.

DOS FATOS

3. No dia 14 de agosto de 2014, por volta das 15h00min, o Autor trafegava pela RN 160, mais precisamente na estrada que liga os municípios de Uruaçu e São Gonçalo do Amarante/RN, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 125 FAN KS, de placa NNS-7891, quando, foi surpreendido por um veículo de modelo e placa não identificados, que veio a colidi-lo, levando-o a perder o controle da direção, e cair ao solo.
4. Gravemente ferido, o Autor foi socorrido por uma equipe do SAMU e levado para o Hospital Regional Deoclécio Marques de Lucena, em Parnamirim/RN. Após receber os primeiros atendimentos médicos, foi diagnosticada fratura da clavícula direita, sendo submetido à intervenção cirúrgica com fixação de fios, seguido de tratamento conservador com imobilização e uso de sintomáticos, permanecendo internado durante alguns dias.
5. Já em casa, o Autor continuou recebendo acompanhamento médico, dando início, após a recuperação, a tratamento fisioterápico, que durou alguns meses.
6. Hoje, apresenta como sequelas dor residual, limitação no movimento de extensão do ombro direito com presença de instabilidade articular, causando no Autor, dificuldades em erguer objetos de peso considerável, prejudicando-o na realização de suas atividades laborais e cotidianas, bem como sequelas cerebrais (anexo) não podendo exercer quaisquer outras atividades que exijam esforço do membro



superior direito.

7. Os ferimentos sofridos no acidente foram de natureza gravíssima, de modo a deixar o Autor acometido da debilidade permanente acima descrita, a qual foi constatada após ser submetido a Exame com Médico Particular, o que o torna merecedor da indenização que ora pleiteia, o que se demonstrará pelos fundamentos jurídicos que se seguem.
8. Diante desses fatos, a parte demandante procurou receber pela via administrativa os valores a que tinha direito através do Seguro DPVAT. Entretanto, a ré negou a concessão da indenização.
9. Destarte, não resta outra saída senão socorrer-se no Judiciário para conseguir a indenização securitária a que tem direito.

DO DIREITO

**INDENIZAÇÃO REFERENTE AO SEGURO DPVAT - PAGAMENTO
MEDIANTE SIMPLES DEMONSTRAÇÃO DO ACIDENTE- INTELIGENCIA
DA LEI 6.194/74**

10. O Seguro DPVAT - Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre - é um seguro que indeniza vítimas de acidentes causados por veículos motor próprio (automotores) e circulam ou por asfalto (vias terrestres).
11. A Lei nº 6.194/74, que regula o seguro DPVAT, sofreu fortes transformações com o advento da lei nº 11.945/09. Os arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passaram a vigorar com a seguinte redação:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos

Página 3 de 7



pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médicas e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do **caput** deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo: quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de

Página 4 de 7



sequelas residuais. (destacou-se)

12. Acontece Excelência, que, em que pese o seguro já ter sido pleiteado na seara administrativa, a demandada não pagou à parte autora o que era devido. Ao contrario de mencionar a promovida, a Lei em comento determina o pagamento da indenização mediante a SIMPLES ocorrência do acidente e do dano por ele provocado, mas, no entanto, as seguradoras, dentre as quais figura a requerida, procuram inviabilizar o DPVAT, fundando sua posição em resoluções e circulares, as quais encontram em rota de colisão com o dispositivo legal acima delineado.

13. O direito à percepção do seguro está expresso no art. 5º da Lei nº 6.194/74, que diz o seguinte:

Art. 5º O pagamento da indenização, será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. (destaques acrescidos)

14. A própria SUSEP - Superintendência de Seguros Privados - esclarece em seu site (www.susep.gov.br) que qualquer vítima de danos causados por veículo automotor de via terrestre pode requerer o seguro, inclusive o motorista culpado.

15. Ademais, salienta-se ainda, que a indenização securitária seja paga "independentemente da existência de culpa", bastando a simples prova do acidente e do dano decorrente. Conclui-se, assim, que a indenização será devida mediante a "SIMPLES" ocorrência do acidente e do "DANO" por ele provocado.



16. No tocante ao limite indenizatório, este se encontra respaldo no artigo 3º de mesma lei, *verbis*:

Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)
no caso de
morte; II - até R\$ 13.500,00
(treze mil e quinhentos reais) -
no caso de invalidez permanente;
III - até R\$ 2.700,00 (dois mil
e setecentos reais) - como
reembolso à vítima - no caso de
despesas de assistência médica e
suplementares. (destacou-se)

17. Desta forma, por tudo que foi exposto, não restam dúvidas de que a parte demandante deve ser indenizada pela demandada através do seguro DPVAT, uma vez que preenche todos os requisitos previstos em lei. Demais disso, os documentos comprobatórios demonstram de forma inequívoca o dano resultante do sinistro.

DA DESNECESSIDADE DE AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO:

Se antecipando ao Novo Código de Processo Civil (Lei nº 13.105/15), a parte demandante vem informar que, nos moldes do art. 319, inciso VII, **opta pela não realização de audiência de conciliação ou mediação**, na medida em

Página 6 de 7



que a Ré apresenta interesse em conciliar apenas quando já existe perícia nos autos, razão pela qual incide o art. 334, §4º, inciso II da Lei nº 13.105/15, que veda a realização da audiência de conciliação nos casos em não se admite a autocomposição.

IV - DOS PEDIDOS

Ante o exposto, a parte demandante **requer:**

a) Que seja concedido o benefício da justiça gratuita, uma vez que a parte autora não pode arcar com as custas processuais sem prejuízo de seu sustento e de sua família;

b) a procedência dos pedidos da ação para condenar o Requerido a pagar o valor correspondente a porcentagem de invalidez apurada por perícia médica realizada por profissional nomeado por este Juízo, acrescido de correção monetária desde o evento danoso e juros moratórios a partir da citação, custas processuais, honorários advocatícios sucumbenciais e demais consectários legais;

c) A citação da demandada no endereço informado na exordial para contestar no prazo legal, bem como juntar o processo administrativo;

d) Requer ainda, que seja nomeado perito, de preferência, locado nesta urbe, para realizar parecer médico e quantificar a sequela permanente que assola a requerente, tudo conforme a parceria firmada entre o TJ e a seguradora Líder (convênio n. 01/2013 de 22 de agosto de 2013), visto que tal providência torna-se imprescindível para o julgamento da presente demanda;

e) seja a demandada condenada em honorários

Página 7 de 7



advocatícios em 20% sobre o valor da condenação, mais custas processuais e demais emolumentos;

f) com base na Súmula 54 do STJ, que o valor da condenação seja acrescido de juros e correção monetária retroativa a data do sinistro;

g) A não realização de audiência de conciliação ou mediação, nos termos do art. 319, inciso VII do Novo Código de Processo Civil.

Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos, inclusive por documentos que possam surgir no curso do processo.

Dá-se à causa o valor de R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais).

Termos em que pede deferimento.

Natal/RN,

02 de outubro de 2018

Mayara Joyssimara do Nascimento Mota





SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA DO RN
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
[UNITRAUMA] - CIRURGIA GERAL

P 2 108 2

DATA: 01/08/2012 HORA: 20:10:55 N° BAA: 52195/2012
NOME: FRANCISCO CANINDE CALIXTRO DE SOUZA DATA NASC: 02/07/1966
IDADE: 46 COR: PARDA SEXO: M CPF: RG:
NOME DA MÃE: LUIZA M DE FRANCA
NOME DO PAI: PEDRO CALIXTRO DE SOUZA
ENDEREÇO: SANTA MARIA, 119
COMPLEMENTO: SEM DOCUMENTOS
FONE: 84 . 36741276/ . / .
CIDADE: SÃO GONCALO DO AMARANTE
NATURALIDADE:
ORIGEM: OUTROS
MOTIVO DO ATENDIMENTO: ACIDENTE DE TRANSITO - PEDESTRE

Bairro: GOLANDIM
RAIOS-X
Realizado em 01/08/12 Hora:
Técnico:

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Pt vítima de atropelamento por moto (após liberação alcoólica), com relato de perda de consciência, por tempo não estimado, e de episódio de vômito. Veio transportado (recusou) via SMO e estabilização de coluna cervical. Abdomen flexível e indolor.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A Vias aéreas permeáveis - Voz rouca
B Mucosa com reação de hiperemia
C Extremidades frias e pálidas
D Glasgow 14 Cerebro preservado
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Rx torax normal.

TOMOGRAFIA
Realizado em 01/08/12 20:17
Técnico: [assinatura]
Filme: [assinatura]
Método: [assinatura]

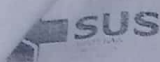
HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL:

NOTIFICADO EM 04.08.12

Scanned by CamScanner





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2- CNES
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA	4- CNES 3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE FRANCISCO CANINDE CALIXTO DE SOUZA		6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO 134790	
7- CARTÃO NACIONAL/SUS 162 2126 1512 0004	8- DATA DE NASCIMENTO 02/07/1965	9- SEXO MASCULINO (X) FEMININO ()	10- RAÇA/COR
11- NOME DA MÃE LUIZA MARTINS DE FRANCA		12- TELEFONE DE CONTATO	
13- NOME DO RESPONSÁVEL ANA PAULA CALIXTO DE SOUZA		14- TELEFONE DE CONTATO 99939796	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) RUA SANTA MARIA 1 119			
16- MUNICÍPIO SÃO GONÇALO DO AMARANTE	17- BAIRRO GOLANDIM	18- UF RN	19- CEP 59290-000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Prick Uterina DI H. Cerele			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO hu no cerele			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Rx + a ta			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL Balanço clínica	24- CID 10 PRINCIPAL S62.0	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO () CNS () CPF	32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Gustavo M. Soares CRM 5410	

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36-) ACIDENTE DE TRÂNSITO	39- CNPJ DA SEGURADORA	40- Nº DO BILHETE	41- SÉRIE
37-) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CBOR
38-) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47- Cód. Órgão Emissor	52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR Hospit. de M. Lucena CONFERE COM O ORIGINAL Pamamirim/RN 08/05/2019
48- DOCUMENTO () CNS () CPF	49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

Scanned by CamScanner





PEDIDO DE PARECER

Unidade Solicitante: _____ Município: _____

Paciente: Francisco L. C. Feijó Prontuário: _____

Motivo da Consulta:

colocar laço x umb
Refere dor MSD (quadril)

Dr. Francisco L. C. Feijó
CRM/RN 5553

Médico

CRM

14, 08, 14
Data

Encaminhado à especialidade: ORTOPEDIA

Consulta marcada para a Unidade: _____ Município: _____

Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia ____/____/____

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: _____ Município: _____

Paciente: _____ Prontuário: _____

(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)

Dor no hemitruco D -
2 x hemitruco D PL

Diagnóstico:

Fret. Clavícula D

Manoel Correa Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 5553

Médico

CRM

CID:

Hospital Decotêo M. Lucena
CONFERE C. M. O. S. M. A.
Pamplona/RN

Data

Retornar à clínica solicitante: _____ Unidade: _____

Para o (a) Dr. (a): _____ às _____ horas do dia ____/____/____

Scanned by CamScanner





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

ORTOPEDIA	CLINICA CIRURGICA	CLINICA MEDICA	CLINICA PEDIATRICA
-----------	-------------------	----------------	--------------------

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUARIO
---------------	-------	------------

DATA	HORA	CATEGORIA	GRUPO
------	------	-----------	-------

PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO
----------	--------------------

FRANCISCO CANINDE CALIXTO DE SOUZA	PROFISSÃO
------------------------------------	-----------

ESTADO CIVIL	CASADO
--------------	--------

ENDEREÇO (RUA Nº)	RUA SANTA MARIA 1 119
-------------------	-----------------------

MUNICIPIO	BAIRRO	UF	CEP
-----------	--------	----	-----

SÃO GONÇALO DO AMARANTE	GOLANDIM	RN	59290-000
-------------------------	----------	----	-----------

LOCAL DE TRABALHO	TELEFONE
-------------------	----------

FILIAÇÃO	TELEFONE
----------	----------

PEDRO CALIXTO DE SOUZA / LUIZA MARTINS DE FRANÇA	99939796
--	----------

RESPONSÁVEL	
-------------	--

ANA PAULA CALIXTO DE SOUZA	
----------------------------	--

ENDEREÇO	
----------	--

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO	
------------------------	--

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	
------------------------	--

DATA DE ADMISSÃO	ALTA	ÓBITO
------------------	------	-------

23/08/14		
----------	--	--

HISTÓRIA CLÍNICA	
------------------	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

Alta Hospitalar

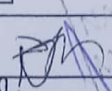
Dr. Carlos Magno P. de Castro
Osteodentista - Traumatologia
Perito em Traumatologia
CRM - 2106 - FORT 5561
CPF: 188.204.804.44

Hospital Desclélio M. Lucena
CONFERE COPIA ORIGINAL
Pamamirim-RN
08/03/14



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM) ****	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <u>UCR</u>	DATA: <u>01/08/12</u> HORA:
SAÍDA:	DATA: / / HORA:
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:	
ÓBITO:	DATA: / / HORA:
Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	

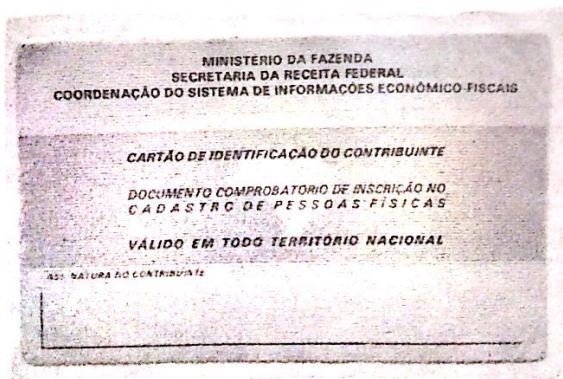
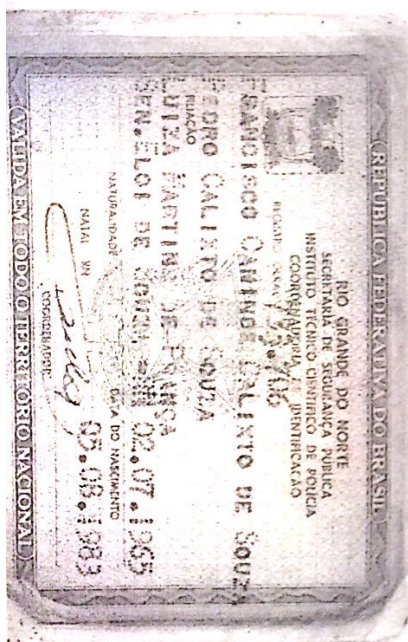
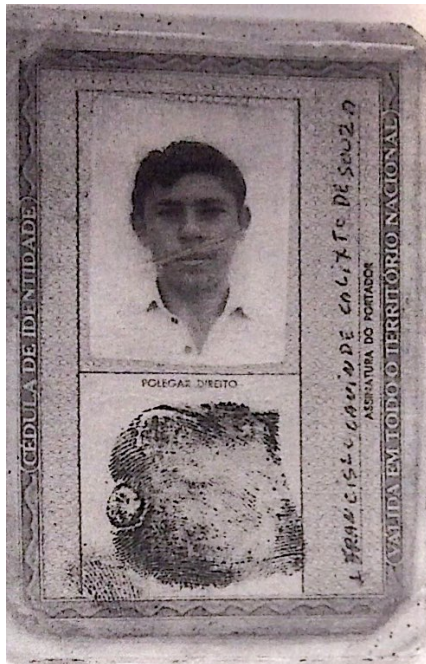

Dr. Rafael de A. Bar
 Médico (Carimbo)
 CRM/RN 6715
 Neurocirurgia

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA:
SAÍDA:	DATA: / / HORA:
Decisão Médica <input type="checkbox"/> À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:	
ÓBITO:	DATA: / / HORA:
Entregue à família com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>	

Scanned by CamScanner





CAIXA Loterias

ENDEREÇO DO CLIENTE: FRANCISCO CANINO CALIXTO DE SOUZA
CPF: 555 178 204-25 NIS: 12322548954
CLASSIFICAÇÃO: B1 RESIDENCIA, BAIXA RENDA COM NIS, Morfotático
ZONA RURAL/ÁREA RURAL, SENADOR ELUI DE SOUZA RN, 59250-000

CONTA CONTRATO: 7009151995
MÊS/ANO: 03/2017
DATA DE VENCIMENTO: 06/04/2017
DATA PRÓXIMA PROVISÃO: 26/04/2017
TOTAL A PAGAR (R\$): 22,90

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abaixo de 30 kWh	30,000000	0,18009631	5,40
Consumo entre 30 e 100 kWh	42,000000	0,30673654	12,88
Consumo superior a 100 kWh			0,78
CMR Parcela 5 do mês em atraso			3,76

TOTAL DA FATURA: 22,90

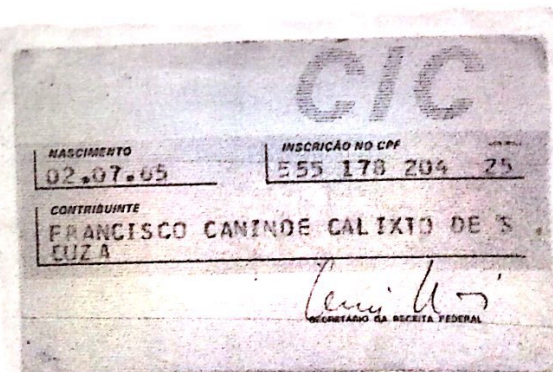
MÊS	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
JAN 17	30,000000	0,18009631	5,40
FEB 17	42,000000	0,30673654	12,88
MAR 17			0,78
ABR 17			3,76

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)	PERCENTUAL
Geração de Energia	R\$ 6,76	29,52%
Transmissão	R\$ 0,37	1,62%
Distribuição (Custos)	R\$ 4,43	19,34%
Perdas de Energia	R\$ 1,11	4,85%
Encargos Setoriais	R\$ 1,55	6,77%
Tributação	R\$ 4,72	20,61%
Total	R\$ 18,94	82,71%

Consumo Abaixo de 30 kWh: 30,000000
Consumo entre 30 e 100 kWh: 42,000000
Consumo superior a 100 kWh: 0,000000

AA13 F144 U215 B1E5 E125 79F U AEN / CAU



SUS - RN

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade

Prontuário

Família

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--

Unidade de origem: _____

Paciente: Francisco Cavalcanti C. Souza Município: Sen. Elói de SouzaEndereço: St Lopo do BolzIdade: 50 Sexo: () F (X) M

Ocupação: _____

Nome do Responsável: _____

DADOS CLÍNICOS

Resumo Clínico: Paciente psiquiátrico necessita acompanhamento devido Transtorno de ansiedade

Resultado dos Exames: _____

Tratamento já Realizado: ClonazepamImpressão Diagnóstica: Transtorno de ansiedadeDr. Julio Cesar R. Cast
MÉDICO
CRM/RN 8320

CRM

Data

5 / 5 / 16

AGENDAMENTO

Encaminhamento à especialidade: Psiquiatria

Consulta marcada para a Unidade: _____

Para o Dr. _____ às: _____ horas do dia ____/____/____

SUS - RN

FICHA DE REFERÊNCIA

Preencher quando resolvido o problema que gerou a referência

Unidade Referenciada: _____

Município: _____

Município: _____

PACIENTE: _____

ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico: _____

Resultado dos Exames Realizados: _____

CID.: _____

Diagnóstico: _____

Conduta: _____

Observações: _____

Médico

CRM

Data

UNIDADE

PRONTUÁRIO

FAM

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--

Garantia a continuidade da assistência cadastrado ao paciente sob o nº.

Scanned by CamScanner

SUS - RN

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de origem:	Unidade	Prontuário	Fam
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente:	Francisco Camilo Celso		
Município:	São João de Souza		
Endereço:	St Bolz		
Idade:	Sexo: () F (X) M	Ocupação:	
Nome do Responsável:			

DADOS CLÍNICOS

Resumo Clínico: _____

Resultado dos Exames: _____

Tratamento já Realizado: _____

Impressão Diagnóstica: Alcoolismo

Dr. Julio César R. Castro

Médico CRM/RN 8320 CRM 75 / 09 / 16 Data

AGENDAMENTO

Encaminhamento à especialidade: Psiquiatria

Consulta marcada para a Unidade: _____

Para o Dr. _____ às: _____ horas do dia ____ / ____ / ____

SUS - RN

FICHA DE REFERÊNCIA

Preencher quando resolvido o problema que gerou a referência

Unidade Referenciada:	Município:
PACIENTE:	Município:

ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico: _____

Resultado dos Exames Realizados: _____

Diagnóstico: _____ CID.: _____

Conduta: _____

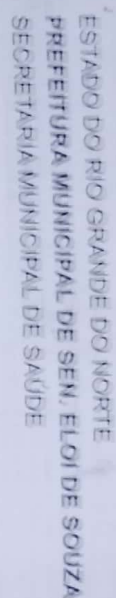
Observações: _____

Médico _____ CRM _____ Data _____

UNIDADE PRONTUÁRIO FAM

Scanned by CamScanner





FICHA INDIVIDUAL

FICHA INDIVIDUAL			
FRONTURARIO		ANO	
NOME	FRANCISCO SERRAVALLO	SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
PROFISSÃO		DATA DO NASC.	02/03/1953
PREVIDÊNCIA			

VACCINAS		IMUNIZACOES				
DOSES	ANTI POLIO	DTP	BCG	ANTI SARAMPO	TOXOIDE TETANICA	OUTRAS
1ª						
2ª						
3ª						
Ref						
Ref						

[illegible]



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE SEN. ELOI DE SOUZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

FICHA INDIVIDUAL

PRONTUARIO	ANO

NOME	Francisco Bonifácio Orlato
PROFISSAO	Cooperante
PREVIDENCIA	

SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
DATA DO NASC.	02.04.1965

HISTORICO / EVOLUÇÃO

30/06/2017 Per. Atonia e Com no lme
falta de medicação.

24/07/2017 per. Atonia / Com no lme
falta de medicação
Dre (SAC).

DIAGNOSTICO

CONDUTA

RUBRICA

IMUNIZACOES					
VACINAS	ANTI POLIO	DTP	BCG	ANTI SARAMPO	TOXOIDE TETANICA
DOSES					
1ª					
2ª					
3ª					
Ref.					
Ref.					
Ref.					

Fluoretiline (2014) 5x0+0
Inotril (2014) - 0+0+0
Bromopron (3).

em. 10 anos. Fluoretiline

Fluoretiline (2014)
Bromopron

Fluoretiline (2014) 5x0+0
Inotril (2014) - 0+0+0
Bromopron (3).

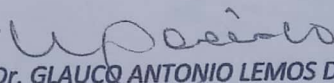
Dr. GLAUCO ANTONIO LEMOS DE MACEDO

CRM/RN 3019 CPF – 357.652.324/34

LAUDO MÉDICO

PACIENT, FRANCISCO CANINDE CALIXTO DE SOUZA, VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, EM 14/08/2014, DE ACORDO COM BOLETIM HOSPITALAR SOFREU FRATURA DE CLAVICULA DIREITA CID: S42.0, SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO, IMOBILIZAÇÃO E SINTOMÁTICO, PACIENTE APRESENTAR-SE COM DOR RESIDUAL , LIMITAÇÃO NA ABDUÇÃO DO OMBRO DIREITO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

NATAL, 16 DE SETEMBRO DE 2014


Dr. GLAUCO ANTONIO LEMOS DE MACEDO

CRM/RN – 3019

CIRURGIÃO GERAL

Scanned by CamScanner





Secretaria de Saúde Pública
Hospital Deoclécio M. Lucena

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: Fcy CAUBE L. DE
SANTOS

R. uso oral

• CEFALOXIMA 500-300s
Tomar os comprimidos de 6/6hs

• PROXICAM 20 — 200s
Tomar os comp. de 12/12hs

Dur. 2508/14

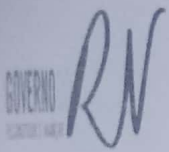
Dr. Carlos Manoel P. do Carmo
Oncologista - Traumatologia
Residência em Traumatologia
CRM 2108 - TEOT 5981
CPF: 188 304 804-44

RETORNO

DIA: 08/09/14
HORA: 7:30hs
MÉDICO: R-SANTOS
CIR: LAC

P/RET.
RFS





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU- METROPOLITANO/RN



AFIRMAÇÃO

Afirmamos para os devidos fins que o paciente, FRANCISCO CANINDÉ CALIXTO DE SOUZA, 49 anos, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192/RN), no dia 14/08/2014, em URUAÇU/RN. Paciente vítima de colisão moto x carro.

Macaíba, 27 de agosto de 2014


Lyara de S. Pedrosa de Sousa
Coordenadora de Enfermagem
SAMU: 192 - RN
COREN: 219990

Lyara de S. Pedrosa de Sousa
Coordenadora de Enfermagem SAMU/192R

Scanned by CamScanner





Paciente: 681030 - FRANCISCO CANINDE CALIXTO DE SOUZA

Nro. Atend.: 8071009

Solicitante: ISADORA OLIVEIRA

Nro. Laudo: 1301439

Data Nasc.: 02/07/1965 (53 Anos)

Sexo: Masculino

Data Atend.: 11/06/2019

Convênio: SUS APAC

Data Imp.: 17/06/2019

Usu Dig.: m5757



TC DO CRÂNIO

TÉCNICA:

- Exame realizado em aparelho de Tomografia Computadorizada Multislice, com obtenção de cortes no plano axial na região infratentorial e na região supratentorial, após a administração endovenosa do meio de contraste.

RELATÓRIO:

* INFRATENTORIAL:

- Parênquima cerebelar e tronco cerebral com densidade preservada.
- Quarto ventrículo apresenta calibre e topografia normais.
- Sulcos e fissuras cerebelares normais.
- Cisternas basais normais.

* SUPRATENTORIAL:

- Áreas de hipodensidades córtico/subcorticais em ambos os lobos frontais de aspecto simétrico. (Encefalomalácia por sequela de contusão cerebral?). Correlacionar com dados clínicos.
- Restante do parênquima cerebral com densidade preservada.
- Cavidades ventriculares apresentam calibre normal.
- Não se observa desvio da linha média.
- Sulcos e fissuras cerebrais preservados.
- Após injeção E. V. de contraste não se observou área de reforço patológico.



IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Áreas de hipodensidades córtico/subcorticais em ambos os lobos frontais de aspecto simétrico. (Encefalomalácia por sequela de contusão cerebral?). Correlacionar com dados clínicos.

Agradecemos o encaminhamento. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Tatiana M. J. Araújo

Laudante

TATIANA MARIA JACOME DE ARAUJO
CRM: 5757

UNIDADE I
Hospital Dr. Luiz Antônio
Rua Dr. Mário Negócio, 2267
Quintas, Natal/RN
CEP 59040-000
Tel: (84) 4009.5400
E-mail: adm.hla@liga.org.br

UNIDADE II
CECAN
Av. Miguel Castro, 1355
Dix-Sept Rosado, Natal/RN
CEP 59075-740
Tel: (84) 4009.5501
E-mail: adm.cecan@liga.org.br

UNIDADE III
Policlínica
Rua Silvio Pellico, 181
Alecim, Natal/RN
CEP 59040-150
Tel: (84) 4009.5601
E-mail: adm.pol@liga.org.br

UNIDADE IV
Hosp. de Oncologia do Seridó
Av. Dr. Carlindo de Souza Dantas, 540
Centro, Caicó/RN
CEP 59300-000
Tel: (84) 3421.1585
E-mail: adm.hos@liga.org.br

CENTRAL DE MARCAÇÃO: 4009.5600

Scanned by CamScanner



SUS - RN

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de origem: _____ Unidade:

--	--	--	--	--

 Prontuário:

--	--	--	--	--	--

 Família:

--

Paciente: Francisco Cândido Celso Município: Sen. Elói de Souza

Endereço: St. Bolz

Idade: _____ Sexo: () F (☒) M Ocupação: _____

Nome do Responsável: _____

DADOS CLÍNICOS

Resumo Clínico: _____

Resultado dos Exames: _____

Tratamento já Realizado: _____

Impressão Diagnóstica: Alcoolismo

Dr. Julio Cesar R. Castro Médico CRM/RN 8320 CRM _____ Data 25 / 09 / 16

AGENDAMENTO

Encaminhamento à especialidade: Psiquiatria

Consulta marcada para a Unidade: _____

Para o Dr. _____ às: _____ horas do dia ____ / ____ / ____

SUS - RN

FICHA DE REFERÊNCIA

Preencher quando resolvido o problema que gerou a referência

Unidade Referenciada: _____ Município: _____

PACIENTE: _____ Município: _____

ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico: _____

Resultado dos Exames Realizados: _____

Diagnóstico: _____ CID.: _____

Conduta: _____

Observações: _____

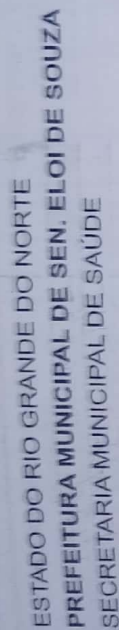
_____ / ____ / ____

Médico _____ CRM _____ Data _____

UNIDADE PRONTUÁRIO FAM

Scanned by CamScanner





FICHA INDIVIDUAL

PRONTUÁRIO		ANO	

FICHA INDIVIDUAL

NOME	Francisco Camêlo ealisto			SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
PROFISSÃO				DATA DO NASC.	02/07/65
PREVIDÊNCIA					

3ª					
Ref.					
Ref.					

PREVIDÊNCIA	NASC.	DIAGNÓSTICO	CONDUTA	RUBRICA
31.01.17	31.01.17	Depressão + Ansiedade	Fluoxetina (0,5g) - 10 dias Fluoxetina (0,5g) - 10 dias Fluoxetina (0,5g) - 10 dias	Dr. Jassó L. Santos Clínica Médica e Psiquiátrica CEM 3569
31.01.17	31.01.17	Depressão + Ansiedade	Fluoxetina (0,5g) - 10 dias Fluoxetina (0,5g) - 10 dias Fluoxetina (0,5g) - 10 dias	Dr. Jassó L. Santos Clínica Médica e Psiquiátrica CEM 3569



DATA		HISTÓRICO / EVOLUÇÃO		DIAGNÓSTICO		CONDUITA		RUBRICA	
03/10/17	PA 516,14 kg	que melhora um pouco, melhora o fôlego.							
	medicações:								
	- Fluoxetina (30) - 01 em 10, 20 dias.								
	- Bromazepam (3mg) - 01 em 10, 20 dias.								
	cd: - monitorar								
	- Retorno em 30 dias.								
04/10/17	PA 516,14 kg	que melhora um pouco, melhora o fôlego.							
	medicações:								
	- Fluoxetina (30) - 01 em 10, 20 dias.								
	- Bromazepam (3mg) - 01 em 10, 20 dias.								
	cd: - monitorar								
	- Retorno em 30 dias.								
	PA 516,14 kg	que melhora um pouco, melhora o fôlego.							
	medicações:								
	- Fluoxetina (30) - 01 em 10, 20 dias.								
	- Bromazepam (3mg) - 01 em 10, 20 dias.								
	cd: - monitorar								
	- Retorno em 30 dias.								

EVOLUÇÃO BACILOSCÓPIA PARA TUBERCULOSE		PLANEJAMENTO FAMILIAR	
7		CLIENTE NOVA - DATA: / / NATURAL <input type="checkbox"/> PILULA <input type="checkbox"/> CONDOM <input type="checkbox"/> ESPERMA- TICA <input type="checkbox"/> CONDOM ESPERMATICO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> CONTRA INDICAÇÃO <input type="checkbox"/>	
8		VISITAS SUBSEQUENTES	
9		VISITAS SUBSEQUENTES	
10		VISITAS SUBSEQUENTES	
11		VISITAS SUBSEQUENTES	
12		VISITAS SUBSEQUENTES	
Obs		VISITAS SUBSEQUENTES	

Scanned by CamScanner



FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade

--	--	--	--	--

 Prontuário

--	--	--	--	--	--	--

 Família

--	--

Origem: _____

Nome: Francisco Camilo C. Souza Município: San. Eloi de Souza

Endereço: St Lopez do Rio 2

Idade: 50 Sexo: () F (X) M Ocupação: _____

Assinatura do Responsável: _____

DADOS CLÍNICOS

Anamnese: Paciente psiquiátrico necessita de acompanhamento
devido Transtorno de ansiedade
 Resultado dos Exames: -
 Tratamento já Realizado: Clonazepam
 Avaliação Diagnóstica: Transtorno de ansiedade
 Dr. Julio Cesar R. Costa
 Médico CRM/RN 8320
 CRM
 5 / 5 / 16
 Data

AGENDAMENTO

aminiamento à especialidade: Psiquiatria

sulta marcada para a Unidade: _____

a o Dr. _____ às: _____ horas do dia ____/____/____

US - RN

FICHA DE REFERÊNCIA

Preencher quando resolvido o problema que gerou a referência

Localidade Referenciada: _____ Município: _____

Nome do Paciente: _____ Município: _____

ATENÇÃO PRESTADA

Resultado dos Exames Realizados: _____

Diagnóstico: _____ CID.: _____

Conduta: _____

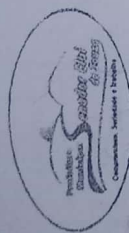
Observações: _____

_____/_____/_____
Médico CRM Data

Garantia a continuidade da assistência cadastrado ao paciente sob o nº.

UNIDADE	PRONTUÁRIO	FAM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE SEN. ELOI DE SOUZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PRONTUÁRIO	ANO
------------	-----

FICHA INDIVIDUAL

NOME	Francisco Bumbê / Odeux		
PROFISSÃO	Bisnateiro		
PREVIDÊNCIA	SEXO	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DO NASC.
			02/07/1963

IMUNIZAÇÕES					
VACINAS DOSES	ANTI- POLIO	DTP	BCG	ANTI SARAMPO	TOXOIDE TETÂNICA
1ª					
2ª					
3ª					
Ref.					
Ref.					

DATA	HISTÓRICO / EVOLUÇÃO	DIAGNÓSTICO	CONDUITA	RUBRICA
30/06/2017	Dr. Atonha e tomou vac. gln de medicação.		Fluoretime (20ug) 3x0+0 - Fluoretime (20ug) - 0+0+ Bromazepam (3).	
24/07/2017	Dr. Atonha p/ controle, pnte andar devendo qntre (Dr. SMC).		em posns. Neurológ.	
			- Fluoretime (20ug) - Bromazepam	
			→ Overdos 1g de 1/2 espon - Resposta de 4h/3 de 15 par).	

Paciente: Francisco Camilo Caldeira
do Rê Souza
Nº Registro HUOL: _____

Receituário Médico

Nº 1/155

O paciente possui encefalomalacia frontal bilateral devido a TCE em 2012. Apresenta alterações comportamentais como agressividade
CID-10: F10.5

Natal/RN: 06.08.70

Identificação: _____
Dr. Alex Matos de Albuquerque
Neurologista
CRM/RN 5845 RQE 1451





Senador Elói de Souza/RN

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Saúde mais perto de você.
CNPJ: 11.811.228/0001-41

☐

Receituário Médico

☐

Receituário Médico

Paciente:

ARGENTADO MEDICO

Argento que o paciente
Francisco CARVALHO Calixto do Nascimento,
Jr, filho de Clotilde e
Flavio (mãe) e apresenta que-
rela lateral frontal de dentes
dentado TCC e apresenta
Mandibular longamente
Tipo (Preservado)

23/10/2019

Dr. Inácio L. dos Santos
MÉDICO - CRM 35569



CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO PSIQUIÁTRICO

Nome do paciente: Francisco E. Calixto
 Nome da mãe: Luiza Calixto de Souza
 nome do pai: Pedro Calixto
 número do cartão do SUS: 162 2126 1512
 Endereço: S. Lagoa do bobo
 Tel: _____

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
Maio	Junho	Julho	Agosto
Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro

Assinatura: Peterson C. Silva 23/08/19



Comunicação de Decisão

02/10/2019 15:34:47

NIT: 123.22546.85-4

Número do Benefício: 629.493.089-1

Espécie: 31

Número do Requerimento: 198535083

Ao Sr. (a): FRANCISCO CANINDE CALIXTO DE SOUZA

Endereço: SIT LAGOA DO BOLA, SN, ZONA RURAL

CEP: 59.250-970

Município: SENADOR ELOI DE SOUZA

UF: RN

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Indeferimento do Pedido

Motivo: Não Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei Nº 8.213, de 24/07/1991. Art. 71 do Decreto Nº 3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 10/09/2019, informamos que não foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que não foi constatada, em exame realizado pela perícia médica do INSS, a incapacidade para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual. Desta decisão poderá ser interposto Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, dentro do prazo de 30 (trinta) dias respectivamente, contados da data do recebimento desta comunicação.



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: NATAL SUL

Endereço: AV NASCIMENTO DE CASTRO, 1792, LAGOA NOVA

CEP: 59.056-450

Município: NATAL

UF: RN

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, 16 de Setembro de 2019

Assinatura do Requerente / Representante Legal



Você pode conferir a autenticidade do documento em
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>
com o código 191002EZINY303



Mayara joyssimara do Nascimento Mota
Advogada
OAB/RN 13725

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

FRANCISCO CANINDÉ CALIXTO DE SOUZA, brasileiro, casado, desempregado, RG nº 733.706 SSP/RN, CPF nº 555.178.204-25, residente e domiciliado Lagoa do Bola, s/n, Zona Rural, Senador Elói de Souza/RN, CEP:59.250-000, sem endereço eletrônico nomeia e constitui como sua procuradora a Sra.;

OUTORGADO:

MAYARA JOYSSIMARA DO NASCIMENTO MOTA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/RN nº 13725, residente e domiciliada na Rua: onze de novembro, nº 130, centro, Senador Elói de Souza- RN, CEP: 59250-000.

PODERES:

Cláusula "ad judicium et extra", a fim de defender os interesses do outorgante, promovendo qualquer tipo de ação, em qualquer juízo, instância ou tribunal, inclusive interposições de recursos cabíveis, e, ainda agir, transigir, acordar, discordar, dar e receber quitação, confessar, juntar e retirar documentos, pleitear perante repartições públicas federais, estaduais e municipais, enfim, praticar tudo mais que se fizer necessário para o bom e fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer com ou sem reservas de poderes.

Senador Elói de Souza-RN

29 de Janeiro de 2018

x FRANCISCO CANINDÉ CALIXTO DE SOUZA
(Assinatura do Outorgante)

Rua dos Potiguares, 2519, Lagoa Nova, Natal / RN, CEP: 59.064-280
Rua onze de novembro, 130, centro, Senador Elói de Souza/RN, CEP: 59.250-000
Telefone: (84) 98802-6087
Email: joissemayara@gmail.com/dra.mayara001@gmail.com

Scanned by CamScanner



DECLARAÇÃO

FRANCISCO CANINDÉ CALIXTO DE SOUZA, brasileiro, casado, desempregado, RG nº 733.706 SSP/RN, CPF nº 555.178.204-25, residente e domiciliado Lagoa do Bola, s/n, Zona Rural, Senador Elói de Souza/RN, CEP:59.250-000, desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declaram, sob as penas da lei, que não possuem recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, fazem jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

Natal/RN

29 de Janeiro de 2018

FRANCISCO CANINDÉ CALIXTO DE SOUZA
FRANCISCO CANINDÉ CALIXTO DE SOUZA

Scanned by CamScanner





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 SÃO GONÇALO DO AMARANTE
Endereço: AV. CEL. ESTEVÃO MOURA, S/N, CENTRO, SÃO GONÇALO DO AMARANTE

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2014027000650
1.2 Data/Hora de Expedição: 27/08/2014 11:35:32
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 14/08/2014 15:00:00
2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado
2.4 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.4 Flagrante: Não
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.7 Logradouro: ESTRADA DE URUAÇU
2.8 Número: RN 160
2.9 CEP: 59290000
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência: ESTRADA ENTRE URUAÇU E SÃO GONÇALO
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS
2.13 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: HILDA FERNANDES DA SILVA SOUZA
3.2 Estado civil: Casado(a)
3.3 Etnia: Parda
3.4 Pai: CÍCERO FERNANDES DA SILVA
3.5 Mãe: MARIA FERNANDES DA SILVA
3.6 Data de Nascimento: 15/06/1969
3.7 Sexo: FEMININO
3.8 RG: 1841302 - SSP/RN
3.9 CPF:
3.10 Passaporte:
3.11 Nacionalidade:
3.12 Naturalidade: SANTA CRUZ/RN
3.13 Profissão: DO LAR
3.14 E-Mail:
3.15 Telefone(s): 84 36741276
3.16 Logradouro: RUA SANTA MARIA 1
3.17 Número: 119
3.18 CEP: 59290000
3.19 Bairro: GOLANDIM
3.20 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 Nome Completo: FRANCISCO CANINDE CALIXTO DE SOUZA
4.1.2 Estado civil: Casado(a)
4.1.3 Etnia: Parda
4.1.4 Pai: FRANCISCO CANINDE CALIXTO DE SOUZA
4.1.5 Mãe: LUIZA MARTINS DE FRANÇA
4.1.6 Data de Nascimento: 02/07/1965
4.1.7 Sexo: MASCULINO
4.1.8 RG: 733706
4.1.9 CPF: 555.178.204-25
4.1.10 Profissão: CARPINTEIRO
4.1.11 Nacionalidade:
4.1.12 Passaporte:
4.1.13 Logradouro: RUA SANTA 1
4.1.14 E-Mail:
4.1.15 Número: 119
4.1.16 CEP: 59290000
4.1.17 Bairro: GOLANDIM
4.1.18 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE
4.1.19 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

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: 9C2JC4110BR322543
7.1.4 Renavam: 00286889579
7.1.5 Placa: NNS7891
7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.8 Modelo: CG 125 FAN KS
7.1.9 Ano do Modelo: 2011
7.1.10 Ano de Fabricação: 2011
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: FRANCISCO CANINDE C DE SOUZA
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor: FRANCISCO CANINDE CALIXTO DE SOUZA
7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

INFORMA A COMUNICANTE, QUE A VÍTIMA É SEU ESPOSO. QUE O MESMO TRANSITAVA NA MOTO CUJAS ÀS CARACTERÍSTICAS FORAM CITADAS E OUVIU UMA COLISÃO COM OUTRO VEÍCULO. QUE NÃO SOUBE DIZER QUAL ERA O OUTRO VEÍCULO. QUE A VÍTIMA FOI CONDUZIDA PELA SAMU PARA O HOSPITAL. QUE O MESMO FRATUROU A CAVÍCULA. QUE NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

REGISTRO DO BOLETIM E EXPEDIDO GUIA DE EXAME DE CORPO E DELITO.

10. COMPLEMENTOS

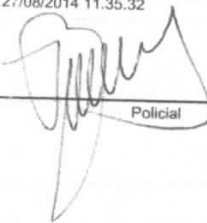
Data do Complemento: 27/08/2014
Usuário: 758310 - JOSÉ EMILIANO BARBOSA

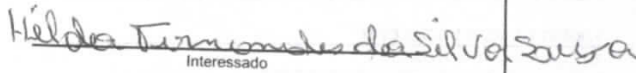


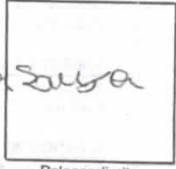
Complemento: QUE O NOME DO PAI DA VÍTIMA É PEDRO CALIXTO DE SOUZA E, NÃO FRANCISCO CANINDÉ CALIXTO DE SOUZA COMO ENCONTRA-SE DIGITADO ACIMA.

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.
Data: 27/08/2014 11:35:32


Policial


Interessado


Polegar direito

Atendimento: 1651986 - RICARDO WAGNER MEDEIROS JUCA
Impresso por: 758310 - JOSÉ EMILIANO BARBOSA em 27/08/2014 14:57:08

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

