



Número: **0811815-97.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **20ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LEANDRO SILVA DA ROCHA (AUTOR)	JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)
PORTO SEGURO S/A (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
41194 673	28/03/2019 09:26	01 PROCURAÇÃO	Procuração
41194 920	28/03/2019 09:26	02 BOLETIM POLICIAL	Documento de Comprovação
41194 934	28/03/2019 09:26	02.1 BOLETIM POLICIAL	Documento de Comprovação
41194 959	28/03/2019 09:26	03 DOCUMENTOS MÉDICOS	Documento de Comprovação
41194 991	28/03/2019 09:26	04 PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO	Documento de Comprovação
41195 000	28/03/2019 09:26	05 QUESITOS	Outros documentos
41195 007	28/03/2019 09:26	06 DOCUMENTOS PESSOAIS	Documento de Identificação
41195 022	28/03/2019 09:26	07 DECLARAÇÃO DE POBREZA	Documento de Comprovação
41195 027	28/03/2019 09:26	08 CONTRATO DE HONORÁRIOS	Documento de Comprovação

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: LEANDRO SILVA DA ROCHA, brasileiro, solteiro, aposentando, com RG sob o nº 002.298.186, com CPF sob o nº 067.500.474-83, residente e domiciliado Rua Bom Jesus nº 18, Laranjeira do Abdias, São José de Mipibu/RN, CEP: 56162-000

OUTORGADO:

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

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

Parnamirim/RN, 17 de Outubro de 2018.

Leandro Silva da Rocha
OUTORGANTE



1 - LOCAL E DATA

Local RUA TEN. AURELIO COM A N. MADRUGA Bairro PEREIRO
Cidade/UF RAPHAELA P. Ref. BANCO DO BRASIL
Data 27/08/2018 Hora do acidente 07:40 Hora do registro 09:15 Dia da semana SEGUNDA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- Colisão Frontal - Colisão Lateral - Capotamento - Atropelamento
 - Colisão Posterior - Colisão Transversal - Choque - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi MYC-543B Cidade BOM JESUS UF RN
Marca/Mod. NISSAN BRANINHOETE Cor BRATA Ano 2001/2001
Proprietário LUIS JOSE DA SILVA Nº de Ocupantes 01
Conductor LARISSA LANYA BARBOSA DA SILVA Data de Nasc. 08/06/1995
Endereço RUA BOLIVIA Nº 738 Fone 84 981-35 9967
Bairro ASSIMIL DO ADELA Cidade RAPHAELA UF RN
CPF Nº 107.076234-21 CNH Nº 06981547460 Validade 27/12/2018 Categoria D
Local de Trabalho RUA TEN. ROSARIO (CONSELHO TUTELAR) Fone 84-3684-8326
End. RUA TEN. ROSARIO Nº 206 Bairro S. DEIS Cidade RAPHAELA

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi MYV-9621 Cidade RAPHAELA UF RN
Marca/Mod. HONDA CG 125 BAN KS Cor BRATA Ano 2009/2009
Proprietário VIVIANESSA HELENO DE MELO Nº de Ocupantes 01
Conductor EDUARDO WALTER DE MELO Data de Nasc. 14/04/1992
Endereço RUA CUSTAVO DE OLIVEIRA Nº 512 Fone 84-98169-9998
Bairro MUNTE CASTELO Cidade RAPHAELA UF RN
CPF Nº 016 963264-43 CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

~~Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Conductor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____~~

6 - VEÍCULO 04:

~~Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ Nº de Ocupantes _____
Conductor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF Nº _____ CNH Nº _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____~~

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? TEM. AURELIO

Em que sentido? CENTRO A BIR-101

Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor ALEGA QUE, TRANSITAVA NO CRUZAMENTO DA RUA TEM. AURELIO COM A STA. NORBERTO MARQUES, MOMENTO EM QUE PERCEBEU V-2 A SUA PESETE, ALEGRE AINDA QUIS IR OU BADA EVITAR A COLISAO, POREM V-2 VINHA MUITO RAPIDO, OCASTIONADO A COLISAO NA FRENTE DE SEU VEICULO.

Assinatura do Condutor do V1

Barry B. da Silva

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? SGT NORBERTO MARQUES

Em que sentido? CENTRO A BOA ESPERANCA

Em que faixa? DIREITA

Versão do condutor NEGA QUE, TRANSITAVA NORMALMENTE, QUANDO NO CRUZAMENTO DA RUA TEM. AURELIO COM A STA. NORBERTO MARQUES, PERCEBEU QUE VE VINHA EM ALTA VELOCIDADE COLIDINDO NA LAZERAL DIREITA DO SEU VEICULO

Assinatura do Condutor do V2

FRANCISCO WALTER DE MELO

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

Assinatura do Condutor do V3

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava?

Em que sentido?

Em que faixa?

Versão do condutor

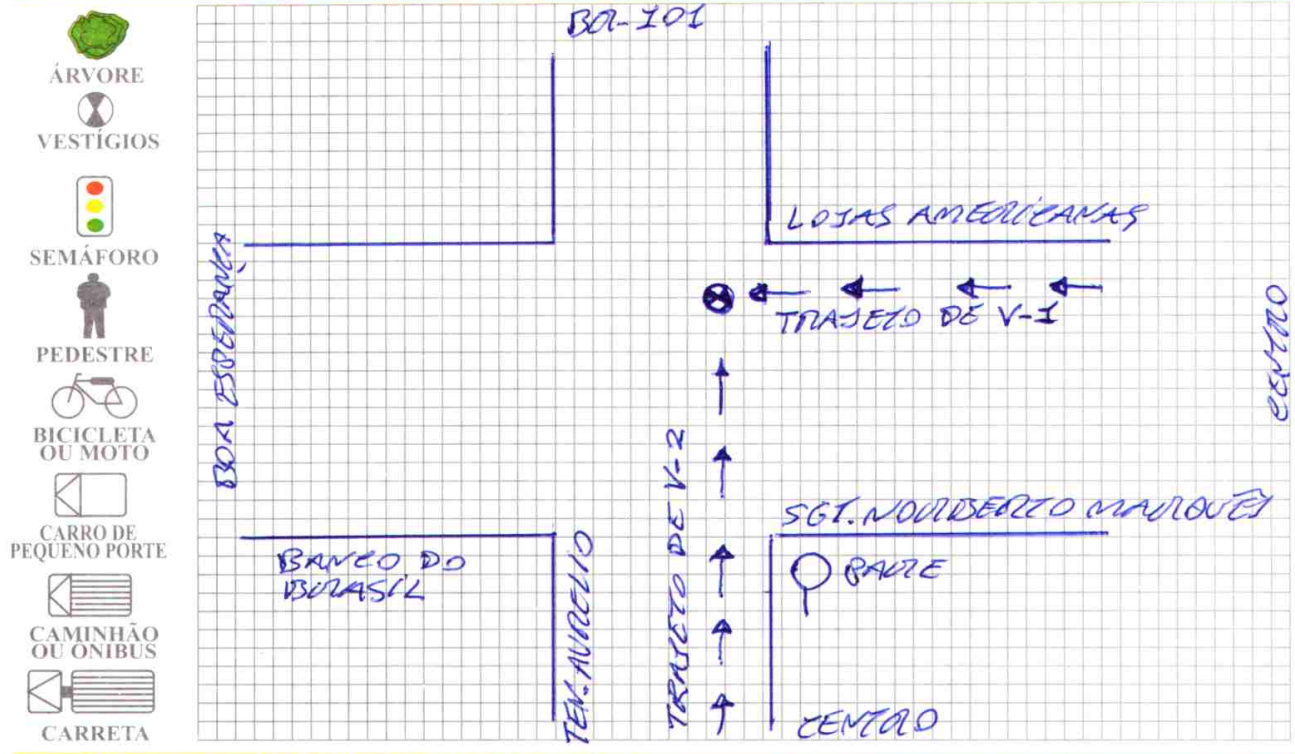
Assinatura do Condutor do V4

Autenticação Número do Boletim: 96770 Número da Ocorrência: 266153 Data Registro: 31/08/2018 Hora Registro: 10:03:44 Número/Controle: A07D220286367294

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecendo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecendo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Aclive Íngreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Neblina	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclive Suave	<input type="checkbox"/> Poças D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input type="checkbox"/> Linha _____
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente	_____	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlamecada	<input checked="" type="checkbox"/> Placa(s) <u>BAUDE</u>
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input checked="" type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. _____ KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	_____
			<input type="checkbox"/> Retorno	_____	_____
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	_____	_____
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	_____	_____
			_____	_____	_____

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

<p>AVARIAS DO VEÍCULO 1 <u>PARTE-CHOQUE, LAM. TEORIA (DIAM. 800), PISCA (BIANT. VER.)</u></p> 	<p>AVARIAS DO VEÍCULO 2 <u>PEDAL DA ATRACEM, PEDAL DE APOIO ESQUERDO, PEDAL VISOR ESQUERDO, PISCA ESQUERDO, MATA-CAPOTADO (PROTEÇÃO), PROTEÇÃO DO CANG DE ESQ, TANQUE LADO ESQUERDO.</u></p> 
<p>AVARIAS DO VEÍCULO 3</p> 	<p>AVARIAS DO VEÍCULO 4</p> 

11 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre Testemunha
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: HOSP. D. MARQUES Presenciou: Fato Registro

Nome EDUARDO FRANCISCO WALTER DE MELO
RG N° 002892983 Órgão Expedidor ITEB Data de Nascimento 24/10/1992
Endereço RUA GUSTAVO REBELOIA N° 512 Fone 98169-9232
Bairro MONTE CASTELO Cidade BAOINAMIRIM UF RN
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

12 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre Testemunha
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____ Presenciou: Fato Registro

~~Nome _____
RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____~~

~~Assinatura _____ Hora _____~~

13 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre Testemunha
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____ Presenciou: Fato Registro

~~Nome _____
RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____~~

~~Assinatura _____ Hora _____~~

14 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre Testemunha
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____ Presenciou: Fato Registro

~~Nome _____
RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento ____/____/____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____~~

~~Assinatura _____ Hora _____~~

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
Nome _____ RG N° _____ Órgão Exp. _____
Endereço _____ N° _____
Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS / FOTOS SIM NÃO AUTUAÇÃO SIM NÃO AIT N° 160835 Cód/DESD 501-00

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

IMBORNADO QUE, AO CHEGAR NO LOCAL CONSTATEI QUE OS VEICULOS
JA HAVIAM SIDO REMOVIDOS DO LOCAL DO ROLLO DE COLISAO, O
CONDUTOR EDUARDO FRANCISCO WALTER DE MELO ENFERMO NA
TEM. APRELIO SENTIDO ZENHO A DIA 10/08, APÓS COLISAO DO SO-
CORRIDO BELA SAMU, A SUA VEICULO FOI COLHIDA NO HOSPITAL
DEDELEZIO, ONDE FOI INQUIRIDO PELO MEDICO QUE O REFERIDO
CONDUTOR INTIA PASSAVI POR UMA CIRURGIA NO TORNOZELO. FATO
SEGUINTE APRESENTA CONDUTORA DE V-2 LADISSA CANAY BARBOSA
DA SILVA NA 32 DIA BAMA OS PROCEDIMENTOS CABIVIS.

Nome Completo do Agente Edenilson Melo da Silva
POSTO/GRAD.: EB/PM PM N° 27762 Viatura DUT-110 Subunid.: 3º GBOE
Local e Data BAOINAMIRIM, 27 de 08 de 2018. Edenilson Melo da Silva
Assinatura do Agente de Trânsito

Autenticação Número do Boletim: 96770 Número da Ocorrência: 266153 Data Registro: 31/08/2018 Hora Registro: 10:03:44 Número/Controle: A07D220286367294



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DE MIPIBU-RN
Rua Bela Vista, nº. 305, Centro, São José de Mipibu/RN, Fone (84) 3273-2209.

BO: 1571/2018

São José de Mipibu/RN, 21 de setembro de 2018

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Laranjeiras do Abdias, São José de Mipibu/RN

DATA E HORA DO FATO: 13 de agosto de 2018 por volta das 10:50h.

COMUNICANTE: Evandro Silva da Rocha tel. 8866-0551
ENDEREÇO: Rua Monteiro Lobado, 40, Bosque das Colinas, São José de Mipibu/RN
CPF. 009.771.164-09 NASCIMENTO: 29/12/1979

VÍTIMA: Leandro Silva da Rocha tel. 9423-6958
FILIAÇÃO: José Segundo Marcelino da Rocha e Francisca Silva da Rocha
ENDEREÇO: Rua Bom Jesus, 18, Laranjeiras do Abdias, São José de Mipibu/RN
NATURALIDADE: São José de Mipibu NASCIMENTO: 16/08/1984
PROFISSÃO: mototáxi CPF. 067.500.474-83 RG. 002.298.186-SSP/RN

HISTÓRICO: O comunicante relata que na data e horário acima citados a vítima seguia pilotando sua motocicleta de marca e modelo HONDA/ CG 150 FAN ESDI, placas: NOB-3243, ano de fabricação e modelo: 2013/2013, cor: vermelha, renavam: 00527917800; QUE em dado momento a vítima perdeu o controle da direção do referido veículo e caiu ao solo, tendo sido lesionado no joelho direito; QUE em ato contínuo a vítima foi socorrida para o hospital DIOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA em Parnamirim.

Comunicante

APC JOÃO CARLOS
Mat. 168.147-6



PREFEITURA MUNICIPAL
DE SÃO JOSÉ DE MIPIBU/RN

UPA24h

5013

MUNICÍPIO: S. J. M DATA DE ENTRADA: 22/07/2018 13-08-2018 HORA: 11:49
SEXO: M

IDENTIFICAÇÃO

NOME: *Leandro Silva da Rocha*
MAE: *Francisca Silva da Rocha*
CARTÃO DO SUS: *163 8998 9041 0009 1*
DATA NASCIMENTO: *16-08-1984* ESTADO CIVIL: *Solteiro* FONE: *36339064*
ENDEREÇO: *R. Bom Jesus* PROFISSÃO: *Mototaxi*
BAIRRO: *Carameiras do Abdias* CEP: *59162000* CIDADE: *S. J. M*
ACOMPANHANTE: *Francisca Silva da R.* IDADE: *59* RG: *950.751*

SINAIS VITAIS

PA	FC	FR	TEMP	SPO2	PESO	HGT	DOR		
							LEVE	MODERADA	INTENS A
<i>30x80</i>	<i>66</i>			<i>98</i>					

HISTÓRICO PATOLÓGICO

COMORBIDADES:

USO DE MEDICAÇÕES:

ALERGIA MEDICAMENTOSA: *Nega*

ESTADO GERAL

APARENTEMENTE BEM	REGULAR	GRAVE	Outros	Consciente	Politraumatizado	Dispneia Intensa	Orientado	Hemorragias	Convulsão	Sinais de agravamento
				<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			

QUEIXA PRINCIPAL (EVOLUÇÃO E EXAME FÍSICO)

*Paciente chegou aqui de moto e caiu
por uso de capacete, mesmo refere no peito
D. AMMI apresenta. Sinais graves no peito.*

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AZUL

VERDE

AMARELO

Aida Rosana Morais
ENFERMEIRO/COREN
COREN 270 965

CONFERIR ORIGINAL
bedelberto
20/08/2018

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL / EXAME CLÍNICO

*História de queda de moto com trauma em peito
peito D apresenta edema e deformação*

tel. 36339064

CPT. 107 500 41 11 00
SWS 16389989041 0009

Volit



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 49

NOME: Leandro Silva da Rocha

IDADE: 16.08.1984 COR: _____ SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro

NATURALIDADE: S. J. de Mipibu PROFISSÃO: Agricultor PROCEDÊNCIA: _____

ENDEREÇO: Sítio Laranjeira do Abdias BAIRRO: Zona Rural

CIDADE: São José de Mipibu DATA: 13.08.2018 HORA: 14:46

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM NÃO

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

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

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)
Paciente com história de queda de moto há cerca de 5 horas com uso de capacete, vindo a esta unidade trazido por ambulância do município sem imobilização adequada. Negs alergias ou comorbidades. Relato em anexo D.

EXAME FÍSICO
Ao exame:
A - Ausc áreas pulmonares, sem crepitações
B - Paciente hipotônico, MV+ em AHT
C - Tórax com corrente estável, plpe estável, dor tórax flácida e deprimível
D - consciente e orientado, ECG = RF
E - Apresentação adequada em cotovelo D

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURAS PLATA TIBIAL

CONFERE COM ORIGINAL
João Roberto
Ferreira



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA ORTOPEDIA				REGULAÇÃO	
ENFERMARIA Nº	LEITO			PRONTUÁRIO	161976
DATA	HORA	CATEGORIA	GIH		
13/08/2018	18:10				
PACIENTE				DATA DE NASCIMENTO	
LEANDRO SILVA DA ROCHA				16/08/1984	
ESTADO CIVIL				PROFISSAO	
SOLTEIRO					
ENDEREÇO (RUA, Nº)					
SITIO LARANJEIRAS DO ABDIAS					
MUNICIPIO	BAIRRO	UF	CEP		
SAO JOSE DE MIPIBU	ZR	RN			
LOCAL DE TRABALHO				TELEFONE	
FILIAÇÃO			JOSE SEGUNDO MARCELINO DA ROCHA		
FRANCISCA SILVA ROCHA					
RESPONSÁVEL				TELEFONE	
FRANCISCA (MAE)				36339064	
ENDEREÇO					
O MESMO					

DIAGNOSTICO PROVISORIO

FRACTURA PERÓTEA DA AL

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSAO

ALTA

OBITO

HISTORIA CLINICA

CONFERE COM ORIGINAL
Redell...
J.B.S.



PRESCRIÇÃO MÉDICA - TRAUMATOLOGIA

ORTOPEDIA I

LEITO 11

PACIENTE: LEANDRO XAVIER ROCHA

DATA: 26.08.18

1	DIETA LIVRE
2	SF 0,9% - 1000 ML ,EV/24H
3	DIPIRONA - 01 AMP +ABD ,EV, 6/6H
4	CEFALOTINA 1G - 01 FA +ABD ,EV, 6/6H (DI 22/08/18)
5	CLEXANE 40 MG - 01 AMP ,SC, 1X/DIA
6	PLASIL - 01 AMP +ABD ,EV, 8/8H S/N
7	SSW CCGG
8	
9	

Curva

Leandro Xavier Rocha

BRUNO GONCALVES
Ortopedia
CRM 5701

EVOLUÇÃO:

CONFERE ORIGINAL
João Roberto
20/09/18



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 LEANDRO SILVA DA ROCHA		6- NUMERO DO PRONTUÁRIO 161976	
7- CARTAO NACIONAL/SUS 1638998900410009	8- DATA DE NASCIMENTO 16/08/1984	9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR PARDA
11- NOME DA MAE FRANCISCA SILVA ROCHA		12- TELEFONE DE CONTATO 36339064	
13- NOME DO RESPONSÁVEL FRANCISCA (MAE)		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) SITIO LARANJEIRAS DO ABDIAS			
16- MUNICIPIO SAO JOSE DE MIPIBU	17- BAIRRO ZR	18- UF RN	19- CEP

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS
DOR NO JOELHO
ETERNAL + LIMITADA NOS MOV. DE FLEXÃO

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
O QUEM O CARIÓTIPO ECINHO

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)
Rx JOELHO

23- DIAGNOSTICO INICIAL FRAT. PUNTA TIBIAL	24- CID 10 PRINCIPAL	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	----------------------	--------------------	------------------------------

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
TRAT. QUIRURGICO

28- CODIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLINICA ORTO PARDIA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31- DOCUMENTO () CNS () CPF	32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE MARCELO M. BRANDÃO	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

Marconi M. Brandão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3642

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

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

Autorização

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



HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Leandro Silva da Rocha Idade: 34 D/N: 16/08/1984
Pront.: 101876 Município: S.S. Mipibu Procedência: () Interno () Externo
Data da cirurgia: 22/08/18 Hora Admissão: Bloco: Sala: Hora Saída: Peso:
Alergias: (X) Não () Sim Comorbidades: () HAS () DM () Outras: Nega
Uso de medicações: () Não (X) Sim Jejum: () Não (X) Sim
SSW Admissão: PA: mmHg Pulso: bpm FL: rpm FC: bpm SpO2: % T: °C

Enfermeiro(a): Lidiane Instrumentador(a): Ivoni Circulante: Carolina

Cirurgia: Trat. cirurg. prolapso labial Especialidade: Ortopedia Sala: 01
Hora Início: 08:45 Hora Término: 10:10 Tipo de cirurgia: (X) Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: Dr. Michel Aux.: Dr. Ricardo Residente:

Anestesia: () Local () Sedação () Geral TOT: () Bloqueio (X) Raquidiana Ag.nº 25 () Peridural () c/cateter () s/cateter
Ag.nº Cateter nº: Início: 08:20 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: 08:32 Término:
Anestesiologista: Dr. Leonardo

Table with 5 columns: NEUROMUSCULAR, PELE/HIGIENE, CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO, DISPOSITIVOS, MONITORIZAÇÃO. Contains checkboxes for various clinical observations and vital signs.

Table with 4 columns: SINAIS VITAIS, POSIÇÃO, COXIM, MMSS. Contains data for vital signs, patient position, limb status, and monitoring.

Table: ACESSO VENOSO. Includes fields for arterial, peripheral, and central venous puncture, venous dissection, and catheter details.

Table: PLACA DO BISTURI ELÉTRICO and DEGERMAÇÃO. Includes fields for electric cauterization status and solution details.

Table: SONDAGEM GÁSTRICA. Includes field for nasogastric tube (SNG) number and return status.

Table: IMPLANTE CIRÚRGICO. Includes fields for drains, dressings, catheters, and ostomies.

Table: CATETERISMO VESICAL. Includes fields for vesical catheter (SVF) and suprapubic catheter (SVA) numbers, diuresis, and responsible professional.

Table: ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO. Includes fields for surgical box contents, material quantity, and sterilization status.

Table: EXAMES SOLICITADOS. Includes checkboxes for hemogram, gasometry, coagulogram, other tests, blood typing, glycosimetry, and radiography.



Hospital

Nome do paciente

LEANDRO DA SILVA ROCHA

Nº prontuário

Data operação

Enf.

Leito

Operador

1º auxiliar

2º auxiliar

22/08/2018

3º auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Tipo de anestesia

Diagnóstico pré-operatório

DR. RICARDO EMANUEL

DR. MICHEL

Tipo de operação

Diagnóstico pós operatório

FRATURA DE PLANALTO TIBIAL DIREITO

Relatório imediato do patologista

Exame radiológico no ato

TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA DE PLANALTO TIBIAL

Acidente durante a operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + ESVAZIMENTO MID
3. CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO LATERAL DISSECÇÃO POR PLANOS
5. REDUÇÃO SUPERFICIE ARTICULAR (VISUALIZAÇÃO DIRETA) +
FIXAÇÃO COM PLACA EM L (LATERAL) E PLACA EM T (MEDIAL) E
PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSO.
6. LAVAGEM + SUTURA
7. CURATIVO
8. SOLTURA DO GARROTE
9. BOA PERFUSÃO DISTAL
10. SOB AUXILIO DE ESCOPIA
11. TALA EM EXTENSÃO

Dr. Michel Freire de Araújo
Ortopedista e Traumatologista
Ortopedia Oncológica
CRM 4423 - FEOT 10751

CONFERIR COM ORIGINAL
20/08/2018

set. 2 perfilio (D)		EXAMES COMPLEMENTARES	
Torçao		DIAGNÓSTICO	
valtiene 1 ago 14		DESCRÇÃO DO TRATAMENTO	
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM		ANOTAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL	
INTERNAMENTO LOCAL: SIM () NÃO ()		DATA: / /	
REMOÇÃO: SIM () NÃO ()		LOCAL: DATA: / /	
TRANSFERÊNCIA: SIM (X) NÃO ()		LOCAL: Decidido em	
TRANSPORTE		AVALIAÇÃO ESPECIALISTA: ORTOPEDIA	
SAMU		EXAME:	
FAMILIA		MÉDICO/CRM	
OUTRO		MÉDICO/CRM	
ALTA DO HOSPITAL		MÉDICO/CRM	
OBITO:		MÉDICO/CRM	
ENTREGUE A:		MÉDICO/CRM	
DATA: / /		DECLAÇÃO DE OBITO:	
HORA:		DATA: / /	
() FAMILIA		HORA:	
() FUNERARIA		MÉDICO/CRM	
() OUTROS		MÉDICO/CRM	

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria	Leito	Nº prontuário																																																						
Nome LEONARDO DA SILVA RACHA				Idade	Sexo	Cor																																																						
Data 22.08.18	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros																																																						
Tipo sanguíneo	Hematias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia																																																							
	Urina																																																											
Ap. respiratório					Asma	Bronquite																																																						
Ap. circulatório					Eletrocardiograma																																																							
Ap. digestivo			Dentes	Pescoço	Ap. urinário																																																							
Estado mental			Ataracicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores																																																						
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico	Risco																																																						
Anestésias anteriores																																																												
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito																																																							
Agentes Anestésicos	<table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">0</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>							0																																																				
	0																																																											
Líquidos	monitorizado com c.c. ox. pulso PNE																																																											
Oper	Anest.	O Resp.:	P Pulso	<table border="1" style="width: 100%; height: 200px;"> <tr><td>260</td><td></td></tr> <tr><td>250</td><td></td></tr> <tr><td>240</td><td></td></tr> <tr><td>230</td><td></td></tr> <tr><td>220</td><td></td></tr> <tr><td>210</td><td></td></tr> <tr><td>200</td><td></td></tr> <tr><td>190</td><td></td></tr> <tr><td>180</td><td></td></tr> <tr><td>170</td><td></td></tr> <tr><td>160</td><td></td></tr> <tr><td>150</td><td></td></tr> <tr><td>140</td><td></td></tr> <tr><td>130</td><td></td></tr> <tr><td>120</td><td></td></tr> <tr><td>110</td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td></tr> </table>				260		250		240		230		220		210		200		190		180		170		160		150		140		130		120		110		100		90		80		70		60		50		40		30		20		10		
260																																																												
250																																																												
240																																																												
230																																																												
220																																																												
210																																																												
200																																																												
190																																																												
180																																																												
170																																																												
160																																																												
150																																																												
140																																																												
130																																																												
120																																																												
110																																																												
100																																																												
90																																																												
80																																																												
70																																																												
60																																																												
50																																																												
40																																																												
30																																																												
20																																																												
10																																																												
SIMBOLOS																																																												
E																																																												
ANOTAÇÕES																																																												
POSIÇÃO																																																												
Agentes FENTANIL + DORSOMORFIO																																																												
Técnica Bupivacaína + morfina + cefazolina + dipirana + Bl. INTRATECAL																																																												
Operação tro cir. fr. do Placó tibial																																																												
Cirurgiões Dr. MICHEL + Dr. RACHA																																																												
Anestésistas Dr. LEONARDO SILVA																																																												
Observações																																																												
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias																																																												

Leonardo da Silva Racha
 Médico Anestesiologista
 CRM - RJ 4241



HOSPITAL REGIONAL DEOCLÉCIO MARQUES DE LUCENA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

() Hemoconcentrado _____ Unid. () Plasma _____ Unid. () Plaquetas _____ Unid.
() Albumina _____ Unid. () Expansor plasmático _____ Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS
Mide ficha de anestesia
____ h: _____ h: _____ h: _____ h:
____ h: _____ h: _____ h: _____ h:

HIDRATAÇÃO VENOSA
() Soro Fisiológico: _____ ml
() Soro Glicosado: _____ ml
(X) Soro Ringer Simples: 1 _____ ml
(X) Soro Ringer Lactato: 1 _____ ml
Quantidade total de volume administrado: _____

ANATOMO PATOLÓGICO
(X) Não () Sim Peça: _____
Swab para cultura: _____ Peça para sepultamento: () Não () Sim
Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES
FO de aspecto: (X) limpo () / exsudato () Contaminada () Aparelho gessado () Bandagens () Talas () Outros:
INTERCORRÊNCIAS: Medicamentos preparadas e administrados pelo anestesista. Terminos do procedimento sem intercorrências.

Ass: *Granulínia* Coren: *982220*

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: (X) Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel (X) O₂ ambiente Curativo. () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de colostomia () Outro: _____
Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrico Destino após a cirurgia: *URPA*

UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - CONDIÇÕES DO PACIENTE NA ADMISSÃO

Hora: *20:15* Data: *22/08/18* Nível de consciência: (X) acordado () Sonolento () Narcose (X) Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () cânula de Guedel () Cateter O₂ (X) O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não (X) Sim Tipo: *AVD* Local: *M3D* Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sucção () Torácico () Penrose () Kherr Ostomias: () Sim (X) Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno Insuficiente () Coágulos

Curativo: (X) Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG (X) Oxímetro () PA
Relate: _____
INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC

SINAIS VITAIS

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat.%	Dor
Admissão		<i>66</i>			<i>100</i>	<i>100</i>
30'		<i>61</i>			<i>99</i>	<i>100</i>
60'		<i>61</i>			<i>99</i>	<i>100</i>
Alta		<i>65</i>			<i>98</i>	<i>100</i>

Líquidos administrados na URPA:
Soro glicosado: _____ ml
Soro Fisiológico: _____ ml
Ringer: _____ ml
Irrigação vesical contínua: _____ ml

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura
	<i>Cloruro</i>	<i>2g</i>	<i>EV</i>	<i>Alme C</i>
	<i>Hebrel</i>	<i>1g</i>	<i>EV</i>	<i>Alme C</i>

Eliminações:

	Diurese	Retorno Gást.	Drenagem	Retorno da Irrigação
Recebido da SO				
Desprezado URPA				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS: *Paú. admitido na SRA. EOB mantem AP + curativo. Segue dos cuidados. Pós recuperação encaminhado para PL. Administradas medicações por ordem do anestesista.*

Ass: *Alme C* Coren: *166202*

SINISTRO 3180504029 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LEANDRO SILVA DA ROCHA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO ARUANA SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO LEANDRO SILVA DA ROCHA

CPF/CNPJ: 06750047483

Posição em 12-02-2019 12:57:57


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

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/11/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Quesitos

- 1- Quais as lesões sofridas pelo autor?
- 2- As lesões decorreram de acidente de veículo?
- 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente?
- 4- Totalmente ou em parte?
- 5 - Em que percentual?
- 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho?
- 7- A incapacidade é temporária ou permanente?
- 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral?
- 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta?
- 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão para a capacitação laborativa é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO TECNICO-CIENTIFICO DE PERICIA
 INSTITUTO DE IDENTIFICACAO-II



POLEGAR DIREITO



Leandro Silva da Rocha
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 002.298.166
 DATA DE EXPEDICAO: 04/04/2019

NOME: LEANDRO SILVA DA ROCHA
 FILIAÇÃO: JOSE SEGUNDO MARCELINO DA ROCHA
 FRANCISCA SILVA DA ROCHA

NATURALIDADE: SAO JOSE DE MIPIBU RN
 DATA DE NASCIMENTO: 16/08/1984

DOC. ORIGEM: CERT. DE NASCIMENTO L-4052 F-8 RP-13923
 SAO JOSE DE MIPIBU RN-2 CARTORIO

CPF: 067.500.474-83
 Assinado Eletronicamente em 16/08/2019
 ASSINATURA DO DIRETOR INSTITUCIONAL
 LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN 11243 // 00874 Nº **013971304604**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 00527917800 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME
LEANDRO SILVA DA ROCHA

OPF / CNPJ 067.500.474-83 PLACA NOH3243

PLACA ANT / UF NOH3243/RN CHASSI 9C2KC1680DR306439

ESPÉCIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE COMBUSTÍVEL ALCOOL-GASOLE

MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013

CAP / POT / CIL 0CV/149 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA R\$ 0.00 VENC. COTA ÚNICA 30/05/2018 VENG / COTAS 1ª PAGO

FAIXA I.P.V.A. 002863 3X PARCELAMENTO / COTAS R\$ 23.32 2ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (RS) *** TAXAS DETRAN: PAGO IOF (RS) PRÊMIO TOTAL (RS) DATA DE PAGAMENTO DEPART: PAGO

OBSERVAÇÕES
MOTOR: KC1680DR306439

SAC JOSÉ DE NEVES/RS
Siderley Bassara da Silva
Coordenador de Registro de Veículos
DETRAN - RN
EXPECION

DATA
30/05/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN Nº **013971304604** BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 30/05/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 067.500.474-83 PLACA NOH3243

RENAVAM 00527917800 MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB. 2013 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2KC1680DR306439

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (RS) DENATRAN (RS) CUSTO DO SEGURO (RS)

CUSTO DO BILHETE (RS) IOF (RS) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (RS)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
Ligações Gratuitas:
-TELEATENDIMENTO COSERN: 116
-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
-Ouvidoria 0800 084 0404
Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte
ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE LEANDRO SILVA DA ROCHA CPF: 067.500.474-83		DATA DE VENCIMENTO 04/10/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 90,86	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 26/09/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 26/09/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 012956428 Série: U	CONTA CONTRATO 007001475082 Nº DO CLIENTE 3010177351 Nº DA INSTALAÇÃO 0002106805
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA BOM JESUS 18 LARANJEIRA DO ABDIAS/AREA RURAL 59162-000 SAO JOSE DE MIPIBU RN		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br		RESERVADO AO FISCO 7C37.FFF4.DF34.D48B.E6F2.6949.975D.5F60		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	113,00	0,63827160	72,12
Acréscimo Bandeira VERMELHA			7,50
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,99
Multa por atraso-NF 010030134 - 26/07/18			1,40
Juros por atraso-NF 010030134 - 26/07/18			0,58
Atualização IGPM-NF 010030134 - 26/07/18			0,27
TOTAL DA FATURA			90,86

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
79,62	18,00	14,33	79,62	1,19	0,94
			79,62	5,48	4,36

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
RS	%	
79,62	100	

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.		
Vencido	Dt Reav	Valor
03/09/18	26/09/18	102,75

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,48081000		kWh
SET 18	113		
AGO 18	126		
JUL 18	100		
JUN 18	112		
MAI 18	125		
ABR 18	114		
MAR 18	114		
FEV 18	108		
JAN 18	118		
DEZ 17	100		
NOV 17	105		
OUT 17	95		
SET 17	88		

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000071003949	CAT	27/08/2018	7.919,00	26/09/2018	8.032,00	30	1,00000	0,00	113,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 26/10/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jul/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	SÃO J MIPIBU	0,00	11,45	22,90	45,80
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,59	15,19	30,39
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	6,29	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 16,60
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 26,80					
[Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.]					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague no ponto mais perto de você! ag correios brejo da madre de: avenida antonio alves pessoa, centro / mercadinho pai e filho: rua maria tereza nunes, 136 a - pov lga do mato, zona rural.Lista completa em www.cosern.com.br."
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 007001475082	MÊS/ANO 09/2018	TOTAL A PAGAR(R\$) 90,86	VENCIMENTO 04/10/2018	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
---------------------------------------	---------------------------	------------------------------------	---------------------------------	--

838300000004 908600384074 001475082204 013752086938



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

htt

LEANDRO SILVA DA ROCHA

AGÊNCIA: 4845

OPERAÇÃO: 013

CONTA: 18157-6

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **LEANDRO SILVA DA ROCHA**, brasileiro, solteiro, aposentando, com RG sob o nº 002.298.186, com CPF sob o nº 067.500.474-83, residente e domiciliado Rua Bom Jesus nº 18, Laranjeira do Abdias, São José de Mipibu/RN, CEP: 56162-000

Declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não tendo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu próprio sustento e o da minha família, consoante o que dispõe a Lei 1.050/1960, e por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Parnamirim/RN, 17 de outubro de 2018.

Leandro Silva da Rocha

Declarante

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

JOÃO FIGUEIREDO

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS DPVAT

I – OUTORGANTE: LEANDRO SILVA DA ROCHA, brasileiro, solteiro, aposentando, com RG sob o nº 002.298.186, com CPF sob o nº 067.500.474-83, residente e domiciliado Rua Bom Jesus nº 18, Laranjeira do Abdias, São José de Mipibu/RN, CEP: 56162-000

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

III - OBJETO DO CONTRATO:

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

IV - DAS ATIVIDADES e OBRIGAÇÕES DOS CONTRATADOS:

Cláusula 1ª. As atividades inclusas na prestação de serviços objeto deste instrumento são todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam: praticar quaisquer atos e medidas necessárias e inerentes à causa, em todas as repartições públicas da União, dos Estados e Municípios, bem como Órgãos a estes ligados direta ou indiretamente, seja por delegação, concessão ou outros meios, bem como de estabelecimentos particulares e, praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os específicos no Instrumento Procuratório, parte deste;

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

V - DA DESISTÊNCIA e OBRIGAÇÕES DOS CONTRATANTES:

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

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

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

VI - DOS HONORÁRIOS:

Cláusula 1ª. Ficam acordadas entre as partes que os honorários a título de prestação de serviços, em caso de procedência da causa ou acordo firmado no curso do processo, mesmo em caso de substabelecimento com ou sem reserva de poderes, serão pagos da seguinte forma: 20% (vinte por cento), sobre todos os valores recebido na seara administrativa e, 30% (trinta por cento) sobre todo valor devido na judicial ou acordo realizado entre as partes, se for o caso;

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

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

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

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

VII - DA COBRANÇA PELOS SERVIÇOS PRESTADOS:

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

VIII - DO FORO:

Cláusula 1ª. Para a solução de questões decorrentes deste Contrato, fica eleito o foro da Cidade de Pamamirim/RN.

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

Pamamirim/RN, 17 de outubro de 2018

Leandro Silva da Rocha
CONTRATANTE

JOÃO ROBERTO F. DAS NEVES
JOÃO ROBERTO F. DAS NEVES

Testemunha
Francisca Oliveira do N. Filha

Testemunha
Cláudio Ricardo A. de A.

CPF: 923.980.303-39

CPF: 107.483.774-68