

QUESITOS A SEREM RESPONDIDOS PELO PERITO:

Vide art. 31, II da Lei nº 11.945/2009 e atualizações.

a) Se a etiologia ou origem causal das lesões existentes na pessoa requerente é compatível com acidente com veículo automotor de via terrestre?

b) Quais as lesões ou disfunções ocorridas?

c) Nos termos do art. 3º, *caput*¹, da Lei nº 6.194/1974, se há **invalidez permanente**, isto é, **dano(s) anatômico e/ou funcional definitivo(s) (sequelas), não passível(is) de reversão terapêutica**, descrevendo-o(s) então detalhadamente;

d) Qual(is) o(s) segmento(s) corporal(s) atingidos?; Percentual em desfavor do órgão vinculado?

e) Nos termos do art. 3º, § 1º², da Lei nº 6.194/1974, incluído pela Lei nº 11.945/2009, bem como da respectiva tabela anexa que acompanha esta lei, se a **invalidez permanente foi total** (repercussão na íntegra do patrimônio físico e/ou mental) ou **parcial** (repercussões em partes de membros superiores e inferiores);

f) Em caso de invalidez total, **quais os segmentos corporais atingidos, nos termos da tabela que menciona os danos sofridos, conforme a Norma Legal supra?**

g) De acordo com o art. 3º, § 1º, incisos I e II³, da Lei nº 6.194/1974, **em caso de invalidez parcial**, se ocorreu **invalidez parcial completa, atingindo de forma completa** todo um segmento corporal (ou mais de um), ou **invalidez parcial incompleta, atingindo de forma incompleta**, descrevendo-o(s) então detalhadamente;

h) De acordo com esse citado inciso II, da Lei nº 6.194/1974, bem como da respectiva tabela anexa, **em caso de invalidez parcial incompleta**, se a **repercussão da lesão na anatomia e/ou funcionalidade do segmento corporal foi intensa (75%), média (50%), leve (25%) ou residual (10%)**;_____.

i) Finalmente, **se, eventualmente, a lesão segmentar foi de tal monta que atingiu a funcionalidade de todo o respectivo membro:** (Exs.: Invalidez permanente em *ombro* comprometedora da funcionalidade de todo o *membro superior*; Invalidez permanente em *joelho* ou *tornozelo* comprometedora da funcionalidade de todo o *membro inferior*, etc).

Mossoró-RN, 04 de maio de 2020.

Kelly Maria Medeiros do Nascimento
Advogada OAB/RN – 7.469



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: Diego Alexandre Costa da Silva, brasileiro(a)-
divorciado, solteiro, portador do RG nº 1001856 919, e do
CPF nº 010.349.784-62, residente na
RUA: Sen. Tovar, nº 06, BAIRRO:
Abdicação I, cidade Mossoró - Rio Grande
do Norte, nomeia e outorga poderes a Outorgada: KELLY MARIA MEDEIROS
DO NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada, portadora da OAB/RN
7.469, podendo ser intimada na Rua Antonio Vieira de Sá nº 986,
Mossoró-RN, ao qual confere amplos e gerais poderes para o foro em
geral com a cláusula "ad Judicia", para ajuizar ação de cobrança na
Comarca Mossoró -RN, podendo a outorgada, confessar,
assinar, desistir, propor acordo, receber intimações, dar
quitação, transigir, apresentar réplica, oposições, firmar acordo,
receber e levantar ALVARA JUDICIAL, decorrente da presente ação,
apresentar recurso e contra razões, junto bem como, substabelecer
esta com ou sem reservas de poderes, podendo levantar alvará
judicial, acompanhar todo processo até o final do julgamento,
representado ainda os interesses do outorgante, podendo ajuizar
apelação, ou, qualquer outro remédio jurídico competente, junto ao
Egrégio Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte, para garantir o
direito do outorgante, e finalmente, praticar todos os atos
necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato.

Mossoró - Rio Grande do Norte, em 05 / 05 / 2020.

Outorgante: Diego Alexandre Costa da Silva.
• Isento de reconhecimento de Firma, em face de Lei nº 8.952, de
13/12/1994, que dá nova redação ao art. 38 do CPC.



**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS
COM CLAUSULA "AD EXITUM"**

Pelo presente instrumento de contrato, firmado entre as partes de um lado, doravante identificado como contratante Diego Alexandre Costa da Silva brasileiro(a) advogado, metaboy portador do CPF: 010.349.784-62, residente na Rua: Sua Tovar do 06, Bairro: Abelardo I, cidade Mossoró, com os advogados: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada; WAMBERTO BALBINO SALES, brasileiro, casado, advogado, ambos podendo ser citados na Rua Antonio Vieira de Sá nº 986, Aeroporto, em Mossoró - RN, doravante identificados como contratados, a prestação dos seguintes serviços profissionais:

1- A parte contratante celebra com os contratados, a prestação de serviços advocatícios, com objetivo de ajuizar ação própria junto a Comarca de Mossoró -RN, tendo como parte demandada, a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A;

2- A parte contratante, não pagará qualquer valor aos contratados de imediato, sendo que, ao final na lide, ocorrendo procedência caberá a parte contratante, pagar aos contratados o valor correspondente à 30% (trinta por cento), sob o valor da condenação, independente da verba sucumbencial a ser arbitrada pelo Juízo da causa;

3- Em caso de insucesso da demanda, a parte contratante não desembolsará quaisquer valores aos contratados, o risco será arcado pelos advogados contratados, independente do ônus de deslocamentos, alimentação, contratação de outros advogados, dentre outras despesas até a entrega final da pretensão requerida, sendo que, o presente firma-se na cláusula "ad exitum";

4- Em caso de desistência da demanda, ou, revogação dos poderes em favor de outros outorgados, deverá a parte contratante, pagar aos contratados, o valor correspondente à 30% (TRINTA POR CENTO) sob o valor da causa;

5- Nos termos do art. 22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994, caberá a parte contratada, requerer a expedição do competente alvará judicial, em separado ao da parte contratante, ao fim da lide..

Elegem as partes, para dirimir quaisquer dúvidas, e execução inclusive o presente, a comarca de Mossoró - Rio Grande do Norte.

Nada mais a constar vai o presente devidamente assinado para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Mossoró - Rio Grande do Norte, em 05/05/2020.

Contratante: Diego Alexandre Costa da Silva

Contratado:

OAB/7469

Testemunhas: _____

CPF nº _____

Testemunhas: _____

CPF nº _____



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Diego Alexandre Costa da Silva, brasileiro(a), divorciado, metro boy
portador do RG nº 003856 949, e do CPF 010.349.784-62, residente na
Rua Tonnes, 06, Abdição I, na Cidade de Mossoró - Rio Grande do
Norte. Declara nos termos da Lei n. 1.060/50, que é pobre na forma
da Lei, não dispondo de meios que possibilitem a custear as
despesas processuais na Ação de Cobrança c/c reparação de danos, na
Comarca de Mossoró - Rio Grande do Norte. Afirma ainda
ser conhecedor das sanções penais, caso a presente não retrate a
verdade dos fatos. Nada mais digno de registro, assina o presente.

Comarca de Mossoró-RN em 05 / 05 / 2020.

Declarante: Diego Alexandre Costa da Silva

CP - Decreto Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Falso reconhecimento de firma ou letra.



DECLARAÇÃO DE ISENTO DO IMPOSTO DE RENDA

Eu, Diego Alexandre Costa da Silva, brasileiro, advogado,
motoboy, com CPF n° 010.349.784-62, residente na
Rua Barro Vermelho n° 06, BAIRRO: Abolição I,
Mossoro -RN, DECLARA, sob as penas da lei que é isento
de declarar imposto de renda, por não ter meios suficientes,
fazendo presente declaração nos termos- conforme previsto na Lei
7.115/83. Estou ciente das sanções administrativas, penais e
cíveis, nos termos do art. 299 do CPB. Nada mais a constar lavro o
presente para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Mossoro-RN, em 05 / Maio / 2020.

Declarante: Diego Alexandre Costa da Silva

CP - Decreto Lei nº 2.846 de 07 de Dezembro de 1948

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Falso reconhecimento de firma ou letra.



REPÚBLICA FEDERATIVA
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: **DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA**
RG: **004856979 SSP RN**
CPF: **010.349.784-52**
DATA NASCIMENTO: **15/03/1982**

FILIAÇÃO: **CARLOS JOSE DA COSTA E SILVA**
MARIA DO SOCORRO COSTA DA SILVA

PERMISSÃO: **ACC** CAT. HAB: **ABE**
VALIDADE: **04/12/2022** HABILITAÇÃO: **11/01/2008**

Nº REGISTRO: **04272834040**

OBSERVAÇÕES

Diogo Alexandre Costa da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **MOSSORO, RN**
DATA EMISSÃO: **09/08/2019**

75444164515
RN706166027


ASSINATURA DO EMISSOR

RIO GRANDE DO NORTE


PROIBIDO PLASTIFICAR
1828119013
VÁLID EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1828119013

703 2046 9987 9397
Sexo: M
Data Nasc.: 14/10/2010
ATHEUS HENRIQUE COSTA XAVIER



 **MINISTÉRIO DO TRABALHO**
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 05589 Série 00015RN



Diogo Alexandre Costa da Silva
 ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Diogo Alexandre Costa da Silva
 Loc. Nasc. Mossoró RN Est. RN Data 15.03.1982
 Filiação Maria da Soraia Costa da Silva
 Doc. n.º 1.856.979-5 SP RN Data 02.02.99

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em..... Doc. Ident. n.º.....
 Exp. em..... Estado.....
 Obs. 07.04.97 DRT Mossoró RN
 Data Emissão.....

Maria Vânia de Souza Moura
 Assinatura do Funcionário

18 **CONTRATO DE TRABALHO**

A B F DA COSTA ME
DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

CNPJ: 09.017.988/0001-76
 End. AVENIDA WILSON ROSADO, 78
 Esp. Estabelecimento: Comércio varejista de peças para veículos automotores.
 Município: Mossoró Estado: RN
 Cargo: MOTOBOY
 CBO: 519110 Registro: 200032 Fls/Ficha:37
 Data de Admissão: 01 Janeiro de 2019.
 Remuneração: R\$ 998,00 (novecentos e noventa e oito reais) por mês.

ABF DA COSTA - ME
Antonio Bruno Fernandes da Costa
 CPF: 049.680.891-78
 Ass. do empregador ou a cargo c/test.

1º..... 2º.....
 Data saída..... de..... de 19.....
 Ass. do empregador ou a cargo c/test.
 1º..... 2º.....







ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE
SETOR DE TRAFEGO - 2º DPRE

COMPLEMENTO DO BOLETIM
DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

Nº

1006119

1 - LOCAL DO ACIDENTE

Local:	AV ABEL COELHO	Bairro:	ABOLIÇÃO 2
P. Ref.	AUTO ESCOLA MAIS	Data:	30/10/2019

2 - VEÍCULO: V-02

Placa	QGH8A72	Cidade	MOSSORO	UF	
Marca/Mod.	HONDA CG 125 FAN	Ano	2016/2016		
Proprietário	DAYSE VIVIANE DIAS DE OLIVEIRA	Nº de Ocupantes	01		
Condutor	DIOGO ALEXANDRE DA COSTA SILVA	Data de nasc.	15/03/19		
Endereço	R: SEU TAVARES	Nº	6	Fone	(84)991843129
Bairro	ABOLIÇÃO 2	Cidade	MOSSORO	UF	
CPF nº	01034978462	CNH	04272834040	AB	Validade 04/12/
Local de Trabalho					

3 - VERSÃO DO CONDUTOR SOBRE O REFERIDO ACIDENTE DE TRÂNSITO

Onde transitava?	AV ABEL COELHO
Em que sentido?	ABOLIÇÃO 3 / ABOLIÇÃO 1
Em que faixa?	ESQUERDA

Versão do condutor:

"Alega que: TRAFEGAVA NA AVENIDA CITADA E NAS PROXIMIDADES DA AUTO ESCOLA MAIS, UM VEICULO QUE TRANSITAVA NA SUA FRENTE FOI FAZER O RETORNO, E O MESMO AINDA TENTOU FREAR E DESVIAR MAS ACABOU COLIDINDO NA TRASEIRA DO VEICULO.

"As informações contidas na narrativa do CONDUTOR são de sua inteira responsabilidade, sob pena de responder pelos crimes dos Artigos 299 (Falsidade Ideológica) e o 342 (Falso testemunho), Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade como testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial, ou em juízo arbitral do Código Penal Brasileiro".

Assinatura do Condutor/
declarante

Diogo Alexandre Costa da Silva



Observação do Agente de Trânsito:

Versão colhida dia 27/12/2019, na Sede do 2º DPRE.

Nome do Agente que registrou as informações André Victor Gê do Nascimento

Posto/Graduação	SD PM	Matrícula	2019884	Viatura	*****	Unidade	2º DPRE
-----------------	-------	-----------	---------	---------	-------	---------	---------

Auxiliar do Setor de Tráfego do 2º DPRE.





1 - LOCAL E DATA

Local AV. ABEL COELHO Bairro ABOLIÇÃO II
Cidade MOSSORO/RN P. Ref. 18:25
Data 20/10/2019 Hora do acidente 18:00 Hora do registro 18:25 Dia da semana QUARTA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi MZK4963 Cidade MOSSORO UF RN
Marca/Mod. BMW/L200 TRITON 3.2 D Cor PRATA Ano 2009/2009
Proprietário PABLO ARNON ARAYO DE ANDRADE N° de Ocupantes 1
Condutor PABLO ARNON ARAYO DE ANDRADE Data de Nasc. 30/03/1981
Endereço RUA NICOLATO COMES DI SILVA N° 70 Fone 9842 1056
Bairro SANTA DELAURA Cidade MOSSORO UF RN
CPF N° 035.004.304-30 CNH N° 01070908360 Validade 09/09/2022 Categoria AB
Local de Trabalho _____ Fone _____
N° _____ Bairro _____ Cidade _____

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi R6H8A72 Cidade MOSSORO UF RN
Marca/Mod. HONDA/CG 125 I FAW Cor PRATA Ano 2016/2016
Proprietário TAVERO VIVIANNE DIAS DE OLIVEIRA N° de Ocupantes 1
Condutor JOAO ALEXANDRE DA COSTA DA SILVA Data de Nasc. 15/03/1982
Endereço RUA SEC - TAVARES N° 06 Fone 8827 1880
Bairro ABOLIÇÃO II Cidade MOSSORO UF RN
CPF N° 810.349.784-62 CNH N° 04272834090 Validade 04/12/2022 Categoria AB
Local de Trabalho _____ Fone _____
N° _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
N° _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
N° _____ Bairro _____ Cidade _____



8 - CONDIÇÕES DA VIA

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

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

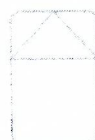
10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

PARAFUSO PARALADO, PARACHOQUE E PINTURA CARO E QUERAS, REFLETOR DA PONTA, TAMPA DA CARROCERIA



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 2

PARTE CARENAGEM DO TETO, PAINEL TANGUE, CINTA DE PROTEÇÃO DO ESCAPE, CINTO ESCAPE, PARTES INTERNAS A VERMELHAS



AVARIAS DO VEÍCULO 4



7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. ABEL COELHO

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor AFIRMO QUE TRANSITAVA NA RUA CITADA E FUI INICIAR A MANOBRA COM A SINALIZAÇÃO VERDE QUANDO ATÍO UM 5 SEGUNDO DEPOIS DO COMEÇO DA OUTRA VIA PASSAR, ESCUTEI UM BOMBA DE PRESSÃO, DO DESEJO CONFIRMEI QUE UMA MOTO FICOU PRESA NA TRANSIÇÃO DO COMEÇO DEIXEI O PNEU DA CARRILHÃO E LIQUEI PARA O CAMU E O TRANSITO.

Assinatura do Condutor do V1

Paulo Roman Araújo de Andrade

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 _____



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



www.cosern.com.br

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

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

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

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

CARLOS J C SILVA
CPF: 106.688.374-20

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SEU TAVARES 6
ABOLICAÇÃO I
ABOLICAÇÃO/ÁREA URBANA
59619-560 MOSSORÓ RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO

28/04/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

201,74

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
20/04/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO
20/04/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL
041000407

Série: U

CONTA CONTRATO
000495996018

Nº DO CLIENTE
3000269147

Nº DA INSTALAÇÃO
0000474213

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

8457.6447.E89F.0051.FBD4.4EAD.E3A4.EE8E

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	279,00	0,33371773	93,10
Consumo Ativo(kWh)-TE	279,00	0,32875114	91,72
Contrib. Ilum. Pública Municipal			16,92
TOTAL DA FATURA			201,74

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
184,82	18,00	33,26	184,82	1,02	1,88	184,82	4,67	8,63

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE		
Vencido	Dt Reav	Valor
26/03/20	20/04/20	177,06

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/ANEEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,25466000	ABR 20	279
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25087000	MAR 20	232
		FEV 20	228
		JAN 20	270
		DEZ 19	263
		NOV 19	236
		OUT 19	268
		SET 19	209
		AGO 19	229
		JUL 19	213
		JUN 19	188
		MAI 19	216
		ABR 19	174

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000000011557627	CAT	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
		19/03/2020	36.426,00	20/04/2020	36.705,00	32	1,00000	0,00	279,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 20/05/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
fev/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	MOSSORÓ III	1,47	4,95	9,91	19,82
FC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,17	6,35	12,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		1,47	2,77	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 71,05					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! farmácia do povo nordestino: rua pero velho, 1215, centro / super alternativo de alimentos: av abel coelho, 1455, abolicãoLista completa em www.cosern.com.br." O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão. Coronavírus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse saude.gov.br/coronavirus

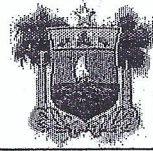
NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI





SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA** (Fia: 5714/2019), CPF:01034978462.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 30 de Outubro de 2019.

Mayara Ribeiro Costa da Silva
Paciente ou responsável

CCIH - HRTM

DATA

11/11/19

Rafaela
Assinatura

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.

DATA 11/11/19

[Assinatura]
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 19/11/2019
SAME / ARQUIVO BIA



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 DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA (8 - 5714/2019)	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 210364
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 706808735232621	8 - DATA DE NASCIMENTO 15/03/1982
9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	10 - RAÇA/COR PARDA
11 - NOME DA MÃE MARIA DO SOCORRO COSTA DA SILVA	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD 84 988214261
13 - NOME DO RESPONSÁVEL DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SEU TAVARES, 6 - ABOLICAO II	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA MOSSORO	17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 240800
18 - UF RN	19 - CEP 59619560

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Trauma do joelho. não tendão e parte mole.</i>
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO <i>necessário cirurgia</i>
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Exame ortopédico + imagem.</i>
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA
24 - CID 10 PRINCIPAL S82.3
25 - CID 10 SECUNDÁRIO
26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PILAO TIBIAL	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 408050543
29 - CLÍNICA CIR	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 2
31 - DOCUMENTO () CNS (X) CPF	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE 43793789420
33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE MANOEL FERNANDES DA SILVEIRA	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 30/10/2019
35 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) <i>Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Quadril e Joelho TEOT 1304</i>	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº 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 LIGINEY LINO DE OLIVEIRA	47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR 980016001835565	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	

52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR
CAPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORO 19/11/2019
SAME / ARQUIVO BLM



DATA: 08/11/2019

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

Nome: DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

37 ANOS

CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC

Leito: 211-2

DATA DA ADMISSÃO: 30/10/2019

MOSSORO-RN

CODIGO: 51908

DATA	EVOLUÇÃO
Nºfraturas: 02	8º DIH COM FX DE PLATO TIBIAL E PUNHO ESQUERDO + DM + HAS QP: PACIENTE SEM QUEIXAS EFG: BEG, COTE, AAA, NORMOCORADO E HIDRATADO. EUPNEICO ACV: RCR, 2T, SEM SOPRO. BNF AR: MV+ EM AHT. SRA. ABD: ATÍPICO, FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. RHA+ MSD: NEUROVASCULAR PRESERVADO MIE: SEM SINAIS DE TVP, NEUROVASCULAR PRESERVADO SITUAÇÃO: FICHA DO SISREG PREENCHIDA – CIRURGIA MARCADA PARA DIA 08/11/19 AS 7 HRS NO WILSON ROSADO 30/10/19 HB 10,6 HT 31,7 LEUCO 9900 PLAQ 184,000 GLICOSE 170 UR 42 CR 0,8 RISCO CIRURGICO BAIXO CD: CIRURGIA PROGRAMAD A PARA HOJE NO HWR VPM

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ZERO	
2	SF0,9% 1500 ML EV PARA 24 HORAS	1 2 3
3	DIPIRONA 1G + 8 ML ABD EV 6/6 HORAS SN	SN
4	TRAMADOL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8 HORAS SE DOR REFRATARIA	14 22 06
5	ENALAPRIL 10MG, 12/12H, VO	10 22
6	HGT 6/6H E ANOTAR NO PRONTUÁRIO	10 16 22 06
7	INSULINA REGULAR CONFORME PROTOCOLO, SC	
8	INSULINA NPH 20U PELA MANHA E 10U PELA NOITE, SC	
9	GLICOSE 50%, 40ML SE HGT<70, EV	
10	PASSIFLORA INCARNATA 260MG, 01CP, À NOITE, VO (COM FAMILIA)	
11	SSVV + CCGG	

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORO 15/11/2019
SANE / ARQUIVO





FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

30/10/19	± 19h
DATA DE ENTRADA	HORA

Nome do Usuário:*				Naturalidade	
Diogo Alexandre Costa da Silva				Mossoró/RN	
Filiação*		Carlos José da Costa e Silva Maria do Socorro Costa da Silva			
Estado Civil:*	Data de Nascimento:*	Idade:	Sexo:	Renda Mensal R\$:	
Divorciado	15/03/1982	37	F <input checked="" type="checkbox"/>		
Endereço:*				Nº	
Rua Ben Tavares				06	
Bairro:*	Cidade:*		Profissão:		
Abolição II	Mossoró/RN		Moto		
Ponto de Referência:					
CNS - Cartão Nacional do SUS:*		CPF:*		RG:*	
7032046 99879397		050.349789-62		001.856.979	
Telefone para contato:*					
Pessoa Responsável:*			Grau de parentesco:		Telefone:*
Maria do Socorro Costa da Silva A mãe			A mãe		98631-2914

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

CASA	<input checked="" type="checkbox"/>	PRÓPRIA	<input checked="" type="checkbox"/>	ALUGADA	<input type="checkbox"/>	CEDIDA	<input type="checkbox"/>	TELEFONE	<input type="checkbox"/>
ÁGUA	<input checked="" type="checkbox"/>	LUZ	<input checked="" type="checkbox"/>	TAIPA	<input type="checkbox"/>	ALVENARIA	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
NÚMERO DE PESSOAS QUE RESIDEM	3	CRIANÇA	<input type="checkbox"/>	ADOLESCENTE	<input type="checkbox"/>	ADULTO	1	IDOSO	2

PROCEDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

CRACHÁ	<input checked="" type="checkbox"/>	REFEIÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>	NORMAS E ROTINAS	<input checked="" type="checkbox"/>	ORIENTAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>
MOTIVO DA INTERNAÇÃO:*							
Acidente Colisão moto/carro - Trauma de Joelho e atendimento de Patela							
CLÍNICA	Cirurgica		LEITO	215-2			

Observações:
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA ESTA CONFORME O ORIGINAL SAMS MOSSORÓ 19/11/2019 BIM Data: 01/11/19 Assistente Social



Atendimento	1222800
Data:	08/11/2019
Hora:	8:47

BOLETIM DE ADMISSÃO

448529 - DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 15/03/1982 - 37 A,8 M,24 D

CPF: 010.349.784-62

RG: 001856979

CNS: 706808735232621

Convênio: SUS

Leito: 209-02

Enfermaria: 209 - AP 209

Endereço: SEU TAVARES, Nº 6 - CEP: 59600-010

Bairro: ABOLICA

Cidade: Cód.: 2408003 - MOSSORO/RN

Profissão: MOTO BOY

Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA

- Pai: CARLOS JOSE DA COSTA E SILVA

Mãe: MARIA DO SOCORRO COSTA DA SILVA

- Naturalidade: MOSSORO

Caráter de Atendimento: ELETIVO

- Responsável: DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

Procedimento Solicitado: 0408050551-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIA - S821 - FRAT DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

- Diagnóstico Definitivo:

Acomodação:

Médico: 6320 - RAPHAEL MACHADO GONCALVES

Carteira:

Validade: 30/12/1899

Autorização:

Senha:

Guia:

HOSPITAL WILSON ROSADO
Convênio 315
Com 03 Refeições
Sem Refeições
Acompanhante

Resultado

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido:

História Clínica

09/11

Diagnóstico Provável

Mayara Lizele Costa da Silva

RESPONSÁVEL

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6320

RAPHAEL MACHADO GONCALVES





HOSPITAL
WILSON ROSADO

Paciente: Diogo Augusto Melo de Almeida
Idade: 37 Data: 08/11/18
Convênio: SOS

Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal: Desbridamento de úlcera por pressão nível B3
2. Cirurgia Secundária: -
3. Cirurgião: Dr. João Roberto CRM: _____
1º Auxiliar: Dr. Gustavo Bely CRM: _____
2º Auxiliar: _____ CRM: _____
Enfermeiro(a): Carmem COREN: _____
4. Anestesista: Dr. João Figueiredo CRM: _____
5. Instrumentador: João COREN: _____

6. Tecido removidos: ☐ Não ☐ Sim Especificar: _____
7. Anátomo Patológico: ☐ Não ☐ Sim
Laudo: ☐ Maligno ☐ Benigno Dr.: _____
8. Classificação da Cirurgia: ☐ Limpa ☐ Potencialmente contaminada
☐ Contaminada ☐ Infectada
9. Contaminação Intra-operatória: ☐ Não ☐ Sim
10. Programação: ☐ Efetiva ☐ Urgência ☐ Emergência
11. Trauma: ☐ Não ☐ Sim Data: ____/____/____ Hora: ____:____
12. Infecção atual em outro Sistema: ☐ Não ☐ Sim Tipo: _____
13. Drenos: ☐ Não ☐ Sim Tipo: _____
14. Prótese (s): ☐ Não ☐ Sim Tipo: _____
15. Descrição do procedimento cirúrgico no verso

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6320

Assinatura Cirurgião: _____ CRM: _____

Data: 08/11/18

Para anestesia local, informar:

Hora do Início do procedimento: ____:____ Hora do término do procedimento: ____:____



FICHA DE ANESTESIA

NOME							DATA	
DIOGO ALVARO COSTA DA SILVA								
SERVIÇO		ANESTESISTA		CIRURGIÃO				
SUS		MAYARA LOPES DE OLIVEIRA		ROBERTO LOPES DE OLIVEIRA				
IDADE	SEXO	COR	PR. ART.	PULSO	TEMP.	ESTADO FÍSICO		PRÉ-ANESTÉSICO
		B	130x80	80		1 2 3 4 5		
DIAGNÓSTICO								
GSM								

OPERAÇÃO REALIZADA

INÍCIO	15/10	TERMINO	17/10	DURAÇÃO	ROTINA	EMERGÊNCIA	EXTRA
--------	-------	---------	-------	---------	--------	------------	-------

[illegible]

HORA		OBSERVAÇÕES
A	2	2 kg/m 7 m/100
G	10	
E	15	
N	20	
T	25	
E	30	2) NPOC
S	35	01/17/20
CÓDIGO		1) Dmoy
ANESTESIA X	220	012 form
OPERAÇÃO ⊙	200	Dormo y
INTUBAÇÃO X	180	
ENDOTRAQUEAL	160	
PRES. SISTOL.	V 140	
PRES. DISTOL.	A 120	
PULSO. ◆	100	
	80	
RESP. ASSIST. -RA	60	
RESP. EXPONT. -RE	40	
	20	
RESP. CONTR. -RC	0	
POSICÃO		

TÉCNICA ANEST. GERAL: () INALATÓRIA: () ENDOVENOSA: () BALANCEADA: () SEDAÇÃO: ()
ANEST. REGIONAL: () RAQUIDIANA: () PERIDURAL: () OUTROS: ()

AGENTES EMPREGADOS

ACORDADO SIM ☒ NÃO ☐ SALA DE RECUPERAÇÃO SIM ☐ NÃO ☐ CONDIÇÕES B ☐ R ☐ M ☐ P ☐ ÓBITO



PACIENTE: I222800-DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

IDADE: 37 A,8 M,24

SUS

ENFERMARIA: 209-AP 209

LEITO:209-02

ADMISSÃO: 08/11/2019

PRESCRIÇÃO MÉDICA

08/11/2019 - 18:12:30

DIETA LIVRE

Isaques Gonçalves

SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500 ML	1,00FR	IV	08/08H		22 06
CEFALOTINA 1 G	1,00FA	IV	06/06H	+ ABD - sala ✓ 15:10	22 04
CLEXANE 40MG / 0,4 ML	1,00SER	SC	1X DIA		22 06
DIPIRONA 500MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	06/06H	+ ABD - CRO ✓ 17:00	24 06
TRAMAL 50MG/ML 2ML <i>24 08 5mg</i>	1,00AMP	IV	08/08H	+ SF 0,9% 100ML	24 08
TENOXICAN 20MG PÓ LIÓFILO P/SOLUÇÃO INJETÁVEL	1,00FRAMFIV		12/12H	+ ABD - CRO ✓ 18:00	06
NAUSEDRON 8 MG / 4 ML	SN	1,00AMP	IV	08/08H	+ ABD
OMEPRAZOL 40MG INJ + DIL.	1,00FA	IV	1X DIA		SN

SN + mg. Retena

6320 - RAPHAEL MACHADO GONCALVES

OLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH

Assinado eletronicamente por: KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO - 05/05/2020 13:07:17

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050513071593900000053437921>

Número do documento: 20050513071593900000053437921

Num. 55536051 - Pág. 5



FRATURA DE TIBIA .

1.	DIETA LIVRE	
2.	SF 0,9% 500ML EV DE 12\12H	14 (02)
3.	DIPIORNA 1G + ABD EV DE 6/6H	12 (18) (24) (06)
4.	TILATIL 40MG + 100ML SF 0,9% EV , 1XDIA (suspenso)	Suspensão
5.	TRAMAL 50MG + 100ML SF 0,9% EV DE 8\8H, SE DOR	3N
6.	CEFALOTINA 1G EV DE 6\6H	10 (06) (22) (04)
7.	CURATIVO DIARIO	OK
8.	SSSVV + CCGG	Ativa
09.	ALTA HOSPITALAR	OK
10.		
11.		
12.		
13.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 6320

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente evolui em BEG, sem queixas.

FO em bom aspecto, neurovascular sem alteração.

Conduta: ALTA HOSPITALAR





ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

22800 - DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

data da internação: 08/11/2019 - 08:47:00 Sexo: M Idade: 37 A, 8 M, 24 D

Proveniência: SUS

Unidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 209-02

11/2019 Anotação

14:00:00	TRANSFIRO PACIENTE PARA O CENTRO CIRURGICO EM MACA ACOMPANHADO DE MAQUEIRO E PFAMILIAR. - PA: TAX: 0,009 F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O ₂ : 0 FI O ₂ : 0 Ventilação: Decúbito:	BARBARA LIGIA MIGUEL DA COSTA	Barbara Ligia Miguel da Costa Téc. Enfermagem COREN - RN 1371860
----------	---	-------------------------------	--



222800 - DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

Data da internação: 08/11/2019 - 08:47:00

Sexo: M

Idade: 37 A, 8 M, 24 D

Convênio: SUS

Clinica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 209-02

8/11/2019

ra PA Temp FC FR Glicemia

00:00 140x90 36,30 97 20 0

Assinatura

<p>9:00:00 ADMITO PACIENTE NESTE SETOR (POSTO 2, 2º ANDAR), SEXO MASCULINO, 37 ANOS, PROVENIENTE DO HRTM, EM MACA, ACOMPANHADO DE MAQUEIRO E FAMILIARES. PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: TRATAMENTO DE FRATURA DO PLANALTO DA TÍBIA, COM TALA IMOBILIZADORA EM MIE. NEGA: HAS E ALERGIA MEDICAMENTOSA, ADIRMA: DM, FAZ USO DIÁRIO DE METFORMINA E GLIMPERIDA. RECEBO CONSCIENTE. ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, COMUNICATIVO. EM JEJUM PARA CIRURGIA. AOS SSVV: NORMOCÁRDICO, NORMOTENSO, PULSO RÍTMICO E REGULAR, AFEBRIL, EUPNÉICO EM AA (SPO2: 94%), ACIANÓTICO, ANICÉTERICO, COM PERFUSÃO TISSULAR PRESERVADA <2S. AO EXAME CLÍNICO: COURO CABELUDO RÍGIDO, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES COM MUCOSA OCULAR E ORAL NORMOCORADAS. SIC: ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E VESICAIS PRESENTES. FOI PUNÇIONADO EM AVP, VIABILIZANDO HV. LIVRE DE EDEMAS. SONO PRESERVADO, HIGIENE SATISFATÓRIA. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. PACIENTE TOMOU BANHO NO LEITO COM CLOREXIDINA DEGERMANTE. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. AGUARDA CIRURGIA.</p>	<p>THATIANE MICHELLE FREITAS DE</p>	<p>Thatiane Michelle F. de Souza Enfermeira COREN-RN 2433443</p>
--	-------------------------------------	--





Paciente: Diego Alexandre Costa da S Idade: 37 Registro: 448529
Setor: CC Médico: Dr. Raphael Enferm./Leito: Ce

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
08.11.19	13:45	Paciente recebida no CRO vindo do posto 2, acompanhado de maculeiro em maca, consciente e orientado, verbalizando suas necessidades, com AVP no MSD em funcionamento, segue em jejum para realizar procedimento cirúrgico com Dr. Raphael, nega HAS, A, e asma DM, e segue aos cuidados da equipe de enfermagem	Cheila Maria de Souza COREN-RN 1408/02-TE
	15:00	pt gerado em S.O	
	15:30	juízo da anestesia porque feito e/pt monitorizado.	Ezilda de O Téc. DE ENF COREN-RN 1408/02-TE
	15:40	juízo da cirurgia e/pt Dr. Raphael + equipe	
	17:10	Terminar da cirurgia, res- tizado lençol, e/ intercâmbio S.O pt CRO ficando em C.R.	Ezilda de O Téc. DE ENF COREN-RN 1408/02-TE
	17:15	Recebo paciente no CRO vindo do S.O, acompanhado da equipe de enfermagem, consciente, porém sob efeito anestésico, e segue em observação.	Cheila Maria de Souza COREN-RN 1408/02-TE
08/11/19	18:00	Foi administrado Dupirona + ABD, + enoxicam + ABD, con- forme prescrição médica e segue aos cuidados da equipe de enfermagem.	Cheila Maria de Souza COREN-RN 1408/02-TE
08/11/19	19:30	Paciente transferida para o pos- to 2, acompanhado de maculei- ro e seus familiares, em má-	



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

22800 - DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

Data da internação: 08/11/2019 - 08:47:00

Sexo: M

Idade: 37 A, 8 M, 24 D

Convênio: SUS


Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 209-02

08/11/2019

PA Temp FC FR Glicemia

0:00 100+70 36,00 58 23 0

Assinatura

0:00:00	RECEBO PACIENTE DO SEXO MASCULINO, EVOLUINDO EM EGE INTERNADO NESTE SETOR DO POSTO 2, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIDRATADO, EUPNEICO, ACIANOTICO, ANICTERICO, BEM PERFUNDIDO, TORAX SIMETRICO COM BOA EXPANSIBILIDADE, ABDOME FLACIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO, EM USO DE AVP NO MSD VIABILIZANDO HV E COM CURATIVO LIMPO EM F.O NO MIE, ELIMINAÇÕES VESICAIS PRESENTE E FICA AOS CUIDADOS DE TODA EQUIPE DE ENFERMAGEM.	ELICLEIDE ANDRADE DA COSTA CALIXTO	 Elicleide Andrade da C. Calixto Enfermeira COREN-RN 330616
---------	--	------------------------------------	---



ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

22800 - DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

Data da internação: 08/11/2019 - 08:47:00

Sexo: M

Idade: 37 A, 8 M, 24 D

Urgência: SUS

Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 209-02

Page 1 of 1

11/2019

Profissional	Assinatura
VALERIA	Ana Valéria Vieira de Lima Téc. Enfermagem COREN - RN 1357475
VALERIA	Ana Valéria Vieira de Lima Téc. Enfermagem COREN - RN 1357475
VALERIA	Ana Valéria Vieira de Lima Téc. Enfermagem COREN - RN 1357475
VALERIA	Ana Valéria Vieira de Lima Téc. Enfermagem COREN - RN 1357475
VALERIA	Ana Valéria Vieira de Lima Téc. Enfermagem COREN - RN 1357475

11/2019

Pa.: 120X80, Temp.: 35.4, FC.: 85, FR.: 20, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O ₂ : 94, Fi. O ₂ : 0, Ventilação: , Decúbito: RECEBO PACIENTE DO SEXO MASCULINO PROVENIENTE DO CRO CONSCIENTE ORIENTADO EM 02 AMBIENTE, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, ACEITA DIETA VO, COM AVP MSD VIABILIZANDO HV + TERAPIA MEDICAMENTOSA, AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, EUPNEICO, COM DIURESE PRESENTE EVACUAÇÃO AUSENTE SEM QUEIXA E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO.	VALERIA	Ana Valéria Vieira de Lima Téc. Enfermagem COREN - RN 1357475
Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O ₂ : 0, Fi. O ₂ : 0, Ventilação: , Decúbito: REALIZADO SF 0,9% - 500ML 1 FR IV, + DIPIRONA 500MG/ML 2ML 1 AMP IV, + ABD, TENOXICAN 20MG PÓ LIOFILO P/ SOLUÇÃO INJETAVEL 1AMP IV, + ABD, REALIZADO CURATIVO NO IME CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA.	VALERIA	Ana Valéria Vieira de Lima Téc. Enfermagem COREN - RN 1357475
Pa.: Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicemia: 0, PVC: 0, PAM: 0, Sat. O ₂ : 0, Fi. O ₂ : 0, Ventilação: , Decúbito: REALIZADO SF 0,9% - 500ML 1 FR IV + CEFALOTINA 1G 1 FA IV, + ABD CLEXANE 40MG/0,4 ML 1 SER SC CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA.	VALERIA	Ana Valéria Vieira de Lima Téc. Enfermagem COREN - RN 1357475



ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

2222800 - DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

Data da internação: 08/11/2019 - 08:47:00 Sexo: M Idade: 37 A,8 M,24 D

Convenio: SUS Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 209-02

08/11/2019

Anotação		Técnico(a)	Assinatura
0:00:00	RECEBO PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, AO EXAME: AFEBRIL, EUPNEICO EM O2 AMBIENTE, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, COM AVP EM MS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. ADMINISTRADO 1 AMP DE TRAMAL DILUIDO EM 100 ML DE SFO,9%, CONFORME PRESCRIÇÃO. - PA:111X70 TAX: 36,00 F.C.:68 F.R.: 21 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 98 Fi O2: 0 Ventilação: Decúbito:	PAULA GABRIELE DA MOTA	Paula Gabrielle da Mota Téc. Enfermagem COREN - RN 1130449
2:00:00	ADMINISTRADO 1G DE CEFALOTINA DILUIDO EM ABD CONFORME PRESCRIÇÃO. - PA: TAX: 0,00 F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 Fi O2: 0 Ventilação: Decúbito:	PAULA GABRIELE DA MOTA	Paula Gabrielle da Mota Téc. Enfermagem COREN - RN 1130449
2:00:00	ADMINISTRADO 1 AMP DE DIPIRONA DILUIDO EM ABD, CONFORME PRESCRIÇÃO. - PA: TAX: 0,00 F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 Fi O2: 0 Ventilação: Decúbito:	PAULA GABRIELE DA MOTA	Paula Gabrielle da Mota Téc. Enfermagem COREN - RN 1130449





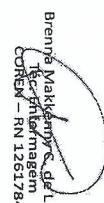


ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

22800 - DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

Data da internação: 08/11/2019 - 08:47:00 Sexo: M Idade: 37 A,8 M,24 D

Orçamento: SUS

Clínica: ORTOPEDIA CIRÚRGICA Leito: 209-02

11/2019	Anotação	Técnico(a)	Assinatura
00:00	RECEBO PACIENTE EM SEU LEITO, EM ESTADO GERAL ESTÁVEL, EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, EM O2 AMBIENTE, COM FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, COM AVP VIABILIZANDO HV + TERAPIA MEDICAMENTOSA, PORÉM SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO, DIETA POR VO, AO EXAME: NORMOCARDICO, NORMOTENSO, EUPNEICO, AFEBRIL, E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. - PA:120X80 TAX: 36,00% F.C.:88 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 98 FiO2: 0 Ventilação: Decúbito:	BRENNIA MAKKENNY CORREIA	 Brenna Makkenny S. da L. Silva Téc. Enfermagem COREN - RN 1261784
00:00	ADMINISTRADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, SF 0,9% 500 ML IV, - PA: TAX: 0,00% F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 FiO2: 0 Ventilação: Decúbito:	BRENNIA MAKKENNY CORREIA	 Brenna Makkenny S. da L. Silva Téc. Enfermagem COREN - RN 1261784
10:00	APÓS VISITA MÉDICA, PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR, RETIRADO AVP, E SEGUE DE CADEIRA DE RODAS E AOS CUIDADOS DOMICILIAR. - PA: TAX: 0,00% F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0 PVC: 0 PAM: 0 Sat. O2: 0 FiO2: 0 Ventilação: Decúbito:	BRENNIA MAKKENNY CORREIA	 Brenna Makkenny S. da L. Silva Téc. Enfermagem COREN - RN 1261784



Paciente: Diego Alexandre Costa da Silva
Clínica: _____ Enf.: _____ Leito: _____
Cuidados Especiais: _____

[illegible]

CHECK-LIST PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

Paciente: Diego Alexandre Costa da Silva Idade: 37
Convênio: SUS Data: 08/11/19

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		INTERVENÇÃO
Paciente identificado?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Providenciada a identificação
A identificação está legível?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Identificação substituída
Contém duas ou mais informações?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Inserida mais informações
Classificação de risco identificada?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Registrada a classificação

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		INTERVENÇÃO
Paciente é alérgico?	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO SABE INFORMAR	Medicações que refere alergia:
Se alérgico, está identificado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> IDENTIFICADO
As medicações estão identificadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> IDENTIFICADAS

RISCO DE QUEDAS		INTERVENÇÃO
Verificado risco de quedas?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Avaliado o risco
Paciente/Acompanhante orientado sobre o risco de quedas?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Orientação realizada
As grades do leito estão elevadas?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Grades elevadas

RISCO DE INFECÇÃO		INTERVENÇÃO
Realizada higiene das mãos antes de abordar paciente?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Mãos higienizadas
Solução alcoólica disponível?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Soluções alcoólica disponível

RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO		INTERVENÇÃO
Apresenta risco para úlcera por pressão?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Avaliado
Sinalizado o grau de risco?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Sinalizado o grau de risco na Escala de Braden**
Apresenta lesão por pressão?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Registrado grau da lesão Lesão de Grau _____

RISCO CIRÚRGICO		INTERVENÇÃO
Paciente em pré-operatório?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/>
Paciente em jejum?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/>

*NSA - NÃO SE APLICA

** ESCALA DE AVALIAÇÃO DE BRANDEN EM ANEXO NESTE IMPRESSO

Enfermeiro (a): Thaiane Miguêle F. de Souza COREN: 243.343-5/RS



AVALIAÇÃO DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO

ESCALA DE BRADEN	1 PONTO	2 PONTOS	3 PONTOS	4 PONTOS	PONTOS
PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de responder a pressão do desconforto	Totalmente limitado <input type="checkbox"/>	Muito limitado <input checked="" type="checkbox"/>	Levemente limitado <input type="checkbox"/>	Nenhuma limitação <input type="checkbox"/>	2
UMIDADE: exposição da pele	Totalmente úmida <input type="checkbox"/>	Muito úmida <input type="checkbox"/>	Ocasionalmente úmida <input checked="" type="checkbox"/>	Raramente úmida <input type="checkbox"/>	3
ATIVIDADE	Acamado <input checked="" type="checkbox"/>	Restrito à cadeira <input type="checkbox"/>	Caminha ocasionalmente <input type="checkbox"/>	Caminha frequentemente <input type="checkbox"/>	1
MOBILIDADE: habilidade de controlar posições	Completamente imobilizado <input type="checkbox"/>	Muito limitado <input type="checkbox"/>	Levemente limitado <input checked="" type="checkbox"/>	Nenhuma limitação <input type="checkbox"/>	3
NUTRIÇÃO: Ingestão alimentar	Muito Pobre <input type="checkbox"/>	Provavelmente inadequado <input type="checkbox"/>	Adequado <input checked="" type="checkbox"/>	Excelente <input type="checkbox"/>	3
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO	Problema <input type="checkbox"/>	Problema em potencial <input checked="" type="checkbox"/>	Nenhum problema <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
PARÂMETROS	23-19 sem risco	18-15 risco leve	14-13 risco moderado	< ou = 12 risco elevado	TOTAL 14

Enfermeiro (a): _____

Thaiane Michele F. de Souza
COREN-RN 243.343-ENF

COREN: _____





**SAMU
MOSSORÓ
192**

**Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192**

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 716

Mossoró 04 de Dezembro de 2019

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA, 37 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Colisão Carro x Moto

Data da Ocorrência: 30/10/2019

Local da ocorrência: Avenida: Abel Coelho, Abolição II prox. a SOMAR

Viatura: Bravo – Unidade de Suporte Básico de Vida - 02

Hora do Chamado: 18h 08min.

Procedimento no Local: Na cena, vítima foi submetida à imobilização (prancha, colar, coxim e tirantes), e foi encaminhada para a Unidade de Saúde (HRTM), conforme regulação médica do **SAMU 192 Mossoró.**

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Mayara Cibebe Costa da Silva, 33 anos**, portador de **RG: 002.367.268.**
Estamos à disposição para mais informações.

SILVANIA DO MONTE SANTIAGO
DIRETORA ADM / SAMU
MAT. 58682-1

Silvania do Monte Santiago
Matrícula 58682-1
Diretora Administrativa do **SAMU/Mossoró**

Dr. Dixon F. Medeiros Lima
Diretor / SAMU
MAT. 405418-2

Dixon Fradik Medeiros Lima
Matrícula 405418-3
Diretor Geral do **SAMU/ Mossoró**

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





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES		DETTRAN - RN Nº 014374755779 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO	
VIA 2		COD RENAVAM 01088882622	EXERCICIO 2019
NOME DAYSE VIVIANE OLIVEIRA DE OLIVEIRA		RNTRO *****	
PLACA QGH8A72		PLACA QGH8A72	
CHASSI 9C3JC6900GR201716		CHASSI 9C3JC6900GR201716	
COMBUSTIVEL GASOLINA		COMBUSTIVEL GASOLINA	
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA		PASSAGEIRO/MOTOCICLETA	
MARCA/MODELO HONDA/CG 125I FAN		MARCA/MODELO HONDA/CG 125I FAN	
CATEGORIA PARTICULAR		COR PREDOMINANTE PRETA	
VENC. COTA UNICA 12/03/2019		VENC. COTAS 1º PAGO	
PARCELAMENTO/COTAS 2º PAGO		3º PAGO	
PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00		PREMIO TOTAL (R\$) 0,00	
TAXAS DETRAN: PAGO		TAXAS DETRAN: PAGO	
OBSERVAÇÕES		OBSERVAÇÕES	
MOTOR: 69062016080		MOTOR: 69062016080	
DEPORTE OBRIGATORIO		DEPORTE OBRIGATORIO	
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA		NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA	
MOSSORO/RN		MOSSORO/RN	
DATA 07/06/2019		DATA 07/06/2019	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUAS CARGAS A PESSOAS E TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT		RN Nº 014374755779 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA		www.seguradoralider.com.br	
SAC DPVAT 0800 022 1204		SAC DPVAT 0800 022 1204	
EXERCICIO 2019		EXERCICIO 2019	
DATA EMISSAO 10/06/2019		DATA EMISSAO 10/06/2019	
PLACA QGH8A72		PLACA QGH8A72	
OPF (CNPL) 071.974.184-02		OPF (CNPL) 071.974.184-02	
RENAVAM 01088882622		RENAVAM 01088882622	
MARCA/MODELO HONDA/CG 125I FAN		MARCA/MODELO HONDA/CG 125I FAN	
Nº CHASSI 9C3JC6900GR201716		Nº CHASSI 9C3JC6900GR201716	
ANO FAB. 2016		ANO FAB. 2016	
QAT (R\$) 9		QAT (R\$) 9	
FNS (R\$)		FNS (R\$)	
DENAT (R\$)		DENAT (R\$)	
CUSTO DO SEGURO (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		CUSTO DO BILHETE (R\$)	
IOF (R\$)		IOF (R\$)	
TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)		TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)	
DATA DE QUITAÇÃO		DATA DE QUITAÇÃO	
PAGAMENTO		PAGAMENTO	
COTA UNICA		COTA UNICA	
PARCELADO		PARCELADO	

A LÍDER - DPVAT
048.008/0001-04

Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200112013

Vítima: DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

Data do Acidente: 30/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO SOCORRO COSTA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000560

Conta: 00000157348-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

Alameda das Carinaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

Processo nº: 0806487-31.2020.8.20.5106

AUTOR: DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC), 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, 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 10 (dez) 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 realização da perícia, devendo a parte autora ser intimada pessoalmente para comparecer ao ato. **Saliente-se que, caso a parte autora não compareça à perícia, NÃO será concedida oportunidade de reaprazamento de perícia por ausência injustificada, culminando assim na preclusão da prova pericial e no consequente julgamento do mérito.**

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo sucessivo 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.

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-se vista ao Representante do Ministério Público.

Adotadas as supra expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 6 de maio de 2020.

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

JUÍZA DE DIREITO EM SUBSTITUIÇÃO LEGAL
(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró

Alameda das Carinaubeiras, 355, Presidente Costa e Silva, MOSSORÓ - RN - CEP: 59625-410

Processo nº: 0806487-31.2020.8.20.5106

AUTOR: DIOGO ALEXANDRE COSTA DA SILVA

RÉU: SEGURADORA DPVAT

DESPACHO

Considerando a presunção relativa de insuficiência financeira formulada pela pessoa natural (art. 99, § 3º, CPC), 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, 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 10 (dez) 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 realização da perícia, devendo a parte autora ser intimada pessoalmente para comparecer ao ato. **Saliente-se que, caso a parte autora não compareça à perícia, NÃO será concedida oportunidade de reaprazamento de perícia por ausência injustificada, culminando assim na preclusão da prova pericial e no consequente julgamento do mérito.**

Perfectibilizada a perícia, apresentado, na ocasião, o laudo pelo perito, devem ser, de pronto, intimadas as partes para, no prazo sucessivo 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.

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-se vista ao Representante do Ministério Público.

Adotadas as supra expostas providências, voltem-nos conclusos.

P. I. Cumpra-se.

Mossoró/RN, 6 de maio de 2020.

DANIELA ROSADO DO AMARAL DUARTE

JUÍZA DE DIREITO EM SUBSTITUIÇÃO LEGAL
(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)