



Número: **0820478-98.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **16/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSIVAN MODESTO DA SILVA (AUTOR)		Felippe de Queiroz Bessa Bandeira Leite (ADVOGADO)	
Porto Seguro Cia. de Seguros Gerais (RÉU)			
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60884847	30/09/2020 13:58	<a href="#">2753639_CONTESTACAO_Anexo_04</a>	Outros documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190318305

Vítima: JOSIVAN MODESTO DA SILVA

Data do Acidente: 03/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARLIANE DA SILVA RODRIGUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSIVAN MODESTO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14299647

Pag. 00305/00306 - carta\_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 30/09/2020 13:58:57

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093013585664800000058412675>

Número do documento: 20093013585664800000058412675

Num. 60884847 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190318305**

**Vítima: JOSIVAN MODESTO DA SILVA**

**Data do Acidente: 03/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KARLIANE DA SILVA RODRIGUES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSIVAN MODESTO DA SILVA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JOSIVAN MODESTO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000004883**

Conta: **000001853-2**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 30/09/2020 13:58:57

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093013585664800000058412675>

Número do documento: 20093013585664800000058412675

Num. 60884847 - Pág. 2



Governo do Estado do Rio Grande do Norte  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social  
Polícia Civil  
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

Endereço: Complexo de Delegacias Especializadas, Av. Ayrton Senna, 3134, NEÓPOLIS, NATAL, FONE/FAX: 32321565

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018031000314

1.2 Data de Expedição: 23/04/2019 15:22:25

1.3 Tipo: LESAO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.4 Liguou CROSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 03/09/2018 07:30:00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.7 Logradouro: AVENIDA BERNARDO VIEIRA

2.8 Número: 0000

2.9 CEP: 59.000-000

2.10 Complementos:

2.11 Ponto de Referência:

2.12 Bairro: QUINTAS

2.13 Cidade: NATAL

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (Pessoa Física)

3.1 Nome Completo: JOSIVAN MODESTO DA SILVA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai:

3.5 Etnia: Sem informação

3.6 Mãe: LUZINETE MODESTO DA SILVA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 09020180407

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 09/04/1982

3.13 Profissão: BARBEIRO

3.14 RG: 002284611 - ITP/RN

3.15 Telefone(s): 84 988372883

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 1085

3.18 Nacionalidade: NATAL - RN

3.19 Bairro: QUINTAS

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: AVENIDA BERNARDO VIEIRA

3.23 Cidade: NATAL

3.24 CEP: 59051000

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE E A PRÓPRIA VÍTIMA

6. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUIDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: \*\*\*\*\*48110

7.1.4 Renavam:

7.1.5 Placa: NZX7071

7.1.6 Estado:

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN EX

7.1.9 Ano do Modelo: 2012

7.1.10 Ano de Fabricação: 2012

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: LUCIANA PATRICIA BARBOSA PEREIRA

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: O COMUNICANTE/VÍTIMA

7.1.18 Observações: CONDUTOR SEM HABILITAÇÃO

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

8.1 DOS FATOS

8.1.1 Histórico

O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL E INFORMOU QUE NA DATA E HORA CITADOS CONDUZIA A MOTOCICLETA EM TELA QUANDO UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO O TRANCOU E O MESMO VEIO A DESEQUILIBRAR E CAIR E SOFRER LESÕES CONFORME BAA DE NÚMERO 48997/2018, ORIUNDO DO PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO.

NADA MAIS DISSE

8.2 Informações do CROSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 23/04/2019 15:22:25

*Helton Paiva*  
Policial

*Josivan Modesto da Silva*  
Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1702343 - JANIR AZEVEDO DE PAIVA

Impresso por: 1702343 - JANIR AZEVEDO DE PAIVA em 23/04/2019 15:22:41

PROTOCOLO  
RECEBIDO

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA 10 MAI 2019

TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGS.

*autenticado*



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 30/09/2020 13:58:57

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093013585664800000058412675

Número do documento: 20093013585664800000058412675

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DÁMS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

NR do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 090.201.90407 Nome completo da vítima: Josivan Modesto da Silva

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**

Nome completo: Josivan Modesto da Silva CPF: 090.201.90407

Profissão: Bombeiro Endereço: Av. - Bernardo Vieira Número: 1085 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Quintas Cidade: Natal Estado: RN CEP: 59051-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): 84 20300637 - 988171020

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**DADOS CADASTRAIS**

**REDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 4883 CONTA: 1.853 2

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que: (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.294/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grav de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou esposa? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura do representante legal (se houver): \_\_\_\_\_ Local e Data: Natal RN 08/05/2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Josivan Modesto da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Korilome do Silveira Padua

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**PROTOCOLO RECEBIDO**

Assinatura

**10 MAI 2019**

**TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.**

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS-001 V001/2018





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 46997 /2018

Admissão: 03/09/2018 09:50:00



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA -

FATURADO

EM

Paciente: 92368 - JOSIVAN MODESTO DA SILVA (36 a 5 m 4 d)

Nascimento: 09/04/1982 Natural: NATAL BRASIL

CNS: CPF: 09020190407 Prof:

Mãe: LUZINETE MODESTO DA SILVA Pai:

Logradouro: BERNARDO VIEIRA, 1085

CEP: 59035015 Bairro: QUINTAS

Telefone: 84.987396703

Cidade: NATAL

Comp:

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: FAMILIA

Tipo: NÃO REFERENCIADO

\*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação:				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	PO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

#### HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas:

Hora: \_\_\_\_\_

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL 16/04/18  
MAT. Nº. 182873  
SAME  
Ot  
ASSINATURA

#### EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A  
B  
C  
D  
E

#### OUTRAS OBSERVAÇÕES:

\*Saída: .

PROTOCOLO  
RECEBIDO

10 MAI 2018

TERRA DO SOL ADM.  
E CURETORIA DE SEGS.

#### DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

\*Gerado via SX por ERIVALDO SIQUEIRA DA COSTA. Impresso em 13 de Setembro de 2018.



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 30/09/2020 13:58:57

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093013585664800000058412675>

Número do documento: 20093013585664800000058412675

Num. 60884847 - Pág. 5

**POLITRAUMA**  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 46997

ATA: 03 109 120 HORA:

TEL 987396703

NOME: Jozevan euclides da Silva

DATA DO NTO 09/04/1982 IDADE \_\_\_\_\_ COR \_\_\_\_\_ SEXO M ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

CARTÃO SUS \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ CPF 090201904-07

NATURALIDADE RN/Natal PROFISSÃO \_\_\_\_\_ PROCEDÊNCIA \_\_\_\_\_

MÃE: Juziela modesto da Silva PAI: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: R. Av. Bernardo Vieira Nº 1085

BAIRRO: Quintas CIDADE: Natal

**CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO**

APARENTEMENTE SEM ☐

REGULAR ☐

COM DISPERIA ☐

CHOCADO ☐

COMATOSO ☐

COM HEMORRAGIA ☐

EM CONVULSÃO ☐

POLITRAUMATIZADO ☐

FRATURADO ☐

OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO ☐

SI ☐

NÃO ☐

PUPILAS \_\_\_\_\_

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) \_\_\_\_\_

B) FREQUÊNCIA RESPIRATORIA \_\_\_\_\_

C) PRESSÃO ARTERIAL \_\_\_\_\_

ESCORE FINAL (SOBRE TRAJMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP. \_\_\_\_\_

RE PIRAÇÃO \_\_\_\_\_

PULSO \_\_\_\_\_

T.A \_\_\_\_\_

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESAÃO (ALLEGADA)

Paciente com história de queda de moto, há 4 horas. Alega perda de consciência, perda de vômitos. Refere dor em antebraço e mão (E). Abdomen flácido e indolor.

EXAME FÍSICO

A - VAP; Nega Cervicalgia

B - Espúrio

C - Estável Hemodin.

D - Colargos. 15; Pupilas Iso/Foto

E - Edema em antebraço e mão (E).

**SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T - RTS**

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

Unidade Hospitalar de Epidemiologia

05/03/18

**RAIOS-X**

Realizado em 05/03/18 Hora: \_\_\_\_\_

Técnico: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO INICIAL



# 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: 23/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSIVAN MODESTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04883

CONTA: 000000001853-2

---

---

Nr. da Autenticação A6DCDE685E03828D



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 30/09/2020 13:58:57

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093013585664800000058412675>

Número do documento: 20093013585664800000058412675

Num. 60884847 - Pág. 7



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

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE  
RUA MERMOS, 150, BALDO,  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20095199-0



COSERN

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

IZABEL FREIRE PEREIRA

CPF: 318.581.564-04

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV BERNARDO VIEIRA 1035  
LARANJEIROS DO DINKOQUINTAS/ÁREA URBANA  
59051-000 NATAL 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

10/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

80,82

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

03/05/2019

## DATA DA APRESENTAÇÃO

03/05/2019

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

023563839

Série: U

## CONTA CONTRATO

007004029806

## Nº DO CLIENTE

3040158999

## Nº DA INSTALAÇÃO

0000988999

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

FF63.F590.7589.654E.A8C5.5C30.63B3.06A1

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,22045016	6,61
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,37791447	26,45
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	55,00	0,56887171	31,17
Adicional Bandeira AMARELA			0,13
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,10
ICMS-Parcela Subvencionada			6,70
Multa por atraso-NF 020648450 - 07/03/19			1,31
Juros por atraso-NF 020648450 - 07/03/19			0,89
Atualização IGP-M-NF 020648450 - 07/03/19			1,22
Compensação DMIC 03/19			0,85
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>80,82</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
64,36	18,00	11,58	64,36	1,33	0,85
			64,36	5,11	3,93

## EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	DI Remov	Valor
11/04/19	04/05/19	72,07

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 as condições definidas na Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh	0,16436769	MAI 19	165
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,28177303	ABR 19	143
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,42265959	MAR 19	150
		FEV 19	181
		JAN 19	148

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$	%	DEZ 18	145
154		NOV 18	154
142		OUT 18	142
151		SET 18	151
138		AGO 18	138
139		JUL 18	139
145		JUN 18	145
151		MAI 18	151

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MÊNDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	JP DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000201100378	CAT	04/04/2019	11.409,00	03/05/2019	11.583,00	29	1,00000

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/06/2019

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM.	METAS ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia	NATAL	4,61	5,07	10,15	20,30
FIQ-No.de vezes sem Energia		1,00	3,91	6,22	12,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		4,61	2,86	0,00	0,00
DIC-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
ENSO-Valor do Enchimento de Uso					R\$ 22,73

Todo Consumidor pode solicitar a suspensão das medições DIC, FIC, DMIC e ENSO a qualquer tempo.

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! José Francisco da Silva 111567: av miguel castro, 914 s, bom pastor / para  
eleitor: avenida enlitas barros, bom pastor/Lata 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 Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.  
A partir de 22/04, tarifa com reajuste médio de 5,48% para Baixa Tensão e 2,81% para Alta Tensão-REH 2.532/19  
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%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês  
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 37,32 -  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.  
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,  
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

## NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

10 MAI 2019

TERRA DO SOL ADM.

TALÃO DE PAGAMENTO DE SEGS

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

83830000004 808200384070 004029806200 012259435736





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das 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 de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAP<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 SUSPENSAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Karilane da Silva Rodrigues

inscrito (a) no CPF/CNPJ 071.923.044/26, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Josivan Marcelo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.201.904/07

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima Josivan Marcelo da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.201.904/07, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

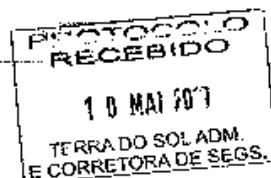
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Av. Bernardo Vieira</u>	Número: <u>3085</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Quintas</u>	Cidade: <u>Natal</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59051-000</u>	Tel.(DDD): <u>84</u>
		<u>20300637-988171020</u>

Local e Data: Natal RN 08/05/2019

Karilane da Silva Rodrigues  
Assinatura do Declarante



DLRL\_001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 30/09/2020 13:58:57

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093013585664800000058412675>

Número do documento: 20093013585664800000058412675

# DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Luciana Patrícia Barbosa Pereira

RG nº 001230532, data de expedição      /      /       
Órgão ITEP, portador do CPF nº 751009834-39, com  
domicílio na cidade de Natal, no Estado de RN, com  
residência na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua do Bodejo, nº 93

complemento Parque das Dunas 61 declaro, sob as

penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na

data do acidente ocorrido com a vítima

Josivan Modesto da Silva cujo o condutor

era Josivan Modesto da Silva

Veículo: Honda/CG 150

Ano: 2012

Modelo: titon Ex 150

Placa: NZ X 7071

Chassi: 9C2K C3 660CR5 48110

Data do Acidente: 03/09/2018 Dia 03/09/2018

Local e Data: 11 ABR 2019

Luciana Patrícia Barbosa Pereira

Assinatura do Declarante

Josivan Modesto da Silva

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro, que não seja a vítima do acidente)

PROTÓCOLO RECEBIDO  
10 MAI 2019  
TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGS.



29 Oito de Nôtes  
At. Nôtes: 1189 - Lógica: 888 - 0800 000 0000 - 0444 - 044  
Pôrto: 361 3222 2222 - 0800 000 0000 - 0444 - 044  
Reconheço as firmas de LUCIANA PATRÍCIA BARBOSA PEREIRA e JOSIVAN MODESTO DA SILVA por autenticidade do que dou fe.

Em 11/04/2019  
Em testemunho

Cloris Maria de Andrade - Eso. Autorizada

Cloris Maria de Andrade  
Eso. Autorizada



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 46997/2018

Admissão: 03/09/2018 09:50:00



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA -

FATURADO

EM

Paciente: 92368 - JOSIVAN MODESTO DA SILVA (36 a 5 m 4 d)

Nascimento: 09/04/1982 Natural: NATAL BRASIL

CNS: CPF: 09020190407

Mãe: LUZINETE MODESTO DA SILVA Pai:

Logradouro: BERNARDO VIEIRA, 1085

CEP: 59035015

Bairro: QUINTAS

Telefone: 84.987396703

Cemitério:

Cidade: NATAL

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: NÃO REFERENCIADO

Origem: FAMÍLIA

\*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

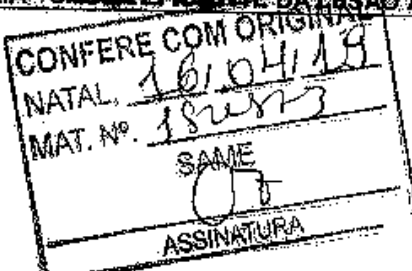
Classificação:

HORA	P.A.	HGT	SaO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICAZ DA LESÃO ALEGADA

Queixas:

Hora:



EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A

B

C

D

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

\*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

PROTOCOLO  
RECEBIDO

10 MAI 2018

TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETURA DE SEGS.

Gerado via SX por ERIVALDO SIQUEIRA DA COSTA. Impresso em 13 de Setembro de 2018.



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 30/09/2020 13:58:57

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093013585664800000058412675>

Número do documento: 20093013585664800000058412675

Num. 60884847 - Pág. 11

**POLITRAUMA**  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 46997

ATA: 03 109 / 2018 HORA: 18:00 TEL: 987396703

NOME: Josivan Modesto da Silva

DATA DO NTO: 09/04/1982 IDADE: \_\_\_\_\_ COR: \_\_\_\_\_ SEXO: M ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: 090201904-07

NATURALIDADE: RN/Natal PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_

MÃE: Josivete Modesto da Silva PAI: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: R. Av. Bernardo Vieira Nº 1085

BAIRRO: Quintas CIDADE: Natal

**CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO**

APARENTEMENTE BEM ☐

REGULAR ☐

COM DISPNEIA ☐

CHOCADO ☐

COMATOSO ☐

COM HEMORRAGIA ☐

EM CONVULSÃO ☐

POLITRAUMATIZADO ☐

FRATURADO ☐

OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO ☐

SIEM ☐

PUPILAS:

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATORIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SOBRE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.

REPIRAÇÃO

PULSO

T.A

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente com história de queda de moto, há 4 horas. Acute por: sede, náusea, vômitos, perda de consciência, dor em antebraço e mãos (E). Abdome flácido e indolor.

EXAME FÍSICO

A - VAP; Náusea Cervicalgia

B - Espúrico

C - Estável Hemodin.

D - Glasgow 15; Pupilas Iso/Foto

E - Edema em antebraço e mãos (E).

**SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS**

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

Bolsão Hospitalar de Epidemiologia

05/03/18

**RAIOS-X**

Realizado em 03/03/18 Hora: \_\_\_\_\_

Técnico: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO INICIAL



# Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN  
Fone: (84) 3133-4300 - Fax: (84) 3132-1223  
hmemorial@vivo.com.br

## FICHA DE INTERNAÇÃO

Data: 09/10/2018 11:06

Paciente: JOSIVAN MODESTO DA SILVA

Registro: 132069

RG: 002264611

CPF: 090.201.504-07

Nascimento: 09/04/1983 36 anos Sexo: Masculino Est. Civil: Solteiro(a)

Esposa: BERNARDO VIEIRA

Nº: 1035

Bairro: QUINTAS

Cidade: NATAL

UF: RN

CEP: 59000000

Fone: 84985372693

Profissão: BARBEIRO

Mãe: LUZINETE MODESTO DA SILVA

### Dados do Internamento

Vaga Internamento: 1

Entrada: 09/10/2018 11:05 Previsão saída: 10/10/2018 11:00 Atendente: CLAUDIA F

Condição: SUS MUNICIPAL

Matrícula/CNS: 700707466354880

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM: 65601

**LEITO RESERVA 07**

### Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

### Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado 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 e a liquidação total do débito, que autorizo o acréscimo de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora esta autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Autorizo a liberação da documentação do meu caso médico, através de fotografia, ou de exames gráficos, bem como o seu arquivamento por meio digital, por fis, fotografias ou quaisquer meios para os seguintes fins:

- a. Diagnóstico;
- b. Planejamento e Terapêutico;
- c. Ensino e Pesquisa.

Assinatura: [X] Paciente [ ] Responsável

Observações

COM DUAS FOLHAS DE RX LAUDO DO SUE MEDICO CIENTE

EdiWare

PROTÓCOLO  
RECEBIDO  
10 MAI 2017  
TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGS.

Página 1/2



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 30/09/2020 13:58:57

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093013585664800000058412675

Número do documento: 20093013585664800000058412675

Num. 60884847 - Pág. 13

**Hospital Memorial do Natal**

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

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

hmemorial@hmemorial.com.br

**FICHA DE INTERNAMENTO**

Data: 09/10/2018 11:06

**Dados do Paciente**

Paciente: JOSIVAN MODESTO DA SILVA

Registro: 132069

Num RG: 002264611 CPF: 990.201.904-07 Nascimento: 09/04/1982 36 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Solteiro(a)

Endereço: BERNARDO VIEIRA

N.: 1083

Bairro: QUINTAS

Cidade: NATAL

UF: RN

CEP: 59000000

Fone: 84988372493

Profissão: BARBEIRO

Mãe: LUZINETE MODESTO DA SILVA

**Dados do Internamento**

Num. Internamento: 1

Entrada: 09/10/2018 11:06 Previsão saída: 10/10/2018 11:00 Atendente: CLAUDIA F

Convênio: SUS MUNICIPAL

Matrícula/CNS: 700707466354030

Médico: Dr. HELIO RUBENS FOLDO GARCIA

CRM: 5500

**LEITO RESERVA 07****Termo de Responsabilidade**

Data/Hora Alta: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Data da Baixa: \_\_\_\_\_ No. de dias de hospitalização: \_\_\_\_\_ No. de US: \_\_\_\_\_

Doc. Apresentado: \_\_\_\_\_ Diagnostico Definitivo: \_\_\_\_\_

Procedência: \_\_\_\_\_

História da Doença atual: \_\_\_\_\_

Interrogatório sobre diversos aparelhos: \_\_\_\_\_

Antecedentes pessoais: \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares: \_\_\_\_\_

Estado geral: \_\_\_\_\_

Ap. Cardiorespiratórios: \_\_\_\_\_

Ap. digestivo: \_\_\_\_\_

Ap. Locomotor e Neurológico: \_\_\_\_\_

Ap. Urinário e Ginecológico: \_\_\_\_\_

Impressão geral: \_\_\_\_\_

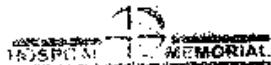
Conduta: \_\_\_\_\_

Medic. Ware:

HOSPITAL MEMORIAL  
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979  
TIROL - NATAL/RN  
CEP: 59000-000  
Fone: (84) 3133-4200

Página 1 / 2





## Hospital Memorial de Natal

AV JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN  
Fone: (84) 3133-4200 / Fax: (84) 3102-1225  
hmemorial@veloxnet.com.br

Data: 09/10/2018 11:05

### Dados do Paciente

Paciente: **JOSIVAN MODESTO DA SILVA**

Registro: **132069**

Num. RG: **002264611** CPF: **090.201.904-07** Nascimento: **09/04/1942** 36 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **BERNARDO VIEIRA**

Nº: **1085**

Bairro: **QUINTAS**

Cidade: **NATAL**

UF: **RN**

CEP: **59000000**

Fone: **8498837269**

Profissão: **BARBEIRO**

Mãe: **LUZINETE MODESTO DA SILVA**

### Dados do Internamento

Num. Internamento: **1**

Entrada: **09/10/2018 11:05** Previsão Saída: **10/10/2018 11:00** Atendente: **CLAUDIA F**

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

MéTODO: **ONS: 700707466354880**

Médico: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**

CRM: **0550**

**LEITO RESERVA 07**

### Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

### TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: 57926 FRATURA DE RÁDIO
2. - O(A) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual será 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 imprevistas que possam ocorrer e necessitam de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização:  
Preenchido pelo responsável do paciente

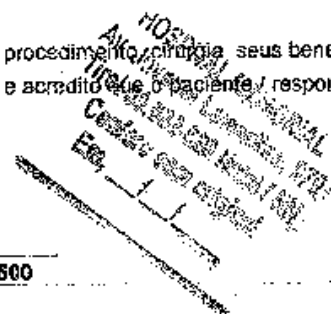
Assinatura: [assinatura] Paciente [assinatura] Responsável

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. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA - CRM 5500



MedicWare

Página 1 / 2




Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 30/09/2020 13:58:57

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20093013585664800000058412675>

Número do documento: 20093013585664800000058412675

Num. 60884847 - Pág. 15



 <p>GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Salinho</p>		<p><b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AII</b></p>	
<p align="center"><b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b></p>			
<p align="center"><b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO</b></p>			
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE		4 - CNES	
<p align="center"><b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b></p>			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - TELEFONE DE CONTATO	
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)	
13 - MUNICÍPIO		14 - BAIRRO	
15 - UF		16 - CEP	
<p align="center"><b>LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b></p>			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS (SÍNDROMES)			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID INICIAL	
22 - CID SECUNDÁRIO		23 - LAUDOS ASSOCIADOS	
<p align="center"><b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b></p>			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		27 - DT SOLICITAÇÃO	
28 - DT SOLICITAÇÃO		29 - CNES / CBO	
30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	
<p align="center"><b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b></p>			
32 - ( ) ACIDENTE DE TRANSITO		33 - CNPJ DA SEGURADORA	
34 - Nº DO BILHETE		35 - BÔNUS	
36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO		37 - CNPJ	
38 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO		39 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO	
40 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO		41 - CID PRINCIPAL	
42 - CID SECUNDÁRIO		43 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO	
44 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO		45 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO	
<p align="center"><b>AUTORIZAÇÃO</b></p>			
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO		47 - Nº DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	
48 - DT AUTORIZ.		49 - DT AUTORIZ.	
50 - CNES / CBO		51 - CNES / CBO	
52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	
54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AII)		55 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AII)	

Nota: Observar, no âmbito hospitalar, a necessidade de avaliação da situação de saúde do paciente e a realização de exames de laboratório, clínicos, exames de imagem, entre outros, em especial o



08/10/2018

SISREG H - Control de Produção

Código: 255924416

**IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**

Unidade Solicitante:  
HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL (2553925)  
Central Reguladora:  
NATAL

Cp. Solicitante:  
24278530463ALUZIN  
Unidade Desejada:  
---

Data de Solicitação:  
05.09.2018 - 18:23:51  
Data Desejada:  
---

**DADOS DO PACIENTE**

CNS:  
700707466354880  
Nome do Paciente:  
JOSIVAN MODESTO DA SILVA  
Nome da Mãe:  
LUZINETE MODESTO DA SILVA  
Sexo:  
MASCULINO  
Data de Nascimento:  
09/04/1982 (36 anos)  
Tipo Legado:  
AVENIDA  
Número:  
1085  
País de Residência:  
BRASIL  
Telefone(s):  
(84) 98739-6793 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:  
JOSIVAN  
Naturalidade:  
NATAL - RN  
Etnia:  
SEM INFORMAÇÃO  
Tipo Sanguíneo:  
---  
Representação:  
RICHARDO VIEIRA 2/1234  
Vairos:  
QUINTAS  
Município de Residência:  
NATAL

Complemento:  
CEP:  
69051-000  
UF:  
RN

**DADOS DA SOLICITAÇÃO**

CPF do Médico Solicitante:  
65432193434  
Diagnóstico Inicial - CID:  
S523 - FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO  
Caráter:  
11 - Urgência  
Clínica:  
ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRA/UMATOLOGIA  
Procedimento Solicitado:  
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA CRANISARLA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA

Nome do Médico Solicitante:  
ALEXES DE ARRUDA JUNIOR  
Status da Solicitação:  
PENDENTE

Classificação de Risco:  
Risco - Urgência, atendimento o mais rápido possível  
Clínica Complementar:  
Nenhuma  
Código:  
6408020431

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:  
TRAUMATISMO EM RÁDIO, REFERINDO DOR, EDEMA, DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL SEGUE AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA/RD  
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:  
LAUDO+RX+EX.LAB.  
Condições que Justificam a Internação:  
TRATAMENTO CIRÚRGICO

**PACIENTE**

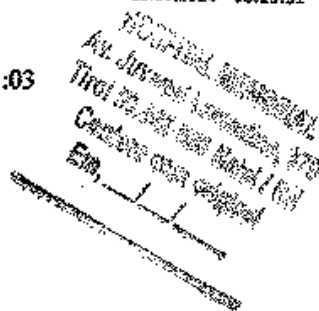
Motivo de Impedimento do Regulador:  
---

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador):

CRM:

Data de Solicitação:  
05.09.2018 - 18:23:51

Data da Extração dos Dados: 08/10/2018 09:41:03



Código Solicitação: 255924416

Número AIH: 241810087355-1

**IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**

Unidade Solicitante:  
HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL  
Unidade Executante:  
HOSPITAL MEMORIAL  
Lagoa do Lago, Endereço, Nº, Complemento, Bairro  
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL  
Central Reguladora  
Data de Solicitação  
Data de Autorização  
Data de Reserva  
Data de Internação  
Data Prevista de Alta  
Data de Alta  
Motivo da Alta

NATAL

05.09.2018 - 18:23:51

08/10/2018 - 17:20:20

09.10.2018

09.10.2018

10.10.2018

10/10/2018 - 16:49:39

1.2 ALTA MELHORADO

CNS:

2653973

CNS:

2408252

Município Executante

NATAL

Operador

24278530463ALLITIO

Operador

05164645470KALLINE

Operador

33391521449FRANCISCA

Operador

33391521449FRANCISCA

**DADOS DO PACIENTE**

CNS:

700707466354880

Nome do Paciente

JOSIVAN MODESTO DA SILVA

Nome da Mãe

LUZINETE MODESTO DA SILVA

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

09/04/1982 (36 anos)

Tipo Logradouro:

AVENIDA

Número:

1085

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(84) 98739-6703 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apêlido:

JOSIVAN

Nacionalidade:

NATAL - RN

Raça:

SEM INFORMACAO

Tipo Sanguíneo:

---

Logradouro:

BERNARDO VIEIRA 2/1234

Bairro:

QUINTAS

Município de Residência:

NATAL

Complemento:

CEP:

59051-000

UF:

RN

**DADOS DA SOLICITAÇÃO**

CPF do Médico Solicitante:

65432193434

CPF do Médico Executante:

19561917807

Diagnóstico Inicial - CID:

S523 - FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO

Caráter

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA OSTEISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA

ULNA

Nome do Médico Solicitante:

ABRIL DE ARRUDA JUNIOR

Nome do Médico Executante:

HELIO RUBENS SÓLIDO GARCIA

Status da Solicitação:

APROVADA

Classificação de Risco

Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível

Clínica Complementar:

VARIANTE

Código:

0405020431

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

TRAUMATISMO EM RÁDIO, REFERINDO DOR, EDEMA, DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL. SEGUE AOS CUIDADOS DE ORTOPEDIA

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

LAUDO+RX+EX.LAB.

Condições que Justificam a Internação:

TRATAMENTO CIRÚRGICO

**PARECER**

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

CNS:

Data da Solicitação:

05.09.2018 - 18:23:51



**BLOCO CIRÚRGICO**  
**BOLETIM DE SALA**

Reg	1	3	20	6	9	NAME	Kevin Mervin B. Sison
-----	---	---	----	---	---	------	-----------------------

AFTO:

**Cirurgia Realizada**

DATA: 09/10/2018

EQUIPE	NOME	CRM	CRM	CRM
Cirurgião				
1 Auxiliar	Dr Helio Garcia		5500	
2 Auxiliar				
Anestesiologista	Victor Dantas F. Lopes	083.801.12460	6424	
Instrumentador	Dr. [illegible]			
Ator				



1. Paciente em DDH sob bloqueio M Sup E 2. Assepsia e antissepsia 3. Via de acesso dorsal antebraço E + divisão roma 4. Tratamento cirúrgico da fratura do antebraço E 5. Osteotomia dos ossos longos 6. Enxerto ósseo 7. RX intra-op 8. Limpeza + sutura + curativo + tala gessada

COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
MEDICAMENTOS				FIOS				DESCARTÁVEL			
000001	Agua Bactericida 100ml	AMP		000002	Agua Bactericida 50ml	AMP		000003	Agua Bactericida 25ml	AMP	
000004	Agua Bactericida 10ml	AMP		000005	Agua Bactericida 5ml	AMP		000006	Agua Bactericida 2.5ml	AMP	
000007	Agua Bactericida 1ml	AMP		000008	Agua Bactericida 0.5ml	AMP		000009	Agua Bactericida 0.25ml	AMP	
000012	Glucose 25% 100ml	AMP		000013	Glucose 25% 50ml	AMP		000014	Glucose 25% 25ml	AMP	
000015	Glucose 30% 100ml	AMP		000016	Glucose 30% 50ml	AMP		000017	Glucose 30% 25ml	AMP	
000018	Glucose 50% 100ml	AMP		000019	Glucose 50% 50ml	AMP		000020	Glucose 50% 25ml	AMP	
000021	Insulina 100UI	AMP		000022	Insulina 50UI	AMP		000023	Insulina 25UI	AMP	
000024	Insulina 10UI	AMP		000025	Insulina 5UI	AMP		000026	Insulina 2.5UI	AMP	
000027	Insulina 1UI	AMP		000028	Insulina 0.5UI	AMP		000029	Insulina 0.25UI	AMP	
000030	Insulina 0.5UI	AMP		000031	Insulina 0.25UI	AMP		000032	Insulina 0.125UI	AMP	
000033	Insulina 0.0625UI	AMP		000034	Insulina 0.03125UI	AMP		000035	Insulina 0.015625UI	AMP	
000036	Insulina 0.0078125UI	AMP		000037	Insulina 0.00390625UI	AMP		000038	Insulina 0.001953125UI	AMP	
000039	Insulina 0.0009765625UI	AMP		000040	Insulina 0.00048828125UI	AMP		000041	Insulina 0.000244140625UI	AMP	
000042	Insulina 0.0001220703125UI	AMP		000043	Insulina 0.00006103515625UI	AMP		000044	Insulina 0.000030517578125UI	AMP	
000045	Insulina 0.0000152587890625UI	AMP		000046	Insulina 0.00000762939453125UI	AMP		000047	Insulina 0.000003814697265625UI	AMP	
000048	Insulina 0.0000019073486328125UI	AMP		000049	Insulina 0.00000095367431640625UI	AMP		000050	Insulina 0.000000476837158203125UI	AMP	
000051	Insulina 0.0000002384185791015625UI	AMP		000052	Insulina 0.00000011920928955078125UI	AMP		000053	Insulina 0.000000059604644775390625UI	AMP	
000054	Insulina 0.0000000298023611928955078125UI	AMP		000055	Insulina 0.00000001490118059644775390625UI	AMP		000056	Insulina 0.00000000745059029822387890625UI	AMP	
000057	Insulina 0.0000000037252951494140625UI	AMP		000058	Insulina 0.00000000186264757470703125UI	AMP		000059	Insulina 0.000000000931323787353515625UI	AMP	
000060	Insulina 0.0000000004656618936767578125UI	AMP		000061	Insulina 0.00000000023283094683837890625UI	AMP		000062	Insulina 0.000000000116415473419189453125UI	AMP	
000063	Insulina 0.00000000005820773670959453125UI	AMP		000064	Insulina 0.000000000029103868354797265625UI	AMP		000065	Insulina 0.0000000000145519341773986328125UI	AMP	
000066	Insulina 0.00000000000727596708869921875UI	AMP		000067	Insulina 0.000000000003637983544349609375UI	AMP		000068	Insulina 0.0000000000018189917721748046875UI	AMP	
000069	Insulina 0.00000000000090949588608740234375UI	AMP		000070	Insulina 0.000000000000454747943043701171875UI	AMP		000071	Insulina 0.0000000000002273739715218505859375UI	AMP	
000072	Insulina 0.00000000000011368698576092529296875UI	AMP		000073	Insulina 0.000000000000056843492880462646484375UI	AMP		000074	Insulina 0.0000000000000284217464402313232421875UI	AMP	
000075	Insulina 0.0000000000000142108732240115616162109375UI	AMP		000076	Insulina 0.0000000000000071054366120057808081046875UI	AMP		000077	Insulina 0.00000000000000355271830600289040405234375UI	AMP	
000078	Insulina 0.0000000000000017763591530014452026261921875UI	AMP		000079	Insulina 0.0000000000000008881795765007226013130959375UI	AMP		000080	Insulina 0.00000000000000044408978825036130065644796875UI	AMP	
000081	Insulina 0.000000000000000222044894125180650328223984375UI	AMP		000082	Insulina 0.0000000000000001110224470625903251641119921875UI	AMP		000083	Insulina 0.00000000000000005551122353129516258205599609375UI	AMP	
000084	Insulina 0.000000000000000027755611765647581291027998046875UI	AMP		000085	Insulina 0.0000000000000000138778058828237906455139990234375UI	AMP		000086	Insulina 0.00000000000000000693890294141189532275699951171875UI	AMP	
000087	Insulina 0.000000000000000003468951470705947661378499755859375UI	AMP		000088	Insulina 0.0000000000000000017344757353529738306892498779296875UI	AMP		000089	Insulina 0.00000000000000000086723786767648691534462493896484375UI	AMP	
000090	Insulina 0.000000000000000000433618933838243457672312469482421875UI	AMP		000091	Insulina 0.0000000000000000002168094669191217288361124847411921875UI	AMP		000092	Insulina 0.00000000000000000010840473345956086441805624237059375UI	AMP	
000093	Insulina 0.000000000000000000054202366729780432209028121185296875UI	AMP		000094	Insulina 0.0000000000000000000271011833648902161045140605926484375UI	AMP		000095	Insulina 0.00000000000000000001355059168224451055227553029632421875UI	AMP	
000096	Insulina 0.0000000000000000000067752958411222527761377665148162109375UI	AMP		000097	Insulina 0.000000000000000000003387647920561113883068883257405078125UI	AMP		000098	Insulina 0.0000000000000000000016938239602805569415344416287025390625UI	AMP	
000099	Insulina 0.00000000000000000000084691198028027847076722081435132421875UI	AMP		000100	Insulina 0.0000000000000000000004234559901401392353836104071756562109375UI	AMP		000101	Insulina 0.00000000000000000000021172799507006961769180520358781046875UI	AMP	
000102	Insulina 0.000000000000000000000105863997535034808845902601793780234375UI	AMP		000103	Insulina 0.0000000000000000000000529319987675174044229513008968901171875UI	AMP		000104	Insulina 0.00000000000000000000002646599938375870221147765044844505859375UI	AMP	
000105	Insulina 0.00000000000000000000001323299969187937010573877512222227296875UI	AMP		000106	Insulina 0.000000000000000000000006616499845939685052869387561111136484375UI	AMP		000107	Insulina 0.000000000000000000000003308249922969842526434693780555568223984375UI	AMP	
000108	Insulina 0.000000000000000000000001654124961484970126569424690277										

**CIRURGIÃO:**

## 1. CIRCULANTE



## RELATÓRIO AMESTESA

**U.S.D.A.**

**PRÉ-ANESTÉSICO:**

【附註】

## TÉCNICA ANESTÉSICA

$$B_{11} + 2i\alpha_0 \bar{v}_1$$

### DRUGS USED IN ANESTHESIA

COR.	DES-2040	UNID	CANT.	CNO.	DESCRIPC.	UN.	CANT.	COR.	DESCRIPC.	UNID	CANT.
000150	Agroquímico	AMP		000150	Mercaderes	100			DESCRIPCION		
000151	Agua Mineral	AMP		000151	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000152	Alimentos	AMP		000152	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000153	Café de Robusta	AMP		000153	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000154	Café de Robusta	AMP		000154	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000155	Café de Robusta	AMP		000155	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000156	Café de Robusta	AMP		000156	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000157	Café de Robusta	AMP		000157	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000158	Café de Robusta	AMP		000158	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000159	Café de Robusta	AMP		000159	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000160	Café de Robusta	AMP		000160	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000161	Café de Robusta	AMP		000161	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000162	Café de Robusta	AMP		000162	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000163	Café de Robusta	AMP		000163	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000164	Café de Robusta	AMP		000164	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000165	Café de Robusta	AMP		000165	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000166	Café de Robusta	AMP		000166	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000167	Café de Robusta	AMP		000167	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000168	Café de Robusta	AMP		000168	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000169	Café de Robusta	AMP		000169	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000170	Café de Robusta	AMP		000170	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000171	Café de Robusta	AMP		000171	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000172	Café de Robusta	AMP		000172	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000173	Café de Robusta	AMP		000173	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000174	Café de Robusta	AMP		000174	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000175	Café de Robusta	AMP		000175	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000176	Café de Robusta	AMP		000176	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000177	Café de Robusta	AMP		000177	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000178	Café de Robusta	AMP		000178	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000179	Café de Robusta	AMP		000179	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000180	Café de Robusta	AMP		000180	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000181	Café de Robusta	AMP		000181	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000182	Café de Robusta	AMP		000182	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000183	Café de Robusta	AMP		000183	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000184	Café de Robusta	AMP		000184	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000185	Café de Robusta	AMP		000185	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000186	Café de Robusta	AMP		000186	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000187	Café de Robusta	AMP		000187	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000188	Café de Robusta	AMP		000188	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000189	Café de Robusta	AMP		000189	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000190	Café de Robusta	AMP		000190	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000191	Café de Robusta	AMP		000191	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000192	Café de Robusta	AMP		000192	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000193	Café de Robusta	AMP		000193	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000194	Café de Robusta	AMP		000194	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000195	Café de Robusta	AMP		000195	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000196	Café de Robusta	AMP		000196	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000197	Café de Robusta	AMP		000197	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000198	Café de Robusta	AMP		000198	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000199	Café de Robusta	AMP		000199	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000200	Café de Robusta	AMP		000200	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000201	Café de Robusta	AMP		000201	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000202	Café de Robusta	AMP		000202	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000203	Café de Robusta	AMP		000203	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000204	Café de Robusta	AMP		000204	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000205	Café de Robusta	AMP		000205	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000206	Café de Robusta	AMP		000206	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000207	Café de Robusta	AMP		000207	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000208	Café de Robusta	AMP		000208	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000209	Café de Robusta	AMP		000209	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000210	Café de Robusta	AMP		000210	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000211	Café de Robusta	AMP		000211	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000212	Café de Robusta	AMP		000212	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000213	Café de Robusta	AMP		000213	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000214	Café de Robusta	AMP		000214	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000215	Café de Robusta	AMP		000215	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000216	Café de Robusta	AMP		000216	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000217	Café de Robusta	AMP		000217	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000218	Café de Robusta	AMP		000218	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000219	Café de Robusta	AMP		000219	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000220	Café de Robusta	AMP		000220	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000221	Café de Robusta	AMP		000221	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000222	Café de Robusta	AMP		000222	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000223	Café de Robusta	AMP		000223	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000224	Café de Robusta	AMP		000224	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000225	Café de Robusta	AMP		000225	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000226	Café de Robusta	AMP		000226	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000227	Café de Robusta	AMP		000227	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000228	Café de Robusta	AMP		000228	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000229	Café de Robusta	AMP		000229	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000230	Café de Robusta	AMP		000230	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000231	Café de Robusta	AMP		000231	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000232	Café de Robusta	AMP		000232	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000233	Café de Robusta	AMP		000233	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000234	Café de Robusta	AMP		000234	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000235	Café de Robusta	AMP		000235	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000236	Café de Robusta	AMP		000236	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000237	Café de Robusta	AMP		000237	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000238	Café de Robusta	AMP		000238	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000239	Café de Robusta	AMP		000239	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000240	Café de Robusta	AMP		000240	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000241	Café de Robusta	AMP		000241	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000242	Café de Robusta	AMP		000242	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000243	Café de Robusta	AMP		000243	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000244	Café de Robusta	AMP		000244	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000245	Café de Robusta	AMP		000245	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000246	Café de Robusta	AMP		000246	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000247	Café de Robusta	AMP		000247	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000248	Café de Robusta	AMP		000248	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000249	Café de Robusta	AMP		000249	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000250	Café de Robusta	AMP		000250	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000251	Café de Robusta	AMP		000251	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000252	Café de Robusta	AMP		000252	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000253	Café de Robusta	AMP		000253	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000254	Café de Robusta	AMP		000254	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000255	Café de Robusta	AMP		000255	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000256	Café de Robusta	AMP		000256	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000257	Café de Robusta	AMP		000257	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000258	Café de Robusta	AMP		000258	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000259	Café de Robusta	AMP		000259	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000260	Café de Robusta	AMP		000260	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000261	Café de Robusta	AMP		000261	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000262	Café de Robusta	AMP		000262	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000263	Café de Robusta	AMP		000263	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000264	Café de Robusta	AMP		000264	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000265	Café de Robusta	AMP		000265	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000266	Café de Robusta	AMP		000266	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000267	Café de Robusta	AMP		000267	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000268	Café de Robusta	AMP		000268	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000269	Café de Robusta	AMP		000269	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000270	Café de Robusta	AMP		000270	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000271	Café de Robusta	AMP		000271	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000272	Café de Robusta	AMP		000272	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000273	Café de Robusta	AMP		000273	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000274	Café de Robusta	AMP		000274	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000275	Café de Robusta	AMP		000275	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000276	Café de Robusta	AMP		000276	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000277	Café de Robusta	AMP		000277	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000278	Café de Robusta	AMP		000278	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000279	Café de Robusta	AMP		000279	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000280	Café de Robusta	AMP		000280	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000281	Café de Robusta	AMP		000281	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000282	Café de Robusta	AMP		000282	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000283	Café de Robusta	AMP		000283	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000284	Café de Robusta	AMP		000284	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000285	Café de Robusta	AMP		000285	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000286	Café de Robusta	AMP		000286	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000287	Café de Robusta	AMP		000287	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000288	Café de Robusta	AMP		000288	Pharm. King	100			DESCRIPCION		
000289	Café de Robusta	AMP		000289	Pharm. King	100					

## Introdução

2000

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Oxímetro	1
Cardioscópio	1
Capnógrafo	1
Oxigênio Líquido	1
Proteído Líquido	1

**FBI - MEMPHIS**  
ALL INFORMATION CONTAINED  
HEREIN IS UNCLASSIFIED  
DATE 06-28-2007 BY 60321 PAK / RJS  
FORN DISSEM ONLY  
END

## ANOTAÇÕES

**INICIO ANESTESIA:**

INICIO CIRURGIAS

DAT2:

楚辭集

FINAL CIRURGIA:

## FINAL ANESTHESIA

ANESTESIOLOGISTA:

CRM: 1170



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

Registro-Internamento: 132069 - 1

Leito Nº: LEITO RESERVA 07

Médico CRM - 5500 - HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

**LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS**

**LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:**

- |   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Mudança de Procedimento | <input checked="" type="checkbox"/> Uso de Prótese, Ortese |
| <input type="checkbox"/> Diária de U.T.I.                   | <input type="checkbox"/> Uso de Fatores de Coagulação      |
| <input type="checkbox"/> Diária de Acompanhante             | <input type="checkbox"/> Uso de Oxigenadores               |
| <input type="checkbox"/> Vacina Anti RH                     | <input type="checkbox"/> Nutrição Parenteral               |
| <input type="checkbox"/> Parecer CCIH                       |  |
| <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>                                   |

**HOSPITAL**

10.867.687/0001-10 Hospital Memorial de Natal

**PACIENTE**

132069 - 1 - JOSIVAN MODESTO DA SILVA

**PROCEDIMENTO ANTERIOR**

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

**MÉDICO SOLICITANTE**

**CRM**

**CPF**

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

5500

195.619.178-07

**JUSTIFICATIVA**

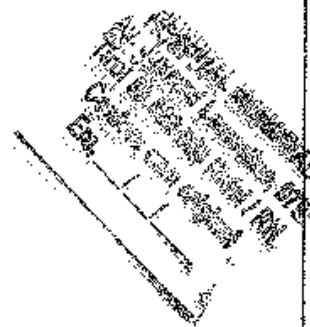
FRATURA DO ANTEBRACO E HA 5 SEMANAS, JPA CONSOLIDADA REALIZA JOS:

040802042-3 - TTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO ANTEBRACO COM SÍNTESE

0408060174 OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PE

0408040157 ENXERTO OSSEO

2 FIOS STEINMANN



**ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE**

**CRM**

5500

**DATA**

09/10/2019 16:47:28

**AUTORIZAÇÃO**

**AUDITOR**

**CRM**

**DATA**





## Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN  
Fone: (84)3135-4200 / Fax: (84)3132-1228 - E-mail: hmemorial@vetoxmail.com.br

### PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 09/10/2018 18:45

#### Dados do Paciente

Registro: **132069** IH: **1** Paciente: **JOSIVAN MODESTO DA SILVA**  
Nascimento: **09/04/1982** **36 anos** Internação: **09/10/2018 11:05:27** Leito: **LEITO RESERVA 07**

### PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

#### DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: **BEER + SEDAÇÃO**

Anestesiologista: **DR. VICTOR**

Tipo: **TTO. DE FRATURA DE ANTEBRAÇO E**

Cirurgião: **DR. HÉLIO**

Instrumentador: **ANTONIA**

Circulante: **FELIFE + STEFANIE**

Tipo curativo: **TALA GESSADA**

Tem material para biópsia/cultura: **NÃO**

Inf. sanguínea: **NÃO**

Monitoração correta: **SIM**

Pieça do bisturi: **SIM**

Antibiótico profilático?: **CEFALOXILINA 2g**

Medicação administradas:

#### Intercorrências / Observações:

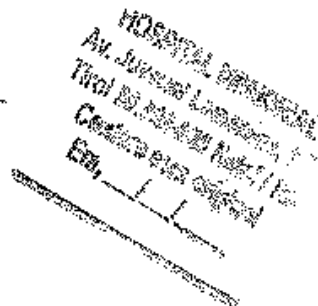
**PACIENTE EM POI DE TTO DE ANTEBRAÇO E. NEGA HAS + DM. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. NA HVP COM SF 0.9% COM JELCO N°20 EM MSD. PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRECIAS ENCAMINHADO AO SRPA EM O° AMBIENTE E SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.**

### FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

#### CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: **Limpa**

FELIPE MORAIS DE MOURA  
Técnico(a) COREN - 620340



PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 132069 IH: 1 Paciente: JOSIVAN MODESTO DA SILVA  
Nascimento: 09/04/1982 36 anos Internação: 09/10/2018 11:05:27 Leito: LEITO RESERVA 07

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

09/10/2018 18:45:20 Técnico(a) COREN - 980343 - EDELMAR MARTINS DA SILVA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ANTEBRAÇO ACOMPANHADO DE SEU FAMILIAR E MAQUEIRO. CONSCIENTE, ORIENTADO (A), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE. FOI PUNÇIONADO(A) COM CATETER VENOSO EM MSE Nº20 VIABILIZANDO 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: NÃO Risco Cirúrgico: NÃO Raio X: PRE: SIM-QTD: 1

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Assinatura Responsável

Outros Exames:

SRPA

09/10/2018 18:45:20 Técnico(a) COREN - 980343 - EDELMAR MARTINS DA SILVA

Nível consciência: ORIENTADO

Oxigenoterapia: O2 AMBIENTE

Acesso venoso: SIM Diurese: NÃO Acidótico: NÃO Pálido: NÃO Sudoroso: NÃO Tremores: NÃO  
Hipotensão: NÃO Fluxo X de Controle:

Medicação ministradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE ALTA HOSPITALAR SEM INTERCORRÊNCIA DE PO OPERATÓRIO DE  
ENCAMINHADO AO RAIO X ACOMPANHADO PELO MAQUEIRO E POR SEU FAMILIAR.

Assinatura Responsável

HOSPITAL MEMORIAL  
Av. Javenal Lamartine, 879 - Tirol - Natal/RN  
CEP: 59034-300  
Fone: (84) 3133-4200  
E-mail: hmemorial@veloxmail.com.br







Prescrição Médica / Evolução Clínica

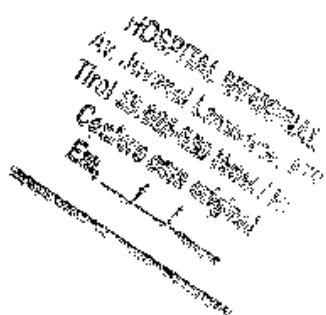
Paciente: JOSIVAN MODESTO DA SILVA Idade: 36 anos  
Convênio: SUS MUNICIPAL Reg.: 132068 Prontuário:  
Unidade: CENTRO CIRURGICO Peso: 80,0 kg Altura: 1,66m  
Leito: LEITO RESERVA 07  
Admissão: 09/10/18 11:05 1 dia(s) de internação  
Diag.: S523 - Fratura da diáfise (do rádio)

10/10/2018 07:00

5500

- 1) DIETA LIVRE, Ao dia
- 2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL  
Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.
- 3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola  
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.  
DILUIR EM 10 ML DE ABD.
- 4) DIFIRONA 500mg/mL ampola  
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.  
DILUIR EM 8 ML DE ABD.
- 5) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola  
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.
- 6) DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola  
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.
- 7) DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido  
Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.
- 8) RANITIDINA 150mg comprimido  
Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.
- 9) OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia
- 10) ALTA HOSPITALAR, 02 em 02 horas

DR. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA  
CRM - 5500





Hospital Memorial de Natal

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

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1225

hmemorial@veloxmail.com.br

**EVOLUÇÃO MÉDICA -**

**Dados do Paciente**

Paciente: JOSIVAN MODESTO DA SILVA

Nascimento: 09/04/1982 | 38 anos

Registro: 132058 Num. Internação: 1

Data Internação: 09/10/2018 11:05:27

Evolução: 09/10/2018 18:46:43

Fratura do antebraço E há 5 semanas, jpa consolidada

CD: tto cirúrgico

POI sem intercorrências

HOSPITAL MEMORIAL  
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979  
TIROL - NATAL - RN  
CEP: 59060-000  
FONE: (84) 3133-4200  
FAX: (84) 3102-1225  
E-MAIL: hmemorial@veloxmail.com.br

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA  
CRM - 8600





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN  
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1223  
hmemorial@vetoxxmail.com.br

**O CENTRO CIRÚRGICO**

**Dados do Paciente**

Paciente: JOSIVAN MODESTO DA SILVA

Registro: 132089 Nº Internação: 1

Nascimento: 09/04/1982 : 36 anos Data Internação: 09/10/2018 11:05:27

Leito: LEITO RESERVA 07

**OBSERVAÇÕES GERAIS**

20:00H-PACIENTE SAIU DE ALTA HOSPITALAR ACOMPANHADO PELO FAMILIAR.

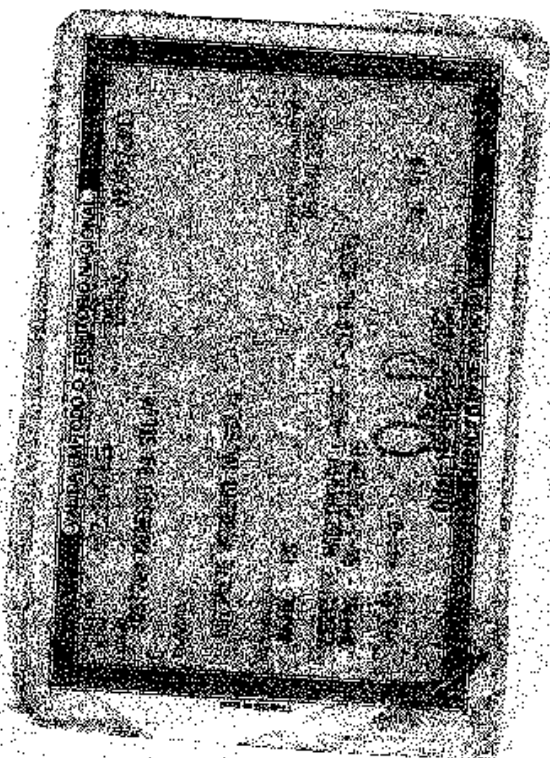
09/10/2

CUT - 1199430

ANGELICA CRISTINA SILVA DE SOUZA

HOSPITAL MEMORIAL  
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979  
TIROL - NATAL/RN  
Centro Cirúrgico  
09/10/2018





PROTOCOLLO  
RECEBIDO  
10 MAI 2017  
TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGS.





**Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**  
**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**



Número  
**077.923.044-26**

Nome  
**KARLIANE DA SILVA RODRIGUES**

Nascimento  
**31/12/1987**

**CÓDIGO DE CONTROLE**  
**869D.A81C.CC27.5D71**



Emitido pela Secretaria de Receita Federal do Brasil  
As 14:11:22 do dia 20/04/2019 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

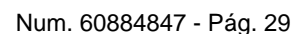
**PROTOCOLO**  
**RECEBIDO**  
**10 MAI 2019**  
**TERRA DO SOL ADM.**  
**E CORRETORA DE SEGS.**



DESIKATILAKS

[illegible]

TERREIRA DO SOL ADM.  
SECRETARIA DE SEGS



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190318305 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSIVAN MODESTO DA SILVA **Data do acidente:** 03/09/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA ÚNICA DO RADIO ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. (11)  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Josivan Modesto da Silva, brasileiro(a),  
estado civil: Solteiro, Profissão: Carbureiro, Data do Acidente 03/09/2018  
Cobertura Invalidez, portador(a) do RG 002.264.611, órgão expedidor  
SSP/RN e do CPF: 090.201.904.07 residente no(a)  
Av. Bernardo Vieira nº 3085,  
bairro: Quintas, município: Natal, / RN.

### OUTORGADO:

Nome: Karlione da Silva Rodrigues, brasileiro(a)  
estado civil: Solteiro, Profissão: manicure, portador(a) do RG  
002.734.830, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 077.923.044.26, residente  
no(a) Av. Bernardo Vieira nº 3085,  
bairro: Quintas, município: Natal, / 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.

02 MAIO 2019

Local e Data

2º OFÍCIO  
DE NOTAS

Josivan Modesto da Silva

Assinatura do Outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)

2º Ofício de Notas  
Av. Alameda da Liberdade, 1100 - Lagoa Nova, 51200-000 - Natal/RN  
Fone: (51) 3222-2200 - E-mail: oficio2@dnfpc.org.br

Reconheço a firma de JOSIVAN MODESTO DA SILVA por  
autenticidade do que dou fe.

Em 02/05/2019.

Em testemunho

Cloris Maria de Andrade - Esc. Autorizada

Cloris Maria de Andrade  
Esc. Autorizada

PROTOCOLO  
RECEBIDO

10 MAI 2019

TERRA DO SOL ADM.  
E CORRETORA DE SEGS.





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158309/19

**Vítima:** JOSIVAN MODESTO DA SILVA

**CPF:** 090.201.904-07

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 03/09/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSIVAN MODESTO DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### KARLIANE DA SILVA RODRIGUES : 077.923.044-26

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### JOSIVAN MODESTO DA SILVA : 090.201.904-07

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/05/2019  
Nome: KARLIANE DA SILVA RODRIGUES  
CPF: 077.923.044-26

KARLIANE DA SILVA RODRIGUES

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/05/2019  
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA  
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA

