



Número: **0812857-26.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **26/08/2020**

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

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA (AUTOR)	LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA DPVAT (RÉU)	Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60430981	22/09/2020 09:48	<u>2752327_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Documento de Comprovação



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, 08 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200204009

Vítima: FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

Data do Acidente: 09/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE VICENTE DE FREITAS NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

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 15839758

Pag. 00709/00710 - carta_01 - INVALIDEZ



00020355





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, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200204009 Vítima: FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

Data do Acidente: 09/02/2020 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: JOSE VICENTE DE FREITAS NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

Informamos que o pagamento da indenização

informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =

R\$ 2.362,50

Recebedor: FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000004391-5

Conta: 000010067879-3

Tipo: CONTA POUPANCA

NOTA: O percentual final indicado equivale a 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.

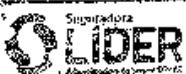
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

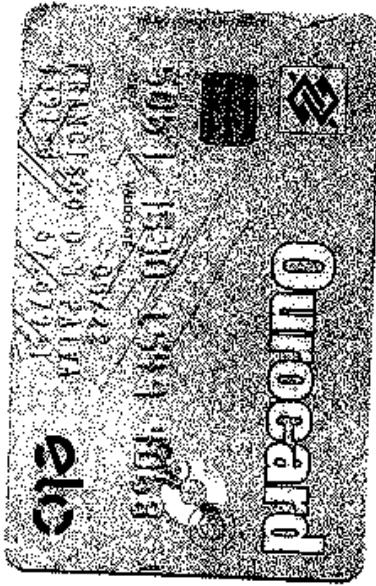




PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPRIMENTOS) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE	
1 - RA do cadastro da ASL: 094.580.324-40 Nome completo da vítima: Fernando Diego Marques Paiva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPER. Nº 045/2012	
5 - Nome completo: Fernando Diego Marques Paiva 6 - CPF: 094.580.324-40 7 - Profissão: Bordure Ruc. Tere 8 - Endereço: Ronette Treze de Maio 9 - Número: 1201 10 - Complemento: lote 600 11 - Bairro: Motoboy 12 - Cidade: RN 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59631-390 15 - E-mail: jacksonbordure25@hotmail.com 16 - Tel (P): (84) 99844-0066	
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DIA 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 do direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).	
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
23 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTORE)	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPLANÇA (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 type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Brasil AGENCIA: 4393 OCUPA: 64-879
(Informar o dígito verificador) (Informar o dígito verificador) (Informar o dígito verificador)	
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/prêmio do Seguro DPVAT, o que eu tiver direito, reconhecendo é dando, desde já e sempre, após a extinção do crédito, quaisquer ônus ou débitos que eu possa ter.	
22 - DECLARAÇÃO DE ALUSÃO DE LAUDO DO IML - PRESCRIÇÃO 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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. Sustento o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalides permanente, com base na documentação médica apresentada sem o apresentador do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, às custas da Seguradora Lider 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 declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou liberação ao laudo de testemunha e 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"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Gênero Parabéns com a vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	26 - Vítima deixou companionável? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
30 - Vítima deixou herdeiros? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima deixou herdeiros? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso civica, a Indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que venham a apresentarem e provar	
32 - Se tinha irmãos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
33 - Vítima deixou pais/avós? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
34 - Local e Data: Motoboy RN 28/05/2020	
35 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Lider	
36 - Assinatura da quem assina o pedido (a rego): Lider	
37 - Assinatura da quem assina a pedida (a rego):	
38 - Local e Data: Motoboy RN 28/05/2020	
39 - Assinatura da testemunha:	
40 - Assinatura do Representante Legal (de hincavi): Lider	
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Lider	
42 - Assinatura do Procurador (se houver):	





Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 09:48:10
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092209480964000000057984371>
Número do documento: 20092209480964000000057984371

Num. 60430981 - Pág. 4



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA CIVIL
2^a DELEGACIA REGIONAL DE PÓLICIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025829/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/03/2020 10:48 Data/Hora Fim: 10/03/2020 11:00
Delegado de Polícia: José Vieira de Castro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2^a Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 09/02/2020 23:10

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)

Bairro: Aeroporto

Logradouro: Br 304 próximo ao cemiterio novo

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 25/06/1990 Idade: 29 anos
Naturalidade:RN - Mossoró Profissão: Barbeiro

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Celijania Marques Cruz de Paiva

Endereço

Município: Mossoró - RN

Logradouro: rua- fore

Nº: 1201

Bairro: planalto 13 de maio

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Véculo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição motoneta	CPF/CNPJ do Proprietário 097.580.324-70
Placa QGV7154	Renavam 01191218098
Número do Motor JB01E0K201353	Número do Chassi 9C2JB0100KR201345
Ano/Modelo Fabricação 2019/2019	Cor VERMELHA
UF Véiculo Rio Grande do Norte	Município Véículo Mossoró
Marca/Modelo HONDA/POP 110I	Modelo HONDA/POP 110I
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Debran 15/05/2019
Situação do Véículo ALIENACAO FIDUCIARIA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Francisco Diego Marques Paiva	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Delegado de Polícia Civil:José Vieira de Castro
Impresso por: Regina Fátima Santos
Data de Impressão: 10/03/2020 11:00
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE PÓLICIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025829/2020

o declarante veio noticiar de um acidente de trânsito ocorrido na data hora e local citado, onde o declarante colidiu com um animal na pista e teve lesões, solicita o presente para fins de seguro DPVAT Nada mais disse;

ASSINATURAS

Regina Fátima Santos

Agente de Polícia
Matrícula 83.592-0

Responsável pelo Atendimento

Francisco Diego Marques Paiva

(Comunicante / Vítima)

*Declaro para os devidos fins do ofício que sou o(a) responsável pelas informações acima apresentadas e承认 que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei e fiz, conforme previsto nos Artigos 334-Denuncia; 336-Culmância e 340-Comarcação Falta de Crime em da Contravenção do Código Penal Brasileiro."





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nro do sinistro no ASC: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
094.580.324-40 Francisco Diego Marques Paiva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPF-IRABE/2012

5 - Nome completo: Francisco Diego Marques Paiva
6 - Profissão: Bolleiro
7 - Endereço: Rua Tere
8 - Bairro: Ponte de Mauá
9 - Cidade: Ilheus
10 - Estado: RN
11 - CEP: 59631-390
12 - Tel. (DDD): (81) 99324-0066
13 - Telefone: 14 - Complemento: 1201
15 - E-mail: jacksonboratto.25@hot mail .com

DAADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MÉNOR ENTRE B A 25 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

16 - Nome completo do Representante Legal:

17 - CPF do Representante Legal: 18 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO 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: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DA BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (atualmente para os bancos abaixo: Adinistração César) CONTA CORRENTE (dados do banco):
 Bradesco (237) Itaú (941) Nome do BANCO: Brasil
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

AGÊNCIA: 4394 5 CONTA: 64 879 1
(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de imediato, indenização, ou valor de indenização/recuperação do Seguro DPVAT, o que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total da vítima recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sou as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) sobre os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 9.194/74), 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 de 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 no documento médico apresentado sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, à curadoria da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito envolvendo meu veículo automotor, conforme o disposto na Lei 9.194/74.

Declaro que este autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou reunião ao direito de contestar a avaliação médica, caso desafiar da sua competência.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco/nome da vítima: 26 - Vítima deixou comprovação(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou comprovação(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou: Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha filhos, informar: 33 - Vítima deixou: Sim Não
 teve filhos? Vivos: Falecidos falecidos/válidos? Não falecidos/válidos? Vivos: Falecidos falecidos/válidos? Não falecidos/válidos? Não

Entendo claramente que a Seguradora Lider pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem nesse prazo, estando presente, e, ainda, de que qualquer declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal per infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Atividade legal de quem assina o pedido (e rogo):

36 - CPF legítimo de quem assina o pedido (e rogo):

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

38 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Ilheus/RN 28/05/2020

x Francisco Diego Marques Paiva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (detinente):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FPS.001 V002/2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04391-5

CONTA: 000010067879-3

Nr. da Autenticação A6CCBD3EE70E1FAF



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 09:48:10
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092209480964000000057984371>
Número do documento: 20092209480964000000057984371

Num. 60430981 - Pág. 8



COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.408, de 26/04/02

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Memória, 530, Bairro, Natal - RN, CEP 59025-259
CNPJ 06.2334.192/0001-81 | Inscrição Estadual 2005199-0 | www.ceserj.com.br

040987884149750 MASOL F&P VWA

EXPRESSO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF. 097.580 824-70

**PLANALTO TREZE DE MARCIÁPOLIS/RR
VOSSORO/RN
50291-000**

~~Classifications~~
RESIDENCE
Motto: *Si vis pacem, para bellum.*

7015932010 02/2020
1002/2020 04/05/2020
63-01

	QUANTIDADE	PESO (KG)	VALOR (R\$)
Consumo Atividades: 11000	0,1000000	C 2817010	70,00
Consumo Atividades: 15	71 0000000	C 5332000	74,80
Acrescimo Unidade ADRELA			1,15
Correto Bem: Pátria Municipal			4,71
Vetores da Unidade Cress e outras			0,00

TOTAL DE FALTAS

83 / 2

សេចក្តីថ្លែងការណ៍ នគរបាល

PERÍODO	VALOR DE CALCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Transmissão	R\$	Var.	Var%
JUN-19	51,30	100,0	51,30	Divulgação de dados	R\$ -2,06	-20,67	
OCT-19	KMS	51,30	0,75	R\$ 42	R\$ 1,65	6,73	
NOV-19	PIS	51,30	3,25	Peças de ônibus	R\$ 7,68	5,63	
DEZ-19	GOFINS		1,55	Bancos e mercados	R\$ 19,46	100,00	
				Total	R\$ 51,30		
SET-19							
AGO-19							
ABR-19							
MAR-19							
FEV-19							

Conforme o artigo 1º da Lei nº 10.639, de 25 de maio de 2003, é vedada a cobrança de taxa de inscrição para o concurso público destinado ao ingresso no quadro de servidores públicos de nível superior, quando a remuneração inicial do cargo de provimento for igual ou superior a R\$ 12.412,80 (doze mil e quatrocentos e vinte reais), e a sua classificação inicial no quadro de nível médio.

El 12 de diciembre de 2018, el Congreso de la República de Colombia aprobó la Ley 1830, que establece la creación del Sistema de Seguro Social para las Personas con Discapacidad (SSD), que entró en vigencia el 17 de febrero de 2019. La ley establece que el sistema de salud para personas con discapacidad se basará en la atención integral y centrada en la persona, promoviendo la inclusión social y la calidad asistencial.

CONDUIT#00010 MFR#UN00100 DATE 06/24/2020 TOTAL AMOUNT (\$): 63,00



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 09:48:10
<https://pjef1.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092209480964000000057984371>
Número do documento: 20092209480964000000057984371

Num. 60430981 - Pág. 9



COSERN

Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.408, de 26/04/02

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Menino, 130, Batalha, Natal - RN, CEP 59025-250
CNPJ 06.234.126/0001-81 | Inscrição Estadual 20.051.99-0 | www.cenerjrn.com.br

040987884149750 MASOL F&P VWA

ENDEARCO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF: 097.580 374-70

PLANO DE TRABALHO MUNICIPAL URBANO
VOSSORO/RN
2021-2022

~~Classifications~~
RESIDENCE
Motto: *Si vis pacem, para bellum.*

7015932010 02/2020
1002/2020 04/05/2020
63-01

Consumo Alvo(jWh)-11500
Consumo Atual(jWh)-15
Acréscimo Geral(jWh)-10000
Cofre(jWh) - Pátria Municipal
Valores da Unidade Coop-estrelas

VALOR	TIPO	VALOR
77.000000	C 22817010	70.00
77.000000	C 85328800	74.96

TOTAL DA FOLHA

62

សេចក្តីថ្ងៃទី០៩ ឆ្នាំ២០១៩

que se realizó en la Universidad. Dicho concurso tuvo como finalidad establecer una convocatoria para la realización de la Feria Universitaria que se realizó el 10 de octubre, a donde asistieron más de 100 mil personas.

CONDUSOR/DIR. MFL 5/2020 DATE/05/2020 TOTAL A PAGAR (RS) 63,05



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 09:48:10
<https://pjeg.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009220948096400000057984371>
Número do documento: 2009220948096400000057984371

Num. 60430981 - Pág. 10



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 identificações e prints, de segunda a sexta-feira, das 08h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0320-1598 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 072 81 89 | SAC (para reclamações e defesa): 0800 022 12 06 | Centro de Atendimento: 0800 621 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCUMENTAL/ASPx?TMO=1&CBO=0...ZM000>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e de fonte de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

¹SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZADA E RESSSEGURADO. ²CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TAMBÉM POR FINDESLABE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

José Vicente de Freitas Neto

Inscrito (a) no CPF/CNPJ

034.934.502.80

na qualidade de Procurador (a) / intermediário (e) do Beneficiário

Inscrito (a) no CPF sob o N°

04158032470

Franckesce Diego Holzner Peiva

Inscrito (a) no CPF sob o N° 04158032470

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

Franckesce Diego Holzner Peiva

Inscrito (a) no CPF sob o N°

004.580.324.70

conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão:

Recebida

Renda:

Recebida

e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, resolvi no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na aplicação penal prevista no art. 289 do Código Penal.

Endereço:

Rua Torre

Número:

1501

Complemento:

lote

Bairro:

Monteiro

Cidade:

Melhorias

Estado:

RN

CEP:

59631-390

Tel.(DDD):

(84) 99824.0066

E-mail:

Vicente.Potoni

Local e Data:

Melhorias RN 28/05/20

José Vicente de Freitas Neto

Assinatura do Declarante

02001.001.0001/2020



SAMU
MOSSORÓ
192

Prefeitura Municipal de Mossoró
Secretaria Municipal da Saúde
SAMU MOSSORÓ 192

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA REGISTRO Nº 93

Mossoró 05 de Março de 2020

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o usuário: **FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA, 29 anos.**

Natureza da Ocorrência: Acidente Automobilístico: Colisão Moto x Animal

Data da Ocorrência: 09/02/2020

Local da ocorrência: BR-304, próximo Cemitério.

Viatura: BRAVO – Unidade de Suporte Básico de Vida - 03

Hora do Chamado: 23h 10min.

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

Informamos ainda que o solicitante deste documento foi: **Francisco Diego Marques Paiva, 29 anos, portador de RG: 002.732.453.**
Estamos à disposição para mais informações.

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

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

Dr. Dixon Fradik Medeiros Lima
Diretor / SAMU
Matr. 405418-2
CRM/RN 5097

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

SAMU - Mossoró
Rua: Sels de Janeiro, 509 – São Antônio – CEP: 59611-070 – Mossoró - RN
Tel / FAX: (84)3315-4915
e-mail: samumossoro@hotmail.com





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 2915 /2020
Admissão: 09/02/2020 23:47:38



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente:57294 - FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA (29 a 7 m 14 d)

Nascimento: 25/06/1990 Natural: MOSSORÓ-BRASIL Sexo: M Cor: PARDAL
CNS: CPF: 09758032470 Prof:
Mãe: CELIJANE MARQUES CRUZ DE PAIVA Pai: EMIDIOMESTEVAN DE PAIVA
Logradouro: ESTUDANTE ODILON RODRIGUES, 10
CEP: 59633110 Bairro: PLANALTO TREZE DE MAIO Cidade: MOSSORÓ
Telefone: 84.99735602 Compl:

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO **Tipo: REGULADO**
Origem: SAMU RN ***Empresa:**

OBS: TRAZIDO PELO SAMU EM PROTOCOLO DE TRAUMA.					Classificação: 09/02/2020 23:40:26			PESO:		
HORA	P.A.	HGT	SaO2	FiO2	F.R.	F.C. / P脉	TEMP.	Glasgow	RTS	
160-120			99		18	122				

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO/VACA, CONSCIENTE, ORIENTADO, RETANDO DOR EM OMBRO E ANTEBRAÇO E COM PROVAVEL FRATURA DE ANTEBRAÇO. DOR EM COLUMNA TORACICA.

PROVA DE MORTALIDADE

e Hora: ~~domingo~~
Forest interior or/ foliarous shrubs - animal, what
Anisognathus laciniatus.
- very various forms, can vary by
A- int. foliarous, deflexed & semidew
B- foliar shrubs & semiannual
C- floriferous shrubs & semiannual
D- floriferous shrubs & semiannual

Diagn. Inicial: paroxismal nocturnal dyspnea - Assinssing - 1

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
① Selsitec 50mg + caxexil			
② Selsitec Reduz o reflexo de tosse + antitussivo. informar			
③ analgésico da NCR + antiinflamat.			
Dipirona 1g 1 AM IV		08:00	
Titall 40mg 1 AM IV		05:00	
() Dexametasona 10mg			
() Tramadol 100mg			
10/01/20 00:30 NCR Ponur			
Informar caso esteja com febre ou edema			

1002120 00:30 NCR Forum

Próximo com relato de colírios mto animais com RCEs subsequentes.
Aq nome: C.R.G 16, um gatinha visidens, anormalia.
Tl de urânia + calo na canela figura protesa de ~~calo~~? Sua alteração interrompe
Tl cervical dentes da normalidade.
Cd: 1 - Q.B.E. Fisiologia.
Nº 30 - Andar lento, alta voz.

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferida () Evasão () Objetivo () Interna (Procurador C/P: PROG.)

CID _____ Proc. _____ Data: ____ / ____ /20, Hr: ____ : ____ Médico: _____

HOSPITAL REGIONAL TARIGOONI
ESTÁ CONFORME ORDEM
SAME MOSSORÓ 19/04/90

SAME FABRIC 51 NO.



WILSON ROSADO

SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59631-010
CNPJ: 35.650.324/0001-50

Atendimento	1225950
at:	29/02/2020
a:	14:09

Nº AIH

DANIELLE

BOLETIM DE ADMISSÃO

3531 - FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

LTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 25/06/1990 - 29 A,8 M,4 D	CPF: 097.580.324-70	RG: 002432453
z: 706003880014640	Convênio: PARTICULAR - PLANO ÚNICO	
o: 218-01	Enfermaria: 218 - 218 - AP	Bairro: PLANALTO 13 DE MAIO
lereço: TORÉ, N° 1.201 - CEP: 59600-010		
ade; Cód.: 2408003 - MOSSORÓ/RN	Profissão:	Especialidade: ORTOPEDIA CIRÚRGICA
EMÍDIO ESTEVAO DE PAIVA	Mãe: CELUANIA MARQUES CRUZ DE PAIVA	
ualidade: MOSSORÓ RN	Caráter de Atendimento: URGÊNCIA	
disponível: FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA		
cedimento Solicitado: 1169-DIARIA ENFERMARIA SIMPLES - 03 LEITOS (SEM AR-CONDICION - 551 - FERIM DO ANTEBRAÇO		
gnóstico Definitivo:	Acomodação:	
	Médico: 6320 - RAPHAEL MACHADO GONCALVES	

teira: idade: 30/12/1899 teriorização HOSPITAL WILSON ROSADO nha: AUTORIZAÇÃO DE REFEIÇÕES ia: CONVÉNIO <u>Particular</u> () DESJEUJUM () ALMOÇO () JANTAR (X) AS 03 REFEIÇÕES <u>Will</u> RESPONSÁVEL	<p style="text-align: center;">Resultado</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25%;">Curado</td><td style="width: 25%;">Removido</td><td style="width: 50%;">-48 Horas</td></tr> <tr><td>Melhorado</td><td>Pedido</td><td>+48 Horas</td></tr> <tr><td>Inalterado</td><td>Evasão</td><td>Obito</td></tr> <tr><td>Piorado</td><td>Indisciplina</td><td></td></tr> </table> <p style="text-align: center;">Transferido: _____</p>	Curado	Removido	-48 Horas	Melhorado	Pedido	+48 Horas	Inalterado	Evasão	Obito	Piorado	Indisciplina	
Curado	Removido	-48 Horas											
Melhorado	Pedido	+48 Horas											
Inalterado	Evasão	Obito											
Piorado	Indisciplina												

Histórico Clínico

Will e nome informado - Carla Cristina Oliveira da Silva

Diagnóstico Provável

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia - 70.32453-0104
Ortopedia - 70.32453-0104

X Carla Cristina Oliveira das Silveira

RESPONSÁVEL

RAPHAEL MACHADO GONCALVES





HOSPITAL
WILSON ROSADO

CARDIODIAGNÓSTICO LTDA.

Rua Pedro Velho, 250 - Slc Antônio - Mossoró/RN
CEP: 59611-010 - Fone: (84) 3318.9000
CNPJ: 36.650.324/0001-50

BOLETIM DE SALA
DO C.C.

Paciente: Fernando Diego Nº Reg.: _____ Convênio: NET
Cirurgia Realizada: Intervento abdominal de fáscia na pele da face e espécie
Data da Cirurgia: 11/06/2010 Início: 11/06/2010 Término: 11/06/2010

MATERIAIS		MATERIAIS	
Abocath Nº		Gorros Desc.	
Algodão Ortopédico cm		Látex	
Aguilha Descartável Nº		Lâmina de Bisturi Nº	
Ag. Raque		Lâmina de Bisturi Nº	
Ag. Peridural		Luva Estéril Nº 6,0	
Ag. Sutura Curva		Luva Estéril Nº 6,5	
Atadura Gessada cm		Luva Estéril Nº 7,0	
Atadura Crepom cm:		Luva Estéril Nº 7,5	
Atadura Crepom cm		Luva Estéril Nº 8,0	
Azul de Metíleno ml		Luva Estéril Nº 8,5	
Bolas de Algodão		Luva de Procedimento	
Bolsa para Colostomia		Máscara Desc.	
Capa para Vídeo		Microfone cm	
Capa Microscópio		Multi Vias	
Cateter para Oxigênio		Óleo Dersane ml	
Cateter Acesso Central		Perfusor 7	
Cateter Peritoneal		Pinalt	
Cera Óssea		Propés	
Compressas 05 und		Pomada Kolagenase G	
Coletor de Urina Aberto		Saco Estéril	
Coletor de Urina Fechado		Scalp	
Colonóides g.		Seringa 1 ml	
Clip Cirúrgico		Seringa 3 ml	
Dreno Tórax		Seringa 5 ml	
Dreno Penrose Nº		Seringa 10 ml	
Dreno Portovak Nº		Seringa 20 ml	
Escovas com PVPI		Seringa 60 ml	
Equipo para Soro		Sonda Endotraqueal Nº	
Equipo BIC		Sonda Nasogástrica Nº	
Equipo p/ Hemocomponente		Sonda Vesical Netalon Nº	
Equipo Fotossensível		Sonda Vesical Foley 02 Vias Nº	
Eletrodo Desc.		Sonda Vesical Foley 03 Vias Nº	
Espadrapo		Sugicel	
Extensor de Equipo		Tela de Polipropileno	
Faixa de Smarch cm		Tubos de Ventilação	
Frasno p/ Biópsia		Verde Brilhante	
Gases 10 und		Xilocaina Gel	
Gel Foan		Xilocaina Spray	
Gel para Eletrodo		Traqueostomo	
MEDICAMENTOS		MEDICAMENTOS	
ABD 10 ml		Dormonid	
ABD 1000 ml		Decadron	
Adrenalina		Dipirona	
Atracurio		Dramin	
Atropina		Efedrin	
Aturgyl Colírio		Eforfil	
Cefalotina 1g		Efdrina	
Clonin		Esmeron	



Eu , abaixo qualificado,

Responsável FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA	Parentesco O MESMO	
Paciente FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA	Nascimento 25/06/1990	RG 002432453
Endereço TORÉ	Leito 218-01	Enfermaria 218 218 - AP

Ao final firmado (a) como responsável pelo(a) paciente retroqualificado(a) autorizo por esta a melhor forma de direito, a internação hospitalar do(a) referido paciente neste CARDIODIAGNÓSTICO LTDA , sediado a PEDRO VELHO, 250 de MOSSORÓ.

Esta autorização, representando minha livre expressa manifestação de vontade, inclui internação hospitalar, tratamento clínico ou cirúrgico, realização de exames e prova complementares, invasivas ou não, hemoterapia e tudo mais que se fizer necessário para o tratamento do(a) paciente.

Declaro para os devidos fins que, NO CASO DO PACIENTE POSSUIR CONVÉNIO MÉDICO, estou ciente de que para ter direito a cobertura do custo do tratamento, HÁ NECESSIDADE DE EXPRESSA AUTORIZAÇÃO da empresa (Convênio) PARTICULAR - PLANO ÚNICO

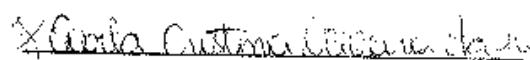
Declaro que, em caso de optar por acomodação de nível superior ao estipulado pelo convênio, assumo a diferença de acomodação e de honorários médicos conforme tabela AMB.

Declaro, ainda, estar ciente de que a ausência de autorização, SEJA QUAL FOR O MOTIVO, impede o hospital efetuar cobrança de quaisquer valores do convênio médico.

Assim, ASSUMO, PERANTE O HOSPITAL, TOTAL RESPONSABILIDADE PELO PAGAMENTO DAS DESPESAS DECORRENTES DO ATENDIMENTO MÉDICO FORNECIDO AO PACIENTE ACIMA CITADO, CASO O CONVÉNIO NÃO FORNEÇA A INDISPENSÁVEL AUTORIZAÇÃO, sendo certo que, nesta hipótese, os valores corresponderão aqueles praticados pelo próprio convênio em idêntica situação, ressaltando-se também o direito de solicitar a transferência do paciente caso seu estado de saúde o permita, arcando apenas com o custo do tratamento efetivamente fornecido.

Declaro para os devidos fins que, no caso do(a) paciente não possuir convênio, a internação se torna particular, aceito os valores da tabela particular praticada pelo Hospital, conforme cópia que me é apresentada neste ato. Concordo também que as contas serão fechadas e apresentadas a cada 3 (três) dias, e abatidas do valor pago antecipadamente, por ocasião da internação, sendo certo que quando a mesma atingir 70% (setenta por cento) do valor pago antecipadamente, farei novos pagamentos quantos forem necessários.

MOSSORÓ, 29 de fevereiro de 2020


FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

Testemunha

Nome:

RG:

Testemunha

Nome:

RG:



TERMO DE CIÊNCIA, CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO
(Consentimento Informado)

Sr. (a)

RG:

CPF: CRM/RN:

Declaro, nesse termo de consentimento informado, pelo presente instrumento, declaro plena autorização ao Dr. Karina Freitas da Silva, CRM/RN 6320 e sua equipe, para realizar o(s) procedimento(s), cirurgia(s), ou tratamento(s) ou algum(ns) outro(s) procedimento(s) que por ventura se fizer(em) necessário(s) durante o ato operatório, e ainda realizar anestesia(s), transfusões de sangue e demais condutas médicas que atendam às necessidades clínicas e cirúrgicas do caso.

Declaro que fui claramente informado(a) e comprehendi a proposta do tratamento, procedimento médico ou cirúrgico, seus benefícios e os riscos cirúrgicos e anestésicos, bem como estou ciente das complicações que podem advir do tratamento do tipo queleide, assimetrias, alergias, alterações de sensibilidade e motricidade, reações a curativos, hematomas, edemas, paresias transitórias ou não, além de complicações e limitações relacionadas com a(s) cirurgia(s) a ser(em) realizada(s) e riscos mais graves, reações alérgicas, parada respiratória, parada cardíaca e morte, e, ainda assim, assumo os riscos e autorizo a realização do procedimento proposto.

Declaro, ainda, estar ciente dos riscos e benefícios da anestesia a que vou ser submetido(a) e sou de pleno acordo com a anestesia proposta e assumo a responsabilidade de me submeter a outro tipo de anestesia, caso a equipe de anestesiistas julgue necessária.

Assumo também a responsabilidade de retornar quantas vezes for necessário no pós-operatório e guardar repouso conforme orientação da equipe médica, não tendo a mesma nenhuma responsabilidade quanto ao procedimento cirúrgico realizado descrito neste termo de consentimento caso eu proceda de modo diverso.

Estou ciente da obrigatoriedade de não fumar, não usar narcóticos, remédios de emagrecimento ou outros tipos de drogas nem antes, nem durante, e nem depois do procedimento cirúrgico proposto dado os perigos exacerbados do uso deste tipo de substâncias.

Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas inteira e satisfatoriamente. Declaro ter sido submetido(a) a todos os exames pré-operatórios que foram julgados necessários para a realização do procedimento, inclusive o risco cirúrgico, avaliado por um especialista. Declaro ainda que fui esclarecido(a) pelo meu médico assistente dos detalhes da cirurgia, procedimento ou tratamento e estou ciente de que nenhum resultado específico me poderá ser garantido, visto que a facultativo informaçõe sobre meu estado de saúde e condições emocionais, considerando-me apto(a) a ser submetido(a) ao(s) procedimento(s) supra mencionados, concordando assim, em seguir as orientações médicas tais como repouso, dieta, exercícios físicos, utilização de medicamentos e retorno ao consultório/hospital nos dias determinados pelo médico, pois entendo que a observância de tais recomendações são de vital importância para obtenção de um bom resultado.

Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames anatomo-patológico ou utilizados com propósito médico, que se fizerem necessários.

Por fim, assumo, por livre e espontânea vontade, total responsabilidade por todas as despesas médicas e hospitalares, ou de qualquer natureza, decorrentes desta assistência, comprometendo-me a saldar as mesmas por ocasião da alta ou da retirada do(a) paciente.

Mossoró, 04 de fevereiro de 2020

Karina Cristina C. da Silva
Assinatura do paciente

Assinatura do responsável

Certifico que expliquei detalhadamente o procedimento/ cirurgia/ tratamento, seus benefícios, riscos e suas alternativas. Respondi satisfatoriamente a todas as perguntas e acredito que o paciente/ responsável, Sr(a): Karina Cristina C. da Silva compreendeu tudo o que expliquei.





HOSPITAL
WILSON ROSADO

Paciente: _____
Idade: _____ Data: 23/10/2020
Convênio: _____

Relatório de Cirurgia

1. Cirurgia Principal: _____ CRM: _____

2. Cirurgia Secundária: _____ CRM: _____

3. Cirurgião: _____ CRM: _____
1º Auxiliar: _____ CRM: _____
2º Auxiliar: _____ CRM: _____
Enfermeiro(a): _____ COREN: _____

4. Anestesista: _____ CRM: _____
5. Instrumentador: _____ COREN: _____

6. Tecido removidos: Não Sim Especificar: _____

7. Análise Patológico: Não Sim
Laudo: Maligno Benigno Dr: _____

8. Classificação da Cirurgia: Limpa Potencialmente contaminada
 Contaminada Infectada

9. Contaminação Intra-operatória: Não Sim

10. Programação: Efetiva Urgência Emergência

11. Trauma: Não Sim Data: _____ Hora: _____

12. Infecção atual em outro Sistema: Não Sim Tipo: _____

13. Drenos: Não Sim Tipo: _____

14. Prótese(s): Não Sim Tipo: _____

15. Descrição do procedimento cirúrgico no verso

*Dr. Raphael Marcondes Gonçalves
Data: 23/10/2020
Hora: 10:00h
Órgão: Traquea e Tonsilas*

Assinatura Cirurgião: _____ CRM: _____
Data: 23/10/2020

Para anestesia local, informar:

Hora do Início do procedimento: _____ Hora do término do procedimento: _____



Descrição dos procedimentos cirúrgicos

① Teste de ferro com 100% ferro apesar de chumbo
② Teste de ferro com 100% ferro apesar de chumbo
③ Teste de ferro com 100% ferro apesar de chumbo
④ Teste de ferro com 100% ferro apesar de chumbo
⑤ Teste de ferro com 100% ferro apesar de chumbo
⑥ Teste de ferro com 100% ferro apesar de chumbo
⑦ Teste de ferro com 100% ferro apesar de chumbo
⑧ Teste de ferro com 100% ferro apesar de chumbo
⑨ Teste de ferro com 100% ferro apesar de chumbo
⑩ Teste de ferro com 100% ferro apesar de chumbo
⑪ Teste de ferro com 100% ferro apesar de chumbo
⑫ Teste de ferro com 100% ferro apesar de chumbo
⑬ Teste de ferro com 100% ferro apesar de chumbo
⑭ Teste de ferro com 100% ferro apesar de chumbo
⑮ Teste de ferro com 100% ferro apesar de chumbo
⑯ Teste de ferro com 100% ferro apesar de chumbo
⑰ Teste de ferro com 100% ferro apesar de chumbo
⑱ Teste de ferro com 100% ferro apesar de chumbo
⑲ Teste de ferro com 100% ferro apesar de chumbo
⑳ Teste de ferro com 100% ferro apesar de chumbo

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedista e Traumatólogo
CRM-PI 08370



MEDICAMENTOS		SOLUÇÕES ANTI-SÉPTICAS	
Etomidato		Água oxigenada	
Fentanil		Álcool a 70% ml	
Ipsilon g.		Clorexidine alcoólica 0,5 ml	
Narcan		Clorexidine aquosa ml	
Noocaina Pesada		Clorexidine degarmante ml	
Neocaína 0,50% c/ Adren.		Éter ml	
Novahupi c/ Adren.		Formol líquido ml	
Nimbium		PVPi alcoólico ml	
Ondasterona		PVPi degermente ml	
Pavulon		PVPi tópico ml	
Piasil		FIOS	
Profenid			
Prostiguimine		Aciflex	
Propofol		Algodão	
Qualcim		Algodão	
Rop		Catgut Cromado	
Sufentalina		Catgut Cromado	
SF 0,9% 250 ml		Catgut Simples	
SF 0,9% 500 ml		Catgut Simples	
SF 0,9% 1000 ml		Caprofyl	
SG 5% 250 ml		Ethibond	
SG 5% 500 ml		Ethibond	
SRS 500 ml		Fita Cardiaca	
SRL 500 ml		Monacryl	
Steril Drape		Monacryl	
Tilitil		Mononylon	
Thiopental		Mononylon	
Transamim		Mononylon	
Tissucol		Prolene	
Vecuron		Prolene	
Xilocaina 2% S/V		Vicryl	
Xilocaina C/V		Vicryl	
ANESTÉSICOS INALATÓRIO		TAXAS DE APARELHO	
Enflurane ml		Aspirador de Parede	
Halotano ml		Bisturi Elétrico	
Isoflurano ml		Craniótomo	
Servorane ml		Dril	
GASES		Intensificador de Imagens	
Ar Comprimido		Lipoaspirador	
Co2		Microscópio	
Dixigênio		Monitor Cardiaco	
Nitrogênio		Oxímetro de Pulso	
ALTO CUSTO		Oxicapinógrafo	
		Respirador	
		Serra Elétrica	
		Sistema de Video	
		Motor Ortopédico	
<i>Maria Neurila de Lima</i> Obs. Enf : _____ Téc. de Enfermagem COREN - 364456			
Visto Enfermeiro:			



CNPJ: 35.650.324/0001-50
WILSON ROSADO TELEFONE: (84) 3318-9000

PACIENTE: I225950-FRANCÍSCO DIEGO MARQUES PAIVA
ENFERMARIA: 218-218 - AP

IDADE: 29 A,8 M,4 D

PARTICULAR - PLANO ÚNICO

LEITO: 218-02

ADMISSÃO: 29/02/2020

PRESCRIÇÃO MÉDICA

29/02/2020 - 21:25:13

DIETA LIVRE

SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500 ML	1,00FR	IV	08/08H	24/08
CEFAOTINA 1 G	1,00FA	IV	06/06H + ABD	24/06
CLEXANE 40MG / 0,4 ML	1,00SER	SC	1X DIA	5,25
DIPIRONA 500MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	06/06H + ABD	26/06
TRAMAL 50MG/ML 2ML	1,00AMP	IV	08/08H + SF 0,9% 100ML	08/12
TENDOXICAN 20MG PÓ LIOFILO P/SOLUÇÃO INJETÁVEL	1,00FRAMFIV		12/12H + ABD	08
NAUSEDRON 8 MG / 4 ML	SN	1,00AMP IV	08/08H + ABD	SN
OMEPRAZOL 40MG INJ + DIL.	1,00 FA	IV	1X DIA	

Dr. Raphael Machado Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia

6320 - RAPHAEL MACHADO GONCALVES

SOB SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 09:48:10
<https://pj1e1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092209480964000000057984371>
Número do documento: 20092209480964000000057984371

Num. 60430981 - Pág. 22



HOSPITAL
WILSON ROSADO

Convênio: PARTICULAR

Paciente : *Indicação clínica* *Intenção clínica*

Data: 01/03/2020

1.	DIETA LIVRE
2.	SF 0,9% 500ML EV DE 12\12H
3.	DIPORNA 1G + ABD EV DE 6/6H
4.	TILATHI 40MG + 100ML SF 0,9% EV , 1X\DIA (suspenso)
5.	TRAMAL 50MG + 100ML SF 0,9% EV DE 8\8H, SE DOR
6.	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H
7.	CURATIVO DIARIO
8.	SSSVV + CCGG
09.	ALTA HOSPITALAR
10.	
11.	
12.	
13.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	

EVOLUÇÃO MÉDICA

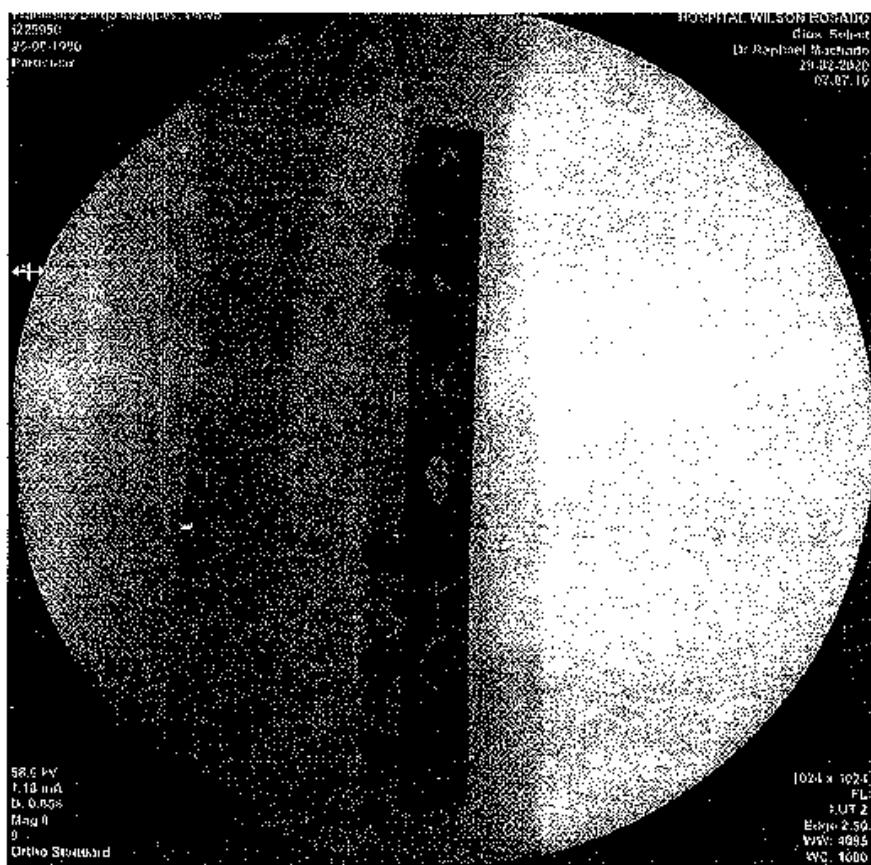
*01/03/2020 - 00:00:00
Dr. Ana Paula G. de Andrade
Ortopedista e Traumatologista
CRM/MA 1127*

Paciente evolui em BEG, sem queixas.

FO em bom aspecto, neurovascular sem alteração.

Conduta: ALTA HOSPITALAR





Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 09:48:10
<https://pjef1.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092209480964000000057984371>
Número do documento: 20092209480964000000057984371

Num. 60430981 - Pág. 24

PRONTOFIX

Predictor → Life

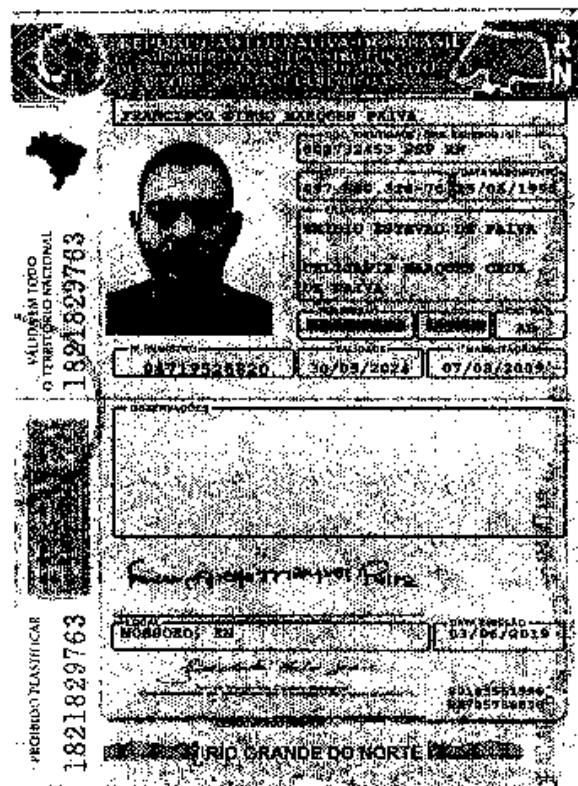
PACIENTE	<i>Juan Carlos Diaz</i>	COVENIO
ENDERECO	<i>Calle 123, Col. Centro</i>	CDP
MÉDICO	<i>Dra. Ana Hernandez</i>	CRM
PROCEDIMIENTO	<i>Consulta médica</i>	PRONTUARIO

Material Utilizado



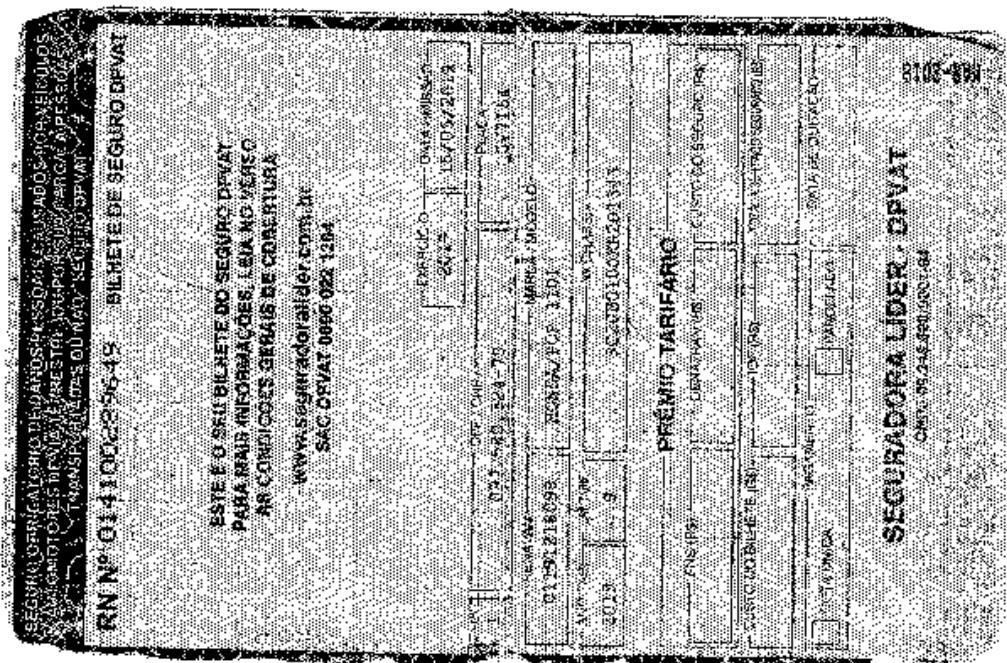
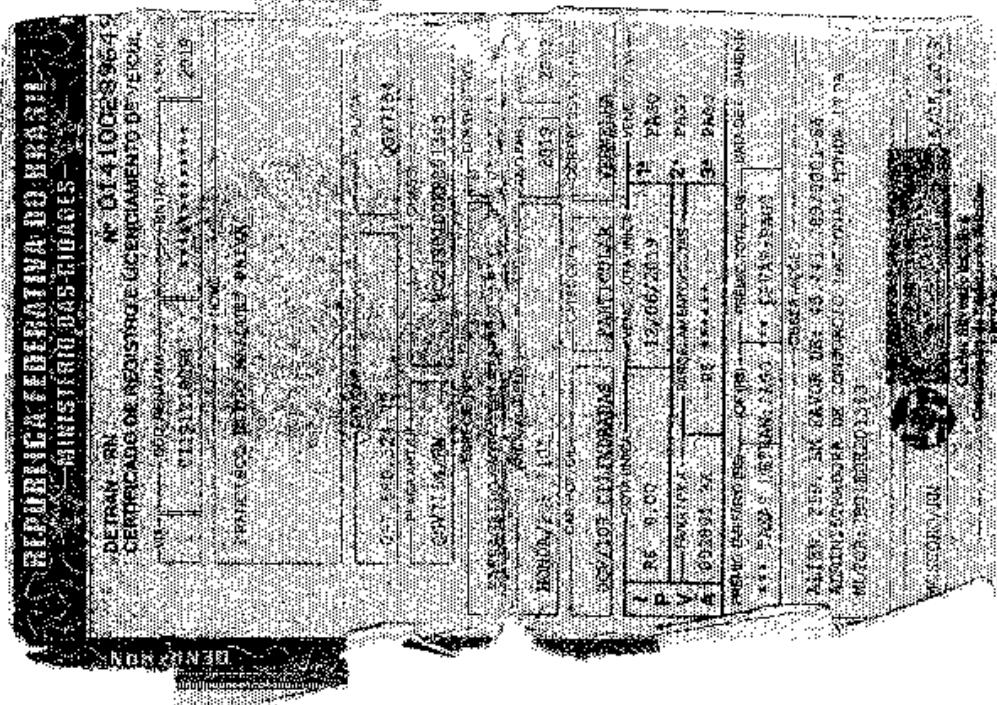


Livia Karina Freitas da Silva



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 09:48:10
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092209480964000000057984371>
Número do documento: 20092209480964000000057984371

Num. 60430981 - Pág. 27



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200204009 Cidade: Mossoró Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA Data do acidente: 09/02/2020 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE EM ANTEBRAÇO ESQUERDO) E PARA OS DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: P.2(BAM) P.7-9(CIRURGIA) P.12(ALTA) P.13(IMAGEM)

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Franckson Diego Marques Póvoa, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro, Profissão: Botar leite, Data do Acidente 09/02/20
Cobertura Inválida, portador(a) do RG 002.432.453, órgão expedidor
SSPRN e do CPF: 094.580.324-70 residente no(a)
Rua Tote, nº 1001,
bairro: Pionelha Cidade de Motovilho, município: Motovilho, RN.

OUTORGADO:

Nome: José Vicente de Freitas Neto, brasileiro(a)
estado civil: Solteiro, Profissão: Autônomo, portador(a) do RG
319.58.389, órgão expedidor SSPAM e do CPF: 037.937.502-80 residente
no(a) Rua Tote, nº 1001,
bairro: Pionelha Cidade de Motovilho, município: Motovilho, RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro DPVAT, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Motovilho RN 08/05/20

Local e Data

* Francisco Duarte Marques Póvoa

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158648/20

Vítima: FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

CPF: 097.580.324-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/02/2020

Titular do CPF: FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE VICENTE DE FREITAS NETO : 037.937.502-80

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

FRANCISCO DIEGO MARQUES PAIVA : 097.580.324-70

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: 05/06/2020
Nome: JOSE VICENTE DE FREITAS NETO
CPF: 037.937.502-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/06/2020
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

JOSE VICENTE DE FREITAS NETO

THIARA VIRGINIA DA HORA



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 22/09/2020 09:48:10
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092209480964000000057984371>
Número do documento: 20092209480964000000057984371

Num. 60430981 - Pág. 31