



Número: **0844742-82.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **15/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.037,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
<b>LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO (AUTOR)</b>		<b>DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES (ADVOGADO)</b>
<b>Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais (RÉU)</b>		
<b>GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO)</b>		
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
62822 280	16/11/2020 19:09	<a href="#"><u>2766756_CONTESTACAO_Anexo_04</u></a>
		Outros documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200111556

Vítima: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 27/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

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 15617506



Pag. 01265/01266 - carta\_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/11/2020 19:09:16  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111619091595500000060238250>  
Número do documento: 20111619091595500000060238250

Num. 62822280 - Pág. 1

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200111556**      **Vítima: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 27/11/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO**

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

**Recebedor: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000756**

Conta: **0000062178-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/11/2020 19:09:16  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111619091595500000060238250>  
Número do documento: 20111619091595500000060238250

Num. 62822280 - Pág. 3

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: *067.406.064-47 Leonardo Bruno Silva do Nascimento*

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

5 - Nome completo: *Leonardo Bruno Silva do Nascimento* 6 - CPF: *067.406.064-47*  
 7 - Profissão: *Recurso* 8 - Endereço: *Rua Aurora* 9 - Número: *57* 10 - Complemento: *casa*  
 11 - Bairro: *Rium Distrito Litoral* 12 - Cidade: *Parnamirim* 13 - Estado: *RN* 14 - CEP: *59160-830*  
 15 - E-mail: *(84) 9 134-3008 (84) 99806-1091*

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: *0756*

CONTA: *62198* 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada semi a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

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

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

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

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (valnascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34  
Imprimir  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Parnamirim 24 de Janeiro de 2020*

LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

*Leonardo Bruno Silva do Nascimento*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE NÍSIA FLORESTA - NÍSIA FLORESTA - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000537/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/01/2020 16:53 Data/Hora Fim: 02/01/2020 17:07  
Delegado de Polícia: Marcelo de Araújo Aranha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Nísia Floresta

Data/Hora do Fato: 27/11/2019 16:30

Local do Fato

Município: Nísia Floresta (RN)

Logradouro: Rua do Alecrim

Bairro: Timbó

Nº: s/n

Ponto de Referência: Perto da parada de ônibus do pé de Castanholia

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO (VITIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RN - Natal	Sexo: Masculino	Nasc: 12/06/1985
Profissão: Borracheiro			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA GOMES	Nome do Pai: JOAO BATISTA DO NASCIMENTO		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 067.406.064-47  
RG - Carteira de Identidade: 2175501

Endereço

Município: Parnamirim - RN  
Logradouro: rua da Aurora  
Complemento: A  
Bairro: PIUM  
Telefone: (84) 99419-3050 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 067.406.064-47	Placa NNS6263
Renavam 00327625325	Número do Motor E3D2E-026836
Número do Chassi 9C6KE1250B0020935	Ano/Modelo Fabricação 2011/2011
Cor AZUL	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Parnamirim	Marca/Modelo YAMAHA/XTZ 125E
Modelo YAMAHA/XTZ 125E	Veículo adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 06/10/2015	Situação ação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos

Delegado de Polícia Civil: Marcelo de Araújo Aranha  
Impresso por: Marcelo Bulhões Antunes de Lima  
Data de Impressão: 02/01/2020 17:08  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE NÍSIA FLORESTA - NÍSIA FLORESTA - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000537/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

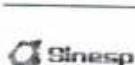
Comunicante disse QUE: havia ido a casa da sua irmã no dia 27/11/2019, retirar uns cocos e ao sair da casa dela em direção a sua residência, na estrada supracitada no Distrito de Timbó o saco dos cocos rasgou e o pneu traseiro passou por cima, fazendo-o cair ao chão; QUE, foi socorrido por um amigo, chamado JESSÉ que o encaminhou ao Hospital da Praia de Pirangi em Paramirim, em seguida foi transferido para o Deoclécio Marques. Nada mais disse. O comunicante anexou para fazer o BO os seguintes documento: Cópia do CRLV, CNH, Comprovante de Residência e Laudo Hospitalar que informa que caiu de motocicleta. Deseja entrar com o seguro DPVAT.

ASSINATURAS

Marcelo Bulhões Antunes de Lima  
Agente de Polícia  
Matrícula 2071908  
Responsável pelo Atendimento

LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO  
LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO  
(Comunicante / Vítima)

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



Delegado de Polícia Civil: Marcelo de Araújo Aranha  
Impresso por: Marcelo Bulhões Antunes de Lima  
Data de Impressão: 02/01/2020 17:08  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/11/2020 19:09:16  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111619091595500000060238250>  
Número do documento: 20111619091595500000060238250

Num. 62822280 - Pág. 6

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 067.406.064-47 4 - Nome completo da vítima: *Leonardo Bruno Silva do Nascimento*

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

5 - Nome completo: <i>Leonardo Bruno Silva do Nascimento</i>	6 - CPF: <i>067.406.064-47</i>		
7 - Profissão: <i>Recurso</i>	8 - Endereço: <i>Rua Aurora</i>	9 - Número: <i>57</i>	10 - Complemento: <i>casa</i>
11 - Bairro: <i>Rium Distrito Industrial</i>	12 - Cidade: <i>Parmamirim</i>	13 - Estado: <i>RN</i>	14 - CEP: <i>59160-830</i>
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): <i>(84) 9 134-3008 (84) 99806-1091</i>		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: *0756* CONTA: *62198* 4  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima: <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 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nação (nascido) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Parmamirim 26 de Janeiro de 2020*  
 LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Leonardo Bruno Silva do Nascimento*  
 43 - Assinatura do Procurador (se houver) *Leandro Bernardino de Souza*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



# 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: 26/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00756

CONTA: 000000062178-4

---

Nr. da Autenticação 9C1A19C18928920C



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/11/2020 19:09:16  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111619091595500000060238250>  
Número do documento: 20111619091595500000060238250

Num. 62822280 - Pág. 8

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

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

**COSERN**  
Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Av. Menezes, 150, Edifício, Natal - RN, CEP 59025-250  
CNPJ 06.324.198/0001-61 | Insc. Est. 20055189-0 | www.cosern.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
SEVERINA MARIA DA SILVA GOMES  
CPF: 323.849.554-20

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	PERÍODO	EMISSÃO	
036567403	(RACA)	04/07/2019	
Nº DO CONSUMIDOR	Nº DA INSTALAÇÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR (R\$)
04570019	0007833	11/07/2019	43,33

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL		QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (W/h)		58.000,0000	0,00032517	18,88
Acréscimo Bandeira AMARELA				0,10
Contrib. Ium. Pública Municipal				4,41
Multa por atraso-IRF 02/2019/186 - 03/06/19				8,31
Juros por atraso-IRF 02/2019/186 - 03/06/19				2,21
ÁGUA E ESGOTO (PROMAF 11/2019/186 - 03/06/19)				0,59
Bônus - TACU - 07/2019/186 - 03/06/19				0,27

43,33

**TOTAL DA FATURA**

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)	
0914074	CAT	04/06/2019	05/06/2019	04/07/2019	06.331,00	00	1.000,00	00,00

**HISTÓRICO DE CONSUMO** **INFORMAÇÕES DE TROQUEIRO** **Consumo Ativo consumo**

Consumo Ativo consumo: 171 14,31 0,30%



NOTA DE CREDITO / DEBITO / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA					
<b>COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO NORTE</b> RUA MEMOMOZ 150 SALO RUA 16 DE JUNHO CEP 59015-150 CHACARA 115, 2021-81 INSCRIÇÃO ESTADUAL 2006119-3					
 <b>COSERN</b>					
<b>DADOS DO CLIENTE</b> <b>SEVERINA JULIA DE LIMA</b>					
<b>ENDERECO</b> RUA PERNAMBUCO CAMILLO ANEXO 15, ÁREA URBANA - 55110-010 GOIÂNIA - GO					
<b>PERÍODO CONSUMO</b> 02/08/2019 a 03/09/2019					
<b>ITEMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00</b> (Mostrado R\$ 15,00 valor do imposto R\$ 9,00)					
<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>					
Detalhe de R\$ 0,00					
<b>CONTA CONTRATO</b> 00101014380	<b>MÊS/ANO</b> 09/2019	<b>TOTAL A PAGAR</b> R\$ 15,00	<b>VENCIMENTO</b> 10/09/2019	<b>TALÃO DE PAGAMENTO</b> Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitura ótica.	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>10/09/2019</b>
<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 03/09/2019					
<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 03/09/2019					
<b>CONTA CONTRATO</b> <b>7001931380</b>					
<b>CLASSIFICAÇÃO</b> RESIDENCIAL Monopólio					
<b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 02945361					

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/11/2020 19:09:16

<https://pie19.tjrj.jus.br:443/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111619091595500000060238250>

Número do documento: 20111619091595500000060238250





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu Marcoander Bernardino de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 061.089.354/80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Leonardo Bruno Silva do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.406.064/47

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidizante da Vítima Leonardo Bruno Silva do Nascimento

inscrito (a) no CPF sob o Nº 067.406.064/47, 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 Brasilicío Camilo</u>	Número:	<u>122</u>	Complemento:	<u>carro</u>
Bairro:	<u>Arequim</u>	Cidade:	<u>Goianinha</u>	Estado:	<u>RN</u>
E-mail:				CEP:	<u>59173-000</u>

Tel.(DDD): (84) 99806-1091  
(84) 99134-3008

Local e Data: Parnamirim 24 de Janeiro de 2020

Marcoander Bernardino de Souza

Assinatura do Declarante



Leandro Pádua

# Leandro Pádua Silveira de Oliveira

34 anos

Data do atendimento: 27/11/2019

# paciente afeito a edema nefroclínico que remeteu em fator de suspeito excesso (curvex)

# paciente diabético que sofre com perda de força de náuseas em 50% fáscio pleitor.

# Atto Médico

Dr(a).:

Data:

27/01/2020

Dr(a) Fernanda Rodrigues  
CRM: 624  
CRM: 624  
CRM: 624  
CRM: 624

MOSSORÓ:  
Rua Juvenal Camarim, 110  
Centro  
Fone: (84) 3315-6900 / 3315-6901  
9.8866-6069

BARAÚNA:  
Av. Expedito Alves, S/N  
Centro

SERRA DO MEL:  
R. Col. Severiano Lúcio da Costa, 2214  
Vila Brasil  
Fone: (84) 9.8782-0474

ASSÚ:  
Av. Senador João Câmara, 1304  
Centro

PARNAMIRIM:  
Av. Bella Parnamirim, 880  
Vila Nova

NATAL:  
Av. Presidente Medice, 256  
Igapo - Zona Norte





Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/11/2020 19:09:16  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111619091595500000060238250>  
Número do documento: 20111619091595500000060238250

Num. 62822280 - Pág. 13

BOLETIM DE ATENDIMENTO N°		48	DATA DA ENTRADA	27/11/19	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
Nº CARTÃO SUS:		HORA DA ENTRADA:		AZUL	VERDE	AMARELO	VERMELHO	
306 7077 8064 8632		15:14		+				
R	NOME: <i>Homero B. Lima</i>				IDADE:	PROFISSÃO:		
E					38			
C	NOME DA MÃE: <i>Maria Govana Lima Gomes</i>				NOME DO RESPONSÁVEL (SE FOR DE MENOR):			
E	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> casado <input checked="" type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> união estável				CONTATO TELEFÔNICO:		
P	END. RESIDENCIAL: <i>R. Aurora</i>				Nº <i>67</i>	CIDADE: <i>Natal</i>		
C					( ) Natal ( ) Parnamirim ( ) Outros ( ) Nisia Floresta			
A	LOCALIDADE:							
O	ALCAÇUS	BÚZIOS	BARRETA	BAIRROS PARNAMIRIM	CAMURUPIIM	COTOVELO	COLÔNIA DO PIUM	
	P. NORTE	P. SUL	PIUM	HORTIGRANJEIRA	TABATINGA	OUTROS		

SINAIS VITAIS								
E	PA - MmHg <i>110 x 70</i>	HGT - dl/mg	TEMP °C	FC - bpm <i>80</i>	Spo <sup>2</sup> % <i>981</i>	FR - ppm	PESO	
N	NÍVEL DE DOR:		ESCALA DE GLASGOW ► ESCORE TOTAL					
F	LEVE	MODERADA	INTENSA	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA		
E	ANAMNESE							
E	COMORBIDADES:				USO DE MEDICAMENTOS:			
R	ALERGIA MEDICAMENTOSA:		PATOLOGIA PRÉ-EXISTENTE:					
M	( ) SIM ( ) NÃO - QUAIS:		HIPERTENSO <i>Normal</i>	DIABÉTICO	RENAL	CARDIOPATA	SEQUELADO	OUTROS
A	CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO							
G	Apresentemente BEM	Regular	Consciente	Agitado	Orientado			
G	Dispenéico	Em choque	Precardialgia	Comatoso	Hemorragia			
G	Convulsão	Politraumatizado	Desarcodado	Outros				
E	AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM							
M	<i>Reper quebra de moto com trauma no pé esquerdo com edema + dor e limitação dos movimentos + trauma nas costelas + dor e limitação dos movimentos + trauma nas costelas</i> <i>Esquerda</i> <i>Esquerda</i> <i>Esquerda</i> <i>Esquerda</i>							
M	AVALIAÇÃO CLÍNICA							
M	<i>Há 4 dias referiu acidente de moto com</i> <i>trauma MTO e RIE (frangos e pé),</i> <i>cor solena e edema</i>							
É								
D								
I								
C								



#### AVALIAÇÕES POSTERIORES:

- ( ) Administração de medicamentos. ( ) Curativo. ( ) NBZ. ( ) Retirada de pontos. ( ) Sutura. ( ) Outros \_\_\_\_\_  
 ( ) 1º HGT \_\_\_\_\_ dl/mg 2º HGT \_\_\_\_\_ dl/mg 3º HGT \_\_\_\_\_ - 4º HGT \_\_\_\_\_ dl/mg  
 ( ) 1º TA \_\_\_\_\_ MmHg 2º TA \_\_\_\_\_ MmHg 3º TA \_\_\_\_\_ MmHg 4º TA \_\_\_\_\_ MmHg

## **PREScrição MÉDICA**

1) Encanuchs ao HRDPL (polêmica)

Dr. E. Ricci, *rimo*  
MEDICO  
AGEN-9179

#### AVALIAÇÕES POSTERIORES:

- ( ) Administração de medicamentos. ( ) Curativo. ( ) NBZ. ( ) Retirada de pontos. ( ) Sutura. ( ) Outros \_\_\_\_\_

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

① Diana — 01/01/2010  
② Walter — 01/01/2010  
③ Damián G. — 01/01/2010  
④ Fabián R. — 01/01/2010  
⑤ Felipe — 01/01/2010

Caristie S. Silveira  
Tec. de Enfermagem  
contato: 36910-2000

920

33-1970-1000  
Médicos  
1970-1971

## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

## DESTINO DO USUÁRIO

- ( )Retirou-se por decisão médica às \_\_\_\_\_ horas

: tirou-se por conta própria ás horas



Mar - severina maria da silva jomes  
cartão do seu - 404 7077 80648630.



PG  
275501

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

Portaria  
04/07/2020

CPF: 067.406.064-47

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

80

Nº

Politramatizado

NOME: Leonardo Bruno do nascimento

IDADE: 12.06.1985 COR: Parda SEXO: Masculino ESTADO CIVIL: Solteiro

NATURALIDADE: Natal - RN. PROFISSÃO: Pintor PROCEDÊNCIA: CAPTAÇÃO / REFERIDO

ENDEREÇO: Rua Aurora 57 Bairro: Pium CAPTAÇÃO / REFERIDO

CIDADE: Parnamirim - RN. DATA: 07/11/2019 HORA: 18:30 hs

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM  NÃO

PUPILAS	A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)	B) FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA	C) PRESSÃO ARTERIAL
---------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------

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

TEMP.	RESPIRAÇÃO	PULSO	73	T.A.
-------	------------	-------	----	------

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) Paciente com lesões da face devido a corte na mão. Relata dor no rosto e estremece. Relata dor na mão direita e dor no rosto. Relata dor no rosto e dor na mão direita. Paciente não faz nenhuma exalação.

EXAME FÍSICO

A - via aérea patente, SI cervical -

B - conjuntiva, mucosa, si mucosa SI res.

C - Hemorragia nasal e estornar

D - ECG = 15.

E - Edema e ar. Tensão em face e rosto

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

HODML / SESAP  
CONFIRMO ORIGINAL  
Parnamirim - RN



## EXAMES COMPLEMENTARES

Rx Tons + ps.

Rx Tomografia ps e paraf.

HRM/SESAP  
CONFERIDO/RN.  
Assinado/RN.  
Mat. 5201

Ass. do Responsável

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

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

## CONDUTA

1. Rx: no dia 01/09/2020 + 08/09/2020. ev > 14.50  
 2. Exames em 29/08/2020 - 01/09/2020 + 18/09/2020 ev

Antônio Braz S. Neto  
Médico  
CRM: 8794/RN

19:18h - RX nem evidência de lesão ou pneumonias ou fraturas de ossos costais.  
Paciente bem, eufórico em AA, LOTE.

CD: Ao HMWG para avaliação de Ortopedia (natureza de lesão óssea)

Dra. Luana Praça  
MÉDICA  
CRM/RN - 9753

Dra. Nastassja Figueiredo  
Cirurgia Geral  
CRM-RN: 9001-3777

Ass. do Responsável

## DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	<input type="checkbox"/> INTERNADO NO SERVIÇO DE HORA _____	<input type="checkbox"/> REMOVIDO EM _____ / _____ / _____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR DATA _____ / _____ / _____	DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> HORA _____	A REVELIA <input type="checkbox"/>
ÓBITO _____ / _____ / _____	HORA _____	
ENTREGUE	À FAMÍLIA <input type="checkbox"/>	S.V.O. <input type="checkbox"/>
		I.T.E.P. <input type="checkbox"/>
MÉDICO (Carimbo)		
CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)		





Paciente: **153633 LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO**

Nascimento: 12/06/1985 Idade: 34 ano(s) 5 mes(es) 1 Natural: RN PARNAMIRIM

Sexo: Masculino

CNS: 704707780648630 CPF: 06740606447

Cor: PARDA

Prof:

Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA

Pai: JOAO BATISTA DO NASCIMENTO

Endereço: RUA AURORA, 57 - PIUM (DISTRITO LITORAL) - PARNAMIRIM

Cidade: RN PARNAMIRIM

CEP: 59160-830 Telefone: (84) 94193050

BOLETIM N°: **61950/2019** Sala Inicial: **ORTOPEDIA, CONSULT - VERDE - 120 Min**

→ Triagem: 27/11/2019 22:13

Admissão: 27/11/2019 22:19

Boletim: 27/11/2019 22:30

Motivo: MOTO - QUEDA

Origem: H DEOCLEIO MARQUE

Queixa: Queda de moto há 04 dias / dor + edema em MIE

Observação: Reg com Drº Virgílio

### HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente alega acidente de trabalho?  Sim  Não Profissão e Empresa:

Notif. de viol. interpessoal/autoagressão:  Sim  Não

REFERE ACIDENTE DE MOTO HA 4 DIAS

Alergia: NEGA

Medicação em uso: NEGA

CONFERE COM ORIGINAL  
NATAL 03/01/20  
MAT. N° 1520 513  
SAME  
CJ  
ASSINATURA

### EXAME FÍSICO

EDEMA GRAU 3 DIFUSO, SEM SINAIS DE SIND COMPARTIMENTAL, DOR MEDIAL E LATERAL  
TRAZ RX: FRTURA DE MALEOLO LATERAL WEBER B (ESPIRAL LONGA)

CD: INTERNAÇÃO PARA TTO CIRURGICO + ORIENTAÇÕES

Solicito exames:

SR: Tela tipo bot

Virgilio S. Azevedo  
Ortopedia- Cirurgia do Joelho  
CRM 6641 TEOT 14505

Profissional: VIRGILIO SERQUIZ DE AZEVEDO

CRM: RN 6641

Saída: ( )Liberação Médica; ( )Revela; ( )Internação; ( )Óbito c/Declar; ( )Óbito SVO/ITEP; ( )Transferido para:

Data e Hora da Saída: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2019 \_\_\_\_:\_\_\_\_ Médico:





Identificação

Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ UTI: \_\_\_\_\_ Leito: 1030  
Data de admissão: 27/11/19 Alta: / /  
Nome: Leonel Bruno Silveira do Nascimento Naturalidade: Parnamirim - RN  
Idade: 34a Sexo: (X) Masculino ( ) Feminino Data de Nascimento: 12/06/85  
RG: 2575501 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: \_\_\_\_\_  
Filiação: Pai: José Batista do Nascimento  
Mãe: Soterina Maria de Souza  
Endereço: Rua Seneca, 57 Parnamirim  
Cidade: Parnamirim - RN.  
Telefone: 9604-4148 ( ) Residencial ( ) Trabalho ( ) Recado  
Contato: \_\_\_\_\_ Outros telefones: \_\_\_\_\_  
Composição familiar: Maria e comparsa + 01 filho de 05 anos  
Outras informações: Faz uso de (X) Alcool ( ) Fumo ( ) Drogas ( ) Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Pintor Trabalho c/ vínculo empregatício ( ) Não ( ) Sim  
( ) Aposentado ( ) Auxílio doença ( ) BPC ( ) Autônomo ( ) Pensionista (X) Desempregado  
Programas e Serviços: ( ) Passe Livre ( ) Bolsa Família ( ) PETI ( ) PSF ( ) CAPs ( ) SAD  
Internação decorrente de acidente de trabalho? ( ) Não ( ) Sim Nome da Empresa

Forma de Acesso ao Serviço

( ) Sozinho - procurou atendimento ( ) Trazido por familiares  
( ) Socorrido em via pública ( ) Outros meios  
(X) Encaminhado: Hospital de origem: Deoclécio

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? ( ) Não ( ) Sim Qual o motivo? \_\_\_\_\_  
Portador de deficiência: ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Física ( ) Mental  
Responsável pelo paciente: Rosângela Souza  
Parentesco: comparsa Telefone: 9604-4148  
Endereço do Responsável: O mesmo do paciente

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

27/11/19 Paciente vítima de queda de moto, com fratura MIE.  
Eletrizada pelo socorro (orientação) solicitado documento.

Saída

Opelio Dantas

Óbito: Encaminhamento: ITEP ( ) SVO ( ) DO ( ) Obs. A-Socil - 916

Alta hospitalar ( ) Transferência ( ) Destino: \_\_\_\_\_

Orientações/Encaminhamentos: \_\_\_\_\_





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL DR. JOÃO MACHADO  
CNPJ: 08.241.754/0108-84  
Av. Alexandrino de Alencar, 1700, Tirol, Natal/RN - CEP: 59.015-350

### FICHA DE EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

NOME: Heitorando Brino S. do Nascimento DATA: 03/01/2013  
ENFERMÁRIA: 2M LEITO: 28 IDADE: 34

DATA	EVOLUÇÃO
<u>29/11/19</u>	<u>Admissão</u>  <u>Paciente de 34 anos, sexo masculino, admitido com dor de tórax e dispneia, com suspeita de infarto agudo de miocárdio. Sua condição é instável.</u> <u>Exame:</u> <u>ECG, Doppler, gabinete</u> <u>PERCUTANÉA SIRS</u> <u>Abdome firme</u> <u>pranchas cutâneas</u>  <u>CD: RF com febre ortopédica.</u> <u>Solvente, exames</u>
<u>30/11/19</u>	<u>Espasmo, estreñido, ALP-nula</u>  <u>Alex M</u>  <u>Dr. Alex M. da Albuquerque</u> <u>Neurologista</u> <u>CM/RN 5845 RQE 1451</u>
<u>01/12/19</u>	<u>DEATH - fx de tórax E</u> <u>levele hem. 55 U/minais</u> <u>ECG, Doppler, gabinete</u>



02/12/19. Fx de Tornozelo C  
Semipreto: Aproximadamente

Maria Cinete Guedes Preto  
Médica  
CRM 30086/SP

DATA	EVOLUÇÃO
03/12/19	NH - RP
03/12/19	03/12/19 - Fx de tornozelo C Preseulemente: Sintomas ECG, exames, exame, Vigt RCR em ST: SIRS, MNH AT: crônica, Anticoag.
04/12/19	04/12/19 - Fx de tornozelo C Preseulemente: Sintomas ECG, exames, exame, Vigt RCR em ST: SIRS USP para examp



### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

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

CNES: 2653923  
CNES: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **153633 LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO**  
CNS: 704707780648630 Nascimento: 12/06/1985 Sexo: Masculino Prontuário:  
Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA Pai: JOAO BATISTA DO NASCIMENTO Cor: PARDA  
Endereço: RUA AURORA, 57 - PIUM (DISTRITO LITORAL) - PARNAMIRIM Fone: 94193050 /  
Município: PARNAMIRIM Código Municipal IBGE: 240325 UF: RN CEP: 59160-830

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 34482 / 2019

### JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

FRATURA DE TORMOZELA (MALEOLO LATERAL + SUSPEITA DE LESÃO DO LIGAMENTO DELTOIDE DEVIDO A EDEMA E EQUIMOSE MEDIAL) A ESQUERDA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
ATO CIRÚRGICO



  
Virgílio S. Azevedo  
Ortopedia - Ortopedista  
CRM 6641 - TEOF 1555

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:  
RX + EXAME FÍSICO

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.6 FRATURA DO MALÉOLO LATERAL\*408050497.TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR

### Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

TORMOZELA BI/TRI, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

Diabetes  Hipertensão  Obesidade  Faz Antibioticoterapia  
 Lesão por pressão  Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assitente:

VIRGILIO SERQUIZ DE AZEVEDO CRM: 6641 / RN Data da Solicitação 27/11/2019

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

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

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

### AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

Número da Autorização:

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



HOSPITAL MONSENHOR WALTERO GURGEL  
Comissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 11358 /2019,

Prontuário: 1191343

Paciente: 153633 - LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

Cartão SUS: 704707780648630

CPF: 06740606447

Dt Nasc: 12/06/1985

Idade: 34 anos 5 meses 15 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA

Nome do pai: JOAO BATISTA DO NASCIMENTO

Rua/Av: AURORA

Complemento:

Nº: 57

Bairro: PIUM (DISTRITO  
LITORAL)

CEP: 59160830

Cidade: PARNAMIRIM

Telefone: 84 94193050 84 94193050

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1011

Especialidade: ORTOPEDICA

Responsável: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

Usuário: FRANCISCO BEZERRA DE MACEDO

Transf. Para a P. Paula Gurgel.

Admissão: 27/11/2019 22:57:06

Alta: 04/12/19

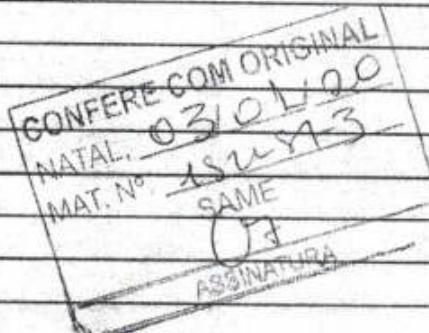
Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.6 - FRATURA DO MALLEOLO LATERAL  
408050497 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA



REVISADO  
Data: 12/12/19  
Assinatura: Klima

NATAL, 27 de Novembro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



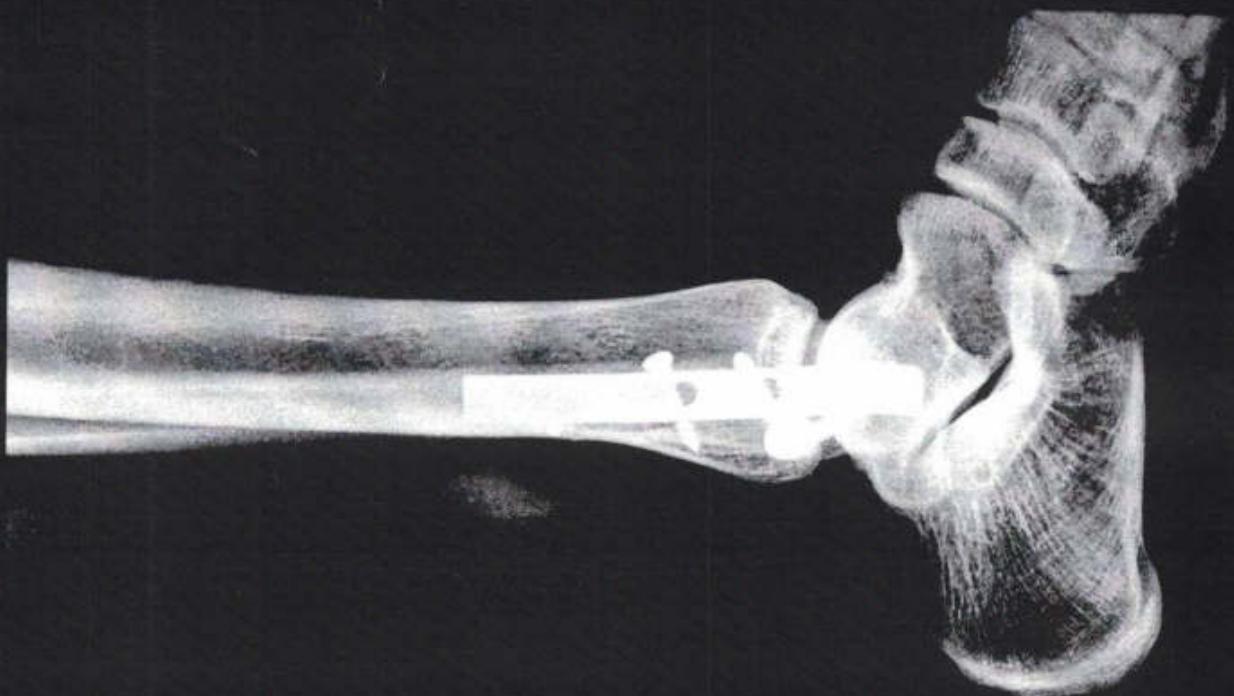
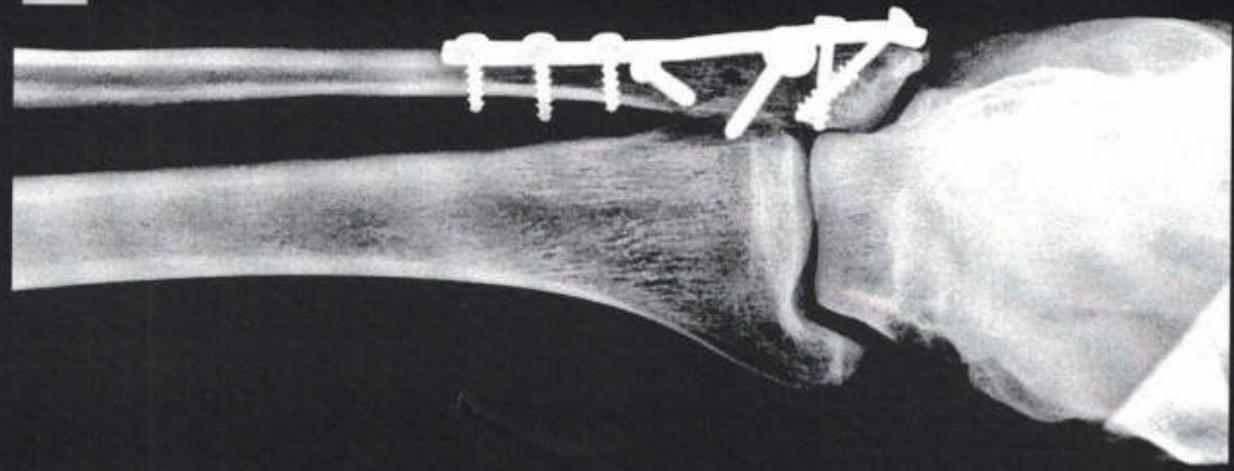
Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/11/2020 19:09:16

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111619091595500000060238250>

Número do documento: 20111619091595500000060238250

Num. 62822280 - Pág. 23

D



Nome: LEONARDO B. SILVA DO NASCIMENTO Data: 17/12/2019  
Médico: FREDERICO Téc.: JR

Atend.:  
Conv.: SUS 96,3 %



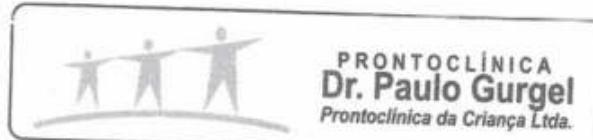
Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/11/2020 19:09:16  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111619091595500000060238250>  
Número do documento: 20111619091595500000060238250

Num. 62822280 - Pág. 24



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/11/2020 19:09:16  
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111619091595500000060238250>  
Número do documento: 20111619091595500000060238250

Num. 62822280 - Pág. 25



**PLANTÃO 24 HORAS**

CIRURGIAS - CLÍNICO GERAL  
PEDIATRIA - ORTOPEDIA  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES  
PRONTO-SOCORRO - RAIOS-X  
ULTRASSONOGRAFIA

Rua Monte Sinai, 1948 - Fone: (84) 4008-5000 - (Ao lado do Nordestão Ponta Negra) - Natal/RN

200000 Bns 5000

script

ROBOFOOT M1 (1)

Frederico de O. Lima  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RJ 7514

17/12/19

Natal



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FIORI INHARES - 16/11/2020 19:09:16

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/11/2020 19:09:16  
Assinatura: pieid1.tiro.jus.br:443/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView\_seam?y=2011161909159550000060238250

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento>  
Número do documento: 20111618091595500000060238250

Num. 62822280 Pág. 26

## INFORMATIVO

Venho através deste, informar que nossa instituição não poderá disponibilizar o RX do(a) paciente **LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO, SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAUDE)**, só pegará diante de uma auditoria feita e nela terá que constar ambos, o pré-operatório e o pós-operatório. Deixando claro o motivo pelo qual não será liberado, conforme solicitação de vossa senhoria.

Natal, 20 de Janeiro de 2020.

## RECEPÇÃO

---

Jennifer Fernandes  
Secretária Executiva  
Prontoclinica da Criança LTDA



REGISTRO DE INTERNAMENTO

Nº AIH: \_\_\_\_\_ Nº ATENDIMENTO: 491412 DATA: 04/12/2019  
TIPO DE INTERNAMENTO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
ACOMODAÇÃO: ENFERMARIA LEITO: TERREO104E CONVENIO: SUS  
MATRÍCULA: 704707780648630 VALIDADE: \_\_\_\_\_  
Criado por Oneide Maria Araujo Fonseca em 04/12/2019 19:27

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO SEXO: Masculino  
DATA DE NASCIMENTO: 12/06/1985 RG: 2175501 CPF: \_\_\_\_\_  
FILIAÇÃO MÃE: SEVERINA MARIA DA SILVA GOMES  
FILIAÇÃO PAI: JOAO BATISTA DO NASCIMENTO  
ENDERECO: Rua Aurora Nº 57  
BAIRRO: Plum (Distrito Litoral) CIDADE: PARNAMIRIM  
ESTADO: RN CEP: 59160-830  
FONE: (84) 99419-3050 FONE: (84) 99440-6672

SUMÁRIO DE ALTA

TIPO DE ALTA: ( ) MÉDICA ( ) ADMINISTRATIVA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) OBITO  
DATA: HORA: ASS. RESPONSÁVEL DO SETOR:

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

PRONTOCLINICA DA CRIANÇA LTDA  
CNPJ: 09.417.742/0001-91  
Confere com o Original  
Data: 20 / 12 / 2020

*José L. Gurgel*

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



## EQUIPE MÉDICA

## EQUIPAMENTOS / TEMPO DE USO

## GASOMETRIA / TEMPO DE USO

## DATA: 05/12/2019

## COL. PROCEDIMENTO(S): 04.08.05.057-8/04.08.05.056-7

## 04.03.02.007-7/04.08.06.047-6/04.08.06.019-0

## CIRURGIA: FREDERICO LIMA CRM RN 7514

## BISTURI ELÉTRICO;

## GAS CARBÔNICO;

## HORA: 10:40

## CAPINOGRAFO;

## NITROGÉNIO;

## TERMINO: 12:00

## INTENS. DE IMAGENS

## O' SOB CATETER;

## SANGUE:

## MONITOR CARDIACO

## O'SOB PRESSAO;

## SERRA ELÉTRICA;

## OXIM. DE PULSO:

## ÓXIDO NITROSO;

## SERRA ELÉTRICA;

## PDS CROMADO 0.8

## SERVOFLORANE

## ÁGUA OXIGENADA;

## TRAMAL

## ALCOOL 70%;

## PROPOFOL

## TUBO S/ BALÃO 3.0

## SÓRIO

## TUBO C/ BALÃO 3.0

## ABD 1000ML

## DETERGENTE ENZIMATICO;

## ABD 10ML

## ARRUJELAS

## FISIOLOGICO 0.9% 1000ML

## ASPIRADOR

## FORMOL

## CIDEX POR ML

## FISIOLOGICO 0.9% 250ML

## CIMENTO ORTOPEDICO

## FISIOLOGICO 0.9%500ML

## DRILL ELÉTRICO

## GLICOSADO 5% 250ML

## FIO DE KIRSCHNER

## GLICOSADO 5%500ML

## FIO DE LUQUE

## GLICOSE 50% AMPOLA

## FIXADOR EXTERNO

## RINGER LACTATO 500ML

## GANCHO

## RINGER SIMPLES 500ML

## GELOFOAM

## POMADAS

## GRAMPO ✓

## EPITESAN

## HASTER

## NEOMICINA

## LAMINA DE SHAVER

## SUFADAZINA DE PRATA

## LIGAMENTO SINTETICO

## TROFORDEMIN

## PARAF. INTER. TITANIO

## PROSTIGMINE

## PARAFUSO ANCORA

## RANTIDINA

## ESPARADRAPO

## GASES 10X10 PCT 20

## PARAFUSO CANULADO

## AGULHA

## PARAFUSO CORTICAL

## AGULHA P/ RAQUIN

## PARAFUSO ESPONJOSO

## AGULHAS

## PARAFUSO TRANSVERSO

## JELCO

## PINO

## DIMORF

## PINO DESITANTE

## DOLANTINA

## MÁSCARA

## SCALPS

## PLACA

## FENTANIL

## MÁSCARAS DESCARTAVEL

## FLUMAZENIL

## PLAST ANEL 1.4

## ISOFLORANE

## PROTESE

## KETAMINA

## SURGICEL

## MIDAZOLAM

## ASPIRAÇÃO TRAQUEAL

## NARCAN

## SONDAS

## NIFERIDOL

## ASPIRAÇÃO TRAQUEAL

## NUAIM

## SONDA LONGA 04

## LORETTO DE POTASSIO 19%

## SONDA DE FOLEY

## LORETTO DE SÓDIO 20%

## URETRAL 4

## LORETTO DESC. 5ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 10ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 15ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 20ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 25ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 30ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 35ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 40ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 45ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 50ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 55ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 60ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 65ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 70ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 75ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 80ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 85ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 90ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 95ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 100ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 105ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 110ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 115ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 120ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 125ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 130ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 135ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 140ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 145ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 150ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 155ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 160ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 165ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 170ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 175ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 180ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 185ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 190ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 195ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 200ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 205ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 210ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 215ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 220ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 225ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 230ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 235ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 240ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 245ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 250ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 255ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 260ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 265ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 270ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 275ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 280ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 285ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 290ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 295ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 300ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 305ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 310ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 315ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 320ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 325ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 330ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 335ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 340ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 345ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 350ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 355ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 360ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 365ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 370ML

## SONDA CURTA

## LORETTO DESC. 375ML

## DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

PACIENTE EM DOH SOB RAQUIANESTESIA E SEDAÇÃO

GARROTE + ANTISEPSIA + ASSEPSIA + MONTAGEM DE CAMPOS ESTÉREIS

ACESSO LATERAL PARA TORNозELO ESQUERDO + DIVULSAO POR PLANOS + NEUROLISE DE RAMOS DO FIBULAR

OSTEOTOMIA DA FÍBULA: EXPOSIÇÃO, REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DE MALEÓLIO LATERAL COM PLACA E PARAFUSOS

11. CLASSTIA DE FIBRILARES + REPARO DE LESÃO CÁPSULO LIGAMENTAR

ULTURA, BOM PIANO + CIRATINO + TALA SUBOPÓDÁLIC

BOA RECEBILHO PISTOLAROS RETIRADA DE GARROTE

七、卷之三

ACCIDENTS ON THE ROAD TO MEDICAL CARE

**POLETTA DE ANESTESIA**

Bulletin of Anesthesia

Agina Patricia S. Lima  
Fonoaudióloga





## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME Brinando Bruno Almeida dasilva N° REGISTRO 391312

Data Nascimento 11/06/85 IDADE 34 Sexo M LEITO: 14 E Data de Admissão 16/11/20  
MÉDICO: DR. FERNANDE

### ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

UM COMPLETO INCLUINDO AGUA? ( )Não  SIMx inicio 11/11 PESO: \_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_ cm

RETIRADA DE PRÓTESES/ORTESES/ADORNOS:  SIM ( ) NÃO

ALERGIAS:  NÃO ( ) SIM: Urga

DOENÇAS PREGRESSAS: ( ) DM ( ) HAS ( ) TABAGISMO ( ) HIV ( ) Hep B ( ) Hep C ( ) Arritmias ( ) DPOC ( ) AVC ( )  
Marcapasso ( ) Outros: Urga Medicações de uso frequente: Urga

Consentimento Cirúrgico Preenchido ( ) Não  SIM

Exames:  Labor  Raio x ( ) USG ( ) TCC ( ) RNM ( ) Risco cirúrgico Outros: \_\_\_\_\_

Encaminhado: ( ) Deambulando ( ) Cadeira de Rodas  Maca  consciente ( ) Inconsciente  Orientado ( ) Desorientado

Anotações de Enfermagem: Informações erhida do paciente

Conferido Informação acima por: Brinando Admitido na sala: CR Hora 09:30  
62.054-000

### ETAPA I: PRÉ-INDUÇÃO CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Cirurgia Proposta Intervençao Tumoral F.

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO: ( ) Limpa ( ) Contaminada ( ) Potencialmente Contaminada ( ) Infectada

1. Equipe completa presente ( ) Sim ( ) Não
2. Paciente com identificação e cirurgia confirmada ( + )
3. Forma de consentimento ( ) Cirúrgico ( ) hemoterápico ( ) não, caso não esteja assinado contatar o médico.
4. Local da intervenção marcado corretamente ( ) sim ( ) não ( ) não aplicável
5. Bisturi elétrico disponível e testado ( + )
6. Aparelho de Anestesia ( + )
7. Equipamento de Vídeo ( + )
8. Monitor Multi-Parâmetro ( + )
9. Saída de: Oxigênio ( ) Ar Comprimido ( ) Vácuo ( )
10. Aspirador cirúrgico disponível e testado ( + )



12. Hemoderivados solicitados e reservados ( ) sim ( ) Não ( ) Não aplicável  
 13. Paciente tem alergia conhecida ( ) sim ( ) não  
 14. Aparelho de anestesia testado ( ) sim ( ) não  
 15. Esterilizações dos instrumentais com indicadores ( ) sim ( ) não

#### ETAPA II: PRÉ-INCISÃO

16. Confirma nome do paciente, local da intervenção e cirurgia proposta ( )  
 17. Confirma preparo da pele com clorexidine Degermante e tópica ( ) Sim ( ) não  
 18. Confirmar antibiótico profilático administrado ( ) sim ( ) não aplicável  
 19. Paciente em posição adequada ( ) sim ( ) não

#### EQUIPE DE ENFERMAGEM

20. Confirmar se a disponibilidade dos materiais e equipamentos solicitados para cirurgia ( )  
 20. Confirmar com a equipe médica se os exames necessários estão disponível ( )  
 21. Confirma bisturi elétrico e placas instalados corretamente ( ) sim ( ) não

#### INTRA-OPERATORIO

Posicionamento: Dorsal ( ) Lateral direita ( ) Lateral esquerda ( ) Posição Ginecológica ( )  
 ( ) Decúbito Prone ( ) Decúbito Ventral

Monitorização cardíaca: ( ) sim ( ) não PNI/Manguito em: 150 Placa neutra: Local. —

Passado faixa de smarch: Não ( ) sim, em: 11.11 Início 11.11 Termino 11.11

Soluções Antissépticas Usadas no Campo Operatório: ( ) Clorex degermante ( ) Clorex aquoso

( ) Clorex Alcóolica ( ) PVPI degermante  
 ( ) PVPI tintura ( ) silveira

Infusões: SF0,9% 500 ml R.Lactato: 500 ml Simples \_\_\_\_\_ ml SG5% \_\_\_\_\_ ml

Drenos: ( ) Penrose nº \_\_\_\_\_ ( ) Porto-vac nº \_\_\_\_\_ ( ) Tórax nº \_\_\_\_\_

Sinais vitais: PA: 130/77 mmhg FC: 85 bpm Sat: 98 % T: 36 °C Hora: \_\_\_\_\_

Anestesia: Início 11.11 Termino 11.11 Geral Inalatório ( ) Geral Venosa ( ) Sedação ( ) Local  
 ( ) Peridural ( ) Raqui ( ) Bloqueio: \_\_\_\_\_

IOT: ( ) Não ( ) sim – Cânula nº \_\_\_\_\_ IOT aramado: ( ) não ( ) sim nº \_\_\_\_\_

AVP: ( ) não ( ) sim 1, Jelco nº 2 por Dr. Brum

Cateter O2: ( ) não ( ) sim SNG: ( ) SIM Nº \_\_\_\_\_ SVD ( ) NÃO ( ) SIM Nº \_\_\_\_\_

Ferida operatória: Curativo 11.11 e 11.11  
 sutura: \_\_\_\_\_ Anát. Patológico: ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_ Unid \_\_\_\_\_

Material Explantado: \_\_\_\_\_

Conferido por Flor Intercorrência 11.11

#### ETAPA III: ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

Confirmar se a contagem de compressas, instrumentais e agulhas foi realizada ( ) sim ( ) não

Caso a cirurgia realizada não tenha sido a proposta, \_\_\_\_\_

Medicações administradas ( anotar horários) 10.50 clorfenac 500mg clorbutamol 100mg  
10.50 + clorepsina 100mg + teracina 100mg + ranitidina 150mg + esofatridona 10g.



OPME: ( ) NÃO ( ) SIM, qual

~~Cx: 3,5 parafusos verticais 2 N° 16 + 1 N° 14 + 1 N° 34 + 1 N° 20 + 1 N° 26 c/ arruela, intrafragmático + 1 N° 20 intrafragmático + parafusos isoperfuros: 1 N° 20~~

Anotações de Enfermagem e Intercorrências 5/2

Inicio da cirurgia: 11:00 Termino da cirurgia: 12:00

CIRURGIÃO Dr. Fred ASSISTENTE: \_\_\_\_\_ ANESTESIOLOGISTA Dr. Bruno  
INSTRUMENTADORA Josineide CIRCULANTE: Elayne ENFERMEIRA: Danielle

URPA ( Unidade de Recuperação pós-anestésica)

Condições de admissão do paciente:

- Acordado ( ) Sonolento ( ) agitado Ar ambiente ( ) MV 50%  
 Cateter de O2 ( ) TQT ( ) AVP ( ) AVC  
 Hipotensão ( ) Hipertensão ( ) Bradicardia ( ) Taquicardia ( ) Tremor ( ) Dor ( ) Baixa Saturação  
 Hemorragias ( ) Desorientação ( ) Agitação ( ) Dispneia ( ) Broncoespasmo ( ) Outros. \_\_\_\_\_

Medicações Administradas na URPA ( anotar horários)

Encaminhado para o andar

AVP ( ) AVC ( ) SNG ( ) SVD FECHADA ( ) DRENOS ( ) CURATIVOS LIMPO ( )

GESO EM: MSD ( ) MSE ( ) MID ( ) MIE ( )

EXAMES: ( ) Labort ( ) Raio x ( ) USG ( ) TC ( ) RNM ( ) RISCO CIRURGICO ( ) OUTROS \_\_\_\_\_

ENCAMINHADO:  Enfermaria ( ) UTI ( ) Alta Hospitalar ( ) Outros \_\_\_\_\_

Anotações de Enfermagem: Poriente pós-cirúrgico em D2 Ambiente, curativo  
de 3x3 cm, encaminhado para a enfermaria (sem autorização)  
de Dr. Bruno.  
Rx + 1 RX pós cirurgia.

ENCAMINHADO POR: Elayne HORA: 13:30



Pronto-clínica Dr. Paulo Gurgel  
EVOLUÇÃO DE INFERNAGEM

MÉDICO: Flávio

ENTE: Leônidas Braga S. Nas  
DIAGNÓSTICO MÉDICO: TN2 (C)

SETOR: + LEITO: 1046  
IDADE: 37 ANOS

PROCEDÊNCIA:  DOMICILIAR  HOSPITALAR: QUAL: HFMG  
ALÉRGIAS: N/A

DOENÇAS PRE-EXISTENTES: N/A

EVOLUÇÃO 04/12/14 HORÁRIO: 20h

ASPECTO GERAL

CONSCIENTE  DORIENTADO  ALGO DORIENTADO  
 ATIVO  PASSIVO  SATIVO  
 HIPERTÔNICO  HIPOTÔNICO  
 CO-MATOSO  ISEDADO  ANASARCA  EDEMA

LESÃO VENOSA (Local e data de inserção)

+  
+  
+  
+

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB

+  
+  
+

HIDRATADA  FRESSECADA  ICTÉRICA  
 NORMOCORADA  HIPOCORADA  CIANOSE  
EXTREMIDADES FRIAS  NORMOTÉRMICA  
HIPOTERMIA: \_\_\_\_\_  
HIPERTERMIA: \_\_\_\_\_  
URENO: Local: \_\_\_\_\_  
Característica do líquido: \_\_\_\_\_

SRMHO CARDIOPULMONAR  
 FENICO  DISPNÉICO  TAQUIPNEICO  
 DIPNEICO  TIRAGEM: \_\_\_\_\_  
SUDOS ADVENTICIOS: tipo: \_\_\_\_\_  
UCARDICO  DOR/DOCARDICO  BRADICARDICO

ESFERVAÇÕES: \* Alívante de náuseas C/ DIA  
\* Náuseas

\* Sintomas UG: humor ruim + cl. abdominal + cr. dia +  
\* URGÊNCIA: GRANDE A FEVEREIRA + NÁUSEAS + DIA

VENTILAÇÃO

100 AMB  IMV \_\_\_\_\_ %  HOOD: \_\_\_\_\_  
 INTUBADO TOT N° \_\_\_\_\_  
OBS: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÕES

DIURESE  
 ESPONTÂNEA  ISVA A CADA: \_\_\_\_\_  
 HEMATURIA  OLIGURIA  ANURIA  
 POLIURIA  SVD \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ASPERCETO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

EVACUAÇÃO

ESPONTÂNEA  
 ESTÍMULO: \_\_\_\_\_  
 FALSENTE: \_\_\_\_\_ DIAS  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMÉ  
 AFILACIDO  GLOBOSE  SEMI GLOBOSE  
 DISTENDIDO  DOR A PALPAÇÃO  
 TÍMPANICO  MACÍCOS  RUIDOS HIDROAÉREOS

LOCOMOÇÃO

DEAMBULANDO  CADEIRA DE RODAS  
 SOBRE MACA  MULETA

DIETA

AO SEIO  ORAL/COPINHO  GTM  
 SOG/SNG \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 RESÍDUO GASTRICO: \_\_\_\_\_

ZERO  VOMITO \_\_\_\_\_ vezes 2017

AB

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO 05/12/14 HORÁRIO: 13h

ASPECTO GERAL  
 UNCONSCIENTE  DORIENTADO  ALGO DORIENTADO  
 ATIVO  HIPOATIVO  HIPOATIVO  
 HIPERTÔNICO  HIPOTÔNICO  
 CO-MATOSO  ISEDADO  ANASARCA  EDEMA

VENTILAÇÃO

100 AMB  IMV \_\_\_\_\_ %  HOOD: \_\_\_\_\_  
 INTUBADO TOT N° \_\_\_\_\_  
OBS: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÕES

DIURESE  
 ESPONTÂNEA  ISVA A CADA: \_\_\_\_\_  
 HEMATURIA  OLIGURIA  ANURIA  
 POLIURIA  SVD \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ASPERCETO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

INFUSÃO INTRAVENOSA MEDICAMENTOS/ATB



PELE:  
- HIDRATADA  - DRESSEADA  - ICTÉRICA   
- NORMOCORADA  - HIPOCROMÍCA  - CIANOSE   
- EXTREMIDADES FRIAS  - ( ) NORMOTÉRMICA  
- HIPOTERMIA   
- HIPERTERMIA   
- IDROPO: Local: \_\_\_\_\_  
- Característica do líquido: \_\_\_\_\_

#### APARELHO CARDIOPULMONAR

- EUPNEICO  - DISPNEICO  - TAQUIPNEICO   
- BRADIPNEICO  - TIRAGEM: \_\_\_\_\_  
- RUIDOS ADVENTICIOS. TIPO: \_\_\_\_\_  
- TAQUICARDICO  - NORMOCARDICO  - BRADICARDICO

OBSERVAÇÕES:

*Paciente em Pedi-SCS  
AG. hospitalar 22/23  
Acute tempo*

- ESTÍMULO: \_\_\_\_\_ DIAS  
- AUSENTE: \_\_\_\_\_ DIAS  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

#### APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMÉ:  
- FLACIDO  - GLOBOSE  - SEMI GLOBOSE   
- DISTENDIDO  - DOR A PALPAÇÃO   
- TIMPÂNICO  - MACIÇO  - RUIDOS HIDROAÉREOS

#### LOCOMOÇÃO

- DEAMBULANDO  - CADEIRA DE RODAS   
- SOBRE MACA  - MULETA

#### DIETA

- AO SEIO  - ORAL/COPINHO  - GTM   
- SOG/SNG: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
- RESÍDUO GASTRICO: \_\_\_\_\_  
- ZERO  - VOMITO: \_\_\_\_\_ vezes

*HC* Carimbo e Assinatura do Enferm.

#### ASPECTO GERAL

- CONSCIENTE  - ORIENTADO  - ALGO ORIENTADO   
- ATIVO  - CREATIVO  - HIPOTATIVO   
- HIPERTÔNICO  - HIPOTÔNICO   
- IMATOSO  - SEDADO  - ANASARCA  - EDEMA

#### ESMO VENOSO (Local e data de inserção)

- IP: \_\_\_\_\_  
- FAVO: \_\_\_\_\_  
- Naco: \_\_\_\_\_  
- Cefal: \_\_\_\_\_

#### INFUSÃO INTRAVENOSA - MEDICAMENTOS/ATB

- 1: \_\_\_\_\_  
- 2: \_\_\_\_\_  
- 3: \_\_\_\_\_

#### PELE

- HIDRATADA  - DRESSEADA  - ICTÉRICA   
- NORMOCORADA  - HIPOCROMÍCA  - CIANOSE   
- EXTREMIDADES FRIAS  - ( ) NORMOTÉRMICA  
- HIPOTERMIA   
- HIPERTERMIA   
- IDROPO: Local: \_\_\_\_\_  
- Característica do líquido: \_\_\_\_\_

#### APARELHO CARDIOPULMONAR

- EUPNEICO  - DISPNEICO  - TAQUIPNEICO   
- BRADIPNEICO  - TIRAGEM: \_\_\_\_\_  
- RUIDOS ADVENTICIOS. TIPO: \_\_\_\_\_  
- TAQUICARDICO  - NORMOCARDICO  - BRADICARDICO

OBSERVAÇÕES: *Sem clínica no momento, e os cuidados de  
equipe de enfermagem.*

HORÁRIO: \_\_\_\_\_

#### VENTILAÇÃO

- IO2 AMB  - MV: \_\_\_\_\_ %  - HOOD: \_\_\_\_\_  
- TENTUBADO TOT NE: \_\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_

#### ELIMINAÇÕES

##### DIURESE

- ESPONTÂNEA  - JSVA A CADA: \_\_\_\_\_  
- THEMATURIA  - OLIGURIA  - ANURIA   
- POLIURIA  - SVD: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

#### EVACUAÇÃO

- ESPONTÂNEA   
- ESTÍMULO: \_\_\_\_\_  
- AUSENTE: \_\_\_\_\_ DIAS  
ASPECTO/CARACTERÍSTICA: \_\_\_\_\_

#### APARELHO DIGESTÓRIO

ABDOMÉ:  
- FLACIDO  - GLOBOSE  - SEMI GLOBOSE   
- DISTENDIDO  - DOR A PALPAÇÃO   
- TIMPÂNICO  - MACIÇO  - RUIDOS HIDROAÉREOS

- DEAMBULANDO  - CADEIRA DE RODAS   
- SOBRE MACA  - MULETA

#### DIETA

- AO SEIO  - ORAL/COPINHO  - GTM   
- SOG/SNG: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
- RESÍDUO GASTRICO: \_\_\_\_\_  
- ZERO  - VOMITO: \_\_\_\_\_ vezes





PRONTOCLINICA  
Dr. Paulo Gurgel

## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

USO DE:	DATA / H	USO DE:	DATA
BOMBA DE INF.	DIL	ECG	
NEBULIZADOR	Nº	OXIG./UMIDIF.	
ASPIRADOR	DIL	BERÇO AQUECIDO	
CURATIVO		FOTOTERAPIA	
		INCUBADORA	



PRESCRIÇÃO MÉDICA

APACIENTE: LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO  
REGISTRO

APTO/ENF DATA

卷之三

**HORARIOS**

110

100

卷之三

۱۷۷

500

2020

48

111

111

111

575

100

100

200

N 5

111

REC'D BY

11

110

11

RC FARMÁCIA

111





**PRONTOCLINICA**  
**Dr. Paulo Gurgel**

## EVOLUÇÃO MEDICA

PACIENTE: Leonardo REGISTRO N°  
APTO.: \_\_\_\_\_ CONVENIO \_\_\_\_\_  
MÉDICO: \_\_\_\_\_

DATA / HORA	DESCRIÇÃO MEDICA
	1.º C. PDI 053 lug (2) Painel fixado e escoadore lento (2) - Procante melhora em curtos intervalos.
	2º: Anel de argamassa
	Frederico de O. Lima Ortopedia e Traumatologia CRM-RO 7514
	5/2/99





CONTROLE HÍDRICO E T.P.R.

PRONTOCLINICA  
Dr. Paulo Gurgel

NOME:

PRONTOCLINICA  
Dr. Paulo Gurgel  
NOME: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ APTº 104 C  
CONTROLE HÍDRICO E T.P.R.  
CONVÉNIO: \_\_\_\_\_  
MÉDICO: \_\_\_\_\_





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200111556      **Cidade:** Nísia Floresta      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 27/11/2019      **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

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

**Data da análise:** 19/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO ESQUERDO.P 1/11

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.P1/9/13/20

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS TORNOZELO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

NOME:

Leonardo Bruno Silva do Nascimento

NACIONALIDADE:

Brasileiro

ESTADO CIVIL:

Solteiro

PROFISSÃO:

Autônomo

IDENTIDADE:

2315503

CPF: 067.406.064-47

ENDEREÇO:

Rua Aurora N° 57 Pium, Distrito Litoral

## OUTORGADO

NOME:

Marcondes Bernardino de Souza

NACIONALIDADE:

Brasileiro

ESTADO CIVIL:

Casado

PROFISSÃO:

Moto Boy

IDENTIDADE:

3896734

CPF: 061.089.354-80

ENDEREÇO:

Rua Brasilicu Camilo N° 122 Boianinho

DATA DO ACIDENTE: \_\_\_\_\_ COBERTURA: Invalidiz / Danos

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

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

Parnamirim 02 de Março de 2020.

LOCAL E DATA

 Vou de Volta

LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



1º Ofício de Notas e Registros  
Av. Presidente Vargas, 199 - Centro - CEP 59010-300 - Parnamirim - RN  
Site: [www.oficiodenotasrn.com.br](http://www.oficiodenotasrn.com.br)  
Atendimento: 24h - 0800-2315000 | WhatsApp: (84) 981252711

Reconhecido por autenticidade e colado a firma de  
LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO  
Selo Digital: RN202000090231500000060238250  
Confira a autenticidade em: [seledigital.tjrn.jus.br](http://seledigital.tjrn.jus.br)  
Parnamirim, 2 de Março de 2020, assinado por  
Fernanda Christina Flor Linhares - 16/11/2020 19:09:16



Em testemunha: João Otávio de Oliveira  
Parnamirim, 02 de Março de 2020

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/11/2020 19:09:16

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111619091595500000060238250>

Número do documento: 20111619091595500000060238250

Num. 62822280 - Pág. 42

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0088442/20

**Vítima:** LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

**CPF:** 067.406.064-47

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/11/2019

**Titular do CPF:** LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA : 061.089.354-80

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

#### LEONARDO BRUNO SILVA DO NASCIMENTO : 067.406.064-47

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/03/2020  
Nome: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA  
CPF: 061.089.354-80

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2020  
Nome: CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA  
CPF: 026.685.584-92

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

CAROLINE WERNER GABRIEL SANTOS DA COSTA

