



Número: **0818454-97.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **04/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ERICKSON DA SILVA CAMARA (AUTOR)	EMANUELL CAVALCANTI DO NASCIMENTO BARBOSA (ADVOGADO) KENNEDY LAFAIETE FERNANDES DIOGENES (ADVOGADO)
Porto Seguro Vida e Previdência S/A (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56307 259	29/05/2020 16:31	Petição Inicial, anexa em PDF.	Petição Inicial
56307 263	29/05/2020 16:31	Inicial DPVAT - ERICKSON DA SILVA CÂMARA	Documento de Comprovação
56307 264	29/05/2020 16:31	CCF30122019_00001	Documento de Comprovação
56307 265	29/05/2020 16:31	NEGATIVA - DPVAT	Documento de Comprovação

Petição Inicial, anexa em PDF.



Assinado eletronicamente por: KENNEDY LAFAIETE FERNANDES DIOGENES - 29/05/2020 16:30:35
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052916303547700000054144094>
Número do documento: 20052916303547700000054144094

Num. 56307259 - Pág. 1

DIOGENES
MARINHO
EDUTRA

www.dmdadvogados.com.br
DAB/RN 225

Rua Dr. Manoel Dantas, nº 484
Petrópolis - Natal/RN - Cep.: 59012-270
Tel.: 84 3221.4144 | 3222.5407

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR JUIZ DE DIREITO, DE UMA DAS VARAS CÍVEIS
ESPECIALIZADAS EM SEGURO DPVAT, DA COMARCA DE NATAL, ESTADO DO RIO
GRANDE DO NORTE, A QUEM COUBER POR DISTRIBUIÇÃO LEGAL,**

ERICKSON DA SILVA CÂMARA, brasileiro, casado, inscrito no CPF sob o nº 057.524.704-55, residente e domiciliado na Rua Marechal Costa e Silva, 13, Centro, Parazinho-RN, CEP 59586-000, vem perante este Juízo, mui respeitosamente, através de seus bastantes procuradores *in fine* assinados (**instrumento procuratório em anexo**), no qual aproveitam a oportunidade para desde já informar o endereço para correspondências de estilo, qual seja Rua Doutor Manoel Dantas, nº 484, Petrópolis, Natal/RN, CEP 59.012-270, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT

em face de **PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**, Pessoa Jurídica de Direito Privado, inscrita do CNPJ nº 58.768.284/0001-40, com filial na Av. Prudente de Morais, nº 4055, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP 59020-400, requerendo no final pelos fatos e fundamentos a seguir aduzidos:



I. DA INTIMAÇÃO EXCLUSIVA

Nos termos da jurisprudência dominante no Superior Tribunal de Justiça (STJ), assim como conforme o Art. 272, § 5º do atual código de ritos, requer-se a publicação exclusiva das intimações em nome do advogado **EMANUELL CAVALCANTI DO NASCIMENTO BARBOSA**, inscrito na **OAB/RN sob o nº 11.641**, sob pena de nulidade.

II. DA JUSTIÇA GRATUITA.

Requer a parte autora, de plano, que seja deferido o pedido de assistência judiciária gratuita, conforme disposto na lei 10.060/50, bem como art. 98 do Código de Ritos Cíveis de 2015, uma vez que não possui condições financeiras de arcar com quaisquer custas, taxas, emolumentos processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do seu sustento, bem como da sua família. Ademais, repise-se Excelência, a lei 7.115/1983, que deixou de exigir o atestado/Declaração de pobreza, sendo suficiente a declaração do causídico nesta peça proscenial.

III. DOS FATOS.

No dia 21 de janeiro de 2018, o requerente conduzia seu veículo, quando ao tentar desviar de uma criança que atravessou repentinamente na pista, perdeu o controle da moto.

Devido a esta fatalidade, o autor foi acometido por uma grave lesão no membro superior esquerdo. Mesmo após ser submetido a tratamento clínico, cirúrgico e reabilitação, hodiernamente é afetado por uma **incapacidade parcial incompleta em caráter permanente**.

Importante repisar que a lesão acima descrita, em que pese sua parcialidade, **resultou em sequelas como limitação da capacidade motora e**



sensorial, impossibilitando-o de fazer quaisquer atividades que demandem esforço físico, gerando uma incapacidade para as ocupações habituais, uma vez que limitou as suas perspectivas de crescimento pessoal, bem como seu bem-estar físico e psicológico.

Ocorre que, ao pleitear o seguro DPVAT administrativamente, a parte demandante **NÃO** teve reconhecida a incapacidade permanente, conforme carta de indeferimento em anexo.

Assim sendo, vem, a parte demandante, buscar, anelante, a proteção jurisdicional do Estado-Juiz, com fito de resguardar aquilo que lhe é de direito, pleiteando JUSTIÇA, simplesmente JUSTIÇA!

IV. DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS - SEGURO DPVAT:

O DPVAT é um seguro de cobertura de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, instituído pela Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, alterada pelas Leis nº 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, como política de Estado para indenizar às vítimas de acidentes causados por veículos que tem motor próprio e circulam em vias terrestres, sendo obrigatório.

Como é cediço, a Lei do DPVAT, em seu art. 3º, alterada pela Lei nº 11.945, de 04 de junho de 2009, prevê três tipos de cobertura, desde que haja vitimização em acidente envolvendo veículos automotores de via terrestre ou por cargas transportadas por esses veículos, quais sejam morte; incapacidade permanente e DAM's – despesas de assistência médica e suplementares, que reembolsa despesas tidas com médicos, medicamentos e hospitais no atendimento urgencial/emergencial do acidentado, desde que devidamente comprovadas.



Na hipótese de indenização por incapacidade permanente, que é o caso da parte demandante, o inciso II, do art. 3º, da Lei nº 6.194/74, com a nova redação dada pela Lei nº 11.945, de 04 de junho de 2009 (esta Lei ratificou as alterações dadas pela Medida Provisória nº 451, de 15 de dezembro de 2008), o legislador dividiu-a em incapacidade permanente total, parcial completa e parcial incompleta, remetendo sua indenização a regras e valores estabelecidos por tabela integrante da Lei, que a escalonou de acordo com cada lesão, senão vejamos:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada: (Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos).

...
II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

...
§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo: (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos).

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do



percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos).

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de seqüelas residuais. (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos).

A tabela mencionada no artigo anterior, a qual escalonou a indenização do DPVAT, é dividida em três partes: a primeira, dedicada aos Danos Corporais Totais, referente às incapacidades permanentes parciais completas; a segunda, aos Danos Corporais Segmentares Parciais; e a terceira, voltada para os Danos Corporais em órgãos e outras estruturas.

Entretanto, conforme narrado ao norte desta peça, a Seguradora realizou o enquadramento da invalidez do Demandante na referida Tabela de maneira equivocada, tendo a Parte Autora percebido valor menor do que o previsto na Tabela, em função do grau máximo de lesão no referido membro.

É que o Autor deveria ter recebido o valor referente à perda funcional completa do membro, tendo em vista a gravidade da lesão sofrida, entretanto, a Seguradora pagou-lhe numerário muito abaixo do que lhe é de direito.

V. DOS HONORÁRIOS SUCUMBENCIAIS NOS TERMOS DO ART. 85, § 8º



Narra o art. 85, §8º do novo diploma processual cível que o juízo deve se abster de condenar em honorários sucumbencias aviltantes em deferência à advocacia, senão vejamos:

Art. 85. A sentença condenará o vencido a pagar honorários ao advogado do vencedor.

§ 2º Os honorários serão fixados entre o mínimo de dez e o máximo de vinte por cento sobre o valor da condenação, do proveito econômico obtido ou, não sendo possível mensurá-lo, sobre o valor atualizado da causa, atendidos:

I - o grau de zelo do profissional;

II - o lugar de prestação do serviço;

III - a natureza e a importância da causa;

IV - o trabalho realizado pelo advogado e o tempo exigido para o seu serviço.

§ 8º Nas causas em que for inestimável ou irrisório o proveito econômico ou, ainda, quando o valor da causa for muito baixo, o juiz fixará o valor dos honorários por apreciação equitativa, observando o disposto nos incisos do § 2º.

Não é uma possibilidade, é um comando normativo.

Desse modo, considerando que a condenação seja eventualmente baixa, a porcentagem, mesmo que em 20%, ainda poderá acarretar arbitramento aviltante, devendo-se, pois, aplicar o parágrafo oitavo para arbitrar valor digno.

Nesse sentido, já decidiam as varas cíveis não especializadas, senão vejamos:

Ante o exposto, com base nos dispositivos legais citados, julgo procedente em parte o pedido para condenar a ré no valor de R\$ 2.025,00 (dois mil e vinte e cinco reais),



acrescido da correção monetária pelo IPCA a partir da data do evento e juros legais simples de 1% ao mês a partir da citação. Tendo em vista a sucumbência recíproca, uma vez que o autor postulou indenização de R\$ 12.150,00 (doze mil, cento e cinquenta reais), condeno ambas as partes no pagamento das custas e honorários advocatícios, estes fixados em R\$ 937,00 (novecentos e trinta e sete reais), na forma do art. 85, §§ 2º e 8º, do Código de Processo Civil, imputando 90% (noventa por cento) em desfavor do promovente e 10% (dez por cento) em desfavor da promovida. Processo 0102113-12.2014.8.20.0001

Ante o exposto, com base nos dispositivos legais citados, rejeito as preliminares arguidas em defesa e julgo procedente em parte o pedido para condenar a ré no valor de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), acrescido da correção monetária pelo IPCA a partir da data do evento e juros legais simples de 1% ao mês a partir da citação. Tendo em vista a sucumbência recíproca, uma vez que o autor postulou indenização de R\$ 11.812,50 (onze mil, oitocentos e doze reais e cinquenta centavos), condeno ambas as partes no pagamento das custas e honorários advocatícios, estes fixados em R\$ 937,00 (novecentos e trinta e sete reais), na forma do art. 85, §§ 2º e 8º, do Código de Processo Civil, imputando 90% (noventa por cento) em desfavor do promovente e 10% (dez por cento) em desfavor da promovida. Proc.: 0150430-75.2013.8.20.0001.



VI. DOS PEDIDOS E REQUERIMENTOS:

Por tudo que foi exposto, vem a Parte Autora requerer de Vossa Excelência:

a) Que seja atendido o pedido de intimação exclusiva em nome de **Emanuell Cavalcanti do Nascimento Barbosa**, inscrito na **OAB/RN sob o nº 11.641**, sob pena de nulidade.

b) Sejam concedidos os benefícios da Justiça Gratuita, nos termos da Lei nº 1.060/50, com alterações determinadas pela Lei nº 7.510/86, bem como art. 98 do Código de Ritos Cíveis de 2015, haja vista que a Parte Autora não tem condições de arcar com as despesas processuais;

c) A citação do réu para apresentar defesa e feitura de perícia médica no mesmo ato, **uma vez que nos casos DPVAT a audiência conciliatória prévia sem perícia é ato inócuo**;

d) A produção de Prova Pericial Técnica para que se apure o real grau de invalidez acometido na Parte Autora;

e) Que seja o réu condenado a pagar a indenização do seguro DPVAT em caso de invalidez parcial permanente, *in casu*, R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais) e ainda, a cominação dos honorários advocatícios sucumbenciais nos termos do art. 85. §8º do CPC/2015;

Protesta, ainda, provar o alegado por todos os meios de provas em Direito admitidas, notadamente a documental e pericial.



Dá-se à causa o valor de R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais).

Termos em que
Pede deferimento.

Natal/RN, 29 de maio de 2020.

EMANUELL CAVALCANTI DO N. BARBOSA

Advogado OAB/RN 11.641

KENNEDY LAFAIETE FERNANDES DIÓGENES

Advogado OAB/RN 5.786



PROCURAÇÃO

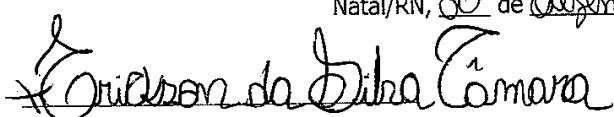
OUTORGANTE: Eulizem da Silva Camara
Nacionalidade _____, Est. Civil UNIÃO ESTAVEL
CPF nº 067.524.409-55, RG Nº 8807-3987
Endereço: Rua Marechal Costa, Silva N° 18, Cep.: 59.550-000
E-mail.: _____

OUTORGADOS: KENNEDY LAFAIETE FERNANDES DIÓGENES, brasileiro, casado, Advogado OAB/RN nº 5.786; ALUÍZIO HENRIQUE DUTRA DE ALMEIDA FILHO, brasileiro, casado, Advogado OAB/RN nº 6.263; RAPHAEL GURGEL MARINHO FERNANDES, brasileiro, solteiro, Advogado OAB/RN nº 7.864; SANDERSON LIÊNIO DA SILVA MAFRA, brasileiro, casado, Advogado OAB/RN nº 9.249; EMANUELL CAVALCANTI DO NASCIMENTO BARBOSA, brasileiro, solteiro, Advogado OAB/RN nº 11.641; MONICK EZEQUIEL CHAVES DE SOUSA, brasileira, casada, Advogada OAB/RN nº 11.746; BRENO HENRIQUE DA SILVA CARVALHO, brasileiro, solteiro, Advogado OAB/RN nº 13.056; RHANNA CRISTINA UMBELINO DIÓGENES, brasileira, solteira, Advogada OAB/RN nº 13.273; RENAN BRITO PONTES, brasileiro, solteiro, Advogado OAB/RN nº 13.290; CAIO DE PAULA SILVA, brasileiro, solteiro, Advogado OAB/RN nº 15.485; RENATO BRITO PONTES, brasileiro, solteiro, Advogado OAB/RN nº 15.629; FABRÍCIO BRUNO SILVA DE OLIVEIRA, brasileiro, solteiro, Advogado OAB/RN nº 16.190; CAIO FREDERICK DE FRANÇA BARROS CAMPOS, brasileiro, solteiro, Advogado OAB/RN nº 16.540 e PAULA MICHELLE LINHARES FLORIPES, brasileira, solteira, Advogada OAB/RN nº 17.488, todos associados do escritório DIÓGENES, MARINHO E DUTRA ADVOGADOS, Pessoa Jurídica de Direito Privado, inscrita no CNPJ sob o nº 08.767.120/0001-20, inscrita na OAB sob o nº 225, com sede na R. Dr. Manoel Dantas, nº 484, Petrópolis, Natal/RN, CEP. 59.012-270. Fone (84) 3221-4144, para onde devem ser encaminhadas às comunicações de praxe.

PODERES: Todos os poderes para representá-lo, junto a qualquer repartição pública ou particular, bem como para o foro em geral, em qualquer juízo, instância ou tribunal, especialmente para receber citações, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, renunciar, desistir, receber alvará em secretaria, dar quitação, firmar compromisso, inclusive de inventariante, declarar hipossuficiência econômica, além dos poderes da cláusula *ad judicia*, podendo ainda substabelecer, com ou sem reserva de poderes, além de tudo mais que se fizer necessário para o fiel cumprimento deste mandato.

HONORÁRIOS: Fica justo e acordado que o OUTORGANTE pagará aos OUTORGADOS, a título de honorários contratuais, o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor da **condenação e/ou acordo**, acrescidos dos consectários legais, se houver, autorizando desde já sua retenção no momento da quitação/expedição do alvará/transferência bancária.

Natal/RN, 80 de Outubro de 2019.


Eulizem da Silva Camara



cosern
neoenergia

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
 ENERGIA FISCAL - FATOR DE CORRIGENDA DA FONTE DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte
 Rua Hermos, 150, Bairro, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-260
 CNPJ 08.374.168/0001-81 | insc. Est. 20055194-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE		ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA						
MARIA MARTA VENTURA DE SOUZA		RUA MARECHAL COSTA E SILVA 13						
CPF: 073.374.104-50		CENTRO/ÁREA URBANA						
CLASSIFICAÇÃO:		PARAZINHO RN						
B1 RESIDENCIAL		59586-030						
RESIDENCIAL								
Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO	CONTA CONTRATO					
024/092226	UNICA	13/05/2019	7010634274 05/2019					
APRESENTACAO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO	DATAS DE VENCIMENTO					
	3011001349	259277	20/05/2019 - 12/06/2019					
13/05/2019			TOTAL A PAGAR (R\$)					
			77,45					
DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL								
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)					
Consumo Ativo(kWh)	111,000000	0,68238218	74,19					
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,61					
Multa por atraso-NF 021095890 - 15/03/18			1,19					
Juros por atraso-NF 021095890 - 15/03/19			0,63					
Atualização IOPM-NF 021095890 - 15/03/18			0,63					
TOTAL DA FATURA: 77,45								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)	
2120965320	CAT	12/04/2019		5327,00	13/05/2019	5.486,00	31	1.00000



Assinado eletronicamente por: KENNEDY LAFAIETE FERNANDES DIOGENES - 29/05/2020 16:30:36
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052916303610600000054144199>
 Número do documento: 20052916303610600000054144199

Num. 56307264 - Pág. 2

SINISTRO 3190385651 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ERICKSON DA SILVA CAMARA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA

LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO ERICKSON DA SILVA CAMARA

CPF/CNPJ: 05752470455

Posição em 23-07-2019 10:59:02

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
<input checked="" type="checkbox"/> Declaração do Proprietário do Veículo	Vítima	Pendente	
<input checked="" type="checkbox"/> Autorização de pagamento	Beneficiário	Não Conforme	ERICKSON DA SILVA CAMARA



DECLARAÇÃO À SEGURADORA LÍDER

Venho através desta, declarar que não posso enviar essa exigência, visto que comprei essa moto a muito tempo e não sei por onde se encontra o antigo proprietário, nestes termos peço que seja analisado o meu processo, visto que o mesmo está composto por documentos comprobatórios do meu acidente.

Nestes termos,

Peço deferimento,

ERICKSON DA SILVA CAMARA

SINISTRO 3190385651 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ERICKSON DA SILVA CAMARA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA
LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO ERICKSON DA SILVA CAMARA

CPF/CNPJ: 05752470455

Posição em 31-07-2019 09:51:46

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
→ Declaração do Proprietário do Veículo	Vítima	Pendente	
→ Autorização de pagamento	Beneficiário	Não Conforme	ERICKSON DA SILVA CAMARA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha os(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: 057.524.704-55 4 - Nome completo da vítima: ERICKSON DA SILVA CAMARA

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

5 - Nome completo: ERICKSON DA SILVA CAMARA		6 - CPF: 057.524.704-55	
7 - Profissão: RECUSO	8 - Endereço: RUA MARECHAL COSTA E SILVA	9 - Número: 13	10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO	12 - Cidade: PARAZINHO	13 - Estado: RN	14 - CEP: 59586-000
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): (84) 9	

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: BRADESCO
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: _____	AGÊNCIA: 5876
CONTA: _____	CONTA: 2157
(Informar o dígito se existir)	(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 nascituro (vai nascer)? <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 rogo/a pedido	38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

001 V002/2019

Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Policia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: 10ª DELEGACIA REGIONAL - JOÃO CÂMARA
Endereço: RUA RITA FERREIRA DE FARIAS, 3. CENTRO, JOÃO CÂMARA

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019080000183
1.2 Data de Expedição: 14/02/2019 15:17:56
1.3 Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO
1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 21/01/2018 18:30:00
2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado
2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Outros
2.6 Tipo do local: Urbano
2.7 Logradouro: AVENIDA MONSENHOR FREITAS
2.8 Número: S/N
2.9 CEP:
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência: EM FRENTE AO POSTO DE COMBUSTÍVEL DE
2.12 Bairro: CENTRO
2.13 Cidade: PARAZINHO
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ERICKSON DA SILVA CAMARA
3.2 Estado civil: União Estável
3.2 Nome Social:
3.3 Rua:
3.4 Pai: EDVALDO FREDERICO CAMARA
3.5 Cor: Branca
3.6 Mãe: MARIA LELIA DA SILVA CAMARA
3.7 Sexo: MASCULINO
3.8 Orientação Sexual:
3.9 CPF:
3.10 Idade de Gênero:
3.11 Nacionalidade:
3.12 Data de Nascimento: 09/06/1984
3.13 Profissão: VIGILANTE
3.14 RG: 002350050 - ITEP/RN
3.15 Telefone(s): 84 988073987
3.16 Passaporte:
3.17 Número: 03
3.18 Naturalidade: JOAO CAMARA RN
3.19 Bairro: CENTRO
3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.22 Logradouro: RUA MARECHAL COSTA S. SILVA
3.23 Cidade: PARAZINHO
3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: *****01977
7.1.4 Renavam:
7.1.5 Placa: OVZ4981
7.1.6 Estado:
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.8 Modelo: 2015
7.1.9 Ano do Modelo: 2015
7.1.10 Ano de Fabricação: 2014
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA
7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do proprietário: FABIO BARROS BARBOSA
7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.17 Nome do condutor: DECLARANTE
7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE ESTAVA SAINDO DO TRABALHO NO PARQUE EÓLICO RENASCENCA 1 NA RN 120 EM DIREÇÃO AO MUNICÍPIO DE PARAZINHO QUANDO CHEGOU NAS PRÓXIMIDADES DO POSTO DE COMBUSTÍVEL DE PARAZINHO, UMA CRIANÇA ATRAVESSOU A AVENIDA REPENTINAMENTE, QUE O DECLARANTE CONSEGUIU FREAR, MAS QUANDO COLOCOU O PE AO CHÃO PARA APOIAR, COLOCOU O PE EM UM BURACO NA PISTA, QUE A PARTIR DAÍ PERDEU O APOIO DA MOTO, FAZENDO COM QUE ESTE VEÍCULO CAISSE SOBRE O SEU JOELHO; QUE O DECLARANTE FOI PARA O HOSPITAL DE PARAZINHO PARA O ATENDIMENTO MÉDICO.

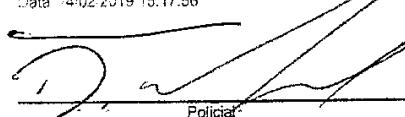
9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS. (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO).

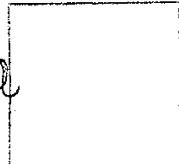
11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data: 14/02/2019 15:17:56


Policia


Interessado

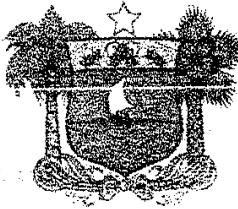


Folha 3 de 3

Atendimento: 2031922 - DENIS MARCELINO FARIA HENRIQUES
Impresso por: 2031922 - DENIS MARCELINO FARIA HENRIQUES em 14/02/2019 15:18:15

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA.





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Governo Municipal de Parazinho

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Vice-Prefeito Eronildes Teixeira da Silva, Nº 122 - Centro

CNPJ-(MF) 11.959.203/0001-26 - Fone: (84) 3697-9031

e-mail: smsparazinho@rn.gov.br

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 21

CARTÃO SUS:	RG:	
NOME:	DATA DE NASC.:	
NOME DA MÃE:		
33 ANOS COR:	SEXO: MAS.: V FEM.: E	ESTADO CÍVIL:
NATURALIDADE:	PROFISSÃO:	INSTITUTO: U. I. S. P.
ENDERECO:	BAIRRO:	
CIDADE:	HORA DE ENTRADA: 10:25 H DATA: 21/01/18	

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM REGULAR COM DISPNEIA CHOCADO COMATOSO
COM HEMORRAGIA EM CONVULSÃO POLITRAUMATISMO AGITADO OUTROS

SINAIS VITAIS

P.A. 120/80 mmHg PULSO: pm FR: rm TEMP: °C PESO: KG
DOR/ VÔMITO: ALERGIA A MEDICAMENTOS: ✓
MEDICAÇÃO EM USO QUAIS? ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM NÃO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Vermelho às hs Azul às hs verde às hs Amarelo às hs

HISTÓRIA-CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

*Bicicleta deitou-me em gelho E. Apé guide
de mto. das apreensões de fome*

EXAME FÍSICO-LESÕES OU AFECÇÕES ENCONTRADAS

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO: Trauma

EXAMES COMPLEMENTARES (COM REGISTRO):

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

- AO ACOLHIMENTO ESPECIALISTA, QUAL? _____
 OUTROS SERVIÇOS, QUAIS? _____

CONDUTA:

(4) Timoxican 40mg - cl Famp + Dihidro, ED.

DR. Wesley Lopes
Médico de Melo Silveira
COREN-RN:1.372.585-78

DR. Wesley Lopes
MÉDICO
CRM-RN 9160

FICOU NO LOCAL INTERNADO NO SERVIÇO DE: REMOVIDO EM: / /

HORA: _____ HS

HORA: _____ HS

HORA: _____ HS

PARA: _____

ACIDENTE DE TRABALHO

RETIROU-SE POR DECISÃO MÉDICA ÓBITO EM: / /

ÀS: _____ HS

APELIDO

ENTREGUE À FAMÍLIA

AREVELIA

INST. MÉDICO LEGAL

DATA: / /

ÀS: _____

OBSERVAÇÃO:



FICHA DE INTERNAMENTO

Paciente: ERICKSON DA SILVA CAMARA

Registro: 132511

Im. RG: 002350050 CPF: 057.524.704-55 Nascimento: 09/06/1984 34 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Solteiro(a)

Endereço: MARECHAL COSTA E SILVA

N.: 13

Bairro: CENTRO

Cidade : PARAZINHO

UF: RN

CEP: 59586000

Fone: 84988073987

Profissão: VIGILANTE

Mãe: MARIA LELIA DA SILVA CAMARA

Dados do Internamento

Im. Internamento: 1

Entrada: 24/11/2018 8:49 Previsão saída: 26/11/2018 11:00 Atendente: JAISIAK

Convênio: SUS ESTADUAL

Matrícula/CNS: 707507209830096

Médico : Dr. FILIPPI RANIERI ALVES

CRM: 6963

LEITO RESERVA 05

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não forvida ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acréscido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Autorizo a liberação da documentação do meu caso médico, através de fotografia, ou de exames gráficos ou de imagens, bem como o seu arquivamento por meios digital, papéis, fotografias ou quaisquer meios para os seguintes fins:

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

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

X Erickson da Silva Camara

Av. Juvenal Lamartine, 979
Térrea Centro
Cidade: Natal
UF: RN
CEP: 59010-000
Data: 26/11/2018
Hr: 08:49

Observações

PACIENTE COM RESSONANCIA (4 FOLHAS) + LAUDO. EXAME DE SANGUE





Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENTAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@vefoxmail.com.br

REGISTRO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO CENTRO CIRÚRGICO

Dados do Paciente

Paciente: ERICKSON DA SILVA CAMARA

Registro: 132511 Nº Internação: 1

Nascimento: 09/06/1984 34 anos Data Internação: 24/11/2018 08:49:23

Leito: ENFERMARIA 115-B

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ASPECTO GERAL

X - Ac Venoso	X - Acianótico
X - Pálido	Tremores
Vômitos	Sudorese

SSVV SEM ALTERAÇÕES

Observações:

AVP EM MSD; DIURESE ESPONTÂNEA AGUARDANDO.

RAIO X

Observações/QTD:

Pré:

Pos:

Diurese: Espontânea

FERIDA OPERATÓRIA

Ocluída	Sangramento
Drenos	Fixadores
Tala	Tração
Edema	Hematomas

SINAIS VITAIS

Pres.Arterial: 130	X 90	Temperatura: 35 °C
Pulso: 69		Respiração: 20

Observações:

Queixas do Paciente:

Observações Gerais:

AS 18:20HRS - PACIENTE ADMITIDO NESTE SETOR
EM POI DE LIGAMENTO DE JOELHO (E).
CONSCIENTE, ORIENTADO, O2 AMBIENTE, AVP EM
MSD VIABILIZANDO HV + MEDICAÇÕES DE HORÁRIO.
DIETA VO. COMUNICADO A NUTRIÇÃO A SUA

24/11/2018 18:25:33

COREN - 1226259

RAFAELA BELO DA SILVA

-132511 - 1 - ERICKSON DA SILVA CAMARA
ESTADO GERAL

Higiene
Com auxílio

Respiração
O2 Ambiente

Corado

Deambulação

Acianótico

Com auxílio

Eliminaç.Vesicais:

SINAIS VITAIS

Pres.Arterial: 110

X 80

Pulso: 70

Temperatura: 36,2 °C

Respiração: 20

Saturação O2: 94

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral Aceita Total

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE

SEM QUEIXAS

Observações Gerais:

PAC. EM PÓS OPERATORIO DE LIGAMENTO DE JOELHO, NA HIDRATAÇÃO VENOSA COM ESQ DE ATB.
AFERIDO SINAIS VITAIS. COM DIURESE ESPONTANIA. SEGUO NO LEITO AOS CUIDADO DA ENF.

24/11/2018 20:15:07

Elizabetta

Técnico(a) COREN - 435465

MARIA ELIZABETH DA SILVA

-132511 - 1 - ERICKSON DA SILVA CAMARA
ESTADO GERAL

Alerta

Higiene
Com auxílio

Respiração
O2 Ambiente

A

Deambulação

Eliminaç.Vesicais: PRESENTE

SINAIS VITAIS

Pres.Arterial: 120

X 80

Pulso: 78

Temperatura: 36,4 °C

Respiração: 20

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral Aceita Total

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

PACIENTE EM PÓS OPERATORIO DE LIGAMENTO DE JOELHO, NA HIDRATAÇÃO VENOSA COM ESQ DE ATB.
(CEFAZOLINA SODICA 1 G). AFERIDO SINAIS VITAIS. COM DIURESE ESPONTANIA. SEGUO NO LEITO AOS
CUIDADO DA ENFERMAGEM. ESTA DE ALTA AGUARDANDO CARRO.

25/11/2018 10:16:08

Técnico(a) COREN - 168956

ALEXANDRE CESAR RIBEIRO FERREIRA





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228

hmemorial@veloxmail.com.br

O DE ENFERMAGEM - UNIDADE ENFE

Dados do Paciente

Paciente: ERICKSON DA SILVA CAMARA

Registro: 132511 Nº Internação: 1

Nascimento: 09/06/1984 34 anos Data Internação: 24/11/2018 08:49:23 Leito: ENFERMARIA 115-B

OBSERVAÇÕES GERAIS

PACIENTE SAIU DE ALTA MEDICA ACOMPANHADO DE MAQUEIRO E FAMILIAR LEVANDO TODOS OS SEUS PERTENCES PESSOAIS.

25/11/2018

COREN - 166956

ALEXANDRE CESAR RIBEIRO FERREIRA



Assinado eletronicamente por: KENNEDY LAFAIETE FERNANDES DIOGENES - 29/05/2020 16:30:36

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052916303610600000054144199>

Número do documento: 20052916303610600000054144199

Num. 56307264 - Pág. 11

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 24/11/2018 08:49

Dados do Paciente

paciente: ERICKSON DA SILVA CAMARA

Registro: 132511

lum. RG: 002350050 CPF: 057.524.704-55 Nascimento: 09/06/1984 34 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Solteiro(a)

ndereço: MARECHAL COSTA E SILVA

N.: 13

Bairro: CENTRO

idade : PARAZINHO

UF: RN

CEP: 59586000 Fone: 84988073987

rofissão: VIGILANTE

Mãe: MARIA LELIA DA SILVA CAMARA

Dados do Internamento

lum. Internamento: 1

Entrada: 24/11/2018 08:49

Previsão saída: 26/11/2018 11:00 Atendente: JAISIAC

Convênio: SUS ESTADUAL

Matrícula/CNS: 707607209830096

Médico : Dr. FILIPPI RANIERI ALVES

CRM: 6963

LEITO RESERVA 05

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____

Motivo: _____

Data da Baixa: _____

No. de dias de hospitalização: _____

No. de US: _____

Doc. Apresentado: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Procedencia: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratórios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____



Hospital Memorial de Natal

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

Data: 24/11/2018 08:49

Dados do Paciente

Paciente: ERICKSON DA SILVA CAMARA Registro: 132511
Num. RG: 002350050 CPF: 057.524.704-55 Nascimento: 09/06/1984 34 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Solteiro(a)
Endereço: MARECHAL COSTA E SILVA N.: 13 Bairro: CENTRO
Cidade: PARAZINHO UF: RN CEP: 59586000 Fone: 84988073987
Profissão: VIGILANTE Mãe: MARIA LELIA DA SILVA CAMARA

Dados do Internamento

Num. Internamento: 1 Entrada: 24/11/2018 8:49 Previsão saída: 26/11/2018 11:00 Atendente: JAISIAK
Convênio: SUS ESTADUAL Matrícula/CNS: 707607209830096
Médico: Dr. FILIPPI RANIERI ALVES CRM: 6963 **LEITO RESERVA 05**

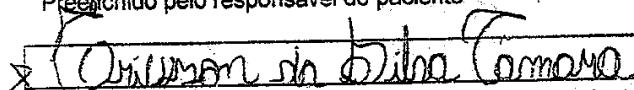
Dados do Responsável

Responsável: CPF: RG:
Parentesco:

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) Dr. FILIPPI RANIERI ALVES, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: S8730 RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRÁ-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO A
Dr. FILIPPI RANIERI ALVES, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
2. - O(A) _____, expliquei-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

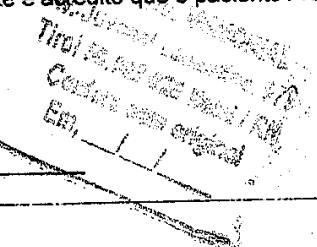
Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização.
Preenchido pelo responsável do paciente


Assinatura: [] Paciente [] Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.


Dr. FILIPPI RANIERI ALVES - CRM 6963



Lapa, Maracá - Maracá / Dr. Carlos Augusto
 (Luzon)

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
 Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
 Pronto Socorro Clóvis Santino

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNACÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PROTOCOLO
Erickson da Silva Camara	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO
707 6072 0983 0096	09/06/1984
9 - SEXO	MASCULINO 1 FEMININO 2
X	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO
Maria Lelia da Silva Camara	98807 3587
12 - ENDERECO (RUA, NM)	
Rua Marechal Costa e Silva N° 13	
13 - MUNICÍPIO	14 - BAIRRO
Patatinho	
15 - UF	16 - CEP
RN	59586-000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	Pecúnia c/ dor no teto do CC e pelo E
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACÃO	RNM + Ex. fíncos

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)	Ver scane
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID INICIAL 583-S

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - LEITO / CLÍNICA Ortopedia	27 - CARÁTER DA INTERNACÃO Eletiva	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. Kennedy Fernandes Avila
29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO D40X05 017-9			30 - DT SOLICITAÇÃO 24/03/2018 31 - CNPJ / PIS / PASEP / INSS / RG Ortopedia e Traumatologia Cirurgia e Ortopedia RM RM 6963/TEOT 15251
			32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURODORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	39 -
39 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL			40 - DESCRIÇÃO, CEIA, AGRAVO MEDICO LEGAL
42 - CID SECUNDARIO		43 - ()	44 - () GRAVE
			45 - () FERIMENTADA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	47 - DT AUTORIZ.	48 - CNPJ / CPF	49 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE / AVALIAÇÃO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE / AVALIAÇÃO	51 - PLAN DE AUTORIZAÇÃO DA INTERNACAO HOSPITALAR (AIH)
/ / /	/ / /	52			
			53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

Código Solicitação: 264061819

Número AIH: 241810097452-0

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:	CNES:
HOSPITAL MEMORIAL	2408252
Unidade Executante:	CNES:
HOSPITAL MEMORIAL	2408252
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro AV JUVENAL LAMARTINE - 979 -- TIROL	Município Executante NATAL
Central Reguladora	NATAL
Data de Solicitação	07.11.2018 - 14:09:54
Data de Autorização	08/11/2018 - 07:40:07
Data de Reserva	10.11.2018
Data de Internação	08.11.2018
Data Prevista de Alta	24.03.2046
Data de Alta	08/11/2018 - 08:53:38
Motivo da Alta	1.1 ALTA CURADO

DADOS DO PACIENTE

CNS:	Nome Social/Apelido:
707607209830096	ERICKSON DA SILVA CAMARA
Nome do Paciente:	Naturalidade:
ERICKSON DA SILVA CAMARA	JOAO CAMARA - RN
Nome da Mãe:	Raça:
MARIA LELIA DA SILVA CAMARA	PARDA
Sexo:	Tipo Sanguíneo:
MASCULINO	---
Data de Nascimento:	Logradouro:
09/06/1984 (34 anos)	PROFESSORA MARIA GUIMARAES
Tipo Logradouro:	Complemento:
RUA	BELA VISTA
Número:	CEP:
90	59550-000
País de Residência:	Município de Residência:
BRASIL	JOAO CAMARA
Telefone(s):	UF:
(84) 3262-2257 (Exibir Lista Detalhada)	RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:	Nome do Médico Solicitante:	Status da Solicitação:
04833730448	FILIPPI RANIERI ALVES	APROVADA
CPF do Médico Executante:	Nome do Médico Executante:	
04833730448	FILIPPI RANIERI ALVES	
Diagnóstico Inicial - CID:	Classificação de Risco	
M242 - TRÂNSTORNOS DE LIGAMENTOS	Prioridade 3 - Atendimento eletivo	
Caráter	Clínica Complementar:	
10 - Eletivo	Nenhuma	
Clínica:	Código:	
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	0415C20034	
Procedimento Solicitado:		
OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
 PACIENTE COM DOR E INSTABILIDADE NO JOELHO ESQUERDO
 OBS PACIENTE SOFRU QUEDA JOGANDO BOLA HÁ + DE 2 NOS APRESENTOU DORES PROCUROU MÉDICO QUE O PRASSEM PELO SUS / d

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

R N M + E F

Condições que Justificam a Internação:

TRATAMENTO CIRURGICO RECONSTRUCAO LIGAMENTAR + SINOVECTOMIA

PARCERIA:**Motivo de Impedimento do Regulador:**

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)**CRM:****Data de Solicitação:**

07.11.2018 - 14:09:54

Data da Extração dos Dados: 24/11/2018 09:36:06

BLOCO CIRÚRGICO BOLETIM DE SALA											
Reg	13253	NOME:	ERICKSON DA SILVA CUNHA			APTO					
Cirurgia Realizada Reconstrução de LCA + tratamento de lesão osteocondral + SINOVECTOMIA											
DATA:	14-06-2020	INÍCIO:	HS:	MIN:	TÉRMINO:	HS:	MIN:				
EQUIPE	Dr CARLOS AUGUSTO	NOME	2093			CIC/MF	CRM/RN: 6725				
Cirurgião	Dr TASSO ALACON	NOME									
1 Auxiliar						DR. TASSO DANTAS	Ortopedista / Traumatologista				
2 Auxiliar						CRM 6725-RN	CRM 6725-RN				
Anestesiologista						DR. TASSO ALACON Dantas	Ortopedista / Traumatologista				
Instrumentador						CRM 6725-RN	CRM 6725-RN				
Ato:						CRM 6725-RN	CRM 6725-RN				
Paciente em decúbito dorsal sob anestesia geral, antisepse e aposição de campos. Incisão em face anterior da perna e retirada de tendões grátil e semitendinoso para enxerto. Incisão para portais artroscópicos. Sinovectomia. Observamos lesão completa de LCA. Tratamento de lesões osteocondrais em joelho. Perfuração de túneis ósseos em fêmur e tibia. Transposição de enxerto por túneis ósseos e fixação com parafusos de interferência, observando-se estabilidade articular. Revisão da hemostasia e sutura por planos. Curativo oclusivo.											
CÓD.	DESCRÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRÇÃO	UNID.	QUANT.
MEDICAMENTOS											
028956	Água Bidestilada 100ml	AMP	050320	Vicryl 4-0 (Viola)	ENV	066164	Malha Tubular 12cm	ROL			
000326	Água Bidestilada 10ml	AMP	04	Vicryl 5-0 (Incolor)	ENV	060188	Malha Tubular 15cm	ROL			
028988	Água Bidestilada 20ml	AMP	050725	Vicryl 6-0	ENV	062783	Máscara Descartável	UND	05		
000057	Clorafenicol 1g	AMP	050313	Vicryl 6-0	ENV	060930	Pollifix 2 vias	UND	01		
000098	Dexadron 4mg. Inj.	AMP	ETHICODONGS	Vicryl 6-0	ENV	064794	Podofíde Desgermante / ml.	ML	100		
007115	Glicose 25% 10ml Inj.	AMP				064787	Povidone Tópico / ml.	ML	100		
004283	Glicose 50% 10ml Inj.	AMP				065587	Sabão Líquido	ML	100		
004703	Hipaque 5%	FRS				060733	Seringa Descartável	UND	10		
005049	Inzol Pormada 1/4	1/4				063223	Seringa Desc. 01cc c/ Agulha	UND			
015111	Keflin Neutro 1g.	COM	JP			062443	Seringa Desc. 03cc c/ Agulha	UND			
005687	Novalgina 2ml Inj.	AMP				062475	Seringa Desc. 05cc c/ Agulha	UND	02		
007493	Profenid 100mg. Inj.	AMP				063209	Seringa Desc. 10cc c/ Agulha	UND	03		
008829	Solução Ringer c/ Lactato	FRS	01			063216	Seringa Desc. 20cc c/ Agulha	UND	03		
008449	Solução Ringer Simples	FRS	01			063120	Sonda Urétral 10	UND			
028125	Soro Fisiológico 100ml	FRS	01	Abborcath-T Plus Nº 14	UND	063144	Sonda Urétral 12	UND			
008718	Soro Fisiológico 5% 500ml	FRS	03	Abborcath-T Plus Nº 16	UND	063151	Sonda Urétral 14	UND			
008740	Soro Glicosado 5% off 500	TB		Abborcath-T Plus Nº 18	UND	063169	Sonda Urétral 16	UND			
009995	Xylocaina 2% crv	AMP		Abborcath-T Plus Nº 20	UND	063183	Sonda Urétral 18	UND			
010026	Xylocaina Gelada 2%	BSG				060550	Sonda Urétral 20	UND			
CATETER MAIS ml											
AL 1000	ml	02				060392	Aguilha Descartável 13 x 4.5	UND			
AL 1000	ml	03				060392	Aguilha Descartável 25 x 7	UND	03		
LUVAS DE PVC	PAR	01				060418	Aguilha Descartável 40 x 12	UND	03		
FIGUEIRA DE BRASIL	UND	01				060575	Alcool Isopropílico 70%	ML	100		
ATROZOL	UND	01				060582	Atadura Crepon 10cm	ROL	02		
FAIXA DE SANGUE	UND	01				060630	Atadura Crepon 12cm	ROL			
S/F 1000 m org.	UND	09				060590	Atadura Crepon 15cm	ROL	06		
FIOS											
050037	Algodão 0 (s/ Agulha)	ENV				066644	Bandeja Perdural	UND			
050685	Algodão 2-0 (s/ Agulha)	ENV				061545	Bandeja Requí	UND	01	090736	TAXAS
050044	Algodão 3-0 (s/ Agulha)	ENV				060948	Butterfly 19g	UND		090407	Algodão Comprimido
050162	Cromado 1-0	ENV				060955	Butterfly 21g	UND		090324	Aspirador Vácuo
050130	Cromado 2-0	ENV				062135	Butterfly 23g	UND		090331	Sombra de Infusão
050123	Cromado 4-0	ENV				062142	Butterfly 25g	UND		090363	Capinégrafo
050259	Kit-Catarata	ENV				061205	Camisolha Descartável	UND	01	090395	Craneotomo
005599	Mononylon 0 PRETO	ENV				061244	Compressa Cirúrgica	UND	10	090467	Desinfector
050614	Mononylon 2.0 PRETO	ENV				061989	Eletrodo Descartável	UND	05	090499	Intensificador de Imagem
050621	Mononylon 3.0 PRETO	ENV	01			066949	Enterolit 500ml	UND		090711	Microscópio
050639	Mononylon 4.0 PRETO	ENV				062024	Espadrado 10 x 45	CM	00	090553	Oxímetro
050646	Mononylon 5.0 PRETO	ENV				062031	Eter Sulfito / ml	ML		093985	Oxido Nítroso
050653	Mononylon 6.0 PRETO	ENV				062285	Gaze 91 x 91	UND	50	092708	Respirador a Pressão
057882	Mononylon 8.0 PRETO	ENV				062830	Gaze Furacada	UND		090578	Respirador a Volume
050542	Mononylon 10-0 PRETO	ENV				062364	GORO Descartável	UND	05	091856	Taxa de Monitor
050202	Prolene 2-0	ENV				062103	Intrafix Air IL 2,4 M	UND			Taxa de Sala Nº
050463	Prolene 4-0	ENV				061079	Intrafix Padrão	UND	01	090428	Taxa de Flora Ótica
050449	Prolene 5-0	ENV				062253	Lâmina Biosturi Nº 11	UND	01		Video Laparoscopia
050431	Prolene 6-0	ENV				062280	Lâmina Biosturi Nº 15	UND	01		RÓCAGA
050510	Seda 2-0	ENV				060149	Lâmina Biosturi Nº 20	UND	01		
050550	Seda 3-0	ENV				062332	Luva Descartável Nº 7,0	PAR	02		
050860	Seda 6-0	ENV				062640	Luva Descartável Nº 7,5	PAR	03		
050194	Simples 3-0 (s/ Agulha)	ENV				062429	Luva Descartável Nº 8,0	PAR	02		
050380	Vicryl 4-0 (Incolor)	ENV				062411	Malha Tubular 10cm	ROL			

RG/AB:

Dr. Tasso Alacon Dantas
Ortopedista / Traumatologista
CRM/PE 21251 - CRM/RN: 6725

CIRCULANTE: Felipa



RELATÓRIO ANESTESIA

I.S.D.A.

MIDAZOLAN 2 mg

PRÉ-ANESTÉSICO:

DROGAS:

TÉCNICA ANESTÉSICA:

RaquiAnestesia L3 L4 Ag 25g

DROGAS USADAS NA ANESTESIA

CÓD.	DESCRIPÇÃO	UNID	QUANT.	CÓD.	DESCRIPÇÃO	UNID	QUANT.	CÓD.	DESCRIPÇÃO	UNID	QUANT.
MEDICAMENTOS						ADJUVANTES					
000150	Adrenalina	AMP		006818	Nercom	AMP					
028950	Água Bacteriada	AMP		007527	Piasil 10mg	AMP					
000942	Atropina 25	AMP		007558	Prostaglandine	AMP					
002050	Cloreto de Potássio	AMP		005292	Ketalar	AMP					
001460	Cloreto de Sódio	AMP		003353	Quelicin 100mg	AMP					
016920	Dimorf 2mg	AMP		000040	Glucagon 500mcg	AMP					
002115	Diazepam	AMP		005543	Ranitidina	AMP					
002953	Deltamína	AMP		000974	Serocrana	ML					
003050	Dormond 15mg	AMP		008440	Sol. Ringer Simples	FRS					
017075	Dormond 5mg	AMP		028125	Sol. Fisiológica	FRS					
003071	Efentil	AMP		008740	Sol. Glucosado	FRS					
003511	Fentanil 2mg	AMP		008829	Sol. Ringer Lactado	FRS					
003720	Forade	ML		001002	Thionembutal	FRS					
017036	Halotano	ML		009013	Troctam	AMP					
004695	Hipnosedate	AMP		006722	Volum	AMP					
002487	Inoval	AMP		001475	Xilocaina 1%	AMP					
010588	Lanepat	AMP		022002	Xilocaina 2% s/A	AMP					
005887	Mepivac 0,5 c/A	AMP		010028	Xilocaina 2% c/A	AMP					
005894	Marcaine 0,5 s/A	AMP		010033	Xilocaina Pessada	AMP					
010585	Marcaine Pessada	AMP									

Intercorrelâncias

1 Bupivacaina	20 mg	1 AM
2 Morfina	0,05 mg	1 AM
3 Cefazolina	1 g	2 AM
4 SF	500 mL	4 AM
5 Ses	500 mL	4 AM
6 Efedrina	50 mg	1 AM

DESCRIPÇÃO

Oxímetro

Cardioscópio

Capnógrafo

DESCRIPÇÃO

Oxigênio Líquido

Protóxido Líquido

Painel

QUANTIDADE

200

ANOTAÇÕES

ASA 1, GOLDMAN 1, BEG.; APARELHO RESPIRATÓRIO: MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE EM AMBOS OS HEMITÓRAKS EM RUIDOS ADVENTÍCIOS; ACU: RCR, 2T, BNF, SEM SOPROS; ECTOSCOPIA: NADA DIGNO DE NOTA; RISCO CARDIOLOGICO (ANEXO); MONITORIZAÇÃO: PA, OXIMETRIA, CARDIOSCOPIA; SAÍDA SRPA COM ADRETE: KRONLIK= 9; ANESTESIA TRANSCORREU SEM INTERCORRÊNCIAS.

INÍCIO ANESTESIA 12:00	INÍCIO CIRURGIA 12:05	DATA 24/11/18
FINAL CIRURGIA 13:00	FINAL ANESTESIA 13:10	ANESTESIOLOGISTA

Dr. Kennedy Lafaiete Fernandes
 CRM: 20052916303610600000054144199
 CRF: 20052916303610600000054144199



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Registro-Internamento: 132511 - 1

Leito Nº: LEITO RESERVA 05

Médico CRM - 6725 - TASSO ALACON PEREIRA DE AF

LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Mudança de Procedimento | <input type="checkbox"/> Uso de Prótese, Ortese |
| <input type="checkbox"/> Diária de U.T.I. | <input type="checkbox"/> Uso de Fatores de Coagulação |
| <input type="checkbox"/> Diária de Acompanhante | <input type="checkbox"/> Uso de Oxigenadores |
| <input type="checkbox"/> Vacina Anti RH | <input type="checkbox"/> Nutrição Parenteral |
| <input type="checkbox"/> Parecer CCIH | |
| <input type="checkbox"/> | |

HOSPITAL
10.867.687/0001-10 Hospital Memorial de Natal

PACIENTE
132511 - 1 - ERICKSON DA SILVA CAMARA

PROCEDIMENTO ANTERIOR	PROCEDIMENTO SOLICITADO	MÉDICO SOLICITANTE	CRM	CPF
		TASSO ALACON PEREIRA DE ARAUJO	6725	067.547.774-35

JUSTIFICATIVA

**040805016-0: RECONSTRUÇÃO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR
040805092-6: TRATAMENTO DE LESÕES OSTEOCONDRAIS.**

040806012-3: SINOVECTOMIA.

PACIENTE DIAGNÓSTICO DE LESÃO DE LCA, SINOVITE E LESÕES OSTEOCONDRAIS. NECESSITANDO DOS PROCEDIMENTOS ARTROSCÓPICOS LISTADOS ACIMA.

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

CRM

DATA

6725

24/11/2018 17:58:37

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR

CRM

DATA



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Memorial de Natal

Registro-Internamento: 132511 -1

Leito Nº: ENFERMARIA 115-B

Médico: CRM - 6725 - TASSO ALACON PEREIRA DE AI

LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- Mudança de Procedimento
- Diária de U.T.I.
- Diária de Acompanhante
- Vacina Anti RH
- Parecer CCIH
-

- Uso de Prótese, Ortese
- Uso de Fatores de Coagulação
- Uso de Oxigenadores
- Nutrição Parenteral

HOSPITAL
10.867.687/0001-10 Hospital Memorial de Natal

PACIENTE
132511 -1 - ERICKSON DA SILVA CAMARA

PROCEDIMENTO ANTERIOR	PROCEDIMENTO SOLICITADO	MÉDICO SOLICITANTE	CRM	CPF
		TASSO ALACON PEREIRA DE AI	6725	067.547.774-35

JUSTIFICATIVA

02 PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA.

RECIBIDO NO DIA 24/11/2018
Av. Júlio de Noronha, 1200
Tirozinho - RN
Cidade das Artes
Enviado para aprovação

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

CRM

DATA

6725

24/11/2018 17:53:15

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR

CRM

DATA



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

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

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 132511 IH: 1 Paciente: ERICKSON DA SILVA CAMARA

Nascimento: 09/06/1984 34 anos Internação: 24/11/2018 08:49:23 Leito: LEITO RESERVA 05

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

24/11/2018 13:36:57 Técnico(a) COREN - 981845 - ANDRE LUIZ MIGUEL PEREIRA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO NO C.C PARA SUBMETER-SE AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE LIGAMENTO O(A) MESMO(A) NEGA AM+DM+HAS PUNCIONADO EM SALA EM MSD COM JELCO N°20 SEGUO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Doença pré-existente:

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

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

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Assinatura Responsável

Outros Exames:

SRPA 24/11/2018 13:36:57 Técnico(a) COREN - 981845 - ANDRE LUIZ MIGUEL PEREIRA

Nível consciência: CONSCIENTE ORIENTADO

Oxigenoterapia: 02 AMBIENTE

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

Hipotensão: NÃO Raio X de Controle: NÃO

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE ENCAMINHADO AO LEITO DE POI DE LIGAMENTO SEM INTERCORRENCIA NA HVP
EM MSD O MESMO AGUARDA REALIZAR RX DE CONTROLE DIURESE AUSENTE NO
MOMENTO, SEGUO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

PA:123X82

SATU:89

PULC:60

Assinatura Responsável

ANESTESIA
Tiro, se des
Cirurgia
Enf.

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 132511 IH: 1 Paciente: ERICKSON DA SILVA CAMARA
Nascimento: 09/06/1984 34 anos Internação: 24/11/2018 08:49:23 Leito: LEITO RESERVA 05

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: RAQUI+SEDACÃO

Anestesiologista: DR MAXWELK

Tipo: RECONSTRUÇÃO DE LCA

Cirurgião: DR CARLOS ALGUSTO

Instrumentador: RONALDO + RAFAEL

Circulante: FELIPE

Tipo curativo: GASES+CREPOM

Tem material para biópsia/cultura: NÃO

Inf.sanguínea: NÃO

Monitoração correta: SIM

Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: CEFAZOLINA 2G

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:
PACIENTE EM IOI DE RECONSTRUÇÃO DO LCA, NEGA HAS + DM NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA NA HVP COM SI 0,9% COM JELCO N°20 EM MSD PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRENCIAS ENCAMINHADO AO SRPA EM O² AMBIENTE E SEGURO OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: Limpa

FELIPE MORAIS DE MOURA
Técnico(a) COREN - 528240



Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hm.memorial@veloxmail.com.br



Evolução Assistente Social

Dados do Paciente

Paciente: **ERICKSON DA SILVA CAMARA**

Registro: **132511** Num.Internação: **1**

Nascimento: **09/06/1984** 34 anos

Data Internação: **24/11/2018 08:49:23**

Acompanhante:

Parentesco:

Endereço para Correspondência:

Endereço:

Cidade : **PARAZINHO**

Bairro : **CENTRO**

Ocorrência:

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AO JOELHO - LIGAMENTO.

Evolução do Prontuário:

X - Paciente/Acompanhante recebeu(ram) orientações a respeito das Normas Hospitalares.

Observações: **115B**

CONDUTA HOSPITALAR

- Não sentar ou deitar na cama do paciente (risco de infecção hospitalar);
- O acompanhante/ou visitante não deve usar roupas impróprias (transparentes, justas, decotes e shorts). Procurar usar roupas confortáveis e adequadas ao espaço público;
- Não trazer ou deixar objetos de valores nas dependências das enfermarias, pois o hospital não se responsabiliza pela perda ou roubo destes;
- Não fumar nas dependências do hospital, haja visto o risco à saúde, medida esta amparada pela Lei Federal 9294/96;
- Não colocar objetos em cima do leito do paciente;
- Não é permitida a entrada de alimentos de fora nas enfermarias para impedir a proliferação de insetos e evitar a infecção hospitalar, a equipe de nutrição planeja uma alimentação adequada ao estado de saúde do paciente;
- Faça silêncio nas enfermarias. A tranquilidade no ambiente hospitalar é importante para a recuperação dos pacientes;
- É necessário lavar as mãos antes de entrar no quarto, antes e depois prestar cuidados ao paciente e após o uso do sanitário;
- No caso de dúvidas em relação aos cuidados com o paciente (administração de medicamentos, troca de soro, curativos, etc) procurar a equipe de enfermagem;
- Para evitar riscos à saúde do paciente pedimos aos acompanhantes que permaneçam nas respectivas enfermarias. Portanto, evite circular nas enfermarias bem como saídas do hospital;


ADRIELY CRISTINA BATISTA DE LACERDA
CRESS - 4403



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: ERICKSON DA SILVA CAMARA Idade: 34 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 132511 Prontuário:
Unidade: CENTRO CIRURGICO Peso: 68,0 kg Altura: 1,
Leito: LEITO RESERVA 05
Admissão: 24/11/18 08:49 0 dia(s) de internação
Diag: M242 - Transtornos de ligamentos| Frouxidão ligamentosa SOE| Instab

24/11/2018 17:52 | 9:00

Horários de Aplicação

6725

1) DIETA LIVRE, Ao dia	DO	(SND)	
2) DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 2 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 16 ML DE ABD	DO	00:00, 18:00	06:00, 12:00,
3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. ABD 10ML	DO	00:00,	08:00, 16:00
4) DEXAMETASONA 4mg/mL 2,5mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas. diluido em SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 100ML. Suspender a partir do 2º DPO.	DO	22:00;	10:00
5) CAPTOPRIL 50MG COM (CAPOTEN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas. Se PAS>180 mmHg ou PAD > 110 mmHg	DO	22:00;	06:00, 14:00
6) BROMOPRIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 18ML DE ABD. FAZER ANTES DO TRAMAL.	DO	20:00;	04:00, 12:00
7) SORO RINGER SIMPLES 500ML Uso: 1 frasco, via endovenosa, 06 em 06 horas.	DO	(500 500 500 500)	
8) TRAMADOL 50mg 1mL ampola Uso: 2 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. diluido em SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 100ML.	DO	00:00,	08:00, 16:00
9) OMEPRAZOL 40mg frasco ampola 01 ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas. Em jejum.	DO	06:00	
10) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), Três vezes ao dia	DO	(M T N)	
11) CURATIVO, 24 em 24 horas	DO	(M)	
12) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário	DO	(SN)	

Dr. TASSO ALACON PEREIRA DE ARAUJO DANTAS
CRM - 6725





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: ERICKSON DA SILVA CAMARA Idade: 34 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 132511 Prontuário:
Unidade: UNIDADE I Peso: 68,0 kg Altura: 1,65m
Leito: ENFERMARIA 115-B
Admissão: 24/11/18 08:49 0 dia(s) de internação
Diag.: M242 - Transtornos de ligamentos| Frouxidão ligamentosa SOE| Instabilic

24/11/2018 19:00		Horários de Aplicação		6725
1)	DIETA LIVRE, Ao dia	DO	(SND)	
2)	DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 2 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 16 ML DE ABD	DO	00:00, 06:00, 12:00, 18:00	
3)	CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. ABD 10ML	DO	00:00, 08:00, 16:00	
4)	DEXAMETASONA 4mg/mL 2,5mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas. diluído em SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 100ML. Suspender a partir do 2º DPO.	DO	22:00, 10:00	
5)	CAPTOPRIL 50MG COM (CAPOTEN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas. Se PAS>180 mmHg ou PAD > 110 mmHg	DO	22:00, 06:00, 14:00	
6)	BROMOPRIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 18ML DE ABD. FAZER ANTES DO TRAMAL.	DO	00:00, 04:00, 12:00	
7)	SORO RINGER SIMPLES 500ML Uso: 1 frasco, via endovenosa, 06 em 06 horas.	DO	(500 500 500,500)	
8)	TRAMADOL 50mg 1mL ampola Uso: 2 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. diluído em SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 100ML.	DO	00:00, 08:00, 16:00	
9)	OMEPRAZOL 40mg frasco ampola 01 ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas. Em jejum.	DO	06:00	
10)	SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), Três vezes ao dia	DO	(M T N)	
11)	CURATIVO, 24 em 24 horas	DO	(M)	
12)	SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário	DO	(SN)	

Dr. TASSO ALACON PEREIRA DE ARAUJO DANTAS
CRM - 6725





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: ERICKSON DA SILVA CAMARA Idade: 34 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 132511 Prontuário:
Unidade: UNIDADE I Peso: 68,0 kg Altura: 1,65r
Leito: ENFERMARIA 115-B
Admissão: 24/11/18 08:49 0 dia(s) de internação
Diag.: M242 - Transtornos de ligamentos| Frouxidão ligamentosa SOE| Instabilidade

24/11/2018 19:00	Horários de Aplicação	6725
1) DIETA LIVRE, Ao dia	(SND)	
2) DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 2 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 16 ML DE ABD	00:00, 06:00, 18:00 12:00,	
3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. ABD 10ML	00:00, 08:00, 16:00	
4) DEXAMETASONA 4mg/mL 2,5mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas. diluído em SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 100ML. Suspender a partir do 2º DPO.	22:00, 10:00	
5) CAPTOPRIL 50MG COM (CAPOTEN) Uso: 1 comprimido, via oral, 06 em 06 horas. Se PAS>180 mmHg ou PAD> 110 mmHg	22:00, 06:00, 14:00	
6) BROMOPRIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 18ML DE ABD. FAZER ANTES DO TRAMAL.	20:00, 04:00, 12:00	
7) SORO RINGER SIMPLES 500ML Uso: 1 frasco, via endovenosa, 06 em 06 horas.	(500 500 500 500)	
8) TRAMADOL 50mg 1mL ampola Uso: 2 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. diluído em SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 100ML.	00:00, 08:00, 16:00	
9) OMEPRAZOL 40mg frasco ampola 01 ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas. Em jejum.	:06:00	
10) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), Três vezes ao dia	(M T N)	
11) CURATIVO, 24 em 24 horas	(M)	
12) ALTA HOSPITALAR, No momento		
13) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário	(SN)	

Dr. TASSO ALACON PEREIRA DE ARAUJO DANTAS
CRM - 6725



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: ERICKSON DA SILVA CAMARA Idade: 34 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 132511 Prontuário:
Unidade: UNIDADE I Peso: 68,0 kg Altura: 1,65r
Leito: ENFERMARIA 115-B
Admissão: 24/11/18 08:49 0 dia(s) de internação
Diag.: M242 - Transtornos de ligamentos| Frouxidão ligamentosa SOE| Instabilic

EVOLUÇÃO (22/11/2018 00:00 a 27/11/2018 23:59)

Av. Juvenal Lamego, 1979
Tirozinho - Belo Horizonte - MG
CEP: 31220-000
Fone: (31) 3222-1111





Erickson do silva Moraes

Exame visto Ambulatório

Ex. Part. Andre Moraes

lesão suspeito Anterior

Em belo sentido Pox

Trochanter Longo

Dr Andre Fernandez de Oliveira

Ortopedia / Reumatologia

CRM/RN 4677

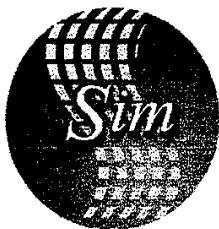
26-05-08

SÃO PAULO DO POTENGI/RN
Rua General Dantas, 108 - Centro
Fone/FAX: (84) 3251-2581

JOÃO CÂMARA/RN
Praça Monsenhor de Freitas, 480 - Centro
Fone/FAX: (84) 3262-3478

SERRA CAIADA/RN
Rua Presidente Getúlio Vargas, 50
Fone: (84) 98802-9757





CLÍNICA SIM - SERVIÇOS DE IMAGENS MÉDICAS

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

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

Petrópolis | 59012-330 | Natal/RN | Brasil

+55 (84) 3646-0000

Paciente: ERICKSON DA SILVA CAMARA

Código Paciente: 213627RH JOELHO ESQUERDO

Data Nascimento: 09/06/1984 - 33 ano(s)

Data do exame: 10/05/2018

Procedimento: RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

Medico Solicitante: ANDRE FERNANDEZ DE OLIVEIRA

INDICAÇÃO: Lesão de menisco?

TÉCNICA: Foram obtidas imagens em aparelho de campo aberto, nas sequências pesadas em T1, T2 e DP.

RELATÓRIO:

Sinais de rotura do ligamento cruzado anterior.

Derrame articular mais evidente no recesso suprapatellar lateral, com sinais de sinovite associado a edema difuso pericapsular, da gordura de Hoffa, bem como hiperemia das extremidades ósseas femorotibiais e patela.

Pequena lesão óssea medular na diáfise femoral, bem delimitada de contorno lobulado e sinal heterogêneo hiperintenso em T2 com focos de baixo sinal em T1, medindo 0,9 cm, sem sinais de agressividade.

Superfícies condrais e cartilagem patelar sem erosões apreciáveis.

Menisco medial e lateral sem lesões apreciáveis.

Ligamentos cruzado posterior e colaterais integros.

Espessamento uniforme do tendão patelar. Tendão do quadríceps sem alterações significativas.

Peritendinite da pata de ganso.

Fossa poplitea sem lesões císticas.

OPINIÃO:

Lesão do ligamento cruzado anterior.

Sinovite associado a edema pericapsular e hiperemia das extremidades ósseas. Em um contexto clínico / laboratorial apropriado, considerar artrite séptica / inflamatória no diagnóstico diferencial.

Pequena lesão óssea medular na diáfise femoral, inespecífica porém de aspecto benigno, podendo representar encondroma.

Laudo gerado no dia: 16/05/2018 22:23. Uma cópia digital encontra-se disponível acessando o link <https://validar.wbsrad.com.br/> e utilize a data/hora e chave: CmCLQWd para acesso.





GOVERNO MUNICIPAL DE PARAZINHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Vice-Prefeito Eronides Teixeira da Silva, 122

Centro - CNPJ (MF) 11.959.203/0001-26

Fone: (84) 3697-0031 e-mail: smsparazinho@rn.gov.br

LAUDO FISIOTERAPÉUTICO

Sr. Erickson da Silva Camara, 35 anos, SUS 707 6072 0983 0096, data de nascimento 09/06/1984. Paciente realizou trinta sessões fisioterápicas nesta Unidade Básica de Saúde devido lesões no joelho esquerdo. As lesões foram no ligamento cruzado anterior, sinovite e edema pericapsular, artrite séptica e lesão meniscal. O procedimento cirúrgico foi realizado no dia 24/11/2018. Deu entrada a primeira sessão de fisioterapia no dia 10/12/2018, com edema exacerbado, marcha claudicante e bloqueio articular para flexão de joelho.

A conduta foi realizada de acordo com as evoluções terapêuticas, além dos recursos analgésicos (ultrassom terapêutico, Tens, infravermelho), recebeu alongamentos aos membros inferiores, técnica dessensibilização (objetivando reduzir sintomas de sensibilidade na tibia-fíbula), exercícios da musculatura pôstero-lateral, quadriceps, femoral, gastroenêmios, adutores/abdutores, treino de equilíbrio/propriocepção e escadas.

Por fim, foi necessário cessar as sessões devido sequelas notórias no paciente. Apesar de haver ganho de força na musculatura, foi percebido déficit de ADM (amplitude de movimento) para flexão de joelho, edema e alteração da sensibilização na região tibio-fibular à esquerda.



Parazinho/RN, 20 de Maio de 2019.


Sílvia Magalhães
Fisioterapeuta e Acupunturista
CREFITO · RN 178248-F

Sílvia Magalhães

Fisioterapeuta

CREFITO-01 RN 178248-F



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

FIN 013102770378 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

DETAN - RN - 013102770378 - CERTIFICADO DE REGISTRO E TECNICAMENTE DE VEÍCULO

Nº. COD. REVENUE: 013102770378 | PERÍODO: 01/05/2015

Nome: LARDO SANTOS MARCIA

Nº. RG: 038.029.000-31

CPF:

018.029.000-31

SEXO:

MASC

DATA DE EMISSÃO:

2015

MES/ANO:

05/2015

LUGA:

CEARA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoradepv.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

DETALHES DO VÉHICULO / ID. PLACA	DATA DE VENCIMENTO	VALOR DA PREMIUM	PERÍODO	DATA DE EMISSÃO	PERÍODO
013102770378 / FIN 013102770378	2016-05-15	R\$ 151,0788	2015-05-15	2015-05-15	2015-05-15

DETALHES DO VÉHICULO / ID. PLACA	DATA DE VENCIMENTO	VALOR DA PREMIUM	PERÍODO	DATA DE EMISSÃO	PERÍODO
013102770378 / FIN 013102770378	2016-05-15	R\$ 151,0788	2015-05-15	2015-05-15	2015-05-15

PRÉMIO TARIFÁRIO

COTA UNICA

VEH. COTADA

1.

VAC

DEPARTAMENTO COTAS

2.

PAGO

DATA DE PAGAMENTO

31/12/2015

DATA DE VENCIMENTO

31/12/2016

DATA DE EXP.

31/12/2017

DATA DE EXPIRAÇÃO

31/12/2017

DATA DE EXP.

31/12/2018

DATA DE EXP.

31/12/2019

DATA DE EXP.

31/12/2020

DATA DE EXP.

31/12/2021

DATA DE EXP.

31/12/2022

DATA DE EXP.

31/12/2023

DATA DE EXP.

31/12/2024

DATA DE EXP.

31/12/2025

DATA DE EXP.

31/12/2026

DATA DE EXP.

31/12/2027

DATA DE EXP.

31/12/2028

DATA DE EXP.

31/12/2029

DATA DE EXP.

31/12/2030

DATA DE EXP.

31/12/2031

DATA DE EXP.

31/12/2032

DATA DE EXP.

31/12/2033

DATA DE EXP.

31/12/2034

DATA DE EXP.

31/12/2035

DATA DE EXP.

31/12/2036

DATA DE EXP.

31/12/2037

DATA DE EXP.

31/12/2038

DATA DE EXP.

31/12/2039

DATA DE EXP.

31/12/2040

DATA DE EXP.

31/12/2041

DATA DE EXP.

31/12/2042

DATA DE EXP.

31/12/2043

DATA DE EXP.

31/12/2044

DATA DE EXP.

31/12/2045

DATA DE EXP.

31/12/2046

DATA DE EXP.

31/12/2047

DATA DE EXP.

31/12/2048

DATA DE EXP.

31/12/2049

DATA DE EXP.

31/12/2050

DATA DE EXP.

31/12/2051

DATA DE EXP.

31/12/2052

DATA DE EXP.

31/12/2053

DATA DE EXP.

31/12/2054

DATA DE EXP.

31/12/2055

DATA DE EXP.

31/12/2056

DATA DE EXP.

31/12/2057

DATA DE EXP.

31/12/2058

DATA DE EXP.

31/12/2059

DATA DE EXP.

31/12/2060

DATA DE EXP.

31/12/2061

DATA DE EXP.

31/12/2062

DATA DE EXP.

31/12/2063

DATA DE EXP.

31/12/2064

DATA DE EXP.

31/12/2065

DATA DE EXP.

31/12/2066

DATA DE EXP.

31/12/2067

DATA DE EXP.

31/12/2068

DATA DE EXP.

31/12/2069

DATA DE EXP.

31/12/2070

DATA DE EXP.

31/12/2071

DATA DE EXP.

31/12/2072

DATA DE EXP.

31/12/2073

DATA DE EXP.

31/12/2074

DATA DE EXP.

31/12/2075

DATA DE EXP.

31/12/2076

DATA DE EXP.

31/12/2077

DATA DE EXP.

31/12/2078

DATA DE EXP.

31/12/2079

DATA DE EXP.

31/12/2080

DATA DE EXP.

31/12/2081

DATA DE EXP.

31/12/2082

DATA DE EXP.

31/12/2083

DATA DE EXP.

31/12/2084

DATA DE EXP.

31/12/2085

DATA DE EXP.

31/12/2086

DATA DE EXP.

31/12/2087

DATA DE EXP.

31/12/2088

DATA DE EXP.

31/12/2089

DATA DE EXP.

31/12/2090

DATA DE EXP.

31/12/2091

DATA DE EXP.

31/12/2092

DATA DE EXP.

31/12/2093

DATA DE EXP.

31/12/2094

DATA DE EXP.

31/12/2095

DATA DE EXP.

31/12/2096

DATA DE EXP.

31/12/2097

DATA DE EXP.

31/12/2098

DATA DE EXP.

31/12/2099

DATA DE EXP.

31/12/2100

DATA DE EXP.

31/12/2101

DATA DE EXP.

31/12/2102

DATA DE EXP.

31/12/2103

DATA DE EXP.

31/12/2104

DATA DE EXP.

31/12/2105

DATA DE EXP.

31/12/2106

DATA DE EXP.

31/12/2107

DATA DE EXP.

31/12/2108

DATA DE EXP.

31/12/2109

DATA DE EXP.

31/12/2110

DATA DE EXP.

31/12/2111

DATA DE EXP.

31/12/2112

DATA DE EXP.

31/12/2113

DATA DE EXP.

31/12/2114

DATA DE EXP.

31/12/2115

DATA DE EXP.

31/12/2116

DATA DE EXP.

31/12/2117

DATA DE EXP.

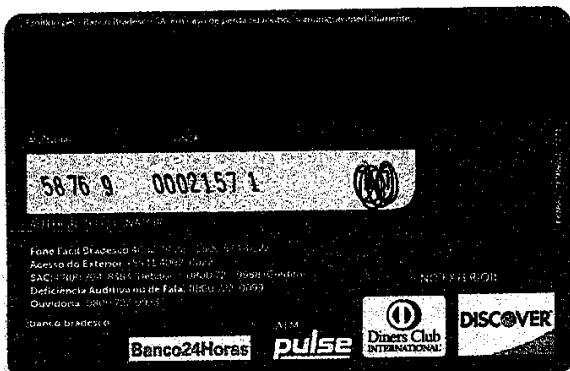
31/12/2118

DATA DE EXP.

31/12/2119

DATA DE EXP.

31/12/2120



Assinado eletronicamente por: KENNEDY LAFAIETE FERNANDES DIOGENES - 29/05/2020 16:30:36
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052916303610600000054144199>
Número do documento: 20052916303610600000054144199

Num. 56307264 - Pág. 32



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: <i>ERICKSON DA SILVA CAMARA</i>		CPF: <i>057-524-704-55</i>		
Profissão: <i>VIGILANTE</i>	Endereço: <i>RUA MARCHEAL COSTA E SILVA</i>	Número: <i>13</i>	Complemento:	
Bairro: <i>CENTRO</i>	Cidade: <i>PARAZINHO</i>	Estado: <i>RN</i>	CEP: <i>59.586-000</i>	Tel (DDD): <i>(84) 98807-3487</i>
E-mail:				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO: ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA				
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: <i>Bradesco</i>		
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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 da Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
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 Data do óbito da vítima:				
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	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.				

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, _____	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1º Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
<i>(*) Assinatura de quem assina A ROGO</i>		Assinatura
<i>Oricson da Silva Camara</i>		Assinatura
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Assinatura
Assinatura do Representante Legal (se houver)		Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do Inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

i.001 V001/2018

22/07/2019

2a Via de Fatura

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMOS, 150, BALDÓ,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0**



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 281 0124

Olivadoria 0800 084 0404
de Rio Grande do Norte

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte
ARSEP: 0800 727 0167 - Ligação Grátis para telefones fixos

ANEEL 167

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

Ela é a única de televisões fixas e móveis

DADOS DO CLIENTE MARIA MARTA VENTURA DE SOUZA CPF: 073.374.104-50	DATA DE VENCIMENTO 19/07/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 12/07/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 12/07/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 027022659 Série: U	CONTA CONTRATO 007010634274 Nº DO CLIENTE 3011001349 Nº DA INSTALAÇÃO 0002599277
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA MARECHAL COSTA E SILVA 13 CENTRO/AREA URBANA 59586-000 PARAZINHO RN	TOTAL A PAGAR (R\$) 65,24	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	
RESERVADO AO FISCO 3B89.29B8.470C.1D27.A8E2.20FB.6A9F.10D7			

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES								
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	DESCRIPÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL	
000000002120965380	CAT	12/06/2019	5.599,00	12/07/2019	5.697,00	30	1,00000	0,00	98,00	mai/2019					
DIC-No de horas sem Energia												7,40	5,67	11,34	22,69
FIC-No de vezes sem Energia												1,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua												7,40	3,29	0,00	0,00
DICRI-Duração da interrupção em dia crítico												Limite DICRI: 12,22			
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 24,95															
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.															
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 13/08/2019															

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você ag correios parelhas: rua monsenhor freitas, centro / mercadinho vital: av severino ferreira, 460, centroLista completa em www.cosern.com.br."

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.

Pago, em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próximo mês.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer apos 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO	
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
	MÍNIMO
220	202
MÁXIMO	
231	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	

DETAQUE AQUÍ

DETALHAMENTO DA FOLHA DE PAGAMENTO				
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007010624274	07/2019	65,24	19/07/2019	

B2B1000000000_652400384070_010634274200_016416645822



Evite dobrar a perfuração mecanizada.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

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

CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL

COSERN
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte
 Rua Meninoz, 150, Bairro, Natal - RN, CEP 59025-250
 CNPJ 08.324.195/0001-81 | Isc. Est. 2055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE		ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA																																					
EDVALDO FREDERICO CAMARA		RUA PROFESSOR MARIANO GUIMARAES 90																																					
CPF: 329.197.437-91		CENTRO/ÁREA URBANA: JOACAMARIA RN 59550-000																																					
CLASSIFICAÇÃO		CONTAS CONTRATADA: 0307751011 - 07/2019																																					
B1 RESIDENCIAL RESIDENCIAL		DATA DE VENCIMENTO: 15/07/2019 - 07/08/2019																																					
NOTA FISCAL: 026726866 UNICA 08/07/2019		TOTAL A PAGAR (R\$): 201,52																																					
CARRETA/AVIAÇÃO: N/RO SUBST: N/RO SUBST: N/RO SUBST:																																							
08/07/2019 3000226810 342691																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>QUANTIDADE</th> <th>PREÇO (R\$)</th> <th>VALOR (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)</td> <td>254,000000</td> <td>0,86653612</td> <td>189,39</td> </tr> <tr> <td>Acréscimo Bandeira AMARELA</td> <td></td> <td></td> <td>0,93</td> </tr> <tr> <td>Correção Ilum. Pública Municipal</td> <td></td> <td></td> <td>12,81</td> </tr> <tr> <td>Multa por atraso-NF 023720476 - 07/05/19</td> <td></td> <td></td> <td>3,98</td> </tr> <tr> <td>Juros por atraso-NF 023720476 - 07/05/19</td> <td></td> <td></td> <td>1,35</td> </tr> <tr> <td>Atualização IGPM-NF 023720476 - 07/05/19</td> <td></td> <td></td> <td>0,62</td> </tr> <tr> <td>Deságio LEV - 08000555099</td> <td></td> <td></td> <td>15,00</td> </tr> <tr> <td>Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002</td> <td></td> <td></td> <td>-2,06</td> </tr> </tbody> </table>					QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)	Consumo Ativo(kWh)	254,000000	0,86653612	189,39	Acréscimo Bandeira AMARELA			0,93	Correção Ilum. Pública Municipal			12,81	Multa por atraso-NF 023720476 - 07/05/19			3,98	Juros por atraso-NF 023720476 - 07/05/19			1,35	Atualização IGPM-NF 023720476 - 07/05/19			0,62	Deságio LEV - 08000555099			15,00	Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			-2,06
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)																																				
Consumo Ativo(kWh)	254,000000	0,86653612	189,39																																				
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,93																																				
Correção Ilum. Pública Municipal			12,81																																				
Multa por atraso-NF 023720476 - 07/05/19			3,98																																				
Juros por atraso-NF 023720476 - 07/05/19			1,35																																				
Atualização IGPM-NF 023720476 - 07/05/19			0,62																																				
Deságio LEV - 08000555099			15,00																																				
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			-2,06																																				
TOTAL DA FATURA: 201,52																																							
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE SINAIS																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nº DO MEDIDOR</th> <th>TIPO DA FUNÇÃO</th> <th>DATA ANTERIOR</th> <th>LEITURA</th> <th>DATA ATUAL</th> <th>LEITURA</th> <th>Nº DE DIAS</th> <th>CONSTANTE</th> <th>AJUSTE</th> <th>CONSUMO (kWh)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>746142</td> <td>CAT</td> <td>06-06-2019</td> <td>7407,00</td> <td>08-07-2019</td> <td>7441,00</td> <td>32</td> <td>1.00000</td> <td></td> <td>254,00</td> </tr> </tbody> </table>		Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)	746142	CAT	06-06-2019	7407,00	08-07-2019	7441,00	32	1.00000		254,00																		
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)																														
746142	CAT	06-06-2019	7407,00	08-07-2019	7441,00	32	1.00000		254,00																														
DETALHES DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS																																					
Métrica		Base de																																					
Métrica		Valor do																																					
Métrica		Desconto de Fatura																																					
Métrica		Total de Fatura																																					



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA

04

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 88 | SAC (para devidos audições de fala): 0800 022 12 06 | Central Ovidoria: 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=29836>

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reseguro. 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 MARIA LÉLIA DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 393.456.704 , 39 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ERICKSON DA SILVA CÂMARA inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.524.701, 55

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ERICKSON DA SILVA CÂMARA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.524.704 , 55 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro _____ que sou proprietário(a) da residência informada, que é de posse da minha família, e que estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua: Professora MARIA GUIMARÃES</u>	Número:	<u>90</u>	Complemento:
Bairro:	<u>BELA VISTA</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado: <u>RN</u> CEP: <u>54550-000</u>
Email:				Tel. (DDD): <u>(81) 98807-3981</u>

Local e Data:

João Pessoa 19/01/2019

Maria Lélia da Silva Câmara
Assinatura do Declarante

XDRL_001_V001/2017



Procuradora



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ERICKSON DA SILVA CAMARA, brasileiro(a),
estado civil: SOLTEIRO, Profissão: VIGILANTE, Data do Acidente _____
Cobertura _____ portador(a) do RG 002350050, órgão expedidor
TIEP e do CPF: 057-524-704-55 residente no(a)
RUA MARECHAL COSTA E SILVA nº 13,
bairro: CENTRO, município: PARAZINHO / RN.

OUTORGADO:

Nome: MARIA LELIA DA SILVA CAMARA, brasileiro(a)
estado civil: CASADA, Profissão: APOSENTADA, portador(a) do RG
757.061, órgão expedidor TIEP e do CPF: 393.456.704-59 residente
no(a) RUA PROFESSORA MARIA GUIMARAES nº 90,
bairro: BELA VISTA, município: JOAO CAMARA / RN

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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



JOAO CAMARA 19-07-2019

Local e Data

Erickson da Silva Camara

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



1º OFÍCIO DE NOTAS DE JOÃO CAMARA/RN
Rua Vereador Cândido Barreto, 108 - Centro, CEP 56.560-000
(24) 3263-2683

RECONHECO por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de: ERICKSON DA SILVA CAMARA: Por ter sido feita em minha presença. Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjrn.jud.br> - Selo Digital:
RN201900937990001786JQM

João Câmara/RN, 19 de Julho de 2019 - 17:32.
Ivan Evaristo da Silva - Tabelião Substituto





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

Rio de Janeiro, 09 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190385651 Vítima: ERICKSON DA SILVA CAMARA

Data do Acidente: 21/01/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ERICKSON DA SILVA CAMARA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,



Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15594348



Assinado eletronicamente por: KENNEDY LAFAIETE FERNANDES DIOGENES - 29/05/2020 16:30:37
<https://pjef.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052916303684800000054144200>
Número do documento: 20052916303684800000054144200

Núm. 56307265 - Pág. 1