

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS - 30%

CONTRATANTE: Kátia da Silva Soares Bezerra, brasileiro, estado civil Casada, profissão do lar, inscrito(a) no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda (CPF/MF) sob o nº 031.357.524-02, portador(a) do RG nº 002.332.538, residente e domiciliado(a) R. Deputado Gastão Mariz, 28, Planoalto 13 de Maio, Mossoró/RN, Telefones:

CONTRATADO: Nome: Leonardo Mike Silva Pereira, brasileiro(a) estado civil: Solteiro, Profissão: advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 10.615, com endereço profissional à rua Desembargador Dionísio Filgueira nº 419, bairro Centro, município: MOSSSORÓ, RN.

AS PARTES ACIMA IDENTIFICADAS TÊM, ENTRE SI, COMO JUSTO E CONTRATADO O PRESENTE CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS, QUE SE REGERÁ PELAS CLÁUSULAS SEGUINTESE E PELAS CONDIÇÕES DESCRIPTAS NO PRESENTE.

I - DO OBJETO DO CONTRATO E DA RESPONSABILIDADE

Cláusula 1º. O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços advocatícios, para a propositura de AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT.

a) A RESPONSABILIDADE SOBRE A VERACIDADE DOS DOCUMENTOS FORNECIDOS AO CONTRATADO PARA QUE ESTE REALIZE TODOS OS ATOS ATINENTES A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS, É INTEIRA E EXCLUSIVAMENTE DO(A) CONTRATANTE.

II - DAS ATIVIDADES

Cláusula 2º. As atividades inclusas na prestação de serviço objeto deste instrumento, são todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam:

- b) Praticar quaisquer atos e medidas necessários e inerentes à causa, em todas as repartições públicas da União, dos Estados ou dos Municípios, bem como órgãos a estes ligados direta ou indiretamente, seja por delegação, concessão ou outros meios, bem como de estabelecimentos particulares.
c) Praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os especificados no Instrumento Procuratório.

III - DAS DESPESAS

Cláusula 3º. As custas processuais e extrajudiciais que se fizerem necessárias ao ajuizamento da ação e ao recebimento do crédito, tais como custas do processo junto à Justiça Federal (1% - um por cento - do valor requerido) e/ou junto à Justiça Estadual (valor apurado conforme Tabela de Custas Judiciais); custas de reconhecimento de firma nos documentos necessários e autenticações quando estas se fizerem necessárias; custas de perícia contábil necessária ao cálculo do crédito; custas de oficial de justiça, etc., serão suportadas exclusivamente pelo(a) CONTRATANTE.

IV - DOS HONORÁRIOS

Cláusula 5º. O(A) CONTRATANTE, em caso de êxito na ação, obriga-se a pagar, a título de prestação de serviço, o valor correspondente ao percentual de **30% (trinta por cento)** sobre efetivo proveito econômico proveniente da Ação.

Cláusula 6º. Havendo acordo entre o(a) CONTRATANTE e a parte CONTRÁRIA, não prejudicará o recebimento dos honorários contratados e da sucumbência, devendo ser contabilizado em face do efetivo proveito econômico ou êxito financeiro do CONTRATANTE, conforme exemplo supra.



Cláusula 7º. Os honorários de sucumbência pertencem ao **CONTRATADO**.

Cláusula 8º. As partes estabelecem que havendo atraso no pagamento dos honorários, serão cobrados juros de mora na proporção de 1% (um por cento) ao mês.

V - DA COBRANÇA

Cláusula 9º. As partes acordam que facultará ao **CONTRATADO**, o direito de realizar a cobrança dos honorários por todos os meios admitidos em direito.

VI - DA RESCISÃO

Cláusula 10º. Agindo o(a) **CONTRATANTE** de forma dolosa ou culposa em face do **CONTRATADO**, restará facultado a este, rescindir o contrato, substabelecendo sem reserva de igualis e se exonerando de todas as obrigações.

Cláusula 11º. Fica estabelecido que em caso de **REVOGAÇÃO** infundada do instrumento procuratório, por parte do(a) **CONTRATANTE**, será devido ao **CONTRATADO** a título de honorários, por assessoria e consultoria jurídica, o mesmo percentual estipulado na cláusula 5º do presente contrato.

Cláusula 12º. Em caso de **DESISTÊNCIA** da ação, por parte do(a) **CONTRATANTE**, será devido ao **CONTRATADO** a título de honorários, por assessoria e consultoria jurídica, o percentual de 20% (dez por cento) do valor da ação.

Parágrafo Primeiro. O(A) **CONTRATANTE** deverá ainda, em caso de **DESISTÊNCIA**, resarcir todas as despesas que o **CONTRATADO** obteve talis como; custas processuais e despesas com análise financeira.

VII - DO FORO

Cláusula 13º. Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do **CONTRATO**, as partes elegem o foro da comarca de Mossoró/RN;

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor, juntamente com 2 (duas) testemunhas.

Mossoró/RN, ____ de _____ de 20____.

Katia da Silva Soares
CONTRATANTE
B. Pereira

CONTRATADO

TESTEMUNHAS:

- 1) _____
RG: _____
CPF: _____
2) _____
RG: _____
CPF: _____



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu Kátia da Silva Soárez Bezerra, brasileiro(a),
estado civil: Casada, Profissão: do lar, portador(a) do RG
002.332.538, orgão expedidor SSP/RN e do CPF: 031.357.524-02, residente
no(s) R. Deputado Gastão Mariz, nº 28,
bairro: Planalto 13 de Maio, município: Mossoró, RN
declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o
pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família,
por isso requeiro os benefícios da assistência judiciária gratuita, nos termos do art. 5º, LXXIV, da
Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

Mossoró/RN, 16/11/2019
Local e Data

Kátia da Silva Soárez Bezerra
Assinatura do Outorgante



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Kátia da Silva Soares Bezerra, brasileiro(a),
estado civil: Casada Profissão: do lar portador(a) do RG
002.332.538, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 031.357.524-02, residente
no(a) R. Deputado Gastão Mariz, nº 28,
bairro: Planalto 13 de Maio, município: Mossoró, RN.

OUTORGADO:

Nome: Leonardo Mike Silva Pereira, brasileiro(a)
estado civil: sóteiro Profissão: advogado, inscrito na OAB/RN sob o
número 10.615, com endereço profissional à rua
Desembargador Dionísio Filgueira, nº 419,
bairro Centro, município: Mossoró, RN.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado, para o fim especial de agir judicialmente e administrativamente, promovendo quaisquer medidas judiciais e administrativas necessárias a garantia dos direitos e interesses do(a) outorgante, propondo as ações que julgar convenientes, defende-lo(a) nas que porventura por ele lhe sejam propostas, para o que lhe confere os mais amplos e ilimitados poderes da cláusula "ad judicia et extra" para o fórum em geral, podendo ainda seu dito advogado transigir, confessar, desistir, fazer acordos, endossar cheques, retirar alvarás e oferecer todos os recursos em direito admitidos, em qualquer instância ou foro, receber e dar quitação, firmar compromisso, bem como substabelecer com ou sem reserva e ainda, requerer os benefícios da assistência judiciária gratuita nos termos da Lei 1.060/50 e 7.115/93. Deixando estipulado neste documento, contrato de risco com o Outorgante que, em caso de êxito, serão pagos a título de honorários advocatícios 30 % (trinta por cento) do valor recuperado. Em caso de pagamento de custas pelo Outorgado os valores serão descontados do êxito e reembolsados pelo Outorgante.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Mossoró/RN, 16/11/2019

Local e Data

Kátia da Silva Soares Bezerra
Assinatura do Outorgante



TERMO DE RESPONSABILIDADE SOBRE O FORNECIMENTO DE DOCUMENTOS

Eu Kátia da Silva Soares Bezerra, brasileiro(a),
estado civil: CASADA, profissão: do lar, portador(a) do RG
002.332.838, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 031.387.524-02, residente
nº(a) Deputado Gastão Mayr, nº 28,
bairro: Planalto 13 de Maio, município: Mossoró, RN.

CEP: _____, telefone: _____
declare, sob as penas da Lei, que todos os documentos fornecidos ao advogado por mim
constituído para me representar na Ação de Cobrança do Seguro CPVAT, tais como, documentos
pessoais, declarações, Boletim de Ocorrência, documentos médicos, etc., são verdadeiros, e
me comprometo a responder por todos e quaisquer fatos atinentes aos mesmos na forma da
Lei.

Mossoró, RN, 16 de Novembro de 2019.

Kátia da Silva Soares Bezerra

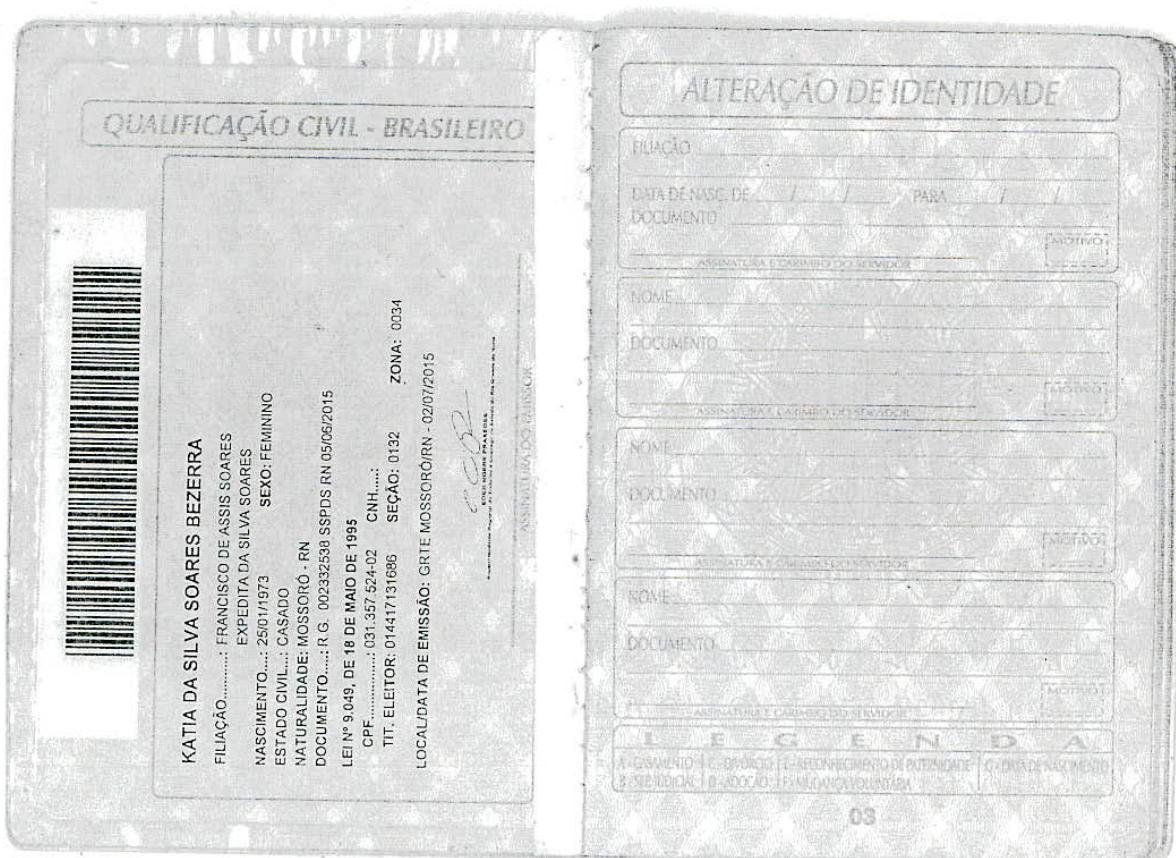
Assinatura





Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 09/01/2020 15:39:14
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010915391447800000050405259>
Número do documento: 20010915391447800000050405259

Num. 52247805 - Pág. 6



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1334891378

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE

SUA MERMOZ, 150, BALDÓ
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 06.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



Tarifa Social da Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Grátis:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

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

-Ouvintes: 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços 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!
KATIA DA SILVA SOARES BEZERRA

DATA DE VENCIMENTO
10/05/2019

DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL
03/05/2019

CONTA CONTRATO
0588170012

ENDEREÇO
RUA DEPUTADO GASTAO MARIZ 28 -
PLANALTO TREZE DE MAIO/AREA
URBANA -59633-630 MOSSORO RN -

TOTAL A PAGAR
R\$ 108,35

DATA DA APRESENTAÇÃO
03/05/2019
NÚMERO DA NOTA FISCAL
023553922

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
B1

PERÍODO CONSUMO
04/04/2019 a 03/05/2019

CONSUMO
97

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 18,00 valor do imposto R\$ 15,87

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO
0588170012

MÊS/ANO
05/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 108,35

VENCIMENTO
10/05/2019

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

838400000014 083500384005 588170012200 012260148133



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

PROTOCOLO
RECEBIDO
29 AGO 2019
TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS.



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 09/01/2020 15:39:14
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001091539144780000050405259>
Número do documento: 2001091539144780000050405259

Num. 52247805 - Pág. 8



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

B O A T 0503519

1 - LOCAL E DATA

Local AVENIDA SIK-NEY F. ROSARIO
Cidade/RF Mossoró
Data 20/05/2019 Hora do acidente 12:12HS Hora do registro 12:20 Dia da semana SEXTA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi KAN 0752 Cidade GROSSOS UF RN
 Marca/Mod. M-BENZ Cor BRANCA Ano 1996/1996
 Proprietário ANTONIA LUCIANE DE OLIVEIRA CARVALHO Nº de Ocupantes 2/3
 Condutor FRANCIVALDO TECÍO DA COSTA Data de Nasc. 17/07/1974
 Endereço Rua Manoel Brumho Nº 84 Fone 98177-1097
 Bairro Centro Cidade GROSSEOS UF RN
 CPF Nº 385.375.954-95 CNH Nº 02490984341 Validade 08/109/2023 Categoria A1E
 Local de Trabalho Centro Fone 98177-1099
 End. Rua Manoel Brumho Nº 84 Bairro CENTRO Cidade GROSSEOS

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi AXW 6553 Cidade MOSSORÓ UF /
 Marca/Mod. Cor / Ano /
 Proprietário Data de Nasc. 05/07/1988
 Condutor SÍLVIA EMANUEL DA SILVA Nº 514 Fone 98740-7304
 Endereço Rua Antônio Calistoso Cidade MOSSORÓ UF RN
 Bairro Alto Parque II CNH Nº / Validade / / Categoria /
 CPF Nº / Fone /
 Local de Trabalho / Nº / Bairro / Cidade /
 End. /

5 - VEÍCULO 03:

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

PROTÓCOLO RECEBIDO
29 AGO 2013

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGUROS

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



7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? _____

Em que sentido? COSTA / RESSARCS Em que faixa? _____

Versão do condutor O condutor J.R. QUE INICIOU A MOTO A SERRA DA
PA, E V2 ABERTO AINDA MAIS AINDA NA SUA LATERAL
DIREITA, COM ESTA COLISÃO COM SEU VEÍCULO

Assinatura do Condutor do V1 José C. VALADINHO GARCIA JRA COSTA.

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 _____

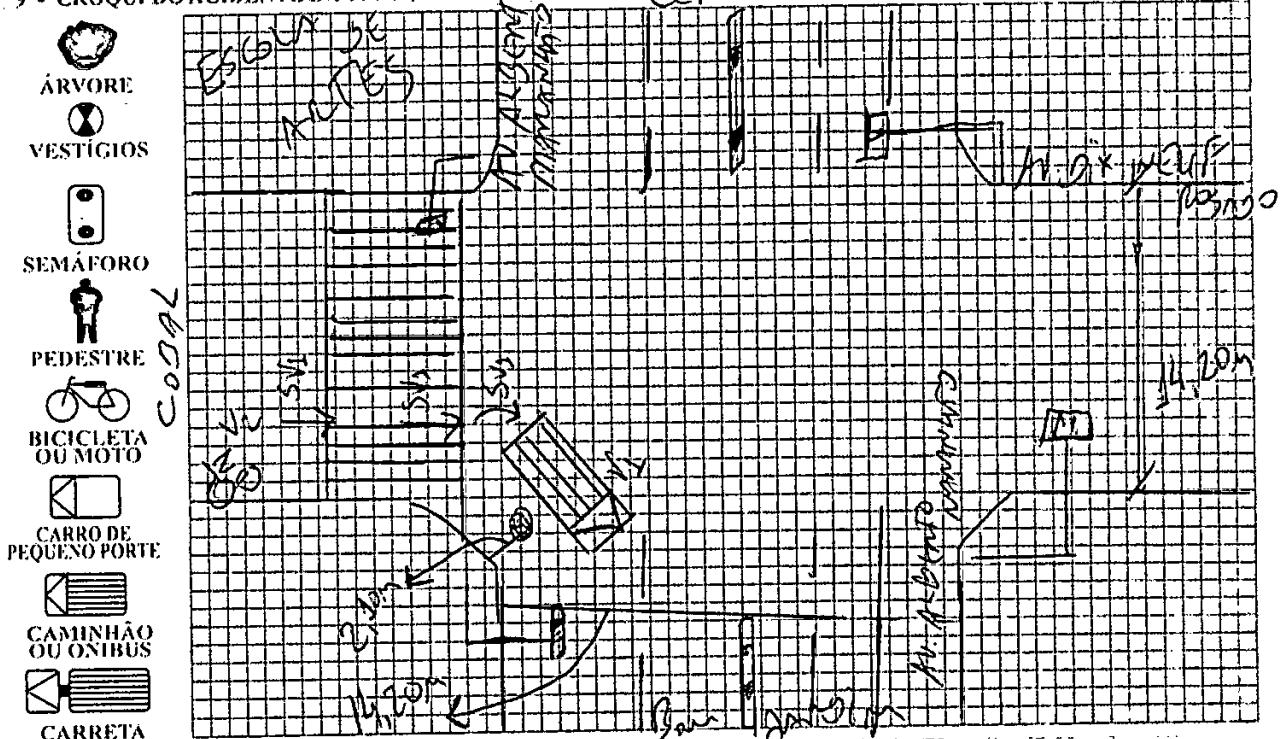
Assinatura do Condutor do V4 _____



8 - CONDIÇÕES DA VIA

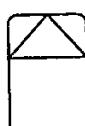
Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Caract./Pista	Cond./Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecedo	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecedo	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> Aclive Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input checked="" type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite e/ Humação	<input type="checkbox"/> Nebulosa	<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/ Humação	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input checked="" type="checkbox"/> Linha dupla contínua
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Encharcada	<input type="checkbox"/> Placa(s)
			<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"/>
			<input type="checkbox"/> Retorno	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> Entroncamento	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> Bifurcação	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

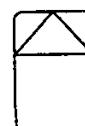


10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

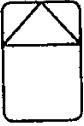
AVARIAS DO VEÍCULO 1



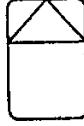
AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 2



AVARIAS DO VEÍCULO 4



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

Nome *KATIA DA SILVA SOUZA SOARES* Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento *19/105/1973*
RG Nº _____ Nº _____ Fone _____
Endereço _____ Cidade _____ UF _____
Bairro _____ Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

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

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

Assinatura _____ Hora _____

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

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

Assinatura _____ Hora _____

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

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

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

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

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

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

O condutor e a passageira que V1 sofreram escoriações F fomos socorridas ao Hospital FELIX SAMU. Informo que V1 foi recebido as 07:00 do XEROX E V1 não possui apresentar DOCUMENTAÇÃO.

Nome Completo do Agente *CARLOS ALVES DE PAULA*
POSTO/GRAD.: *C3* PM Nº *2001890* Viatura *T003* Subunid.: *3º BPM*
Local e Data *05/05/2019* de *MAIO* de *2019*. *Carlos Alves de Paula*
Assinatura do Agente de Trânsito



15.11

#C.G. #

Paciente sem trauma, fórcia
e hipertermia.

Alto de Cr. Gen.

Romualdo Vieira
Médico de Clínica Pascoga
Clínica Geral
CRM/RN 6362

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME AO ORIGINAL
SAME MOSSORÓ
RECORTE
SAME / ARQUIVO

100%
09/09/2020
09/09/2020
09/09/2020





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o segurado KATIA DA SILVA

25/01/2016
foi examinado nesta Unidade às _____ horas, necessitando
de 150 (CINQUENTA E CINQUENTA) dias de afastamento do trabalho, a partir
desta data.

11/01/16 20/01/16
LOCALIDADE E DATA

T.13.6
582.6

ASS. DO MÉDICO E CARIMBO COM CRM

Carimbo de Lima
7/05/2016
TQEQE 2004
TEOT 15/01/16

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86
do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e será
expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do
trabalho.



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	2 - CNES	2503689
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	4 - CNES	2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE	KATIA DA SILVA SOARES BEZERRA (8 - 2607/2019)	6 - N° DO PRONTUÁRIO	207653
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	705802431500339	8 - DATA DE NASCIMENTO	25/01/1973
9 - SEXO	Masc.	10 - RACA/COR	10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE	EXPEDITO DA SILVA SOARES	12 - TELEFONE DE CONTATO	Nº DO TELEFONE
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	KATIA DA SILVA SOARES BEZERRA	14 - TELEFONE DE CONTATO	Nº DO TELEFONE
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	DEPUTADO GASTAO MARIZ, 28 - PLANALTO TREZE DE MAIO	16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	MOSSORÓ
17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	240800	18 - UF	RN
19 - CEP	59633630		

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*an. CT Polifármaco e hipertensão crônica
de 85/60 (2) + desidratação por (2) + entezo farto
P. Ex. arrepiado espílio, ótico + prato fechado
futur. distal D.*

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 20/05/2019

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

At. agravada

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	SAME / ARQUIVO
<i>Ecoss. fuso e raro</i>	

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPLAS DE UM MEMBRO INFERIOR

24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.
T02.3		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICA / NAO ESPI	308010019		
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO	32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE
CIR	2	() CNS (X) CPF	02340033403
33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
RODRIGO JALES BARRETO	20/05/2019	<i>[Assinatura]</i>	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - N° DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO	() EMPREGADOR	() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO
() APOSENTADO	() NÃO SEGURADO		

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR	LIGNEY LINO DE OLIVEIRA	47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	52 - N° AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO	(X) CNS	49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR	980016001835565
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Karen L S / re Idade: 76 Nº Reg. _____

Serviço: Ortopedia Enfº: _____ Leito: 302/101

AO SERVIÇO:

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

Parecer Cardiológico

fre - op -

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME ORIGINAIS
SAME MOSSORÓ 21/05/2019
SAME ARQUIVO

LEONARDO M. C. Pereira
MÉDICO
CRM/RN/439

Mossoró, 21 de 05 de 2019

Médico que solicita o parecer

PARECER: Urgo. Dolor retroesternal e sensação de estreitamento na epigástrica, tipo Nel. Par. Turgor normal. Fazendo a diplopia. No exame

des. RCR 27 mm Hg e 630a80m, ECG norm.

APG normal. AFASTADO, NBP.

ECG: Distorção da terminologia

conclusão: Risco cirúrgico baixo

21/05/19

Arline Rosário de Miranda
Cardiologista Nutensivista
CRM 4567



HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 2607 /2019

Prontuário: 207653

Paciente: 40724 - KATIA DA SILVA SOARES BEZERRA

Cartão SUS: 705802431500339

CPF: 03135752402

Dt Nasc: 25/01/1973

Idade: 46 anos 3 meses 26 dias

Sexo: F

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: EXPEDITO DA SILVA SOARES

Nome do pai: FRANCISCO DE ASSIS SOARES

Rua/Av: DEPUTADO GASTAO MARIZ

Nº:28

Complemento: DADOS CORRIGIDOS

Bairro: PLANALTO TREZE DE MAIO

CEP: 59633630

Cidade: MOSSORÓ

Telefone: 84 987306147 84.987306147

Unidade: CLINICA CIRURGICA Leito:302. 06

Especialidade: CLINICA CIRURGICA

Responsável: KATIA DA SILVA SOARES BEZERRA -

Usuário: MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA

Admissão: 20/05/2019 15:15:05	Alta:	Óbito:	Dias de permanência:
-------------------------------	-------	--------	----------------------

DIAGNÓSTICO INICIAL: T02.3 - FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPHAS DE UM MEMBRO
INFERIOR
308010019 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAÚDE MOSSORÓ
SAME / ARQUIVO

MOSSORÓ, 20 de Maio de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome Maria da Silve Socres Bezerra Reg N° _____

Diagnóstico pré-operatório: politrauma com fratura transversa de 5º PCD + edema

Indicação terapêutica: a extensão de dedo do pé + desidratação + nutrição de desnutrido paciente

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador Dr. Leonardo Sales

1ª Auxiliar: Dr. Antônio Pinheiro

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: Dr. Júlio Sales

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME AO ORIGEM
SAME MOSSORÓ 11/05/2011
MEU
SAME TARQUIVO

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa () Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada

Incisão realizada A 5cm do dedo do pé
lígula e tecido conjuntivo
ligadura e suture do dedo do pé
desbridamento e amputação do 5º PCD
fraturado + hemostasia + sutura de capsula + sutura de
carcinose
linfase e anastomose vascularizada
de MID + enxilhamento tipo tubo magna

LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA
Assinante e responsável
Data: 09/01/2020
Assinado em Mossoró - RN





ALERGIA
À DIPIRONA

Evolução e Prescrição Médica

Nome: Karla da Silveira Bezerra 302-1

DATA	EVOLUÇÃO
20/05/19	<p>(R) amputada 5º PDC +</p> <p>descamação de pele (E) + fratura fechada</p> <p>de fêmur distal D + extensor pollicis D</p> <p>c/ avulsão espinha fibular fêmur S.</p> <p>alergia a Dipirona.</p>

PRESCRIÇÃO 302/1

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	HORÁRIO	ASSINATURA
	(1) Salicilato				
	(2) 500mg/100ml EV 08/05/19 10 20				
	(3) Keflex 0,5g EV 06/06/19 (13) 24 (6)				
	(4) Cetamina 240mg EV 1x/dia (13)				
	(5) Dipirona 0,2g EV 06/06/19 (suspenso)				
	(6) Tilitri 0,1gr EV 02/05/19 05 06 18				
	(7) Diazepam 5mg OD com VO a noite (20) Recurso				
	(8) Paracetamol 500mg VO 06/06/19 (13)				
	(9) Clorotônio				
	(10) S.M.C. (100)				

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
AME MOSSORÓ 27/05/19

Kleber

SAME/LARQUIVO



DATA: 21/05/2019

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: KATIA DA SILVA SOARES BEZERRA CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC DATA DA ADMISSÃO: 20/05/19		46 ANOS Leito: 302-I MOSSORÓ-RN CÓDIGO: 40724
DATA	EVOLUÇÃO	
	2º DIA AMPUTAÇÃO 5º PDL + DESBRIDAMENTO PE E. + FX FECHADA DE FIBULA DISTAL D + ENTÓRSE JOELHO DIREITO COM AVULSAO ESPINHA TIBIAL JOELHO DIREITO. **ALERGIA A DIPIRONA QP: DOR EM MID + ANSIOSA EF: BEG, COTE, EUPNEICA, NORMOCORADA E AFEBRIL ABD PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO PROFUNDA ECV: RCR EM 2T BNF SEM SOPRO. AR: MV+ EM AMBOS OS HEMITORAX .SRA	
SITUAÇÃO: SOLICITO PRE-OP SISREG * RISCO CIRURGICO* CD: AGUARDA CIRURGIA VPM	<p style="text-align: right; transform: rotate(-15deg);"><i>HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAME MOSSORÓ - 05/19 V. L. da Silva SAME / ARQUIVO</i></p>	

	PREScrição	HORÁRIO
1	DIETA VO LIVRE	Clínica
2	SFO,9% 2000 ML EV PARA 24 HORAS	18:20 5° 4%
3	PARACETAMOL 40GOTAS VO 6/6 HORAS	20:16 22:04
4	TRAMAL 50MG/ML, 2ML+100 SF 0,9%, 8/8HRS, EV FIXO <i>mesmo dia de evolução a termal</i>	14:02:06
5 D1	CLINDAMICINA 600MG DILUIDO EV 6/6 HORAS	20:16 22:04
6 <i>D1</i>	GENTAMICINA 240MG DILUIDO EV 1XDIA <i>(SUSPENSO)</i>	
6	TILATIL 20MG DILUIDO EV 12/12 HORAS	10:22
7	OMEPRAZOL 40MG DILUIDO EV 1XDIA EM JEJUM	10
8	CLEXANE 40MG SC 1XDIA	10
9	DIAZEPAM 5MG 02 COMPRIMIDO VO AS 20 HORAS	20:00
10	SSVV + CCGG	Clínica
11	ACOMPANHAMENTO COM A PSICOLOGIA	

12 CIPROFLOXA CINO 400 mg - 01 bote EV 12/12h 10 22
FALTA

*Dr. Leonardo M. C. Freire
MÉDICO
CRM/RN 113*



DATA: 22/05/2019

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: KATIA DA SILVA SOARES BEZERRA CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC DATA DA ADMISSÃO: 20/05/19	46 ANOS Leito: 302-1 MOSSORÓ-RN	302/1
DATA EVOLUÇÃO		CÓDIGO: 40724
<p>3º DIH AMPUTACAO 5º PDL E + DESBRIDAMENTO PE E. + FX FECHADA DE FIBULA DISTAL D + ENTORSE JOELHO DIREITO COM AVULSAO ESPINHA TIBIAL JOELHO DIREITO.</p> <p>**ALERGIA A DIPIRONA QP: DOR EM MID + ANSIOSA + DISURIA EF: BEG, COTE, EUPNEICA, NORMOCORADA E AFEBRIL ABD PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO PROFUNDA ECV: RCR EM 2T BNF SEM SOPRO. AR: MV+ EM AMBOS OS HEMITORAX .SRA</p> <p>SITUAÇÃO: SOLICITO PRE-OP SISREG * RISCO CIRURGICO BAIXO EAS (21/05/19) 12 LEUCOCITOS/CAMPO CD: AGUARDA CIRURGIA VPM</p> <p style="text-align: right; transform: rotate(-45deg);"><i>HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA ESTÁ CONFORME O ORIGINAL SAMM MOSSORÓ 20/05/19 SAMM / ARQUIVO</i></p> <p style="text-align: right;">302/1</p>		

	PREScrição	HORÁRIO
1	DIETA VO LIVRE	06/05/19
2	SFO,9% 2000 ML EV PARA 24 HORAS	06/05/19
3	PARACETAMOL 40GOTAS VO 6/6 HORAS	06/05/19
4 D2	CLINDAMICINA 600MG DILUIDO EV 6/6 HORAS	06/05/19
5 D0	CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12 HORAS (SE FALTA = FAZER GENTAMICINA -- PRESCRICAO ANTERIOR)	06/05/19
6	TILATIL 20MG DILUIDO EV 12/12 HORAS	06/05/19
7	OMEPRAZOL 40MG DILUIDO EV 1XDIA EM JEJUM	08
8	CLEXANE 40MG SC 1XDIA	10
9	DIAZEPAM 5MG 02 COMPRIMIDOS VO AS 20 HORAS	20
10	SSVV + CCGG	
11	ACOMPANHAMENTO COM A PSICOLOGIA	acmfe

DR. L. S. MIKE SILVA PEREIRA
MEDICO DE CONSULTA



DATA: 23/05/2019

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

302-1

Nome: KATIA DA SILVA SOARES BEZERRA
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC

Leito: 302-1

DATA DA ADMISSÃO: 20/05/19

MOSSORÓ-RN

46 ANOS

CÓDIGO: 40724

DATA	EVOLUÇÃO
	<p>4º DIH AMPUTAÇÃO 5º PDL E + DESBRIDAMENTO PE E. + FX FECHADA DE FIBULA DISTAL D + ENTORSE JOELHO DIREITO COM AVULSAO ESPINHA TIBIAL JOELHO DIREITO.</p> <p>**ALERGIA A DIPIRONA</p> <p>QP: DOR EM MID + ANSIOSA + DISURIA</p> <p>EF: BEG, COTE, EUPNEICA, NORMOCORADA E AFEBRIL</p> <p>ABD PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO PROFUNDA</p> <p>ECV: RCR EM 2T BNF SEM SOPRO.</p> <p>AR: MV+ EM AMBOS OS HEMITORAX .SRA</p> <p>SITUAÇÃO:</p> <p>LABORATORIO (22/05/19): HB: 8.2 LEUCO: 7000 PLAQ: 196.000 UREIA: 17 CR: 0.6 TGO: 45 TGP: 19</p> <p>GLICOSE: 85</p> <p>SISREG *</p> <p>RISCO CIRURGICO BAIXO</p> <p>EAS (21/05/19) 12 LEUCOCITOS/CAMPO</p> <p>CD: AGUARDA CIRURGIA</p> <p>VPM</p>

	PREScriÇÃO	HORARIO
1	DIETA VO LIVRE	10 20 30 40
2	SFO,9% 2000 ML EV PARA 24 HORAS	10 16 22 04
3	PARACETAMOL 40GOTAS VO 6/6 HORAS	10 16 22 04
4 D3	CLINDAMICINA 600MG DILUIDO EV 6/6 HORAS	10 16 22 04
5 D1	CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12 HORAS	10 22
6	TILATIL 20MG DILUIDO EV 12/12 HORAS	10 22
7	OMEPRAZOL 40MG DILUIDO EV 1XDIA EM JEJUM	06
8	CLEXANE 40MG SC 1XDIA	10
9	DIAZEPAM 5MG 02 COMPRIMIDOS VO AS 20 HORAS	20
10	SSVV + CCGG	
11	ACOMPANHAMENTO COM A PSICOLOGIA	
12	02 CONCENTRADOS DE HEMACIAS EV	

Fabiano Damásio de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
TECN 1517
CPMRN: 6672



DATA: 24/05/2019

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: KATIA DA SILVA SOARES BEZERRA CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC DATA DA ADMISSÃO: 20/05/19	46 ANOS Leito: 302-I MOSSORÓ-RN CÓDIGO: 40724
	EVOLUÇÃO

5º DIH AMPUTACAO 5º PDL E + DESBRIDAMENTO PE E. + FX FECHADA DE FIBULA DISTAL D + ENTORSE JOELHO DIREITO COM AVULSAO ESPINHA TIBIAL JOELHO DIREITO.
 **ALERGIA A DIPIRONA
 QP: DOR EM MID + ANSIOSA.
 EF: BEG, COTE, EUPNEICA, NORMOCORADA E AFEBRIL
 ABD PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO PROFUNDA
 ECV: RCR EM 2T BNF SEM SOPRO.
 AR:MV+ EM AMBOS OS HEMITORAX .SRA
 SITUAÇÃO:
 LABORATORIO (22/05/19): HB: 8.2 LEUCO: 7000 PLAQ: 196.000 UREIA: 17 CR: 0.6 TGO: 45 TGP: 19
 GLICOSE: 85
 SISREG *
 RISCO CIRURGICO BAIXO
 EAS (21/05/19) 12 LEUCOCITOS/CAMPO
 AGUARDA CIRURGIA
 CD: SOLICITO HB + HT CONTROLE POS TRANSFUSIONAL
 VPM

	PREScriÇÃO	HORARIO
1	DIETA VO LIVRE	
2	5% 2000 ML EV PARA 24 HORAS	
3	PARACETAMOL 40GOTAS VO 6/6 HORAS	
4 D4	CLINDAMICINA 600MG DILUIDO EV 6/6 HORAS	
5 D2	CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12 HORAS	
6	TILATIL 20MG DILUIDO EV 12/12 HORAS	
7	OMEPRAZOL 40MG DILUIDO EV 1XDIA EM JEJUM	
8	CLEXANE 40MG SC 1XDIA	
9	DIAZEPAM 5MG 02 COMPRIMIDOS VO AS 20 HORAS	
10	SSVV + CCGG	
11	ACOMPANHAMENTO COM A PSICOLOGIA	
12	REPÓSICIONAR TALA E FAZER CURATIVO	

(13) PERMANECEMOS NO HOSPITAL
 (14) TROCAR TALA INGUINAL POR SÍLVA
 (15) ALTA MEDICA

Diego Arteil de Lima
 CRM/RN 12956
 TECF - 1603
 TECF - 15464



LABORATÓRIO DO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
RUA PROJETADA, SN BAIRRO AEROPORTO - MOSSORÓ/RN

302-1

Paciente: KATIA DA SILVA SOARES
Origem: CLINICA CIRURGICA GERAL
Solicitante: CRM: 0/
Coleta em: 21/05/2019 15:24:56

Sexo: FEMININO
Idade:
Protocolo: 56286
Coleta Nº: 0012.0007

Material: Urina

Método:

Referências

SUMARIO DE URINA

CARACTERES FISICOS

VOLUME.....	10 ml	
COR.....	AMARELO CLARO	AMARELO
ASPECTO.....	LIGEIRAMENTE TURVO	LÍMPIDO
PH.....	6,0	5,0 - 6,0
DENSIDADE.....	1.030 ♂	1.015 - 1.025

PESQUISAS BIOQUIMICAS

PROTEINAS.....	AUSENTE g/L	AUSENTE
GLICOSE (URINA).....	AUSENTE	AUSENTE
LEUCOCITOS.....	AUSENTE	Ausente
CORPOS CETONICOS.....	AUSENTE	AUSENTE
HEMOGLOBINA.....	AUSENTE	AUSENTE
BILIRRUBINA.....	AUSENTE	AUSENTE
UROBILINOGENIO.....	NORMAL	0,2 - 1,0 mg/dL
NITRITO.....	NEGATIVO	NEGATIVO

SEDIMENTOSCOPIA

CELULAS EPITELIAIS.....	ALGUMAS p/c.	RARAS
FLORA BACTERIANA.....	MODERADA	NORMAL
URATOS AMORFOS.....	NEGATIVO	AUSENTE
FIOS MUCOSOS.....	AUSENTES	
HEMACIAS.....	3 p/c.	Até 5 p/ campo
LEUCOCITOS.....	12 por campo	Até 5 por campo

FATIMA TEREZA RÊGO NUNES

CRF/RN 2702

OS RESULTADOS DOS EXAMES LABORATORIAIS DEVEM SER INTERPRETADOS PELO (A) SEU (SUA) MÉDICO (A)



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 09/01/2020 15:39:14
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001091539144780000050405259>
Número do documento: 2001091539144780000050405259

Num. 52247805 - Pág. 25

**LABORATÓRIO DO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
RUA PROJETADA, SN BAIRRO AEROPORTO - MOSSORÓ/RN**

Paciente: KATIA DA SILVA SANTOS
Origem: CLINICA CIRURGICA GERAL
Solicitante: CRM: 0/
Coleta em: 22/05/2019 09:05:56

Sexo: FEMININO Idade: 46 a 3 m
Protocolo: 56330
Coleta Nº: 0012.0002

Material: Sangue total

Método: Automatizado :MICROS 60

Referências

302/1

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITOGRAAMA

HEMACIAS.....	2,82 Milhões/mm ³	Normal	4,00 a 5,50
HEMOGLOBINA.....	8,2 g/dL	Mulher	11,50 a 16,00
		Homem	13,00 a 18,00
HEMATOCRITO.....	25,1 %	Mulher	36,00 a 48,00
		Homem	39,00 a 52,00
VCM.....	89,0 μ m ³	Normal	80,00 a 98,00
HCM.....	29,1 pg	Normal	26,00 a 34,00
CHCM.....	32,7 g/dL	Normal	31,00 a 35,00
RDW.....	15,0 %	Normal	11,00 a 15,00

LEUCOGRAMA

LEUCOCITOS.....	7000 /mm ³	Normal	4000 a 11000
PROMIELOCITOS.....	00% = 0 /mm ³	0 a 0 %	0 a 0 mm ³
MIELOCITOS.....	00% = 0 /mm ³	0 a 0 %	0 a 0 mm ³
METAMIELOCITOS.....	00% = 0 /mm ³	0 a 0 %	0 a 0 mm ³
BASTOES.....	02% = 140 /mm ³	0 a 6 %	0 a 550 mm ³
SEGMENTADOS.....	67% = 4690 /mm ³	45 a 65 %	1800 a 7000/mm ³
LINFOCITOS.....	21% = 1470 /mm ³	20 a 40 %	1000 a 4400
LINFOCITOS ATÍPICOS.....	00% = 0 /mm ³	0 a 2 %	0 a 200/mm ³
EOSINOFILOS.....	02% = 140 /mm ³	1 a 4 %	40 a 550/mm ³
BASOFILOS.....	00% = 0 /mm ³	0 a 2 %	0 a 200/mm ³
MONOCITOS.....	08% = 560 /mm ³	4 a 8 %	200 a 800/mm ³

CONTAGEM DE PLAQUETAS

PLAQUETAS.....	196 mil/mm ³	Normal	150 a 450
HIPOCROMIA			

EVETON MARDER LIMA VIANA

CRBM 2519

OS RESULTADOS DOS EXAMES LABORATORIAIS DEVEM SER INTERPRETADOS PELO (A) SEU (SUA) MÉDICO (A)



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 09/01/2020 15:39:14
<https://pj1e1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001091539144780000050405259>
 Número do documento: 2001091539144780000050405259

Num. 52247805 - Pág. 26

**LABORATÓRIO DO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
RUA PROJETADA, SN BAIRRO AEROPORTO - MOSSORÓ/RN**

Paciente: KATIA DA SILVA SANTOS Sexo: FEMININO Idade: 46 a 3 m
Origem: CLINICA CIRURGICA GERAL Protocolo: 56330
Solicitante: CRM: 0/
Coleta em: 22/05/2019 09:05:56 Coleta Nº: 0012.0002

Material: Soro	Método: Enzimático	Referências
UREIA.....	17 mg/dL	NORMAL 10,00 a 40,00
Material: Soro	Método: Enzimático	Referências
CREATININA.....	0,60 mg/dL	NORMAL 0,70 a 1,20
Material: Soro	Método: Enzimático	Referências
TGO.....	45 U/L	MULHER 13,00 a 35,00 HOMEM 15,00 a 40,00
Material: Soro	Método: Enzimático	Referências
TGP.....	19 U/L	MULHER 7,00 a 35,00 HOMEM 10,00 a 40,00
Material: Soro	Método: Enzimático	Referências
GLICOSE.....	85 mg/dL	NEONATAL, PREMATURO 25,00 a 80,00 NEOANATAL À TERMO 30,00 a 90,00 CRIANÇAS 70,00 a 105,00 NORMAL 70,00 a 99,00

EVERTON MARDER LIMA VIANA

CRBM 2519

OS RESULTADOS DOS EXAMES LABORATORIAIS DEVEM SER INTERPRETADOS PELO (A) SEU (SUA) MÉDICO (A)



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 09/01/2020 15:39:14
<https://pjef.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001091539144780000050405259>
Número do documento: 2001091539144780000050405259

Núm. 52247805 - Pág. 27

LABORATÓRIO DO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
RUA PROJETADA, SN BAIRRO AEROPORTO - MOSSORÓ/RN

30.2 - 1

Paciente: KATIA DA SILVA SOARES BEZERRA

Sexo: FEMININO

Idade: 46 a 3 m

Origem: CLINICA CIRURGICA GERAL

Protocolo: 56528

Solicitante: CRM: 0/

Coleta em: 24/05/2019 08:44:13

Coleta Nº: 0012.0001

Material: Sangue total

Método: Automatizado :MICROS 60

Referências

HEMATOCRITO.....

27,5 %

*Mulher 36,00 a 48,00
Homem 39,00 a 52,00*

Material: Sangue total

Método: Automatizado :MICROS 60

Referências

HEMOGLOBINA.....

9,2 g/dL

*Mulher 11,50 a 16,00
Homem 13,00 a 18,00*

RITA DE CASSIA F B ALBUQUERQUE

CRF/RN 2027

OS RESULTADOS DOS EXAMES LABORATORIAIS DEVEM SER INTERPRETADOS PELO (A) SEU (SUA) MÉDICO (A)



Assinado eletronicamente por: LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA - 09/01/2020 15:39:14
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010915391447800000050405259>
Número do documento: 20010915391447800000050405259

Num. 52247805 - Pág. 28



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

PEDIDO
DE
EXAME

NOME: KATIA DA SILVA SOARES MATRÍCULA:

IDADE 26

AMBULATÓRIO

ENFERMARIA CC

SEXO F

SAU

LEITO 307-1

NATUREZA DO EXAME:

EKG

INDICAÇÃO CLÍNICA:

Dr. Jerson C. Freitas
MEDICO
CRM/RN 7439

DATA: 21/05/19 REQUISITANTE: _____

CRM: _____



HEMOCENTRO DE MOSSORÓ
Rua Projeta, s/n - Aeroporto - CEP: 59.607-100
Mossoró/RN - Telefax: (84) 3315-3428/3315-3421
Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Saúde

Terminou 22:30hs

12 bolsas

NOME		REGISTRO	CONVÉNIO				
<u>Katia da Silva Soares</u>	<u>Bebê</u>	<u>QUARTO</u>	<u>LEITO</u>				
HOSPITAL	CLÍNICA						
<u>HRTM</u>							
PEDIDO	QUANTIDADE						
<u>C4</u>	<u>300 ml</u>						
GRUPO E RH DO PACIENTE	O	A	B	AB	RH+	Du	COOMBS INDIRETO
O	<u>G</u>			AB	<u>+</u>	Du	COOMBS INDIRETO
Nº DA BOLSA	PROVA DE COMPATIBILIDADE			DATA	<u>23/05/19</u>		
<u>1024390516638</u>				SAIDA	<u>Reine, Gicar</u>		

DATA _____ HORA: _____ RESP: _____

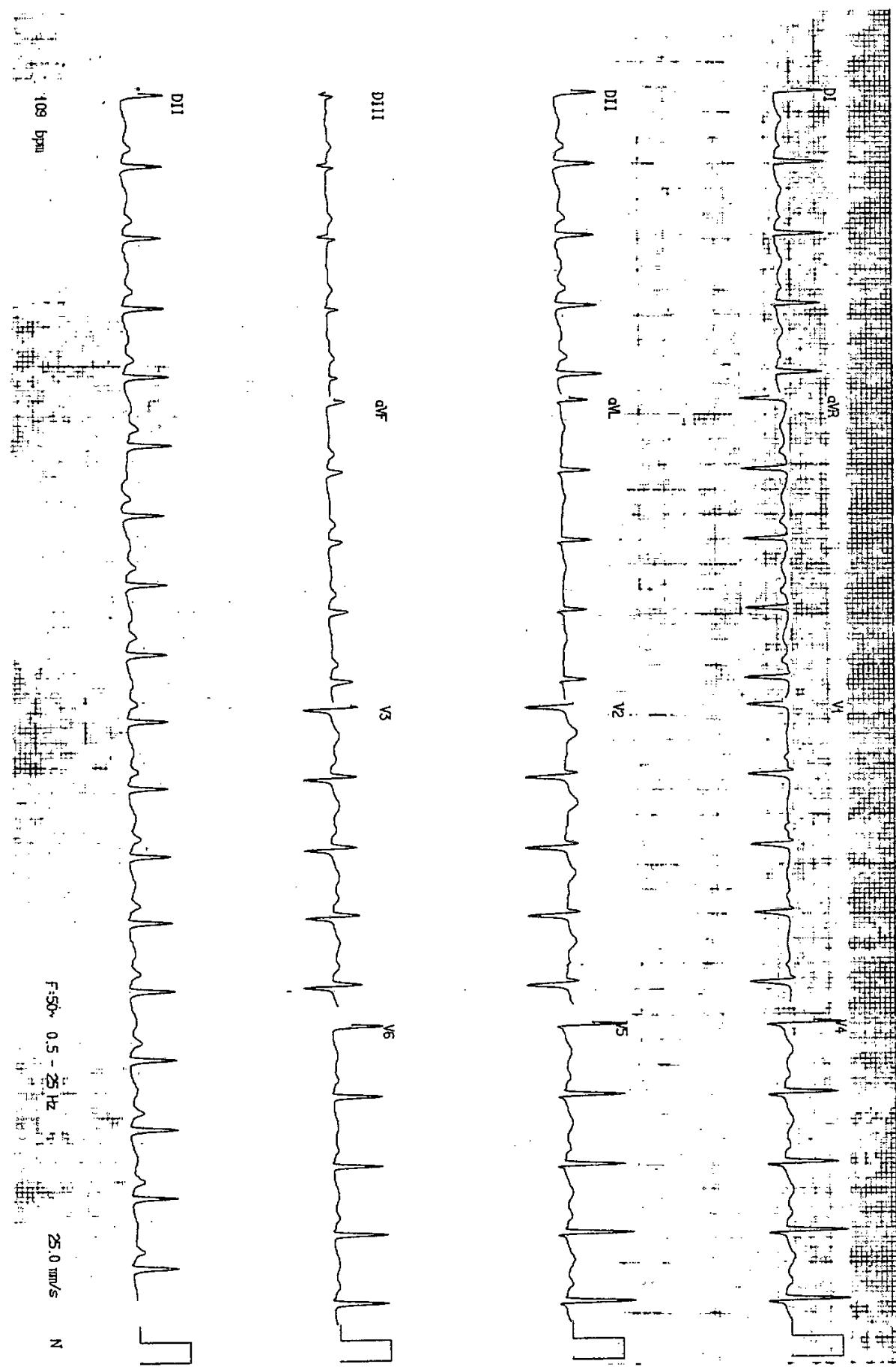
OBS.: QUALQUER ANORMALIDADE VERIFICADA NA TRANSFUSÃO DESTE SANGUE DEVERÁ SER COMUNICADA
AO HEMOCENTRO IMEDIATAMENTE DEVOLVENDO A BOLSA ACOMPANHADA DESTE PAPEL



21/05/2019 15:02

46 anos
Sexo: F

KATIA DA SILVA SOARES BEZERRA





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SEMAP - Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia

FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

20/05/19	
DATA DE ENTRADA	HORA

Nome do Usuário: <i>Kelvin da Silva Soares Bezerra</i>		Naturalidade: <i>Mossoró/RN</i>	
Filiação*	<i>Francisco da Silva Soares Exequita da Silva Soares</i>		
Estado Civil: <i>Casado</i>	Data de Nascimento: <i>23/03/1993</i>	Idade: <i>16</i>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M
Endereço: <i>Rua Deputado Gostão Meiriz</i>			Nº
Bairro: <i>Planalto 33 de maio</i>	Cidade: <i>Mossoró</i>	Profissão: <i>Indústria</i>	
Ponto de Referência:			
CNS - Cartão Nacional do SUS: <i></i>		CPF: <i>033 357.524-02</i>	RG: <i>002.232.538</i>
Telefone para contato: <i>99936-8855</i>			
Pessoa Responsável: <i>Maria Madalina Bezerra da Silva Filha</i>	Grau de parentesco: <i></i>	Telefone: <i>30730-6147</i>	

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

CASA	/	PRÓPRIA	/	ALUGADA		CEDIDA		TELEFONE	
ÁGUA	/	LUZ	/	TAIPA		ALVENARIA	/		
NUMERO DE PESSOAS QUE RESIDEM	<i>3</i>	CRIANÇA		ADOLESCENTE		ADULTO	/	IDOSO	

PROCEDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

CRACHÁ		REFEIÇÃO		NORMAS E ROTINAS		ORIENTAÇÃO	
--------	--	----------	--	------------------	--	------------	--

MOTIVO DA INTERNAÇÃO:	<i>Trat. Tornozelo</i>
-----------------------	------------------------

CLÍNICA		LEITO	<i>309-1</i>
---------	--	-------	--------------

Observações:

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAIS
SAME MOSSORÓ / ARQUIVO
SAME / ARQUIVO

Rebeca
Assistente Social

Data: *21/05/19*





()



Buscar no site



A COMPANHIA **SEGURO DPVAT** PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados ao beneficiário. O prazo para a emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190506280 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA KATIA DA SILVA SOARES BEZERRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TERRA DO SOL ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS

BENEFICIÁRIO KATIA DA SILVA SOARES BEZERRA

CPF/CNPJ: 03135752402

Posição em 13-11-2019 15:20:08

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
-------------------	----------------------	------------------	-------------

27/09/2019	R\$ 5.062,50	R\$ 0,00	R\$ 5.062,50
------------	--------------	----------	--------------

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
30/10/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/P4Z0k3GVveS420mNqeMtIapi_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4OZPuF0jgTiDD__GaHUhowmM=)
05/10/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/RZN4cvze3OW71t__OTjapi_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4OZPuF0jgTiDD__GaHUhowmM=)



26/09/2019	NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/r43YKxiCT9oHb59ja7+Uapi_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4OZPuF0jgTiDD__GaHUhowmM=)
08/09/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/CgMxa__2S4y9yVzpZ1apNapi_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4OZPuF0jgTiDD__GaHUhowmM=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)**ACESSIBILIDADE**

(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)**Serviços**

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)



- › Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (</Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT>)
- › Perguntas Frequentes (</Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes>)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (</Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line>)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (</Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes>)
- › Telefones de Contato (</Contato/telefones-de-contato>)
- › Ouvidoria (</Contato/Ouvidoria>)
- › Canal de Denúncias (</Contato/canal-de-Denuncias>)
- › Mapa do Site (</Mapa-do-Site>)
- › Consumidor.gov (<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

Termos de uso e política de privacidade (</Pages/Termos-de-Uso.aspx>)





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró
Alameda das Carnaúbeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

[Seguro obrigatório - DPVAT]

PROCESSO Nº 0800304-44.2020.8.20.5106

DESPACHO

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139,VI do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15(quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 15(quinze) dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida(CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo comum de 15(quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.



Assinado eletronicamente por: UELA FERNANDA DUARTE FERNANDES - 10/01/2020 09:50:34
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011009503468000000050407006>
Número do documento: 20011009503468000000050407006

Num. 52249788 - Pág. 1

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz(CPC, art. 178, II), dê-vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05(cinco) dias.

Adotadas as supra-expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 9 de janeiro de 2020.

UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES

Juíza de Direito em substituição legal



Assinado eletronicamente por: UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES - 10/01/2020 09:50:34
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011009503468000000050407006>
Número do documento: 20011009503468000000050407006

Num. 52249788 - Pág. 2



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró
Alameda das Carnaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

[Seguro obrigatório - DPVAT]

PROCESSO Nº 0800304-44.2020.8.20.5106

DESPACHO

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC/15), e tendo em vista que tal afirmação não é incompatível com os fatos narrados e provas produzidas nos autos, concedo à parte autora o benefício da gratuidade judiciária.

À luz do princípio da celeridade e economia processual, incumbindo-nos adotar providências para que o processo tramite com mais agilidade, evitando-se a realização de atos processuais inúteis e improdutivos, bem ainda consoante o que preconiza o Enunciado nº 35 da ENFAM, “além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139,VI do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo”, determino a citação da parte ré, com as advertências legais, de todos os termos da inicial e documentos que ora a acompanham, a fim de que, no prazo de 15(quinze) dias, querendo, apresente resposta, por meio de advogado, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial, devendo, acaso pretenda a realização de perícia técnica, apresentar quesitos, bem ainda indicar o assistente.

Apresentada tempestivamente contestação, intime-se a parte autora para, com relação a esta e no prazo de 15(quinze) dias, sob pena de preclusão, dizer sobre as preliminares/documentos que eventualmente tenham sido levantadas/juntados à resposta, bem ainda, acaso requerida a realização de perícia, apresentar, caso ainda não o tenha feito, quesitos e assistente técnico.

Requerida a realização de perícia na contestação, dou por deferida(CPC, art. 381,II) a produção da referida prova, devendo os presentes autos serem encaminhados ao CEJUSC, através do fluxo “PJE CEJUSC DPVAT”, para os colimados fins.

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo comum de 15(quinze) dias, manifestarem-se sobre o laudo, sob pena de preclusão, bem ainda, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Manifestando as partes interesse na autocomposição, designe-se audiência de conciliação.



Assinado eletronicamente por: UELA FERNANDA DUARTE FERNANDES - 10/01/2020 09:50:34
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011009503468000000050407006>
Número do documento: 20011009503468000000050407006

Num. 52489390 - Pág. 1

Ao revés, manifestando quaisquer das partes expressamente desinteresse em conciliar devem os presentes serem remetidos à unidade jurisdicional de origem.

Havendo interesse de pessoa incapaz(CPC, art. 178, II), dê-vista ao Representante do Ministério Público, pelo prazo de 05(cinco) dias.

Adotadas as supra-expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 9 de janeiro de 2020.

UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES

Juíza de Direito em substituição legal



Assinado eletronicamente por: UEFLA FERNANDA DUARTE FERNANDES - 10/01/2020 09:50:34
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011009503468000000050407006>
Número do documento: 20011009503468000000050407006

Num. 52489390 - Pág. 2