



Número: **0834575-06.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **18/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
SANDRO TAVARES DE LIMA (AUTOR)		ERIC TORQUATO NOGUEIRA (ADVOGADO) CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO) BRUNO HENRIQUE CORTEZ DE PAULA (ADVOGADO)
MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A. (RÉU)		
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
62446 464	05/11/2020 14:49	<u>2762228_CONTESTACAO_Anexo_04</u>
		Outros documentos

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: 24/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SANDRO TAVARES DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00034

CONTA: 000000042564-5

Nr. da Autenticação 20EFF1BED9B3116E



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/11/2020 14:49:09
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110514490764700000059889287>
Número do documento: 20110514490764700000059889287

Num. 62446464 - Pág. 1



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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

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=29536>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF².

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

Pelo exposto, eu Antonione de Freitas

inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.347.644 / 07, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

SANDRO LIMA DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 070492338 / 07

do sinistro de DPVAT cobertura INVALDEFZ da Vítima SANDRO LIMA DE LIMA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 070497.774 / 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>Rua Guaporé Santa</u>	Número:	<u>701</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>Ingá</u>	Cidade:	<u>Natal</u>	Estado:	<u>RN</u>
E-mail:				CEP:	<u>59.122.730</u>

Tel.(DDD): (84) 99820-8582

Local e Data: Natal RN 14 de julho de 2020

Antonione de Freitas

Assinatura do Declarante

FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 289123/1

Data: 25/10/2019

CHAMADO

TARM: MICARLA PAULIANE FERREIRA GOMES

Rádio Operador: EWERTON ALEXANDRE VIEIRA SANTOS

Equipe Enfermagem Cena:

VTR: USB 10 (CENTRAL)

Médico Regulação: ROGERIO OSCAR FERNANDES

Médico Cena: THIAGO RODRIGUES DE OLIVEIRA

Usuário Pós-Cena:

Equipe VTR: THIAGO DE LIMA OLIVEIRA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE
EMERGÊNCIA
JOSE ORLANDO F.DE JESUS - TECNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MEDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: CABO EVARISTO

Telefone: 084999875238

Nome do Paciente:

SANDRO TAVARES DE LIMA

Idade: *

34 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: -5,8107583 Longitude: -35,2108646 

Nº:

Endereço: BERNADO VIEIRA

Outro Bairro:

Bairro: LAGOA SECA

Referência/Complemento: CRUZAMENTO COM PRUDENTE

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Primária: COLISAO MOTO-MOTO

Local: Via Pública

Quem Solicitou: PM

Distância do paciente: Com o Paciente

Histórico Regulação Médica:

25/10/2019 18:26:23 - Dr(a). ROGERIO OSCAR FERNANDES

APH: TRAJMA / HD: ACIDENTE MOTO X MOTO

REGULAÇÃO: 3 VÍTIMAS, AS 3 VÍTIMAS ESTÃO CONSCIENTE E RESPIRAM BEM E SEM SANGRAMENTO, UMA VÍTIMA COM LUXAÇÃO, OUTRAS VÍTIMAS COM ESCORIAS.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO:  00007

POSSUI CONVÉNIO MÉDICO: NÃO INFORMADO

Apoio:

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:	Regulação Médica:	Solicitação VTR:	Saída VTR:	Chegada Local:
25/10/2019 18:24:33	25/10/2019 18:26:23	25/10/2019 18:56:41	25/10/2019 18:56:43	25/10/2019 19:38:46
Saída Local:	Chegada Destino:	Liberação Destino:	Liberação VTR:	
25/10/2019 19:42:13	25/10/2019 19:45:29	25/10/2019 19:52:27	25/10/2019 19:52:29	

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 10181 /2019

Prontuário: 1190255

Paciente: 149088 - SANDRO TAVARES DE LIMA

Cartão SUS: 705008291895657

CPF: 07049733407

Dt Nasc: 18/08/1985

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Idade: 34 anos 5 meses 12 dias Sexo: M

Etnia: PARDA

Nome da mãe: LUZINETE CORREIA DE LIMA

Nome do pai: FRANCISCO TAVARES DE LIMA

Rua/Av: CARTEIRO MANOEL NETO

Complemento:

CEP: 59133384

Telefone: 84 988786251 84 988786251

Especialidade: ORTOPEDICA

Responsável: SANDRO TAVARES DE LIMA -

Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

Cidade: NATAL

Unidade: 4 ANDAR

Leito: 432

Nº:10

Bairro: PAJUÇARA

Admissão: 25/10/2019 21:14:07 Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S52.4 - FRATURA DAS DIAFISES DO RÁDIO E DO CUBITO [ULNA]

408020431 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

NATAL, 30 de Janeiro de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 30/01/2020
MAT. N. 158628
ASSINALDO



SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ouCNES: 2653923
CNES:**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: **149088 SANDRO TAVARES DE LIMA** Nascimento: 18/11/1984 Sexo: Masculino Prontuário:
 CNS: Pal: Cor: PARDA
 Mão: LUZINETE TAVARES DE LIMA
 Endereço: RUA CARTEIRO MANOEL NETO, 10 - PAJUÇARA - NATAL
 Município: NATAL Código Municipal IBGE: 240810 UF: RN Fone: 88786251 /
 CEP: 59133-384

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 30161 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃOPRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
PACIENTE COM REALTO DE QUEDA DE MOTO COM FT EXPOSTA PUNTIFORME EM ANTEBRAÇO DIRCONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
SA ACIMARESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX + EXAME FÍSICODiagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:
S52.4 FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]*408020431.TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAF**Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?**

ANTEBRAÇO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:
 Diabetes Hipertensão Obesidade
 Faz Antibioticoterapia
 Lesão por pressão Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assitente:

MAURO CARNEIRO CALHAU

CRM: 3063 / RN

Data da Solicitação 25/10/2019

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 TrajetôVínculo com previdência: Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: _____ Orgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____ / ____ / ____ Assinatura/Carimbo: _____





IDENTIFICAÇÃO

Nome: Sandro Tavares Reg. Nº
Diagnóstico pré-operatório: Fratura exposta com abertura de 2 cm e deslocamento
Indicação terapêutica: Cirurgia + desinfecção + fixação IM. Imediata () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 26/10/19 - Início: Término: Duração:
Operador: Amaro Almeida CRM/CRO:
1º Auxiliar: CRM/CRO:
2º Auxiliar: CRM/CRO:
Instrumentador: 0415040055(3) 297 CRM/CRO:
Anestesista: 0408020431(2) 552-4 CRM/CRO: 263, 29

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Paciente em DSH sob anestesia.
abordagem de MRE
atropos + anteróprio + caps
abordagem de fios de fenda
limpeza de SF
desinfecção de tecidos contampositos
fechamento de plan!

Assinatura:

Fábio Almeida

CONFIRME COM ORIGEM
NATAL - 30/10/2020
MAT. N. 15188202
ANARO ALMEIDA
CRM 5453

26/10/19
01:00

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o traumático, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores humanitários.





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 55539 /2019
Admissão: 25/10/2019 19:57:43

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 149088 - SANDRO TAVARES DE LIMA (34 a 5 m 12 d)

Nascimento: 18/08/1985 Natural: NATAL.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 705008291895657 CPF: 07049733407 Prof: PASTELEIRO
Mãe: LUZINETE CORREIA DE LIMA Pai: FRANCISCO TAVARES DE LIMA
Logradouro: CARTEIRO MANOEL NETO, 10 Cidade: NATAL
CEP: 59133384 Bairro: PAJUÇARA Compl:
Telefone: 84 988786251

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:	Discriminador:								
OBS: COLISÃO MOTO/MOTO	Classificação: 25/10/2019 19:53:46								
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: FRATURA DE RÁDIO E UNA ESCORIAÇÕES

Hora: ____:

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)				
A				
B				
C				
D				
E				

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: 25/10/2019 21:14:06 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por UZIMAR PEREIRA VALE, Impresso em 30 de Janeiro de 2020.

CONFIRME CONFERE CORRIGIR/ANOTAR
NATAL, 20/10/2019
MAT. N. 154 & 2019
ASSINATURA



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/11/2020 14:49:09
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110514490764700000059889287>
Número do documento: 20110514490764700000059889287

Num. 62446464 - Pág. 9

SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar**

enol: 3167841-1

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou

CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **149088 SANDRO TAVARES DE LIMA**

Prontuário:

CNS: **70500829189565** Nascimento: 18/11/1984

Cor: PARDA

Sexo: Masculino

Mãe: LUZINETE TAVARES DE LIMA

Pai:

Endereço: RUA CARTEIRO MANOEL NETO, 10 - PAJUÇARA - NATAL

Fone: 88786251 /

Município: NATAL

Código Municipal IBGE:

240810 UF: RN

CEP: 59133-384

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 30161 / 2019

98771-8444**98878-6251****JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO****PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:**PACIENTE COM REALTO DE QUEDA DE MOTO COM FT EXPOSTA PUNTIFORME EM ANTEBRAÇO **X E****CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:**

SA ACIMA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX + EXAME FÍSICO

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

552.4 FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]*408020431. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIA

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

ANTEBRAÇO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

 Diabetes Hipertensão Obesidade Faz Antibioticoterapia Lesão por pressão Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assitente:

MAURO CARNEIRO CALHAU

CRM: 3063 / RN

Data da Solicitação: 25/10/2019

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: _____ Órgão Emissor: _____

Número da Autorização:

Data da Autorização: _____ Assinatura/Carimbo: _____



Placilla
SUS

Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

432

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **149088 SANDRO TAVARES DE LIMA**
CNS: 705008291895657 Nascimento: 18/08/1985 Sexo: Masculino Prontuário: 1190255
Mãe: LUZINETE CORREIA DE LIMA *34* Pai: FRANCISCO TAVARES DE LIMA Cor: PARDA
Endereço: RUA CARTEIRO MANOEL NETO, 10 - PAJUÇARA - NATAL Fone: 88786251 /
Município: NATAL Código Municipal IBGE: 240810 UF: RN CEP: 59133-384

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 31402 / 2019 *987718444*

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM MSD

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
TRATAMENTO CIRURGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S52.4 FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]*408020423, TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAF

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

ANTEBRAÇO, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:
 Diabetes Hipertensão Obesidade

Faz Antibioticoterapia
 Lesão por pressão Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assitente:

AMARO ALVES DE SOUZA JÚNIOR

AMARO ALVES
CRM 5439

CRM: 5439 / RN

Data da Solicitação 04/11/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

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

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Orgão Emissor: _____

Número da Autorização:

Data da Autorização: ____ / ____ / ____ Assinatura/Carimbo: _____





Id. Paciente: 55539/2019 Data Exame: 25/10/2019 20:42:33

Paciente: SANDRO TAVARES DE LIMA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: LEONARDO/J.S
Idade: 34 ano(s)
ANTEBRAÇO LA
81,2 %



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/11/2020 14:49:09
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110514490764700000059889287>
Número do documento: 20110514490764700000059889287

Num. 62446464 - Pág. 12



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
 COMPLEXO ESTADUAL DE REGULAÇÃO DIVANEIDE FERREIRA DE SOUSA - CER/SUS/RN
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



LAUDO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO - CIRURGIA ORTOPÉDICA (inserir no site)
<https://www.regulacaorn.com.br>

Estabelecimento Solicitante (item obrigatório):	
Estabelecimento Executante (preenchido pelo prestador):	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: <i>Sandrinho Torres de Lima.</i>		
SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	IDADE: <i>34 anos.</i>	DATA: <i>49 / 12 / 19</i>
CARTÃO DO SUS: <i>705 0082 9189 5657</i>		DATA DO NASCIMENTO: <i>10.08.1985</i>
RG: <i>002.391.876</i>	CPF: <i>070.497.334-07</i>	
TELEFONE: <i>98770-0444 198870-6251</i>		
ENDEREÇO: <i>Rua Cícero Henrique Neto, nº 30</i>		
BAIRRO: <i>Papuema</i>	MUNICÍPIO DE ORIGEM: <i>Natal/RN</i>	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS (Especificar motivo do trauma e data da fratura): <i>Paciente com fratura de antebraço (L) há 60 dias.</i>

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO: <i>Tratamento cirúrgico</i>

RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS (anexar Raio x, se possível): <i>Q: Fratura de antebraço (L)</i>

COMORBIDADES ASSOCIADAS E OUTRAS INFORMAÇÕES:

<input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> SEM COMORBIDADES <input type="checkbox"/> LESÃO POR PRESSÃO
<input type="checkbox"/> USO DE ANTIBIÓTICOS <input type="checkbox"/> USO DE FIXADOR EXTERNO

DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Fratura de antebraço (L)</i>	CID PRINCIPAL: <i>552</i>	SIS REG (CÓDIGO DO PROCEDIMENTO): <i>040802042-3</i>
---	------------------------------	---

Data da fratura: 25/08





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
COMPLEXO ESTADUAL DE REGULAÇÃO DIVANEIDE FERREIRA DE SOUSA - CER/SUS/RN
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



LAUDO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO - CIRURGIA ORTOPEDIA (inserir no site)
<https://www.regulacaorn.com.br>

Estabelecimento Solicitante (item obrigatório):			
Estabelecimento Executante (preenchido pelo prestador):			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE: <i>Sonolino Tavares de Lima</i>		DATA: _____ / _____ / _____	
SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		IDADE: <i>34 anos.</i>	
CARTÃO DO SUS:		DATA DO NASCIMENTO:	
RG:		CPF:	
TELEFONES:			
ENDEREÇO:		MUNICÍPIO DE ORIGEM:	
BAIRRO:			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS (Especificar motivo do trauma e data da fratura): <i>Paciente com fratura de antebraço (R) há 6 dias.</i>		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO: <i>Tratamento cirúrgico</i>		
RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS (anexar Raio x, se possível): <i>R: Fratura de antebraço (R)</i>		
COMORBIDADES ASSOCIADAS E OUTRAS INFORMAÇÕES: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> OBESIDADE <input type="checkbox"/> SEM COMORBIDADES <input type="checkbox"/> LESÃO POR PRESSÃO <input type="checkbox"/> USO DE ANTIBIÓTICOS <input type="checkbox"/> USO DE FIXADOR EXTERNO		
DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Fratura de antebraço (R)</i>	CID PRINCIPAL: <i>552</i>	SIS REG (CÓDIGO DO PROCEDIMENTO): <i>040812042-3</i>



FICHA DE INTERNAMENTO

Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA**

Registro: 79633

Num. RG: **2391876** CPF: **070.497.334-07** Nascimento: **18/08/1985** 34 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **CARTEIRO MANOEL NETO**

N.: 10

Bairro: **ALECRIM**

Cidade: **NATAL**

UF: **RN**

CEP: **59040220** Fone: **84988786251**

Profissão: **COZINHEIRO DE RESTAURANTE**

Mãe: **Luzinete Correia de Lima**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **6**

Entrada: **20/12/2019 8:54**

Previsão saída: **21/12/2019 11:00**

Atendente: **NIVIACB**

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Matrícula/CNS: **705008291895657**

CRM: **2156**

SALA 003

Médico:

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA

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 até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de 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 ou de imagens, bem como o seu arquivamento por meio digital, papéis, fotografias ou quaisquer meios para os seguintes fins:

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

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tiroz
Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, 12/12/2020
Bentz

Observações
PACIENTE COM 2 RX

FICHA DE INTERNAMENTO

Dados do Paciente

Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA** Registro: **79633**
Num. RG: **2391876** CPF: **070.497.334-07** Nascimento: **18/08/1985** 34 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **CARTEIRO MANOEL NETO** N.: **10** Bairro: **ALECRIM**
Cidade: **NATAL** UF: **RN** CEP: **59040220** Fone: **84988786251**
Profissão: **COZINHEIRO DE RESTAURANTE** Mãe: **LUZINETE CORREIA DE LIMA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **6** Entrada: **20/12/2019 8:54** Previsão saída: **21/12/2019 11:00** Atendente: **NIVIACB**
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Matrícula/CNS: **705008291895657**
Médico: **Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA** CRM: **2156**

SALA 003

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____
Data da Baixa: _____ No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____
Doc. Apresentado: _____ Diagnóstico Definitivo: _____
Procedência: _____
História da Doença atual: _____
Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____
Antecedentes pessoais: _____
Antecedentes familiares: _____
Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratórios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neuroológico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, _____ / _____ / _____



Código,Solicitação: 316784177

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL
Lagradouro, Endereço, Nº , Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL

Central Reguladora	NATAL	CNES:	2653923
Data de Solicitação	25.11.2019 - 11:47:41	CNES:	2408252
Data de Autorização	25/11/2019 - 14:11:51	Município Executante	NATAL
Data de Reserva	25.11.2019	Operador	62893691404ANATALIA
Data de Internação	26.11.2019	Operador	62725246334ENDEL
Data Prevista de Alta	28.11.2019	Operador	18129862204LUCIMAR
Data de Alta	26/11/2019 - 12:31:13	Operador	33391521449FRANCISCA
Motivo da Alta	1.2 ALTA MELHORADO		

DADOS DO PACIENTE

CNS:
705008291895657
Nome do Paciente
SANDRO TAVARES DE LIMA
Nome da Mãe
LUZINETE CORREIA DE LIMA
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
18/08/1985 (34 anos)
Tipo Logradouro:
RUA
Número:
10
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(84) 98778-6251 ([Exibir Lista Detalhada](#))

Nome Social/Apellido:**Naturalidade:**

MAXARANGUAPE - RN

Raça:

PARDA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro: CARTEIRO MANOEL NETO	Complemento:
Bairro: PAJUCARA	CEP: 59133-384
Município de Residência: NATAL	UF: RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
02402766476
CPF do Médico Executante:
19561917807

Nome do Médico Solicitante: KLEIDSON ANTONIO DE ARAUJO BASTOS APROVADA
Nome do Médico Executante: HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

Diagnóstico Inicial - CID:
5527 - FRATURAS MÚLTIPLAS DO ANTEBRAÇO

Classificação de Risco:
- Emergência, necessidade de atendimento imediato
Clinica Complementar:
Nenhuma
Código:
0408020423

Caráter:
11 - Urgencia
Clinica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SÍNTSE)

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**Principais Sinais e Sintomas Clínicos:**

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SÍNTSE), REFERIDO POR BEM MÉDICO DE SAÚDE FUNCIONAL./td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

LAUDO+RX+EX.LAB.

Condições que Justificam a Internação:

TRATAMENTO CIRÚRGICO

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av.Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep:59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____ / _____ / _____**PARECER****Motivo de Impedimento do Regulador:**

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

25.11.2019 - 11:47:41



Vicentinha 432
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: **149088 SANDRO TAVARES DE LIMA**

Prontuário: 1190255

CNS: 705008291895657

Nascimento: 18/08/1985

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: LUZINETE CORREIA DE LIMA

Pai: FRANCISCO TAVARES DE LIMA

Endereço: RUA CARTEIRO MANOEL NETO, 10 - PAJUÇARA - NATAL

Fone: 88786251 /

Município: NATAL

Órgão Municipal IBGE:

240810 UF: RN

CEP: 59133-384

CEP: 59133-384

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo N° 31402 / 2019

084718444

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM MSD

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

SS2.4 FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]*408020423 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIÁF

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

ANTEBRAÇO, FX;2

Faz Antibioticoterapia

Informações importantes sobre as condições do paciente:

Diabetes Hipertensão Obesidade

Lesão por pressão Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assitente:

AMARO ALVES DE SOUZA JÚNIOR

*AMARO ALVES
CRM 5309*

CRM: 5439 / RN

Data da Solicitação: 04/11/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

() Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do Documento: _____

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirof

() Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Empresa: _____

() Acidente de Trabalho Trajeto

CBOR: Tirof

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Pensionista

CONFERE COM O RG E COM A MATRIZ

EM, _____ / _____ / _____

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____

Órgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: _____ / _____ / _____

Assinatura/Carimbo: _____



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 PACIENTENome: **149088 SANDRO TAVARES DE LIMA**

Prontuário:

CNS: 70850082511819057 Nascimento: 18/11/1984

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: LUZINETE TAVARES DE LIMA

Pal:

Fone: 88786251 /

Endereço: RUA CARTEIRO MANOEL NETO, 10 - PAJUÇARA - NATAL

CEP: 59133-384

Município: NATAL

Código Municipal IBGE:

240810 UF: RN

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 30161 / 2019

98771-8644

98878-6251

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM REALTO DE QUEDA DE MOTO COM FT EXPOSTA PUNTIFORME EM ANTEBRAÇO ~~DX~~ E

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

SA ACIMA

DR

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX + EXAME FÍSICO

DR

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S52.4 FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]*408020431, TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFÍSICA

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

ANTEBRAÇO, FX;2

 Faz Antibioticoterapia

Informações importantes sobre as condições do paciente:

 Lesão por pressão Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assintente:

MAURO CARNEIRO CALHAU

CRM: 3063 / RN

Data da Solicitação: 25/10/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

HOSPITAL MEMORIAL

Nº do Bilhete: _____ Serie: _____

 Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

SAO FRANCISCO

CNAE da Emp: _____ CBO: _____

 Acidente de Trabalho Trajeto

AV. Juvenal Lamartine, 979 - Tirof.

Vínculo com previdência: Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Não Segurado

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, _____ Número da Autorização: _____

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____



DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: SANDRO TAVARES DE LIMA

Data do Procedimento: 20122019

Registro: 79633 IH: 6

Diagnóstico pré operatório: S524 FRATURA DAS DIAFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO (ULNA)

Código do procedimento

0408020423

Cirurgia realizada

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE AMBOS OS OSSOS

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: EDUARDO LOPES DE SANTANA

CRM

2156

Anestesiologista: FRANCISCO DA SILVA MELO

4539

Instrumentador: FELIPE

Grau de Contaminação: Limpo

Profilaxia Antimicrobiana:

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

PLACA RETSA DCP 02
PARAFUSOS CORTICais 12

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL NA MESA CIRÚRGICA ASSEPSIA E QANTISSEPSIA, REDUÇÃO CIRÚRGICA E FIXAÇÃO COM PLACA RETA DCP E PARAFUSOS CORTICais SEGUITA DE REDUÇÃO CIRÚRGICA E FIXAÇÃO DA ULNA COM PLACA RETA DCP E PARAFUSOS CORTICais.

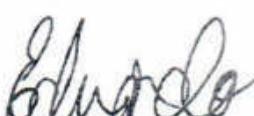
**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tiro

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, _____ / _____ / _____



CRM: 2156 - EDUARDO LOPES DE SANTANA

20/12/2019 18:22:07



BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

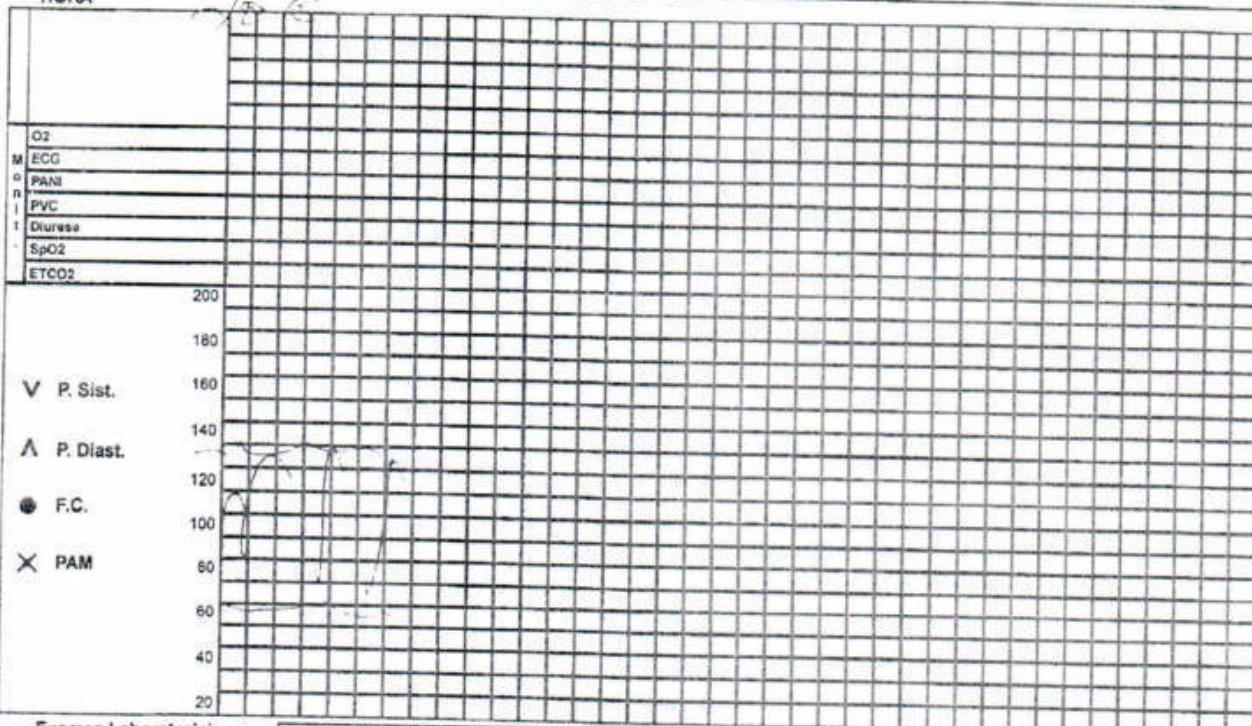
Dados do Paciente

Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA**

SANDRO TAVARES DE LIMA

IR: 6

Cirurgia Realizada TC FRATURA DE ANTEBRAÇO A ESQUERDA.		Data 20/12/2019	
Cirurgião DR EDUARDO LOPES	1º Auxiliar	2º Auxiliar	Anestesiologista DR FRANCISCO MELO
HORA			



Exames Laboratoriais

pH		
PaCO2		
HC03		
CO		
EB2		
PaO2		
SHbO2		
Hb		
Hc		
Na		
K		
Ca		
Glicose		
<u>ANESTÉSICOS</u>		
FENTANIL	500MG	03ML
MIDAZOLAN	15MG	01ML
NEOCAINA	0,5%	
DIMORF	0,2MG	
SUFENTANIL	10MCG	
ROCUROLIO	50MG	
ATRACURIO	25MG	
PROPOVAN	1%	
EFEDRINA	50MG	
ARAMIN	10MG	
CEFAZOLINA	1G	02AMP
DIPIRONA	1G	02AMP
DRAMIN	3MG	
DEXAMETASONA	10MG	
RANITIDINA	50MG	
ONDASETRONA	8MG	
NEOCAINA	0,5%	
ISOBARICA	0,6%	
CETOPROFENO	100mg	
SF0,9%	500	04FRS

TÉCNICA ANESTÉSICA: BLOQUEIO PLEXO-SEDAÇÃO

BLOQUEIO:

TIPO:

LOCAL DA PUNÇÃO:

LATÊNCIA:

NÍVEL ANESTESIA:

AGULHA:

LIQUOR:

BLOQUEIO MOTOR: g

Depois:

POSIÇÃO: Antes:

APARELHO:

TÉCNICA: ABERTO

INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: ORAL

TRAUMÁTICA/ANAO

SONDA:

V.T.:

F.R.:

CUFF:

N°

V.M.:

P.I.T.:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDICÃO FINAL:

REFLEXOS:

Depois:

APARELHO:

TÉCNICA: ABERTO

INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: ORAL

TRAUMÁTICA/ANAO

SONDA:

CUFF:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDICÃO FINAL:

REFLEXOS:

BALANÇO

CONFIRMAÇÃO:

OBSERVAÇÕES:

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM: *[Handwritten signature]*

DR. FRANCISCO DA SILVA MELO

ANESTESIOLOGISTA SBA 15714

CRM: 4539 - CPF: 565.148.404-34

RQE 3526

DURAÇÃO: 30MIN

INÍCIO: 17:30

FINAL: 18:00





Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

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

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 79633 IH: 6 Paciente: SANDRO TAVARES DE LIMA
Nascimento: 18/08/1985 34 anos Internação: 20/12/2019 08:54:18 Leito: SALA 003

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

20/12/2019 14:25:37 - COREN - 975123 - RAFAEL OLIVEIRA SILVA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO(A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ANTEBRAÇO, CONSCIENTE, ORIENTADA (O), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, PUNCIONADO(A) EM SALA COM CATETER VENOSO N°20 EM MS, VIABILIZANDO SF0,9% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Doença pré-existente: NÃO

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

Exame Laboratorial: SIM Risco Cirúrgico: SIM Raio X: PRÉ: SIM-QTD: 2

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Assinatura Responsável

Outros Exames:

COREN - 975123 - RAFAEL OLIVEIRA SILVA

SRPA Nível consciência: CONSCIENTE E ORIENTADO

Oxigenoterapia: EM O² AMBIENTE

Acesso venoso: SIM Diurese: SIM Acianótico: NÃO

Pálido: NÃO Sudorese: NÃO

Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO Raio X de Controle: SIM-QTD: NO LE

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE POI, CONSCIENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA HVP. VIABILIZANDO SF0,9%, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO. DIURESE ESPONTÂNEA, PRECISA REALIZAR RX PÓS DE CONTROLE, ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES, SEGUE ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM.

VERIFICADO SSVV: PA=120X80 MMHG , FC=82 BPM, SPO2= 99%

Assinatura Responsável

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tiro

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____ / _____



PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: **79633** IH: **6** Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA**
Nascimento: **18/08/1985** 34 anos Internação: **20/12/2019 08:54:18** Leito: **SALA 003**

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: **SEDAÇÃO + BLOQUEIO** Anestesiologista: **DR. MELO**

Tipo: **FRATURA DIAFISÁRIA DE ANTEBRACO ESC** Cirurgião: **DR MARCELO REGO**

Instrumentador: **FELIPE + RENAN** Circulante: **VANESSA**

Tipo curativo: **LIMPO**

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

Inf.sanguínea: **NAO** Monitoração correta: **SIM** Placa de bisturi: **SIM**

Antibiótico profilático?: **2 G CEFAZOLINA**

Inicio da cirurgia: **17:24** Fim da cirurgia: Tempo de cirurgia:

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, NEGA ALERGIA + COMORBIDADES, PUNCIONADO EM MSD JELCO 20. PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS, CURATIVO LIMPO E OCLUIDO, ENCAMINHADO AO SRPA SEGURO AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: **Limpa**

VANESSA COSTA DA SILVA LINO
Técnico(a) COREN - 877745

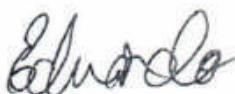
HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____ / _____ / _____



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA** Idade: 34 anos
 Convênio: **SUS MUNICIPAL** Reg.: 79633 Prontuário:
 Unidade: **CENTRO CIRURGICO** Peso: 53,0 kg Altura: 1,58r
 Leito: **SALA 003**
 Admissão: **20/12/19 08:54** 0 dia(s) de internação
 Diag.: **S527 - Fraturas múltiplas do antebraço | Fraturas do cíbito [unha] e do rád**

20/12/2019 18:20	Horários de Aplicação	2156
1) DIETA LIVRE, Ao dia	00	
2) SORO FISIOLOGICO 0,9% - 500ML Uso: 01 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	00	
3) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%	00	
4) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	00	
5) RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	00	
6) DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	00	
7) METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.	00	
8) RIVAROXABANA 15MG comprimido 1 comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única. 06H APÓS CIRURGIA.	00	
9)	00	
10) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas	00	
11) CURATIVO, Ao dia	00	
12) , Se necessário	00	



Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
 Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
 Cep: 59022-020 - Natal/RN
 CONFERE COM ORIGINAL
 EM, _____ / _____ / _____



Prescrição Médica / Evolução Clínica



Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA** Idade: 34 anos
 Convênio: **SUS MUNICIPAL** Reg.: 79633 Prontuário:
 Unidade: **CENTRO CIRURGICO** Peso: 53,0 kg Altura: 1,5
 Leito: **SALA-003 3436**
 Admissão: 20/12/19 08:54 0 dia(s) de internação
 Diag.: **S527 - Fraturas múltiplas do antebraço | 1 Fraturas do cúbito [ulna] e 1**

20/12/2019 18:30 13:00

		Horários de Aplicação
1.	DIETA LIVRE, Ao dia	DO (SND)
2.	SORO FISIOLOGICO 0,9% - 500ML Uso: 01 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.	DO :00:00 14:00
3.	TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. Diluir em 100ML de Soro fisiológico 0,9%	DO 22:00 06:00 14:00
4.	CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	DO 22:00 06:00 14:00
5.	RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	DO :06:00 18:00
6.	DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD	DO 00:00 18:00
7.	MEDECOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.	DO (SN)
8.	RIVAROXABANA 15MG comprimido 1 comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única. 06H APÓS CIRURGIA.	DO :00:00
9.		DO (SN)
10.	SENAIS VITais (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas	DO 22:00 06:00 14:00
11.	CURATIVO, Ao dia	DO (MANH)
12.	, Se necessário	DO (SN)

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM: _____ / _____ / _____



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA** Idade: 34 anos
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Reg.: 79633 Prontuário:
Unidade: **UNIDADE III**
Leito: **ENFERMARIA 313B** Peso: 53,0 kg Altura: 1,58
Admissão: **20/12/19 08:54** 1 dia(s) de internação
Diag.: **S527 - Fraturas múltiplas do antebraço| 1 Fraturas do cúbito [ulna] e do rá**

21/12/2019 07:51

tala axilo palmar
Usu: Pela manhã.

Horários de Aplicação

2158

16.30 min/10a

00

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

Eduardo

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av.Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep:59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____ / _____ / _____





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **SANDRO TAVARES DE LIMA** Idade: **34 anos**
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Reg.: **79633** Prontuário:
Unidade: **UNIDADE III**
Leito: **ENFERMARIA 313B**
Admissão: **20/12/19 08:54** 1 dia(s) de internação
Diag.: **S527 - Fraturas múltiplas do antebraço | Fraturas do cúbito [ulna] e do rá**

21/12/2019 10:51

1) ALTA HOSPITALAR, No momento

Horários de Aplicação

2156

00

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA
CRM - 2156

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____ / _____ / _____



EVOLUÇÃO DIÁRIA DE CURATIVO

Dados do Paciente

Paciente: SANDRO TAVARES DE LIMA

Registro: 79633

Nº Internação: 6

Nascimento: 18/08/1985 34 anos

Data Internação: 20/12/2019 08:54:18

Leito: ENFERMARIA 313B

Limpeza:

Tipo de Ferida: LIMPA

Localização: PÓS DE DIAFESE ESQUERDO

Condições do Leito: APRESENTANDO EXSUDATO EM GAZES EM

EXSUDATO DA FERIDA

Seroso Purulento

Sanguinolento

Serossanguinolento

Piosanguinolento

Sem Exsudato

PELE - PERILESIONAL

Integra Esconada

Sinal Flogísticos

Descamada

Alergica/Dermatite

Macerada

Quantidade: Seleccione uma opc

Odor: Seleccione uma opc

BORDAS

Distintas

Regulares

Irregulares

OBSERVAÇÕES GERAIS

UTILIZADO: S F 0,9%, AGULHA 40X12, GAZES, LUVAS DE PROCEDIMENTOS, LUVAS ESTERIL, 02
ATADURAS DE 10CM, 10CM DE ESPARADRAPO.

21/12/2019 12:13:41

Técnico(a) COREN - 256755

MARIA DE FATIMA DE LIMA

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____





Hospital Memorial de Natal

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

REGISTRO DE ENFERMAGEM - UNIDADE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: SANDRO TAVARES DE LIMA

Registro: 79633 Nº Internação: 6

Nascimento: 18/08/1985 | 34 anos Data Internação: 20/12/2019 08:54:18

Leito: ENFERMARIA 313B

OBSERVAÇÕES GERAIS

ÀS 16:30H PACIENTE CONCIENTE E ORIENTADO EM O^º AMBIENTE, PÓS-OPERATÓRIO
DE FRATURA DE ANTEBRAÇO REALIZADO TALA AXILO PALMAR CONFORME
PRESCRIÇÃO MÉDICA.

*Maria
Juventina*
21/12/2019
OUT - 817262

Maria JEFFECELIANE DO N BERNARDINO

**HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO**
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____/_____/_____



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: SANDRO TAVARES DE LIMA

Registro: 79633 IH: 6

Nascimento: 18/08/1985 34 anos Data Internação: 20/12/2019 08:54:18

Leito: ENFERMARIA 313B

Estado: Diurno Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Isolamento de contato: Não

Principais Diagnóstica: 1º DPO DE DIAFESE ESQUERDO

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorada

Oxigêniooterapia

Antecedentes Medicamentosas: DESCONHECE

Em O2 Ambiente

Sintomas Vitais

Temperatura: 35,5 °C

Saturação O2: 99%

Respiração:

Pressão Arterial: 120x80

Frequência Cardíaca: 79

Eliminações Fisiológicas

Accesso Venoso

Diurese: ESPONTÂNEA

Período:

Obs.: COLETOR

Data: 20.12.2019

Intestinais: PRESENTE

Correção:

Aspectos:

Correção:

Drenos

Correção:

Data:

Correção:

Tipos:

Correção:

Local:

Correção:

Aspectos:

Obs.:

Correção:

REALIZADO PELA COMISSÃO

Observações:

ADM: MEDICAÇÕES DE HORÁRIO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA
ADM: 13:25 01 AMPOLA DE TRAMAL , PACIENTE REFERIA FORTES DORES

Intercorrência:

REGISTRO AS 07:00 HORAS , PACIENTE 34 ANOS , SEM ACOMPANHANTE , CONCIENTE , ORIENTADO , RESPIRANDO EM O2 AMBIENTE .
DIETARIO DE BOA ACEITAÇÃO , DEAMBULA SEM AUXILIO , ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES EM BANHEIRO , REALIZADO BANHO
NO BANHEIRO + TROCA DE ROUPA DE CAMA , RECEBEU VISITA DE SEU MEDICO ASSISTENTE , ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA . SEGUO
NO BANHEIRO E SUA ACOMPANHANTE EM CADEIRA PARA REALIZAR COLOCACAO DE TALA GESSADA EM PS . E EM SEGUIDA PARA SEU
DOMICILIO , LEVANDO SEUS PERTENCES + ORIENTAÇÕES MÉDICAS .

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av.Juvênia Lamartine, 979 - Tirol
Cep:59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, / / /

Suely Batista
COREN: 1168012 - SUELY BATISTA DE AGUIAR SILVA

21/12/2019 07:22:27

Página: / /



RECEITUÁRIO MÉDICO

Lando Médico

Sandro Tavares de Lima - 34 anos

Data do Atendimento: 25/10/19

Pouco tempo após o acidente motociclistico que resultou em fratura grave de antebraço esquerdo.
Quadro crônico

Atualmente reflete sequelas com perda de 75% de flexão no pulso esquerdo e dor.

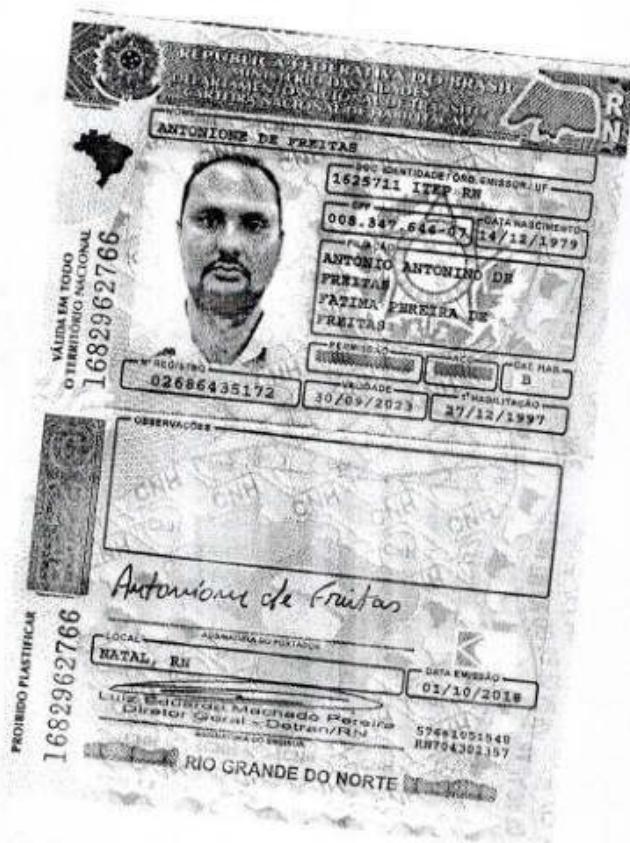
Atto Médico
15/01/2020

Dr. Hugo Almeida
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 22000

TPAV. PRESIDENTE MÉDICO Nº 256 IGAPÓ- Natal/RN CEP 59106000

CNPJ 06126677/0001-57 FONE: 3315-6901/ 3615-6900





Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/11/2020 14:49:09
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110514490764700000059889287>
Número do documento: 20110514490764700000059889287

Num. 62446464 - Pág. 33



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199787/20

Vítima: SANDRO TAVARES DE LIMA

CPF: 070.497.334-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/10/2019

Titular do CPF: SANDRO TAVARES DE LIMA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIONE DE FREITAS : 008.347.644-07

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

SANDRO TAVARES DE LIMA : 070.497.334-07

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 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: 16/07/2020
Nome: ANTONIONE DE FREITAS
CPF: 008.347.644-07

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2020
Nome: Maria Luíza Gonçalves da Silva
CPF: 122.394.894-30

ANTONIONE DE FREITAS

Maria Luíza Gonçalves da Silva



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/11/2020 14:49:09
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110514490764700000059889287>
Número do documento: 20110514490764700000059889287

Num. 62446464 - Pág. 35

PROCURAÇÃO

Outorgante:

SANDRO TAVARES DE LIMA, brasileiro (a), estado civil SOLTEIRO,
profissão AVULGADOR, residente e domiciliado à Rua CARLOS MANOEL NETO
Nº 10, Bairro PAJUCARA, Município de NAITAL, Estado de (o)
RO GRANDE NORTE CEP 59133-384, portador (a) do RG nº 002391876
SSP/RN e CPF nº 070497339-07

Outorgado:

ANTONIO DE FRITAS, brasileiro(a), estado civil

SOLTEIRO, profissão MOTORISTA, residente e domiciliado à Rua
TRAV. GUERREIRO CARVALHO nº 701, Bairro PAJUCARA, Município de
NAITAL, Estado de (o) RO GRANDE NORTE CEP 59122-240, portador (a) do RG
nº 02686455172, SSP/RN e CPF nº 008397649-07

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado seu
bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio
de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.
(a) SANDRO TAVARES DE LIMA, ocorrido em 25/10/2019, conforme
registrado pelo B.O anexo ao processo.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado
acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER**
DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, a fim de que o outorgado de entrada em meu pedido de
Indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de
Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta
seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e
praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.

NAITAL/RN, 15 de 15/10/20 de 2020

xSANDRO TAVARES DE LIMA

Outorgante

CPF nº 070497339-07

OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade verdadeira.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199787/20

Vítima: SANDRO TAVARES DE LIMA

CPF: 070.497.334-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/10/2019

Titular do CPF: SANDRO TAVARES DE LIMA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIONE DE FREITAS : 008.347.644-07

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

SANDRO TAVARES DE LIMA : 070.497.334-07

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 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: 16/07/2020
Nome: ANTONIONE DE FREITAS
CPF: 008.347.644-07

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2020
Nome: Maria Luíza Gonçalves da Silva
CPF: 122.394.894-30

ANTONIONE DE FREITAS

Maria Luíza Gonçalves da Silva



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/11/2020 14:49:09
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110514490764700000059889287>
Número do documento: 20110514490764700000059889287

Num. 62446464 - Pág. 37

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200253418 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRO TAVARES DE LIMA **Data do acidente:** 25/10/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TERÇO DISTAL DO RÁDIO E URNA ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE)

ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFÍCIT FUNCIONAL INTENSO DO PUNHO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO ACOSTADO NA PÁGINA 34.

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 dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200253418 **Vítima: SANDRO TAVARES DE LIMA**

Data do Acidente: 25/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANTONIONE DE FREITAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SANDRO TAVARES DE LIMA

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 nº 1595109

Pag. 01109/01110 - carta_01 - INVALIDEZ



00020555



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/11/2020 14:49:09
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110514490764700000059889287>
Número do documento: 20110514490764700000059889287

Num. 62446464 - Pág. 39



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200253418 **Vítima: SANDRO TAVARES DE LIMA**

Data do Acidente: 25/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANTONIONE DE FREITAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SANDRO TAVARES DE LIMA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: SANDRO TAVARES DE LIMA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000034

Conta: 0000042564-5

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, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



1 - LOCAL E DATA

Local AV. BERNARDO VIEIRA/AV. PRUD. DE MORAIS Bairro LAGOS NOVA
Cidade/UF NATAL RN P. Ref. RIACHUELO CENTRAL
Data 25/10/2019 Hora do acidente 18:25 Hora do registro 18:50 Dia da semana SEXTA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi RGO 8837 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. HONDA CG 160 TITAN Cor (NATURAL) PRETA Ano 2018/2018
Proprietário ELIELSON SILVA CALADO N° de Ocupantes 02
Condutor ELIELSON SILVA CALADO Data de Nasc. 07/08/1988
Endereço R. ARAPIRACA N° 03 Fone 98832-0566
Bairro NOVAZILIS Cidade NATAL UF RN
CPF N° 071.239.944-08 CNH N° 05412927527 Validade 08/06/2021 Categoria AB
Local de Trabalho PROGRESSO XTACADO Fone 3219-2034
End. R. BERTA USTA N° 220 Bairro JOAQUIM Cidade NATAL

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi NYL 9285 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. YANAHIA / YBR 125 Cor PRETA Ano 2007/2007
Proprietário MARCOS SIMÃO DOS SANTOS N° de Ocupantes 01
Condutor SANDRO DAVALRES DE LIMA Data de Nasc. 18/08/1985
Endereço RUA CALDEIRÃO MAURO NETO N° 10 Fone 98878-6287
Bairro PATUCA Cidade NATAL UF RN
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade / / Categoria _____
Local de Trabalho AUTONÔMO Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

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

6 - VEÍCULO 04:

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

ção N° do Boletim: 103899 N° da Ocorrência: 956075 Data Registro: 29/10/2019 Hora Registro: 10:54:35 Número/Controle: 6AC74CA46C8876E4



7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. BEQUINHOS VIZIRIA

Em que sentido? QUINTAS - MORRO BRANCO Em que faixa? MEDIO

Versão do condutor ACLEGA QUE, TRANSITAVA NORMALMENTE P. S. TENTAR CONVERGIR A DIREITA DA AV. PRUD. DE MORAIS, FOI SURPREENDIDO PELO V2 COLIDIU NA SUA LATERAL. O V1 (APENAS) APENAS RUE ESTAVA COMO PISCA LIGADO PARA FAZER A CONVERSAO.

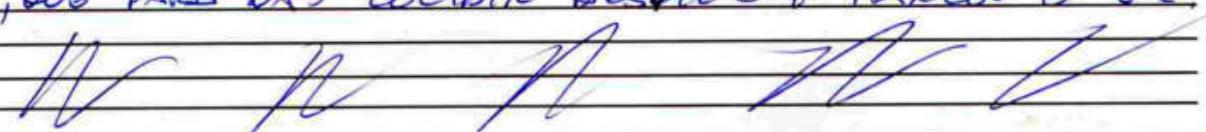


Assinatura do Condutor do V1 Ademir Silveira Soledade

SOBRE V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? AV. BEQUINHOS VIZIRIA

Em que sentido? QUINTAS - MORRO BRANCO Em que faixa? MEDIO

Versão do condutor ACLEGA QUE, TRANSITAVA UM POCO ATRAES DO V1, QUANDO FOI SURPREENDIDO P. S. NOS NOS NOS CONVERGIR A SUA FRENTE, O V2 TENTOU DESVIAR MARS NAO CONSEGUIU. O V2 APENAS DEU UM VEICULO NAO IDENTIFICADO TIROU O V1, QUE PARA NAO COLIDIR DESVIOU E TIROU O V2.



Assinatura do Condutor do V2 SANDRO TAVARES DE LIMA

SOBRE V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____



Assinatura do Condutor do V3 _____

SOBRE V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____

Em que sentido? _____ Em que faixa? _____

Versão do condutor _____



Assinatura do Condutor do V4 _____

ção N° do Boletim: 103899 N° da Ocorrência: 956075 Data Registro: 29/10/2019 Hora Registro: 10:54:35 Número/Controle: 6AC74CA46C8876E4



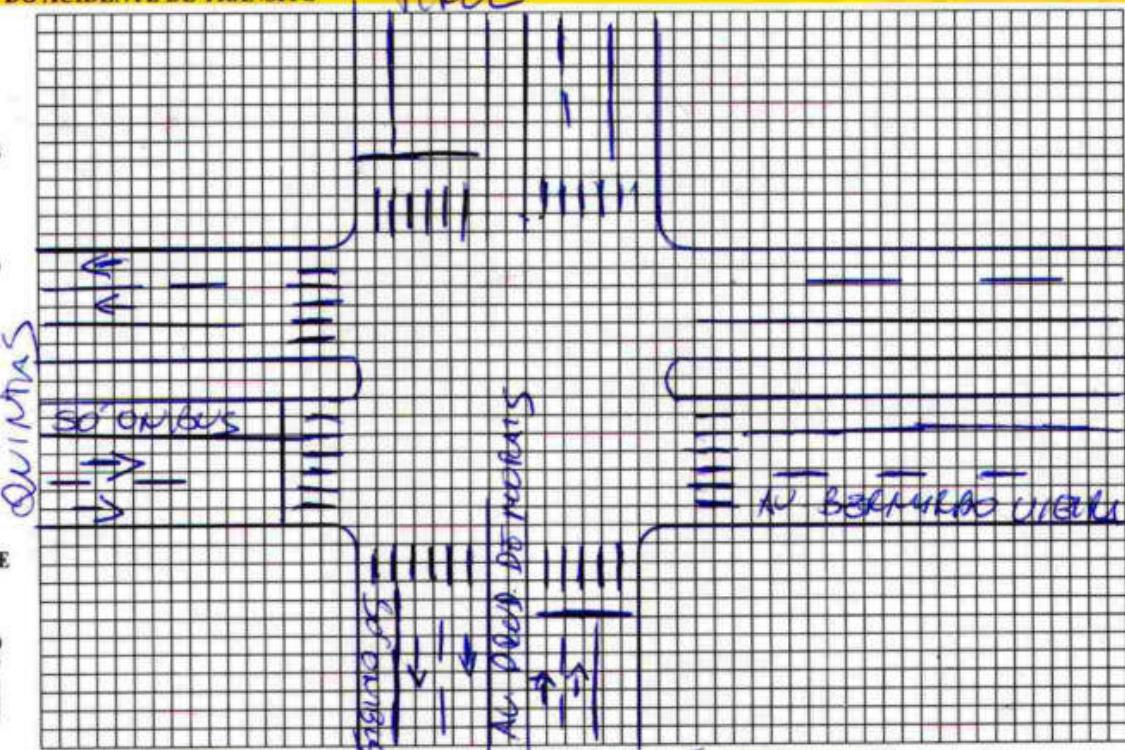
103899

8 - CONDIÇÕES DA VIA

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

9 - CROQUI DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

- ÁRVORE
- VESTÍGIOS
- SEMÁFORO
- PEDESTRE
- BICICLETA OU MOTO
- CARRO DE PEQUENO PORTO
- CAMINHÃO OU ONIBUS
- CARRETA

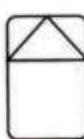


NÚMERO 8888888

10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO

AVARIAS DO VEÍCULO 1

Paravacaxo do tanque mala
de vidro, estribo central,
estribo traseiro, apont
o garupa, painel, pis
ca dianteiro.



AVARIAS DO VEÍCULO 2

Paravacaxo fissa o rosto, painel
dianteiro, painel,



AVARIAS DO VEÍCULO 3



AVARIAS DO VEÍCULO 4



ção Nº do Boletim: 103899 Nº da Ocorrência: 956075 Data Registro: 29/10/2019 Hora Registro: 10:54:35 Número/Controle: 6AC74CA46C8876E4



11 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Presenciou: Testemunha Fato Registro

Nome ELIÉZER SON SILVA CALAÇO RG N° 29541711 Órgão Expedidor ITEP RN Data de Nascimento 07/08/1988

Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assintura _____ Hora _____

12 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Presenciou: Testemunha Fato Registro

Nome MAYWELL FLORENCIO DOS SANTOS RG N° 002414912 Órgão Expedidor ITEP RN Data de Nascimento 10/10/1988

Endereço AV. DOS CALADÓS (CONDOMÍNIO VIDA) N° _____ Fone 98897-5103
 Bairro PITIMBU (BL FLORIANA AP1803) Cidade NATAL UF RN
 Versão _____

Assintura _____ Hora _____

13 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: ACÓIS SAMU

Presenciou: Testemunha Fato Registro

Nome SOUZA TAVARES DE LIMA RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____

Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assintura _____ Hora _____

14 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Conduzido para: _____

Presenciou: Testemunha Fato Registro

Nome _____ RG N° _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____

Endereço _____ N° _____ Fone _____
 Bairro _____ Cidade _____ UF _____
 Versão _____

Assintura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa 052 0766 Cidade NATAL UF RN Marca/Modelo _____

Nome SAMU 10 RG N° _____ Órgão Exp. _____

Endereço _____ N° _____
 Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

16 - IMAGENS / FOTOS SIM NÃO AUTUAÇÃO SIM NÃO AIT N° _____ CÓD/DESD _____

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

*AS VÍTIMAS OS CAMPO 11 E 12 NÃO ACORDARAM O ATENDIMENTO DA SAMU.
**O CONDUTOR OS V2 NÃO PRESENTEOU DOCUMENTAÇÃO EM TOMADA MÁS, E FICOU EM ATENDIMENTO MÉDICO _____ NÃO OBTINOU OS MATERIAIS DE PREVIDENCIARIA A DOCUMENTAÇÃO.
*O V2 FOI ENTREGUE AO SERLEANDOR DA SAMUOS DA SERRA CEP. 0505905277, CPF 094.295.724-47, QUE IDENTIFICOU-SE COMO PRIMO OS V2. ASSIM, IDENTIFICOU-SE OS FABRICOS DA SERRA

Nome Completo do Agente HAMILTON SILVA DE SOUZA

POSTO/GRAD.: CB PM N° 202010383 Viatura AG-028 Subunid.: 030 - NERTA

Local e Data NATAL, 29 de OUTUBRO de 2019

Assinatura do Agente de Trânsito

ção N° do Boletim: 103899 N° da Ocorrência: 956075 Data Registro: 29/10/2019 Hora Registro: 10:54:35 Número/Controle: 6AC74CA46C8876E4





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

INFORMAÇÕES PERMANENTES

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTAL
2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: SANDRO TAVARES DE LIMA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 045/2012				
5 - Nome completo:	SANDRO TAVARES DE LIMA		6 - CPF:	070-997-334-07
7 - Profissão:	8 - Endereço:		9 - Número:	10 - Complemento:
AVÔ/ONOMA	RUA CARLOS TAVARES NETO		10	CAS54
11 - Bairro:	12 - Cidade:		13 - Estado:	14 - CEP:
PAJUCARA	MALM		RN	59.133-385
15 - E-mail:			16 - Tel (DDD):	(85) 98833-6586
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 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 (ANEXO B - 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 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: 0034	CONTA: 000482564	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____		
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)		
Autorizo a Seguradora Lider 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

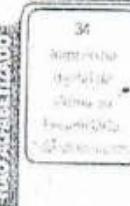
- Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região 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 do motorista, 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro, <input type="checkbox"/> Casado (no Civil), <input type="checkbox"/> Divorciado, <input type="checkbox"/> Separado judicialmente, <input type="checkbox"/> Vívo, <input type="checkbox"/> Falecido	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Estado Civil do(a) 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: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar se teve filhos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou herdeiro (herdeiros): <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 se teve irmãos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou parente (avôs/avós): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - Nome/Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **MALM 14 DE JULHO DE 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **X SANDRO TAVARES DE LIMA**

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPS.001 V002/2019



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



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **SANDRO TAVARES DE LIMA**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 25/10/2019, aproximadamente às 18h24min, na Avenida Bernardo Vieira, Lagoa Seca, nesta Cidade. Sob nº de ocorrência 289123/1, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

Natal, 14 de janeiro 2020.

CLAUDIO AUGUSTO CAMARA DE MACEDO
Coord. Geral do Serviço de Transporte Sanitário Municipal e SAMU 192 Natal
Matrícula 72.468-1

Rua Potiguares, 300 - Dix Sept Rosado - Natal/RN – CEP: 59054-280
Tel.: (84) 3232-9222 (84) 3232-9211 - e-mail: admsamunatal@yahoo.com.br



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/11/2020 14:49:09
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110514490764700000059889287>
Número do documento: 20110514490764700000059889287

Num. 62446464 - Pág. 47