



Número: **0812398-58.2019.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **23/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 998,00**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes			Procurador/Terceiro vinculado
JAEISON JUSTINO DA SILVA (AUTOR)			KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)			LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
76595618	06/12/2021 21:04	Petição	Petição
76595619	06/12/2021 21:04	2707485_JUNTADA_DE_DOCS_01	Petição
76595620	06/12/2021 21:04	2707485_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02	Documento de Comprovação

PETIÇÃO E COMPROVANTES ANEXOS





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE MOSSORO/RN

Processo n.º 08123985820198205106

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

MOSSORO, 3 de dezembro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA
11929 - OAB/RN





ANEXO II

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Livia Karina Freitas da Silva, portador(a) do RG nº 1.088.833, expedido por SSP/RN, em 14/03/2009, CPF/CNPJ nº 566.931.764-53

Na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Jailson

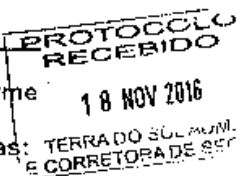
Justino da Silva do sinistro de DPVAT da natureza invalida da vítima Jailson Justino da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: advogado Renda Mensal: R\$ três mil

Documentos comprobatórios: três mil

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



DOCUMENTO 4 *T46*

SAMU



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado de Saúde Pública
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
PRONTO SOCORRO VINGT-ROSA DO NETO

REGISTRO Nº

9550447

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: Jaelson Justino da Silva D. N. 29.11.89 Idade: 32 anos
Profissão: Prof. Sérgio Martins Vanda Cartão SUS nº:
Endereço: Rua: Imagem Bairro: Sto. Pádua
Cidade: Imagem U.F. RR Fone:
Filiação: Mãe: Benedite Maria Justino da Silva

Data: 19.10.2016Hora: 08:56

A.C.C.R.:

1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P.) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO COM O CARPETO DA SAMU)
TRANSPORTADO PELO PROTOCOLO SAMU, COM LESÃO CERVICAL E GABRIELA
APRESENTOU EPISÓDIO DE DESORIENTAÇÃO E ENCONTRO DE SÓCUBO
REFEVE COM EM NOTIA CAVITARIA ESTABADA
NEGA ALUSIAS MEDICAMENTOSAS
IGNORA VIT

2 - EXAME FÍSICO

ESQUEMA: EUPNEICO, CONSCIENTE, LINGUAGEM DESORIENTADO, AAA, HEMATOIDE, COMATO
A: VÍCIOSAS PÉRIAS SI CERVICAL
B: INO SINTOMAS BIL SI RA, EXAMINANDO PARECIDA
C: GABRIEL HEMORRÁGICA
D: GABRIEL SI, SI, RÉPITAS, PUPILAS ISO (FOTO)
E: NON
ASD: FALDO, FLACIDO, INDOUS A PALPACAO

PROTOCOLO
RECEBIDO
18 NOV 2016
TERRA DO SUL ALM.
E CORRETORA DE SE

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O OCUPADO
SANE MO... 13.03.2016
SAS E ARQUIVO

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

FRATURA CERVICAL + TCE USU



Hora: 09 :10

① NX ~~SAVANA~~ ⑥ #4 | P

(2) DANEGEN DA ONTOGENIA

③ PANGSEN DA NEUROCIWYSLA

Cirurgião Geral e Vascular
CRM 2324

19/3/16. Vi sono 2 accidentati la notte scorsa quando da 1 è sceso il capitano Giovanni E. Pichon e ne sono scesi per altre 2 persone.

fr. claudius C. 12. fr. 11.3. 12. 13.
Ed. 12. 13. + 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 8

Merke 15 den (5424)

Dr. Luis F. Ortiz
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
C.R. 1-1883

PROT. 50
RECEBIDO
18 NOV 2015
TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEG.

5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO	VIA	ENFERMAGEM	
			HORARIO	ASSINATURA
	① SAT 5000 UI IM AGORA			
	typis 10h <u>Nunes</u> HOSPITAL REGIONAL TARCIS ESTA CONFORME O ORIGINAL SOME MOSSORO 13/03/2016 SOME TARCIS			Nega TCE Nega Paula L. P. Gerente Paula GCS 13/15 Sem focalização Assistência Neurologica Dr. Especialista 13/15 Clínica escura Sem sintomas subjetivos

8 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S)

Зден митрополит родољуби
Николајевић епископ
од Зден савијеног
дан 6. VII

7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

SAÍDA DO PRONTO SOCORRO () INTERVENÇÃO HOSPITALAR () TRANSFERÊNCIA () OUTROS (Descrever):

OBSERVATIONS:

Data: / / Hora: :

Identificação Médica



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 05/03/2016 05:39

FICHA DE INTERNAMENTO

Dados do Paciente

Registro: 112543

Paciente: JAEISON JUSTINO DA SILVA

RG: 80899834

CPF: 072.413.404-26 Nascimento: 29/11/1982 33 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Solteiro(a)

Endereço: RUA HAMILTON FREIRE DE ANDRADE

Nº: 133

Bairro: RINCÃO

Cidade: MOSSORO

UF: RN

CEP: 59626170

Fone: 8430623776

Profissão: MOTOBOY

Mãe: BENEDITA MARIA JUSTINO DA SILVA

Dados do Internamento

Internamento: 1

Entrada: 05/03/2016 5:34 Previsão saída: 07/03/2016 11:00 Atendente: LUCIAS

Plano: SUS ESTADUAL

Matrícula/CNS: 898002346242367

Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO

CRM: 4884

ENFERMARIA 107-B

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Assinatura:

Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou responsável por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima contratado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de não conformidade valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Assinatura: [] Paciente: [] Responsável: []

[Assinatura]
HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Fone: 3133-4200 / 3102-1228
Confira com original
Em 05/03/2016

PROTOCOLO
RECEBIDO
18 NOV 2016
TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEG.

Observações

ACOM COM GUIA DE AIH AUT. EISCO EX. LAB. 01 PELICULA DE RX

Página 11





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228

hmemorial@uol.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 05/03/2016 05:39

Dados do Paciente

Paciente: JAEELSON JUSTINO DA SILVA Registro: 112543
Idade: 33 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Solteiro(a)
CPF: 072.413.404-28 Nascimento: 29/11/1982
Endereço: RUA HAMILTON FREIRE DE ANDRADE N.: 133 Bairro: RINCÃO
Cidade: MOSSORO UF: RN CEP: 59626170 Fone: 8430623776
Profissão: MOTBOY Mãe: BENEDITA MARIA JUSTINO DA SILVA

Dados do Internamento

Em internamento: 1 Entrada: 05/03/2016 5:34 Previsão saída: 07/03/2016 11:00 Atendente: LUCIAS
Serviço: SUS ESTADUAL Matrícula/CNS: 898002346242367
Assinatura: Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÊGO CRM: 4884 **ENFERMARIA 107-B**

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

Data da Baixa: _____ No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____

Doc. Apresentador: _____ Diagnóstico Definitivo: _____

Procedência: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Sig. Cardiorespiratórios: _____

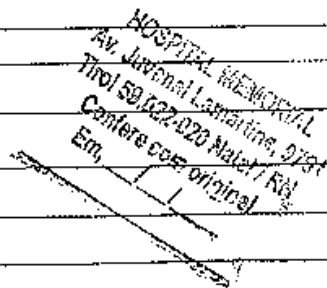
Sig. digestivo: _____

Sig. Locomotor e Neurológico: _____

Sig. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 05/03/2016 05:39

Dados do Paciente

Paciente: JAELOS JUSTINO DA SILVA Registro: 112543
Idade: 33 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Solteiro(a)
RG: 30899834 CPF: 072.413.404-26 Nascimento: 29/11/1982
Endereço: RUA HAMILTON FREIRE DE ANDRADE N.: 133 Bairro: RINCÃO
Cidade: MOSSORO UF: RN CEP: 59626170 Fone: 8430623776
Profissão: MOTOBOY Mãe: BENEDITA MARIA JUSTINO DA SILVA

Dados do Internamento

Admissão: 05/03/2016 5:34 Previsão saída: 07/03/2016 11:00 Atendente: LUCIAS
Tipo de internamento: SUS ESTADUAL Matrícula/CNS: 898002346242367
Médico: Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÉGO CRM: 4884 **ENFERMARIA 107-B**

Dados do Responsável

Responsável: CPF: RG: 3
Parentesco:

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÉGO a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS
2. - O(a) Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÉGO, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.
4. - Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização: Preenchido pelo responsável do paciente

Assinatura: [X] Paciente [] Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES RÉGO - CRM 4

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tírol - Natal - RN
Confira com original
Em: _____

Página 1/1

Impressão



SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

04.03.16
08:30 JF

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	MEMORIAL	2 - CNES
ESTABELECIMENTO DO EXAMINANTE	MEMORIAL	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE IAELSON JUSTINO DA SILVA		8 - Nº DO PRONTUÁRIO	
CARTÃO NACIONAL SUS 89.8.00234624 2367	6 - DATA DE NASCIMENTO 29.11.82	9 - SEXO MASCULINO	10 - FEMININO
10 - NOME DO PAI OU RESPONSÁVEL Dimitri Maria Justino da Silva		11 - TELEFONE DE CONTATO 3062.3776	
12 - ENDEREÇO (RUA Nº) R. Hamilton Ruiz Duarte		13 - CEP 8142-5454	
14 - BARRIO Mossoró	15 - UF RN	16 - CEP 59626-170	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Paciente com pseudoartrose da clavícula ESQUERDA.
RX - PSEUDO- artrose de clavícula

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Acima Citada

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

RX + Exame Físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Pseudo artrose clavícula Ombro ESQUERDO	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS
--	-----------------------	------------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento pseudo artrose clavícula 408010223 Enoplastia 408060476 osteotomia clavícula 408010118	25 - COD. DO PROCEDIMENTO C415020034	26 - LEITO CLÍNICA 408010223	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Marcelo Augusto Ortopedista Cirurgia, ORTOPEDIA, CARIÓTIPO (R. REG. NO CONSELHO)
29 - DT. SOLICITAÇÃO 23/02/2016		30 - CNES / DE 31 - CNES / DE		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BULETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
40 - () CID. 10 PRINCIPAL		DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
41 - () CID. 10 SECUNDÁRIO		43 - () 44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA	

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	47 - DT. AUT.	48 - CNES / CPF	49 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE	50 - DT. AUT.	51 - CNES / CPF	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (A/H)
53 - ASSINATURA E CARIMBO (R. REG. NO CONSELHO)			54 - ASSINATURA E CARIMBO (R. REG. NO CONSELHO)			



CONSULTAS->AIH GERADA

Código 159543062

N. AIH 241610016058-4

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MEMORIAL
Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL
Município Regulador NATAL
Data de Solicitação 02.03.2016 - 20:42:52
Data de Autorização 03/03/2016 - 06:00:10
Data de Reserva 04.03.2016
Data de Internação 03.03.2016
Data Prevista de Alta 19.07.2043
Data de Alta 03/03/2016 - 07:54:43
Motivo da Alta 1.1 ALTA CURADO

CNES:
2408252
CNES:
2408252
Município
NATAL
Operador LUCIMAR
Operador JACQUELINE3
Operador 181298622041LUCIMAR
Operador 181298622041LUCIMAR

DADOS DO PACIENTE

CNS
708608099637083
Nome do Paciente
JAELSON JUSTINO DA SILVA
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
25/11/1982 (33 anos)
Nome da Mãe:
BENEDITA MARIA JUSTINO DA SILVA
Tipo Logradouro:
RUA
Número:
123
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(64) 3062-3776 (Exibir lista Detalhada)
Nome do Responsável

Nome Social/Apodo:

Raça:
PARDA
Tipo Sanguíneo:

Naturalidade:
MOSSORO - RN

Logradouro:
HAMILTON FREIRE DE ANDRADE
Bairro:
RINCAO
Município de Residência:
MOSSORO

Complemento:
CEP:
59626170
UF:
RN

Telefone do Responsável

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
021.66001467
CPF do Médico Executante:
021.66001467
Diagnóstico Inicial - CID:
AUSENCIA DE CONSOLIDACAO DA FRATURA (PSEUDO-ARTROSE) - M841
Classificação de Risco
A ZUL - atendimento eletivo.
Caráter
1) - Eletivo
Clínica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:
OUTROS PROCEDIMENTOS COM CORREÇÕES SEQUENCIAIS

Nome do Médico Solicitante:
MARCELO CABRAL FAGUNDES REGO
Nome do Médico Executante:
MARCELO CABRAL FAGUNDES REGO
Status da Solicitação:
APROVADO

Clinica Complementar:
Nenhuma
Assinatura
Data de Assinatura

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
paciente com pseudoartrose da clavícula esquerda
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
R X E F
Condições que Justificam a Internação:
tratamento cirurgico pseudoartrose da clavícula tenoplastia osteotomia

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tiro 59.622-020 Natal / RN
Confere com original
Em: / /



CONSULTA HOSP->SOLICITAÇÕES

Código 158543062

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:	CNES:		
HOSPITAL MEMORIAL	2408252		
Unidade Executora:	CNES:		
HOSPITAL MEMORIAL	2408252		
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro	Município		
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL	NATAL		
Município Requeridor	NATAL		
Data de Solicitação	02.03.2016 - 20:42:52	Operador	LUCINAR
Data de Autorização	03/03/2016 - 06:00:10	Operador	JACQUELINE3
Data de Reserva	04.03.2016		
Data Prevista de Alta	19.07.2043		

DADOS DO PACIENTE

CNIS	Nome Social/Apelido:	
70408009637083	---	
Nome do Paciente	Raça:	
JACSON JUSTINO DA SILVA	PARDIA	
Sexo:	Tipos Sanguíneos:	
MASCULINO	---	
Data de Nascimento:	Naturalidade:	
29.11/1982 (33 anos)	HOSSORO - RN	
Nome da Mãe:	Logradouro:	Complemento:
BENEDITA MARIA JUSTINO DA SILVA	HAMILTON FREIRE DE ANDRADE	
Tipos Logradouro:	Bairro:	CEP:
RUA	RINCAO	59626170
Número:	Município de Residência:	UF:
139	HOSSORO	RN
País de Residência:	Telefone do Responsável	
BRASIL	---	
Telefone(s):		
(84) 3062-3776 (WhatsApp)		
Nome do Responsável		

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CFF do Médico Solicitante:	Nome do Médico Solicitante:	Status da Solicitação:
02146001467	MARCELO CABRAL FAGUNDES REGO	APROVADO
Diagnóstico Inicial - CID:		
AUSENCIA DE CONSOLIDACAO DA FRATURA (PSEUDO-ARTROSE) - M841		
Classificação de Risco		

Atendimento eletivo.		
Caráter		
10 - Eletivo		
Clinica	Clinica Complementar:	
---	Nenhuma	
Procedimento Solicitado:	Código:	
OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS	0415320004	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
paciente com pseudoartrose da clavícula esquerda
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
R X E F
Condições que Justificam a Internação:
tratamento cirúrgico pseudoartrose da clavícula comoplastia osteotomia

15/03/2016

Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 06/12/2021 21:04:20

CSS
10828966406

Data da Extração dos Dados: 02/03/2016 07:22:52

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tírol - 59122-020 Natal - RN
Confere com Original
Em: 11/03/2016



Reg 112543 NOME: JELSON JUSTINO DA SILVA APTO:

Cirurgia Realizada: Tratamento de pseudoartrose de clavícula + osteotomia clavicular + tenoplastia ombro Esquerdo

DATA: 05/03/16 INICIO: 8:10 HS: MIN: TERMINO: 9:00 HS:

EQUIPE: NOME: Marcelo Rêgo CIC/MF: CRM: 4884 CIRURGIA:

1 Auxiliar: Cirurgia Ortopédica Pequena

2 Auxiliar: Cirurgia Ortopédica e Ombro Médio

Anestesiologista: Dr. Maxwell Melo Grande

Instrumentador: Rivaldo + 1ª TICA A Útil

Alto:

Assepsia e Antissepsia, acesso sobre a clavicular E, dissecação por planos, ressecção de foco de pseudoartrose, osteotomia dos cotos da clavícula, redução e fixação com placa + 06 parafusos, tenoplastia do coraco-clavicular, sutura curativo.

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
MEDICAMENTOS				FIOS				DESCARTÁVEL			
029356	Água Bideclorada 100ml	AMP	04	050320	Vicryl 2-0 (Violeta)	ENV		065184	Manta Yutimar 12cm	ROL	
000326	Água Bideclorada 10ml	AMP		050327	Vicryl 3-0 (Incolor)	ENV		050188	Manta Yutimar 15cm	ROL	
029388	Água Bideclorada 20ml	AMP		050723	Vicryl 6-0	ENV		052703	Máscara Descartável	UNID	
000057	Cloxacina 1g	AMP		050313	Vicryl 7-0	ENV		060230	Posfix 2 vias	UNID	
000056	Decadron 4mg 100	AMP						064784	Pacote Demarcante 1m	ML	50
050713	Glicose 25% 10ml 100	AMP						064787	Pacote Demarcante 1m	ML	50
004283	Glicose 50% 10ml 100	AMP						055667	Sabão Líquido	UNID	
004793	Hipoclorito 50%	FRS						090133	Seringa Descartável	UNID	
005049	Izual Pontada 1/4	1/4						067443	Seringa Desc. 0.5cc 21 Agulha	UNID	
015111	Keflin Neuro 1g	COM						062475	Seringa Desc. 0.5cc 21 Agulha	UNID	
005667	Novelina 2ml 100	AMP						062475	Seringa Desc. 0.5cc 21 Agulha	UNID	
007453	Plafend 100mg 100	AMP						062475	Seringa Desc. 0.5cc 21 Agulha	UNID	
005828	Solução Ringer de Lactato	FRS						062475	Seringa Desc. 0.5cc 21 Agulha	UNID	
005149	Solução Ringer Simples	FRS						062475	Seringa Desc. 0.5cc 21 Agulha	UNID	
028123	Soro Fisiológico 100ml	FRS						062475	Seringa Desc. 0.5cc 21 Agulha	UNID	
008718	Soro Fisiológico 5% 500ml	FRS	02					062475	Seringa Desc. 0.5cc 21 Agulha	UNID	
008740	Soro Glicosado 5% off 500	FRS						062475	Seringa Desc. 0.5cc 21 Agulha	UNID	
009093	Syalocina 2% 200	AMP						062475	Seringa Desc. 0.5cc 21 Agulha	UNID	
010028	Xilocaina Gelada 2%	SSC	20					062475	Seringa Desc. 0.5cc 21 Agulha	UNID	
FIOS				DESCARTÁVELS				TAXAS			
050037	Algodão 0 (1/2 Agulha)	ENV		051900	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090736	Ar Compromisso	UNID	
050185	Algodão 2-0 (1/2 Agulha)	ENV		061938	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		092407	Aspirador Vácuo	UNID	
050044	Algodão 3-0 (1/2 Agulha)	ENV		061925	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		060324	Bomba de Infusão	UNID	
050182	Cremado 1-0	ENV	02	061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050130	Cremado 2-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050123	Cremado 4-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050250	CR-Cateter	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050599	Mononylon 0 PRETO	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050614	Mononylon 2-0 PRETO	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050621	Mononylon 3-0 PRETO	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050633	Mononylon 4-0 PRETO	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050645	Mononylon 5-0 PRETO	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050653	Mononylon 6-0 PRETO	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050662	Mononylon 8-0 PRETO	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050672	Mononylon 10-0 PRETO	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050682	Protese 2-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050693	Protese 4-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050704	Protese 6-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050715	Protese 8-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050726	Protese 10-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050737	Sêda 2-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050748	Sêda 3-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050759	Sêda 4-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050770	Sêda 6-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050781	Sêda 8-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050792	Sêda 10-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050803	Sêda 12-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050814	Sêda 14-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050825	Sêda 16-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050836	Sêda 18-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050847	Sêda 20-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050858	Sêda 22-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050869	Sêda 24-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050880	Sêda 26-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050891	Sêda 28-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050902	Sêda 30-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050913	Sêda 32-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050924	Sêda 34-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050935	Sêda 36-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050946	Sêda 38-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050957	Sêda 40-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050968	Sêda 42-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050979	Sêda 44-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
050990	Sêda 46-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
051001	Sêda 48-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
051012	Sêda 50-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
051023	Sêda 52-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
051034	Sêda 54-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
051045	Sêda 56-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
051056	Sêda 58-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
051067	Sêda 60-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
051078	Sêda 62-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
051089	Sêda 64-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
051100	Sêda 66-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
051111	Sêda 68-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
051122	Sêda 70-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
051133	Sêda 72-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
051144	Sêda 74-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
051155	Sêda 76-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
051166	Sêda 78-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
051177	Sêda 80-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
051188	Sêda 82-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
051199	Sêda 84-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
051210	Sêda 86-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
051221	Sêda 88-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
051232	Sêda 90-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
051243	Sêda 92-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
051254	Sêda 94-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
051265	Sêda 96-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
051276	Sêda 98-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	
051287	Sêda 100-0	ENV		061932	Algodão 1 Plus 1/4	UNID		090331	Capinômetro	UNID	

CIRURGIÃO: Cirurgião J. Justino da Silva C. Ombro C. Ombro

CIRCULANTE: Rivaldo + 1ª TICA



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Memorial de Natal

Registro-Internamento: 112543 -1

Leito Nº: ENFERMARIA 101-C

Médico CRM - 4884 - MARCELO CABRAL FAGUNDES

LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|--|--|
| ☐ Mudança de Procedimento | ☒ Uso de Prótese, Ortese |
| ☐ Diária de U.T.I. | ☐ Uso de Fatores de Coagulação |
| ☐ Diária de Acompanhante | ☐ Uso de Oxigenadores |
| ☐ Vacina Anti RH | ☐ Nutrição Parenteral |
| ☐ | ☐ |

HOSPITAL

10.867.687/0001-10 Hospital Memorial de Natal

PACIENTE

112543 -1 - JAELOS JUSTINO DA SILVA

PROCEDIMENTO ANTERIOR

PROCEDIMENTO SOLICITADO

MÉDICO SOLICITANTE

CRM

CPF

MARCELO CABRAL FAGUNDES

4884

021.650.044-67

JUSTIFICATIVA

FOI UTILIZADO 01 PLACA + 06 PARAFUSOS

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Arceval Lamartine, 9791
Tiro 5A 022-020 Natal / RN
Confere com original
Em: / /

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

Marcelo Cabral Fagundes

CRM

4884

DATA

05/03/2018 11:29

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR

CRM

DATA





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: **112543** JH: **1** Paciente: **JAELSON JUSTINO DA SILVA**
Nascimento: **29/11/1982** **34 anos** Internação: **05/03/2016 05:34:51** Leito: **ENFERMARIA 101-C**

ANTES DO ATO CIRÚRGICO 05/03/2016 09:15:21 - COREN - 662098 - MARIA ELIZABETE B PEREIRA

Observações:

PACIENTE ADMITIDO NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE UMERO CONSCIENTE E ORIENTADO EM O^o AMBIENTE EM JEJUM, SIG DO MESMO NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA+DM+HAS, PUCIONADO EM MSD COM JELCO N°20 VIAB.SF0,9% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Doença pré-existente:

Há reserva sanguínea: NÃO Prótese: NÃO Jóias: NÃO Membro e lado da cirurgia: MSE

Exame Laboratorial: SIM Risco Cirúrgico: NÃO Ralo X: PRÉ: SIM-QTD: 01

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Outros Exames:

Assinatura Responsável

Maria Elizabete B Pereira

SRPA 05/03/2016 09:15:21 - COREN - 662098 - MARIA ELIZABETE B PEREIRA

Nível consciência: CONSCIENTE

Oxigenoterapia: O2 AMBIENTE

Acesso venoso: SIM Diurese: NÃO Acianótico: NÃO Pálido: NÃO Sudorese: NÃO Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO Raio X de Controle:

Medicação administradas:

Encaminhamento:

PACIENTE ENCAMINHADO AO LEITO DE POI, CONSCIENTE ORIENTADO EM O^o AMBIENTE, NA HVP, COM CURATIVO LIMPO E OCLUIDO, DIURESE ESPONTANEA, ANEXO AO PRONTUARIO EXAMES COMPLEMENTARES E RX, PRECISA REALIZAR RX DE CONTROLE E SEGUE ACOMPANHADO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM DO POSTO COM PERTENCES.

Assinatura Responsável

Maria Elizabete B Pereira

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tírol - Natal / RN
CEP: 59.022-022
Confira com original
Em: _____



Memorial de Natal

Prescrição Médica

Paciente: JAE, SON JUSTINO DA SILVA
Nascimento: 11/25/12

Unidade: POSTO 1
Endereço: RUA HAMILTON FREIRE DE ANDRADE - RINCOÃO - MOSSORO - RN

Admissão: 06/03/16 05:34
Convênio: SUS ESTADUAL
Telefone: 8430623776

06/03/2016 11:28	Peródica	Qtd	Controle
------------------	----------	-----	----------

12) TRAMADOL CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL)			Mat: 11139
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.			
DILUIR EM 100ML DE SFO 0.9%			

13) METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PLASIL)			Mat: 11519
Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.			
CASO VÔMITOS			

14) Sonda vesical de alívio (SVA), Se necessário
--

15) ALTA HOSPITALAR, Pela manhã

16) CURATIVO, Pela manhã

05/03/2016 11:28

Dr. MARCELO CABRAL FAGUNDES REGO
CRM - 4884

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lammartine, 979
Foi 59.922-520 Natal / RN
Confira com original
Em: []

MedicWare - 05/03/2016 11:28 (U136/ASSIST.678) / (DWO:58)

Página: 2 / 2





Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO

Dados do Paciente

Paciente: JAEISON JUSTINO DA SILVA
Idade: 29/11/1982 34 anos
Companhante:

Registro: 112543 Nº Internação:
Data Internação: 05/03/2016 05:34:51
Parentesco:

PROCEDÊNCIA:
PACIENTE ADMITIDO NO POSTO 1 PROVENIENTE DO C.C EM POI DE FRATURA DE UMERU DO MSE, SEGUE AOS CUIDADOS DO DR. MARCELO.

ESTADO GERAL

☒ Consciente
☐ Inconsciente

☒ Responsivo

☐ Sonolento

☒ Corado

☐ Cianótico

☐ Hipocorado

☒ Acianótico

Respiração:

Observações:

☒ O2 Ambiente

Máscara de Venturo

Higiene

Observações:

☒ Com Auxílio

☒ Sem Auxílio

Deambulação

Observações:

☒ Com Auxílio

☒ Sem Auxílio

Restrito ao leito

SINAIS VITAIS

Pressão Arterial: 120X80

Pulso: 72

Temperatura: 36

Respiração: 20

ANAMNESE

Doenças Clínicas
SIC NEGA

Uso de Medicamentos

SIC NEGA

Alergias Medicamentosas

SIC NEGA

Integridade da Pele

INTEGRA

ACESSO VENOSO

Tipos: AVP

Local:

Hipertensão: A Dor: Edema Temperatura:

Tempo:

DIETA

Tipos: ☒ Oral

☐ Sonda Nasogástrica

☐ Sonda Nadoenteral

☒ Aceita

☐ Aceita Parcial

☐ Não Aceita

Observações:

DIURESE

Sonda:

Espontâneo: AGUARDA

Observações Gerais:

PACIENTE EM POI DE FRATURA DE UMERU NA H.V.P. COM
MEDICAÇÕES PRESCRITAS, FALTA RX DE CONTROLE, SSVV
ESTAVEIS, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Documentação e Exames:

01 PELICULA DE RX+EXAMES LAB+RISCO
CIRURGICO

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-020 Natal / RN
Confere com original
Em: _____

Janaína Vasconcelos

05/03/2016 12:31
OUT - 865218

JANAINA VASCONCELOS DE SOUZA

Página 1

MedicWare - 06/03/2016 06:56 (U92/ASSIST.678)



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 06/12/2021 21:04:20

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21120621042005100000072957745

Número do documento: 21120621042005100000072957745

Num. 76595620 - Pág. 14

100-443887-100

REPUBLICA DE GUATEMALA GOBIERNO DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA MINISTERIO DE LA FAMILIA Y DE LA MUJER	
NOMBRE: JUSTINO DA SILVA	
1. Identificación / Documento 3669994	2. Fecha de nacimiento 24/11/1959
3. CP 072 433 404-26	4. Fecha de expedición 28/11/1959
5. NOMBRE JUSTINO JUSTINO DA SILVA BERNIZITA MARIA JUSTINO DA SILVA	
6. Estado civil CASADO	7. Sexo M
8. Documento 004419114820	9. Fecha de expedición 13/02/2017
10. Fecha de vencimiento 01/05/2026	
11. Observaciones BORRCH ATIV REINTEGRADA	
12. Firma 	
13. Lugar ESCOBAR, GU	14. Fecha de expedición 17/05/2017
15. Estado civil CASADO	16. Sexo M
17. Documento 004419114820	
18. Fecha de expedición 13/02/2017	
19. Fecha de vencimiento 01/05/2026	

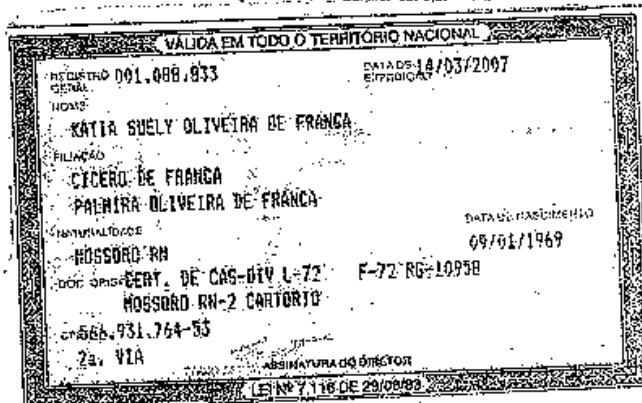
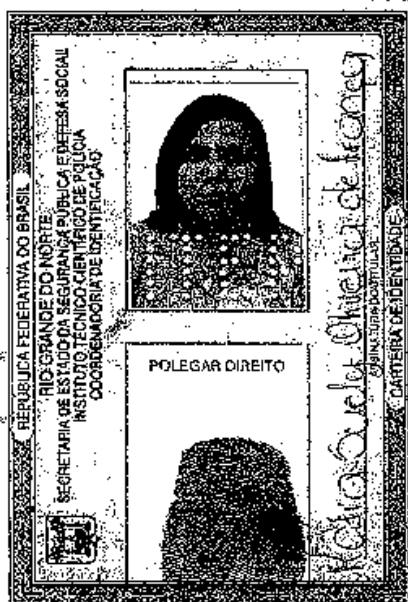
PROTOCOLADO
RECEBIDO
18 NOV 2016
TERRA DO SOL AUM.
E CORRETORA DE SEG.



DOCUMENTO 3 *T3%*



procurador



PROTOCOLO
RECEBIDO
18 NOV 2016
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGUROS



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160691120 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAEISON JUSTINO DA SILVA **Data do acidente:** 19/02/2016 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/11/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NA CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DO OMBRO

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: OMBRO 50%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



DOCUMENTO 4 '14%



RECONHECO a(s) firma(s)

de Jaelson Juntino da Silva
Mossoró/RN 12 ABR. 2016

☐ Fabiana da Silva Magalhães - Notária em Exercício
☒ Alda Ligeia de S. A. Souza - Ess. Autorizada
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jaelson Juntino da Silva, brasileiro(a),
estado civil: solteiro Profissão: motorista portador(a) do RG
30894834 órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 032.413.104-26 residente
no(a) Rua Papa Cecília Martins Varella nº 59
bairro: Rinópolis município: Mossoró / RN.

OUTORGADO:

Nome: Livia Suelly Oliveira de Franca, brasileiro(a),
estado civil: divorciada Profissão: advogada portador(a) do RG
2088.833 órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 566.931.764-53 residente
no(a) Rua General Lamartine nº 1340
bairro: Bom Jardim município: Mossoró / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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



Mossoró - RN, 12/04/2016
Local e Data

Jaelson Juntino da Silva
Assinatura do Outorgante
(Reconhece firma por autenticidade)

ARUANA SEGUROS
30 ABO. 2016



DOCUMENTO 4 *14%



RECONHECIMENTO(S)

Joelton Juntino da Silva
Joelton Juntino da Silva

Mossoró/RN 12 ABR 2016

☐ Fabiana da Silva Magalhães - Notária em Exercício
☒ Alida Lúcia de S.A. Souza - Esc. Autorizada
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Joelton Juntino da Silva, brasileiro(a),
estado civil: solteiro Profissão: motoboy portador(a) do RG
30899834 órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 042.413.404-26 residente
no(a) Rua Papa Cecília Martins Varela nº 59
bairro: Rincão município: Mossoró / RN.

OUTORGADO:

Nome: Kátia Suelly Oliveira de Franco, brasileiro(a)
estado civil: divorciada Profissão: condomniária portador(a) do RG
1.088.833 órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 556.981.464-53 residente
no(a) Rua Governador Raimundo nº 1300
bairro: Bom Jardim município: Mossoró / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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



Mossoró-RN, 12/04/2016
Local e Data

Joelton Juntino da Silva
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

PROTOCOLADO
RECEBIDO
18 NOV 2016
TERRA DO SUL
E CORRETORA DE SE



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2016

Carta nº: 10064812

A/C: JAEISON JUSTINO DA SILVA

Sinistro: 3160691120 ASL-1159202/16
Vitima: JAEISON JUSTINO DA SILVA
Data Acidente: 19/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: KATIA SUELY OLIVEIRA DE FRANCA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00259/00260 - carta_01



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10131983

A/C: JAEISON JUSTINO DA SILVA

Sinistro: 3160691120 ASL-1159202/16
Vitima: JAEISON JUSTINO DA SILVA
Data Acidente: 19/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: KATIA SUELY OLIVEIRA DE FRANCA

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: JAEISON JUSTINO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 0000023098-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01987/01988 - carta_15R



00020994



Page: 1 Document Name: untitled

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 13/04/2016

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 0560 MOSSORO

OPER: 013 CONTA: 23.098-4

PERIODO: 01042016 ATE: 13042016

CPF: 072.413.464-26

NOME: JAEELSON J DA SILVA

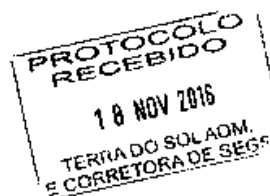
VLR.BLQ.JUD. :

0,00

DATA MOV	NR.DOC	HISTORICO	TAXA	VALOR	SALDO
10/04/2016	000000	REM BASICA	0,17610000	0,00 C	0,0000
10/04/2016	000000	CRED JUROS	0,00500000	0,01 C	0,0000

SALDO EM 12/04/2016 R\$ 0,00 C

F1 AJUDA F4 SALDO POR DATA LIMITE F7 VOLTAR PAG.
F3 RETORNAR F6 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANCAR PAG. F12 FINALIZAR



Date: 13/04/2016 Time: 13:37:26





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83440464

Comunicação: C198683B

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1071007-18AC ANDRADE DE MORAIS
Município/UF: MOSSORÓ/RN
Data/Hora do Acidente (hora local): 19/02/2016 07:40 BR: 110 KM: 47,8
Tipo de Acidente: Colisão lateral
Sentido da Via: Crescente
Fase do dia: Fim de tarde Condições da Pista: Seca Restrições de Visibilidade: Inexistente
Sinalização existente: Horizontal Sinalização luminosa: Inexistente Condição meteorológica: Céu Claro
Houve danos ao patrimônio da União? Não
Houve solicitação de perícia? Não
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não Data e horário da solicitação:
Data e horário do

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

DOCUMENTO 1 *T106*



CONDIÇÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Urbano Tipo de Localidade: Comercial
Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Bom Há desnível? Não É pavimentado? Sim Largura (m): 3
Possui defesa? Não existe Possui meio-fio? Não existe Possui sarjeta? Não existe
Existe canteiro central? Não Estado de Conservação: Largura (m): 0 Tipo de inclinação:
Obstáculo ao Cruzamento: Não informado Estado de Conservação do Obstáculo:
Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom Ocupação: Comércio
Cerca: Não existe Placa de Relamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Simples Qtd. de Faixas: 2
Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Em nível Treçado: Reto Curva Vertical: Não existe Superelevação: Não
Superlargura: Não Largura da Pista (m): 7 Estreitamento: Não existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/03/2016 15:06:52
NÚMERO DE CONTROLE: eefae5c2bac14cb

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 1 de 2





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83440464

Comunicação: C1906838

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

Local Preservado

POSTO MARSH

LEGENDA:

- Autônomo
- Veículo Trator
- Pedestre
- Ponto B
- Ponto P
- Ponto C
- Ônibus
- Animal
- Capotagem
- Caminhão
- Tombamento
- Incêndio
- Local da colisão
- Marcha à ré
- Placa de Trânsito
- Trem
- Combustível
- Objeto Fixo
- Ponto A'
- Ponto A
- Antes da Colisão
- Marca de Freio
- Veículo Aquecido
- Estoque/Semi-estoque
- Triângulo de Amarelo
- Veículo de 2 ou 3 rodas
- Marcha à frente
- Patinação ou Deslizamento
- Depois da Colisão

UPANEMA/RN

ÁREA BRANCA/RN

Latitude do Ponto C: Longitude do Ponto C:

Referência do Ponto A/A': Referência do Ponto B:

Distância AB (m): Distância AC (m): Distância BC (m):

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

Conforme realizações realizadas no local do acidente, no município de Mossoró/RN, no km- 47,8 da Dr- 110, constatamos através dos vestígios nos veículos e no pavimento o, ainda corroborado pela declaração do condutor do v1 motoneta Daira, seguiu reto à frente, quando de repente o condutor do v3 ignorado cruzou a pista da rolamento e o condutor do v2 Honda/nr 150 Bross colidiu na traseira do v1, motoneta Daira.

VEÍCULOS ENVOLVIDOS:

Placa: Sequencial: V1 Descrição: MOTONETA Chassi: 95VJH8ABM001815 Renavam:

Marca/Modelo: UDAFRA SUPER 50 Cor: PRETA Ano: Tipo: Motoneta Emplacamento:

Ocupantes: 1 Espécie: Passagiro Categoria: Particular

Proprietário: FRANCISCA ALVES REZENDE CPF/CNPJ: 000.000.000-00

Endereço: RUA PROF. ARISTIDES NOVAIS, 778 CEP:

Município/UF: MOSSORÓ/RN Telefones:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:

Origem: MOSSORÓ/RN - BRASIL Destino: MOSSORÓ/RN - BRASIL

MANOBRA DO VEÍCULO NA OCORRÊNCIA:

Manobra do Veículo na Ocorrência: Seguiu fluxo Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não

Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não

Marca de Freio (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

DESCRIÇÃO DO RECOLHIMENTO:

DADOS DA CARGA:

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$

Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:

DESCRIÇÃO DA CARGA:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO:

Tipo de Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:

Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável:

Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/03/2016 15:08:52

NÚMERO DE CONTROLE: aaafaa5c2bae14cb

PROTOCOLO
RECEBIDO

18 NOV 2016

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEC.

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 2 de 7





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83440464

Comunicação: C1986838

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Placa: RGU-1890 Sequencial: VZ Descrição: Chassi: 9C2KD042097502170 Renavam: 00171121554
Marca/Modelo: Cor: PRETA Ano: 2009 Tipo: Motocicletas Emplacamento: ESTRELA DE ALAGOAS/AL
Ocupantes: 1 Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Proprietário: JAEISON JUSTINO DA SILVA CPF/CNPJ: 072.413.404-28
Endereço: TRAV. SANTA MARIA 26 OD E CEP: 57.075-875
Município/UF: Telefones:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: MOSSORO/RN - BRASIL Destino: MOSSORO/RN - BRASIL

CIRCUNSTÂNCIAS DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguir Fluxo Saída de Pista? Não Derapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não
Marcas de Freagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:

Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:
Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável:
Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Placa: Sequencial: V3 Descrição: EVADIU-SE Chassi: Renavam:
Marca/Modelo: Cor: Ano: Tipo: Não Identificado Emplacamento:
Ocupantes: 1 Espécie: Categoria:
Proprietário: IGNORADO CPF/CNPJ: 000.000.000-00
Endereço: CEP:
Município/UF: Telefones:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIAS DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Cruzando a pista Saída de Pista? Não Derapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Não Houve Incêndio? Não
Marcas de Freagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Não Há

Descrição do Recolhimento:

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:

Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:
Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável:
Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

PROTOCOLADO
RECEBIDO
18 NOV 2016
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEC

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprt.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/03/2016 15:06:52
NÚMERO DE CONTROLE: eeafaa5c2bac14cb

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 3 de 7





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83440464
Comunicação: C1986838
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V17 MOTONETA

Nome/Apelido: RAONY DE CASTRO MARINHO

Data de Nascimento: 26/10/1989 Sexo: Masculino Estado Civil: Não Informado

Nome do Pai: VANKLEBET FONSECA MARINHO

Nome da Mãe: DIANA VIEIRA DE CASTRO

Endereço: CEP: -

Município/UF: MOSSORÓ/RN Telefones: Grau de Instrução: Não Informado

Naturalidade: MOSSORÓ/RN Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: SERVENTE DE OBRAS

CPF: 085.362.754-95 Documento de Identificação: 002.387.455/RN Órgão Expedidor: SSP /RN

Origem: MOSSORÓ/RN - BRASIL Destino: MOSSORÓ/RN - BRASIL

Estado Físico: Ileso Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Sim

Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AD Registro CNH: 04788356301/RN Primeira Habilitação: 21/10/2009

Validade CNH: 19/03/2017 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):

Município/UF: Motivo:

Descrição do

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V2XGU-1350

Nome/Apelido: JAILSON JUSTINO DA SILVA

Data de Nascimento: 28/11/1982 Sexo: Masculino Estado Civil: Não Informado

Nome do Pai: ANTONIO JUSTINO DA SILVA

Nome da Mãe: BENEDITA MARIA JUSTINO DA SILVA

Endereço: TV. SANTA MARIA, 26 - QUADRA E - CENTRO CEP: -

Município/UF: ESTRELA DE ALAGOAS/AL Telefones: Grau de Instrução: Não Informado

Naturalidade: MOSSORÓ/RN Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:

CPF: 072.413.404-26 Documento de Identificação: Órgão Expedidor:

Origem: MOSSORÓ/RN - BRASIL Destino: MOSSORÓ/RN - BRASIL

Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Sim

Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AB Registro CNH: 04419114820/RN Primeira Habilitação: 01/08/2008

Validade CNH: 15/02/2017 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):

Município/UF: Motivo:

Descrição do

PROTOCOLO
RECEBIDO
18 NOV 2016
TERRA DO SOL ALUM.
E CORRETORA DE SE

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/03/2016 15:08:52
NÚMERO DE CONTROLE: eeafae5c2bac14cb

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 1 de 2





MINISTERIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83440464

Comunicação: C1986838

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CONDOTOR: ENVOUVIDO

Veículo: V3 EVADIU-SE

Nome/Apelido: IGNORADO

Data de Nascimento: Sexo: Ignorado Estado Civil:

Nome do Pai:

Nome da Mãe: CEP: -

Endereço:

Município/UF: Telefones: Grau de Instrução:

Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:

CPF: Documento de Identificação: Órgão Expedidor:

Origem: Destino:

Estado Físico: Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Ignorado

Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado

Transcrição da Declaração:

Condotor é Habilitado? Ignorado Categoria CNH: Registro CNH: Primeira Habilitação:

Validade CNH: País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDOTOR:

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção: Data/Hora da Recepção (hora local):

Documento do Responsável: Motivo:

Município/UF: Descrição do

PROTOCOLO
RECEBIDO
18 NOV 2016
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGUROS

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/03/2016 15:06:52
NÚMERO DE CONTROLE: esalae5c2bac14cb

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 5 de 7





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83440464
Comunicação: C1986838
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

Veículo: V1 / I/DAPRA SUPER 50	Placa:
Nome do Agente/Assinatura: ISAC ANDRADE DE MORAIS	Nº BOAT: 83440464
Registro/Matrícula do Agente: 1071007	Data: 19/02/2016 07:40

Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	SIM	Não	NA
1	Guidão, suas fixações e comandos não instalados.	2	X		
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2		X	
3	Amortecedores traa. (incluindo fixação no chassi).	2		X	
4	Motor e suas fixações.	2		X	
5	Eixo do garfo traseiro	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		X	
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2		X	
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2		X	
9	Pedala de apoio do condutor e passageiro	1	X		
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1		X	
11	Alço traseiro	1		X	
12	Assento (fixação e firmeza)	1		X	
13	Tanque de combustível, tampo do tanque e mangueiras.	2		X	
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2		X	
Descrição - Componentes Estruturais					
A	Coluna de direção e mesas sup./inf. (folga anormal, danos)	3		X	
B	Amortecedor(s) dianteiro(s)	3		X	
C	Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA":					3

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

☒ Dano de Pequena Monta: até 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados nenhum componente estrutural.

☐ Dano de Média Monta: acima de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.

☐ Dano de Grande Monta: quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independente do somatório de pontos.

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM.
Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO.
Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente NÃO = Item não danificado ou Não Existência NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)

PROTOCOLO
RECEBIDO
18 NOV 2016
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGUROS

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/03/2016 15:06:52
NÚMERO DE CONTROLE: e0afaa5c2bac14cb

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 6 de 7





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83440464

Comunicação: C1986838

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

Veículo: V2 Placa: KGU-1480
Nome do Agente/Assinatura: ISAC ANDRADE DE MORAIS Nº BOAT: 83440464
Registro/Matrícula do Agente: 1071007 Data: 19/02/2016 07:40

Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	Sim	Não	NA
1	Guidão, e suas fixações e comandos nele instalados.	2		X	
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2		X	
3	Amortecedor(es) traseiro(s). (Inclui fixação no chassi).	2		X	
4	Motor e suas fixações.	2		X	
5	Eixo do garfo traseiro.	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		X	
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2		X	
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2		X	
9	Pedais de apoio do condutor e passageiro	1	X		
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1		X	
11	Alça traseira	1		X	
12	Assento (fixação e firmeza)	1		X	
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2	X		
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2		X	
Descrição - Componentes estruturais					
A	Coluna de direção e moes sup./inf. (folga anormal, danos)	3		X	
B	Amortecedores (dianteiros)	3		X	
C	Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA":					3

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale a opção que corresponde ao dano do veículo

- ☒ Dano de Pequena Montante: até 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados nenhum componente estrutural.
- ☐ Dano de Média Montante: acima de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.
- ☐ Dano de Grande Montante: quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independentemente do somatório de pontos.

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou Não Existente

NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)

PROTOCOLO
RECEBIDO
18 NOV 2016
TERRA DO SUL
E CORRETORA DE SEGO

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 23/03/2016 15:05:52
NÚMERO DE CONTROLE: ecatae5c2bac14cb

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 7 de 7



Assinado eletronicamente por: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA - 06/12/2021 21:04:20
<https://pje1g.trm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21120621042005100000072957745>
Número do documento: 21120621042005100000072957745

Num. 76595620 - Pág. 31

DOCUMENTO 3 "13%"



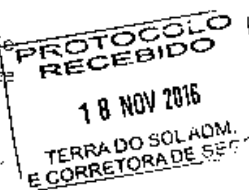
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Juliana Justina da Silva, portador da
carteira de identidade nº 04419114820 e inscrito no CPF/ME sob o nº
072.413.404-26, residente e domiciliado na
Rua Raimundo Cely Martins Viana, 59, Bairro
Paraisópolis, Estado Rio Grande do Norte, declaro, sob as penas da
lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os
fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza
Perícias para fins de prova do seguro DPVAT; ou
(X) O estabelecimento do IML localizado no município em que resido realiza perícias com
prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para
a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via
terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha
documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando,
desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a
correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do
art. 3º da Lei nº 5.194/74.

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



Juliana Justina da Silva
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Paraisópolis/RN 07.07.2016
Local e data





SAMU
MOSSORÓ
192

Ato Declaratório
Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA

DOCUMENTO 2 "T24"



Mossoró 02 de Março de 2016

Em resposta a solicitação do (a) Sr (a) **WELLINGTON VIEIRA DA ROCHA,**
RG 1.216.400 passo a informar o que consta em nosso registro.

Identificação da ocorrência: S/N

Nome do Paciente: **JAELOSON JUSTINO DA SILVA, 33 anos.**

Data: 19/02/2016

Local da ocorrência: BR-110

Viatura: USB - Unidade de Suporte Básico III

Hora do Chamado: 08h 15min.

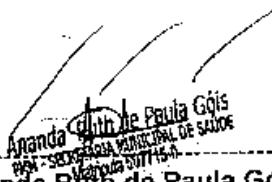
Natureza da Ocorrência: Colisão de moto x moto.

Procedimento no Local: Paciente socorrido de acordo com os protocolos SAMU,
encaminhado para o Hospital Regional Tarcísio Maia, conforme regulação médica.




Silvania do Monte Santiago

Agente administrativo SAMU/Mossoró


Ananda Ruth de Paula Góis
Diretora do SAMU/Mossoró

SAMU - Mossoró
Rua: Seis de Junho, 509 - Santo Antonio - CEP: 59611-070 - Mossoró - RN
Tel / FAX: (0xx-84)3315-4915
e-mail: samumossoro@hotmail.com



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/11/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAELOSON JUSTINO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000023098-4

Nr. da Autenticação D05BC08C20EC1ABE



DOCUMENTO 2 - T294



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu Justino Justino da Silva CNH RG nº 04419114820
 data de expedição 12/03/2012 Órgão Dilmar Leão CPF nº 072.413.404-26
 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de
 endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço
 abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de
 terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Professora Lucy Martins Vanda</u>
Número	<u>59</u>
Apto / Complemento	<u>Finca</u>
Bairro	
Cidade	<u>Itanópolis</u>
Estado	<u>Rio Grande do Norte</u>
CEP	<u>59.600-000</u>
Telefone de Contato	<u>9941 - 8666 / 98889-9930</u>
E-mail	

PROTOCOLO
RECEBIDO
18 NOV 2016
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEC

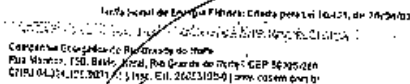
Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Waiatô / RJ 07.07.2016

Assinatura do Declarante:

[Assinatura manuscrita]





PROFESSOR ASSISTENTE
FACULDADE DE CIÊNCIAS EXATAS
59

REACQUARRE UNIVERSITÀ
MOSSORO IN
MOSCOVA

COSTA CONTRATO 7006046295
 DATA DE VENCIMENTO 05/04/2016
 DATA DE PAGAMENTO 27/04/2016
 TOTAL A PAGAR (R\$) 240,82

PR DA REGISTRAÇÃO	001327578	DATA	29/03/2018
APRESENTAÇÃO	29/03/2018	Nº DOCUMENTO	3010656752
		PR DA REGISTRAÇÃO	29/03/2018

Conselheiro Municipal
Acréscimo Bandeira AMARAL
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Condição de Imunidade Política
Multa por atraso - R\$ 01.032.981 - 28/02/18
Multa por atraso - R\$ 01.032.981 - 28/02/18
Multa por atraso - R\$ 01.032.981 - 28/02/18
Multa por atraso - R\$ 01.032.981 - 28/02/18

COST PRICE (\$)	PRICE (\$)	VALUE (\$)
350.000000	0.57000000	207.30
		7.49
		1.50
		18.86
		7.14
		2.87
		4.14
		0.53

TOTAL DAFANLUZA

24932

DEMONSTRANDO CONSUMO BASE DATA FISCAL								
Nº CD	Tipo DA RECORDE	ANTHONY	DATA	LITROS	REAL	LITROS	CONSUMO	AVALIA
70000000	PUNÇÃO CNC		26/08/2015	0.28221	26/08/2015	0.41279	0.00000	

[illegible]

PROTOCOL
RECEBIDO
18 NOV 2016
TERRA DO SOL, A.
CORRETORA DE C

[illegible][illegible]

COTA CONTRATO	MESES	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
700046285	02/2018	05/04/2018	240,92
B3650000002-4 40920038007-8 00604629520-7 00515859833-5			



DOCUMENTO 1 "T14"



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Katia Rydy Oliveira de Franca,
 RG nº 001.088.833, data de expedição 14/03/07 Órgão
SSP/RN, CPF nº 566.931.764.53, venho perante a este
 instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome,
 sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em
 anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Prof. Emílio e Silva Martins Varla</u>	
Número	<u>59</u>	
Apto / Complemento		
Bairro	<u>Pinhão</u>	
Cidade	<u>Umarizal</u>	
Estado	<u>RN</u>	
CEP	<u>59.600.001</u>	
Telefone de Contato		
E-mail		



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Umarizal/RN 23-08-2016

Assinatura do Declarante: [Assinatura]





Terra Solar de Energia Elétrica - Criada pela Lei 10.416, de 24/03/02
Companhia Energética de São Paulo - CESP
Rua Marquês, 525 - Bldg. 1 - Jd. Glória - CEP 05001-000
CNPJ 06.124.194/0001-11 - Fone: (11) 2003.5142-71 www.cespa.com.br

CLIENTE: JACSON JUSTINO DA SILVA

CPF: 072.413.404-78

CLASSIFICAÇÃO: B1 RESCUEVAL
RESCUEVAL
NOMINADO

ENDEREÇO: RUA PRÍSCILA LEYVA, 111 - Jd. 58
RINCÓN DE AURORA - MOSSORÓ - RN
56000-000

DATA DO CONTRATO: 03/2018
NÚMERO DO CONTRATO: 7006046295
DATA DE VENCIMENTO: 05/04/2016
VALOR DA FATURA: 240,92

Nº DA NOTA FISCAL: 001327518
DATA: 28/09/2018
Nº DO CUPOM: 3010580758
DATA DE EMISSÃO: 27/09/2018

Consumo Alvo (Watt)
Acrescimo Bandeira AMARELA
Acrescimo Bandeira VERMELHA
Consumo de Energia de Pico
Multa por atraso - R\$ 0,01532681 - 28/09/18
Multa por atraso - R\$ 0,01532681 - 27/10/18
Multa por atraso - R\$ 0,01532681 - 27/11/18
Multa por atraso - R\$ 0,01532681 - 28/12/18

QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR (R\$)
380,0000000	0,17500367	207,51
		1,30
		1,54
		16,04
		7,58
		2,98
		1,24
		0,53

TOTAL DA FATURA

240,92

ITEM	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR (R\$)
212000000	380,0000000	0,17500367	207,51

ITEM	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR (R\$)
212000000	380,0000000	0,17500367	207,51

PROTÓCOLO RECEBIDO
18 NOV 2016
TERRA DO SOL R.O.M.
E CORRETORA DE SEC.

ITEM	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR (R\$)
212000000	380,0000000	0,17500367	207,51

DATA DO CONTRATO: 03/2018
NÚMERO DO CONTRATO: 7006046295
DATA DE VENCIMENTO: 05/04/2016
VALOR DA FATURA: 240,92

