TJRN
PJe - Processo Judicial Eletrônico
Consulta Processual

19/06/2019

Número: **0800032-49.2018.8.20.5129**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**
Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de São Gonçalo do Amarante**
Última distribuição : **02/05/2018**
Valor da causa: **R$ 13.162,50**
Assuntos: **Seguro, Seguro obrigatório - DPVAT**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FERNANDO CASSIANO DA SILVA (AUTOR)	**PAULA JESSIKA CONSTANCIO BARBOSA DE LIMA (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44877139	19/06/2019 15:40	Petição	Petição
44877164	19/06/2019 15:40	2601146 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01	Outros documentos
44877335	19/06/2019 15:40	2601146 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01	Outros documentos

Juntada de petição.

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SAO GONCALO DO AMARANTE/RN

Processo: 08000324920188205129

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da ***AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT,*** que lhe promove **FERNANDO CASSIANO DA SILVA,** em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório**,** vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SAO GONCALO DO AMARANTE, 17 de junho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915365833800000043393833
Número do documento: 19061915365833800000043393833

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180047612 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: FERNANDO CASSIANO DA SILVA **Data do acidente:** 20/11/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Trauma em joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Não há como definir, predizer ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Sinistro indefinido, com menos de 90 dias, sem prognóstico.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **FERNANDO CASSIANO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180047612**
Vitima: **FERNANDO CASSIANO DA SILVA**
Data do Acidente: **20/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **GERSON SOARES MAXIMO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180047612.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.**

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00319/00320 - carta_01 - INVALIDEZ

00020160

Carta nº 12312068

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **FERNANDO CASSIANO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180047612**
Vitima: **FERNANDO CASSIANO DA SILVA**
Data do Acidente: **20/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **GERSON SOARES MAXIMO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180047612**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00669/00670 - carta_03 - INVALIDEZ

00070335

Carta nº 12359267

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **FERNANDO CASSIANO DA SILVA**

Sinistro: **3180047612**
Vítima: **FERNANDO CASSIANO DA SILVA**
Data do Acidente: **20/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **GERSON SOARES MAXIMO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180047612** foi **interrompido,** em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00175/00176 - carta_02 - INVALIDEZ

00050088

Carta nº 12594435

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2018

Carta n°: 12645196

A/C: FERNANDO CASSIANO DA SILVA

Nº Sinistro:	**3180047612**
Vitima:	**FERNANDO CASSIANO DA SILVA**
Data do Acidente:	**20/11/2017**
Cobertura:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**GERSON SOARES MAXIMO**

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **FERNANDO CASSIANO DA SILVA**
Valor: **R$ 337,50**
Banco: **237**
Agência: **000000995-4**
Conta: **0000059298-6**
Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**337,50**

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%
Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R$	**337,50**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01221/01222 - carta_15R - INVALIDEZ
00020611

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

Autorizacao de pagamento

TORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	077225724-88	FERNANDO CASSIANO DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
FERNANDO CASSIANO DA SILVA		077225724-88	ORDÉ FAIOT
Endereço: RUA LUIZ GONZAGA		Número: 09	Complemento
Bairro: CENTRO	Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE	Estado: RN	CEP: 59290-000
Email			Telefone (DDD): (84)98859-5042

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R$ 1.000,00 ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
☐ R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00 ☐ R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO	AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
BRADESCO	237	0995	4	59298	6
		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

NATAL/RN, 19 de JANEIRO de 2018
Local e Data

PROTOCOLO RECEBIDO
22 JAN 2018
TERCIO DO SOL ADM
SEGURADORA DE SEGS

Fernando Cassiano da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

PROTOCOLO RECEBIDO
22 JAN 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180047612
Nome do(a) Examinado(a): Fernando Cassiano da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Luiz Gonzaga, 9
Centro Sao Goncalo do Amarante RN CEP: 59290-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 2092184
Data local do acidente: [20/11/2017]
Data local do exame: [06/04/2018] NATAL [RN]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO COM FERIMENTO NA REGIÃO ANTERIOR PATELAR.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: REALIZADO CURATIVOS SERIADOS TANTO NO JOELHO ESQUERDO QUANTO NO PÉ ESQUERDO , NÃO FEZ FISIOTERAPIAS.
Data da Alta: 24/01/2018

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

FERIMENTO CICATRIZADO NA REGIÃO ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, SEM ATROFIA DE GRUPOS MUSCULARES ACOMETIDOS, DIFICULDADE PARA FICAR AGACHADO, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE FLEXÃO ACIMA DE 100 GRAUS.

IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim ( ) Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim ( ) Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

INVALIDEZ AO NÍVEL DE JOELHO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DA ADM.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

VII. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
JOELHO - Lado Esquerdo
% do dano: **(X) 10% residual** ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Urai de Oliveira

DR. URAI DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4315

Boletim de ocorrencia

Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Policia Civil
Delegacia Eletrônica

PROTOCOLO RECEBIDO
22 JAN 2018
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SECS

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: J2018027000068
1.2 Data de Expedição: 12/01/2018 10.35.59
1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 20/11/2017 18.30.00
2.2 Autoria: Conhecida
2.3 Fato: Consumado
2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Veiculo
2.6 Tipo do local: Via Pública
2.7 Logradouro: RN 160
2.8 Número: INCERTO
2.9 CEP:
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: SANTO ANTONIO
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: FERNANDO CASSIANO DA SILVA
3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Nome Social:
3.4 Pai: FRANCISCO PEDRO DA SILVA
3.5 Etnia: Sem Informação
3.6 Mãe: ILMA CASSIANO CAVALCANTE
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 Orientação Sexual: Ignorado
3.9 CPF: 01121512488
3.10 Identidade de Gênero: Ignorado
3.11 Nacionalidade:
3.12 Data de Nascimento: 29/07/1981
3.13 Profissão: OPERADOR DE FRIOS
3.14 RG: 2092184 - ITEP/RN
3.15 Telefone(s): 84 988595042
3.16 Passaporte:
3.17 Número: 09
3.18 Naturalidade: NATAL - RN
3.19 Bairro: CENTRO
3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.22 Logradouro: R. LUIZ GONZAGA
3.23 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA
4.2.1 Nome Completo: AMANDA FABIENE SOUZA DA SILVA
4.2.2 Estado civil:
4.2.3 Nome Social:
4.2.4 Pai:
4.2.5 Mãe:
4.2.6 Identidade de Gênero:
4.2.7 Orientação Sexual:
4.2.8 Etnia:
4.2.9 Sexo: NÃO IDENTIFICADO / SEM INFORMAÇÃO
4.2.10 Data de Nascimento:
4.2.11 CPF: 13122084490
4.2.12 RG: Não informado
4.2.13 Nacionalidade:
4.2.14 Profissão:
4.2.15 Logradouro: O MESMO DO COMUNICANTE
4.2.16 Passaporte:
4.2.17 Número:
4.2.18 E-Mail:
4.2.19 Bairro:
4.2.20 CEP:
4.2.21 Estado:
4.2.21 Cidade:

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S)

6.1.1 Nome Completo: EDILSON DE OLIVEIRA SILVA
6.1.2 Nome Social:
5.1.3 Estado civil: Solteiro(a)
5.1.4 Etnia: Sem Informação
6.1.5 Identidade Gênero: Ignorado
6.1.6 Mãe: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA SILVA
6.1.7 Orientacao Sexual: Ignorado
6.1.8 Sexo: MASCULINO
6.1.9 Pai: Sem Informação
6.1.10 CPF: 01267747498
6.1.11 Data de Nascimento: 21/02/1976
6.1.12 Nacionalidade:
6.1.13 RG: 003084656
6.1.14 Passaporte:
6.1.15 Profissão: MOTOBOY
6.1.16 Logradouro: R. GERMINO BENIGNO
6.1.17 Número: 54
6.1.18 CEP:
6.1.19 Bairro: SAMBURA
6.1.20 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE
6.1.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

6.2.1 Nome Completo: ADRIEL GALDINO SOARES
6.2.2 Nome Social:
5.2.3 Estado civil: Solteiro(a)
5.2.4 Etnia: Sem Informação
6.2.5 Identidade Gênero: Ignorado
6.2.6 Mãe: ADRIANA GALDINO SOARES
6.2.7 Orientacao Sexual: Ignorado
6.2.8 Sexo: MASCULINO
6.2.9 Pai: Sem Informação
6.2.10 CPF: 10204515483
6.2.11 Data de Nascimento: 19/01/1995
6.2.12 Nacionalidade:
6.2.13 RG: 003158716
6.2.14 Passaporte:
6.2.15 Profissão: AUXILIAR DE ESCRITORIO
6.2.16 Logradouro: AV. DAS TULIPAS
6.2.17 Número: 557
6.2.18 CEP:
6.2.19 Bairro: CIDADE DAS ROSAS
6.2.20 Cidade: SÃO GONÇALO DO AMARANTE
6.2.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi:
7.1.4 Renavam:
7.1.5 Placa: NNK0650
7.1.6 Estado:
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN ES
7.1.9 Ano do Modelo: 2008
7.1.10 Ano de Fabricação: 2008
7.1.11 Cor do veiculo: CINZA
7.1.12 Tipo do veiculo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: FERNANDO CASSIANO DA SILVA
7.1.16 Vinculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor: FERNANDO CASSIANO DA SILVA
7.1.18 Observações.

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA E ALEGOU QUE: ESTAVA PILOTANDO O VEÍCULO ACIMA MENCIONADO, COM SUA FILHA NA GARUPA, MOMENTO EM QUE CAIU EM UM BURACO NO MEIO NA PISTA, VINDO A PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA E A CAIR NO CHÃO; SENDO ENCAMINHADO AO HOSPITAL BELARMINA MONTE POR POPULARES. ALEGA AINDA DEVIDO A QUEDA, PERDEU O CRLV DO VEÍCULO EM TESE. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

FEITO O B.O E ENCAMINHADO AO CARTÓRIO.

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 12/01/2018 10.35.59

Policial

Danilo Fialho Dias Garcia
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL
Matrícula nº 1682350-0

Fernando Cassiano da Silva
Interessado

Polegar direito

Atendimento: 1682350 - DANILO FIALHO DIAS GARCIA
Impresso por: 1682350 - DANILO FIALHO DIAS GARCIA em 12/01/2018 10:36:40

FINAL DO BOLETIM DE OCORRNCIA

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

Declaracao de Inexistencia de IN

Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
FERNANDO CASSIANO DA SILVA	022.235.224-88	21/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

PROTOCOLO RECEBIDO
22 JAN 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

NATAL/RN, 19 de JANEIRO de 2018
Local e Data

Fernando Cassiano da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

Comprovacao de ato declaratorio

ATO DECLARATÓRIO

SÃOCAMILO Hospital Maternidade Belarmina Monte

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PROTOCOLO RECEBIDO 22 JAN 2018 TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

Impressão: 20/11/201 P

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário	Atendimento	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
021720	0008	FERNANDO CASSIANO DA SILVA		

Documento(s)	Estado Civil	Sexo
Identidade: 2092184	Outro	Masculino

Data de Nascimento	Local	Idade
29/07/1981	NATAL/RN	36 Ano(s)

Pai	Mãe
FRANCISCO PEDRO DA SILVA	ILMA CASSIANO CAVALCANTE

Endereço	Bairro	CEP	Município	UF	Telefone
RUA 31 DE MARCO, 206	CENTRO	59290-000	SAO GONCALO DO AMARA	RN	84 88644

Profissão	Empresa	Cônjuge

Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município
FERNANDO CASSIANO DA SILVA		RUA 31 DE MARCO, 206	SAO GONCALO DO AMARAN

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID
20/11/2017	20:30	SUS		

Profissional do Atendimento	CRM/UF	Tipo Atendimento
DEIVIDY CUNHA DO NASCIMENTO	8653/RN	CONSULTA COM MEDICACAO

Indicador de Acidente	Funcionário
	MANOEL CALIXTO DA SILVA NETO

Observação

Sala	Data/Hora Liberação	Tipo de Saída
	___/___/_____ às _____hs.	( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

- Paciente vítima de acidente automobilístico negou sinais neurológicos alega consumo de álcool.

Cf: BEG, Orientado, Glasgow 15
Pupilas: ISO/Foto Reativa
ACV: Eupnéia AC: Sem alterações
Est: Escoriações leves em MSE + MMSSC

- Paciente vítima de acidente automobilístico

- Analgesia
- Antieméticos
- Raio-x do Joelho D.
- Dipirona 01 amp EV
- Dexametasona 01 amp EV

Dr. Deividy Cunha do Nascimento
Médico
CRM/RN 8.653

Carlos Adriano O. do Nas
COREN-RN- 84

DEIVIDY CUNHA DO NASCIMENTO - CRM: 8653

Adriana Cavalcanti
Assinatura Paciente/Responsáve
Responsável: FERNANDO CASSIAN

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

Comprovante de residencia

SAAE

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO
AVENIDA CEL. ESTEVAM MOURA, 30 - CENTRO
SAO GONCALO DO AMARANTE - RN - CEP: 59.291-550
C.N.P.J.: 08.451.635/0001-17 - Fone : (84) 3278-2290

CONTA D'ÁGUA

FOLHA: 1/1

INSCRIÇÃO	CLS PAR	TÁR S-M	ECONOMIAS RES	COM	IND	PUB	OUT	NF / CONTA	EMISSÃO	MES/FAT.
0000810.5			0	0	0	0	1	170292616	13/12/17	OUT/2017

FERNANDO CASSIANO DA SILVA
RUA LUIZ GONZAGA, 09
CENTRO CEP: 59.291-667
SAO GONCALO DO AMARANTE RIO GRANDE DO NORTE
ENDEREÇO DE ENTREGA

LOCALIZAÇÃO
00.00.01.0000005945
LOCALIZAÇÃO

ÚLTIMOS CONSUMOS

MÊS FAT	CONS	OCO	DC		
NOV/17	07	000	030		7
OUT/17	00	000	031		0
SET/17	02	000	032		2
AGO/17	00	000	030		0
JUL/17	03	000	030		3
JUN/17	10	000	000		10

MÉDIA 00003

SERVIÇOS E TARIFAS

CÓD	DESCRIÇÃO	PREST.	VALOR
001	AGUA(0000 a 0010 - [illegible] 0010 m		[illegible]
002	ESGOTO (62%)		12,02
011	NEG. Nº 00629/17 EM 17/05/2017	05/[illegible]	16,83

HIDROMETRIA

HIDRÔMETRO	INSTALAÇÃO	LEIT ANT.	DT. LEITURA	LEIT. ATUAL	DT LEITURA	CONSUMO	DIAS/CONSUMO	OCO	LEITURISTA
0A10N292686	13/09/10	0198	13/09/17	0198	14/10/17	0000	31	000	C85

OBSERVAÇÕES

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

Portaria 2.914 de 12/12/2011 - Valores máximos permitidos

Reservatório : Período :

Parâmetros	Cor	pH	Cloro	Turbidez	Flúor	Coli Totais
Padrão	até 15UH	6,0 a 9,5	até 5,0 mg/l	até 5UT	até 1,5 mg/l	Ausente
Obtidos						
Qtde Análise						

MENSAGENS

AGENTE ARRECADADORES, COSERN SERVIÇOS,
CAIXA ECONOMICA FEDERAL E PAGFACIL.

MULTA		ENCARGOS DIÁRIOS		MESES EM DÉBITO
2%	0,96	0,033%	0,02	MAI/2017

VENCIMENTO 13/11/2017 VALOR R$ 48,23

CONSUMIDOR

SERVICO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO

NOME: FERNANDO CASSIANO DA SILVA
END: RUA LUIZ GONZAGA, 09 - CENTRO

LOCALIZAÇÃO
00.00.01.0000005945

INSCRIÇÃO	MÊS FAT.	NF / CONTA	VENCIMENTO	VALOR
0000810.5	OUT/2017	170292616	13/11/2017	48,23

0000810.10.17.170292616

82670000000.1 48230416000.5 08101017170.0 29261600002.5

SAAE NÃO RASURE AUTENTICAÇÃO NO VERSO

PROTOCOLO RECEBIDO
22 JAN 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

procuração

Comprovante de residencia

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO
AVENIDA CEL. ESTEVAM MOURA, 30 - CENTRO
SAO GONCALO DO AMARANTE - RN - CEP: 59.291-550
C.N.P.J.: 08.451.635/0001-17 - Fone : (84) 3278-2290

SAAE

CONTA D'ÁGUA

FOLHA: 1/1

INSCRIÇÃO	CLS PAR	TAR R-M	ECONOMIAS RES	COM	IND	PUB	OUT	NF/CONTA	EMISSÃO	MES/FAT.
0031825.9			1	0	0	0	0	170333250	26/12/17	DEZ/2017

GERSON SOARES MAXIMO
AVENIDA DAS TULIPAS, 557 Q. 10 LOTE 1041
LCR II JARDINS CEP: 59.290-000
SAO GONCALO DO AMARANTE RIO GRANDE DO NORTE
ENDEREÇO DE ENTREGA

LOCALIZAÇÃO
00.19.20.1000001041
LOCALIZAÇÃO

ULTIMOS CONSUMOS

MES FAT	CONS.	OCO	DC	
DEZ/17	34	000	34	34
NOV/17	30	000	031	30
OUT/17	25	000	029	25
SET/17	27	000	030	27
AGO/17	32	000	033	32
JUL/17	17	000	028	17
JUN/17	35	000	000	35

MÉDIA: 00027

SERVICOS E TARIFAS

COD	DESCRICÃO	PREST.	VALOR
C01	AGUA(000 a 0010 - 3,552 * 10m³)		35,52
C01	AGUA(011 a 0015 - 4,360 * 05m³)		21,80
C01	AGUA(016 a 0020 - 5,160 * 05m³)		25,80
C01	AGUA(021 a 0030 - 5,810 * 10m³)		58,10
C01	AGUA(031 a 0050 - 6,700 * 04m³)		26,80
C11	NEG. Nº 00723/16 EM 17/05/2016	19/20	23,17

HIDROMETRIA

HIDRÔMETRO	INSTALAÇÃO	LEIT. ANT.	DT. LEITURA	LEIT. ATUAL	DT. LEITURA	CONSUMO	DIAS/CONSUMO	OCO.	LEITURISTA
A14F435031	13/04/15	0869	06/11/17	0903	10/12/17	0034	34	000	028

OBSERVAÇÕES

Próxima Leitura: 22/01/2018

PARAMETROS DA AGUA DISTRIBUIDA

Portaria 2.914 de 12/12/2011 - Valores máximos permitidos

Reservatório : Período :

Parâmetros	Cor	pH	Cloro	Turbidez	Flúor	Coli Totais
Padrão	até 15UH	6,0 a 9,5	até 5,0 mg/l	até 5UT	até 1,5 mg/l	Ausente
Obtidos						
Qtde Análise						

MENSAGENS

2º Via da Conta Mensal

MULTA 2% 3,94 ENCARGOS DIÁRIOS 0,033% 0,07 MESES EM DÉBITO OUT/2017, NOV/2017, JUL/2017, AGO/2017, SET/2017

VENCIMENTO 15/01/2018 **VALOR R$ 197,19**

CONSUMIDOR

✂ -

SERVICO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO

NOME: GERSON SOARES MAXIMO
END: AVENIDA DAS TULIPAS, 557 - Q. 10 LOTE 1041, LCR II JARDINS
LOCALIZAÇÃO: 00.19.20.1000001041

INSCRIÇÃO	MÊS FAT:	NF/CONTA	VENCIMENTO	VALOR
0031825.9	DEZ/2017	170333250	15/01/2018	197,19

0031825.12.17.170333250

82620000001.4 97190416003.5 18251217170.9 33325000002.8

SAAE NÃO RASURE AUTENTICAÇÃO NO VERSO

PROTOCOLO RECEBIDO
22 JAN 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

Declaracao Circular SUSEP 445/1

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**[2].

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Gênson Soares Maximo inscrito (a) no CPF 032 445 294 / 30, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fernando Cassiano da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 022 275 224 / 88 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Fernando Cassiano da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 022 275 224 / 88, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: — Renda: — e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Avenida das Tulipas, Cidade das Rosas II		557	
Bairro: Jardins	Cidade: São Gonçalo do Amarante	Estado: RN	CEP: 59 290 000
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD): (84) 9 8864 7778	

Natal/RN, 29 de Janeiro de 2018
Local e Data

PROTOCOLO RECEBIDO
22 JAN 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

Gênson Soares Maximo
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

Documentacao medico – hospita

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

Impressão: 28/11/2017 1
Pág

Guia de atendimento - PRONTO SOCORRO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 021720	Atendimento: 0010	Nome do Paciente: FERNANDO CASSIANO DA SILVA	CNS: 700503525566751	Guia de Autorização:
Documento(s): Identidade: 2092184			Estado Civil: Outro	Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 29/07/1981	Local: NATAL/RN			Idade: 36 Ano(s)
Pai: FRANCISCO PEDRO DA SILVA		Mãe: ILMA CASSIANO CAVALCANTE		
Endereço: RUA 31 DE MARCO, 206	Bairro: CENTRO	CEP: 59290-000	Município: SAO GONCALO DO AMARA	UF: RN / Telefone: 84 8864430
Profissão:	Empresa:	Cônjuge:		
Responsável: FERNANDO CASSIANO DA SILVA	CPF do Responsável:	Endereço: RUA 31 DE MARCO, 206	Município: SAO GONCALO DO AMARANT	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 28/11/2017	Hora: 10:04	Convênio: SUS	Matrícula:	CID:
Profissional do Atendimento: JOSE LIRA DE HOLANDA			CRM/UF: 1767/RN	Tipo Atendimento: CONSULTA COM MEDICACAO
Indicador de Acidente:			Funcionário: RANIERIKA KELLEN FERNANDES DE SOUZA LIMA	
Observação:				
Sala:		Data/Hora Liberação: 28/11/2017 11:07		Tipo de Saída: Alta

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)
					141 X 85

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO **Data e Hora:** 28/11/2017 10:32
Responsável pela Classificação: ANTONIETA FERREIRA
Relatório:
lesões com sinais de incção em mmii e mmss, apos acidente de moto ha 9 dias
nega alergias medicamentosa

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

28/11/2017 11:07:16h Responsável: JOSE LIRA DE HOLANDA CRM-RN 1767
TRAUAMATISMO DO JOELHO ESQURDO

PROTOCOLO RECEBIDO
22 JAN 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

Dr. José Lira de Holanda

JOSE LIRA DE HOLANDA - CRM: 1767/RN

Adriana Guilhe
Assinatura Paciente/Responsáve
Responsável: FERNANDO CASSIAN

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SÃO CAMILO
Hospital Maternidade Belarmina Monte

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE
Prescrição Médica

Impressão: 28/11/2017 11:07
Página 1
v2017004

Prescrição: 0001
Paciente: FERNANDO CASSIANO DA SILVA
Prontuário: 021720/0010
Data de Nascimento: 29/07/1981
Nome da Mãe: ILMA CASSIANO CAVALCANTE
Sexo: Masculino
Data: 28/11/2017
Hora: 11:07
Profissional Resp.: JOSE LIRA DE HOLANDA
CRM: 1767
Convênio: SUS
Setor: PRONTO SOCORRO
Data de Atendimento: 28/11/2017
Tipo de Atendimento: CONSULTA COM MEDICACAO

Prescrição	*Dosagem*	*Via*	*Frequência*	*Aprazamento*
01. VOLTAREM 75 IM				
02. SF 100 ML + TRAMAL 100 MG EV	11:50			

Gelson M. Bispo de Romo
Téc. de Enfermagem
Coren 881.008.770

RESPONSÁVEL: JOSE LIRA DE HOLANDA - CRM-RN 1767

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FERNANDO CASSIANO DA SILVA
Prontuario/Atendimento: 021720/0012
Nascimento: 20/07/1981
Local: NATAL
País Nacionalidade: Brasil
Idade: 36 Ano(s)
Sexo: Masculino
Raça/Cor: Parda
Etnia:
Estado Civil: Outro
Religião: CATÓLICA
Documento(s): Identidade: 2092184
CNS: 70.0503.525.5667-51
Endereço: RUA LUIZ GONZAGA
Nº: 009
Bairro: NOVO SAO GONCALO
Município: SAO GONCALO DO AMARANTE-RN
CEP: 59290-000
Fone: (84)98710-8770
Profissão:
Empresa:
Fone Empresa:
Responsável:
CPF do Responsável:
Fone Responsável:
Endereço Responsável:
Cônjuge:
Mãe: ILMA CASSIANO CAVALCANTE
Pai: FRANCISCO PEDRO DA SILVA

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora: 25/11/2017 14:37
Quarto/Leito: 004-0002
Aposento: ENFERMARIA
Clínica: MEDICA
Setor: CLINICA MEDICA
Convênio:
Matrícula:
Autorização:
Dias: 0
Guia:
Médico: JOSE LIRA DE HOLANDA
CRM: 1767
CID Principal: Z00.0 Exame médico geral
CID Complementar:
Observação:
Usuário: RANIERIKA KELLEN FERNANDES DE SOUZA LIMA
Procedimento SUS:
Sisprenatal:
Data Saída: 07.12.17
Hora: 16:30
Condição da Saída:
Usuário Saída:

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário.Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital.OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

PROTOCOLO RECEBIDO
22 JAN 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

SAO GONCALO DO AMARANTE, 28 de novembro de 2017.

Assinatura do paciente
Responsável pela impressão: RANIERIKA KELLEN FERNANDES DE SOUZA LIMA

Adriana Guilherme
Assinatura do responsável

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

v2017001

PROTOCOLO RECEBIDO
22 JAN 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE
2 - CNES: 4014235
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE
4 - CNES: 4014235

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: FERNANDO CASSIANO DA SILVA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 21720
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: 70.0503.525.5667-51
8 - DATA DE NASCIMENTO: 29/07/1981
9 - SEXO: Masc. X 1 Fem. 3
10 RAÇA/COR: 03 - Parda
10.1 ETNIA:
11 - NOME DA MÃE: ILMA CASSIANO CAVALCANTE
12 - TELEFONE DE CONTATO: (84)98710-8770
13 - NOME DO RESPONSÁVEL:
14 - TELEFONE DE CONTATO:
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): RUA LUIZ GONZAGA, 009, NOVO SAO GONCALO
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: SAO GONCALO DO AMARANTE
17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 2412005
18 - UF: RN
19 - CEP: 59290-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Z00.0 Exame médico geral
24 - CID 10 PRINCIPAL: Z000 N490
25 - CID 10 SECUNDÁRIO:
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 03030800-6

29 - CLINICA: MEDICA
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Urgência
31 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 01994573449
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: JOSE LIRA DE HOLANDA
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 28/11/2017
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
39 - CNPJ DA SEGURADORA
40 - Nº DO BILHETE
41 - SÉRIE
42 - CNPJ EMPRESA
43 - CNAE DA EMPRESA
44 - CBOR

45 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - COD. ORGÃO EMISSOR
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PACIENTE: Fernando Damiano da Silva MÉDICO: PRONTUÁRIO: 21720 DATA 06/12/17

CONVÊNIO: LEITO: 04/02 SETOR: C. médica

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO
04/02		
01. dieta livre		
02. ceftriaxona 1g + ABD IV 12/12 hs	~~18~~ 06.	
03. ciprofloxacino 500mg 1 comp VO 12/12 hs	~~18~~ 06.	
04. tenoxicam 40mg + ABD IV. 1X ao dia	22	
05. uratino 1X ao dia	M	
06 dipirona 2ml + ABD IV 6/6hs SN	SN	
07. Nitronidazol 500 1 EA IV 8/8 hs	~~18~~. 02/ ~~10~~	

Dra. Maria Miranda P. de Souza
MÉDICA PEDIATRA
CRM-RN 564

PROTOCOLO RECEBIDO
22 JAN 2018
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS

PACIENTE: LEITO: CONVÊNIO: DATA / /

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PACIENTE: Fernando Cassiano da Silva MÉDICO: PRONTUÁRIO: 21720 DATA: 05, 12, 17

CONVÊNIO: LEITO: 04LD2 SETOR: ped.

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO
[illegible]	S.N.D	
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	M	
[illegible]		
[illegible]		
[illegible]	SN	
[illegible]	[illegible]	
[illegible]	Demição	

José Lira de Holanda
Médico
CRM 1797-RN

PROTOCOLO RECEBIDO
22 JAN 2018
TERRA DO SOL ADM E PORTE TOR. DE SEGS

PACIENTE: LEITO: CONVÊNIO: DATA / /

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PACIENTE: [illegible] MÉDICO: [illegible] PRONTUÁRIO: 21720 DATA: 04/02/17

CONVÊNIO: [illegible] LEITO: [illegible] SETOR: CM

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO
1) [illegible]	S.N.D	
2) [illegible] 12/12	18 06	
3) [illegible] 6/6 6/6	22 10	
4) [illegible]	[illegible]	
5) [illegible] 1 + [illegible]	22	
6) [illegible] 1 + [illegible]	[illegible]	
7) [illegible] 6/6	S/N	
8) [illegible]	ATENÇÃO	
9) [illegible]	ATENÇÃO	
10) [illegible]	18 02 10	

Dr. José Lira de Holanda
Médico/Medicina Clínico
CRM 9767/RN - CPF: 019.945.334-49

PROTOCOLO RECEBIDO
22 JAN 2018
TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS

Dr. José Lira de Holanda
Médico
CRM 9767 - RN

PACIENTE: LEITO: CONVÊNIO: DATA / /

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PACIENTE: FERNANDO CASSIANO DA SILVA MÉDICO: PRONTUÁRIO: 21720 DATA 3 / 12 / 17

CONVÊNIO: SUS LEITO: 4 / 2 SETOR: CM

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO
1) Dieta livre	S.N.D	Paciente ~ HO
2) Rocefin 1g + 100ml SF 0,9% de 12/12h	18h 06h	p/ Erisipela c/
3) Cipro 500mg - 1cp de 12/12hs, VO	22h 10h	melhora significativa
4) Tenoxicam 40mg + diluente, EV 1x ao dia	22h	do quadro.
5) Cimetrio 1x ao dia.	14h	s/ febre
6) Dipirona 2g + 100ml SF EV de 06/06h	18h 24h 06h ~~(12h)~~	
7) SSVV + CCGG	ROTINA	

Dra. Idalia Radaeli
Pediatra
CRM-RN 8043

PACIENTE: LEITO: CONVÊNIO: DATA / /

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PACIENTE: [illegible] MÉDICO: [illegible] PRONTUÁRIO: 2720 DATA: 02, 12, 12

CONVÊNIO: SUS LEITO: 4-2 SETOR: CCG

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO
1) [illegible]	JND	
2) Cefotaxima 1g + am 7R 12/12h	[illegible]	[illegible]
3) Citoprotetor de gso 7/7 ev 12/12h	[illegible]	[illegible]
4) Comprimida morosa desde a cesta 4+dia	[illegible]	[illegible]
5) Tenoxicam 40 + am 7R 1+dia	[illegible]	[illegible]
6) Cetoprofeno 8+dia	[illegible]	[illegible]
7) Dipirona 2g + am 7R SN 6/6h	JN	[illegible]
8) Sol. Hidra	Rotina	Dr. José Luiz de Holanda Médico CRM 1787 - RN
9) [illegible]		

PACIENTE: LEITO: CONVÊNIO: DATA / /

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

SÃO CAMILO

PACIENTE: Fernanda Cristina da Silva MÉDICO: 4-2 PRONTUÁRIO: 21720 DATA: 05/12/17

CONVÊNIO: LEITO: SETOR:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO
[illegible]		
[illegible]	18 06	[illegible]
[illegible]	18 06	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible] (NUB).		[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	SN	
[illegible]		

Dr. José Luiz de Miranda Médico CRM 17857-RN

PACIENTE: LEITO: CONVÊNIO: DATA / /

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PACIENTE: FERNANDO CASSIANO MÉDICO: PRONTUÁRIO: 21720 DATA 30/11/17

CONVÊNIO: LEITO: 4/2 SETOR: CM

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO
	18 06	
	18 06	
	(14) 22 06	
	X X X	
	22 10	
	SN	
	ATENÇÃO	

PACIENTE: LEITO: CONVÊNIO: DATA / /

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PACIENTE: Fernanda Cassiano da Silva MÉDICO: _____ PRONTUÁRIO 21720 DATA 29/11/17

CONVÊNIO: _____ LEITO: 04/02 SETOR: C. média

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO
[illegible]	S.N.D	
[illegible]	18 06	[illegible]
[illegible]	18 06	[illegible]
[illegible]	22 06/14	[illegible]
[illegible]	M	
[illegible]	T N M	Dr. José Lira de Holanda Médico CRM 4767 - RN
[illegible]	22 18	
[illegible]	SN	
[illegible] Dr. José Lira de Holanda Médico CRM 4767 - RN		

PACIENTE: _____ LEITO: _____ CONVÊNIO: _____ DATA / /

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PACIENTE: Francisco Cassiano da Silva MÉDICO: _____ PRONTUÁRIO: 021720 DATA 28/12/12

CONVÊNIO: _____ LEITO: _____ SETOR: _____

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO
[illegible]		
[illegible]	18 06	
[illegible]	18 06	
[illegible]	22	
[illegible]	22	
[illegible]	22 SW 18	
[illegible]	SW	
[illegible]		

Dr João Lira de Holanda
Médico
CRM 1787 - RN

PACIENTE: _____ LEITO: _____ CONVÊNIO: _____ DATA ___/___/___

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

SÃO CAMILO

PRONT. 021720

NOME: Fernando [illegible] ENFERMARIA: 04 LEITO: 02

DATA / HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
28/11/17 Hora?	paciente admitido no setor proveniente do PSA, acompanhado de 02 acidente. apresenta varizes escoriações nos membros e mãos por acidente de moto. já veio com colar hidratado no MSD segue as orientações de enfermagem.	
28/11	10:00 Paciente estável, em o ambiente com varias escoriações em membros, sem queixas no horario segue aos cuidados da equipe de enfermagem.	
29/11/17 6:00	paciente higienizado, passou a noite com relato de dor no braço por lesões internas. Deambula sem ajuda, aceita alimentação, MMSS [illegible] o região das lesões, [illegible] dor, [illegible] e [illegible] [illegible] sem queixas no momento. Dem queixas durante [illegible].	
29.11.17 08:35	Paciente no 1º DIA em AA clinica consciente orientado no ambiente	

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

SÃO CAMILO

PRONT. _____

NOME: Fernanda Carvalho ENFERMARIA: LEITO:

DATA / HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
	cont.	
29/11/17	deambulando com dificuldade,	
	aferido SSV, AVP em MSD,	
	lá higienizado, apresentando	
	excoriações em mmss e mie	
	uso de diurese, eliminações	
	intestinais ausente, diurese	
	presente (SVD), tranquilo segue	
	aos cuidados.	Cleiton Silva dos Santos COREN-RN-513107-TE
08:35	dieta via oral, aceita pressurisa de	Cleiton Silva dos Santos COREN-RN-513107-TE
18:00H	ACEITOU DIETA V.O, MANTÉM	
	JELCO HIDRATADO, SEGUE AOS	1.088.566
	CUIDADOS DA EQUIPE	COREN KELIANE
29/11/17	Pac. segue em ttt clínico,	
21:50	consciente e orientado, o	
	ambiente, aceita dieta V.O.	
	Mantido jelco hidratado. Ap	
	sentando lesão em MIE, ma	
	ligado compressa morna. Dim	
	rese presente e espontâne.	
30/11/17	PACIENTE TEVE SONO PRESERVADO	
6h	MANTEM AVP SEGUE-SE INTERCORRENCIAS	
30/11/17	Paciente no 2º DIH consciente, orientado	
09:40	em O2 ambiente, AVP em MSD, aferido	
	SSVV higienizado, apresentando escore	
	ação em MMSS, MMII medicado	
	troca de curativo segue aos cuidados.	Gelson M. Bispo de Roma Téc. de Enfermagem Coren 001.008.770

Cristyne Maria S. do Nascimento COREN-RN-240075-ENF 29/11/17

Maria Arnaldo Lima da Costa COREN-RN-240075-ENF 30/11/17

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PRONT _____

NOME: FERNANDO CARNAUD ENFERMARIA: 4 LEITO: 2

DATA / HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
30.11.17 Hora? 18:00	Paciente aceitou dieta VO, administrado medicação VO e EV conforme Prescrição médica, segue os cuidados requeridos.	Maria Gerlândia Alves da Costa COREN-RN 200075-ENF Nível 30/11/17 COL 4098 Téc. Enfermagem
30/11/17 22:30	Paciente no 2º dia em ttt clínico consciente orientado 02 ambiente com lesões em MIE realizado curativo limpeza, demandando com dificuldade, aceitou dieta, verificado SSVV, administrado medicações de horário. Durante Presente, segue os cuidados da enf.	Gislayne Medeiros S. dos Nascimento COREN-RN 250306-ENF 01.12.17
01/12/17	Paciente sem queixas no momento, banho tranquilo, em a 02 cuidados da equipe da Plantão, aguardando visita Medica. A cuidadora acompanha	Ana L. Venceslau M. Alves Téc. de Enfermagem Coren: 1114-136
01.12.17 13:50	Paciente no 3º DIH consciente orientada em 02 ambiente. AVP em MSD, aceitando SSVV estáveis, aceitando bem a dieta VO, eliminações fisiologicas presente (sic), sua higiene pessoal realizada no banheiro, Trocado curativo, segue os cuidados	Gilberlândia Medeiros Téc. Enfermagem COREN/RN 007 162.413

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

SÃO CAMILO

PRONT. _____

NOME: ENFERMARIA: LEITO:

DATA / HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
18:00	Cuidados de enfermagem prestados conforme prescrição médica. Mantido oxigenoterapia. Mantido SSVV. Com bebê em alojamento conjunto. Mãe e bebê. Amamentando. Orientações.	Gustavo Silva Bezerra Enfermeiro COREN/RN 494061
12:20	Acompanhado consultório de Enfermagem. Mãe e bebê. Sem queixas.	
01/12/17 18:00	Pac. segue com PPE clínico. Sem queixas. Mantido oxigenoterapia. Mantido SSVV. Mãe e bebê. Amamentando. Orientações.	Gilberlândia Medeiros Téc. Enfermagem COREN/RN 001 162413
12:40	Pac. segue com PPE clínico. Sem queixas. Mantido oxigenoterapia. Mantido SSVV. Mãe e bebê. Amamentando. Orientações.	Maria Alexandre Silva Téc. de enfermagem COREN 741739
06:00	Pacente Blue sem Prematuro em AME.	
12:40	Acompanhado consultório de enfermagem mãe e bebê em AME.	
06:00	Pacente Blue sem Prematuro mãe e bebê. Mantido O2 em 4 litros CPM sem sinais de desconforto.	Rosângela Vasconcelos Téc. de Enfermagem COREN/RN 638-[illegible]
03:13:17	Paciente no 4.01 em PPE clínico. Mantido oxigenoterapia. Mantido SSVV. Mãe e bebê. Amamentando. Orientações.	
09:00	Paciente, orientada, lúcida, ambiente, deambulando com dificuldade, queixa de dor abdominal, medicado conforme prescrição médica, mantido oxigenoterapia em 4 litros, mantido SSVV, mãe e bebê, amamentando, orientações de cuidados para mãe, já higienizada, sudorese em grandes quantidades, eliminações intestinais, mantido, aceitando bem a alimentação, mantido cuidados.	Guilherme da Costa Enfermeiro COREN-RN-2001-ENF 21/12/17
18:00	Administrado medicação conforme prescrição médica, mantido oxigenoterapia, mantido cuidados.	Guilherme Silva dos Santos COREN-RN-513101-TE
	Segue dos cuidados da puérpera.	Téc. Luiza

SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PRONT. _____

NOME: Fernando Cassiano da Silva ENFERMARIA: 4 LEITO: 2

DATA / HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
02/12/17 21hrs	Paciente consciente, orientado, deambulando, em BE ambiente, em T.T. clínico, aferido SSVV dentro dos padrões normais, apresentando escoriações no MMII e MMSS, realizado compressas de Romanio, segue em repouso no leito aos cuidados da equipe.	Rafaelle Santana M. de Meio Téc. Enfermagem COREN-RN 288259 Rafaelle
03/12/17 06:10	Paciente consciente, sono tranquilo sem queixas no momento, administrado medicações prescrita, realizado compressa, pendente A.V. que repousado no HSD com gelo nº 22, segue aos cuidados da enfermagem.	Rafaelle Santana M. de Meio Téc. Enfermagem COREN-RN 288259 Rafaelle
3/12/17 12:00H	PAC. NO 5º DIH, EM T.T. CLÍNICO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, DEAMBULA COM AUXILIO, MANTÉM JELCO HIDRATADO, DIETA V.O, COM BOA ACEITAÇÃO, AFERIDO SSVV, ESTÁVEIS, RENOVADO CURATIVO EM MIE COM PRESENÇA DE FIBRINA E TECIDO DE GRANULAÇÃO, FOI USADO SF 0,9%, CLOREXIDINA DEGERMANTE E ACE, ELIMINAÇÕES VESICO INTESTINAIS NORMAL, SEGUE AOS CUIDA	Rosana COREN 03/12/17

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PRONT. _____

NOME: FERNANDO CASSIANO ENFERMARIA 04 LEITO: 02

DATA / HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA 1.088.566 COREN KELIANE
—	DOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM —	
17:30	Pacd. aceitou dieta oferecida	
	segue no leito sem intercorrên-	
	cia. ——— x ———	Jeane
03.12.17	Paciente consciente, orientado	
21:40	em. or. ansiosa, aceita dieta	
	mantendo AVP, bem apresenta	
	hemomas + sicatrizes em ferido,	
	SSVV, administrado medica-	
	ções de horario. C.P.M, eli-	
	minações presente, afebril sem	
	queixas, em repouso no leito,	
	aos cuidados da equipe. ———	
04/12/17	Paciente sem queixas durante	
06:00	horario, sono tranquilo, segue	
	em repouso no leito aguar-	
	dando visita medica e dos	
	cuidados da equipe de Plantão	
04/12/17	Paciente na 6.DIH em HT clinica	
09:10	consciente, orientada, ansiosa,	
	deambulando, higienizada no	
	banheiro com banho de aspersão	
	troca de roupa e lençóis, dieta	
	via oral bem aceitada, segue em	
	mod. enfermada curativo de cri-	
	mento em coxa esquerda,	

Jaciara Matos da Costa COREN-RN 204075-ENF 04/12/17

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PRONT. _____

NOME: Fernanda Damiano ENFERMARIA: 4 LEITO: 2

DATA / HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
	com	
04.12.17	com ferida de herida de gra-	
	nulação, pontos com fibrina,	
	pouca secreção purulenta, uso	
	de solução degermante + SFG 0,9%,	
	cobertura com dersam +	
	gazas + atadura, eliminação	
	intestinal ausente, dieta presente (SIC), seguir aos cuidados.	Enfermeira Silvia Maria da Costa COREN-RN 50007-ENF
18:00	Paciente recebeu AVP repunctionado com	
	jelco nº 22 com êxito, administrado	
	medicação de horário conforme	
	prescrição médica seguindo os princípios	601.958
	ucleitou oxita 10 U.x ———	Téc. Enfermagem
04.12.17	Paciente em ATT: lúcido, consciente	
	orientado 02 ambiente, aceita dieta	
	V.O oferecida, mantém AVP em MSE	
	com curativo fechado em joelho	
	"E", eliminações vesical e intestinal	Priscila Maria Carvalho Barbosa Téc. Enfermagem COREN-RN 062.768
	presente (SIC) ———	
6h	PACIENTE COM SONO. PRESERVADO	276032
	MANTEM AVP, SEGUE AOS CUIDADOS	Benedito
05/12/17	Paciente consciente, orientado, deambula,	
8h	acompanhado, mantendo, em DL ambiente,	
	deambulando, AVP II, utilizando, me-	
	dicações EV, higienizado por aspersão,	
	Apresenta lesão em joelho E	Ludymeiry Lima da C. Silva Coren-RN 288318-TE

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PRONT. _____

NOME: Fernando Cassiano ENFERMARIA: 412 LEITO:

DATA / HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
05/12/17 9:44h	Paciente, fez curativo em lesão do joelho e, queimado, apresenta tecido de fibrina e granulação, usado SF 5% e solução degermante, pós uso de girassol e roberto, aceitou dieta via, eliminações vesicais e intestinais mais presentes sem anormalidades	Lucymeiry Lima da C. Silva Coren-RN 288318-TE
10h	adm. medicações, conforme prescrição	Lucymeiry Lima da C. Silva Coren-RN 288318-TE
18h	Paciente, aceita dieta via, eliminações vesicais e intestinais presentes (SIC), foi medicado no horário, conforme prescrição, trocado lençóis de cama e recebeu visita [illegible] Deixou o leito [illegible]	Lucymeiry Lima da C. Silva Coren-RN 288318-TE
05/12/17 20:30h	Pac. consciente, orientado, no ambiente. Mantido jelco hidratado, aceita dieta, (mantido jelco hidratado). Aferido SSVV, adm. medicações de horário. Apresenta lesões em MMII. Diurese presente e espontânea	Gustavo Silva Bezerra Enfermeiro COREN/RN 494061
06/12/17 6Hs	Pac. com sono tranquilo, sem intercorrências no horário	
06-12-17 10:00	Paciente, consciente, orientado, deambulando, higiene pessoal realizada, aceita dieta oferecida, trocado roupa de cama,	

Enfermeira Leila Coren-RN 290776

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PRONT. _____

NOME: Fernando Corsiano ENFERMARIA: 4 LEITO: 2

DATA / HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
06.12.17	realizado curativo com lodo de gra-	
10:00	nulação, pouca fibrina e secreção pe-	
	rulinta, sem mais queixas até o mo-	
	mento, mantem AVP, segue aos cuida-	Yasmine
	dos da equipe.	
18:00	adm. méd. nas horárias dieta ac	
	tranquila, segue (com sonda) digo	
	sem queixas e dos cuidados	Cristina Cristina dos Santos COREN-RJ nº 511107-TE
06.12.17	PACIENTE SEGUE EM TTT CLÍNICO	
20h	CONSCIENTE ORIENTADO DEAMBU-	
	LA, SEGUE AS CUIDADOS	
	S/ INTERCORRÊNCIA, SEGUE AOS	Antonieta Ferreira Duarte Enfermeira COREN-RJ 250.188
	CUIDADOS	
OBS	ACEITOU DIETA MANTEM AVP	
	ELIMINAÇÕES VESICO INTESTINAIS	
	PRESENTE E ESPONTANEAS SEGUE S/	276078
	QUEIXAS	
07/12/17 5h	PACIENTE TEVE SONO PRESERVADO	
	MANTEM AVP SEGUE S/ INTERCORRENCIAS	
07/12/17	Paciente em TTT clínico consciente, orient	
10:00h	ado em o2 ambiente, deambulou, AVP MSE	
	aceitou dieta via oral, eliminou sem, administrado	
	medicação EV conforme prescrição médica	
	realizou sua higiene corporal, trocado lençol	
	do leito, pessoal, renovado curativo em MIE	
	(joelho) apresenta tecido granulação, tecido de	

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PRONT. _____

NOME: Fernando Casemiro ENFERMARIA: 4-2 LEITO:

DATA / HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
07.12.17	de fibrina, pouca secreção purulenta	
	usado SF 0,9%, clorexidina degermante 0,2%	
	AGE, gases, atadura. eliminações fisiológ	
	icas presente (sic) segue dos cuidados.	601.478 Técnica
16:30	Paciente após avaliação do clínico o mes	mo-
	recebeu alta hospitalar.	601.578 TEC. Enfa

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SÃOCAMILO
Hospital Maternidade
Belarmina Monte

www.saocamilosaogoncalo.org.br

PROTOCOLO
RECEBIDO
22 JAN 2018
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o sr. FERNANDO CASSIANO DA SILVA, sofreu acidente com motocicleta, no dia 20 de novembro do anos em curso com lesõa traumáticas e escoriações, ficando internado neste nosocômio no período de 28/11 a 07/12.

H.M BELARMINA MONTE

São Gonçalo do Amarante, 07 de Dezembro de 2017

Dr. José Lira de Holanda
Médico/Medicina Clinico
CRM 1767 /RN - CPF: 019.945.734-20

DR. JOSÉ LIRA DE HOLANDA

Hospital Maternidade Belarmina Monte
Rua Coronel Estevam Moura 237
Centro
59290-000 São Gonçalo do Amarante RN
Tel (55 84) 3278-2234

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

SINAIS VITAIS

PACIENTE: Fernando Cassiano da Silva

CONVENIO: _____ LEITO: 04-02

DATA	HORA	T°	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	RUBRICA
28/11	20hs	36,6°	119 x 71	87	20	Romany
29.11.17	08:00	35,1°C	120x80mmHg	99bpm	22mrpm	Cleiton Silva dos S COREN-RN 41211
29.11.17	21h	36°C	118 x 60mmHg	104bpm	21mrpm	[illegible]
30.11.17	08:00	36,2°C	131 x 69mmHg	92 bpm	20 mrpm	Gelson M. Bispo de Téc. de Enfermagem Coren 001.008
30/11/17	20:00	36,2°C	120X 60mmHg	75bpm	18	Ana L. Venceslau M. A Tec. de Enfermagem Coren. 1114-136
01.12.17	08:00	36.5°C	117 x 59 mmHg	80 bpm	19 mrpm	Gilberlânia
01/12/17	20hs	36,3°C	119 x 67mmHg	63bpm	18mrpm	[illegible]
02.12.17	08:00	36,4°C	120x70 mmHg	85bpm	20mrpm	Cleiton Silva dos San COREN-RN-513107
02/12/17	20hs	36,6°C	120 x 60	82 bpm	20 mrpm	Rafael
03-12-17	08:00	36,4°C	120x80 mmHg	83 BPM	21 MRPM	Joane
03.12.17	22:30	36,7°C	100x50mmHg	75BPM	16 MRPM	[illegible]
04.12.17	08:00	35,5°C	100x50mmHg	85bpm	20mrpm	Cleiton Silva dos San COREN-RN-513107
04.12.17	16:00	—	110x50mmHg	74bpm	20mrpm	[illegible]
04.12.17	19:20	35,5°C	140 x 80 mmHg	86 bpm	19 mrpm	Priscila
05.12.17	08 hrs	36°C	116x 69 mmHg	79 bpm	18 mrpm	Gilberlânia
05/12/17	20 Hs	36,6°C	124X 67mmHg	83bpm	19 mrpm	[illegible]
06.12.17	08 hrs	36,2°C	128 x 73 mmHg	98bpm	21 mrpm	Yasmin
06.12.17	20hs	36,7°C	113X 72mmHg	81 bpm	20mrpm	P/Ivan
07.12.17	08:00 h	36,1°C	120x70 mmHg	91 Bpm	20 MRPM	Tec. Reôso

PROTOCOLO RECEBIDO
22 JAN 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE
CNPJ: 60. 975.737./0065-16

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- [ ] MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
- [ ] DIÁRIA DE UTI
- [ ] DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
- [ ] VACINA ANTI RH
- [x] PERMANÊNCIA MAIOR
- [ ] USO DE PROTESE ORTESE
- [ ] USO DE FATORES COAGULAÇÃO
- [ ] USO DE OXIGENADORES
- [ ] NUTRIÇÃO PARENTERAL
- [ ] OUTROS

PACIENTE Fernando Cassiano da Silva N° AIH _____

PROCEDIMENTO ANTERIOR _____ PROCEDIMENTO SOLICITADO _____

MÉDICO SOLICITANTE _____ CRM _____ CPF _____

JUSTIFICATIVA:

Conforme características próprias da doença.

Dra. Maria Miranda P. de Sou...
MÉDICA - PEDIATRA
CRM-RN 364

DATA 25/11/2017

ASS: MÉDICO SOLICITANTE

AUDITOR:

PROTOCOLO RECEBIDO
22 JAN 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

DATA

ASSINATURA CPF

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PACIENTE: Fernando Camiano da Silva MÉDICO: PRONTUÁRIO 21720 DATA 29/11/17

CONVÊNIO: LEITO: 04/02 SETOR: C. média

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO
	S.N.D	
	18 06	
	18 06	
	22 06	
	22	
	SN	

Documentação médico – hospital

PACIENTE: LEITO: CONVÊNIO: DATA / /

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrj.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PACIENTE: Francisco Jessicaeos da Silva MÉDICO: PRONTUÁRIO: 021720 DATA 28/12/12

CONVÊNIO: LEITO: SETOR:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO
	18 06	
	18 06	
	22 18	
	SW	

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

SÃO CAMILO

PRONT. 021720

NOME: Fernanda [illegible] ENFERMARIA: 04 LEITO: 02

DATA / HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
28/11/14 Hora	paciente admitido no setor procedente do PSA encaminhado pelo 0º andar. apresenta varizes generalizadas nos membros e MMSS pré-eclampsia de 1º grau já usou 1 ciclo de [illegible] iniciado no HMD. Segue sob cuidados de enfermagem.	
28/11	20:00 paciente estável sem o ambiente em [illegible] em [illegible] no [illegible] cuidados da equipe de enfermagem.	
29/11/14	[illegible]	
29.11.14	Paciente [illegible] na [illegible] clínica	
08:35	consciente orientada no ambiente	

Vanessa [illegible] 29.11.14

PRONTUÁRIO RECEBIDO 13 MAR 2018 TERRA DO SOL [illegible] CORRETORA DE SEG.

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

SÃO CAMILO

PRONT. _____

NOME: Fernanda Carviano ENFERMARIA: LEITO:

DATA / HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
29/11/17	Deambulando com dificuldade	
	ainda SSVV em MSD	
	lúcida, orientada, apresentando	
	escoriações em membros e mic.	
	uso de fralda, eliminações	
	intestinais diurne	
	ausente. Curativo seguir	
	as cuidados.	Gislaine Soares Santos COREN-RN-513107-TE
08:35	dieta via oral, aceita escuria de	Gislaine Silva dos Santos COREN-RN-513107-TE
18:00H	ACEITOU DIETA V.O, MANTEM	
	JELCO HIDRATADO, SEGUE AOS	1.088.566
	CUIDADOS DA EQUIPE	COREN KELIANE
29/11/17	PAC. segue em ala clínica,	
21:50	consciente e orientado, o	
	ambiente aceita dieta V.O.	
	Mantido jelco hidratado. Apre	
	senta lesão em MIE, ma	
	ligado com gaze e micropore. Dia	
	rese presente.	
30/11/17	PACIENTE TEVE SONO PRESERVADO	
06h	MANTEM AVP SEGUE SI INTERCORRENCIAS	
30/11/17	Paciente no 2º DIH consciente, orientado	
09:46	em O2 ambiente, AVP em MSD, aberto	
	SSVV higienizado, apresentando escori	
	ações em membros, MMII realizado	
	troca de curativo segue aos cuidados.	Gislaine M. Bispo de Roma Téc. de Enfermagem Coren 001.008.770

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

SÃO CAMILO

PRONT. ASL-00273152-8

NOME: FERNANDO CARNAUD ENFERMARIA: LEITO:

DATA / HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
30.11.17	Paciente aceitou dieta VO, administ	
Hora?	medicação VO e EV conforme	
18:00	Prescrição médica, segue os sinais	
	vitais requeridos	Téc. Enfma
30/11/17	Paciente no 2º dia em tratamento	
22:30	consciente, orientado, ambiente	
	com leito em ordem, mantida	
	com grades, deambulando	
	com dificuldade, aceitou	
	dieta, verificado SSVV, administ	
	rado medicações de horário	
	devido. Presente, segue em	
	evolução pós-op.	
01/12/17	Paciente bem, sem queixas no mom	
15:00	ento, banhou-se, alimentou-se	
	bem, aceitou medicação	
	prescrita, segue sob vigilância	
	médica. A cuidadora acompanha	
01.12.17	Paciente no 3º DIH consciente	
	orientada em o ambiente	
13:50	AVP em MSD, azul, SSVV	
	estáveis, aceitando bem a dieta	
	VO, eliminações fisiológicas	
	presentes, mantida higiene pessoal	Gilberlândia Medeiros
	realizada pela acompanhante. Tranqui	Téc. Enfermagem
	lo, segue sob cuidados	COREN/RN 007.162.413

RECEBIDO 13 MAR 2018 TERMO DE JUNTADA E CORREIÇÃO DE ERRO

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PRONT. _____

NOME: ENFERMARIA LEITO:

DATA / HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA /
	Sangue ainda ruim. Usando SSVD. Pediu para ligar para o marido. Orientada quanto a dieta. Bom medicação de horário. Usando SSVD. Bom banho em MLE. Mama pneumática. Boa aceitação. Puerpério imediato. Boa aceitação de leite materno. Bom banho

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

SÃO CAMILO

PRONT. _____

NOME: Fernando Cassiano da Silva ENFERMARIA: 4 LEITO: 2

DATA / HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
02/12/17	Paciente consciente, orientado, deambulando sem ajuda de ambiente, em T.T. clínico aferido SSVV dentro dos padrões normais, apresentando excreções no HHIE e HHSS, realizando compressas de soro fisiológico, segue em uso no leito aos cuidados da equipe.	Rafaelle Santana M. de Melo Téc. Enfermagem COREN-RJ 288259 Razolle
03/12/17 06:00	Paciente consciente, sono tranquilo, queixa-se de dor em membro inferior direito, mantém medicações prescritas, mantendo compressas de S.F. 0,9% em membro inferior D. com gelo nº 22, segue aos cuidados da enfermagem.	Rafaelle Santana M. de Melo Téc. Enfermagem COREN-RJ 288259 Razolle
3/12/17 12:00H	PAC. NOIS. DIH, EM T.T. CLÍNICO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, DEAMBULA COM AUXILIO, MANTEM HECOHIDRATADO, DIETA V.O. COM BOA ACEITAÇÃO, AFERIDO SSVV, ESTAVEIS, RENOVADO CURATIVO EM MIE COM PRESENÇA DE FIBRINA E TECIDO DE GRANULAÇÃO, FORMUSADO SF, CLOREXIDINA DEGERMANTE E AGE. ELIMINAÇÕES VESICO INTESTINAIS NORMAL, SEGUE AOS CUIDA	

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

SÃO CAMILO

PRONT. _____

NOME: FERNANDO CASSIANO ENFERMARIA: LEITO:

DATA / HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
	DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	COREN KEUANE
17:30	Pacd. aceitou dieta oferecida	
	segue no leito sem intercorrên-	
	cia	
03.12.17	Paciente consciente orientado	
21:40	em ok ansiedade aceita dieta	
	mantendo AVP/ SF 0,9% a prescrita	
	medicamentosa + sintomático,	
	SSVV/ administrado medicamentos	
	conforme horário. C.P.N.	
	mínimos presente. Ao deitar	
	queixou-se de repouso. No leito	
	aos cuidados da equipe de plantão	
04.12.17	Paciente na 6.ª DIP em ótima clínica	
09:10	consciente, orientada, ansiosa,	
	deambulando, higienizada no	
	banheiro por banho de aspersão	
	trocou de roupa e lençóis da	
	cama devido sangramento SIM	
	mod. acompanhado curativo de sin-	
	mento em coxa esquerda	

Gustavo Silva Bezerra Enfermeiro COREN RN 499061

Joselmar Dos Santos Costa COREN-RN 204715-ENF

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

SÃO CAMILO

PRONT. _____

ASL-002

NOME: Fernanda Samiano ENFERMARIA: ASL-002 LEITO: 2

DATA / HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
04.12.17	Ferida de perda de gas	
	nular pontos com fibrina,	
	quia secreção purulenta, uso	
	de solução digermante 500 g,	
	cobertura com dinamic	
	gaze e ataduras. Orientação	
	intestinal, dieta pobre	
	fibra, segue dos cuidados.	
18:00	Paciente recebeu AVP repuncionado com	
	Jelcoº22 com êxito, administrado	
	imediatamente medicação prescrita	
	prescrição médica segue conforme	
	ulcerativa VO. x	
04.12.17	Paciente em ATT: clínico, consciente	
	orientado, colaborativo, aceita dieta	
	VO oferecida, mantem AVP em MSE	
	com cateter fechado em jelco	
	"E", eliminações vesical e intestinal	
	presente (SIC)	
6h	PACIENTE COM SONO PRESERVADO	
ASN	MANTEM AVP, SEGUE ASSISTIDA	
05/12/17	DIURESE PRESENTE, ORIENTADO, ALERTA	
7h	ECMO, MOVIMENTOS, EM DECÚBITO	
	DEPRAMULANDO, AVP, MEDICAMENTOS	
	DIETAS VO, HIGIENIZADO NA OPERAÇÃO,	
	APRESENTA LESÃO EM JOELHO	

Luciney Lima da C. Silva
Coren-RN 288318-TE

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

SÃO CAMILO

PRONT. _____

ASL-042

NOME: Fernanda Cassiano | ENFERMARIA: | LEITO:

DATA / HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
05/12/17 9:00h	Paciente, tive cirurgia em leito do gesso, queixado, apresenta tecido de fibrina e granulação, usado SF 0,9 evolução diagramada pós dia de grassol e coberto, aceita dieta via oral, elimina fezes, urina e gases. Mais presente sem anormalidades.	Lucymeiry Lima da C. Silva Coren-RN 288318-TE
10h	adm. medicações conforme P.M.	Lucymeiry Lima da C. Silva Coren-RN 288318-TE
4:00h	Paciente, aceita dieta via oral, eliminações vesicais e intestinais presentes. SSVV foi medicado no horário conforme P.M. Mantido lavado de mama e recebeu visita no leito. Pegou sono. Sem repouso	Lucymeiry Lima da C. Silva Coren-RN 288318-TE
05/12/17 20:30h	Pac. consciente, orientado, no ambiente. Mantido jeco hidratado, aceita dieta, mantido jeco hidratado. Atendido SSVV, adm. medicações de horário. Apresenta bom sono. Diurese presente e espontânea.	
06/12/17 7:00	Cls. Pac. com sono tranquilo. Sem intercorrências no horário.	
06-12-17 10:00	Paciente consciente orientado, deambulando higiene pessoal realizada, aceita dieta oferecida, trocado roupa de cama,	

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

PRONT. _____

NOME: Fernando Corziano ENFERMARIA: LEITO: 2

DATA HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
06.12.17	realizado curativo com kodo di-	
10:00	mulação-Bica fibrina e secreção pu-	
	rulenta, sem mais queixas até o mo-	
	mento, mantém-AVP-segue aos cuida-	
	dos da equipe.	
18:00	adm. medidas barreiras dieta ve-	
	tanquila, sigilo com acompanhante, higi-	
	ene auxiliar e dos cuidados	
06.12.17	PACIENTE SEGUE EM TTT CLÍNICO	
20:00	CONSCIENTE ORIENTADO DEAMBULANDO	
	SE ALIMENTA AS CUIDADOS	
	SI INTERCORRENTE SEGUE AOS	
	CUIDADOS	
OBS	ACEITOU DIETA MANTEM AVP	
	ELIMINAÇÕES VESICO INTESTINAIS	
	PRESENTE ESPONTÂNEAS SEGUE SEM	27607
	QUEIXAS	
07/12/17 5h	PACIENTE TEVE SONO PRESERVADO	
	MANTEM AVP SEGUE SI INTERCORRENTES	
07/12/17	Paciente em TTT clínico consciente, orient	
10:00h	ado em 02 ambiente, deambulando, AVP MSE	
	aceitou dieta via oral, sem administrado	
	medicação EV conforme prescrição, realiza	
	higiene corporal, trocado lençol	
	do leito pessoal, renovado curativo em MIE	
	(joelho) apresenta leve granulação, escasso de	

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

SÃO CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL MATERNIDADE BELARMINA MONTE

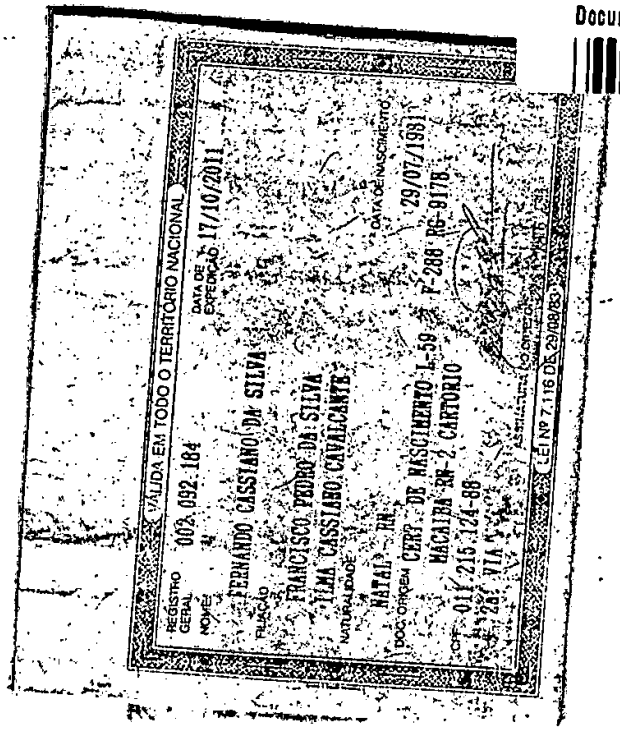
PRONT. _____

NOME: Fernando Casemiro ENFERMARIA: 42 LEITO:

DATA / HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
07.12.17	de fibrina. Pouca secreção purulenta	
	usado SF 0,9% + clorexidina degermante 0,2%	
	AGE, gases, abdome, eliminações fisiológicas	
	ícus presente. Orientou aos cuidados	Cor. 478
16:30	Paciente após liberação do clínico o mesmo	
	recebeu alta hospitalar	Cor. 478. TEC. Fernanda

VÍTIMA

Documentos de identificacao


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL 003.092.184
DATA DE EXPEDIÇÃO 17/10/2011
NOME FERNANDO CASSIANO DA SILVA
FILIAÇÃO FRANCISCO PEDRO DA SILVA
VILMA CASSIANO CAVALCANTE
DATA DE NASCIMENTO 29/07/1981
NATURALIDADE NATAL - RN
DOC. ORIGEM CERT. DE NASCIMENTO L-59 F-288 RG-9175
MACAIBA-RN-2 CARTORIO
CPF 011.215.124-88
ASSINATURA DO PORTADOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO
POLEGAR DIREITO
Fernanda Cassiana da Silva
ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE

PROTOCOLO RECEBIDO
22 JAN 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

FERNANDO CASSIANO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 2092184 SSP RN

CPF: 011.215.124-88 DATA NASCIMENTO: 29/07/1981

FILIAÇÃO: FRANCISCO PEDRO DA SILVA E ILMA CASSIANO CAVALCANTE

NACIONALIDADE: [redacted] NATURALIDADE: [redacted] CATEGORIA: AB

Nº REGISTRO: 04075058549 VALIDADE: 09/11/2019 DATA EMISSÃO: 03/02/2010

LOCAL: NATAL, RN DATA EMISSÃO: 20/02/2015

80503051725

RN702146387

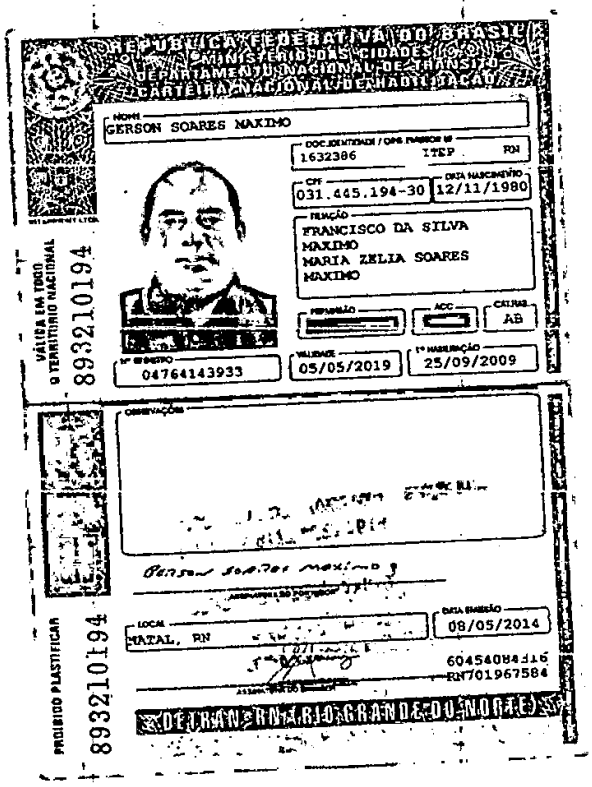
DETRAN-RN RIO GRANDE DO NORTE

PROTOCOLO RECEBIDO

22 JAN 2018

TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

Documentos de identificacao



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: GERSON SOARES MAXIMO
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 1632386 ITEP RN
CPF: 031.445.194-30
DATA NASCIMENTO: 12/11/1980
FILIAÇÃO: FRANCISCO DA SILVA MAXIMO
MARIA ZELIA SOARES MAXIMO
PERMISSÃO
ACC
CATEGORIA: AB
Nº REGISTRO: 04764143933
VALIDADE: 05/05/2019
1ª HABILITAÇÃO: 25/09/2009
OBSERVAÇÕES
LOCAL: NATAL, RN
DATA EMISSÃO: 08/05/2014
604540844 16
RN701967584
DETRAN-RN-RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
893210194
PROIBIDO PLASTIFICAR
893210194

PROTOCOLO RECEBIDO
22 JAN 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

DUT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN/RN

Nº 01243921863 6

DETRAN RN

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

RNTRC

NOME/ENDEREÇO

FERNANDO CASTELANO DA SILVA

R MARIA CLEMENTE

CASA CENTRO

MACAIBA RN

CPF/CNPJ

PLACA

NNK0650

NOME ANTERIOR

JOAO MARIA DA SILVA

PLACA ANT/UF

NNK0650/RN

CHASSI

9C2KC0850BR135664

COMBUSTIVEL

GASOLINA

ESPECIE/TIPO

PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVEL

ANO FAB

2008

ANO MOD

2008

MARCA/MODELO

HONDA/CG 150 TITAN ES

CAP/POT/CIL

150CV/149 CILINDRADAS

CATEGORIA

PARTICULAR

COR PREDOMINANTE

CINZA

OBSERVAÇÕES

MOTOR

KC08E08139614

DATA

23/02/2017

MACAIBA/RN

CONTRAN

DENATRAN

PROTOCOLO RECEBIDO
22 JAN 2018
TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS

Outros

A

SEGURADORA LIDER

Prezados Senhores:

PROCESSO DE SINISTRO DPVAT – INVALIDEZ – Venho comunicar através desta, que sofri um acidente de transito em consequência do acidente fiquei com sequelas, Solicito que seja marcada a pericia medica para confirmar minha sequela. Afirmo ainda para os devidos fins, que não possuo mais nenhuma documentação médica, além da acostada ao pleito administrativo em referência, pertinente ao acidente no qual fui vítima.

PROTOCOLO RECEBIDO
13 MAR 2013
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180047612 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: FERNANDO CASSIANO DA SILVA **Data do acidente:** 20/11/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Trauma em joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Não há como definir, predizer ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhando à Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180047612 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: FERNANDO CASSIANO DA SILVA **Data do acidente:** 20/11/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO COM FERIMENTO NA REGIÃO ANTERIOR PATELAR.

Descrição do exame médico pericial: FERIMENTO CICATRIZADO NA REGIÃO ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, SEM ATROFIA DE GRUPOS MUSCULARES ACOMETIDOS, DIFICULDADE PARA FICAR AGACHADO, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE FLEXÃO ACIMA DE 100 GRAUS.

Resultados terapêuticos: REALIZADO CURATIVOS SERIADOS TANTO NO JOELHO ESQUERDO QUANTO NO PÉ ESQUERDO , NÃO FEZ FISIOTERAPIAS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/04/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: URAI DE OLIVEIRA

CRM do médico: 4315

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R$ 337,50
		Total	**2,5 %**	**R$ 337,50**

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Médico revisor: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992

Procuracao

PROCURAÇÃO

ORTOGANTE

2º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Comarca de São Gonçalo do Amarante - Rio Grande do Norte
RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a(s) Assinatura(s) do(a) Outorgante(s):
FERNANDO CASSIANO DA SILVA
Registro: 0007 140 03395 CPF/MF: 011.215.124-88
São Gonçalo do Amarante/RN, 19 de dezembro de 2017
Sérgio Luis de Paiva | Brayna Carolina da Silva | Paulo Sérgio de Morais
Válido com selo de autenticidade. Emolumentos R$2,34(Lei nº 9.619/2012)
FIRMA-1 AIH-08225-9

NOME: FERNANDO CASSIANO DA SILVA
NACIONALIDADE: Brasileiro
PROFISSÃO: Operador de Frios
IDENTIDADE:002.092.184
ENDEREÇO: rua Luiz Gonzaga nº09,Bairro Centro, São Gonçalo Do Amarante RN/ cep *59.290.000* Fone(84)8859-5042.

ORTOGADO

NOME: Gerson Soares Máximo
NACIONALIDADE: brasileiro
PROFISSÃO: auxiliar de escritório
INDENTIDADE: 1632386
ENDEREÇO: Avenida das Tulipas nº 557, Cidade Das Rosas II, São Gonçalo do Amarante/RN, CEP 59.290-000. Fone (84) 98864-7778 / 99226-3105.

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

São Gonçalo do Amarante/RN, 19 / 12 / 17

LOCAL E DATA

PROTOCOLO RECEBIDO
22 JAN 2018
TERRA DO SOL ADM E CORRETORA DE SEGS

2º OFÍCIO DE NOTAS

Fernando Cassiano da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19061915401128100000043393992
Número do documento: 19061915401128100000043393992