



Número: **0912457-73.2022.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **21ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **18/11/2022**

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

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ABINOAN DE CARVALHO (AUTOR)		Rocco Meliande Neto (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)		ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)	
MICHEL FREIRE DE ARAUJO (TERCEIRO INTERESSADO)			

Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
96418960	09/03/2023 16:20	2880516_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros documentos

BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

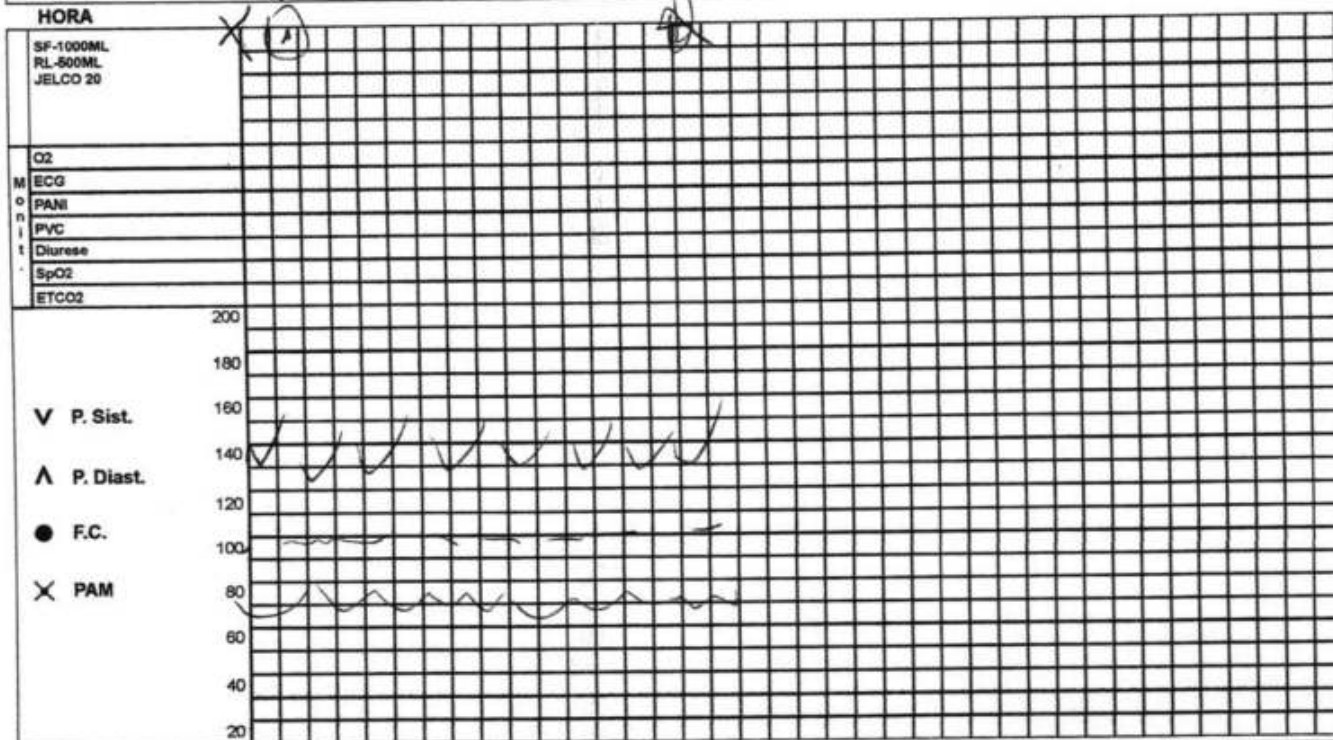
Dados do Paciente

Paciente: **ABINOAN DE CARVALHO**

ABINOAN DE CARVALHO 58072

IH: 5

Cirurgia Realizada RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR+MENISCORRAFIA+OSTEOCONDROPLASTIA+SINOVECTOMIA DO JOELHO DIREITO			Data 14/10/2020
Cirurgião DR. MÁRCIO REGO	1º Auxiliar	2º Auxiliar	Anestesiologistas GILVAN DE CARVALHO



Exames Laboratoriais

pH		
PaCO2		
HCO3		
CO		
EB2		
PaO2		
SHbO2		
Hb		
Hc		
Na		
K		
Ca		
Glicose		

DROGAS		
FENTANIL	500MG	01
MIDAZOLAN	15MG	01
NEOCAINA	0,5%	01
DIMORF	0,2MG	01
SUFENTANIL	10MCG	01
ROCURÔNIO	50MG	
ATRACURIO	25MG	
PROPOVAN	1%	
EFEDRINA	50MG	01
ARAMIN	10MG	
CEFAZOLINA	1G	01
DIPIRONA	1G	02
DRAMIN	3MG	01
DEXAMETASONA	10MG	01
RANITIDINA	50MG	01
ONDASETRONA	8MG	
NEOCAINA	0,5%	
ISOBARICA	0,5X	
CETOPROFENO	100mg	
TRAMAL 100		01
TILATIL 40		01
ASD		01

TÉCNICA ANESTÉSICA: RAQUIANESTESIA

BLOQUEIO: **ESPINHAL**

LOCAL DA PUNÇÃO: **L3-L4**

NÍVEL ANESTESIA: **T8**

BLOQUEIO MOTOR: **3**

POSICÃO: Antes: **DDH** Depois: **DDH**

APARELHO:

TÉCNICA: **ABERTO**

INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: **CATETER NASAL**

TRAUMÁTICA: **NAO**

SONDA: **N°**

CUFF:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDIÇÃO FINAL:

REFLEXOS:

CONSCIÊNCIA:

TIPO: **RAQUI**

LATÊNCIA: **5 MIN**

LIQUOR: **CLARO**

V.T.:
V.M.:
F.R.:
P.L.T.:

BALANÇO	OBSERVAÇÕES
	OXIMETRO ECG PNI O2/2L/MIN
	<i>Gilvan de Carvalho</i> Anestesiologista CRM/RN 1904
DURAÇÃO: 01:30	INÍCIO: 09:30 FINAL: 10:00



BOLETIM DE SALA
Dados do paciente

Paciente: **ABINOAN DE CARVALHO**

Registro: **58072**

Convênio: SUS ESTADUAL

Nº: 120.316185

Local : SALA 002

Início: 14/10/2020 09:30 Fim: 14/10/2020 10:00

Cirurgia: TRATAMENTO DAS LESOES OSTEÓ-CONDRAIS POR FIXAÇÃO OU MOSAIC
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZAD
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENI
EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MEDIAS / GRÁND

Cirurgia Principal

Equipe:	CRM	Especialidade	CPF
Cirurgião	6574	ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	05544048428
Anestesiologista	1904	ANESTESIOLOGIA	15707172491
Instrumentador	528240	TECNICO ENFERMAGEM	08446352435
Circulante	1415241	AUXILIAR ENFERMAGEM	07515338407

MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO
GILVAN DE CARVALHO
FELIPE MORAIS DE MOURA
JOSIVALDO GOMES DA SILVA

MATERIAL

Código	Descrição	QTD	UND
206953	AGULHA DESCARTAVEL 25X8	3	UND
80418	AGULHA DESCARTAVEL 40X12	2	UND
64010	AGULHA PARA RAQUE 25G	1	UND
61670	ATADURA AG ORTOP 15CMX1.8M	6	UND
80590	ATADURA DE CREPOM 15CMX1.8M	6	UND
64486	BARBEADOR DESCARTAVEL	2	UND
65227	CAMPO OPERATORIO 25X28CM ESTÉRIL	7	UND
64493	CAPA P/ VIDEOCIRURGIA	2	UND
61473	CATETER P/OXIGENIO TIPO OCULOS	1	UND
61989	ELETRODO DESCARTAVEL	5	UND
90131	EQUIPO MACROGOTAS C/INJ.FLEXIVEL	1	UND
206947	ESCOVA PARA ASSEPSIA	3	UND
65037	ESPARADRAPO 10CM X 4,5	100	CM
51583	ETHIBOND 5	2	UND
62278	GAZE EST 11 FIOS 7,5X7,5 ESTÉRIL	10	PCT
62364	GORRO DESCARTAVEL	3	UND
206904	LAMINA DE BISTURI N.11	1	UND
60149	LAMINA DE BISTURI N.20	1	UND
62332	LUVA CIR DESC EST 7,0	2	PAR
62640	LUVA CIR DESC EST 7,5	5	PAR
62429	LUVA CIR DESC EST 8,0	1	PAR
208342	LUVA PROCEDIMENTO TAM.XP KIT 4 PARES	1	UND
62783	MASCARA DESC C/ ELASTICO	2	UND
65306	MASCARA DESC C/ TIRAS	4	UND
61133	MICROPORE 10 CM X 10 M	50	CM
61172	MICROPORE 5,0CM X 10 METROS	50	CM
50621	MONONYLON PRETO 3-0 C/AG 3CM	1	UND
67276	PARAFUSO DE INTERFERENCIA DE TITANIO	2	UND
60930	POLIFIX 2 VIAS	1	UND
60733	SAPATILHA DESCARTAVEL	16	UND
63209	SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA	2	UND
62475	SERINGA DESCARTAVEL 5ML SEM AGULHA	2	UND
65313	TOUCA CIRURGICA DESCARTAVEL	3	UND
207309	TRANSOFIX	1	UND
51308	VICRYL FECH.G.OB/GIN.VIOLETA 1 70CM AG.4C/	2	UND

Código	Descrição	QTD	UND
200755	CLOREXIDINA DEGERMANTE 2%	300	ML
208421	SUFENTANIL 5,0MCG/ML - 2ML AMPOLA	1	AMP

MEDICAMENTOS

Código	Descrição	QTD	UND
207363	ACIDO TRANEXAMICO 50MG/ML (TRANSAMIM)	3	AMP
326	AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA	2	AMP
10595	BUPIVACAINA PESADA 5MG/ML (NEOCAINA)	1	AMP
8148	CEFAZOLINA SODICA 1G FRASCO AMPOLA	2	UND
12764	CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5%	250	ML
6294	FENTANILA, CITRATO 10ML FRASCO AMPOLA	1	ML
16920	MORFINA 0,2MG/ML (DIMORF)	1	AMP
641	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML	4	UND
8718	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	5	UND
8829	SORO RINGER LACTATO 500ML	1	UND
8449	SORO RINGER SIMPLES 500ML	1	FRS
12567	SULFATO DE EFEDRINA 1ML AMPOLA	1	UND

TAXAS

Código	Descrição
90711	TAXA OXIGENIO SOB PRESSAO 1/4
90553	TAXA OXIMETRO
91856	TAXA MONITOR DE PRESSAO
91752	TAXA DE SALA CIRURGICA PORTE ANESTESICO
92328	TAXA RECUP POS-ANEST PORTE-00

ENFERMEIRO



PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 58072 IH: 5 Paciente: ABINOAN DE CARVALHO
Nascimento: 10/05/1979 (41 anos Internação: 14/10/2020 07:49:27 Leito: LEITO RESERVA 07

ANTES DO ATO CIRÚRGICO 14/10/2020 09:19: COREN - 830653 - CRISTIANE SANTIAGO DA SILVA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE RECONSTRUÇÃO
LIGAMENTAR, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, CONSCIENTE ORIENTADO(A), PUNÇIONADO (A) COM JELCO Nº
20 EM MSE SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

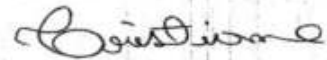
Doença pré-existente NÃO

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

Exame Laboratorial: SIM Risco Cirúrgico: SIM Raio X: PRÉ:

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo) NÃO

Assinatura Responsável



Outros Exames LAUDO RNM

SRPA COREN - 662098 - MARIA ELIZABETE B PEREIRA

Nível consciência CONSCIENTE E ORIENTADO, Oxigenoterapia O² AMBIENTE

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

Hipotensão NÃO Raio X de Controle NÃO

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE POI DE LIGAMENTO JOELHO DIREITO, CONSCIENTE E ORIENTADO EM
O² AMBIENTE, NA HVP, VIABILIZANDO SF 0.9%, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO,
ANEXO AO PRONTUARIO EXAMES, SEGUE ACOMPANHADO ATÉ OUT DO
MAQUEIRO E ENFERMEIRA DO CC. leito
VERIFICADO SSVV: PA= 120X80 MMHG, FC= 88 BPM, SPO2= 100 %

Assinatura Responsável

DURANTE





Hospital Memorial
São Francisco

Comprovante de Alto Custo () Comprovante de Material Estéril (X)

Paciente: ANTONIO DE CARVALHO N° Reg.: 58072

Cirurgião: Dr. Marcelo Data: 14.10.20

Procedimento: RECONSTRUÇÃO DE LCA (D) Leito: _____

CAIXA: LAP CC
QUANTIDADE: 09
DATA: 13/10/20
VALIDADE: 09/04/21
MEDICO: H. M.
LOTIAUT: CISA 213
Resp.Preparo: PRONTO
Resp.Téc.: Enfª Andresa Kallne
Processo Esterilização à Vapor saturado
MEMORIAL

CAIXA: BOJIM
QUANTIDADE: AZUL 05
DATA: 13/10/20
VALIDADE: 11/04/21
MEDICO: HMSAOFRANCISCO
LOTIAUT: CISA233
Resp.Preparo: PATRICIA
Resp.Téc.: Enfª Andresa Kallne
Processo Esterilização à Vapor saturado
MEMORIAL

CAIXA: LIGAMENTO 2
QUANTIDADE: 14 LARANJA
DATA: 13/10/20
VALIDADE: 11/04/21
MEDICO: HM SÃO FRANCISCO
LOTIAUT: 229 CISA
Resp.Preparo: NEUCILENE
Resp.Téc.: Enfª Andresa Kallne
Processo Esterilização à Vapor saturado
MEMORIAL

CAIXA: BASICA
QUANTIDADE: 29
DATA: 13/10/20
VALIDADE: 11/04/21
MEDICO: H M SÃO FRANCISCO
LOTIAUT: 243/ BAUMER
Resp.Preparo: NEUCILENE
Resp.Téc.: Enfª Andresa Kallne
Processo Esterilização à Vapor saturado
MEMORIAL

CAIXA: MENISCO 03
QUANTIDADE: 15
DATA: 13/10/20
VALIDADE: 11/04/21
MEDICO: D. MARCELO
LOTIAUT: 242/ BAUMER
Resp.Preparo: JANE
Resp.Téc.: Enfª Andresa Kallne
Processo Esterilização à Vapor saturado
MEMORIAL

CAIXA: LAP CC
QUANTIDADE: 09
DATA: 13/10/20
VALIDADE: 11/04/21
MEDICO: HM SÃO FRANCISCO
LOTIAUT: BAUMER245
Resp.Preparo: PRONTO
Resp.Téc.: Enfª Andresa Kallne
Processo Esterilização à Vapor saturado
MEMORIAL

CAIXA: LIGAMENTO
QUANTIDADE: 17 VERDE
DATA: 13/10/20
VALIDADE: 11/04/21
MEDICO: DR. RICARDO
LOTIAUT: 229 CISA
Resp.Preparo: NEUCILENE
Resp.Téc.: Enfª Andresa Kallne
Processo Esterilização à Vapor saturado
MEMORIAL

Enfermeiro(a) e/ou Téc. Enf.: _____

Carimbo e Assinatura





AVALIAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR

NOME: Abirama de Carvalho

IDADE: 41 ANOS SEXO: (X)M ()F

DATA 16 / 07 / 2026

CIRURGIA PROPOSTA: Reconstrução ligamento LCo na perna direita.

INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO

ASSINTOMÁTICO DO PONTO DE VISTA CARDIOLÓGICO:

- Sim (X) Não ()

SINTOMÁTICO DO PONTO DE VISTA CARDIOLÓGICO:

- TOSSE SECA - Sim () Não (X)
- HEMOPTISE - Sim () Não (X)
- LIPOTÍMIA - Sim () Não (X)
- DPN - Sim () Não (X)
- DISPNEIA - Sim () Não (X)
- ORTOPNEIA - Sim () Não (X)
- DOR PRECORDIAL - Sim () Não (X)
- CLAUDICAÇÃO - Sim () Não (X)
- SÍNCOPE - Sim () Não (X)
- EDEMA DE MMII - Sim () Não (X)
- TONTURAS - Sim () Não (X)
- CIANOSE - Sim () Não (X)
- PALPITAÇÕES - Sim () Não (X)

ANTECEDENTES PESSOAIS

- CIRURGIAS PRÉVIAS: Sim, intercorrência.
- ALERGIAS: neg.
- DOENÇA RENAL: Sim () Não (X)
- DISLIPIDEMIAS: Sim () Não (X)
- AVC: Sim () Não (X)
- TABAGISMO: Sim () Não (X)
- ETILISMO: Sim () Não (X)
- OBESIDADE: Sim () Não (X)
- ARRITMIAS: Sim () Não (X)
- HAS: Sim () Não (X)
- DM: Sim () Não (X)
- ICC: Sim () Não (X)
- IAM: Sim () Não (X)
- CHAGAS: Sim () Não (X)

CAPACIDADE FUNCIONAL:

(X) BOA () MODERADA () RUIM

HISTÓRIA FAMILIAR

- () História de DAC precoce neg.
- () Morte súbita neg.
- () Arritmias neg.
- () Outros mae com IC.

MEDICAMENTOS CARDIOLÓGICOS EM USO neg.

EXAME FÍSICO

AUSCULTA PULMONAR

(X) Normal RVC simétrico sem R
() Anormal

AUSCULTA CARDÍACA

(X) Normal RCC, 2T, 5NF em apno.
() Anormal

ABDOME

() Hepatomegalia ausente
() Refluxo Hepato-Jugular ausente

EXTREMIDADES:

() Edema MMII ausente
() Varizes ausente

SINAIS VITAIS

PA: 130 x 80 mmHg FC: 63 bpm

EXAMES

ELETROCARDIOGRAMA

() Normal sinusal, regular, eixo normal, FC: 63
(X) Anormal Progressão lenta "R" V1-V4

Outros

CONCLUSÃO

Paciente baixo risco cardiovascular, perioperatório de acordo com algoritmo (vermelho) para procedimento intermediário risco.

CONDUTA

curativos habituais do procedimento.

Dra. Ruana Pires
Cardiologista
CRM-RN 80138/DE 3729





CLÍNICA SIM - SERVIÇOS DE IMAGENS MÉDICAS

MATRIZ - Rua Coronel Joaquim Manoel, 615, Sl 04, Harmony Medical Center

FILIAL I - Rua Coronel Joaquim Manoel, 654, Anexo Hospital Médico Cirúrgico

Petrópolis | 59012-330 | Natal/RN | Brasil

+55 (84) 3646-0000

Paciente: ABINOAN DE CARVALHO
Código Paciente: 253026 SAS JOELHO DIREITO
Data Nascimento: 10/05/1979 - 40 ano(s)
Data do exame: 16/11/2019
Procedimento: JOELHO ROTINA
Medico Solicitante: -

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

Técnica:

Exame realizado pela técnica de fast spin echo com imagens obtidas predominantemente em T1, T2 e DP, em aquisições multiplanares.

Análise:

Sinais de ruptura completa do ligamento cruzado anterior.

Irregularidades superficiais do revestimento condral do vértice e facetas da patela, compatível com condropatia grau I.

Pequeno derrame articular suprapatelar livre.

Lesão degenerativa do corno posterior do menisco lateral que apresenta aspecto macerado e se encontra parcialmente extruso em relação ao espaço articular.

Degeneração mucóide do corno posterior do menisco medial.

Espessamento e alteração do sinal da inserção do tendão quadricipital no pólo superior da patela, compatível com tendinopatia.

Estruturas ósseas com morfologia e sinal medular conservados.

Demais superfícies condrais regulares, sem fissuras ou erosões evidentes.

Ligamentos cruzado posterior e colaterais com continuidade, espessura e sinal conservados.

Tendões patelar, bíceps femoral distal, trato ílio-tibial e tendões da pata de ganso sem particularidades.

Distensão líquida da bursa do semimembranoso-gastrocnêmio medial, com formação de pequeno cisto poplíteo.

Conclusão:

* Sinais de ruptura completa do ligamento cruzado anterior.

Irregularidades superficiais do revestimento condral do vértice e facetas da patela, compatível com condropatia grau I.

Laudado Por:

DR. Juliano C.D. Oliveira
CRM-RN 6737 / RADIOLOGISTA

Validação



RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABERTA | MAMOGRAFIA DIGITAL DE ALTA RESOLUÇÃO |
DENSITOMETRIA ÓSSEA | RAIOS-X DIGITAL | ULTRASSONOGRAFIA GERAL E ESPECIALIZADA
EM DOPPLER VENOSO E ARTERIAL PUNÇÕES E MARCAÇÕES CIRÚRGICAS

Agende seu exame - +55 (84) 3646-0000

Pag. 1 de 2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR - 09/03/2023 16:20:08
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23030916200825400000091129145>
Número do documento: 23030916200825400000091129145

Num. 96418960 - Pág. 7
Pág. Total - 7



CLÍNICA SIM - SERVIÇOS DE IMAGENS MÉDICAS
MATRIZ - Rua Coronel Joaquim Manoel, 615, SI 04, Harmony Medical Center
FILIAL I - Rua Coronel Joaquim Manoel, 654, Anexo Hospital Médico Cirúrgico
Petrópolis | 59012-330 | Natal/RN | Brasil
+55 (84) 3646-0000

Paciente: ABINOAN DE CARVALHO
Código Paciente: 253026 SAS JOELHO DIREITO
Data Nascimento: 10/05/1979 - 40 ano(s)
Data do exame: 16/11/2019
Procedimento: JOELHO ROTINA
Medico Solicitante: -

Pequeno derrame articular suprapatelar livre.
Lesão degenerativa do corno posterior do menisco lateral que apresenta aspecto macerado e se encontra parcialmente extruso em relação ao espaço articular.
Degeneração mucóide do corno posterior do menisco medial.
Espessamento e alteração do sinal da inserção do tendão quadrícipital no pólo superior da patela, compatível com tendinopatia.

Laudado gerado: 22/11/2019 10:46. Para baixar uma cópia, acesse <https://validar.wbsrad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: XslEGJgY.

Laudado Por:
DR. Juliano C.D. Oliveira
CRM-RN 6737 / RADIOLOGISTA



RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABERTA | MAMOGRAFIA DIGITAL DE ALTA RESOLUÇÃO |
DENSITOMETRIA ÓSSEA | RAIO-X DIGITAL | ULTRASSONOGRAFIA GERAL E ESPECIALIZADA
EM DOPPLER VENOSO E ARTERIAL PUNÇÕES E MARCAÇÕES CIRÚRGICAS

Agende seu exame - +55 (84) 3646-0000

Pag. 2 de 2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR - 09/03/2023 16:20:08
<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23030916200825400000091129145>
Número do documento: 23030916200825400000091129145

Num. 96418960 - Pág. 8
Pág. Total - 8

ABINOAN DE CARVALHO

- USAR MULETAS – DEVE PISAR COM A
PERNA OPERADA

-CURATIVO DIARIO

- DOBRAR O JOELHO

- NÃO COLOCAR TRAVESSEIRO OU LENCOL
POR BAIXO DO JOELHO QUANDO FOR
DEITAR

- COMPRESSA DE GELO 5X/DIA POR 15
MINUTOS

- RETIRADA DE PONTOS – 02-11

10H ANEXO MEMORIAL

DR MÂRCIO RÉGO
Cirurgia do Joelho
CRM 6574 TEOT 12506

Dia: 09/11 - Segunda
hora: 10hs





LAUDO FISIOTERAPÊUTICO

PACIENTE ABINOAM DE CARVALHO, CPF: 025.416.504-42, PRÉVIO DIAGNÓSTICO MÉDICO: PO DE LCA E MENISCO (D), HÁ QUATRO MESES. NA AVALIAÇÃO (MID), PACIENTE APRESENTA LIMITAÇÃO AO REALIZAR FLEXÃO DE JOELHO TOTAL; DEFICIT DE CONTRAÇÃO ATIVA NA MUSCULATURA DO QUADRÍCIPES; CLAUDICAÇÃO AO REALIZAR A MARCHA; INSTABILIDADE MUSCULAR NA POSIÇÃO UNIPODAL E DOR A PALPAÇÃO DE MODERADA INTENSIDADE NA REGIÃO DO MENISCO MEDIAL. PACIENTE APRESENTA LIMITAÇÕES NA SUA FUNCIONALIDADE.

À DISPOSIÇÃO PARA QUALQUER ESCLARECIMENTO.

NATAL/RN 16 / FEVEREIRO / 2021


Dr Diego Nogueira
Fisioterapeuta
CREFITO 236594-F



EMAIL: FISIOARE@GMAIL.COM

CONTATO: (84) 99691-8544 / (84) 4103-8544

AVENIDA MARIA LACERDA MONTENEGO, 860- NOVA PARNAMIRIM/RN



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

DOC. EMITIDA: 090 SERVIDOR Nº 1099157 SSP RJ

CPF: 702.851.364-53 DATA NASCIMENTO: 12/04/1969

FUNÇÃO: SEBASTIAO FREIRE GENEVIA VITAL FREIRE

PERÍODO: ACC: CAC: 15

Nº VEICULO: 02825097480 VALIDADE: 12/11/2018 IP ANULACAO: 15/04/2003

882090202

PROIBIDO PLASTIFICAR 882090202

OBSERVAÇÕES

Robinson Luis Vital Freire

LOCAL: PARNAMIRIM, RJ DATA EMISSAO: 14/11/2013

78945412024 20701857472

CELEMAN RU LRIO GRANDE DO NORTE

ARUANA SEGURODORA

AREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEUDO NAO VERIFICADO

26 AGO 2019

GENTE SEGURODORA S/A
 R. dos Pedregos, 2305 - Loja 1 - Natal, RN

AREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEUDO NAO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURODORA S/A
 R. dos Pedregos, 2305 - Loja 1 - Natal, RN

ARUANA SEGURODORA

23 JUL 2019

ARUANA SEGURODORA

ARUANA SEGURODORA

23 JUL 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIA E DEFESA
 DO PARLAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 DO ACIDENTE NACIONAL DE FOMBITAL AU

NOME: **ADILTON DE CARVALHO**

DOC. IDENTIFIC. - OUT. EMISSOR: **1598380** **SEP** **RN**

CPF: **029.416.504-42** DATA NASCIMENTO: **10/05/1979**

FUNÇÃO: **ADILTON DE CARVALHO**
JOSELIA DE CARVALHO
BOZZA

FOMBITAL: **03789149351** VALIDADE: **31/03/2020** V.º HABILITAC.º: **18/01/2006**

LOCAL: **NATAL, RN** DATA EMISSÃO: **02/01/2017**

ASSINATURA DO PORTADOR: *Adilton de Carvalho*

ASSINATURA DO EMISSOR: **83649593612**
RN702535726

RIO GRANDE DO NORTE

VALIDA EM TORO O TERRITÓRIO NACIONAL **1410700033**

PROIBIDO PLASTIFICAR **1410700033**





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, 26 de Março de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200261872 **Vítima:** ABINOAN DE CARVALHO

Data do Acidente: 02/04/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ABINOAN DE CARVALHO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 25/03/2021, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01419(0)1420 - carta_09 - INVALIDEZ

00030710



Carta nº 16702960



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: 025.416.504-42 4 - Nome completo da vítima: ABINOM DE CARVALHO

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

5 - Nome completo: ABINOM DE CARVALHO 6 - CPF: 02541650442
7 - Profissão: AGENTE DE SAÚDE 8 - Endereço: RUA IVANDIA DE SOUZA 9 - Número: 46 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: ROSA DOS VENTOS 12 - Cidade: PARAMIRIM 13 - Estado: RN 14 - CEP: 52141380
15 - E-mail: abincom.carvalho380@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): 991299901

DADOS CADASTRAIS

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 R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2003 01 CONTA: 00021396 6
(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 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Div.) 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 deixou nascituro (se nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim 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.

MORTE

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, NATAL RN, 04/02/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Abincom de Carvalho

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE PARNAMIRIM - PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 065260/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/12/2019 15:59 Data/Hora Fim: 03/12/2019 16:17
Delegado de Polícia: Luiz Gonzaga Pontes de Lucena

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial de Parnamirim
Data/Hora do Fato: 02/04/2019 19:30

Local do Fato

Município: Parnamirim (RN) Bairro: Rosa dos Ventos
Logradouro: RUA CANDIDO MARTINS DOS SANTOS

Ponto de Referência: PRÓXIMO AO SUPERMERCADO FAVORITO
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ABINOAN DE CARVALHO (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Parnamirim Sexo: Masculino Nasc: 10/05/1979
Profissão: Agente de Saúde
Estado Civil: Divorciado(a)
Nome da Mãe: JOSELIA DE CARVALHO SOUZA Nome do Pai: ADAILTON DE CARVALHO
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 025.416.504-42
RG - Carteira de Identidade: 1596380

Endereço

Município: Parnamirim - RN
Logradouro: R Ivandir de Souza Nº: 46
Bairro: Rosa dos Ventos CEP: 59.141-380
Telefone: (84) 99129-8901 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade 20

Endereço

Município: Parnamirim - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 025.416.504-42	Placa QGG9847
Renavam 01096866193	Número do Motor G3G2E-018409
Número do Chassi 9C6RG3110G0006407	Ano/Modelo Fabricação 2016/2016
Cor BRANCA	UF Veículo Rio Grande do Norte

Delegado de Polícia Civil: Luiz Gonzaga Pontes de Lucena
Impresso por: Sanderson Antunes
Data de Impressão: 03/12/2019 16:17
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL DE PARNAMIRIM - PARNAMIRIM - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 065260/2019


Município Veículo	Parnamirim	Marca/Modelo	YAMAHA/YBR150 FACTOR E
Modelo	YAMAHA/YBR150 FACTOR E	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran	08/09/2016	Situação do Veículo	ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos		
ABINOAN DE CARVALHO	Proprietário		

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE INFORMA QUE TRANSITAVA NA MOTO ACIMA, PELA RUA CÂNDIDO MARTINS DOS SANTOS, NO BAIRRO ROSA DOS VENTOS, PRÓXIMO AO SUPERMERCADO FAVORITO, NO SENTIDO VALE DO SOL; QUE O AUTOR DO FATO, SAINDO DA RUA AO LADO DO SUPERMERCADO FAVORITO, MOTO DO AUTOR DO FATO SEM NENHUMA ILUMINAÇÃO, SEM FAROL LIGADO E OUTROS, ONDE O AUTOR DO FATO COLIDIU A SUA MOTO CONTRA O PNEU DIANTEIRO DO DECLARANTE; QUE NA OCASIÃO O DECLARANTE PERDEU O CONTROLE, CAINDO LOGO EM SEGUIDA; QUE POPULARES QUE ALI ESTAVAM FIZERAM O PRIMEIRO ATENDIMENTO; QUE O DECLARANTE SOFRENDO COM DORES NO JOELHO DIREITO E VÁRIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO, SEGUIU PARA CASA, TRATANDO A DOR NA PERNA COM GELO; QUE NO DIA SEGUINTE O DECLARANTE PROCUROU A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, POSTO DE SAÚDE UBS BELA PARNAMIRIM, O QUAL APRESENTA A CÓPIA DO PRONTUÁRIO, COM RESPECTIVAS PROVIDÊNCIAS E ATENDIMENTO MÉDICO PARA O TRATAMENTO ESPECÍFICO DA TORÇÃO DO JOELHO. NADA MAIS DISSE.

ASSINATURAS


Sanderson Antunes
Agente de Polícia
Matrícula 1670522
Responsável pelo Atendimento


ABINOAN DE CARVALHO
(Vítima / Comunicante)

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



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: 025.416.504-42 4 - Nome completo da vítima: ABINOM DE CARVALHO

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

5 - Nome completo: ABINOM DE CARVALHO 6 - CPF: 02541650442
7 - Profissão: AGENTE DE SAÚDE 8 - Endereço: RUA IVANDIA DE SOUZA 9 - Número: 46 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: ROSA DOS VENTOS 12 - Cidade: PARAMIRIM 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59141380
15 - E-mail: abinom.carvalho28@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): 9191292901

DADOS CADASTRAIS

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 R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2003 01 CONTA: 00021396 6
(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 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Div.) Divorçado 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 deixou nascituro (ou nascido)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim 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.

MORTE

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, NATAL RN, 04/02/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Abinom de Carvalho

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL

Companhia Energética de Rio Grande do Norte
 Rua Moraes, 190 - Babilô, Natal - RN, CEP 59025-290
 CNPJ 08.324.186/0001-81 | Ins. Est. 20955199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RLIA SANTA MARIA 22

CPF 702.851.364-53
 CLASSIFICAÇÃO

BELA PARNAMIRIM/ÁREA URBANA
 PARNAMIRIM/RN
 59142-692

B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

CONTA CONTRATADA	08/2019
7004991243	08/2019
DATA DE INSCRIÇÃO	23/08/2019
DATA DE VENCIMENTO	16/09/2019
131,89	

Nº DE INSCRIÇÃO	SERIE	DATA
028694898	UNCA	18/05/2019
Nº DE INSCRIÇÃO	Nº DE CÍRCULO	Nº DE INSTALAÇÃO
1808/2019	300061817	1722815

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	187,0000000	0,94244752	108,45
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,55
Acrescimo Bandeira VERMELHA			4,41
Contrô. Sum. Pública Municipal			13,38
Multa por atraso-NF 025754457 - 14/08/19			2,14
Juros por atraso-NF 025754457 - 14/08/19			1,38
Atualização ICPIA-NF 025754457 - 14/08/19			0,62

TOTAL DA FATURA **131,89**

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
218804121	CAT	18/07/2019	8 838,00	16/08/2019	7 162,00	31	1,0000		167,00

SISTEMA DE CUSTEIO

Mês/Ano	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
AGO 18 187	167	108,45
JUL 18 186	186	186,00
JUN 18 172	172	172,00
MAY 18 179	179	179,00
ABR 18 171	171	171,00
MAR 18 188	188	188,00
FEV 18 208	208	208,00
JAN 18 181	181	181,00
DEZ 18 212	212	212,00
NOV 18 208	208	208,00
OUT 18 212	212	212,00
SET 18 180	180	180,00
AGO 18 177	177	177,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Gerção de Energia	44,25	33,57%
Transmissão	4,33	3,25%
Distribuição (Consumo)	38,85	29,48%
Perdas de Energia	7,15	5,39%
Storage Setorial	8,10	6,15%
Tributos	25,34	19,24%
Total	114,41	86,81%

REPRESENTAÇÃO DO FUSO

AC41 515F B782 537F F7DC 4A5F 80BE 3E7B

INFORMAÇÃO DE IMPORTÂNCIA
 Pagou no mês mais caro de cada unidade de faturação gerada nos meses anteriores? Não, pois o valor pago foi menor que o valor devido. O pagamento desta Nota Fiscal deve ser feito somente em espécie. No caso de fatura a ser paga em cartão de crédito, o valor devido deve ser pago em até 10 dias úteis após a emissão da Nota Fiscal. A falta de pagamento desta Nota Fiscal em até 10 dias úteis após a emissão da Nota Fiscal acarretará em multa e juros. O cliente é responsável pelo pagamento desta Nota Fiscal em até 10 dias úteis após a emissão da Nota Fiscal. O não pagamento desta Nota Fiscal em até 10 dias úteis após a emissão da Nota Fiscal acarretará em multa e juros. O cliente é responsável pelo pagamento desta Nota Fiscal em até 10 dias úteis após a emissão da Nota Fiscal.

ATENÇÃO! A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Valor	Data	Valor	Data	Valor
232019	18/07/19	142,75		

Este comunicado NÃO substitui aviso de cobrança enviado a você mediante notificação em cartão postal. Caso o consumidor não tenha recebido o aviso de cobrança, deverá procurar o setor de atendimento ao cliente para obter informações sobre o processo de cobrança. O não recebimento do aviso de cobrança não implica em reconhecimento de quitação. O consumidor é responsável pelo pagamento das contas em aberto.

TIPO DE TENSÃO	VALOR MÁXIMO	VALOR MÍNIMO	LIMITE DE TENSÃO		LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
			INFERIOR	SUPERIOR	INFERIOR	SUPERIOR
120V	0,44	0,19	10,20	30,77		
220V	1,00	0,23	0,67	13,86	220	231
380V	0,44	0,24	0,00	0,00		

Limite DCR: 11,22 R\$50 - Valor de Energia de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 43,82

CONTA CONTRATADA: 7004991243 MÊS: 08/2019 DATA: 23/08/2019 TOTAL A PAGAR (R\$): 131,89

83850000001-8 31890038407-9 00499124320-2 01998728963-2

AREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 03 SET 2019
 GENTE SEGURADORA S/A
 R. dos Polígrafos, 2385 - Loja 4 - Natal - RN

AREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 26 AGO 2019
 GENTE SEGURADORA S/A
 R. dos Polígrafos, 2385 - Loja 4 - Natal - RN

AREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 10 SET 2019
 GENTE SEGURADORA S/A
 R. dos Polígrafos, 2385 - Loja 4 - Natal - RN

