



Número: **0802698-18.2020.8.20.5108**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Pau dos Ferros**

Última distribuição : **10/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.631,25**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE FERREIRA DE LIMA (AUTOR)	GERLIANN MARIA LISBOA DE AQUINO (ADVOGADO)
SEGURADORA DPVAT (RÉU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
61097 075	05/10/2020 12:12	2756528_CONTESTACAO_Anexo_03

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE FERREIRA DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180337286**
Vitima: **JOSE FERREIRA DE LIMA**
Data do Acidente: **21/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180337286**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13134597



Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOSE FERREIRA DE LIMA

Sinistro: 3180337286
Vítima: JOSE FERREIRA DE LIMA
Data do Acidente: 21/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE ANTONIO CAMPOS DO REGO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180337286** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de Indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI.

CPF da Vítima

084.232.451-87

Nome completo da vítima

JOSE FERREIRA DE LIMA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	JOSE FERREIRA DE LIMA	CPF titular da conta	084.232.451-87	Profissão	APOSENTADO
Endereço	RUA SÃO JOÃO	Número	340	Complemento	CASA
Bairro	SÃO BENEDITO	Cidade	PAU DOS FERROS	Estado	RN
Email	Mão informar				Telefone (DDD) (84) 9 9681 4391

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
0763 (Informar dígito se existir) 45934 (Informar dígito se existir) 9

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor Indenizado.

PAU DOS FERROS-RN, 17 de MAIO de 2018
Local e Data

ARUANA SEGUROS
23 JUL 2018


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PAPPF.D01 V001/2017





ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCINALDO RODRIGUES - 05/10/2020 12:12:32
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100512123227900000058613747>
Número do documento: 20100512123227900000058613747

Num. 61097075 - Pág. 4

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180337286
Nome do(a) Examinado(a): Jose Ferreira de Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sao Joao, 340 Casa
Sao Benedito Pau dos Ferros RN CEP: 59900-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 685710
Data local do acidente: [21/03/2018]
Data local do exame: [11/08/2018] SOUSA [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA EXPOSTA DE PERNAS ESQUERDA

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: PACIENTE FOI SOCORRIDO E ENCAMINHADO PARA HOSPITAL DE PAU DOS FERROS - RN. FEZ IMOBILIZAÇÃO DO MEMBRO ACOMETIDO, E NO MESMO DIA FOI ENCAMINHADO PARA HOSPITAL TARCÍSIO MAIA - RN. FOI SUBMETIDO A CIRURGIA PARA COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO POR 7 DIAS. NO DIA 28 DE MARÇO, FOI SUBMETIDO A CIRURGIA PARA OSTEOSINTSE DA FRATURA. FEZ FISIOTERAPIA 43 SESSÕES.

Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

PACIENTE COM MARCHA CLAUDICANTE, ANDANDO COM AUXÍLIO DE MULETAS. APRESENTA DEFORMIDADE IMPORTANTE EM TORNOZELO ESQUERDO. EDEMA (++/4+). APRESENTA LIMITAÇÃO DE ADM DE FLEXÃO DO TORNOZELO ESQUERDO DE ADUÇAO (10 GRAUS), FLEXAO DORSAL (5 GRAUS), FLEXAO PLANTAR (10 GRAUS), ADUÇAO (10 GRAUS).

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

PACIENTE COM MARCHA CLAUDICANTE, ANDANDO COM AUXÍLIO DE MULETAS. APRESENTA DEFORMIDADE IMPORTANTE EM TORNOZELO ESQUERDO. EDEMA (++/4+). APRESENTA LIMITAÇÃO DE ADM DE FLEXÃO DO TORNOZELO ESQUERDO DE ADUÇAO (10 GRAUS), FLEXAO DORSAL (5 GRAUS), FLEXAO PLANTAR (10 GRAUS), ADUÇAO (10 GRAUS).

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Dr. Tânia Paula de O. Neto
Medicina do Trabalho
CRM: 7415 - PB

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPOL
DIRETORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR - DPCIN
4ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE PAU DOS FERROS/RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 1082/2018

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO (Colisão e queda)

Local: BR 405 proximo ao semáforo da rodovaria - Pau dos Ferros/RN.

Data e hora do fato: 21.03.2018 ás 08h00min aproximadamente.

COMUNICANTE/VÍTIMA: JOSÉ FERREIRA DE LIMA.

Endereço: Rua São João 340 São Benedito Pau dos Ferros/RN.

Filiação: Antonio Domingos e de Alice Ferreira dos Santos.

Naturalidade: Coremas PB

Data de Nascimento: 22.05.1948

Documento: RG nº. 685.710 -SSP/RN

CPF nº. 084.232.451-87

Profissão: Comerciante

Estado Civil: casado

Grau de Instrução: Ensino primário

TEL: 84 3351 2692

IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO ENVOLVIDO

ESPÉCIE/TIPO: PASSAGEIRO/MOTOCICLETA

MARCA/MOD: HONDA NXR 150 BROS MIX ES

PLACA: NNQ 9315 RN

CHASSI N°. 9C2KD0520AR057460

ANO/MOD: 2010/2010

COR: VERMELHA

RENAVAN: 00225469545

PROPRIETÁRIO: O COMUNICANTE/VÍTIMA

CONDUTOR: COMUNICANTE/VÍTIMA

HISTÓRICO: Compareceu o comunicante/vítima a esta Unidade Policial para noticiar que no horário, data, e local acima descrito trafegava em sua motocicleta acima identificada. Que trafegava sentido Centro Hospital Regional, e depois que passou o semáforo da rodovaria colidiu por trás de outra motocicleta, que por sua vez tinha freado bruscamente por causa de um cachorro que atravessou na frente. QUE o comunicante em decorrência da colisão caiu com a perna esquerda quebrada com fratura exposta. Que foi socorrido para o Hospital Regional de Pau dos Ferros/RN, por Alexandre de Oliveira Costa, e em seguida para o hospital Tarcísio Maia em Mossoró e logo depois para o Hospital Wilson Rosado também em Mossoró ... QUE o comunicante se responsabiliza civil e criminalmente pelo inteiro teor que originou o presente Boletim de Ocorrência, o qual afirma ser de total veracidade, inclusive apresentou nesta Unidade Policial documentos que comprovam seu atendimento nas unidades hospitalares acima citadas.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: Registro do Boletim de Ocorrência

Testemunhas:

Carlos Alberto Pereira do Rego
Nome: Carlos Alberto Pereira do Rego, RG 264.625 SSP/RN

Endereço: Vinte e cinco de março 348 Alto do Açu Pau dos Ferros/RN

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

Alexandre de Oliveira Costa
Nome: Alexandre de Oliveira Costa, RG 300091205 SSP/SP

Endereço: Rua: Sítio Espaduado Rafael Fernandes /RN

Lindomar de O. Miranda
Lindomar de O. Miranda
Policial de Serviço
Matrícula 108017-2

Pau dos Ferros/RN, 19 de junho de 2018.

Assinatura do Comunicante/Vítima

RUA: JOSE MEIRELLES PONCHET N° 131 TEL: (84) 3351-0650
CEP: 59.900.000 - PAU DOS FERROS/RN



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima JOSE FERREIRA DE LIMA	CPF da Vítima 084.232.451-87	Data do Acidente 21/03/2018
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	
Email	
CPF do Representante legal	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

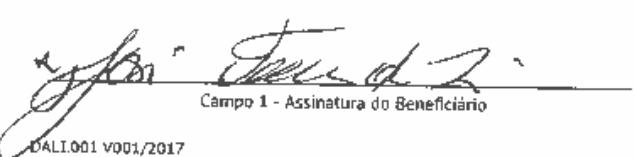
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

PAU DOS FERROS-RN 17 de MAIO de 2018
Local e Data

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALI.001 v001/2017


Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Bairro Arizona, Pau dos Ferros RN. Telefax (84) 3351 - 9840

Auto
declaration

BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: José Ferreira de Lima				TEL:	Nº REG: 271276
Nas 22/05/1948	1-Masculino	Casado	Comerciante	Cert.nasc. <input type="checkbox"/> Título <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG <input checked="" type="checkbox"/> N° 685710	
Pai: Antonio Domingos			Mãe: Alice Ferreira dos Santos		
Endereço: São João		340	São Benedito	PAU DOS FERROS	RN
Responsável: CNS-706-4001-3826-7081-84-99999-9666					TEL:
Endereço do Responsável:					
Serviço: Urgência / emergência			Enfermaria:		Leito:
Admissão: 21/03/2018	Hora admissão: 07:46	Data da Alta:		Hora da Alta:	
Dados Clínicos: PA: mmHg Pulso: Bpm Temp: FR:					
Alega Acidente de Trabalho		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>		

História - Causa eficiente da lesão (alegada):

Plano Volumétrico de Aceite
el Moto (Cusip) con Forma
Extria de Tomado. est.
(PENN)

Lesões ou afecções encontradas

Antonina
Chaldeia
R. Adm. 45
Autenticação
CONFERE CGM
26/06/2018

ARUANA SEGUROS

23.01.2018

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

Reaktionen von Penen gegen

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Horas: 09:53

Dr. José Ferraz de Oliveira
CRM-RN 2780-CPF 322.728.517



BOLETIM DE URGÊNCIA

EXAMES COMPLEMENTARES:

RX de Tórax C/
Abcesso

Abd - Fígado

CONDUTA:

- SLS 1000 ml C II
- Tensões pressão arterial C
- CEFazamox 1g - duas EV C
- Alergias proibidas C
- Dexametasona 50 mg C
- Paracetamol 1000 mg C
- Amiodarona 500 mg C

AVOIDAR EXERCÍCIO
SAT 100% C

Dr. José Ferrari de Oliveira
CRM-SP 27760-0
Médico / Carimbo: 138.8.24
CRM-SP 27760-0
Médico / Carimbo:

DESTINO DO PACIENTE:

Data: 1 / 1 hora:

Destino: Cl. Médica: Cl. Cirúrgica: Cl. Obstétrica: UTI Adulto: Pediatria:

Alta Médica: Alta a pedido: Alta a revelia: Transferencia: Óbito:

Médico / Carimbo: _____



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: 27/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FERREIRA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00763

CONTA: 000000045934-9

Nr. da Autenticação 2FE98353F044F60C



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCINALDO RODRIGUES - 05/10/2020 12:12:32
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100512123227900000058613747>
Número do documento: 20100512123227900000058613747

Num. 61097075 - Pág. 10



COMUNICA DE AGUAS E SISTEMAS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Benedito Salgado Filho, 1555, 7º and. CEP 50015-000
CNPJ: 06.334.385/0001-33 / INSC. Estadual: 20082.426-3
Adm. Central (84) 3232-4432 / Cuiabá (64) 3232-4902

3519654

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVICOS
IMPRESSO EM 07/06/2018 AS 16:25:31

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA:	MÊS/ANO
JOSE ANTONIO DO R CAMPOS RUA MANOEL FLOR, N, 11 - FREI DANIAO PAU DOS FERROS RN 59000-000		5848588	06/2018
INSCRIÇÃO 647.002.441.0042.002	ROTA 6	SECTORIA 4553	QUANTIDADE DE ESTABELECIMENTOS 1
IMÓVEL A135033113	SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO	

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCINALDO RODRIGUES - 05/10/2020 12:12:32
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010051212322790000058613747>
Número do documento: 2010051212322790000058613747

Num. 61097075 - Pág. 12



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 fazenda 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 pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE ANTONIO CAMPOS DO REGO inscrito (a) no CPF 664.442.764-20 / _____ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE FERREIRA DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 084.232.451-87 / _____ do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE FERREIRA DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 084.232.451-87 / _____ conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

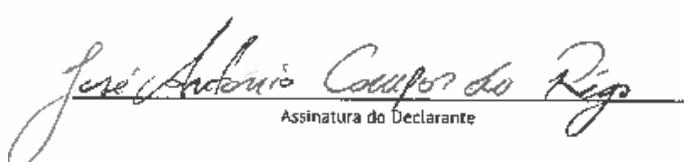
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>RUA MANOEL FLOR</u>		Número	11	Complemento	CASA	
Bairro	<u>FREI DAMIÃO</u>	Cidade	<u>PAU DOS FERROS</u>	Estado	RN	CEP	59.900-000
Email	<u>CAMPOSREGO@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(84) 9 9681-4391</u>			

PAU DOS FERROS-RN 17 de MAIO de 2018

Local e Data


Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

DLDRIL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCINALDO RODRIGUES - 05/10/2020 12:12:32
<https://pje1.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010051212322790000058613747>
Número do documento: 2010051212322790000058613747

Num. 61097075 - Pág. 13



HOSPITAL CLEODON CARLOS DE ANDRADE

BR 405, Km 03, Bairro Arizéu, Pau dos Ferros RN, Telefax (84) 3353-9840

BOLETIM DE URGÊNCIA

Nome: José Ferreira de Lima					TEL:	Nº REG: 271276
Nas 22/05/1948	1-Masculino	Casado	Comerciante	Cert. nasc. <input type="checkbox"/> Título <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> RG <input checked="" type="checkbox"/> Nº	685710	
Pai: Antonio Domingos			Mãe: Alice Ferreira dos Santos			
Endereço: São João 340			São Benedito	PAU DOS FERROS RN		
Responsável: CNS-706-4001-3826-7081-84-99999-9666						TEL:
Endereço do Responsável:						

Serviço: Urgência / emergência		Enfermaria:			Leito:
Admissão: 21/03/2018	Hora admissão: 07:46	Data da Alta:		Hora da Alta:	
Dados Clínicos: PA: mmHg Pulso: Bpm Temp: FR:					

Alega Acidente de Trabalho Sim Não

História - Causa eficiente da Lesão (alegada):

*Recebi V. fermece de Alice
el voto (CASA) da ferre
testa de Tomar. 05/06/2018.*

Lesões ou afecções encontradas

Assinatura de Dr. José Ferreira de Lima
Antônio Cleinaldo Rodrigues
4.100142
RCG 2015
AUS-TRAC 2015
CONFIRE COM 05/06/2018

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

Fractura exposta de Perna esq.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Hora: 09:53

*Dr. José Ferreira de Oliveira
CRM-RN 27100-CPF 322.778.637-04*



BOLETIM DE URGÊNCIA

EXAMES COMPLEMENTARES:

RX de Tórax C/CT
RCP/RCG

Abd P/Exame

CONDUTA:

- SXS 1000 ml C II
- Tensões juntas 1000 ml C
- Eletrocardiograma - 2nd ECG C
- Alioscópio Pneum. C
- Dígitas gel 1000 ml C
- Ponto gel 1000 ml C
- Antidiárias ej V? C

Alimentação de refeição
SAT 1000 ml C

Dr. José Ferrari de Oliveira
Medicina 28.634-3
CRM-RN 2780 Carijó Carimbo:

DESTINO DO PACIENTE:

Data: ___/___/___ hora: _____

Destino: Cl. Médica: Cl. Cirúrgica Cl. Obstétrica: UTI Adulto: Pediatria:

Alta Médica: Alta a pedido: Alta a revelia: Transferência: Óbito:

Médico / Carimbo: _____



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO

PÉDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611 010
CNPJ: 35.650.324/0001-50

Identificação	108151
Data	22/03/2018
Horário	15:21

Nº AIH
ANDERSONEP

BOLETIM DE ADMISSÃO

172357 - JOSE FERREIRA DE LIMA

CASADO(A) - Sexo: MASCULINO - 22/05/1948 - 70 ANO(S)		CPF: 084.232.451-87	RG: 685710
CNS: Convênio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE			
Leito: 416-U2		Enfermaria: 416 - AP 416	
Endereço: SÃO JOÃO, N° 0 - CEP: 59900-000		Bairro: SÃO VICENTE	
Cidade: Cód.: 2409407 - PAU DÓS FERROS/RN		Profissão:	Especialidade: CLINICA GERAL
Pai: ANTONIO DOMINGOS		Mae: ALICE FERREIRA DOS SANTOS	
Naturalidade: COREMAS - PB		Caráter de Atendimento: URGÊNCIA	
Resid. responsável: BENINHA (ELF LENTE) - Tel:			
Paciente: Paciente solicitado: 10102019-VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO) - S822 - FRACT DA DIAFISE DA TIBIA			
Diagnóstico Definitivo:		Acomodação: ENFERMARIA	
Carteira: 09808195000931004		Médico: 8283 - JONATAS GOMES CARVALHO DE MELO	
Validade: 30/12/2018		Resultado	
Autorização:		Curado	Removido
Senha:		Melhorado	Pedida
Guia:		Inalterado	Evasão
		Piorado	Indisciplina
Transferido: _____			

História Clínica

Diagnóstico Provável	ARUANA SEGUROS 23 JUL 2018
----------------------	-------------------------------

RESPONSÁVEL

JONATAS GOMES CARVALHO DE MELO





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: _____ Leito: _____

PRESCRIÇÃO



SEXO: MASCULINO
Sex:Masc.
D/N 22/05/1948 ID.70Y

08:38:12 03/07/2018

SEXO: MASCULINO
Sex:Masc.
D/N 22/05/1948 ID.70Y

08:39:35 03/07/2018

Esq.

13cm

FÍBULA TÍBIA

5cm

FÍBULA TÍBIA

5cm



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCINALDO RODRIGUES - 05/10/2020 12:12:32
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100512123227900000058613747>
Número do documento: 20100512123227900000058613747

Num. 61097075 - Pág. 18



SES

Enviado para: CMO JOAC, 34
CFO: 6010000

10/10/2010 08:08:22 2

M (O segredo é preservado)
P (Anula o CMO T)



10/10/2010 08:08:22

H:

Assinado eletronicamente por:
JOSE FRANCINALDO RODRIGUES - 05/10/2020 12:12:32
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100512123227900000058613747>



GOVERNO DO
RECONSTRUÇÃO DE AVANÇAR

RN



Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte - SESAP

Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade

ARUANA SÉGUROS

23 JUL 2018

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

PACIENTE:	Yose Ferreira de Souza	LEITO:
DATA DE NASCIMENTO:	20/05/148	IDADE: 30
ENDERECO:		TELEFONE:
MUNICÍPIO:		
MEIO DE REMOÇÃO:		
RESPONSÁVEL:		
ENDERECO:		TELEFONE:
MUNICÍPIO:		
HIPOTESE DIAGNÓSTICA:	Fractura exposta Pato	
DATA DO ATENDIMENTO:	11	DATA DA INTERNAÇÃO: 11
HISTÓRIA CLÍNICA:	Pato sobre a ferida Anel de ferro (cicatriz) e ferida Fractura exposta no punho	
MEDICAMENTOS UTILIZADOS:	Cetotaxona 1g - 2nd co Anel Coluna 60g - 1x	
EXAMES REALIZADOS:	Rx de Pernas com AP	
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:	Fractura exposta	
ENCAMINHO PARA O HOSPITAL:	TARCISO VILA	
NO MUNICÍPIO:	Mossoró	
CONFORME CONTATOS REALIZADOS COM:	ENF. ALINE	

NATAL (RN)

21/03/2018

03/05/2018

Ex. José Ferreira de Oliveira
CARIMBO E ASSINATURA DO
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO PACIENTE
RESPONSÁVEL LEGAL

BR 405 - KM 03, BAIRRO ARIZONA, 1971 - TELEFAX (84) 3351 - 9840 - PAU DOS FERROS - RN
CNPJ: 08.241.754/0107-01 - e-mail: hospdrcleodon@rn.gov.br



20.04.2018

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE H.R.T.M.		2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE H.R.T.M.				4 - CNES	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE Jose Benfeitor de Riman				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 5101614100113181216170711		8 - DATA DE NASCIMENTO 22/05/1981		9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> 3	
11 - NOME DA MÃE Alícia Francinaldo dos Sáude				10 - RACA/COR 12 - TELEFONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> N° DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL PAK DAS FERRAS.				14 - TELEFONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> N° DO TELEFONE	
15 - ENDERECO (RUA, N.º, BARRA) R. SÃO JOSÉ, 340 - SÃO BENEDITO.				17 - CÓD. ISOBÉ MUNICÍPIO TRINT	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA PAK DAS FERRAS.				18 - UF TR	
				19 - CEP 58220-000	
JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO					
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <p style="margin-left: 40px;"><i>Fratura de tibia com fratura exposta de perna</i></p>					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <p style="margin-left: 40px;"><i>RX + exame físico. Necessidade de fixação cirúrgica</i></p>					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <p style="margin-left: 40px;"><i>RX + exame físico</i></p>					
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de tibia</i>		24 - CID 10 PRINCIPAL <i>S82.2</i>		25 - CID 10 SECUNDÁRIO	
				26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Fractura de tibia</i>				28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0110189010151010</i>	
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	
				32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				34 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>21/03/18</i>	
				35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dra. Nityara Giacomo e M. Lúcia CRM/MS 0746</i>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		38 - CNPJ DA SEGURADORA <input type="checkbox"/>		40 - N° DO VILHETE	
				41 - SÉRIE	
45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO				43 - CNPJ DA EMPRESA	
				44 - CBO	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CÓD. EMISSÃO EMISSOR		62 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		<i>0905 2018 B115</i>	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - DATA DE NASCIMENTO

8 - SEXO

10 - RACACOR

Mac.

1 Fem.

3

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDD

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDD

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente automobilístico
encontrado com fratura de perna.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2010

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de perna

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

S82.2

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Enfermagem de enfermagem

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0141010101010101

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/03/19

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURODORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍRICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. EMISSÃO EMISOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

03/03/2010





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome José Forreiro de Brum Reg.º _____

Diagnóstico pré-operatório: fratura exposta perna (E)
Indicação terapêutica: WC + fixação extens + sutura

INTERVENÇÃO

Inicio: 14:40 Fim: 15:30 Duração: 50 min

Operador Dr. Guilherme ARUANA SECUR.

1º Auxiliar: Dr. Mayrone 23 JUL 2018

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____ 07 05 2018

Instrumentador: _____

Anestesista: Dr. Chorão

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

() Limpa () Pot. Contaminada () Contaminada () Infectada
1) Raciode em DDT sob anestesia 2) () () () ()
(Anti-sepsia + colocação de campos estéril 3) Limpeza
exclusiva de fumetti em face anterior da perna (E) +
fixação em reduções (E) 4) colocação de fixador
externo bruno com dilatador de furo da fratura
5) fixação de pinos 6) fártus do furo em
eloxito (E) estendendo-se et- fártio plantar com
pessimo prognóstico e risco de necrose 7) sutura
de fumetti em perna 8) Boa perfusão do perif
do procedimento 9) Clotivo 10) () SRPA.

Dr. Matheus S. P. S.
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 0777





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: José Ferreira de Souza Leito: 100%

DATA	EVOLUÇÃO
31/01/2018	fratura exposta de perna E
02/02/2018	+ ferido queimado em estacionamento E.
03/02/2018	Rivelzodo fixo a ferida + fratura.

PRESCRIÇÃO





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: José Ferreira de Lima
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC
DATA DA ADMISSÃO: 21/03/18

69 anos
Leito: 306-3
Pau dos Ferros-RN Código: 6354

DATA	EVOLUÇÃO	
22/03/18	1 DIH: Fx exposta de perna E Em uso de fixador externo Evolui estavel, referindo dor. Diurese e evacuação fisiológicas. BEG, eupneico, normocorado, hidratado, afebril. CD: VPM Emito SIREG Solicito Pre-op Aguarda cirurgia definitiva	

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA livre	
2	SF0,9% 1500ml EV para 24h	
3	Tilatil 40mg + ABD Ev 1xdia	10
4	Dipirona 2 mL + 8 mL ABD, Evm, 6/6h	10-16.00-31
5	Clexane 40 mg SC 1x/dia	10-16.00-31
6	Omeprazol 20mg VO em jejum	06
7	Cefalotina 1g + ABD EV 6/6h	10-16.00-31
8	SSVV+CCGG	
9	Curativo diário	
10	<i>Shancklin / UVA a Muel</i> <i>de Faria</i>	

Kállerle René CURCEL Polva
Ortopedia e Traumatologia
Clínica de Sambro e Colovelo
CRM-RN 6760 / EOT 14293

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

02/05/2018
B100



LABORATÓRIO DO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
RUA PROJETADA, SN BAIRRO AEROPORTO - MOSSORÓ/RN

Paciente: JOSE FERREIRA DE LIMA
 Origem: CLINICA CIRURGICA ORTOPÉDICA
 Solicitante: CRM, D/
 Coleta em: 22/03/2018 09:22:59

Sexo: MASCULINO Idade: 69 a 9 m
 Protocolo: 20135
 Coleta Nº: 0016.0001

Material: Soro	Método: Enzimático	Referências
UREIA	58 mg/dL	NORMAL 10,00 a 40,00
Material: Soro	Método: Enzimático	Referências
CREATININA	1,2 mg/dL	NORMAL 0,70 a 1,20
Material: Soro	Método: Enzimático	Referências
GLICOSE	112 mg/dL	NEONATAL, PREMATURO 25,00 a 80,00 NEONATAL À TERMOS 30,00 a 90,00 CRIANÇAS 70,00 a 105,00 NORMAL 70,00 a 99,00
Material: Sangue total	Método: Lee White	Referências
TEMPO DE COAGULAÇÃO	4,00 mn	Normal (minutos) 4,00 a 10,00
Material: Sangue total	Método: Duke	Referências
TEMPO DE SANGRAMENTO	1,15 mn	Normal (minutos) 1,00 a 3,00
Material: Soro	Método: Automatizado, Humanlyte	Referências
SODIO	139 mEq/l	Normal 135,00 a 145,00
Material: Soro	Método: Automatizado, Humanlyte	Referências
POTASSIO	3,9 mEq/l	Normal 3,70 a 5,60

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018


EVETON MARDER LIMA VIANA

CRBM 2519

OS RESULTADOS DOS EXAMES LABORATORIAIS DEVEM SER INTERPRETADOS PELO (A) SEU (SUA) MÉDICO (A)



LABORATÓRIO DO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
RUA PROJETADA, SN BAIRRO AEROPORTO - MOSSORÓ/RN

Paciente: JOSE FERREIRA DE LIMA
Origem: CLÍNICA CIRURGICA ORTOPÉDICA
Solicitante: CRM: 0/
Coleta em: 22/03/2018 09:22:59

Sexo: MASCULINO Idade: 69 a 9 m
Protocolo: 20135
Coleta Nº: 0016.0001

Material: Sangue total
HEMOGRAMA COMPLETO

Método: Automatizado MICROS 60

Referências

ERITROGRAMA

HEMACIAS	3.79 Milhões/mm ³	Normal	4,00 a 5,50
HEMOGLOBINA	12,0 g/dL	Mulher Homem	11,50 a 16,00 13,00 a 18,00
HEMATOCRITO	35,5 %	Mulher Homem	36,00 a 48,00 39,00 a 52,00
VCM	93,7 μ m ³	Normal	83,00 a 98,00
HCM	31,7 pg	Normal	26,00 a 34,00
CHCM	33,8 g/dL	Normal	31,00 a 35,00
RDW	13,6 %	Normal	11,00 a 15,00

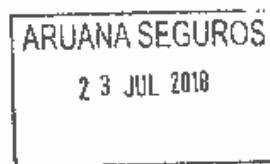
LEUCOGRAMA

LEUCOCITOS	9900 /mm ³	Normal	4000 a 11000
PROMIELOCITOS	0% = 0 /mm ³	0 a 0 %	0 a 0 mm ³
MILOCITOS	0% - 0 /mm ³	0 a 0 %	0 a 0 mm ³
METAMILOCITOS	0% = 0 /mm ³	0 a 0 %	0 a 0 mm ³
BASTOES	01% = 99 /mm ³	0 a 6 %	0 a 550 mm ³
SEGMENTADOS	62% = 8118 /mm ³	45 a 65 %	1800 a 7000/mm ³
LINFOCITOS	11% = 1089 /mm ³	20 a 40 %	1000 a 4400
LINFOCITOS ATÍPICOS	0% = 0 /mm ³	0 a 2 %	0 a 200/mm ³
EOSINOFILOS	02% = 198 /mm ³	1 a 4 %	10 a 550/mm ³
BASOFILOS	0% = 0 /mm ³	0 a 2 %	0 a 200/mm ³
MONOCITOS	04% = 396 /mm ³	4 a 8 %	200 a 800/mm ³

CONTAGEM DE PLAQUETAS

PLAQUETAS	139 mil/mm ³	Normal	150 a 450
-----------	-------------------------	--------	-----------

TROMBOCITOPENIA



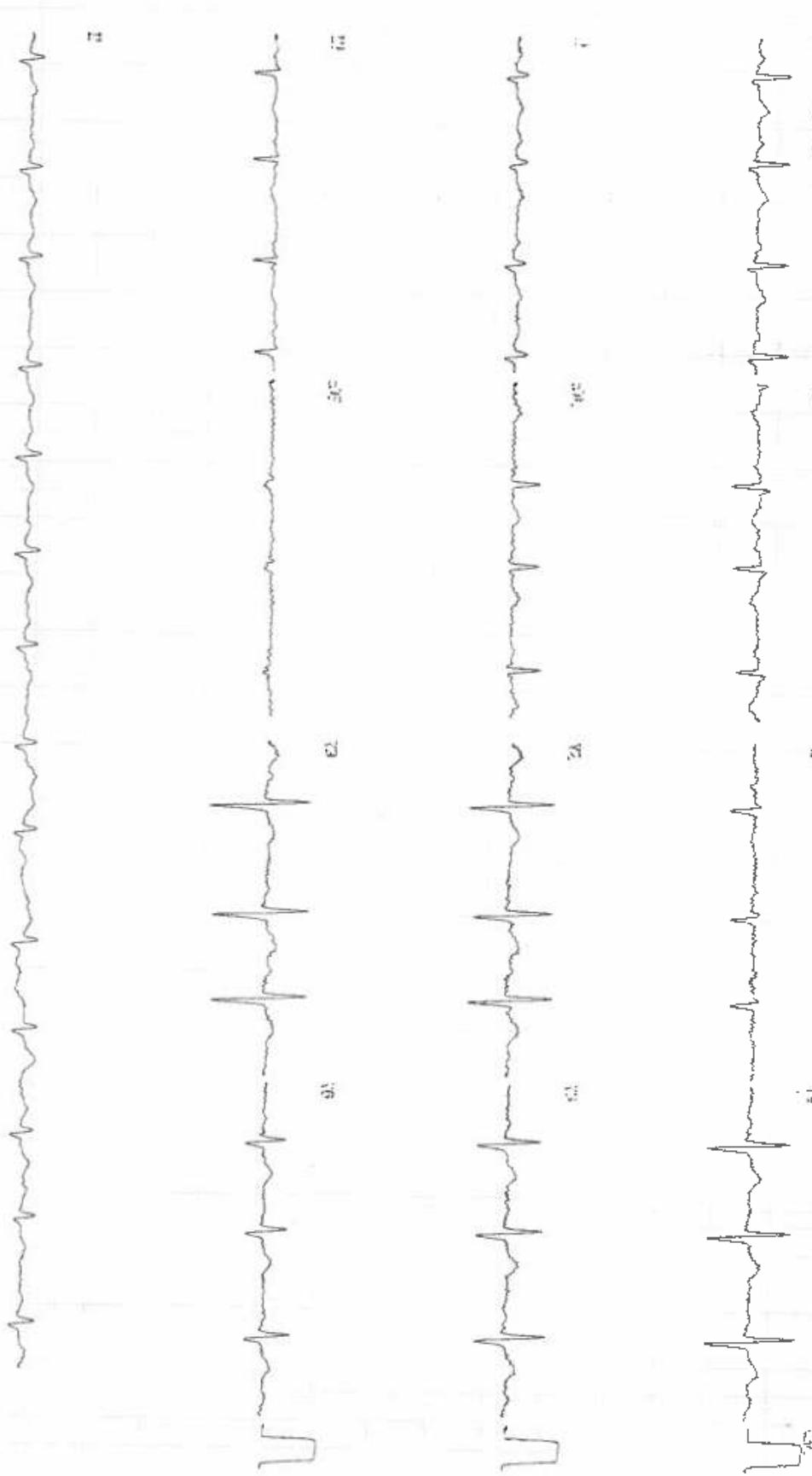
EVENTON MARDER LIMA VIANA
CRBM 2519

OS RESULTADOS DOS EXAMES LABORATORIAIS DEVEM SER INTERPRETADOS PELO (A) SEU (SUA) MÉDICO (A)



Jose Francisco da Silveira
23/12/95

ARUANA SEGUROS
23 JUL 2018



CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
PEDRO VELHO, 250 - SANTO ANTONIO
59011-010, MOSSORÓ/RN
CNPJ: 35.650.324/0001-50
TELEFONE: (84) 3318-9000

Impresso: 22/03/2018 - 15:49:43

Pág.: 1/1

PACIENTE: 108151-JOSE FERREIRA DE LIMA

IDADE: 70 Anos

UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRAN

ENFERMARIA: 416-AF 416

LEITO: 416-02

ADMISSÃO: 22/03/2018

DIAS INTERNADO: 0

PREScrição MÉDICA

22/03/2018 - 15:46:02

DIETA LIVRE

SORO FISIOLOGICO 0,9% - 1000 ML	1,00 FR	EV	24H	
CEFALOFINA 1G	1,00	EV	06/06H	+ DILUENTE
DIPIRONA 500MG/ML 2ML	1,00 AMP	EV	06/06H	+ DILUENTE
TRAMAL 50MG/ML 2ML	1,00 AMP	EV	08/08H	+ 100 ML SFO,9%
OMEPRAZOL 40MG INJ + DIL.	1,00 FA	EV	1X DIA	MANHA
CLEXANE 40MG / 0,4 ML	1,00 SER	SC	1X DIA	

IS VITais - CUIDADOS GERAIS DE 6/6H

Nilotinib 40mg - 100mg/dia 160 mg/dia

abciximab 0,25mg/kg - infusão 15min

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018



5316 - ASSIA GISELLE G. VERÍSSIMO CAVALCANTE

JPG SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCINALDO RODRIGUES - 05/10/2020 12:12:32

<https://pje1.g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100512123227900000058613747>

Número do documento: 20100512123227900000058613747

Num. 61097075 - Pág. 29

A
h
N

Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCINAL DO RODRIGUES - 05/10/2020 12:12:32

Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCINALDO RODRIGUES - 05/10/2020 12:13:22
<https://pie9.g.tira.ius.br:443/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100512123227900000058613747>

Número do documento: 20100512123227900000058613747

Num. 61007075 Pág. 30

卷之三

ARUANA S. E. G. L. 3 JUL 2008

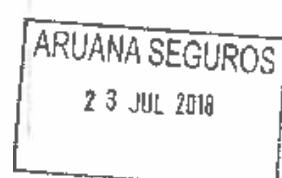
for the above
certified ³⁻²⁵⁻¹¹ ¹¹⁻¹⁵⁻¹¹ ¹¹⁻¹⁵⁻¹¹ ¹¹⁻¹⁵⁻¹¹ ¹¹⁻¹⁵⁻¹¹

the 6th inst of 1865. The author is a school teacher
at the small town of ¹⁸⁶⁵
1865. 1865.

1907-08-26 10:00 a.m. - SN

Chandlers 1st 300 acres. SN.

number of the following books on
a five week loan period
to the library
108 14 30 82



15/07/2020
13:31

Declaração de Compõe

1. Comunicação: Declaração de Compõe
2. Assunto: Declaração de Compõe
3. Nome: José Francinaldo Rodrigues
4. Endereço: Rua das Flores, 123
5. Telefone: (11) 9999-9999
6. E-mail: joaofrancinaldo@aruanaseguros.com.br

Declaração de Compõe

7. Ato em que cônhece: Declaração de Compõe
8. Local: Aruana Seguros - São Paulo
9. Localização: São Paulo
10. Localização: São Paulo
11. Localização: São Paulo
12. Localização: São Paulo
13. Localização: São Paulo
14. Localização: São Paulo
15. Localização: São Paulo

ARUANA SEGUROS
23 JUL 2018

Assinado eletronicamente

Por:

www.tjrn.jus.br:443/pje

Assinado eletronicamente

Por:



CAVI Clínica de Anestesiologia de Mossoró Ltda.
 Clínica de Anestesiologia
 Unidade de Resgate e
 Reabilitação

FICHA DE ANESTESIA

NOME								DATA					
SERVIÇO		ANESTESISTA		CIRURGÃO									
IDADE	SEXO	COR	PR. ART.	PULSO	TEMP.	ESTADO FÍSICO	PRE-ANESTÉSICO	1	2	3	4	5	
DIAGNÓSTICO													

OPERAÇÃO REALIZADA

INÍCIO	TERMINO	DURAÇÃO	ROTINA	EMERGÊNCIA	EXTRA
SpO ₂					
ETCO ₂					
HORA					OBSERVAÇÕES
A					
G					
E					
N					
T					
E					
S					
CÓDIGO					
ANEST. GERAL	220				
OPERAÇÃO	200				
VITALICIAÇÃO X EMOTIVA/QUAL	100				
	100				
PIRE SISTOL	140				
PIRES DISTOL	120				
PULSO	100				
	80				
RESPI ASSIST	16				
RESPI EXPON	40				
RESPI CONTRO	20				
	0				
POSIÇÃO	ONDE				
	ONDE				

Soro

Sangue

Outros

TÉCNICA: ANEST. GERAL: INALATÓRIA: ENDOVENOSA: BALANCEADA: SEDAÇÃO:
 ANEST. REGIONAL: RAQUIDIANA: PERIURINAL: OUTROS:

AGENTES EMPREGADOS

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

ACORDADO		SALA DE RECUPERAÇÃO		CONDICÕES		ÓBITO
----------	--	---------------------	--	-----------	--	-------



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data da internação: 22/03/2018 - 15:21:00 Sexo: M

Convênio UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE

Clinica: CLINICA GERAL Leito: 416-02

22/03/2018

Herrmann et al.

Assimilate

ARUANA SEGUROS
23 JUL 2018

Data impresso: 22/03/2018

17.10.00 ADMITO PACIENTE DO SEXO MASCULINO, PROVÉNIENTE DO SETOR DA RECEPÇÃO, VEIO EM CADEIRA DE RODAS, ACOMPANHADO POR MAQUEIRO E FAMILIARES PARA TRATAMENTO DE FRATURA EXPOSTA DE PERNAS ESQUERDA*, FERIMENTO GRAVE EM CALCANEOS. SIC NEGA DME ALÉRGIA MEDICAMENTOSA. RELATA SER HIPERTENSO, FAZ USO DE MEDICAÇÃO COMO VENZER HCT 16 MG/12 MG AO EXAME CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO EM O2 AMBIENTE AFÉBRIL, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, TORAX SIMÉTRICO EM AMBOS HEMITORAX, MV+, RHA+, AVP EM MSA, VIABILIZANDO HV+, TERAPIA MEDICAMENTOSA CURATIVO EM MÉ COM TRACAO DIURESE PRESENTE. SEGURO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

CASSANDRE
MÉLODE

*Lucila Cassanho Melo da
Enfermeira
COREN: 420693*

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data da internação: 22/03/2018 - 15:21:00
 Converto: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE
 Clínica: CLINICA GERAL Letto: 416-01

22/03/2018

Anotação

Assinatura

Técnico(a)	Assinatura
JOCINEIDE ALVES DE MORAIS	JOCINEIDE A. MORAIS Téc. Enfermagem COREN/RN 1263788
JOCINEIDE ALVES DE MORAIS	JOCINEIDE A. MORAIS Téc. Enfermagem COREN/RN 1263788
JOCINEIDE ALVES DE MORAIS	JOCINEIDE A. MORAIS Téc. Enfermagem COREN/RN 1263788

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data da internação: 22/03/2018 - 15:21:00

Convênio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE

Clinica: CLÍNICA GERAL Letto: 416-01

23/03/2018

Horas	PA	Temp	FC	FR	Glicemia
-------	----	------	----	----	----------

Assinatura

10:00:00	REALIZADO CURATIVO EM REGIÃO SACRAL, APRESENTANDO LESÃO POR PRESSÃO DE GRAU II, COM PRESENÇA DE BOLHAS E, IMINANDO EXSUDATO SEROSO, E COM HÍPEREMIA EM ADJACÊNCIAS, UTILIZADO UM COBERTURA PRIMÁRIA, HIDROCOLÓIDE COM ALGINATO, E UM COBERTURA SECUNDÁRIA, GAZES ESTÉREIS FIXADAS COM FITA MICROPOROSA, E, REALIZADO TROCA DE CURATIVOS EM MIE, EM REGIÕES DE PERNAS, COM FIXADOR EXTERNO, ELIMINANDO EXSUDATO SANGUINOLENTO, E EM CALCANEUS, APRESENTANDO INCISÃO SUTURADA COM MEDICAO DE APROXIMADAMENTE 10M CM DE EXTENSÃO, FEITO LIMPEZA ESTÉRIL COM SFC 9% E GAZES ESTÉREIS, UTILIZADO UM COBERTURA GAZES ATADURAS E FIXAÇÃO COM ESPARADRAPO.	KAROLAYNE GABRIELLA M RODRIGUES	<p>H. Ribeiro R. 2305 F. 744-06 R. 2305 F. 744-06 R. 2305 F. 744-06 R. 2305 F. 744-06</p>
----------	--	---------------------------------------	---

ARUANA SEGUROS
23 JUL 2018





CARDIODIAGNÓSTICO LTDA
HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO 250

SANTO ANTONIO MOSSORÓ/RN 59611-410
CNPJ: 35.650.327/0001-50
tel. (84) 3318 9200

WILSON ROSADO

SANTO ANTONIO MOSSORÓ/RN 59611-410
CNPJ: 35.650.327/0001-50
tel. (84) 3318 9200

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data da internação: 22/03/2018 - 15:21:00 Sexo: M Idade: 70 ANOS
Convenio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE
Clínica: CLÍNICA GERAL Leito: 415-01

23/03/2018

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

14:00:00	PACIENTE EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, ACEITANDO POLIGA DIETA, RESPIRANDO O 2. AMBIENTE AO EXAME, AFEBRIL, LUNÉICO, NORMOTENSÃO, NORMOCARDÍCO, AWP 18M MMSE COM FIXADOR EXTERNO EM MINHA DIURESE PRESENTE, SÉGURO AOS QUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, ADMINISTRADO 01 FR CEFALOTINA 1G + ABD-EV. - PA: 120X80 TAX: 36,10g F.C.:89 F.R.: 20 Glicemia: 0	ANTÔNIA ANDRÉA GOMES DE SOUSA	<i>Antônia Andréa Gomes de Sousa</i> Técnica Enfermagem DRE-EN-51051
15:00:00	FAZENDO RECEBEU VISITA DE DR GURGEL QUE ORIENTOU PARA QUE O CURATIVO DO FIXADOR EXTERNO PERMANEÇA SENDO COBERTO APENAS COM GASOS ESTÉRIL E ESPARADRAPO MICROPORÉ, NO MOMENTO REALIZADO CURATIVO UTILIZANDO PARA LIMPEZA DO FERIMENTO SFO, 9%, COBERTO COM GASOS ESTÉRIL E ESPARADRAPO MICROPORÉ. PA: TAX: 0-00g F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0	ANTÔNIA ANDRÉA GOMES DE SOUSA	<i>Antônia Andréa Gomes de Sousa</i> Técnica Enfermagem DRE-EN-51051
18:00:00	COLOCADA 1ª ETAPA SFO 9%-500ML-EV - PA: TAX: 0-00g F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0	ANTÔNIA ANDRÉA GOMES DE SOUSA	<i>Antônia Andréa Gomes de Sousa</i> Técnica Enfermagem DRE-EN-51051

ARUANA SEGUR
23 JUL 2018



ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Page 1 of 1
Data impresso 24/03/2018

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA
Data da internação: 22/03/2018 - 15:21:00 Sexo: M Idade: 70 ANOS
Convenio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE
Clínica: CLÍNICA GERAL Leito: 416-01

ARUANA SEGUR
23 MAR 2018

Professional Assinatura

24/03/2018

200 Pa: Temp: 0 FC: 0 FR: 0 Glicemia: 0
FOI ADMINISTRADO CEFALOTINA 1G 1FA + ABD IV CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA

SANYSSANY
SANYSSANY DE SOUSA
TEC DE ENFERMAGEM
COREN/RN 115056

6.00 Pa: Temp: 0 FC: 0 FR: 0 Glicemia: 0
FOI ADMINISTRADO SRS 500ML IV, REALIZADO CURATIVO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA.

SANYSSANY
SANYSSANY DE SOUSA
TEC DE ENFERMAGEM
COREN/RN 115056

6.20 Pa: Temp: 0 FC: 0 FR: 0 Glicemia: 0
FOI REALIZADO CURATIVO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

23/03/2018

2000 Pa: 110X80 Temp: 36 FC: 99 FR: 20 Glicemia: 0
PACIENTE EVOLUÍ CONSCIENTE, ORIENTADO EM O2 AMBIENTE, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, ACEITA DIETA POR VO, COM AVP
EM ABD. ELIMINAÇÕES PRESENTES, SEM QUEIXAS AO EXAME. EUPNEICO, AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCARDICO. FOI ADMINISTRADO
CEFALOTINA 1G 1FA + ABD IV, CLEXANE 40MG 1 SERINGA SC CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE
MULTIDISCIPLINAR

SANYSSANY

SANYSSANY
SANYSSANY DE SOUSA
TEC DE ENFERMAGEM
COREN/RN 115056

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data da Internação: 22/03/2018 - 15:21:00 Sexo: M Idade: 70 ANOS
 Convenio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE
 Clínica: CLÍNICA GERAL Leito: 416-01

24/03/2018

Anotação

Assinatura

		Anotação	Técnico(a)	Assinatura
13:30:00		PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, APELIDADO, EUPNICO, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, ESTÁ COM ACESSO VENOSO PERIFERICO, ACEITOU BEM A DIETA, DIURESE PRESENTE, EVACUAÇÃO PRESENTES, SEM QUEIXAS SEGUINAS, CUIDADOS DA ENFERMAGEM. - PA:110/70 TAX: 36,20p F.C.:100 F.R.: 21 Glicemia: 0	ANGELA MARIA PEREIRA DOS SANTOS	
14:00:00		FOI ADMINISTRADO, 1 FRA DE CEFALOTINA 15, EV, 1 AMP DE ABD, 1 SERINGA 10CC, 1 AGULHA 40/12, - PA: TAX: 0,00p F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0	ANGELA MARIA PEREIRA DOS SANTOS	
18:00:00		FOI COLOCADO, 500ML DE SF 0,9% EV, - PA: TAX: 0,00p F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0	ANGELA MARIA PEREIRA DOS SANTOS	


 ARUANA SEGUROS
 23 JUL 2018





LARANJINHAUS LIMA
HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250

SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN 59611-340

CNPJ: 35.650.324/0001-50

Tel: (84) 3318-9000

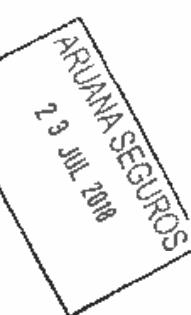
J08151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data da internação: 22/03/2018 - 15:21:00 Sexo: M Idade: 70 ANOS

Convenio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE

Clinica: CLINICA GERAL Leito: 416-01

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM



Page 1 of
Data impresso: 26/03/2018

25/03/2018	Anotação	Técnico(a)	Assinatura
08:00:00	PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADA ACESSO VENOSO PERIFERICO AFEBRIL NORMOTENSO RESPIRANDO EM 02 AMBIENTE ACEITA BEM DIETA PRE CIRURGICO COM FIXADO NO MIE FOI MEDICADO COM 1FA CEFALOTINA 1G +ABD FICA EM OBS: - PA:120X80 TAX: 36,00º F.C.:75 F.R.: 20 Glicemia: 0	IONETE FREITAS DA SILVA	
14:00:00	PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO EM ACESSO VENOSO PERIFERICO AFEBRIL NORMOTENSO RESPIRANDO EM 02 AMBIENTE ACEITA BEM DIETA ,REALIZADO CURATIVO NO MSE VAI REALIZA CIRURGIA AMANHA FOI MEDICADO COM 1FA CEFALOTINA 1G +ABD FICA EM OBS: - PA:120X80 TAX: 36,00º F.C.:75 F.R.: 20 Glicemia: 0	IONETE FREITAS DA SILVA	
18:00:00	ADMINISTRADO 1FETADA DE SF 9% - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0	IONETE FREITAS DA SILVA	

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data da internação: 22/03/2018 - 15:21:00 Sexo: M
 Idade: 70 ANOS
 Convenio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE
 Clínica: CLÍNICA GERAL Leito: 416-01

26/03/2018

Anotação

08:00:00	Anotação	Técnico(a)	Assinatura
	PACIENTE EVOLUI BEM, CONSCIENTE E ORIENTADA, VIBRALIZANDO SUAS Necessidades, RESPIRANDO O2 AMBIENTE. EM DIETA ZERO. AO EXAME AFÉBRIL, NORMOCARDIO, NORMOTENSO, EUPNEICO. PACIENTE PUNICIONADO COM JELCO N20 EM MSO. DURESE PRESENTE, EVACUAÇÕES AUSENTES. ADMINISTRADO IFR DE CEFALOTINA + ABD. SEGUO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. - PA:130x90 TAX: 36,20º F.C.:81 F.R.:20 Glicemia: 0	FERNANDA THAMARA L. DA SILVA	
09:00:00	AFERIDO PRESSÃO ARTERIAL - PA:120x80 TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0	FERNANDA THAMARA L. DA SILVA	
12:00:00	REALIZADO CURATIVO. - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0	FERNANDA THAMARA L. DA SILVA	

ARUANA SEGUROS
 23 JUL 2018



23 JUL 2018

ARUANA SEGUROS





HOSPITAL WILSON ROSADO
PEDRO VELHO, 250
SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN 59611 010
LIG.: 35-650.34/0001-50
Tel.: (84) 3318 9000

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

Pág. 1 de 2
Data impressa: 27/03/2018

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data da internação: 22/03/2018 - 15:21:00

Sexo: M

Idade: 70 ANOS

Convenio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE

Clínica: CLÍNICA GERAL Leito: 416 01

26/03/2018

Pa.: 120x80, Temp.: 36, FC.: 88, FR.: 20, Glicem.: 0
RECEBO PACIENTE PROVENIENTE DO CRO EM MAVA+ MAQUIERO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, O2 AMBIENTE, ACEITA DIETA, AO EXAME, NORMOTÉRMICO, NORMOTENSO, NORMOCARDÍCO, EUPNEICO, SPO2: 91%, AVP EM M&D, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, SEGUE AOS CUIDADOS.

21:00
Pa.:, Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicem.: 0
ADMINISTRADO SG 5% SODÍUM IV CONFORME PRESCRIÇÃO

22:00
Pa.:, Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicem.: 0
ADMINISTRADO TILATIL 40MG+ABD IV CONFORME PRESCRIÇÃO.

27/03/2018

DOD
Pa.:, Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicem.: 0
ADMINISTRADO SRS 500ML EV, CEFALOTINA 1G+ABD EV, DIPIRONA 4ML+ABD EV, CONFORME PRESCRIÇÃO.

3:00

Pa.:, Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicem.: 0
PACIENTE APRESENTOU DORES FORTES EM MSE LOCAL DA CIRURGIA, FOMENTADO COM ISAMAL 1AMP+1DORM DE SFO 2% EV

4:00

Pa.:, Temp.: 0, FC.: 0, FR.: 0, Glicem.: 0
SEM QUERIMAS, SEGURO AOS CUIDADOS.

PROFISSIONAL

ASSINATURA

ANA SABRINA PRAXEDES
RIBEIRO CAVALCANTE



ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

108151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data da internação: 22/03/2018 - 15:21:00 Sexo: M Idade: 70 ANOS
Convenio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE
Clínica: CLINICA GERAL leito: 416-01

27/03/2018

Anotação

Assinatura

			Técnica(s)	Assinatura
07:00:00	PACIENTE POS OP, CONCIENTE, ORIENTADO, NORMOTENSO, AFEBRIL, EUPNEICO, EM AA, NORMOCARDICO, DIETA VO, DIURESE E EVACUAÇÕES ESPONTÂNEAS, CURATIVO EM REGIÃO SACRA, E CURATIVO EM MÍLE, SÉGURO AOS CUIDADOS DA EQUIPE. - PA: 120x80 TAX: 36,00º F.C.:89 F.R.:0 Glicemia: 0	BRUNO SEZAR PAIVA Tec. de Enfermagem GCREN-RN 1004265	BRUNO SEZAR PAIVA Tec. de Enfermagem GCREN-RN 1004265	
10:00:00	ADMINISTRAÇÃO 1 LITRIL 1 FA + ABD EV - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0	BRUNO SEZAR PAIVA Tec. de Enfermagem GCREN-RN 1004265	BRUNO SEZAR PAIVA Tec. de Enfermagem GCREN-RN 1004265	
12:00:00	ADM NISTRADO DIPIRONA 1 FA + ABD EV - CEFALOTINA 1 FA 1 G + ABD EV - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0	BRUNO SEZAR PAIVA Tec. de Enfermagem GCREN-RN 1004265	BRUNO SEZAR PAIVA Tec. de Enfermagem GCREN-RN 1004265	
12:00:00	COLOCADA 1 ETAPA DE SRS IV 500 ML - PA: TAX: 0,00º F.C.:0 F.R.:0 Glicemia: 0	BRUNO SEZAR PAIVA Tec. de Enfermagem GCREN-RN 1004265	BRUNO SEZAR PAIVA Tec. de Enfermagem GCREN-RN 1004265	

ARUANA SEGUROS
23 JUL 2018





HOSPITAL WILSON ROSADO

PEDRO VELHO, 250

SANTO ANTONIO - MOSSORÓ/RN - 59611-010

CNPJ: 35.650.324/0001-50

WILSON ROSADO
CNPJ: 35.650.324/0001-50
Tel: (84) 3318-5000

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

I08151 - JOSE FERREIRA DE LIMA

Data da internação: 22/03/2018 - 15:21:00 Sexo: M Idade: 70 ANOS

Convenio: UNIMED - FEDERAÇÃO RIO GRANDE DO NORTE

Clinica: CLÍNICA GERAL Leito: 416-01

ARUANA SEGUROS
23 JUL 2018

28/03/2018

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

08:00:00	RECEBIDO PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, RESPIRANDO EM O2 AMBIENTE, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, ACEITANDO SUA DIETA V.O AO EXAME: HIPOTENSÃO, NORMOCÁRDICO, AFEBRIL, EUPNEICO, EJERÇAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES E ESPONTÂNEAS, CONCURATIVO/OLÍMPO EM MLE E AVP NO MÍSE VIBILIZANDO H.V TERAPIA MEDICAMENTOSA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. - PA:100/60 TAx: 96,00P F.C.:76 F.R.: 20 Glicemia: 0	PUEBLA PALOMA LEONEZ LEANDRO	
10:00:00	ADMINISTRADO TITATIL 40MG + ABD IV - PA: TAx: 0,00P F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0	PUEBLA PALOMA LEONEZ LEANDRO	
10:30:00	RETIRADO AVP E PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR POR ORDEM MÉDICA - PA: TAx: 0,50P F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0	PUEBLA PALOMA LEONEZ LEANDRO	





Dr. Emanuel Fernandes de Paula, MD - CCD - CDT.

ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA - CRM-4009 - TEOT 9450

MEMBRO FUNDADOR DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - SBOT

Membros do Comitê de Osteoporese e Doenças Osteometabólicas - SBOT

Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons

Membro Collegado no Colégio Brasileiro de Radiologia - CBR.

0 Jan 1975 f. as imm
for whom are Avocets or
Sho. Lagoon birds, No arr
21/10/1975 a feathers of both in
seams of 2 in. in. 4 feathers 4
in. 1000 m. above elevation. No
see for avocets

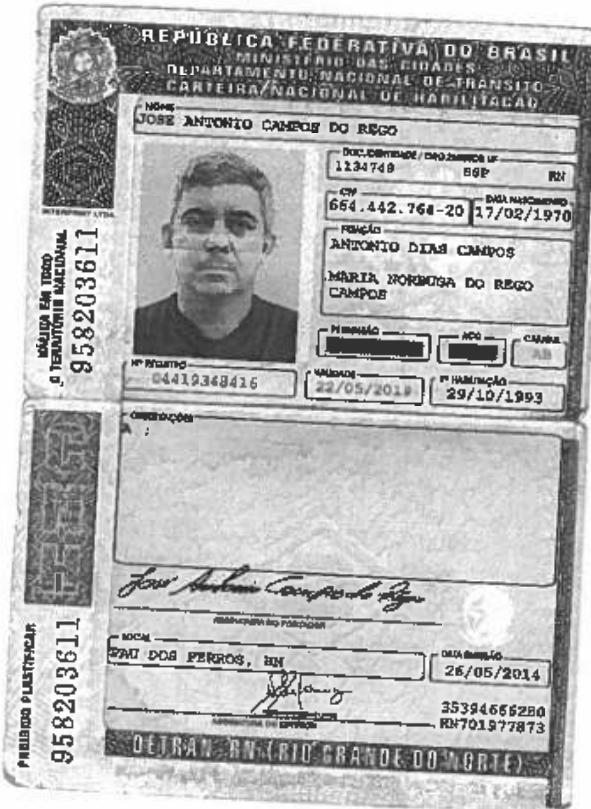
ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

Rua Manoel Alexandre, 561 - Princesinha do Oeste

Rua Manoel Alexandre, 301 - Princesinha do Oeste
Fone: (84) 3351-9000 - 99924-1791 - Pau dos Ferros/RN





ARUANA SEGUROS
23 JUL 2016



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCINALDO RODRIGUES - 05/10/2020 12:12:32
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100512123227900000058613747>
Número do documento: 20100512123227900000058613747

Num. 61097075 - Pág. 48



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCINALDO RODRIGUES - 05/10/2020 12:12:32

Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCINALDO RODRIGUES - 05/10/2020 12:32
<https://sic.ead.tirp.jus.br:1443/sic/Processo/ConsultarDocumentos/listView?camara=2010051212222279000000058613747>

Número de documento: 2019051312322700000058612747

Num. 61007075 Pág. 49

ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180337286 **Cidade:** Pau dos Ferros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FERREIRA DE LIMA **Data do acidente:** 21/03/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE Perna ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE COM MARCHA CLAUDICANTE, ANDANDO COM AUXÍLIO DE MULETAS. APRESENTA DEFORMIDADE IMPORTANTE EM TORNOZELO ESQUERDO. EDEMA (+++/4+). APRESENTA LIMITAÇÃO DE ADM DE FLEXAO DO TORNOZELO ESQUERDO DE ADUÇAO (10 GRAUS), FLEXAO DORSAL (5 GRAUS), FLEXAO PLANTAR (10 GRAUS), ADUÇAO (10 GRAUS).

Resultados terapêuticos: CONSOLIDACAO DA FRATURA, COM PRESERVAÇÃO DE FUNÇÃO DO MEMBRO ACOMETIDO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/08/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Raimundo Pereira de Oliveira Neto

CRM do médico: 7041

UF do CRM do médico: PB

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Médico revisor: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA **JOSE FERREIRA DE LIMA**
 DATA DO ACIDENTE **21/03/2018** CPF DA VÍTIMA **084.232.451-87**
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO **JOSE ANTONIO CAMPOS DO REGO**

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTEESCO COM A VÍTIMA É **PROCURADOR**

ENDERECO DO PORTADOR **RUA MANOEL FLOR**

Nº **11** COMPLEMENTO **CASA** BARRA **FREI DAMIÃO**
 CIDADE **PAU DOS FERROS** UF **RN** CEP **59.900-000**
 E-MAIL **camposregos@hotmail.com** TELEFONE **(84) 9 9681-4391**

ARUANA SEGUROS

23-JUL-2018

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA, EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- INTRAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECETÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO SÁNCARIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÉDIO, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Morte - R\$ 13.500,00
- Invalidez Permanente - Até R\$ 17.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com tabela de seguro prevista na Lei 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REIMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REIMBOLSO). Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE GRAMÁTICO
- PARA ADMITIR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURADO.DT.RASTRITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT USO 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE **José Antônio C. Pinto** RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURODORADATA **23/10/2018**IDENTIDADE **1.134.748.SSP / RN**NOME **Ricardo F. Barreto**ASSINATURA 

▼ Dados do Veículo de placa NNQ9315							Em 23/07/2018 13:00:53													
Placa NNQ9315	Renavam 225469545	Placa Anterior NNQ9315/RN	Tipo 4-MOTOCICLETA	Categoria 1-Particular	Especie 1-Passageiro	Lugares 2														
Marca/Modelo 014914-HONDA/NXR150 BROS MIX ES (Nacional)	Fabricação/Modelo 2010/2010	Potência 0	Combustível 16-Alcool-Gasol	Cor 15-VERMELHA	Carroceria 999-NAO APLICAVEL															
Nome do Proprietário JOSE FERREIRA DE LIMA							Recadastro DETRAN DetranNet													
Proprietário Anterior MOTOESTE MOTORES P E ACSS OESTE LTDA							Situação Lacre REGULAR Portaria 272/2007 DENATRAN													
Município de Emplacamento PAU DOS FERROS	Licenciado até 2018 em 18/05/2018, Licenciamento Anual on-line (CRLV emitido por DDETAN/01135901481)(Via 1)			Adquirido em 15/07/2010	Situação Em Circulação															
Restrição à Venda	Alienação Fiduciária em favor de BANCO HONDA S/A			Carte de Licenciamento 2018 Não gerado em 23/04/2018 às 16:09 hs. (Algum débito 2018 pago)																
Informações PENDENTES originadas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Gravame Registro de Baixa de Alienação Fiduciária informado por BANCO HONDA S/A em 14/07/2014 às 18h26min para JOSE FERREIRA DE LIMA																				
Impedimentos Nenhum impedimento registrado até esta data																				
▼ Listagem de Débitos Nenhum débito em aberto cadastrado para este veículo.																				
▼ Infrações em Autuação Nenhuma Notificação de Autuação realizada para este veículo até o momento.																				
▼ Listagem de Multas Nenhuma multa em aberto cadastrada para este veículo até o momento.																				
▼ Último Processo Processo 57004520/2010																				
Interessado 08423245187		Início em 21/07/2010 às 10h28min																		
Situação Encerrado		Final em 23/07/2010 às 09h44min																		
Serviço		Execução em																		
Primeiro Emplacamento		Em 21/07/2010 às 10h28min por 37820788453																		
Alienação Fiduciária		Em 21/07/2010 às 10h28min por 37820788453																		
Gerção de guia de pagamento		Em 21/07/2010 às 10h28min por 37820788453																		
Auditoria		Em 23/07/2010 às 09h44min por 14622181487																		
Emissão CRV(1ª via)		Em 23/07/2010 às 09h48min por 52977846700																		
▼ Recurso de Infração Nenhuma Processo de Recurso de Infração cadastrado para este veículo até o momento.																				
► Histórico de Impedimentos Nenhum impedimento cadastrado para este veículo.																				

**Não Possui valor como
NADA CONSTA !**

ARUANA SEC:

23 JUL 2018

« Voltar





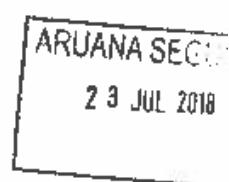
**DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO
DO BILHETE DE SEGURO DPVAT**

Para os devidos efeitos, declaramos que se encontra devidamente contabilizado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT do exercício de 2018 relativo ao veículo abaixo caracterizado:

BILHETE PAGO EM: 07/05/2018

DADOS DO BILHETE	
PLACA:	RN/NNQ-9315
CHASSI Nº:	9C2KD0520AR057460
RENAVAM:	00225469545
NOME DO PROPRIETÁRIO:	JOSE FERREIRA DE LIMA
CATEGORIA:	09
VALOR:	R\$ 185,50 (CENTO E OITENTA E CINCO REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018



Em caso de dúvidas, entrar em contato com a Central de Pagamentos DPVAT através do: 0800 701 3427

Para mais informações sobre o seguro, a Seguradora Líder DPVAT é uma administradora de seguros autorizada e regulada pelo Conselho de Seguros do Brasil.



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCINALDO RODRIGUES - 05/10/2020 12:12:32
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100512123227900000058613747>
Número do documento: 20100512123227900000058613747

Num. 61097075 - Pág. 53

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180337286 **Cidade:** Pau dos Ferros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FERREIRA DE LIMA **Data do acidente:** 21/03/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA Perna ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO ALTA

Sequelas permanentes:

DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: JOSE FERREIRA DE LIMA.... brasileiro(a), estado civil ..CASADO..... profissão.....APOSENTADO....., residente e domiciliado à Rua .. SÃO JOÃO....., nº ..340....., bairro SÃO BENEDITO....., Município de ..PAU DOS FERROS....., Estado de(o)RN....., Cep.:..59.900-000....., portador(a) do Rg nº..... 685.710....., SSP / RN.... e CPF nº ... 084.232.451-87.....

Outorgado:JOSÉ ANTONIO CAMPOS DO REGO.....brasileiro(a), estado civilDIVORCIADO....., profissão ..AUTÔNOMO....., residente e domiciliado(a) à Rua..MANOEL FLÔR....., nº ..11....., bairro.....FREI DAMIÃO....., Município dePAU DOS FERROS....., Estado de (o)....RN....., Cep..59.900-000.., portador (a) do RG nº...1.134.748.-SSPI RN... e CPF nº..664.442.764-20..

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) .. JOSE FERREIRA DE LIMA....., ocorrido em ..21..../..03..../..2018.., conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

.....PAU DOS FERROS - RN...17..., deMAIO de 2018.

Cartório Jales
P. Ofício (20)

Outorgante
CPF Nº 084.232.451-87



ARUANA SEGUROS
23 JUL 2018

— RECONHECIMENTO —
Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade
José Ferreira de Lima

Pau dos F. 03/06/2018

AVANY MARIA DE MOTA PAIVA DIAF
ABELIA SUBSTITUTA - CPF 490.554.104-21

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

