



Número: **0820787-22.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **18/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA (AUTOR)	MAURICIO VICENTE FAGONI SERAFIM (ADVOGADO)
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)	
GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62132 382	27/10/2020 15:02	<a href="#"><u>2759342_CONTESTACAO_Anexo_03</u></a>	Outros documentos



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 6058 /2020

Admissão: 01/02/2020 15:09:15



## ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - VERDE

Paciente: 162605 - JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA (36 a 7 m 15 d)

Nascimento: 01/08/1983 Natural: NATAL.BRASIL

Sexo: M Cor: SEM  
INFORMACAO

CNS: CPF: 01218888431 Prof:

Mãe: MARIA JOSE DE ALMEIDA

Pai:

Logradouro: SIQUEIRA CAMPOS, 990

Cidade: NATAL

CEP: 59108400 Bairro: POTENGI

Telefone: 84 32327500 Compl:

Motivo: MOTO X MOTO - COLISÃO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

\*Empresa:

Fluxograma:	Discriminador:								
OBS: SAMU NATAL	Classificação: 01/02/2020 15:04:20								
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FI02	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

### HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO MOTO/MOTO/CARRO - REFERE DOR+EDEMA EM JOELHO DIREITO

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

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)									
A									
B									
C									
D									
E									

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

\*Saída: 01/02/2020 16:16:51 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

\*Gerado via SX por RAFAELA SILVA MENDES MARTINS. impresso em 16 de Março de 2020.



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 27/10/2020 15:02:02

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102715020251800000059592992>

Número do documento: 20102715020251800000059592992

Num. 62132382 - Pág. 1

**SUS****Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL CNES: 2653923  
Executante: O solicitante ou \_\_\_\_\_ CNES:

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: **162605 JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA** Prontuário: 1193620  
CNS: Nasclimento: 01/08/1983 Sexo: Masculino Cor: SEM INFORMACAO  
Mãe: MARIA JOSE DE ALMEIDA Pai:  
Endereço: RUA SIQUEIRA CAMPOS, 990 - POTENGI - NATAL Fone: 32327500 /  
Município: NATAL Código Municipal IBGE: 240810 UF: RN CEP: 59108-400

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 4171 / 2020

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

DOR NO JOELHO DIR APOS QUEDA DE MOTO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

O QUADRO CLÍNICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RAIO X DO JOELHO

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.9 FRATURA DA Perna, PARTE NAO ESPECIFICADA\*408050551.TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTI

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

PLATO TIBIAL, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

Diabetes  Hipertensão  Obesidade  Lesão por pressão  Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assitente:

MARCONI MEDEIROS BRANDAO CRM: 3642 / RN Data da Solicitação 01/02/2020

**PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

( ) Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_ Nº do bilhete: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_  
( ) Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_ CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_ CBOR: \_\_\_\_\_  
( ) Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: ( )Empregado ( )Empregador ( )Autônomo ( )Desempregado ( )Aposentado ( )Não Segurado

**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_ Número da Autorização: \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_





Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 27/10/2020 15:02:02  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102715020251800000059592992>  
Número do documento: 20102715020251800000059592992

Num. 62132382 - Pág. 3



Paciente: 162605 - JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

FIA: 4-1182/2020

Idade: 36 ano(s) 7 mes(es) e 15 dia(s)

Prescrição N°: 14

Hospital / Unidade: WG - 4 ANDAR

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1193620

Peso:

Data Internação: 01/02/2020 16:16

Início Validade: 15/02/2020 19:00 até 16/02/2020 18:59

Quarto / Leito: 16 - 454

Médico Resp.: 206-MARCONI MEDEIROS BRANDAO

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

15/02/2020 10:12:42 - Paciente apresentando fratura de platô tibial em joelho D, submetido controle de dano com fixador externo. Evolui bem sem queixas. Aguarda vaga no NIR -  
CD: AGUARDA VAGA PARA TRANSFERENCIA

**PREScriÇÃO MÉDICA**

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE						
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - <b>TRAMADOL 50MG</b>	1	COM	VO	8h/8h		22 06 14
3 - DIPIRONA, SODICA (500 MG/ML 20 ML GOTAS)	40	GTS	VO	6h/6h		00 06 12 18
4 - CEFALEXINA 500 MG	1	CAP	VO	6h/6h		00 06 12 18
5 - ENOXAPARINA 40MG/0,4 ML SC	1	SER	SC	24h/24h		18
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
6 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS						
7 - CURATIVO DIARIO						

KLEIDSON ANTONIO DE ARAUJO BASTOS

CRM-4421/RN

Legenda: (A) alterado - (S) suspenso - (S/N) se necessário. Item em negrito e sublinhado é de Alto Risco

16/03/2020 11:14



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 27/10/2020 15:02:02

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102715020251800000059592992>

Número do documento: 20102715020251800000059592992

Num. 62132382 - Pág. 4



Paciente: 162605 - JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

FIA: 4-1182/2020

Idade: 36 ano(s) 7 mes(es) e 15 dia(s)

Prescrição N°: 14

Hospital / Unidade: WG - 4 ANDAR

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 1193620

Peso:

Data Internação: 01/02/2020 16:16

Início Validade: 15/02/2020 19:00 até 16/02/2020 18:59

Quarto / Leito: 16 - 454

Médico Resp.: 206-MARCONI MEDEIROS BRANDAO

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

15/02/2020 10:12:42 - Paciente apresentando fratura de platô tibial em joelho D, submetido controle de dano com fixador externo. Evolui bem sem queixas. Aguarda vaga no NIR -  
CD: AGUARDA VAGA PARA TRANSFERENCIA

**PREScriÇÃO MÉDICA**

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE						
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - TRAMADOL 50MG	1	COM	VO	8h/8h		22 06 14
3 - DIPIRONA, SODICA (500 MG/ML 20 ML GOTAS)	40	GTS	VO	6h/6h		00 06 12 18
4 - CEFALEXINA 500 MG	1	CAP	VO	6h/6h		00 06 12 18
5 - ENOXAPARINA 40MG/0,4 ML SC	1	SER	SC	24h/24h		18
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
6 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS						
7 - CURATIVO DIARIO						

KLEIDSON ANTONIO DE ARAUJO BASTOS

CRM-4421/RN

Legenda: (A) alterado - (S) suspenso - (S/N) se necessário. Item em negrito e sublinhado é de Alto Risco

16/03/2020 11:19



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 27/10/2020 15:02:02

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102715020251800000059592992>

Número do documento: 20102715020251800000059592992

Num. 62132382 - Pág. 5

**HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL**

Página 1 de 1

CCMV004\_R - Relatório de Cirurgia

Período 01/02/2020 22:08 a 01/02/2020 22:08

16/03/2020 11:21

**FIA / BAA:** 1182 / 2020**Paciente:** JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA**Convênio:** SUS**Categoria:** GRATUITO**Unidade:** 4 ANDAR**Quarto / Leito:** 16 / 454**Tipo de Cirurgia:** 4**Prontuário:** 1193620**Data Agendamento:** 01/02/2020 21:45**Cirurgia:** TTO CIR FRATURA DO PLANALTO TIBIAL**Data Realização:** 01/02/2020 20:50**Potencial de Contaminação:** Potencial Contaminada**Cirurgião:** KLEIDSON ANTONIO DE ARAUJO BASTOS**Anestesista:** RICARDO CESAR BARBOSA DE MACEDO**Tipo Anestesia:** RAQUE**Instrumentador:****Equipe:****Data do Relatório:** 01/02/2020 22:08    **Profissional:****Relato da Cirurgia:** 1- PACIENTE ANESTESIADO  
2-ASSEPSIA E ANTISSEPSIA  
3- CAMPEAMENTO ESTÉRIL  
4- REALIZADO REDUÇÃO INCRUENTA E FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR PARA  
CONTROLE DE DANO  
5- CURATIVO ESTÉRIL.

Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 27/10/2020 15:02:02

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102715020251800000059592992>

Número do documento: 20102715020251800000059592992

Num. 62132382 - Pág. 6

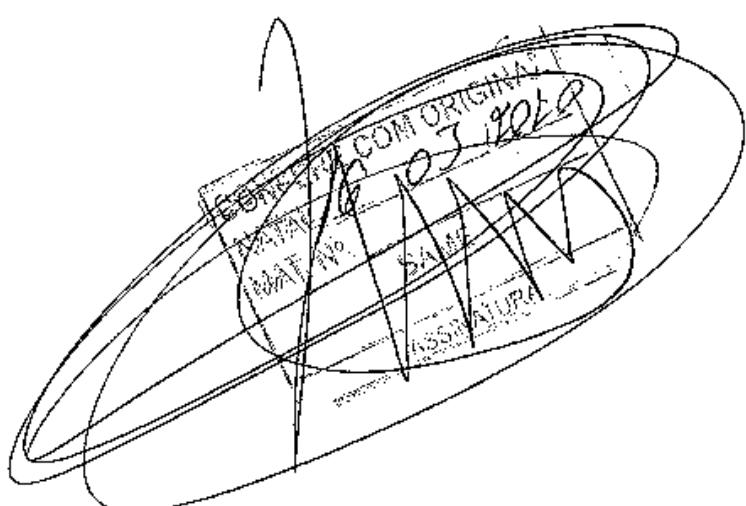
**HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL**

CCMV004\_R - Relatório de Cirurgia

Período 01/02/2020 22:08 a 01/02/2020 22:08

Página 1 de 1

16/03/2020 11:21

**FIA / BAA:** 4182 / 2020**Paciente:** JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA**Convênio:** SUS**Categoria:** GRATUITO**Unidade:** 4 ANDAR**Quarto / Leito:** 16 / 454**Tipo de Cirurgia:** 4**Prontuário:** 1193620**Data Agendamento:** 01/02/2020 21:45**Cirurgia:** TTO CIR FRATURA DO PLANALTO TIBIAL**Data Realização:** 01/02/2020 20:50**Potencial de Contaminação:** Potencial Contaminada**Cirurgião:** KLEIDSON ANTONIO DE ARAUJO BASTOS**Anestesiista:** RICARDO CESAR BARBOSA DE MACEDO**Tipo Anestesia:** RAQUE**Instrumentador:****Equipe:****Data do Relatório:** 01/02/2020 22:08    **Professional:****Relato da Cirurgia:** 1- PACIENTE ANESTESIADO  
2-ASSEPSIA E ANTISSEPSIA  
3- CAMPEAMENTO ESTÉRIL  
4- REALIZADO REDUÇÃO INCRUENTA E FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR PARA  
CONTROLE DE DANO  
5- CURATIVO ESTÉRIL

Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 27/10/2020 15:02:02

<https://pjef1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102715020251800000059592992>

Número do documento: 20102715020251800000059592992

Num. 62132382 - Pág. 7



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 27/10/2020 15:02:02  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102715020251800000059592992>  
Número do documento: 20102715020251800000059592992

Num. 62132382 - Pág. 8



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-DATA 18/02/2020	1-ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA	2-CNES 3515168		
3-ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		4-CNES 3515168		
Identificação do Paciente				
5-PACIENTE JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA	6-NÚMERO DO PRONTUÁRIO 168860			
7-CARTÃO NACIONAL SUS 706 0046 4659 8846	8-CPF 012188884-31	9-DATA DE NASCIMENTO 01/08/1983	10-SEXO MASCULINO	11-RACA/COR PARDA
12-NOME DA MÃE MARIA JOSÉ DE ALMEIDA		13-TELEFONE DE CONTATO 981074478		
14-NOME DO RESPONSÁVEL A GENITORA		15-ENDERECO (RUA, N°) R SANTA CLARA 129	16-UF RN	17-CEP 59110590
18-MUNICÍPIO NATAL	19-BAIRRO POTENGI			

Justificativa de Internação

20-PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Tenho apresentando problemas  
de plorts tibial.

21-CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura desvade

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

R.L

23-DIAGNÓSTICO INICIAL

24-CID 10 PRINCIPAL

25-CID 10 SECUNDÁRIA

26-CID 16 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado

27-CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27-DESCRÍPCAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-CLÍNICA

30-CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31-DOCUMENTO

32-Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Heidson Augusto  
Ortopedista

29-NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34- DATA DA SOLICITAÇÃO

35-ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

36-( ) AC. TRÂNSITO

38-CNPJ DA SEGURADORA

40-Nº DO SÍLIOTE

41-SÉRIE

37-( ) AC. TRABALHO TÍPICO

42-CNPJ DA EMPRESA

43-CNAE DA EMPRESA

44-CBDR

38-( ) AC. TRABALHO TRAJETO

Autorização

52-Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45-VINCOLO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO

46-NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47-CÓD. ORGÃO EMISOR

48-DOCUMENTO

49-Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

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

HROM / SESAP  
CONFERIDO ORIGINAL  
Paramirim-RN, 02/02/2020  
Mat. 33321-8





## PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA ORTOPEDIA	REGULAÇÃO WALFREDO GURGEL	OBS
ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO 188860
DATA	HORA	CATEGORIA GH
16/02/2020	11:33	
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO 01/06/1983
JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA		
ESTADO CIVIL SOLTERO	PROFISSÃO FARMACEUTICO	
ENDERECO (RUA, N°) R SANTA CLARA 129		
MUNICÍPIO NATAL	BAIRRO POTENGI	UF RN CEP 59110590
LOCAL DE TRABALHO		TELEFONE
FILIAÇÃO		
MARIA JOSE DE ALMEIDA	WILSON FRANCISCO DA SILVA	
RESPONSÁVEL A GENITORA		TELEFONE 991074479
ENDERECO 01218884-31		
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO		
DIAGNÓSTICO DÉFINITIVO		
DATA DE ADMISSÃO	ALTA: 06/03/20	OBITO
HISTÓRIA CLÍNICA		

Presente, vítima de cistite do  
bladder, encaminhada do  
HMG com fígado interno  
p/ controle da dor

1º: Fratura de plástico.

HRDML / SESAP  
CONFERI C/ O ORIGINAL  
Paramirim-RN. 07/05/2020  
Mat. 39877-8

Dr. Kleidson Bastos  
Ortopedista  
CRM - 4421 / TEOF - 10560





## GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

99107/1179

## BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA ORT Nº 28

NOME: Sous Paula Almeida da Silva  
IDADE: 03/08/83 COR: Pardo SEXO: M ESTADO CIVIL: Solteiro  
NATURALIDADE: C-Grande PROFISSÃO: Farmacêutico PRÓCEDÊNCIA:  
ENDERECO: R. S. de oliveira, 129 BAIRRO: P-teno  
CIDADE: Natal DATA: 27-10-2020 HORA: 21:30hr

## CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM  REGULAR  COM DISPNEIA  CHOCADO  COMATOSO   
C/ HEMORRAGIA  EM CONVULSÃO  POLITRAUMATIZADO  AGITADO  OUTROS

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM  NÃO   
PUPILAS A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.  RESPIRAÇÃO  PULSO  T.A. 

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Plano Triage

EXAME FÍSICO

## SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

HRDML / SESAP  
CONFÉRCIO ORIGINAL  
Parnamirim-RN, 07/10/2020  
Mat. 13812-8



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermagem	Leito	Nº prontuário		
Nome	<i>José Dario Almeida</i>			Idade	Sexo	Cor		
Data	Pressão arterial	P脉搏	Respiração	Temperatura	Peso	Outros		
Tipo sanguíneo	Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Uréia			
	Urina							
Ap. respiratório					Asteia	Bronquite		
Ap. circulatório					Eletrocardiograma			
Ap. digestivo					Dentes	Pescoco	Ap. urinária	
Estado mental					Ataracicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico		Risco	
Anestesias anteriores								
Medicação pré-anestésica					Aplicada às	Efeito		
Agentes Anestésicos		<input checked="" type="radio"/> O <sub>2</sub> <input type="radio"/> Nitroux <input type="radio"/> Nitrofora <input type="radio"/> Halotano <input type="radio"/> Enalox <input type="radio"/> Fentanil <input type="radio"/> Ketamina <input type="radio"/> Midazolam <input type="radio"/> Propofol						
Líquidos		<input checked="" type="radio"/> Oper <input type="radio"/> Atest. <input type="radio"/> O Resp.: <input type="radio"/> P Pulso						
Atest.		<input checked="" type="radio"/> 260 <input type="radio"/> 250 <input type="radio"/> 240 <input type="radio"/> 230 <input type="radio"/> 220 <input type="radio"/> 210 <input type="radio"/> 200 <input type="radio"/> 190 <input type="radio"/> 180 <input type="radio"/> 170 <input type="radio"/> 160 <input type="radio"/> 150 <input type="radio"/> 140 <input type="radio"/> 130 <input type="radio"/> 120 <input type="radio"/> 110 <input type="radio"/> 100 <input type="radio"/> 90 <input type="radio"/> 80 <input type="radio"/> 70 <input type="radio"/> 60 <input type="radio"/> 50 <input type="radio"/> 40 <input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 20 <input type="radio"/> 10						
SÍMBOLOS		<input checked="" type="radio"/> E <input type="radio"/> ANOTACÕES <input type="radio"/> POSIÇÃO						
ANOTACÕES		Nefritecure 194276-0 CREFERN 4281 Dr. Leandro de Barros Diretor Clínico HRDML Parauapebas - PA HRDML / SESAP CONFIRMO ORIGINAL Parauapebas - PA Mat. 138123						
POSIÇÃO								
Agentes		<i>Resus (el los) (moxas)</i>						
Técnica		<i>Resus (el los) (moxas)</i>						
Operação		<i>Plaçat trial</i>						
Cirurgiões		<i>Leônidas + Jose</i>						
Anestesiistas								
Observações								
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias								
Perda sanguínea								

Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 27/10/2020 15:02:02

<https://pie1q.tjrn.jus.br:443/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102715020251800000059592992>

Número do documento: 20102715020251800000059592992

Num. 62132382 - Pág. 12

**KAMES COMPLEMENTARES**

Ass. do Responsável

**ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE**

HEMATOLOGIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/> NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> CIR. VASCULAR	<input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA
CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> BUCO-FACIAL	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
NEUROCIRURGIA	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/> C. PLÁSTICA	<input type="checkbox"/>

**CONDUTA**

Plataforma  
Início da curva

Renato Costa  
Ornareia - Remédios  
0841-7252 - Rio de Janeiro  
RJ - 20000-000

Ass. do Responsável

**DESTINO DO PACIENTE**

FICOU NO LOCAL RENDIMENTO RA _____ HS	<input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE ONTO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ / _____ / _____ HORA _____ PARA _____	
TIROU-SE POR DECISÃO MÉDICA	<input type="checkbox"/> <i>Renato Costa Ornareia - Remédios 0841-7252 - Rio de Janeiro RJ - 20000-000</i>	<input type="checkbox"/> A REVELIA <input type="checkbox"/>	
FA _____ / _____ / _____	HORA _____		
ITO _____ / _____ / _____	HORA _____		
FREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>	L.T.E.P. <input type="checkbox"/>

MÉDICO (Carimbo)

CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)

HRDML / SESAP  
CONFERI C/ O ORIGINAL  
Paramirim-RN, 07/10/2020  
Mat. 1983718



SERVIÇO de Anestesiologista e Gásioterapia		Hospital HCBR1		Nome: José Flávio Almudel		Data: 36		Sexo: M		Car: A	
Habituado		Nº Prontuário		Endometriose		Letra		Peso		Outras:	
Processo Seletivo		Pulse		Respiração		Temperatura		Hemossedimentação		Hemogramma	
Data: 02/2010		Pulse		Respiração		Temperatura		Hemossedimentação		Hemogramma	
Urina											
Ad. cirúrgica											
Ap. digestiva											
Ad. circulatória											
Eletrocardiograma											
Ad. respiratória											
Ap. digestiva											
Ad. circulatória											
Medicagão pré-anestésica											
Anestesias arteriais											
Desgastador pré-operatório											
Estado mental											
Ap. urinária											
Hipotensores											
Alergia N											
Correções											
Atenções											
Passos											
Dentes											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Ef. endocrinologia											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Ef. endocrinologia											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											
Af. urinária											
Af. digestiva											
Af. circulatória											
Af. respiratória											

# Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

Florinha

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923  
Cnes:

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 162605 JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA  
CNS: 706004846598946 Nascimento: 01/08/1983 Sexo: Masculino  
Mãe: MARIA JOSE DE ALMEIDA Pai:  
Endereço: RUA SIQUEIRA CAMPOS, 990 - POTENGI - NATAL  
Município: NATAL Código Municipal IBGE: 240810 UF: RN  
CEP: 59108-400

Prontuário:  
Cor: SEM INFORMACAO  
Fone: 32327500 /  
CEP: 59108-400

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 4171 / 2020

## JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

DOR NO JOELHO DIR APOS QUEDA DE MOTO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

O QUADRO CLÍNICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RAIO X DO JOELHO

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.9 FRATURA DA Perna, PARTE NAO ESPECIFICADA\*408050551, TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALT

precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

TO TIBIAL, FX/1

Informações importantes sobre as condições do paciente:  
 Diabetes       Hipertensão       Obesidade

Faz Antibioticoterapia  
 Lesão por pressão       Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assitente:

MARCONI MEDEIROS BRANDAO

Marconi Meireles Brandao  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 3642

CRM: 3642 / RN

Data da Solicitação 01/02/2020

## PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

- ( ) Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_ N° do bilhete: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_  
( ) Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_ CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_ CBOR: \_\_\_\_\_  
( ) Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: ( ) Empregado ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizado: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

Número da Autorização:

Data da Autorização: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_

HRDML / SESAP  
CONFIRMO ORIGINAL  
Paranámir-RN. 07/10512322  
Mat. 105123-8



CONFERE C/O ORIGINAL  
HRM/L/SESPB  
PARMAHILL-RT 47105722  
Mar. 1982

PACIENTE EM DECBRIO-DORSAL 603 ANESTESIA

MATERIAL DE FUNDACIÓN

[ABOUT THE TRIAL DIRECTOR](#)

[View details](#)

**ANSWER**

[Affiliate Marketing](#)

Digitized by srujanika@gmail.com

#### Algorithmic pre-operational

Digitized by srujanika@gmail.com

ಎಪ್ಪಣಿ ಮತ್ತು

ଶ୍ରୀମତୀ ପାତ୍ନୀ

www.ijerph.org

• READING PRACTICE

• 100 •

Nº Promissório: 00000000000000000000000000000000

2.6.1. Generating New Key-Value Pairs - Using `getOrPut()` and `putIfAbsent()`

• The *liver* is the largest glandular organ in the body.

1. *What is the relationship between the two concepts?*

*Fig. 12* — A photograph of a portion of the floor of the Cenozoic basin of the Colorado Plateau showing the relationship between the Navajo sandstone and the underlying Chinle group.

[View all posts by \*\*John\*\*](#) [View all posts in \*\*Uncategorized\*\*](#)







Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 27/10/2020 15:02:02  
<https://pje.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010271502025180000059592992>  
Número do documento: 2010271502025180000059592992

Num. 62132382 - Pág. 18

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200189815 Cidade: Natal Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA Data do acidente: 01/02/2020 Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

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

Data da análise: 03/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO ( PAG.02.04.06.07.14.16)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO DIREITO

sequelas:

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 27/10/2020 15:02:02  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102715020251800000059592992>  
Número do documento: 20102715020251800000059592992

Num. 62132382 - Pág. 19

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:**

Nome: JORÔ AULO ALMEIDA SIlva, brasileiro(a),  
estado civil: SOLTEIRO, Profissão: Mecânico, Data do Acidente: 01/06/2020  
Cobertura INVALIDEZ, portador(a) do RG 002.16.7768, órgão expedidor  
ITAP e do CPF: 012.128.884-31 residente no(a)  
bairro: Rua Silveira Campos nº 990, BN  
município: Vila Velha, Espírito Santo

**OUTORGADO:**

Nome: Francicleide da Silva Santos, brasileiro(a)  
estado civil: SOLTEIRA, Profissão: A. S.G, portador(a) do RG  
002.653.510, órgão expedidor ITAP e do CPF: 012.298.234-90 residente  
no(a) Rua Silveira Campos nº 990, BN  
bairro: Vila Velha, município: Vila Velha, Espírito Santo

**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 DPVAT, 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.

Florianópolis - 22/05/2020  
Local e Data

x Jorô Aulo Almeida Silv  
Assinatura do Outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147664/20

**Vítima:** JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

**CPF:** 012.188.884-31

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/02/2020

**Titular do CPF:** JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

#### FRANCIRLEIDE DA SILVA SANTOS : 072.278.234-90

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

#### JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA : 012.188.884-31

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/05/2020  
Nome: FRANCIRLEIDE DA SILVA SANTOS  
CPF: 072.278.234-90

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/05/2020  
Nome: GERCA LOURENCO DA SILVA  
CPF: 021.292.004-94

FRANCIRLEIDE DA SILVA SANTOS

GERCA LOURENCO DA SILVA



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 27/10/2020 15:02:02  
<https://pjef1.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102715020251800000059592992>  
Número do documento: 20102715020251800000059592992

Num. 62132382 - Pág. 21



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, 29 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200189815 Vítima: JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 01/02/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCICLEIDE DA SILVA SANTOS

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a). JOAO PAULO ALMEIDA 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, contados 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 n° 15817667



B32a 01378/01380 - carta 01 - INVIA IDEZ



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 27/10/2020 15:02:02  
<https://pj1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102715020251800000059592992>  
Número do documento: 20102715020251800000059592992

Num. 62132382 - Pág. 22



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, 17 de Junho de 2020**

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200189815 Vítima: JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 01/02/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCIRLEIDE DA SILVA SANTOS

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a). JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA**

informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%  
Grau 3 - Encarcerado 50%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002010

Conta: 00000145627-1

Tipo: **CONTA POUPANCA**

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, retorno 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-DRVAT

[Estamos aqui para Você](#)



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 27/10/2020 15:02:02  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102715020251800000059592992>  
Número do documento: 20102715020251800000059592992

Num. 62132382 Pág. 23



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

012.188.884-31

4 - Nome completo da vítima:

João Paulo Almeida da Silva

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

012.188.884-31

7 - Endereço:

BRAH SIBUERIA CAMPOS

9 - Número:

990

10 - Complemento:

CASA

8 - Bairro:

TODOS CI

12 - Cidade:

NATAL

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59102-100

9 - Estado:

RJ

15 - Tel (DDD):

(84) 98636-6612

16 - Telefone fixo: 083.9900.9900 João Paulo Almeida da Silva - (84) 98636-6612-48819-6800

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS/TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCARIOS

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFÍCIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS/CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

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

AGÊNCIA: 001

CONTA: 1456.27

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(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.

### 22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das fóscas permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da Vítima:

 Solteiro Casado (na CIVI) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do Óbito da Vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), Informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, Informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deu à luz

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/filhos vivos?

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

NÃO ALFABETIZADO

34

Impressão digital da vítima e da beneficiária declarante

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data:

Salvador 28/05/2020

x João Paulo Almeida da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

.VO02/2019





Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 27/10/2020 15:02:02  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102715020251800000059592992>  
Número do documento: 20102715020251800000059592992

Num. 62132382 - Pág. 25



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036778/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/05/2020 10:35 Data/Hora Fim: 21/05/2020 10:48  
Delegado de Polícia: Alzira Velga de Medeiros

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos

Data/Hora do Fato: 01/02/2020 13:49

Local do Fato

Município: Natal (RN)  
Bairro: Cidade da Esperança  
Logradouro: Avenida Rio Grande do Norte

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 DA LEI 9.503/1997 - CTB )	Veículo

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 01/08/1983 Idade: 36 anos  
Naturalidade: PB - Campina Profissão: Balconista

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: MARIA JOSE DE ALMEIDA

Nome do Pai: WILSON DA SILVA FRANCISCO

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 012.188.884-31  
RG - Carteira de Identidade: 002167768

Endereço

Município: Natal - RN  
Logradouro: R Siqueira Campos Nº: 990  
Bairro: Potengi CEP: 59.108-400  
Telefone: (84) 98636-8812 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR , EN VOLVIDO )

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade:

Endereço

Município: Natal - RN

OBJETO(S) EN VOLVIDO(S)

Grupo	Subgrupo	Veículo Adulterado?	Situação
Veículo	Motocicleta/Motoneta	Não	Envolvido, Meio Empregado
Descrição: Honda BIZ de cor cinza (não identificada)			
Quantidade: 1 Unidade			

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Alzira Velga de Medeiros  
Impresso por: Raymond Reusly de Costa Cabral  
Data de Impressão: 21/05/2020 10:49  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2  
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 27/10/2020 15:02:02  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102715020251800000059592992>  
Número do documento: 20102715020251800000059592992

Num. 62132382 - Pág. 26

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 036778/2020

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 012.188.884-31	Placa NOAB758
Renavam 00371545013	Número do Motor KC16E7B632010
Número do Chassi 9C2KC1670BR632010	Ano/Modelo Fabricação 2011/2011
Cor PRETA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Natal	Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI
Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 30/08/2016	Situação do Veículo NADA CONSTA

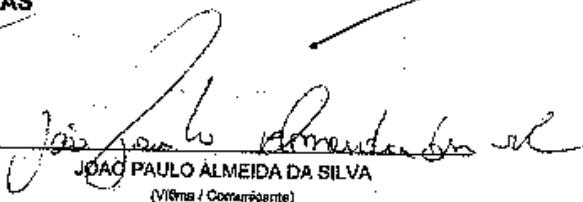
Nome Envolvido	Envolvimentos
JOÃO PAULO ALMEIDA DA SILVA	Proprietário, Possuidor

**RELATO/HISTÓRICO**

Para fins do Seguro DPVAT, o comunicante compareceu nesta unidade policial, para informar que na data, horário e local supra, estava conduzindo a motocicleta relacionada, ocasião, na qual se envolveu em uma colisão MOTO X MOTO. Que lesionou-se após o acidente, foi socorrido pelo SAMU para o Pronto Socorro Clóvis Sarinho, conforme documentação anexa. Afirma não ter informação acerca do condutor do outro veículo envolvido. Nada mais informou.

**ASSINATURAS**

  
Raymond Rausly da Costa Cabral  
Agente de Polícia  
Matrícula 157374-8  
Responsável pelo Atendimento

  
JOÃO PAULO ALMEIDA DA SILVA  
(Vítima / Comunicante)

\*Declaro para os efeitos da lei de direito que sou (a) (a) (a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei, de acordo com o previsto nos Artigos 338-Denúnciação Criminoso e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção ao Código Penal Brasileiro.\*



Delegado de Polícia Civil: Alzira Velga de Medeiros  
Impresso por: Raymond Rausly da Costa Cabral  
Data de impressão: 21/08/2020 10:49  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou AST: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
02.188.884-31 JUAN PAULO ALMEIDA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N°445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - Email:	16 - Tel. (DDD):		

**JOÃO PAULO ALMEIDA DA SILVA  
RECEBEDOR  
RUA 107 N° 01  
BUN SIBUEIRA CAMPOS  
NATAL  
033-GUARDA PIAUÍ MEDICINA - (84)98636-6619 / 42114-6800**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS/TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 20011	CONTA: 145629	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____  AGÊNCIA: _____ <input type="checkbox"/> CONTA: _____ (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.

### 22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:  

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada/será a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	24 - Data de falecimento:				
<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (ou Civil)	<input type="checkbox"/> União estável	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> Velho da vítima
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou pais/irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1<sup>a</sup> Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

N A T A L

PREFEITURA DO NATAL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA  
**SAMU 192 NATAL**



### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia **01/02/2020**, aproximadamente às 13h49min, na Avenida Rio Grande do Norte, Cidade da Esperança, nessa Cidade. Onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 18 de maio de 2020.

**CLAUDIO AUGUSTO CAMARA DE MACEDO**  
Coord. Geral do Serviço de Transporte Sanitário Municipal e SAMU 192 Natal  
Mangueira 32.468-1

Rua Pontuaires, 300 - Dix Sept Rosado - Natal/RN - CEP: 59034-280  
Tel.: (84) 3232-9222 / (84) 3232-9211 - e-mail: [artmsemunatal@yahoo.com.br](mailto:artmsemunatal@yahoo.com.br)

<https://outlook.live.com/mail/0/inbox/id/AQOkADAwATY32mYA2S1MDc2LWM2YzcMDACLTAwCgAQAAJlQayX1rAhCm1FrAWUH1Fb4%3D/exs/A...> 1/1



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 27/10/2020 15:02:02  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102715020251800000059592992>  
Número do documento: 20102715020251800000059592992

Num. 62132382 - Pág. 29

**FICHA DE REGULAÇÃO - CENA**Nº: **307450/1**Data: **01/02/2020**

## CRM/ANAC/CFM:

**TARIN: RAYSSA MAYARA MOTA DE SOUZA****Rádio Operador: VALTEMBERGUE MENESÉS DE SOUZA****Equipe Enfermagem Cena: COMUNICADOR****VTR: USB 07 (BASE DESCENTRALIZADA SÃO JOÃO)****REGULAÇÃO MÉDICA****TROTE****INFORMAÇÃO****ENGANO****TRANSF./INTERNAÇÃO****Cidade: NATAL****Nome do Solidarizante: FABIANO****Telefone: (84) 98817-6683****Nome do Paciente:****JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA****Idade: \*****36 ANO(S)****Sexo: \*****MASCULINO****Endereço não informado****Coordenadas Informadas****Latitude: -5.8267436 Longitude: -35.2380527****Endereço: AVENIDA RIO GRANDE DO NORTE****Nº: VP****Bairro: CIDADE DA ESPERANÇA****Outro Bairro:****Referência / Complemento: PROX AO REDE MAIS // PROX A FÁBRICA DE SALGADOS ESPERANÇA //****Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL****Querida Primária: COLISÃO MOTO X MOTO****Quem Solicitou: Transeunte****Distância do paciente: Com o Paciente****Lugar: Via Pública****Histórico Regulação Médica:****01/02/2020 13:52:06 - Dr(a). ROGERIO OSCAR FERNANDES****APL: TRAUMA / HDI: ACIDENTE MOTO X MOTO****REGULAÇÃO: DUAS VÍTIMAS, UMA VITIMA CONSCIENTE E DESORIENTADO, AMBAS RESPIRAM BEM, SEM SANGRAMENTO.****AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB****PRIORIDADE: VERMELHO****CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3****POSSUI CONVÉNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO****Apóio:**

## REGISTROS DO CHAMADO

Chamado:	Regulação Médica:	Solicitação VTR:	Saída VTR:	Chegada Local:
01/02/2020 13:49:53	01/02/2020 13:52:06	01/02/2020 13:58:45	01/02/2020 13:58:47	01/02/2020 14:13:54
Saída Local: 01/02/2020 14:36:34	Chegada Destino: 01/02/2020 18:11:41	Liberação Destino: 01/02/2020 18:15:10	Liberação VTR: 01/02/2020 18:15:11	



**Observação do Apoio:**

CONVÉNIO MÉDICO PARTICULAR

**Paciente possui convênio médico particular?\***

- Sim  Não  Não informado

COMUNICA

✓ Remoção

**Conduta Equipe de Enfermagem:**

01/02/2020 14:33:50 - COMUNICADOR

tarm gerência;informou chegada do pct com dr. wener no politrauma.

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

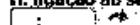
Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

- SELEÇÃO -

N. ligação ao serv prop.:



F:

Recebido por:

Número do conselho:

Número da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Vaga Zero

Motivo da entrada:



Ass:

PERTENÇAS

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição das pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:



# 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: 09/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02010

CONTA: 000000145627-1

---

Nr. da Autenticação 8FB85D039D9DD2D5



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 27/10/2020 15:02:02  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102715020251800000059592992>  
Número do documento: 20102715020251800000059592992

Num. 62132382 - Pág. 32

21/05/2020

Cosern - Companhia Energética do Rio Grande do Norte

[Imprimir Segunda Via de Conta](#)

**NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE  
RUA MERMOS, 150, BALDÓ,  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-91  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



Tarifa Soc

-Atendimento à

Agência Reguladora

ARSEP: 080-

Ag

**DADOS DO CLIENTE**

JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA  
CPF: 012.188.684-31

**DATA DE VENCIMENTO**

**25/05/2020**

**DATA EMI**

**DATA**

**NÚME**

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA SIQUEIRA CAMPOS 990  
POTENGI/ÁREA URBANA  
59108-400 NATAL RN

**CLASSIFICAÇÃO**

**B1 RESIDENC**

**Mor**

**RESERVADO AO FISCO**

**D21B.5596.1519.639**

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](http://www.cosern.com.br)

**Descrição da Nota Fiscal**

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)	EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS
Consumo Ativo(kWh)-TU50	107,00	0,32236752	35,66	Veneto
Consumo Ativo(kWh)-TE	107,00	0,32742103	35,03	27/04/20
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,11	
Multa por atraso-NF 039285104 - 17/03/20			2,06	
Juros por atraso-NF 039285104 - 17/03/20			0,92	
Atualização IGPM-NF 039285104 - 17/03/20			1,03	

Este comunicado NÃO substitui os débitos em discussão judicial de faturamento, poderá ser cobrança conforme os critérios de cobrança, bem como incluir

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TU50

Consumo Ativo(kWh)-TE

[autoatendimento.cosern.com.br/NDP\\_DCSRUCES\\_D~home~neologw-sap.com/servie/login.nboenergia.com.RFCConversaoServlet?redirfatura...](http://autoatendimento.cosern.com.br/NDP_DCSRUCES_D~home~neologw-sap.com/servie/login.nboenergia.com.RFCConversaoServlet?redirfatura...) 1/1



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 27/10/2020 15:02:02

<https://pjef1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102715020251800000059592992>

Número do documento: 20102715020251800000059592992

Num. 62132382 - Pág. 33

21/05/2020

Cosern - Companhia Energética do Rio Grande do Norte

[Imprimir Segunda Via de Conta](#)

**NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DO RIO GRANDE DO NORTE  
RUA MERMOS, 150, BALDÓ,  
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE  
CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-91  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



Tarifa Soc

-Atendimento à

Agência Reguladora

ARSEP: 080-

Ag

**DADOS DO CLIENTE**

JOAO PAULO ALMEIDA DA SILVA  
CPF: 012.188.684-31

**DATA DE VENCIMENTO**

**25/05/2020**

**DATA EMI**

**DATA**

**NÚME**

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA SIQUEIRA CAMPOS 990  
POTENGI/ÁREA URBANA  
59108-400 NATAL RN

**CLASSIFICAÇÃO**

**B1 RESIDENC**

**Mor**

**RESERVADO AO FISCO**

**D21B.5596.1519.639**

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](http://www.cosern.com.br)

**Descrição da Nota Fiscal**

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)	EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS
Consumo Ativo(kWh)-TU50	107,00	0,32236752	35,66	Veneto
Consumo Ativo(kWh)-TE	107,00	0,32742103	35,03	27/04/20
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,11	
Multa por atraso-NF 039285104 - 17/03/20			2,06	
Juros por atraso-NF 039285104 - 17/03/20			0,92	
Atualização IGPM-NF 039285104 - 17/03/20			1,03	

Este comunicado NÃO substitui os débitos em discussão judicial de faturamento, poderá ser cobrança conforme os critérios de cobrança, bem como incluirá

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TU50  
Consumo Ativo(kWh)-TE

[autoatendimento.cosern.com.br/NDP\\_DCSRUCES\\_D~home~neologw-sap.com/servie/login.nboenergia.com.RFCConversaoServlet?redirfatura...](http://autoatendimento.cosern.com.br/NDP_DCSRUCES_D~home~neologw-sap.com/servie/login.nboenergia.com.RFCConversaoServlet?redirfatura...) 1/1



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 27/10/2020 15:02:02

<https://pjef1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102715020251800000059592992>

Número do documento: 20102715020251800000059592992

Num. 62132382 - Pág. 34



## 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 / Outros regiões: 0800 022 12 06

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 98 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29836>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro na 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RISSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DAS ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATEMENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Francineide da Silva Santos

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.238.234-90, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Fernando Paulo Almeida da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.188-884-31

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Fernando Paulo Almeida da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 012.188-884-31, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob os penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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>Rua São Joaquim, 100</u>	Número:	<u>990</u>	Complemento:	<u>Casa 9</u>
Bairro:	<u>Vila União</u>	Cidade:	<u>Natal</u>	Estado:	<u>RN</u>
E-mail:				CEP:	<u>59018-400</u>

Local e Data: Natal - 02/05/2020

X Francisco Linhares da Silva Santos

Assinatura do Declarante

