



Número: **0810971-50.2019.8.20.5001**

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
VALDINEI RESENDE DOS REIS (AUTOR)	JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)
PORTO SEGURO S/A (RÉU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
40992 156	22/03/2019 15:53	<u>01 PROCURAÇÃO</u>
40992 166	22/03/2019 15:53	<u>02 BOLETIM POLICIAL</u>
40992 178	22/03/2019 15:53	<u>03 DOCUMENTOS MEDICOS</u>
40992 181	22/03/2019 15:53	<u>03.1 DOCUMENTOS MEDICOS</u>
40992 191	22/03/2019 15:53	<u>03.2 DOCUMENTOS MEDICOS</u>
40992 196	22/03/2019 15:53	<u>04 PREVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO</u>
40992 198	22/03/2019 15:53	<u>05 QUESITOS</u>
40992 208	22/03/2019 15:53	<u>06 DOCUMENTOS PESSOAIS</u>
40992 213	22/03/2019 15:53	<u>07 DECLARAÇÃO DE POBREZA</u>
40992 219	22/03/2019 15:53	<u>08 CONTRATO DE HONORÁRIOS</u>

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Valdinei Resende dos Reis

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG nº: 3.537.823

CPF nº: 36479227816

Endereço: RUA DO IRAQUE, 26

CEP 59.164-000

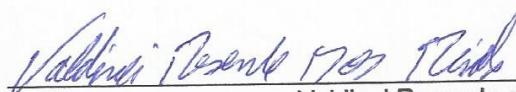
Cidade: NISIA FLORESTA / RN

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, 23 de Outubro de 2018.



Valdinei Resende dos Reis



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT

91001

1 - LOCAL E DATA

Local RN 063 Bairro MORRINHOS
Cidade/UF NÍSIA FLORESTA P. Ref. BAR DO IZODE
Data 14/05/17 Hora do acidente 16:30 Hora do registro 17:15 Dia da semana DOM

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi MYZ 7803 Cidade NÍSIA FLORESTA UF RN
Marca/Mod. HONDA CG 125 FAN Cor PRETA Ano 08 / 08
Proprietário VALDINEI RESENDE DOS REIS Nº de Ocupantes _____
Condutor O PROPRIETÁRIO Data de Nasc. 21/07/87
Endereço R. BELA VISTA Nº 26 Fone 88981629836
Bairro MORRINHOS Cidade NÍSIA FLORESTA UF RN
CPF Nº 36470873893 CNH Nº 06470873893 Validade 24/03/19 Categoria AB
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ Nº _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

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

Autenticação Número do Boletim: 91001 Número da Ocorrência: 196124 Data Registro: 19/05/2017 Hora Registro: 10:20:23 Número/Controle: H797567575

7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? RN 063

Em que sentido? CAMPO DE SANTANA-TOROROMBA Em que faixa? -- X ---

Versão do condutor ALEGOU QUE: VINHA DESCENDO A LADEIRA, AO ALIONAR O FREIO TRASEIRO, A MOTO RODOU, VINDO ASSIM PERDER O CONTROLE, TOMBOU SOBRE UMA RAMPA DE ACESSO A UMA RESIDÊNCIA.

Assinatura do Condutor do V1

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava?

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V2

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

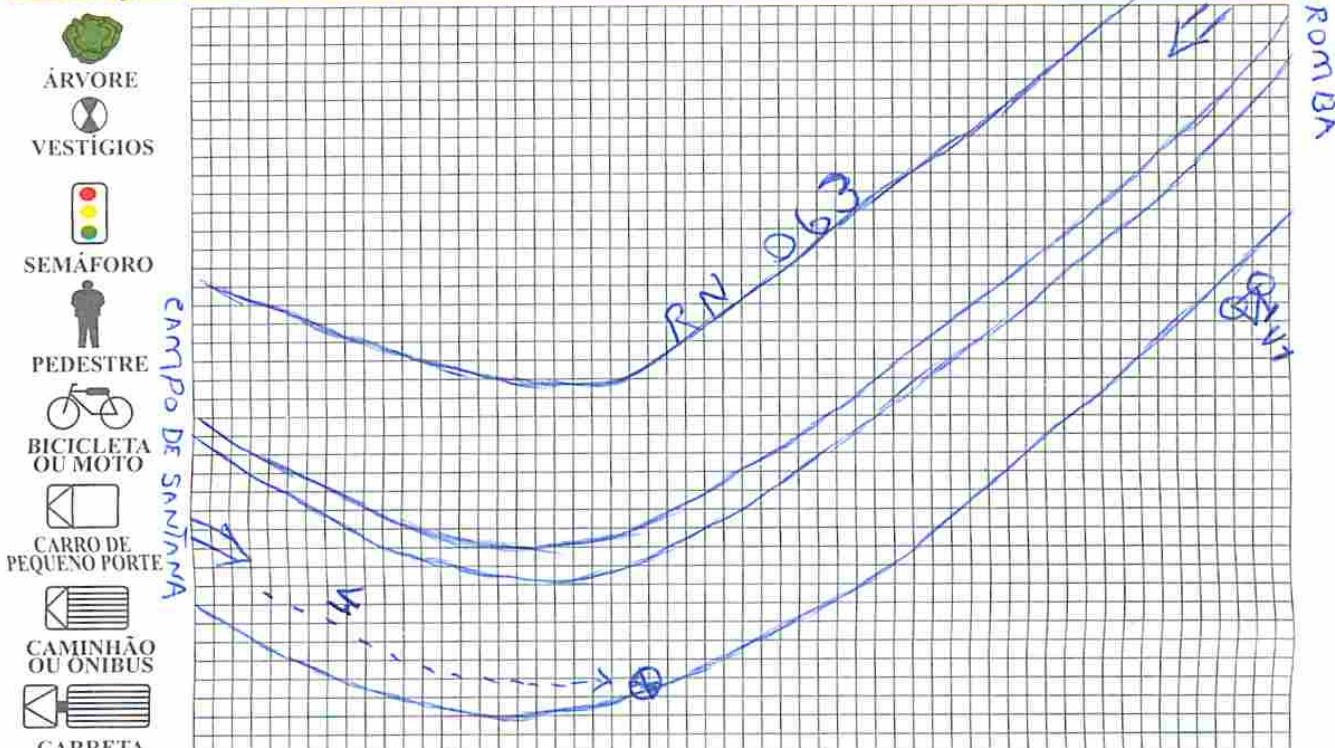
Autenticação Número do Boletim: 91001 Número da Ocorrência: 196124 Data Registro: 19/05/2017 Hora Registro: 10:20:23 Número/Controle: H797567578

91003

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./ Tempo	Tipo da Pista	Caract./ Pista	Cond./ Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecedo	<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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Declive Íngreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input checked="" type="checkbox"/> Linha <u>CONTINUA</u>
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enlameada	<input type="checkbox"/> Placa(s)
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input 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"/>
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

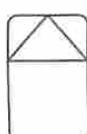
9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO



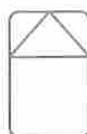
10 – AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

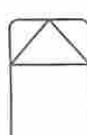
RALIZADA, GUIDÃO, OS RETROVISORES, OS AROS E/ PNEU E BANCHEIRA DE AR, OS PISCAS DO LADO ESQUERDO. BNANSA



AVARIAS DO VEÍCULO 2



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 4



Autenticacao Número do Boletim: 91001 Número da Ocorrência: 196124 Data Registro: 19/05/2017 Hora Registro: 10:20:23 Número/Controle: H79756757S

11 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: O HOSPITAL Presenciou: Testemunha
 Fato Registro

Nome VALDINEI RESENDE DOS REIS Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento 71/07/87
RG Nº _____ Endereço R. IZELA VISTA Nº 26 Fone _____
Bairro MORRINHOS Cidade CRISTINA FLORESTA UF RN
Versão _____

Assintura _____ Hora _____

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

Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / /
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assintura _____ Hora _____

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

Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / /
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assintura _____ Hora _____

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

Nome _____ RG Nº _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / /
Endereço _____ Nº _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
Versão _____

Assintura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa NNW 7552 Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
Nome _____ RG Nº _____ Órgão Exp. _____
Endereço _____ Nº _____
Bairro ST. JOSE Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS / FOTOS SIM NÃO AUTUAÇÃO SIM NÃO AIT Nº _____ CÓD/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

A VITIMA FOI CONDUZIDA PARA O HOSPITAL DIOCESSO MARQUES

Nome Completo do Agente MARCEL AUGUSTO DA SILVA

POSTO/GRAD.: SGT PM Nº 88554 Viatura DRE 103 Subunid.: 3º GPRE

Local e Data NYSM FLORESTA, 14 de MAIO de 2017 Assinatura do Agente de Trânsito Marcel Augusto da Silva

Autenticação Número do Boletim: 91001 Número da Ocorrência: 196124 Data Registro: 19/05/2017 Hora Registro: 10:20:23 Número/Côntrole: H797567575



RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLICIAMENTO RODOVIÁRIO ESTADUAL
1º DISTRITO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL
SETOR DE TRÁFEGO

Av. Capitão-Mor Gouveia, 924, Cidade da Esperança - Natal - Rio Grande do Norte
Fone:(84) 3232-1514 - E-mail: cpresetordetrafego@hotmail.com

Natal/RN, 19 de Maio de 2017.

BOAT nº: 91001

Data: 14/05/2017

Local: RN 063 - Morrinhos - Nisia Floresta/RN

Veículos envolvidos:

(V-1) HONDA/ CG 125 FAN - MYZ 7803

De acordo com o Código de Trânsito Brasileiro, o condutor de V-1 deixou de observar o que preceitua o artigo 28.

Alan Bruno Braz Santos Cap. QOPM
Mat. 194.148-8
CHEFE DO SETOR DE TRÁFEGO

Verificação de autenticidade na internet: <http://www.pm.rn.gov.br> na tela de consulta de boletim.

Autenticação Número do Boletim: 91001 Número da Ocorrência: 196124 Data Registro: 19/05/2017 Hora Registro: 10:20:23 Número Controle: H79756757S

*Somente possuem valor legal os pareceres que estejam assinados pelo chefe do setor ou auxiliar.

naufna

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

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 22024 /2017

Admissão: 14/05/2017 23:10:24

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 20364 - VALDINEI RESENDE DOS REIS (29 a 9 m 24 d)

Nascimento: 21/07/1987 Natural: ARUJA.BRASIL

CNS: 700007705884008

CPF: 36479227816

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: MARIA LUIZA BATISTA DOS REIS

Prof:

Endereço: RUA PRINCIPAL, 10

Pai:

CEP: 59164000

Bairro: MORRINHOS

Cidade: NISIA FLORESTA

Telefone: 84.981629836 84 981629836

Compl:

Motivo: MOTO X OBJETO FIXO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 14/05/2017 23:02:59

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

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM BACIA

Hora: _____

Vítima de queda de moto com ocorrência de
quadri. Rendizado pelo SAMU, encaminhado ao HDM.
Feita reposição com cristaloides -

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Peso: _____
- B Respira em AR ambiente: _____
- C Pulso firme: _____
- D Glasgow: 15
- E _____

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

DATA: 14/05/2017 23:02:59
Técnico: T. J. V. S.
Exame: T. J. V. S.
Médico: T. J. V. S.

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Gerado via SX por FRANCISCO BEZERRA DE MACEDO. Impresso em 14 de Maio de 2017

ANAMNÉSE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADILOGIA E IMAGEM)	LABORATÓRIO
OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
Assinatura e Carimbo do Responsável	
Assinatura e Carimbo do Responsável	
DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA:
SAÍDA:	DATA: / / HORA:
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:
ÓBITO:	DATA: / / HORA:
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
Médico (Carimbo)	
Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação	
DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: / / HORA:
SAÍDA:	DATA: / / HORA:
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:
ÓBITO:	DATA: / / HORA:
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

30-0

DIAGNÓSTICO (SECUNDÁRIO)

A (ALERGIAS) Nega

M (MEDICAÇÃO EM USO) Nega

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PREVIAS) Nega

L (LÍQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS) 16.00

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRABALHO) Existe

V (PASSADO VACINAL) desconhecido

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3001 TEOTONIROS

CONDUTA PRIMARIA (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Vítima de queda de moto

Estabilizado com reparo de
cratossíntese

Fratura de hérnia

Urticaria 75mg IM

Dopram 2:18 AD ET

Dr. João Igor de P. Carvalho
Médico
CRM 710861

TÉ de fôrma sem hemorragia nos

TODs. Abdução São suspeito livre,

Sin fissur da órbita paraglaucoide

do músculo latissimus

Fratura de hérnia

Alta CT

Gustavo L.B. Júnior
Gurgelão
CRM-RN 6606

Câmpio de Ressuscitação

Assinatura e Selo do Responsável

PROBLEMA/ENCAIXAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1 Introduzida

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

Dr. João Igor de P. Carvalho
Médico
CRM 710861



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO DR. CLOVIS SARINHO
SETOR DE ULTRASSONOGRAFIA

Nome: VAUDINEI RESENDE DOS REIS Data: 16/05/17

ULTRASSONOGRAFIA DA BOLSA TESTICULAR

- **Bolsa testicular** de paredes difusamente espessadas, provavelmente relacionado ao trauma, com pequena coleção na região inferior direita (provável hematoma), com volume estimado em 6,2 ml.
- **Testículos** tópicos, de dimensões normais, contornos regulares e ecotextura homogênea, com vascularização normal ao Doppler colorido.
- **Epidídimos** de dimensões normais, contornos regulares e ecotextura homogênea, com vascularização preservada ao Doppler colorido.



Dr. Zankennedy Jales de Queiroz
CRM 3104

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 2830 /2017

Prontuário: 1159725

Paciente: 20364 - VALDINEI RESENDE DOS REIS

Cartão SUS: 700007705884008

CPF: 36479227816

Dt Nasc: 21/07/1987

Idade: 29 anos 9 meses 25 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA LUIZA BATISTA DOS REIS

Nome do pai:

Rua/Av: RUA PRINCIPAL

Nº:10

Complemento:

Bairro: MORRINHOS

CEP: 59164000

Cidade: NISIA FLORESTA

Telefone: 84 981629836 84 981629836

Unidade: OBS II

Leito: 926

Especialidade: ORTOPEDICA

Responsável: VALDINEI RESENDE DOS REIS -

Usuário FRANCISCO BEZERRA DE MACEDO

Admissão: 15/05/2017 01:37:06 Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S32.4 - FRATURA DO ACETÁBULO

408040262 -

REL. ISADC
EM 21/06/17

DIAGNÓSTICO FINAL:

DR. MS

RESUMO DE ALTA

CONFIRA CRM ORIGINAL	ANOTE O NOME DO MEDICO	ASSINATURA DO MEDICO RESPONSÁVEL - CRM
----------------------	------------------------	--

NATAL, 15 de Maio de 2017.

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

RELATÓRIO DE
HISTÓRIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome:

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

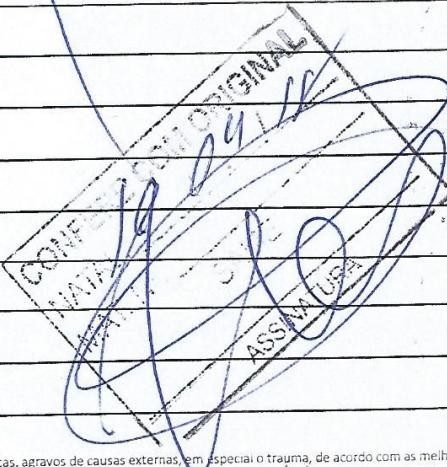
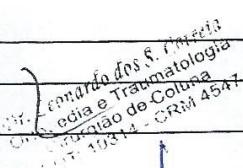
Data:

Hora:

AC. nro.

Lentes Anz. porcos
Huso dominante esq.

Intussuscepc.
20. 07. 1999
(Dr. H. S. M. V.)



Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Jedson de Souza Idade: _____ N° Reg: _____

Serviço: Ortopedia Enf: _____ Leito: _____

AO SERVICO Urologia - P.S

MOTIVO DA CONSULTA - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

Acidente com trânsito envolvendo
automóvel e moto
cursando hemorragia de colo de
uterus, aderências e conduto
uterino

Claudio José Poley Guzzo
CRM - 3047
Ortopedia - Traumatologia
Cláudio José Poley Guzzo
CRM - 3047
Ortopedia - Traumatologia

Natal 16 de Maio de 2017

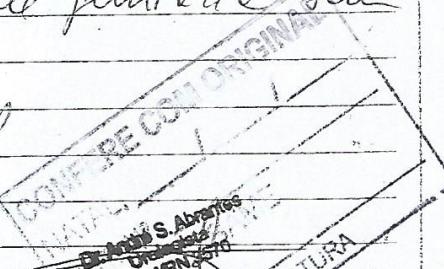
Médico que solicita o parecer

PARECER

Acidente de trânsito envolvendo 2 veículos
de baixo envolvimento com 7 litros de volume ereto

Assist: Edilene e Thamires fêmea de pentelhe sem
sintomas pélvicos

Cd: USG de belflo ereto
Reservatório após exame



ASSINATURA

Urologia
28/05/2017 Seu César Lestesmales,
conduto = desvascularizado
hemorragia parcial a fistula do
descondutor da cistopatia Bexx.
RJ

José Lucena C. Neves
Urologista
CRM 3958
RJ 076 034-92



LAUDO

PACIENTE Valdinei Brando dos Reis, FOI SUBMETIDO(A) A TRATAMENTO CIRURGICO DE frat sacro + les pélve, NO HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES NO DIA 01.06.17. DEVE MANTER ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL E FISIOTERAPICO.

AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS A CRITERIO MEDICO PERITO.

NO momento si caga -

CID.: 533.2

Dr. Pablo Ferreira Freire
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 10134 - TEC 15197

PARNAMIRIM, 18.06.17



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

4- CNES

HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA

3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE

6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO

VALDINEI RESENDE DOS REIS

147772

7- CARTÃO NACIONAL SUS

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

10- RACA/COR

700 0077 Q588 4008

21/07/1987

MASCULINO

PARDA

11- NOME DA MÃE

12- FONE DE CONTATO

MARIA LUIZA BATISTA DOS REIS

981629836

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- FONE DE CONTATO

MARIA DE FATIMA RESENDE

15- ENDEREÇO (RUA, Nº)

RUA PRINCIPAL, 10

17- BAIRRO

18- UF

19- CEP

NISIA FLORESTA

CENTRO

RN

59164000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

devo instável bairros.

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

proc cirurgia

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

23- DIAGNÓSTICO INICIAL

24- CID 10 PRINCIPAL

25- CID 10 SECUND

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

7- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- CLÍNICA

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- DOCUMENTO

32- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

CRM 57145

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

36- IAC TRÂNSITO

39- CNPJ DA SEGURADORA

40- N° DO BILHETE

41- SÉRIE

37- IAC TRABALHO TÍPICO

42- CNPJ DA EMPRESA

43- CNAE DA EMPRESA

44- CBOR

38- IAC TRABALHO TRAJETO

45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NAO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- COD. ÓRGÃO EMISOR

52- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

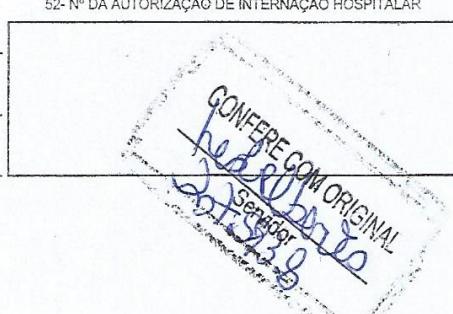
48- DOCUMENTO

49- N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES		
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE <i>Jaldinei neende dor neis</i>		6 - N° DO PRONTUÁRIO 147772		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO / /		9 - SEXO Masc. 1 Fem. 3
10 - RACA COR		11 - NOME DA MÃE		12 - FONE DE CONTATO N° DO FONE
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - FONE DE CONTATO N° DO FONE		
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 18 - UF 19 - CEP
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
25 - DIAGNÓSTICO INICIAL		26 - CID 10 PRINCIPAL	27 - CID 10 SECUNDÁRIO	28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS(AIS)				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>ref. an. de ferreiro das neves</i>		30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 04080403100		
31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input checked="" type="checkbox"/> <i>Nº 1174 RDML INVESTIGADO</i> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III <input type="checkbox"/>				
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 04080403100 34-QTDE.		
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37-QTDE.		
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 40-QTDE.		
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <i>GONFERE COM ORIGINAIS 27/5/2017</i>				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - DATA DA SOLICITAÇÃO 12/6/17		
44 - DOCUMENTO () CNS () CPF		45 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		46 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Enferm M. Danilo</i>
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - CONSELHOR/AUTORIZADOR CRM 942 49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO CRM 942		
50 - DOCUMENTO () CNS () CPF		51 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		52 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO	
		147772	
DATA	HORA	CATEGORIA	GIH
19/05/2017	18:03		
PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO		
VALDINEI RESENDE DOS REIS	21/07/1987		
ESTADO CIVIL	PROFISSAO		
SOLTEIRO			
ENDEREÇO (RUA, Nº)			
RUA PRINCIPAL, 10			
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF	CEP
NISIA FLORESTA	CENTRO	RN	59164000
LOCAL DE TRABALHO	TELEFONE		
FILIAÇÃO			
MARIA LUIZA BATISTA DOS REIS	VALDEMIR STANGER RESENDE		
RESPONSÁVEL	TELEFONE		
MARIA DE FATIMA RESENDE	981629836		
ENDEREÇO			
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO			

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

OBITO

18-06-2017

HISTÓRIA CLÍNICA

CONFIRME COMPROMISSO
HODAL
27/05/2018



PRESCRIÇÃO MÉDICA - TRAUMATOLOGIA

HEITO 01

PACIENTE: VALDINEI RESENDE DOS REIS

DATA: 18.06.17

1	DIETA LAXATIVA	
2	DIPIRONA 1G + 8 ML ABD, EV, 6/6H	06
3	SF 0,9% - 1000 ML ,EV / 24H	3
4	SG 0,5% - 500 ML ,EV, /24H	2°
5	TEICOPЛАMINA 400 MG +100 ML SF 0,9%,EV, 1X DIA	18
6	TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9%, EV, 12/12H	18
7	CEFTRIAXONA 1G - 01 FA + 100 MKL SF 0,9%,EV, 12/12H	18
8	PLASIL - 01 AMP + ABD ,EV, 12/12H S/N	06
9	CLEXANE 40 MG ,SC, 1X DIA	18.
10	CURATIVO	10.
11	SSVV CCGG	

EVOLUÇÃO MÉDICA

After you break your windows & successed
you'll have to pay for them.

10

Dr. Dyermeier, C. Angelo
Otolaryngologist
CRM 5305 - Test 4428

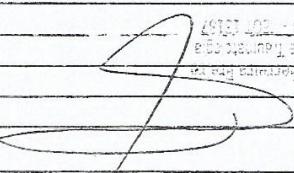
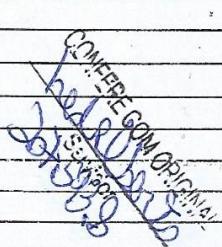
Dr. Dyermeier, C. Angelo
Otolaryngologist
CRM 5305 - Test 4428

~~CONFIDENTIAL~~

SOLICITO RADIOGRAFIA;
SOLICITO OUTROS EXAMES."

 <p>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walferdo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho</p>		<p>N / IC numero 926 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AIH</p>	
<p>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</p>			
<p>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO</p>			
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	12 - CNES 20780225		
ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES		
<p>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</p>			
ME DO PACIENTE	6 - Nº DO PROTOCOLO		
RTÃO NACIONAL / SUS 20077 05 08 4008	8 - DATA DE NASCIMENTO 21/07/1987	9 - SEXO 29	MASCULINO 1 FEMININO 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Monica Augusta Batista dos Reis		11 - TELEFONE DE CONTATO 981 62 9836	
ENDEREÇO (RUA, Nº) Rua Princípal - 10	14 - BAIRRO Mossoró	15 - UF RN	16 - CEP
MUNICÍPIO Nísia Floresta	17 - LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
<p>- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Fusos or 800x</p>			
<p>- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO TTF cincos</p>			
<p>19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Sono 07 + h</p>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fx 800x	21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO OSTOSES 27	26 - LEITO / CLÍNICA Onco	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO L26	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. Leonardo dos S. V. 15/05/17
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	29 - DT SOLICITAÇÃO 30 - CNS / CPF 31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		
<p>32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 33 - CNPJ DA SEGURADORA 34 - Nº DO BILHETE 35 - BONUS</p>			
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO 37 - CNPJ 38 - 39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO 40 - DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL			
41 - CID PRINCIPAL 42 - CID SECUNDÁRIO	43 - () GRAVE 44 - () GRAVISSIMA		
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO 47 - DT AUTORIZ.	<p>AUTORIZAÇÃO</p> <p>50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO</p> <p>51 - DT AUTORIZ. / /</p>		
48 - CNS / CPF 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	52 53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em caso de trauma de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde a luz dos valores éticos e humanitários.

Nome do paciente		Valdiva Rezende Reis	Nº prontuário
Data operação	12-06-17	Enf.	Leito
Operador	Dr. Maximino	1º auxiliar	Dr. Fábio Fávore
2º auxiliar		3º auxiliar	Instrumentador
Anestesista	Dr. Gilvan	Tipo de anestesia	
Diagnóstico pré-operatório			
Fratura do sacro bilateral			
Tipo de operação	Abd cirurgia lat do sacro		
Diagnóstico pós-operatório	<input checked="" type="checkbox"/> FRATURA MULTIPLES <input checked="" type="checkbox"/> SACRO LIGAMENTIZADO <input checked="" type="checkbox"/> CBO 225225 <input checked="" type="checkbox"/> CBO 225270		
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			
DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO			
3) DIAS CID S21.1			
Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras			
1) Fazente se divertículo dorsal, nos neurais. 2) Retirada parafuso caudado e m. m. sacroiliaca. 3) Visualizado núcleo de sacrum suspenso em fôrme em esp. ilionginal. 4) Músc. e divaga de mucosus e nervos sacrânicos. 5) Perdeu a possibilidade de inter. optado para fazer parafuso sacroiliaco (2) em n.º mundo. Fuso 6) Fissura sacrânicas de 36 a 0,31. 7) Sutura p. planas 8) Cirúrgico			
 			

Nome do paciente		Valdeci Pereira de Souza		Nº prontuario
Data operação	Enf.	Leito		
Operador	1º auxiliar			
2º auxiliar	3º auxiliar	Instrumentador		
Anestesista	Tipo de anestesia			
Diagnóstico pré-operatório				
Técnica operatória				
Diagnóstico pós-operatório				
Relatório imediato do patologista				
Exame radiológico no ato				
Acidente durante a operação				

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Cirurgia fo. removendo tumor c. ex. facilmente.
Intraoper - fornecido pelo enfermeiro no
momento a excesso de gás intestinal.

Alvoas p. nova reseva

Hannemann 2014/15

crustm.

~~010040165~~

7

5799

CONFIRME COM ORIG.
HDM
2015/02/20

SUS-700 0077 0588 4008 (4W6) at-



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM/RN

Via: - Mato Luiz 3156 dos Pra

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 40

OME: Valdinei Pescador dos Rio

IDADE: 21/07/1984 COR: FEM SEXO: FEST ESTADO CIVIL: Solteiro

ATURALIDADE: Arago SP PROFISSÃO: Meusgalo PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: Rua 25 de Maio 20 - 10 BAIRRO: Cach

IDADE: 21/05/2017 DATA: 19/05/2017 HORA: 17:10hs

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	COM DISPNEIA <input type="checkbox"/>	CHOCADO <input type="checkbox"/>	COMATOSO <input type="checkbox"/>
C/ HEMORRAGIA <input type="checkbox"/>	EM CONVULSÃO <input type="checkbox"/>	POLITRAUMATIZADO <input type="checkbox"/>	AGITADO <input type="checkbox"/>	OUTROS <input type="checkbox"/>

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 encaminhado a respeito de ferimento na face esquerda.

EXAME FÍSICO Arrependido de ferir o rosto.

CONFERIR COM ORIGINAL
SERVIÇO

CONFIRAR COM ORIGINAL
J. S. B. S.
SERVIÇO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

TRAT. BACIA

RE-AUTORIZADO
CORPO / PRAZO 03/06/2018



Hospital

Nome do paciente			Nº prontuário
Data operação	Enf.	Leito	
Operador		1º auxiliar	
2º auxiliar Gilvan de Carvalho Anestesiologista	3º auxiliar	Instrumentador	
Anestesista Anestesiologista CRM/RN 1904	Tipo de anestesia		
Diagnóstico pré-operatório			
Tipo de operação			
Diagnóstico pós-operatório			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

SINISTRO 3180385053 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA VALDINEI RESENDE DOS REIS
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO VALDINEI RESENDE DOS REIS
CPF/CNPJ: 36479227816

Posição em 18-10-2018 08:25:25

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique [Aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
19/10/2018	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

Quesitos

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



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 Gráfitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvíndia 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gráfita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gráfita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

CLAUDECE BEZERRA LINS
CPF: 094.466.834-83 NIS: 13796147274

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DO IRAQUE 26

MORRINHOS/AREA RURAL
59164-000 NISIA FLORESTA RN

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

DATA DE VENCIMENTO

02/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

36,56

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

24/04/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

24/04/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

005498165

Série: U

CONTA CONTRATO

007006645040

Nº DO CLIENTE

3010498616

Nº DA INSTALAÇÃO

0002178325

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS

Monofásico

RESERVADO AO FISCO

131F.6BD1.247E.9D92.C61E.CB35.B9BB.BF7E

DESCRIPÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18637508	5,59
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	68,00	0,31950016	21,72
Contribuição Iluminação Pública			3,17
ICMS-Parcela Subvencionada			4,68
Multa por atraso-NF 001141953 - 23/01/18			0,56
Juros por atraso-NF 001141953 - 23/01/18			0,61
Atualização IGPM-NF 001141953 - 23/01/18			0,23
TOTAL DA FATURA			36,56

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencido	Dt Reav	Valor
30/03/18	24/04/18	37,67
01/03/18	24/03/18	30,91

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh 0,14445933
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,24764458

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
ABR	18	98
MAR	18	109
FEV	18	97
JAN	18	89
DEZ	17	82
NOV	17	92
OUT	17	108
SET	17	88
AGO	17	91
JUL	17	91
JUN	17	72
MAI	17	82
ABR	17	106

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$	%
Geração de Energia	9,94 36,40
Transmissão	1,46 5,35
Distribuição (Cosern)	6,89 25,23
Encargos Setoriais	1,05 3,84
Tributos	6,12 22,41
TOTAL	27,31 100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIPÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM	META ANUAL
fev/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\$ 9,63					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de 22/04, tarifa com reajuste médio de 14,88% para Baixa Tensão e 17,47% para Alta Tensão-REH 2.386/18.
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.

Pago, em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês

Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 26,30 .

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	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007006645040	04/2018	36,56	02/05/2018	

838900000005 365600384075 006645040206 009683632730



Evite dobrar, perfurar ou rasgar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **Valdinei Resende dos Reis**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF sob o nº 36479227816, portador da cédula de identidade nº 3.537.823- SSP/RN, residente e domiciliado na RUA DO IRAQUE, 26, MORRINHOS-NISIA FLORESTA-RN, CEP 59.164-000.,

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, 23 de Outubro de 2018.



Valdinei Resende dos Reis

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, homônima ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

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

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

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

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

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

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

JOÃO FIGUEIREDO

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

I - CONTRATANTE: Valdinei Resende dos Reis, brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 3.537.823, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 36479227816, residente e domiciliado(a) a RUA DO IRAQUE, 26, MORRINHOS-NISIA FLORESTA-RN, CEP 59.164-000.

II - CONTRATADO: JOÃO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES, brasileiro, advogado, inscrito na OAB (RN) sob o nº. 11239 com cadastro no CPF sob o nº 413.039.704-49, com endereço profissional situado à Rua Dr. Sadi Mendes Lucena, nº 1022-A, Monte Castelo - Parnamirim/ RN, CEP 59.146.110, E-mail: jrfneves@outlook.com, 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 JUDICIAL, junto as Seguradoras reponsáveis pelo pagamento de seguro.

IV - DAS ATIVIDADES:

Cláusula 2ª. As atividades inclusas na prestação de serviços objeto deste instrumento são todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam: praticar quaisquer atos e medidas necessárias e inerentes à causa, em todas as repartições públicas da União, dos Estados e Municípios, bem como Órgãos a estes ligados direta ou indiretamente, seja por delegação, concessão ou outros meios, bem como de estabelecimentos particulares e, praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os específicos no Instrumento Procuratório, parte deste.

V - DA DESISTÊNCIA:

Cláusula 3ª. Fica acordado que, em caso de desistência, a parte CONTRATANTE pagará um salário mínimo a título de despesas, no ato da desistência.

Obs: em caso de falta/ou ausência não justificada por parte do CONTRATANTE aos atos judiciais ou administrativos, este fica ciente da multa do art. 334, § 8º do CPC.

VI - DOS HONORÁRIOS:

Cláusula 4ª. Ficam acordadas as partes que os honorários a título de prestação de serviços, serão pagos da seguinte forma: 30% (trinta por cento) na judicial ou acordo realizado entre as partes, se for o caso, tudo, nos exatos termos do art. 22, § 4º, da Lei 8.906/94 e, do provimento 128/15 do TJRN.

Cláusula 5ª. Fica estipulado o valor de até R\$ 150,00 (cento e cinquenta reias), decorrente das despesas administrativas, a cargo do CONTRATANTE, que será paga ao final do processo, com êxito.

§ 1º. Caso haja morte ou incapacidade civil do CONTRATADO, seus sucessores ou representantes legais receberam os honorários na proporção do trabalho realizado.

Cláusula 6ª. Os honorários de sucumbência pertencem ao CONTRATADO nos termos do art. 23 do EOAB, Lei 8.906/94, que poderão de imediato recebê-los em juízo, ou fora dele, ao final da ação, ou promover a competente execução em seu próprio nome, ou em nome do CONTRATANTE, nada tendo este a reclamar ou receber.

Cláusula 7ª. As partes estabelecerão que, havendo atraso no pagamento dos honorários, será cobrada multa de 10% (dez por cento), mais juros na proporção de 1% (um por cento) ao mês.

VII - DA COBRANÇA:

Cláusula 8ª. As partes acordam que facultará ao CONTRATADO, o direito de realizar a cobranças dos honorários por todos os meios admitidos em direito.

VIII - DO FORO:

Cláusula 9ª. Para a solução de questões decorrentes deste Contrato, fica eleito o foro da Cidade de Parnamirim/RN.

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

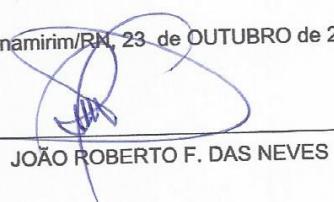
Parnamirim/RN, 23 de OUTUBRO de 2018


Valdinei Resende dos Reis

Testemunha

CPF: 557 658 909-20

Testemunha


JOÃO ROBERTO F. DAS NEVES

CPF: _____